

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de  
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

FMOS

Année universitaire 2022 -2023

THEME

Thèse N° :..... /

**Etude épidémiologique et clinique des  
urgences obstétricales au Centre de santé de  
Référence de la Commune V du district de  
Bamako, Mali**

Présenté et Soutenu publiquement le 18/ 11/2023 devant le jury de la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Amadou KEITA**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

JURY

**Président : M. Seydou DOUMBIA, Professeur**

**Membres : M. Nouhoum TELLY Maître - Assistant,**

**M. Saleck DOUMBIA Gynécologue**

**Co-Directeur : M. Souleymane Sékou DIARRA, Maître-Assistant**

**Directeur : M. Sory Ibrahim DIAWARA, Maître de Recherche**

## DEDICACES

**Au nom d'Allah, le Tout Puissant, le clément et le Miséricordieux Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.**

- A mon père BOURAMA KEITA Cher père les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi. Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux. Merci pour ton soutien, tes conseils, ton encouragement. Ce travail est le tien par tes immenses qualités de père. Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie couronnée de santé.

-A Ma mère SALIMATA DAO : Ma chère maman, mère exemplaire, les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi. Ta valeur humaine, ta simplicité, ta docilité, ton amour pour tes prochains m'ont toujours inspiré. Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux. Merci pour ton soutien, ton conseil, ton encouragement. Ce travail est le tien par tes immenses qualités de mère. Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie couronnée de santé.

-A ma fiancé FATOUMATA SOUMBODA. Les mots me manquent pour m'exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi. Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif. Soit assurée de mon amour et de ma fidélité, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger.

-A mon oncle **Lassine Dao. Votre** sagesse, votre tendresse et votre volonté de me voir aller de l'avant font que ce jour est le vôtre. Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude. Puisse DIEU vous garder longtemps parmi nous.

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie le BON DIEU, le tout puissant, le clément et le miséricorde merci pour m'avoir donné la santé, le courage nécessaire, la patience pour la réalisation de ce modeste travail.

**A mes frères et sœurs :** Merci pour vos encouragements, vos conseils et vos soutiens puisse DIEU le tout puissant renforcer l'amour qui nous lie.

**A mes maîtres et formateurs :**

Pr Soumana Oumar TRAORE, Dr Oumar Moussokoro TRAORE, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saoudatou TALL, Dr Nouhoum DIAKITE, Dr Aboudou CAMARA, Dr Wally CAMARA, Dr Mamadou TRAORE. Les mots me manquent pour exprimer avec exactitude les sentiments que j'ai pour vous. Puisse le bon DIEU renforcer cette amitié. Vos sourires, vos conseils, vos soutiens, vos critiques ont été d'un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment.

**A tout le personnel du CSRef de la Commune CV.**

**A tout le personnel du Centre Médical El Razi.**

**A tout le personnel de L'Asaco-djeneka.**

**A tous mes amis :** Je ne citerai pas de nom pour ne pas oublier quelqu'un. Puisse le bon DIEU renforcer cette amitié. Vos sourires, vos conseils, vos soutiens, vos critiques ont été d'un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment. A tout le personnel du CSRefCommune. Merci pour votre profonde collaboration.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du Jury**

#### **Professeur Seydou Doumbia**

- Professeur titulaire en épidémiologie,
- Directeur adjoint au département d'entomologie du MRTC ;
- Doyen de la faculté de Médecine et d'Odonto- stomatologie de Bamako ;
- Directeur du programme ICEMR-WAF << International Center for Excellence Research in West Africa >>
- Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali.
- Président de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI)

Cher Maître et père

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité, et votre volonté de transmettre votre savoir, font de vous un professeur émérite et un père attentif. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH le tout puissant vous garde encore longtemps auprès de nous.

**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Sory Ibrahim Diawara**

. MD, MPH, -PhD Epidémiologie,

. **Maître** de Recherche,

. Médecin chercheur au Centre de Recherche et de Formation sur le paludisme (MRTC) / FMOS.

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, et surtout votre abnégation, associés à vos qualités de père et de formateur nous ont séduit. Vous demeurez un modèle de simplicité et d'humanisme. Veuillez recevoir ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

## **A notre Maître et Co-directeur de Thèse**

### **Docteur Souleymane Sekou Diarra**

- . MD, MPH, -PhD Epidémiologie,
- . Expert en gestion des urgences de santé publique,
- . Maître -assistant à la FMOS/ USTTB,
- . Coordonnateur technique national GHSA, Mali.

Cher Maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Nous avons été touché par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme. Les mots nous manquent pour exprimer les sentiments, qui nous animent aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble. Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail. Que Dieu vous accorde encore longue vie.

## **A notre Maître et membre du jury**

### **Docteur Saleck Doumbia**

- . Gynécologue -Obstétricien ;
- . Praticien Hospitalier au CSréf CV ;
- . Détenteur d'un DIU en VIH à la FMOS ;
- . Détenteur d'un master en Coloscopie en Algérie ;
- . Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique ;

Cher maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionné, soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de votre sincère reconnaissance. Qu'Allah le tout puissant vous accorde encore une longue vie.

## **A notre Maître et membre du jury**

### **Docteur Nouhoum Telly**

. MD, MPH, -PhD Epidémiologie,

. Maître -assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie, Bamako.

. Chef de Section Surveillance Epidémiologique à la cellule Sectorielle de lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).

. Secrétaire général adjoint de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI).

Cher maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionné, soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de votre sincère reconnaissance. Qu'Allah le tout puissant vous accorde encore une longue vie

## **SIGLES ET ABREVIATION**

**ATCD** : Antécédent

**BA** : Bassin Asymétrique

**BDCF** : Bruits du Cœur Fœtal

**BGR** : Bassin Généralement Rétréci

**BL** : Bassin Limite

**Cm** : Centimètre

**CPN** : Consultation Prénatale

**CSA/Cercle** : Centre de Santé d'Arrondissement ou de Cercle

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSREF** : Centre Santé de Référence

**DER** : Département d'Enseignement et de Recherche

**DFP** : Disproportion Foeto-Pelvienne

**EDS** : Enquête Démographique et Sanitaire

**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie

**H** : Heures

**HRP** : Hématome Retro-Placentaire

**HTA** : Hypertension Artérielle

**RCF** : L'enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtale

**IMC** : Index du Masse Corporelle

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**GE** : Goutte Epaisse

**PV** : Prélèvement Vaginal

**GEU** : Grossesse Extra-Utérine

**BW** : Bordet Wassermann(Syphilis)

**VIH** : Virus Immunodéficience Humaine

**Mn** : Minute

**EVA** : Echelle Visuelle Analogique

**OAP** : Œdème aigu du poumon

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PPH** : Placenta Praevia Hémorragique

**SFA** : Souffrance Foetale Aiguë

**SFC** : Souffrance Foetale Aiguë

**TA** : Tension Artérielle

**RU** : Rupture Utérine

**%** : Pourcentage

**<** : Inférieur

**>** : Supérieur

**≤** : Inférieur ou égal

**≥** : Supérieur ou égal

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.....	44
Tableau II : Répartition des patientes selon le motif d'admission .....	47
Tableau III : Répartition des patientes selon la phase d'admission .....	48
Tableau IV : Répartition des patientes selon la parité .....	48
Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre de CPN .....	49
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	49
Tableau VII : Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical .....	50
Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'antécédent gynéco obstétrical .	50
Tableau IX : Répartition des patientes selon le type d'urgences obstétricales ...	51
Tableau X : Répartition des patientes selon les modalités de prise en charge....	52
Tableau XI : Répartition des patientes selon le type d'antibiotique utilisé .....	53
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'APGAR .....	54

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : partogramme de l’OMS (vue de face) .....	10
Figure 2 : partogramme de l’OMS (vue postérieure) .....	11
Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010. ....	19
Figure 4 : Répartition des patientes selon l’âge. ....	43
Figure 5 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial. ....	44
Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d’instruction. ....	45
Figure 7 : Répartition des patientes selon le mode d’admission.....	46
Figure 8 : Répartition des patientes selon la voie d’accouchement. ....	52
Figure 9 : Répartition des patientes selon l’évolution.....	53
Figure 10 : Répartition des patientes selon le type de complication.....	54
Figure 11 : Répartition des patientes selon la durée d’hospitalisation.....	55

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général .....	3
Objectifs spécifiques .....	3
<b>I.</b>	<b><u>GENERALITES</u></b>
1.1. Définition :.....	4
1.2. Physiologie de l'accouchement .....	4
1.3. Partogramme.....	7
1.4. Pathologies obstétricales.....	12
<b>II.</b>	<b><u>METHODOLOGIE</u></b>
2.1. Cadre d'étude.....	34
2.2. Type et période d'étude .....	40
2.3. Population d'étude.....	41
2.4. Critères d'inclusions .....	41
2.5. Critères de non-inclusion.....	41
2.6. Echantillonnage .....	41
2.7. Collecte des données .....	42
2.8. Saisie et analyse des données .....	42
2.9. Considérations éthiques.....	42
<b>III.</b>	<b><u>RESULTATS</u></b>
<b>IV.</b>	<b><u>COMMENTAIRE- DISCUSION</u></b>
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	63
REFERENCES .....	68
ANNEXES .....	73

## **INTRODUCTION**

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant le pronostic vital maternel et/ou fœtal à court terme [1]. Elles constituent un problème majeur de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement [1,2].

Les urgences obstétricales sont courantes dans les pays en développement, au Bénin en 2015, au CHU de Parakou, les urgences obstétricales représentaient 31,8% avec une létalité maternelle de 0,4% et un taux létalité de 9,2% [3]. En Guinée Diallo BS et al [4] ont rapporté une fréquence de 19% au CHU de Donka en 2019. Au CHU Hubert Koutoucou Maga de Cotonou Bagnan JAT et al [5] ont rapporté une fréquence de 21,7% des urgences obstétricales.

Ces urgences obstétricales sont représentées notamment par les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, la dystocie, les infections et la détresse fœtale aiguë ; la mortalité maternelle et la mortinatalité sont les conséquences dramatiques de ces complications [1,6,7].

Malgré la mise en œuvre de multiples programmes de lutte contre la mortalité maternelle, environ 830 femmes dans le monde mouraient par jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces décès maternels proviennent dans 99% des cas des pays en développement, notamment en Afrique sub-saharienne [5,8].

En Afrique subsaharienne, selon l'Atlas 2022, environ 390 femmes perdront la vie pendant l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Cette estimation est cinq fois supérieure à la cible des ODD fixée pour 2030, qui est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est également très loin de la moyenne de 13 décès pour 100 000 naissances vivantes observées en Europe en 2017. C'est plus que la moyenne mondiale de 211 [9].

Le taux de mortalité infantile dans la Région se situe à 72 décès pour 1000 naissances vivantes. Le taux annuel doit baisser de 3,1 %, l'on s'attend à un scénario de 54 décès pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2030, ce qui est bien supérieur à la cible de réduction qui est fixée en-dessous de 25 décès pour 1000 naissances vivantes [9].

Au Mali, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années selon l'enquête démographique de santé en 2018. La mortalité néonatale a baissé de 34 à 33 pour 1000 naissances vivantes entre 2012 et 2018 [10].

L'importance et la gravité des complications sont principalement liées aux conséquences de l'analphabétisme, du manque d'éducation sanitaire, du faible niveau socio-économique, de l'insuffisance des infrastructures médicales ainsi que du manque de personnel qualifié [1].

Ces conditions sont typiques des pays en développement. Une enquête menée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2022 dans 47 pays africains a révélé que la région compte 1,55 travailleur de la santé pour 1000 habitants, un ratio inférieur au seuil de densité de 4,45 travailleurs de la santé pour 1000 habitants nécessaire pour fournir les services de santé essentiels et atteindre la couverture sanitaire universelle [9]. Dans la région africaine, 65% des naissances sont assistées par un personnel de santé qualifié, il s'agit là du taux le plus faible au monde et ce taux est d'ailleurs largement en-dessous de la cible fixée à 90% pour 2030, selon l'Atlas 2022 [9].

La gestion des urgences reste ainsi une difficulté pour grand nombre de services surtout dans les pays pauvres, par la surcharge de travail qu'elles engendrent ainsi que pour la difficulté du tri des pathologies. Ainsi la présente étude avait pour but était d'étudier le profil épidémiologique et clinique ainsi que le pronostic des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier les aspects épidémiologique-cliniques des urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de 2021-2022.

### **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la fréquence des urgences obstétricales au CSRéf de la Commune V.
2. Décrire les aspects cliniques des complications obstétricales
3. Décrire le mode de prise en charge de chaque complication
4. Déterminer le pronostic foeto –maternel des urgences obstétricales.

## **I. GENERALITES**

### **1.1. Définition -**

Les urgences obstétricales sont des accidents qui surviennent brutalement au cours de la grossesse et au lendemain de couches exposant les femmes à des risques graves et dont l'évolution est parfois mortelle [4].

### **1.2. Physiologie de l'accouchement**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [11]

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement [12].

L'accouchement prématuré se produit entre la 28<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée [12].

S'il se produit entre la 37<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine, il est dit à terme [12]. L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse [12]. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine) ou le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes (PP). Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statitique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines) [12].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes [12] :

### **1.2.1. Phénomène dynamique**

Pendant le travail, l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre.

Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des œstrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux œstrogènes.

Les caractéristiques normales des contractions utérines répondent à la formule I 2R 2 TP : Involontaires et intermittentes, régulières et rythmées, totales et progressives dans la durée, la fréquence et l'intensité. Les contractions utérines ont pour effet [12] :

- 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.

### **1.2.2. Phénomène mécanique**

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles: le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur [12]. Le bassin osseux se compose de [11] :

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

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 est égal à la somme du diamètre antéropostérieur (PRP) et du diamètre transverse médian [11]. Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain si l'indice est entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est au-dessous de 20 [11].

- Travail de l'accouchement : Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant avec modification du col (raccourcissement et dilatation) [12].

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail [12]. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes [11]:

**1<sup>ère</sup> période** : c'est l'effacement et la dilatation du col.

Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

**2<sup>ème</sup> période** : elle correspond à l'expulsion du fœtus.

Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Pour le pronostic l'expulsion ne doit dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement les 15 minutes.

**3<sup>ème</sup> période** : C'est la délivrance.

Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La surveillance active du travail d'accouchement à l'aide du partographe permet:

- De réduire la durée du travail ;
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition ;
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale ;
- De faire les pronostics à savoir :

✓ **Le pronostic mécanique** : Il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal ou l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position [12].

- ✓ **Le 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 [12].
- ✓ **Le pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme [12].

### **1.3. Partogramme**

#### **1.3.1. Définition**

L'OMS définit le partogramme comme étant « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus » [13].

Il s'agit donc d'un document médico-légal de référence qui permet de [13] :

- Synthétiser les éléments de surveillance maternelle et fœtale ;
- Schématiser la progression du travail ;
- Aider à la prise de décision ;
- Faciliter le travail en équipe. Ses caractéristiques sont par ailleurs utiles pour l'enseignement, dans les travaux de recherche clinique et lors d'évaluation des pratiques professionnelles.

#### **1.3.2. Schéma de la progression du travail**

L'OMS recommande de commencer la rédaction du partogramme à partir de 4 centimètres de dilatation (début de la phase active de la première étape du travail), ou au début du déclenchement artificiel du travail (mise en place d'une perfusion de SYNTOCINON ou rupture artificielle des membranes), ou à la pose de l'analgésie péridurale.

La progression du travail est reportée sur un graphe proposé par Friedman en 1954, sur lequel sont tracées deux courbes d'après le report des examens horaires:

- Une courbe ascendante représentant la dilatation du col au cours du temps ;
- Une courbe descendante représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel.

Le détail des examens obstétricaux peut être complété par d'autres éléments comme Lacomme l'a proposé en 1960 :

- Éléments cervicaux (position, effacement, consistance) ;
- Variétés de présentation et type d'accommodation (asynclitisme, degré de flexion, BSS) ;
- État des membranes et du liquide amniotique.

Enfin, le diagramme d'action de Philpott (1972) peut y apparaître. Les intervalles de graduation doivent être précisés pour les 2 courbes en abscisse et en ordonnée.

### **1.3.3. Synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale**

L'ensemble des éléments de surveillance materno-fœtale sont reportés sur le partogramme : constantes, monitorages, EVA, apparition de métrorragies, analyse du RCF.

Le responsable du suivi du travail y reporte aussi l'ensemble des thérapeutiques dont la patiente bénéficiera : analgésie (type, posologie, horaires), ocytociques, perfusion d'attente (type Ringer Lactate), antispasmodiques, antibiotiques...

### **1.3.4. Outil d'aide à la décision et à la communication**

Bien entendu, les éléments d'identification sont inscrits sur le partogramme : nom de la patiente, équipe médicale (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, étudiant sage-femme et internes) ; ainsi qu'une synthèse des éléments importants du dossier obstétrical et de la mise en travail. Les actes réalisés et les événements majeurs sont également reportés en temps réel : rupture artificielle des membranes, pose d'une tocographie interne, sondage urinaire évacuateur ou à

demeure, appel de l'obstétricien, décision de césarienne ou d'extraction instrumentale...

### **1.3.5. Fin du partogramme**

Le diagramme se termine à l'expulsion de l'enfant, mais les éléments du troisième temps de la deuxième étape du travail et du post-partum immédiat y sont également reportés :

- Heure de naissance, état de l'enfant, sexe et poids de l'enfant ;
- Mode d'accouchement ;
- Type de délivrance ;
- État périnéal et périnéorraphie éventuelle.

Au total, le partogramme est le support de transmission entre les différents professionnels. Il permet de vérifier la normalité du travail et de diagnostiquer de façon précoce toute anomalie. C'est un outil de conduite de travail qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale. C'est enfin le support principal d'expertise du dossier obstétrical en matière de responsabilité médicale.



**FICHE DE SURVEILLANCE DU POST PARTUM**

Région/District de : ..... District sanitaire : .....  
 Commune de : ..... Centre de santé : .....  
 Nom et Prénom de la femme : ..... Age : ..... Résidence : .....  
 Date et Heure de l'accouchement : .....

SURVEILLANCE DE LA MERE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT														
Période	15mn	30mn	30mn	1h	1h	1h								
Paramètre														
Saignement vaginal														
Globe de sécurité														
Pouls														
TA														
Température														

NB : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans la colonne...

VALEURS DE SURVEILLANCE DE LA MERE			
PARAMETRES	NORMALE	ALERTE APRES L'ACCOUCHEMENT	REFERENCE
Saignement	Minime	Moyen	Abondant
Globe de sécurité	Bien formé (dur)		Mal formé (mou)
Pouls	Moins de 100	Entre 100 et 140	Plus de 140
TA	Moins de 14/9	14/9	> 14/9
Température	37,5°c	38°c	Plus de 38°c
Traitement et observation			

PRISE EN CHARGE INITIALE DU NOUVEAU-NE (IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT)															
NOM DE L'AGENT : .....															
Paramètres	Valeur			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence Evacuation	N1	N2	N3
	N1	N2	N3												
Température				36-37,5°				37,5-38° ou 35,5-36°				≥ 39° ou < 35°			
Respiration				40-60/mn				Dyspnée avec tirage				Apnée ou pause resp.			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiate								Difficultés pour téter			
Poids				> 2500 gr				< 2500 gr				< 2000 gr			
Malformation				Non								Oui			
Taille				Si malformation, préciser le type :											
P. crânien				Observation :											
Traitement / Soins essentiels						Autres traitements									
Vit K1															
Polio 0															
Tetra 1% oph															

NB : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation), N= Nouveau-né

**Figure 2 : partogramme de l'OMS (vue postérieure) [13].**

## **1.4. Pathologies obstétricales**

### **1.4.1. Avortements [12]**

L'avortement ou fausse couche ou interruption de la grossesse est défini comme l'expulsion du produit de conception hors des voies génitales maternelles avant le sixième mois (28 SA ou 180 jours) ou l'expulsion d'un fœtus pesant moins de 500g.

**NB** : il y'a l'avortement précoce au 1<sup>er</sup> trimestre et l'avortement tardif au 2<sup>ème</sup> trimestre.

#### **✓ Types d'avortements**

On distingue quatre types d'avortements :

- L'avortement spontané : il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale ou volontaire.
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG) : c'est un avortement provoqué légal.
- L'avortement provoqué clandestin ou criminel ou à risque : c'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.
- L'interruption thérapeutique : il est pratiqué dans le but de soustraire une mère ayant une maladie grave du danger de la grossesse.

#### **1.4.1.1. Causes des avortements**

##### **a. Avortements spontanés isolés ou accidentels**

Ils précèdent ou suivent plusieurs grossesses normales. Ils surviennent en général une seule fois.

Les causes sont :

- Grossesse molaire, la grossesse gémellaire ;
- Traumatisme unique ou les microtraumatismes répétés (moto) ;
- Intoxications aux médicaments ou produits chimiques toxiques.

## **b. Avortements spontanés à répétition**

Ils se définissent par la survenue d'au moins trois avortements successifs.

Les principales causes sont d'origine utérine à savoir :

- Hypotrophie utérine, myomes ou fibromes, synéchie utérine ;
- Malformations utérines (utérus bicornes, utérus cloisonné) ;
- Bécance cervico-isthmique (congénitale ou traumatique).

## **c. Avortements de causes communes (isolés et à répétition)**

### • Causes infectieuses :

- Infections bactériennes : syphilis, listériose, mycoplasme, Chlamydiae ;
- Infections parasitaires : paludisme, Toxoplasmose ;
- Infections virales : VIH, hépatite, rubéole.

### • Causes hormonales : insuffisance lutéale ou insuffisance en progestérone ;

### • Causes générales :

- Diabète, Drépanocytose, HTA, infections urinaires ;
- Socioéconomique : grossesses rapprochées, surmenage physique.

### • Causes chromosomiques : Les anomalies chromosomiques sont les causes les plus fréquentes d'avortement (60%) :

- Trisomies (47 chromosomes/cellule), monosomies (45 chromosomes/cellule),
- Triploïdies (69 chromosomes/cellule), Tétraploïdies (92 chromosomes/cellule).

### • Causes immunologiques : L'allo immunisation ou incompatibilité foeto-maternelle (mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif).

### 1.4.1.2. Etude clinique

#### a. Avortement spontané

Il se déroule en deux phases : la phase de menace d'avortement et la phase d'avortement proprement dit.

#### ❖ Etude clinique

##### ✚ Menace d'avortement : elle se manifeste par :

- **Signes fonctionnels**

- Métrorragies minimales faites de sang rouge ;
- Légères douleurs pelviennes à type de contractions utérines.

- **Signes généraux** : Parfois il y'a une fièvre (paludisme, infection urinaire etc.).

- **Signes physiques** : Le col reste long et fermé, l'utérus est augmenté de volume et sa taille correspond à l'âge de la grossesse.

##### ✚ Avortement proprement dit : il peut être complet ou incomplet et se manifestes par :

- **Signes fonctionnels**

- Contractions utérines douloureuses intenses, fréquentes et régulières ;
- Métrorragies souvent abondantes.

- **Signes généraux**

On a les signes du choc hypovolémique en cas d'hémorragie importante avec altération de l'état général, pouls filant, pâleur cutanéomuqueuse, tension artérielle basse, tachycardie et extrémités froides.

- **Signes physiques**

- L'examen au spéculum retrouve un saignement d'origine utérine et souvent les débris placentaires.
- Le toucher vaginal retrouve un col ouvert avec souvent perception de débris ovulaires dans le canal cervical. L'utérus est de taille inférieure/ à l'âge de la grossesse.

### 1.4.1.3. Examens para cliniques

#### ▪ Bilan de confirmation du diagnostic

On demande l'échographie pelvienne qui permet d'apprécier l'évolution de la grossesse ou la présence de débris placentaires.

#### ▪ Bilan de recherche étiologique : on demande :

- Echographie : fibrome, malformation utérine ;
- NSF, GE, ECBU, PV, Groupe sanguin + Rhésus ;
- Sérologies : VIH, rubéole, toxoplasmose, BW (Syphilis) ;
- Examen anatomo - pathologique des débris (anomalie chromosomique) ;
- Hystérosalpingographie : béance cervico-isthmique.

#### b. Avortement provoqué clandestin :

- **Interrogatoire** : Il doit être rigoureux et recherchera la notion de prise de médicament pharmaceutique, d'ingestion de produits traditionnels ou d'introduction d'un corps étranger dans le vagin (soude caustique, permanganate etc.).
- **Signes fonctionnels** :
  - Hémorragie abondante faite de sang rouge avec des caillots souvent ;
  - Douleurs constantes et très vives.
- **Signes généraux** : Ils sont fonction de l'importance de l'hémorragie et de l'infection : Anémie (pâleur des conjonctives) ; T A effondrée ; Hyperthermie (39 à 40° C) ; Ictère, froideur des extrémités.
- **Signes physiques : voir avortement spontané**

Mais en cas de manœuvres endo – utérines, des lésions cervicales et/ ou vaginales peuvent être mises en évidence au spéculum.

#### **1.4.1.4. Complications**

##### **▪ Complications immédiates**

Elles peuvent entraîner rapidement le décès de la femme.

- Rétention placentaire avec saignement abondant : anémie sévère ;
- Etat de choc hypovolémique ;
- Perforation utérine, déchirure du col, lésion vaginale ;
- Lésions de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle ;
- Choc vagal, syncope mortelle ++++.

##### **▪ Complications secondaires**

- Rétention placentaire infectée, abcès utérin ;
- Annexite, pelvipéritonite, abcès du Douglas, septicémie, tétanos.

##### **▪ Complications tardives ou séquelles**

##### **✓ Complications gynécologiques**

- Dyspareunie, irrégularité des règles ;
- Douleurs pelviennes chroniques, salpingite chronique ;
- Stérilité secondaire après hystérectomie, synéchie utérine.

##### **✓ Complications obstétricales**

- Avortement spontané à répétition, GEU ;
- Accouchement prématuré à répétition ;
- Placenta prævia, rupture utérine, hémorragie de la délivrance ;
- Mort fœtale in utero par incompatibilité fœto-maternelle.

#### **1.4.2. Rupture utérine [14]**

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre ou un curetage pour l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuse, musculuse et

séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale ; et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture étant l'une des urgences obstétricales la plus grave est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillance obstétricale, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées.

Dans les pays en développement en particulier dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait de surveillance inadéquate surtout au cours du travail d'accouchement.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail. Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

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

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

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

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

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

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

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

Il s'agit d'une opération de sécurité qui peut être autant que possible inter-annexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place. L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice.

Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite même dans le délabrement important. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage.

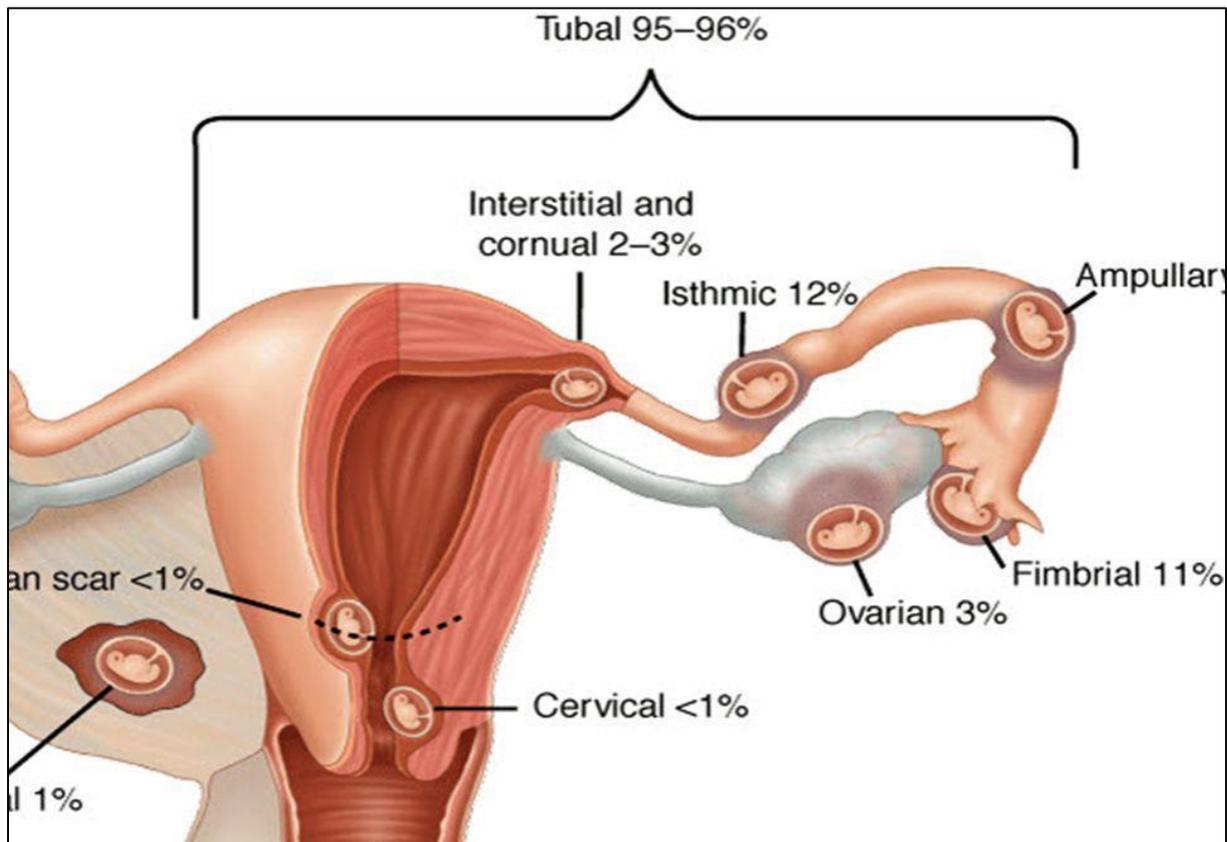
L'hystérectomie intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé, depuis la rupture et son corollaire de : l'infection potentielle.

La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

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

### 1.4.3. Grossesse extra-utérine

Une grossesse ectopique est l'implantation d'une grossesse au niveau d'un site autre que le revêtement endométrial de la cavité utérine, c'est-à-dire dans la trompe de Fallope, la corne de l'utérus, le col utérin, l'ovaire ou la cavité abdominale ou pelvienne.



Crânial  
↑  
Gauche →

**Figure 3 : Différentes localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham, 2010.**

La grossesse extra-utérine (GEU) représente environ 1% des grossesses. Bien que son diagnostic soit pratiquement toujours fait à un stade précoce dans les pays développés, il arrive encore que le diagnostic soit fait tardivement, situation mettant alors en jeu le pronostic fonctionnel et éventuellement vital de la femme.

C'est ce qui explique que la GEU soit encore responsable d'environ 6% de la mortalité maternelle. Dans les pays en voie de développement, en Afrique en particulier, les chiffres de mortalité maternelle liée à la GEU restent élevés [15].

#### **1.4.3.1. Facteurs de risque [16]**

La plupart des grossesses extra-utérines sont situées dans la trompe de Fallope, et tout antécédent d'infection ou de chirurgie qui augmente le risque d'adhérences tubaires ou d'autres anomalies augmente le risque de grossesse extra-utérine.

Les facteurs qui augmentent particulièrement le risque de grossesse extra-utérine comprennent :

- Antécédents de grossesse extra-utérine
- Antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne particulièrement sur les trompes, y compris la ligature des trompes
- Anomalies tubaires
- Contraception par dispositif intra-utérin actuel (DIU)
- Fécondation in vitro pour la grossesse actuelle

Une grossesse est beaucoup moins susceptible de se produire après une ligature des trompes ou la pose d'un DIU ; cependant, en cas de grossesse, le risque de grossesse extra-utérine est augmenté (p. ex., environ 5% chez les utilisatrices actuelles de DIU).

D'autres facteurs de risque de grossesse extra-utérine sont les suivants :

- Utilisation actuelle d'une association œstro-progestative contraceptive orale
- Antécédents de maladie pelvienne inflammatoire ou d'infections sexuellement transmissibles (particulièrement à *Chlamydia trachomatis*)
- Infertilité
- Tabagisme
- Antécédent d'avortement provoqué ou spontané

#### **1.4.3.2. Symptomatologie [16]**

Les symptômes de la grossesse extra-utérine varient et peuvent être absents tant que la rupture n'est pas survenue.

La plupart des patientes ont des douleurs pelviennes (qui peuvent être sourdes, aiguës ou crampiformes) et/ou des saignements vaginaux. Les patientes qui ont des règles irrégulières peuvent ne pas savoir qu'elles sont enceintes.

La rupture peut être annoncée par une douleur sévère soudaine, suivie par une syncope ou une symptomatologie de choc hémorragique ou de péritonite. Une hémorragie rapide est plus probable dans le cas de grossesses extra-utérines cornuales rompues.

Une douleur à la mobilisation du col, une sensibilité unilatérale ou bilatérale des annexes au toucher vaginal ou une masse annexielle peuvent être présentes. L'examen pelvien doit être effectué avec précaution car une pression excessive peut rompre la grossesse. L'utérus peut être légèrement augmenté de volume (mais moins qu'attendu par rapport au retard de règles).

#### **1.4.3.3. Diagnostic [17]**

- Sous-unité bêta de la gonadotrophine chorionique humaine (beta-hCG) sérique quantitative
- Échographie pelvienne
- Parfois, cœlioscopie

Une grossesse extra-utérine est suspectée chez toute femme en âge de procréer présentant des douleurs pelviennes, des métrorragies ou une syncope inexplicquée ou un choc hémorragique, indépendamment de la prise d'une contraception, de rapports sexuels ou d'un retard de règles. Les résultats des examens physiques (y compris des touchers pelviens) ne sont ni sensibles ni spécifiques.

Une grossesse ectopique rompue est une urgence chirurgicale car elle provoque une hémorragie maternelle avec un risque de décès ; un diagnostic rapide est essentiel.

La première étape est un test urinaire de grossesse, sensible à près de 99% pour le diagnostic de grossesses (extra-utérines et autres). Lorsque la bêta-hCG urinaire est négative et que les signes cliniques n'évoquent pas fortement une grossesse extra-utérine, pratiquer d'autres bilans s'avère inutile à moins que les symptômes ne récidivent ou ne s'aggravent. Lorsque la bêta-hCG urinaire est positive ou que les signes cliniques évoquent fortement une grossesse ectopique et que la grossesse peut être trop précoce pour être détectée par la bêta-hCG urinaire, la mesure quantitative de la bêta-hCG sérique et l'échographie pelvienne ne sont pas indiquées.

Si l'échographie détecte une grossesse intra-utérine, une grossesse extra-utérine est très peu probable sauf chez la femme chez qui ont été utilisées des techniques de procréation médicalement assistée (qui majorent le risque de grossesse hétérotopique, bien qu'elle reste rare chez ces patientes). Cependant, les grossesses tubaires et interstitielles peuvent sembler être des grossesses intra-utérines. Les signes diagnostiques d'une grossesse intra-utérine sont un sac gestationnel avec un sac vitellin ou un embryon (avec ou sans battement cardiaque) dans la cavité utérine. En plus de l'absence de grossesse intra-utérine, les signes échographiques qui suggèrent une grossesse extra-utérine comprennent une masse pelvienne complexe (mixte solide et kystique), en particulier au niveau des annexes, et un liquide libre échogène dans le cul-de-sac.

Si la bêta-hCG sérique est supérieure à un certain taux (appelée zone discriminatoire), l'échographie doit détecter un sac gestationnel avec un sac vitellin en cas de grossesse intra-utérine. Dans le cas de l'échographie transvaginale, ce taux peut atteindre 3500 mUI/mL, bien que de nombreuses institutions utilisent 2000 mUI/mL [17]. Si le taux de bêta-hCG est au-dessus de

la zone de discrimination et qu'une grossesse intra-utérine n'est pas détectée, une grossesse extra-utérine est probable.

Si le taux de bêta-hCG est inférieur à la zone discriminatoire et que l'échographie est négative, il peut s'agir d'une grossesse précoce intra-utérine ou une grossesse extra-utérine. Si le bilan clinique initial fait évoquer une grossesse extra-utérine avec saignement actif ou rupture (p. ex., hémorragie ou une irritation péritonéale significative), une cœlioscopie diagnostique peut s'avérer nécessaire pour le diagnostic et le traitement.

Si une grossesse extra-utérine n'est pas confirmée et que la patiente est stable, les concentrations plasmatiques de bêta-hCG sont surveillés en ambulatoire (classiquement tous les 2 jours). Normalement, le taux double tous les 1,4 à 2,1 jours jusqu'au 41<sup>ème</sup> jour ; en cas de grossesse extra-utérine (et dans les avortements spontanés potentiels), les taux peuvent être inférieurs aux attentes en fonction des dates et ne doublent généralement pas aussi rapidement. Si le taux de bêta-hCG n'augmente pas comme prévu ou s'il diminue, le diagnostic de fausse couche spontanée ou de grossesse extra-utérine est probable.

#### **1.4.4. Hématome rétro-placentaire**

L'hématome rétro-placentaire est un décollement prématuré du placenta de l'utérus, habituellement après 20 semaines de grossesse [16].

Le décollement placentaire prématuré (hématome rétro placentaire) se produit dans 0,4 à 1,5% des grossesses ; le pic d'incidence est de 24 à 26 semaines de grossesse [16].

##### **1.4.4.1. Facteurs de risque [15] :**

De nombreux facteurs de risque ont été décrits mais les principaux sont :

- Age > 35 ans ;
- La multiparité ;
- Le tabagisme ;

- L'hypertension artérielle ;
- La rupture prématurée des membranes ;
- Les antécédents d'hématome rétro placentaire.

#### **1.4.4.2. Conséquences [15]**

**Pour le fœtus :** réduction voire interruption des échanges transplacentaires pouvant entraîner une asphyxie voire une mort in utero (mortalité périnatale de 10 à 30% selon les séries).

**Pour la mère :** hypovolémie (état de choc, anurie,...) et coagulopathie de consommation (hémorragie utérine, Coagulation Intra-Veineuse Disséminée,...).

#### **1.4.4.3. Données cliniques [15] :**

##### **Symptomatologie**

- Douleur abdominale aigue typiquement en coup de poignard, de siège diffus (douleur utérine) ;
- Métrorragies brunâtres ou rouges ;
- Diminution des MAF d'apparition récente.

##### **Examen clinique**

- Hypertonie utérine : utérus de bois
- Augmentation de la hauteur utérine ;
- Anomalies du RCF ou mort in utero ;
- Au toucher vaginal : segment inférieur tendu avec présentation fixée ou appliquée et mise en évidence de métrorragies.

En dehors du travail :

- Métrorragies –  $\frac{2}{3}$  des cas : typiquement brunâtres, mais en fait de couleur variable, parfois sang frais.
- Douleurs utérines : typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions. Dans certains cas, anomalie de la contractilité utérine : mauvais relâchement ou hypertonie.

- Anomalies isolées du RCF : traduisant la réduction des échanges transplacentaires.
- Tableau de MAP : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques.
- MFIU inexplicée : l'HRP serait la première cause de ce type d'accident et doit donc être systématiquement recherché en pareil cas.

Pendant le travail :

- Anomalies de la dynamique utérine : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie.
- Anomalies du RCF : tachycardie ou ralentissements tardifs.
- Liquide amniotique sanglant ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtre témoignant de l'issue de méconium.

#### **1.4.5. Placenta prævia [16]**

Le placenta prævia est l'implantation du placenta sur ou à proximité de l'orifice interne du col.

Le placenta prævia correspond à un tissu placentaire qui recouvre toute partie de l'orifice cervical interne. Un placenta est dit bas lorsque le bord placentaire ne couvre pas l'orifice interne, mais se trouve à moins de 2 cm de celui-ci.

L'incidence du placenta prævia est d'environ 5/1000 accouchements [18]. Si le placenta prævia est mis en évidence au début de la grossesse, la disparition est habituelle vers 28 semaines, lorsque l'utérus augmente de volume.

##### **1.4.5.1. Facteurs de risque**

Les facteurs de risque de placenta prævia sont les suivants :

- Multiparité
- Antécédents de césarienne
- Anomalies utérines qui inhibent l'implantation normale (p. ex., fibromes, curetage)

- Antécédent de chirurgie utérine (p. ex., myomectomie) ou de procédure utérine (p. ex., dilatation et curetage multiples)
- Tabagisme
- Grossesse multiple
- Âge maternel élevé

#### **1.4.5.2. Complications**

Chez les patientes qui présentent un placenta prævia ou un placenta situé bas, les risques sont une anomalie de la présentation fœtale, une rupture prématurée des membranes, un retard de croissance intra-utérin, un vasa prævia et une insertion vélamenteuse du cordon ombilical (dans laquelle l'extrémité placentaire du cordon est constituée de vaisseaux ombilicaux divergents entourés uniquement de membranes fœtales).

En cas d'antécédent de césarienne, le placenta prævia augmente le risque de placenta accréta ; le risque augmente considérablement à mesure que le nombre d'accouchements par césarienne augmente (d'environ 6 à 10% pour un accouchement par césarienne à > 60% pour > 4).

#### **1.4.5.3. Symptomatologie**

Les symptômes du placenta prævia débutent habituellement après 20 semaines de gestation. Il se manifeste généralement par des saignements vaginaux soudains et indolores ; les saignements peuvent être importants, entraînant parfois un choc hémorragique. Chez certaines patientes, des contractions utérines accompagnent les saignements. La source du saignement dans le placenta prævia est maternelle.

#### **1.4.5.4. Diagnostic**

##### **Échographie Trans vaginale**

Le placenta prævia est évoqué chez toutes les femmes présentant des saignements vaginaux après 20 semaines. Si un placenta prævia existe, les touchers pelviens, l'examen digital cervical peuvent augmenter les saignements, parfois provoquer

de soudaines hémorragies massives ; ainsi, si une métrorragie apparaît après 20 semaines d'aménorrhée, le toucher vaginal est contre-indiqué à moins que le diagnostic de placenta prævia ne soit d'abord éliminé par une échographie.

Bien que le placenta prævia soit plus susceptible de provoquer une hémorragie indolore qu'un décollement placentaire, la différenciation clinique n'est toujours pas possible. Ainsi, l'échographie est fréquemment nécessaire pour les distinguer. L'échographie endovaginale est un moyen précis et sûr de diagnostiquer un placenta prævia.

#### **1.4.6. Prééclampsie**

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 supérieure ou égale à 90 mm de mercure et une pression systolique supérieure ou égale à 14 mm Hg [19].

Nous ne disposons pas d'étude réelle permettant d'estimer l'incidence de la PE. Cependant une étude multicentrique portant sur la population générale en France retrouve une incidence de 0,6% [20]. En Europe, 10% de grossesses se compliquent de PE [21] et en Afrique la fréquence varie de 10 à 13% [11]. Un certain nombre de facteurs de risques prédisposent à la toxémie gravidique ; Ces facteurs sont retrouvés de façon constante dans les études épidémiologiques [20]. Toutefois, l'absence de connaissance du mécanisme précis de la prééclampsie compromet la pertinence des facteurs de risques trouvés.

##### **1.4.6.1. Facteurs de risques**

L'étiologie de la prééclampsie est inconnue. Cependant, des facteurs de risque élevé et modéré ont été identifiés [22].

Les facteurs de haut risque comprennent les suivants :

- Antécédents de grossesse avec prééclampsie
- Grossesse multi fœtale

- Pathologies rénales
- Maladies auto-immunes
- Diabète sucré de type 1 et 2
- HTA chronique

Les facteurs de risque modéré sont les suivants :

- Première grossesse
- Âge maternel  $\geq 35$  ans
- Indice de masse corporelle (IMC)  $> 30$
- Antécédents familiaux de prééclampsie
- Caractéristiques sociodémographiques (afro-américains, statut socio-économique bas)
- Facteurs dépendants des antécédents personnels (p. ex., antécédents de nourrissons de faible poids de naissance ou de petite taille pour l'âge gestationnel, antécédents de grossesse à évolution défavorable,  $> 10$  ans d'intervalle entre des grossesses) [23].

#### **1.4.6.2. Etude clinique [12]**

- **Signes fonctionnels**

- Malaise général ;
- Douleurs abdominales (barre) ;
- Nausées, vomissements ;
- Dyspnée, essoufflement ;
- Céphalées inhabituelles ;
- Anomalies visuelles (mouches volantes, cécité) ;
- Convulsions « convulsions + grossesse = éclampsie »
- Contracture utérine, métrorragies

- **Signes à l'examen clinique**

- HTA (prise correcte) ;

- Œdèmes (visage, mains +++);
- Réflexes ostéo-tendineux vifs, polycinétiques;
- Œdème pulmonaire;
- Oligurie;
- Douleur de l'hypocondre droit, du creux épigastrique;
- Ictère.

#### **1.4.6.3. Complications :**

##### **a. Maternelles**

- Eclampsie;
- Hématome rétro placentaire;
- HELLP syndrome : Qui est une complication grave de l'HTA caractérisée par une cytolysé hépatique, une anémie sévère par hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie (diminution du taux des plaquettes).

Autres complications maternelles :

- Hémorragie cérébro-méningée;
- Coagulation intra vasculaire disséminée;
- Anémie hémolytique;
- Avortement spontané;
- Accouchement prématuré;
- Rétinopathie hypertensive (cécité);
- Insuffisance rénale;
- Décès maternel;
- Œdème aigu du poumon;
- Infarctus du myocarde et la rupture sous capsulaire du foie sont heureusement exceptionnels.

##### **b. Fœtales**

- Retard de croissance intra utérin;
- Mort fœtale in utéro (50% dans l'HRP);

- Souffrance fœtale chronique (SFC) et souffrance fœtale aigue (SFA) ;
- Décès per natal (31% de mort-nés).

### **c. Néonatales :**

- Prématurité, l'hypotrophie et la souffrance néonatale ;
- Mort néonatale précoce (12,6% dans les 48h).

## **1.4.7. Paludisme au cours de la grossesse [12]**

### **1.4.7.1. Définitions :**

- **Paludisme** : est une affection parasitaire fébrile due à un parasite (Plasmodium) transmis par la piqûre d'un moustique appelé anophèle femelle.
- **Paludisme et grossesse** : c'est la survenue du paludisme chez une femme enceinte ou la survenue d'une grossesse chez une femme infestée.

### **1.4.7.2. Causes (agents responsables) :**

Il existe 4 espèces : P. falciparum (le plus fréquent et le plus mortel), P. malariae, P. vivax et P. ovale.

### **1.4.7.3. Signes cliniques**

#### **a. Paludisme simple ou primo-infection palustre :**

- **Signes fonctionnels** : céphalées, nausées, anorexie ;
- **Signes généraux** : fièvre à 38-39°C, frissons et sueurs ;
- **Signes physiques** : hépato-splénomégalie à la palpation

#### **b. Paludisme grave ou accès pernicieux ou neuropaludisme :**

Il se voit chez une primigeste surtout étrangère.

L'accès pernicieux peut survenir après le paludisme simple non ou mal traité ou même d'emblée.

- **Signes fonctionnels** : céphalées intenses, vertiges, vomissements à répétition
- **Signes généraux** : fièvre à 40- 41°C, convulsions, dyspnée et coma ;
- **Signes physiques** : anémie, ictère, hémorragie rétinienne à l'inspection et hépato-splénomégalie à la palpation.

### **c. Autres formes**

Le paludisme viscéral évolutif et la fièvre bilieuse hémoglobinurique : devenue rare et survenant chez un ancien paludéen à *P. falciparum* traité par la quinine : est fatal dans 30 % des cas.

## **1.4.8. Vomissement gravidique grave**

### **1.4.8.1. Définition**

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse [12].

### **1.4.8.2. Causes ou facteurs de risque**

- Antécédents personnels et familiaux de vomissements incoercibles ;
- Grossesses multiples, grossesses molaires ;
- Primigestes ;
- Antécédents d'avortement ou de MFIU ;
- Conflit conjugal, stress [12].

### **1.4.8.3. Clinique**

Ils évoluent en deux phases, d'ailleurs mal séparées l'une de l'autre : une phase à dominante fonctionnelle, surtout émétisante et une phase de dénutrition.

#### **a. Phase émétisante**

Les vomissements ont les caractères qui ont été décrits précédemment. Mais ils acquièrent un degré particulier d'abondance et de répétition.

Le ptyalisme est souvent marqué : la femme déglutit une partie de sa salive qu'elle vomit ensuite. La constipation et l'oligurie complètent le tableau fonctionnel. Surtout l'amaigrissement apparaît, s'accroît vite, apprécié par les prises quotidiennes de poids. Le visage s'altère.

Cette phase a une durée variable et peut comporter des rémissions. Elle évolue souvent encore vers la guérison, même spontanée. Mais la deuxième phase peut lui succéder [19].

### **b. Phase de dénutrition**

Elle est caractérisée par l'atteinte de plus en plus profonde de l'état général.

L'amaigrissement est considérable. La fonte du pédicule adipeux commence, puis c'est celle des masses musculaires avec déshydratation. La malade peut perdre jusqu'au tiers de son poids.

Le visage devient pale et ridé et les lèvres sèches. Le ventre se creuse en bateau. L'utérus fait une saillie médiane, les épines iliaques font deux saillies latérales. Les fesses maigrissent, le frottement des ischions sur les draps irrite l'épiderme et des escarres peuvent apparaître.

Le pouls et la respiration s'accélèrent en permanence. La tachycardie peut atteindre 100, 120 ou plus. C'étaient naguère l'indication la plus nette de l'avortement thérapeutique. La température est normale ou un peu abaissée. Les urines diminuent en quantité. L'oligurie peut atteindre 500 ml, 400 et moins par vingt-quatre heures. L'appétit est nul, l'haleine d'odeur acétonique, la constipation absolue et le subictère parfois [11].

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils entraînent [11] :

- Une atteinte hépatique ;
- Des troubles neurologiques : l'encéphalopathie de Gayet Wernicke est la complication neurologique principale dans les formes avec retentissement nutritionnel sévère. Elle est secondaire à une carence en vitamine B 1 (thiamine) et son mécanisme est maintenant bien compris. Le début est progressif par des troubles de la vigilance et la décompensation survient le plus souvent lors de l'apport glucidique des premières mesures de réanimation. On

voit s'installer des signes neurologiques à type de nystagmus, ataxie, signes oculaires (paralyse oculomotrice, hémorragies rétiniennes et œdème papillaire) puis paraplégie, quadriplégie, obnubilation ou confusion mentale et décès en l'absence de mesures adaptées.

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako (Mali).

#### **2.1.1. Présentation du CS Réf de la Commune V**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km<sup>2</sup>.

Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalaban coura, à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Baco djicoroni, Sabalibougou, Kalaban coura et Daoudabougou.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V). Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 15 CSCom (Centre de Santé Communautaire). A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

**Les unités du CSRéf CV**

- Gynéco-Obstétrique ;
- Chirurgie ;
- Anesthésie/ réanimation
- Urologie
- Médecine ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Odontostomatologie ;
- Ophtalmologie ;
- Pédiatrie ;
- Rhumatologie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) ;
- Cardiologie ;
- Endocrinologie ;
- Pharmacie / Laboratoire ;
- Imagerie Médicale
- Gastroentérologie ;
- Dermatologie
- Ressources Humaines ;
- Comptabilité ;
- Hygiène/assainissement
- Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;

**Sections :**

- Consultation de gynécologie et obstétrique,
- Consultation Périnatale(CPN) ;

- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Soins Après Avortement (SAA) ;
- Dépistage du col de l’utérus
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Planification Familiale (PF) ;
- One Stop Center.
- Laboratoire de compétence
- Bloc Opératoire ;
- Hospitalisation (Bloc Opératoire) ;
- Hospitalisation des grossesses pathologiques
- Néonatalogie ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;
- Nutrition ;

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin Chef et compte un effectif de 320 travailleurs et 220 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastroentérologue) ;
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d’Etat et Management des services de Santé).

- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d’Etat, Infirmier d’Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d’Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Techniciens de surface
- Administration : (Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d’Administration, Secrétaires d’administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d’incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 8 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l’Etat ;
- Les contractuels de l’Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels des collectivités territoriales ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relevant de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d’excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management). Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco Obstétriques. En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l’Enfant.

### **2.1.2. Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV:**

Il comporte :

- Hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Consultation Périnatale (CPN),
- Grossesse pathologique.
- PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 2 salles VIP (Very important Person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Consultation Postnatale (CPON),
- Consultation de Gynécologie et obstétrique,
- Soins Après Avortement (SAA),
- Planification Familiale (PF),
- Dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- One Stop Center

### **2.1.3. Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :**

Il comporte :

- Cinq (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique le chef du service

- Un médecin anesthésie réanimateur
- Six (6) techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Cinquante Trois sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

#### **2.1.4. Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques se déroulent tous les jours (du lundi au vendredi) effectuées par les Gynécologues Obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales urgentes et les programmes (c'est du lundi au jeudi)

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSC om, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Un médecin DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Trois sages-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie,
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

L'équipe de garde dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

## **2.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale qui a consisté à étudier les aspects épidémiocliniques des urgences obstétricales sur une période de 24 mois, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022.

### 2.3. Population d'étude

L'étude a concerné toutes les patientes ayant présenté une urgence obstétricale dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V.

### 2.4. Critères d'inclusions

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes admises en urgences dans le service de gynéco-obstétrique pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et/ou fœtal pendant la période de l'étude. Les patientes dont le dossier obstétrical était exploitable.

### 2.5. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude, les patientes admises dans le service en dehors de la période d'étude. Les patientes ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale et les cas de dossier inexploitable.

### 2.6. Echantillonnage

L'échantillon était de type exhaustif. La sélection concernait tous les dossiers des patientes respectant les critères d'inclusion.

La taille minimale d'échantillon calculé avec la formule de Daniel Schwartz était de :

$$n = (Z\alpha)^2 \cdot \frac{p \cdot q}{i^2}$$

- n : taille minimum de l'échantillon
- $Z\alpha$  : écart-type (1,96) correspondant au risque d'erreur 5% ;
- p : la prévalence pris à 12,24% pour optimiser la taille d'échantillon [24].
- q : est la probabilité complémentaire de p et est égale à  $1 - 0,1224 = 0,8776$ .
- i : représente la précision que nous avons prise à 10%.

$$n = (1,96)^2 \cdot \frac{0,1224 \times 0,8776}{(0,05)^2} = 165 \text{ parturientes}$$

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 165 parturientes.

## **2.7. Collecte des données**

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuels (fiches d'enquête) portées en annexe, du registre des références, du registre des accouchements, du registre des comptes rendus opératoires, des partogrammes, des dossiers d'hospitalisation et des fiches de suivi post-opératoire.

## **2.8. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 25. Pour les statistiques descriptives, les proportions étaient calculées pour les variables qualitatives et les moyennes et leurs écarts types pour les variables quantitatives. Les tests statistiques de Khi-deux de Pearson et de Fischer Exact ont été effectués selon la convenance pour évaluer les associations entre les types des urgences obstétricales et le pronostic materno-fœtal. Le seuil de signification était fixé à 5%.

## **2.9. Considérations éthiques**

La confidentialité et l'anonymat des patientes ont été respectées, aucune donnée individuelle permettant d'identifier le sujet n'a été collectée. Un numéro d'identification était attribué à chaque patiente incluse dans l'étude. Les données des malades étaient exploitées après l'autorisation du chef de service.

-Définitions opératoires :

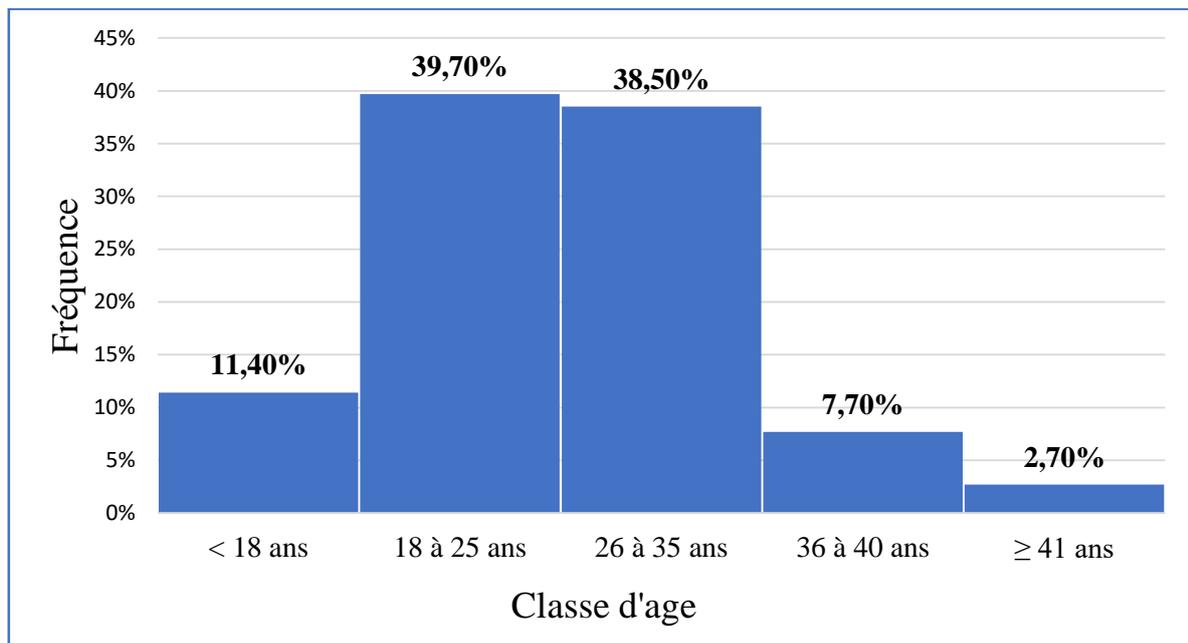
Ce qui permet de réaliser une opération sans avoir la valeur théorique.

### III. RESULTATS

#### 3.1. Fréquence des urgences obstétricales

Au cours de notre étude nous avons hospitalisé 19342 patientes dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V, parmi lesquelles 413 ayant présenté une urgence obstétricale soit une fréquence de 2%.

#### 3.2. Données socio démographiques



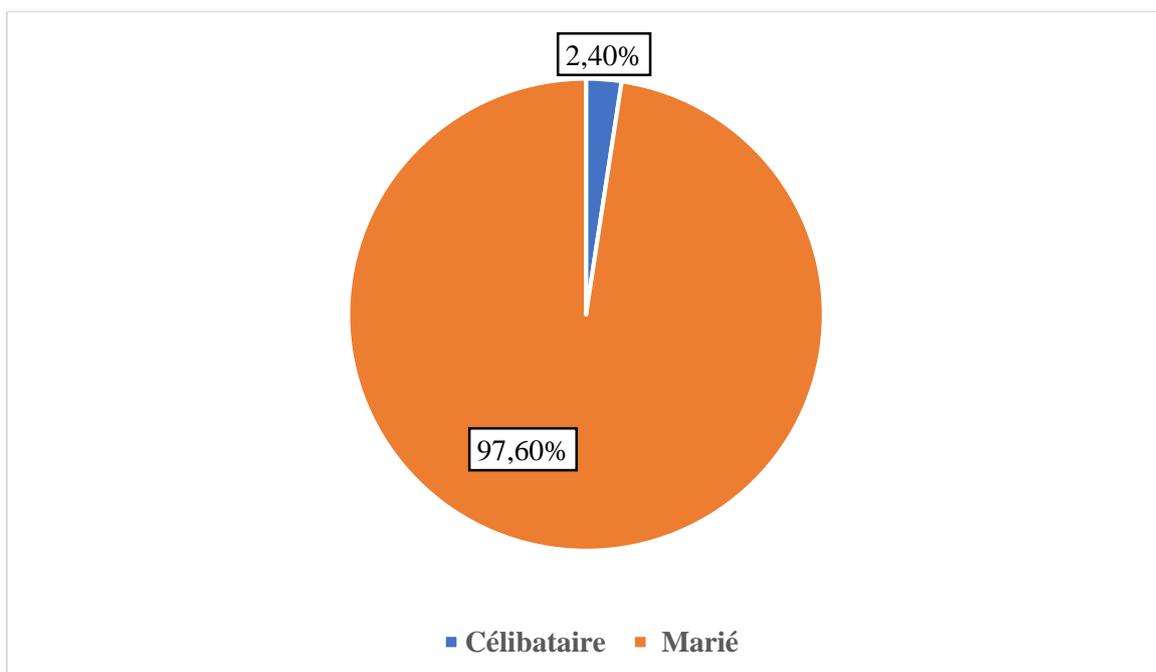
**Figure 4 : Répartition des patientes selon l'âge.**

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 18 à 25 ans soit 39,7% des patientes, suivie de 26 à 35 ans soit 38,5%. L'âge moyen était de  $26,2 \pm 0,3$  ans avec extrêmes allant de 15 à 46 ans.

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

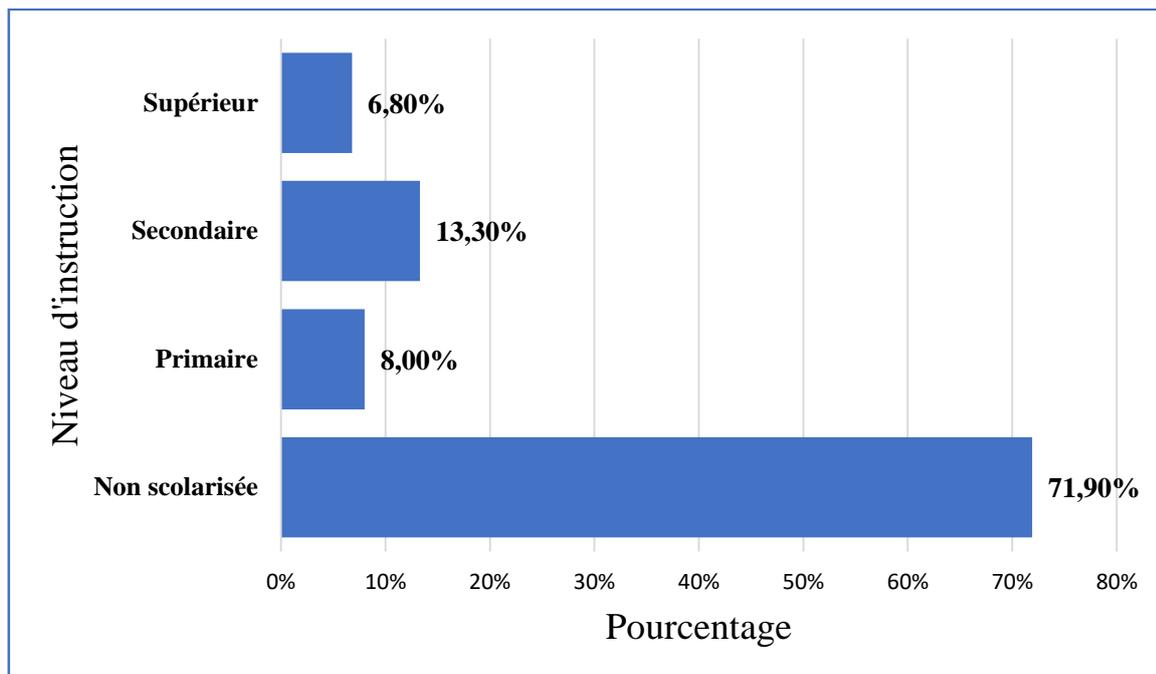
<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	291	70,5
Commerçante	50	12,1
Elève/étudiante	53	12,8
Agent de santé	9	2,2
Enseignante/monitrice	10	2,4
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Les femmes au foyer (ménagères) étaient majoritaires avec 70,5% suivies des élèves et étudiantes (12,8%).



**Figure 5 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.**

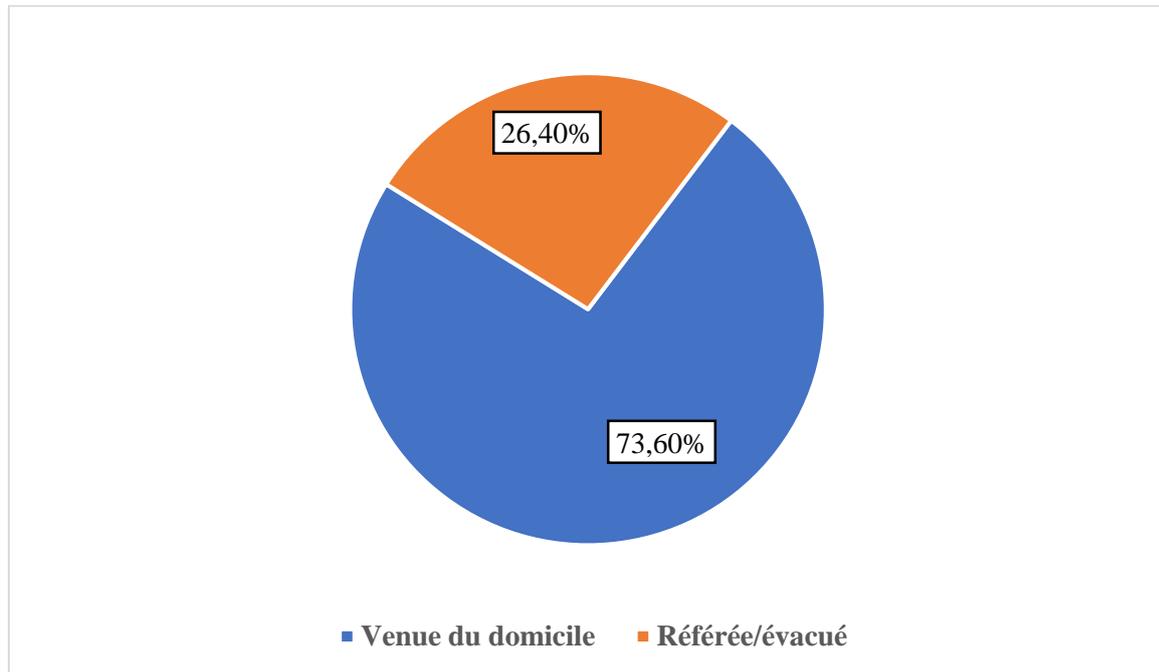
Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 97,6%.



**Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.**

La majorité des patientes était non scolarisée avec 71,9% contre 28,1% scolarisé parmi lesquels 13,3% avait un niveau secondaire, supérieur (6,8%) et primaire dans 8,0%.

### 3.3. Données cliniques



**Figure 7 : Répartition des patientes selon le mode d'admission**

Les patientes venue d 'elle-même ont représentées 73,6%.

**Tableau II : Répartition des patientes selon le motif d'admission**

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur abdominopelvienne	324	78,6
Perte liquidienne	25	6
Saignement sur grossesse	15	3,6
Hémorragies post-partum	10	2,4
Césarienne prophylactique	11	2,7
Céphalées	5	1,2
Pré éclampsie sévère	15	3,6
Accouchement prématuré	3	0,7
Anémie sévère sur grossesse	1	0,2
Consultation prénatale	2	0,5
Hystérectomie vaginale	1	0,2
Procidence du cordon 2ème degré battant	1	0,2
Total	413	100,0

Les motifs d'admission étaient principalement marqués par la douleur abdominopelvienne dans 78,6% des cas suivi de la perte liquidienne (6%) et le pré éclampsie sévère (3,6%) des cas.

**Tableau III : Répartition des patientes selon la phase d'admission**

<b>Phase d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Non précise	42	10,2
Phase de latence du travail	135	32,7
Phase active	224	54,2
Phase post-partum	12	2,9
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude les patientes sont admises en phase active dans 54,2% des cas et 32,7% en phase de latence du travail.

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

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	110	26,7
Pauci pare	96	23,2
Multipare	146	35,4
Grande multipare	61	14,8
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Les multipares étaient majoritairement représentées soit 35,4% des cas et 26,7% chez les nullipares.

**Tableau V : Répartition des patientes selon le nombre de CPN**

<b>CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucun	57	13,8
1 à 3	146	35,4
≥ 4	210	50,8
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Le nombre de consultation prénatale était supérieur ou égal à 4 dans 50,8% des cas contre 13,8% pour les gestantes n'ayant pas fait de consultation prénatale.

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

<b>Antécédent médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	5	1,2
Diabète	1	0,2
Asthme	3	0,7
Aucun	404	97,9
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Dans 97,9% des cas aucun antécédent médical n'a été identifié chez les patientes. Seulement 2,1% des patientes avaient un antécédent médical dont l'hypertension artérielle dans 1,2% suivi de l'asthme dans 0,7% et le diabète chez 0,2% des patientes.

**Tableau VII : Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical**

<b>Antécédent chirurgicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne	63	15,8
Myomectomie	1	0,2
Hernie discale	1	0,2
Appendicectomie	1	0,2
Aucun	345	83,5
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Au cours de cette étude il ressort qu'aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 83,5% toutefois nous avons noté un antécédent chirurgical dans 16,5% dont la césarienne dans 15,8% suivi la myomectomie, la hernie discale et l'appendicectomie dans 0,2% chacun.

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'antécédent gynéco obstétrical**

<b>Antécédent gynéco obstétricaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Salpingectomie	1	0,2
Avortement	21	15,3
Aucun	391	94,7
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100,0</b>

Nous n'avons enregistré aucun antécédent gynéco obstétrical dans 94,7%. Seulement 5,3% des patientes un antécédent gynéco obstétrical parmi lesquels 15,3% des cas d'avortement suivi de 0,2% des cas de salpingectomie.

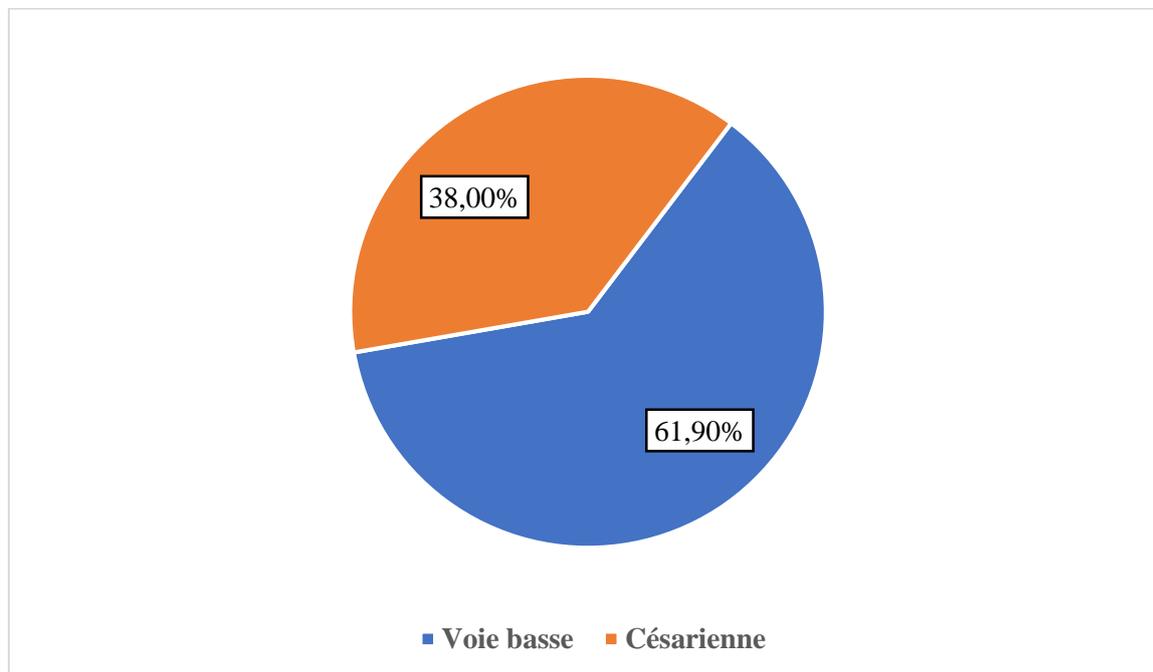
### 3.4. Type d'urgences obstétricales

**Tableau IX : Répartition des patientes selon le type d'urgences obstétricales**

Type d'urgences obstétricales	Effectifs	Pourcentage
Asphyxie fœtale aiguë	34	14,22
Prééclampsie	25	10,46
Présentations vicieuses (face, front, épaule)	22	9,2
Dilatation stationnaire	13	5,43
Hématome rétroplacentaire	10	4,2
Rupture prématurée des membranes	20	8,36
Anémie sévère pendant la grossesse	7	2,92
Hémorragie du post-partum immédiat	8	3,34
Bassin généralement rétréci en travail	5	2,09
Placenta prævia hémorragique	4	1,7
Césarienne prophylactique pour utérus cicatriciel	59	24,68
Défaut d'engagement	3	1,25
Avortement tardif	3	1,25
Kyste ovarien hémorragique	2	0,83
Rupture utérine	2	0,83
Echec de l'épreuve de travail	3	1,25
Bassin immature en travail	2	0,83
Prolapsus utérin	2	0,83
Saignement sur grossesse	3	1,25
Syndrome de pre-rupture utérine	2	0,83
Paludisme grave sur grossesse gémellaire	1	0,4
Grossesse extra-utérine	2	0,83
Avortement	1	0,41
Fibrome hémorragique	1	0,41
Antécédent de myomectomie avec effraction de la cavité utérine	1	0,41
Endométrite	1	0,41
Kyste géant de l'ovaire utérus myomateux	1	0,41
Malformation fœtale avec acrane	1	0,41
Mort fœtale in utero	1	0,41

Parmi les urgences obstétricales la souffrance fœtale aiguë a représentée 14,22% et la prééclampsie 10,5% des cas.

### 3.5. Prise en charge



**Figure 8 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.**

L'accouchement par voie basse a représenté 61,9% des cas contre 38% de césarienne.

**Tableau X : Répartition des patientes selon les modalités de prise en charge.**

Prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Antibiothérapie	382	92,5
Révision utérine	160	38,7
Transfusion sanguine immédiate	9	2,2
Hystérectomies d'hémostase	3	0,7
Salpingectomies	2	0,5

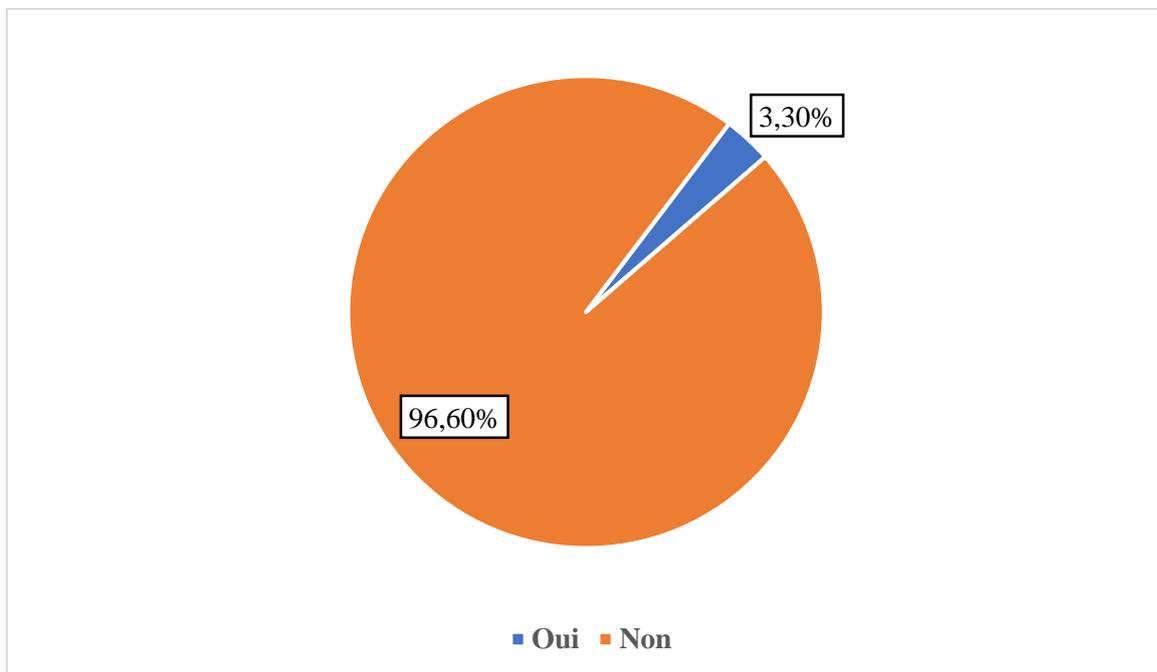
La prise en charge était constituée de l'antibiothérapie chez 92,5% suivie de la révision utérine dans 38,7% des cas. Dans 2,2% des cas la transfusion sanguine immédiate avait été faite, l'hystérectomie d'hémostase (0,7%) et Salpingectomies dans 0,5% des patientes.

**Tableau XI : Répartition des patientes selon le type d'antibiotique utilisé**

Type d'antibiotique utilisé	Effectifs	Pourcentage
Metronidazole 500mg	372	97,4
Amoxicilline 500mg	370	96,9
Ceftriaxone 1g	13	3,4
Doxycycline comprimé,	1	0,3
Gentamycine 80mg injectable,	1	0,3
Cipro perfusion,	1	0,3
Gentamycine 80mg injectable	1	0,3

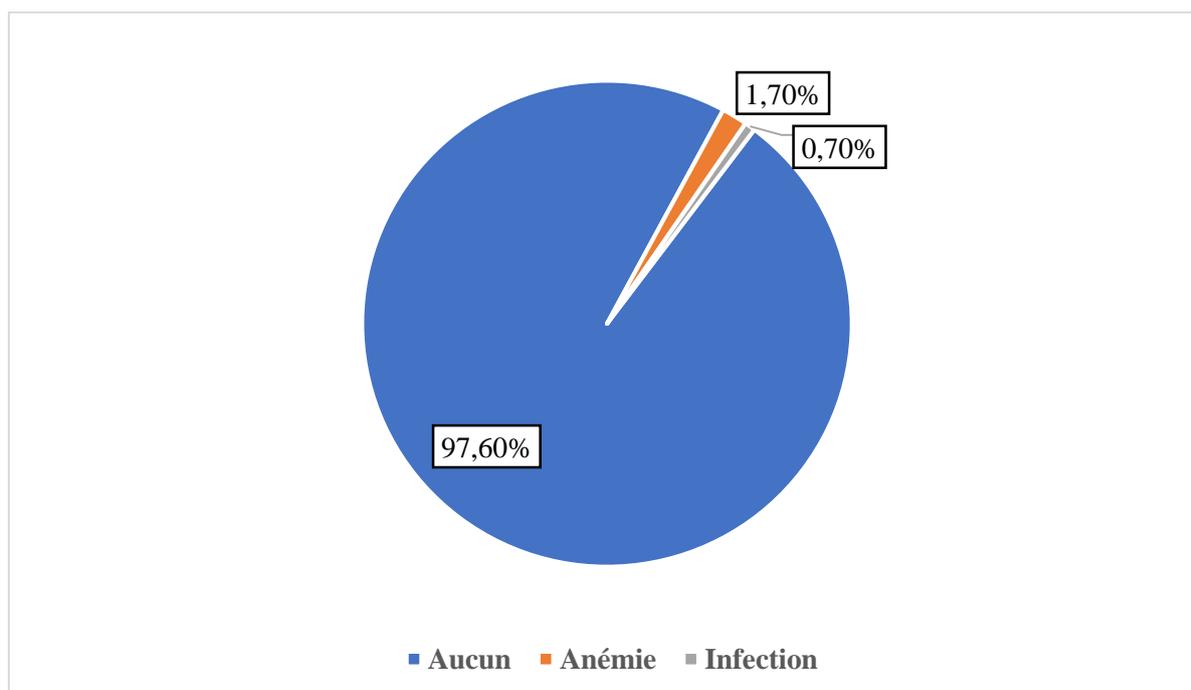
Parmi les 382 patientes ayant reçu une antibiotique 97,4% avait bénéficié le métronidazole 500mg suivi de l'amoxicilline 500mg dans 96,9% des cas.

### 3.6. Pronostic



**Figure 9 : Répartition des patientes selon l'évolution.**

Nous avons enregistré 3,3% des cas de décès périnatal au cours de notre étude. Et douze (12) cas de décès maternel soit 2,90%.



**Figure 10 : Répartition des patientes selon le type de complication.**

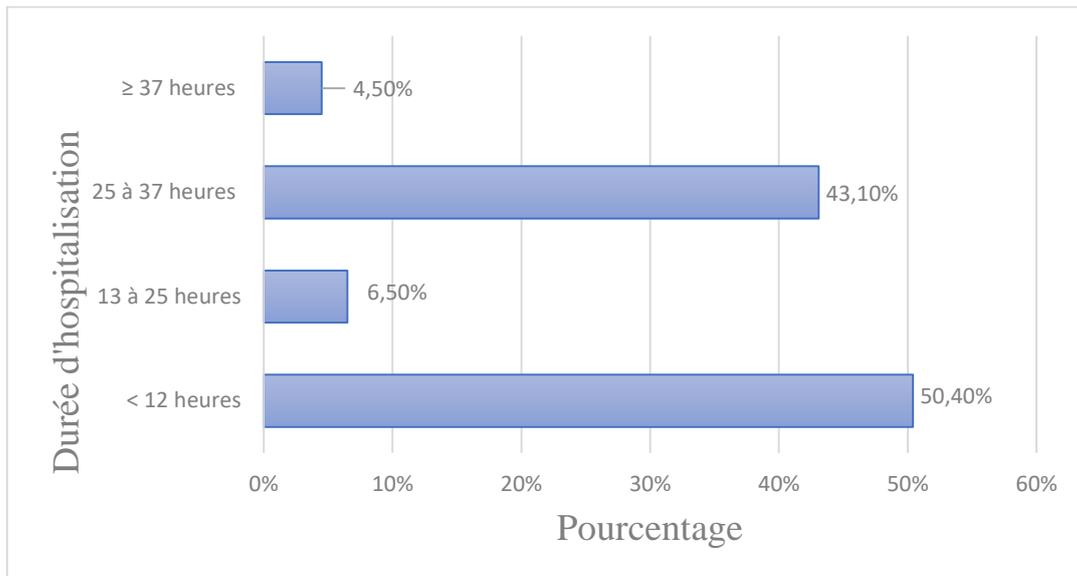
La majorité des patientes n'avait pas de complications soit 97,6% des cas. Seulement 2,4% avait eu de complication dont l'anémie dans 1,7% suivi de l'infection dans 0,7% des cas.

**Tableau XII : Répartition des patientes selon l'APGAR**

APGAR	Effectifs (n=413)	Pourcentage
<b>APGAR à 1ère mm</b>		
< 7	26	6,3
≥ 7	387	93,7
<b>APGAR à 5ème mm</b>		
< 7	16	3,9
≥ 7	397	96,1

A la première minute l'Apgar était coté supérieur ou égal à 7 chez 93,7% des nouveau-nés et la même valeur a été retrouvé chez 96,1% des nouveau-né à la 5<sup>ème</sup> minute.

### 3.7. Durée d'hospitalisation



**Figure 11 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.**

La majorité des patientes avait séjourné moins de 12 heures de temps à l'hôpital. La durée moyenne était de  $25,4 \pm 1,0$  heures avec des limites allant de 6 à 72 heures.

#### **-Limite-Difficultés :**

- 1-L'étude étant rétrospective certains dossiers n'ont pas pu être retrouvés.
- 2-Certaines informations n'étaient pas disponibles dans les dossiers.

## **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 413 patientes ayant présenté une urgence obstétricale sur un total de 19342 patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la Commune V. Ce qui représente une fréquence de 2%. Diallo MH [25] en Guinée a trouvé une fréquence hospitalière de 20,29% des urgences gynécologiques et obstétricales. De même que Bagnan et al [5] dans leur étude qui ont rapporté une fréquence des urgences obstétricales dans 21,7% des cas en 2017. Une fréquence plus élevée a été notée dans l'étude réalisée en 2013 par Tchaou et al [3] au CHU de Parakou qui retrouvait une fréquence de 31,8% des urgences obstétricales. Cette fréquence était largement supérieure à celle observée dans les pays développés où elle est généralement inférieure à 1% [26] et 0,95% selon Lelong et al [27].

Ceci montre que les urgences obstétricales restent un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en développement et témoignent de la qualité du système sanitaire.

### **4.1. Données sociodémographiques**

#### **4.1.1. Age**

Dans notre étude la tranche d'âge était comprise entre 18 et 25 ans chez 39,7% des patientes, l'âge moyen était de  $26,2 \pm 0,3$  ans avec extrêmes allant de 15 à 46 ans. Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M [28] qui dans son étude a trouvé une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans dans 62,21% des cas. Dembélé H [29] dans son étude a trouvé une tranche comprise entre 20 et 34 ans dans 53,19% des cas. Dans une étude menée par Traoré Y [30] au CSRéf de Nioro, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 14 à 19ans avec 45,33%. L'âge moyen était de  $32 \pm 12$  ans dans une étude menée par Bannour et al [31] dans le service de gynécologie obstétrique de Sousse. Dans l'étude de Balde IS et al [1] en 2020, l'âge moyen était de  $25,9 \pm 6,1$  ans avec des extrêmes de 14 et 44 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-30 ans avec respectivement

27,3 et 27,0%. Ainsi cet âge correspond certainement à la période à laquelle l'activité génitale de la femme culmine.

#### **4.1.2. Statut matrimonial**

Au cours de notre étude le statut matrimonial était dominé par les mariées soit 97,6% des patientes. Ce résultat était comparable à celui de Bannour et al [31] qui ont eu un taux de 93,08%. Traoré Y [30] a recensé dans son étude un taux de 99,23% de mariées. Dans l'étude de Diabaté M [28], les femmes mariées ont représenté 98,3% des patientes. Ces taux élevés de mariées seraient imputables aux mariages précoces qui prévalent dans nos pays africains. Le mariage y est une norme sociale et l'adolescente est mariée précocement selon les prescriptions religieuses ou coutumières.

#### **4.1.3. Niveau d'instruction**

La majorité des patientes était non scolarisée avec 71,9% contre 28,1% scolarisée parmi lesquelles 13,3% avait un niveau secondaire, supérieur (6,8%) et primaire dans 8,0%. Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M [28] qui a rapporté un taux de 99,42% des non scolarisées. Les non scolarisées ont représentés presque la totalité des patientes soit 97% dans l'étude de Traoré Y [30]. Dans l'étude de Togola L [32] 69,1% des patientes étaient non scolarisées. Nos résultats corroborent avec ceux rapporté par l'enquête démographique et de santé du Mali qui a trouvé 66% des femmes en âge de procréer n'ayant aucun niveau d'instruction. L'instruction est un élément déterminant dans la compréhension du message de sensibilisation pour le maintien en bonne santé. Les femmes instruites pourraient mieux comprendre l'importance des mesures de prévention au cours de la grossesse en effectuant les consultations prénatales de façon régulière.

### **4.2. Données cliniques**

#### **4.2.1. Mode d'admission**

Dans notre étude les patientes ont été référées/évacuées dans 73,6% des cas. Bannour et al [31] dans leurs études ont rapporté que seulement 6,53% (n=131)

des patientes furent référées. Le mode d'admission était l'évacuation dans 47,68% des cas, dans l'étude de Diabaté M [28]. Danioko N [33] et Sanogo ST [34] ont rapporté respectivement 78% et 63,54% de patientes évacuées. Ces résultats pourraient s'expliquer par le faible niveau socioéconomique dans notre contexte qui peut entraîner des retards de consultations.

#### **4.2.2. Motif d'admission**

Au cours de notre étude les motifs d'admission étaient principalement marqués par la douleur abdominopelvienne dans 77,7% des cas. Ouattara D [35] a trouvé les dystocies comme principal motif d'évacuation avec 11% suivi des hémorragies antépartum avec 9,8%. Le motif d'évacuation le plus fréquemment rencontré était la dystocie soit 19,3% dans l'étude de Dembélé H [29]. Les motifs de d'admission les plus fréquents étaient les douleurs pelviennes avec 38% des cas dans l'étude de Bannour et al [31].

#### **4.2.3. Parité**

Dans notre étude, les multipares étaient majoritairement représentées soit 35,4% des cas. Ce résultat est proche de celui de Ouattara D [35] qui a rapporté 39,5% de primipares, suivies des multipares 26,7%. Notre résultat était différent de celui de Danioko N [33] chez qui les multipares étaient majoritaires avec un taux de 55,3% des cas. Les nullipares étaient les plus évacuées soit 32,58% dans l'étude de Dembélé H [29].

#### **4.2.4. Consultations prénatales**

Dans notre étude, le nombre de consultation prénatale était supérieur ou égal à 4 dans 50,8% des cas. Dans l'étude de Diabaté M [28] 104 sur 172 des patientes ont fait une à trois consultations prénatales soit 60,46%. Dans l'étude de Danioko N [33] plus de la moitié des patientes, soit 51,3% n'avaient réalisé aucune CPN. Notre résultat était inférieur à celui de Ouattara D [35] qui a recensé 66,7 % de patientes avec une à quatre consultations prénatales. Dembélé H [29] dans son étude a trouvé un taux de 24,24% de patientes ayant réalisées quatre CPN.

L'efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des consultations, selon la récente enquête démographique et de santé du Mali (EDS-VI, 2018) moins de la moitié des femmes (43 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales [36]. Étant donné que les femmes enceintes sont potentiellement à risque de complications obstétricales, une consultation régulière avec un professionnel de la santé est recommandée tout au long de la grossesse, car il s'agit d'une occasion optimale pour les prestataires de soins de santé d'identifier les femmes à risque accru dès le début de la grossesse et de fournir le soutien nécessaire et éduquer les femmes enceintes sur les événements inattendus [37]. Plusieurs pays ont commencé à mettre en œuvre les dernières directives de l'Organisation mondiale de la santé recommandant les 8 contacts pendant la période prénatale [38,39]. Ceci est louable car il s'agit d'une excellente occasion de réduire la morbidité et la mortalité périnatales, ce qui inclut la détection des facteurs de risque et donc d'améliorer l'expérience de soins des femmes.

#### **4.2.5. Antécédents médicaux**

Dans notre étude, seulement 2,1% des patientes avaient un antécédent médical dont l'hypertension artérielle dans 1,2%. Ce résultat était comparable à celui de Diabaté M [28] qui rapporté dans son étude que seulement 1,16% avaient une anémie et 0,58% l'asthme comme antécédent médical ; 2,33 % avaient un antécédent d'hypertension artérielle. Dans l'étude de Traoré A S [40] L'hypertension artérielle gravidique (HTAG) était l'antécédent médical retrouvé chez 11,5% des patientes. Les troubles hypertensifs de la grossesse (HDP) sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales dans le monde et potentiellement une menace critique pour la santé maternelle et infantile [41]. Selon l'étude de Basta et al [42], parmi les femmes souffrant de troubles hypertensifs de la grossesse, l'odds ratio ajusté (AOR) d'avoir une mortinatalité était deux fois plus élevé que celui des femmes normotendues (OR=2,62 [1,46-4,40], cinq fois pour un décès néonatal précoce (OR=5,0 [2,40-

10,50] et six fois pour un accouchement prématuré (OR=5,16 [3,42-7,79]. La gestion et la prévention des troubles hypertensifs de la grossesse devraient être un aspect important pour prévenir les complications maternelles et néonatales afin d'accélérer les progrès vers l'amélioration de la survie néonatale.

#### **4.2.6. Antécédents chirurgicaux**

Au cours de cette étude il ressort qu'aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 83,5% toutefois nous avons noté un antécédent chirurgical dans 16,5% dont la césarienne dans 15,8% suivie la myomectomie, la hernie discale et l'appendicectomie dans 0,2% chacun. Ce résultat est supérieur à celui de Diabaté M [28] qui dans son étude a trouvé 4,7% des patientes avec un antécédent de césarienne. Dans l'étude de Traoré A S [40] sur le plan chirurgical les antécédents étaient une césarienne 11,5%, une laparotomie 1 cas et une cure herniaire 1 cas.

#### **4.2.7. Type d'urgence obstétricale**

Dans notre étude les urgences obstétricales étaient marquées par l'asphyxie fœtale aiguë et l'utérus cicatriciel sur bassin limite dans 13,8% des cas chacun suivi de la pré-éclampsie dans 10,5% et la présentation vicieuse (face, front, épaule) dans 9,2% des cas. Dans l'étude de Bannour et al [31] la grossesse débutante était la raison principale du recours aux urgences gynécologiques et obstétricales. Dans l'étude de Bagnan et al [5], les urgences hémorragiques, les urgences hypertensives et les souffrances fœtales aiguës avec respectivement 36%, 24,5% et 15,3% sont les urgences les plus fréquentes. Tchaou et al dans leur étude avaient trouvé une souffrance fœtale dans 15,2% des cas [3]. Dans l'étude de Dao SZ et al [43], les principales indications opératoires ont été asphyxie foetale aigue (SFA) avec 29,3% et les anomalies du bassin (22,6%). Par contre dans celle d'Etoundi P et al [44], les pathologies hypertensives étaient au premier rang (72,3%: prééclampsie, éclampsie, HELLP syndrome), suivies par des pathologies hémorragiques (13,5%: hémorragie antépartum).

L'asphyxie fœtale aiguë met en jeu le pronostic vital du fœtus dans les heures voire les minutes qui suivent son installation par l'hypoxie. Elle nécessite une prise en charge rapide et adéquate.

#### **4.2.8. Prise en charge**

Dans notre étude l'accouchement par voie basse a représenté 61,9% des cas. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de Bonkougou PZ et al [4], où la césarienne avec 91,9% a été la principale intervention réalisée et les dystocies ont été les principales indications opératoires avec 49,9%. L'accouchement par césarienne fut réalisé dans 51,78% des cas dans l'étude de Traoré Y [30].

Dans notre étude la prise en charge était constituée de l'antibiothérapie chez 92,5% des patientes. Dans l'étude de Diabaté M [28] la césarienne et la révision utérine/perfusion d'ocytocine étaient la prise en charge étiologique la plus représentée.

#### **4.2.9. Durée d'hospitalisation**

Dans notre étude la majorité des patientes avait séjourné moins de 12 heures de temps à l'hôpital. La durée moyenne était de  $25,4 \pm 1,0$  heures avec des limites allant de 6 à 72 heures. Dans l'étude de Diabaté M [28] la majorité des patientes ont fait 3 à 5 jours d'hospitalisation soit dans 65,69%. Dans l'étude de Traoré Y [30] cette durée était de 3 à 7 jours dans 55,82% des cas et dans celle de Tchaou et al [3], la durée moyenne d'hospitalisation était de  $4,0 \pm 3,4$  jours avec des extrêmes de 1 à 23 jours. La durée d'hospitalisation dépend de l'approche thérapeutique en fonction de l'étude clinique des patientes.

#### **4.2.10. Pronostic**

Au cours de notre étude nous avons enregistré douze (12) cas de décès maternel soit 2,90%. Tchaou en 2013 à Parakou [3] a rapporté un taux de 0,4% de décès maternel. Par contre le taux de létalité maternelle était de 2,3% dans l'étude de Bagnan et al [5]. Lelong et al [27] a rapporté 2,08% de taux de mortalité

maternelle. Selon Etoundi et al [44], la prise en charge s'était soldée par un taux de mortalité maternelle de 9,6%.

Le décès périnatal dans notre étude était de 3,3% des cas. Ce taux de mortalité était supérieur à celui de Diabaté M [28] qui a enregistré le décès dans 2 cas soit 1,16%. Dans l'étude de Kamaté A [45] La mortalité des nouveau-nés était de 5,9%. Traoré Y [30] a rapporté un taux de mortalité fœtal de 27,6% dans son étude. La pauvreté, la distance, le manque d'informations, et l'inadéquation des services paraissent comme des facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **✓ Conclusion**

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du centre de santé de référence de la commune V. Elles concernent surtout la femme jeune, les étiologies sont diverses, dominées surtout par la souffrance fœtale aigue, l'utérus cicatriciel. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

## ✓ **Recommandations**

A la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités politiques et administratives**

- Doter le service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf de la commune V en appareil de monitoring fœtal pour une meilleure prise en charge ;
- Renforcer le système de référence/évacuation des cas d'urgences obstétricales.

### **Aux personnels de santé**

- Faire une prise en charge pluridisciplinaire des urgences obstétricales.
- Sensibiliser les patientes sur l'importance du suivi régulier des consultations prénatales.

### **Aux femmes enceintes**

- Suivre régulièrement les consignes des personnels de santé
- Consulter à temps une structure de santé en cas de symptômes d'alerte sur grossesse.
- Communiquer sur le Changement de Comportement (CCC).

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom :** KEITA

**Prénom :** Amadou

**Titre de la thèse :** Etude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako (Mali)

**Année de soutenance :** 2022-2023

**Lieu de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique, Santé publique

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

**Introduction :** Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant le pronostic vital maternel et/ou fœtal à court terme [1]. Elles constituent un problème majeur de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement [1,2].

**Résumé :** Nous avons réalisé cette étude au cours des 24 mois. Il s'agissait une étude rétrospective transversale qui a eu lieu dans le centre de santé de référence de la commune v du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022.

L'objectif principal est d'étudier les aspects épidémiologiques -cliniques des urgences obstétricales dans notre service.

Nous avons enregistré 413 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 2%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (15-46 ans). Les urgences obstétricales sont dominées par l'asphyxie fœtale aigue et l'utérus cicatriciel sur bassin limite dans 13,8% et la présentation vicieuse (face, front, épaule) dans 9,2% des cas. L'accouchement par voie basse a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans les urgences d'obstétrical soit 61,9%.

La mortalité fœtale est de 3,3%, aucun cas de décès maternel n'a été noté dans notre série. La primiparité, la jeunesse, la grande multiparité, les évacuations,

l'analphabétisme, du manque d'éducation sanitaire, du faible niveau socio-économique, de l'insuffisance des infrastructures médicales ainsi que du manque de personnel qualifié constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

**Mots clés** : urgences, obstétricales, mortalité, Asphyxie fœtale, présentions vicieuses.

**SUMMARY:** We carried out this study over the course of 24 months. This is a retrospective and longitudinal cross-sectional study which took place in the reference health center of the municipality from January 1, 2021 to December 31, 2022. The main objective is to study the epidemiological-clinical aspects of obstetric emergencies in our service. . We recorded 413 emergencies during the study period, i.e. a frequency of 2%. All ages of the period of genital activity are concerned (15-46 years). Obstetric emergencies are dominated by acute fetal asphyxia and scarred uterus on borderline pelvis in 13.8% and viscous presentation (face, forehead, shoulder) in 9.2% of cases. Vaginal delivery has was the most practiced means of treatment in obstetric emergencies, i.e. 61.9%. Fetal mortality is 3.3%, no case of maternal death was noted in our series. Primiparity, youth, high multiparity, evacuations, illiteracy, lack of health education, low socio-economic level, insufficient medical infrastructure and lack of qualified personnel constitute risk factors for obstetric emergencies. **Key words:** emergencies, obstetrics, mortality, fetal asphyxia, viscous presentation.

## REFERENCES

1. Balde IS, Baldé O, Sylla I, Diallo IT, Sow AII, Barry AB, et al. Obstetric emergencies in the maternity ward of the Ignace Deen national hospital CHU of Conakry: sociodemographic, therapeutic and maternal fetal prognosis aspects. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 26 nov 2020;9(12):4799-805.
2. Dao O. Décès maternels au centre de santé de référence de la commune II de Bamako. [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4959>
3. Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Eur Sci J ESJ.* 30 mars 2015;11(9):260-72.
4. Diallo BS, Balde IS, Conte I, Diallo MH, Balde O, Sylla I, et al. Care Taking of Obstetric Emergencies in the Department of Gynaecology and Obstetrics at Donka National Hospital, University Teaching Hospital (CHU) of Conakry, Guinea. *Open J Obstet Gynecol.* 7 mai 2019;9(5):604-11.
5. Bagnan JAT. Les urgences obstétricales a la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. *J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod.* 2017;18(2):1-10.
6. Drife J. Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 juin 2008;22(3):501-15.
7. Mustafa Adelaja L, Olufemi Taiwo O. Maternal and Fetal Outcome of Obstetric Emergencies in a Tertiary Health Institution in South-Western Nigeria. *Int Sch Res Not.* 16 juin 2011;2011:e160932.
8. World Health Organization. Mortalité maternelle [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
9. OMS Afrique. Les progrès réalisés par l'Afrique en matière de mortalité maternelle et infantile sont en recul, selon un rapport de l'OMS [Internet]. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. 2023 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/news/les-progres-realises-par-lafrique-en-matiere-de-mortalite-maternelle-et-infantile-sont-en>

10. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
11. Sanogo YS. Etudes épidémiologique-clinique des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala. FMOS. [Thèse de médecine]. [Bamako] ; 2012 ; N°62 : 79p.
12. Maiga M. Pronostic des urgences obstétricales dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2019 ; N°310 : 177p.
13. Comité Editorial Pédagogique de L'UVMAF. Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail) 2011 : 31p.
14. Ouattara O. Aspects épidémiologique-cliniques des urgences obstétricales au CSRéf de la Commune I du District de Bamako. FMOS. [Thèse]. Bamako ; 2016 ; N°33 : 124p.
15. Body G et al. Les urgences en gynécologie obstétrique. Les 6 CHRU de la Région Ouest. 2005 : 151p.
16. Dulay A T. Anomalies de la grossesse. [Le manuel MSD]. 2022.
17. Connolly A, Ryan DH, Stuebe AM, Wolfe HM. Reevaluation of Discriminatory and Threshold Levels for Serum  $\beta$ -hCG in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol.* janv 2013;121(1):65.
18. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health.* 2013;18(6):712-24.
19. Boyoma Bwana Masala. Etude de la fréquence des Urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence de Kamina RDC. [Mémoire online]. Juin 2011.
20. Tégueté I. et al. Prise en charge de l'association drépanocytose et grossesse en Afrique : expérience malienne et revue de la littérature. [tegueteibra@hotmail.com](mailto:tegueteibra@hotmail.com) : 50p.
21. Mick Ngandu Mwepu. La césarienne ; fréquence, indications et complications. Université de Lubumbashi. [Thèse de médecine]. RDC Congo ; Mémoire Online 2011.

22. Henderson JT, Whitlock EP, O'Conner E, et al: Table 8: Preeclampsia Risk Factors Based on Patient Medical History in Low-dose aspirin for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2014.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* juin 2020;135(6):237pages.
24. Une étude similaire réalisée en IV du district de Bamako a trouver une prévalence de 12,24% Coulibaly D. Etude épidémio-clinique des Urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune IV à propos de 293 cas. Thèse de Médecine 2007-2008, p47.
25. Diallo MH, Diallo FB, Keita M, Baldé DB, Barry AB, Baldé IS, et al. Gynecological and Obstetrical Emergencies at the University Clinic of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Donka Guinea. *Open J Obstet Gynecol.* 13 déc 2021;11(12):1862-74.
26. Fourrier F. Pathologie obstétricale en réanimation. Des généralités aux principes. *Réanimation.* 1 sept 2007;16(5):366-72.
27. Lelong E, Pourrat O, Pinsard M, Goudet V, Badin J, Mimos O, et al. Admissions en réanimation des femmes en cours de grossesse ou en post-partum : circonstances et pronostic. Une série rétrospective de 96 cas. *Rev Médecine Interne.* 1 mars 2013;34(3):141-7.
28. Diabaté M. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de maternité du centre de santé de référence de Diéma dans la région de Kayes au Mali. [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2021. 91p.
29. Dembélé H. Evaluation du système de référence / évacuation axe sur les urgences obstétricales de 2015 à 2018 dans le district sanitaire de Yélimané [Thèses]. Bamako : USTTB ; 2020. 92p.
30. Traoré Y. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences Obstétricales au CSREF de Niore du Sahel de 2015 à 2018 [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2020. 91p.
31. Bannour I, Limam M, Rjiba G, Bannour R, Ajmi T. Les urgences gynéco-obstétricales au service de gynécologie obstétrique de Sousse: étude épidémiologique et devenir des consultants. *Pan Afr Med J.* 3 oct 2022;43:53.

32. Togola L. Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Yanfolila. [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2015. 82p.
33. Danioko N. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Koulikoro [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2018. 36p.
34. Sanogo S. Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Tominian à propos de 277 cas [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2010. 126p.
35. Ouattara. D. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2016. 124p.
36. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. [Internet]. [cité 10 déc 2022]. Disponible sur: [http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM\\_VI.pdf](http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM_VI.pdf)
37. Kolola T, Morka W, Abdissa B. Antenatal care booking within the first trimester of pregnancy and its associated factors among pregnant women residing in an urban area: a cross-sectional study in Debre Berhan town, Ethiopia. *BMJ Open*. 2020;10(6):e032960.
38. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. *PLOS ONE*. 15 févr 2022;17(2):e0263731.
39. OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2016, 10p. [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250801/WHO-RHR-16.12-fre.pdf>
40. Traoré AS. La mortalité et morbidité maternelle des urgences obstétricales en réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNFS) [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2012. 100p.
41. Garovic VD, White WM, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, et al. Incidence and Long-Term Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 12 mai 2020;75(18):2323-34.

42. Basta M, Hanif K, Zafar S, Khabazeh A, Amin F, Sharif Khan S, et al. Impact of Hypertensive Disorders of Pregnancy on Stillbirth and Other Perinatal Outcomes: A Multi-Center Retrospective Study. *Cureus*. 14(3):e22788.
43. Dao SZ, Ouattara K, Coulibaly A, Diarra D, Traoré BA, Sidibé K, et al. Prise en Charge Anesthésique des Urgences Gynéco-obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako. *Health Sci Dis*. 28 févr 2022;23(3):103-6.
44. Etoundi PO, Mbengono AM, Tchokam L, Danwang C, Tcheyanou LK, Ela AA, et al. Complications Obstétricales Admises en Réanimation : Épidémiologie, Diagnostic et Pronostic. *Health Sci Dis*. 10 janv 2017;18(1):48-52.
45. Kamaté MA. Complications obstétricales et périnatales de l'accouchement de macrosome dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré [Thèse]. Bamako : USTTB ; 2020. 95p.

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

#### 1. Données sociodémographiques

1. Age (année) : /\_\_\_\_\_/
2. Profession : /\_\_/ 1. Ménagère, 2. Commerçante 3. Elève/étudiante 4. Agent de santé 5. Enseignante/monitrice
3. Statut matrimonial : /\_\_/ 1. Célibataire, 2. Marié 3. Veuve 4. Divorcée
4. Niveau d'instruction : /\_\_/ 1. Non instruite, 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur

#### 2. Donnée cliniques

1. Mode d'admission: /\_\_/ 1. Venue du domicile, 2. Référé/évacué
2. Motif de référence : /\_\_\_\_\_/
3. Motif d'admission : /\_\_/
  - a. Hémorragies : /\_\_/
  - b. HTA : /\_\_/
  - c. Eclampsie. : /\_\_/
  - d. Douleur abdominopelvienne : /\_\_/
  - e. Douleur épigastrique en barre : /\_\_/
  - f. Vertiges: /\_\_/
  - g. Perte de liquide : /\_\_/
  - h. Mal de tête : /\_\_/
  - i. Perte de liquide : /\_\_/
  - j. Nausée et vomissements : /\_\_/
  - k. Autres : /\_\_\_\_\_/
4. Phase d'admission :
  - a. Phase de latence du travail : /\_\_/
  - b. Phase active : /\_\_/
  - c. Phase post-partum : /\_\_/
5. Parité : /\_\_/ 1. Nullipare 2. Paucipare 3. Multipare. 4. Grande multipare
6. CPN : /\_\_/ 1. Fait 2. Non fait.
7. Nombre de CPN : /\_\_\_\_\_/
8. Antécédent médicaux : /\_\_/ 1-HTA 2-Anémie 3-Bilharziose 4-Diabète 5. Tuberculose 6-Autres.....
9. Antécédents chirurgicaux : /\_\_/ 1-Appendicectomie 2-Péritonite 3-Césarienne 4-Myomectomie 5-Curetage 6-Autres.....
10. Antécédent gynéco-obstétricaux : 1-Fibrome utérin 2-Salpingectomie 3-kystectomie 4-Infection générale 5-Avortement 6-Plastie tubaire 7-Malformation génitale 8-Autres.....

#### 3. Type d'urgences obstétricales

1. Anémie sévère pendant la grossesse : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
2. Avortement : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
3. Bassin généralement rétréci en travail : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
4. Défaut d'engagement : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
5. Détresses foetale : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
6. Dilatation stationnaire : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

7. Echec de l'épreuve de travail : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
8. Eclampsie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
9. Fibrome hémorragique : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
10. Grossesse extra-utérine: /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
11. Grossesse gémellaire : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
12. Hématome rétroplacentaire : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
13. Hémorragie antépartum : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
14. Hémorragie du post-partum : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
15. Hypertension gravidique : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
16. Hypoxies fœtales : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
17. Inversion utérine : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
18. Kyste ovarien hémorragique : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
19. La souffrance fœtale aiguë : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
20. Macrosomie fœtale : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
21. Menace d'accouchement prématuré (MAP) : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
22. Placenta prævia hémorragique : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
23. Pré-éclampsie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
24. Présentation du cordon: /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
25. Présentations vicieuses (face, front, épaule) : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
26. Prolapsus du cordon : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
27. Retenu deuxième jumeau : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
28. Rupture utérine : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
29. Septicémie puerpérale: /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
30. Souffrance fœtale aigue : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
31. Torsion de Kyste ovarien : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
32. Travail dystocique : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
33. Travail prolongé : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
34. Utérus cicatriciel sur bassin limite : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
35. HELLP syndrome : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
36. Utérus multi-cicatriciel en travail : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
37. Autres : /\_\_\_\_\_/

### Prise en charge

1. Voie d'accouchement : /\_\_\_/ 1. Voie basse 2. Césarienne
2. Anesthésie : /\_\_\_/ 1. locale 2. Générale
3. Laparotomie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
4. Hystérectomies d'hémostase : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
5. Salpingectomies : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
6. Révision utérine : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
7. Transfusion sanguine immédiate : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
8. Antibiothérapie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non Si oui type: /\_\_\_\_\_/

### Pronostic maternel et fœtal

1. Décès maternel : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1. Décès périnataux : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
2. Complication : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
3. Type de complication : /\_\_\_/ 1. Anémie 2. Infection
4. APGAR à 1<sup>ère</sup>mm : /\_\_ / 1. < 7 2. ≥ 7.
5. APGAR à 5<sup>ème</sup>mm : /\_\_ / 1. < 7 2. ≥ 7.
6. Hypoxies fœtales

Durée d'hospitalisation des patients en jour : /\_\_\_\_\_ /

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis à l'intérieur des maisons**, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

**Respectueux et reconnaissant** envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

**Je le Jure !!**