

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

(FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

THEME

N° ____/

**Étiologie des mort-nés à la maternité du centre de sante de
référence de la commune v (CSRef cv) du District de Bamako**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mamadou Moussa Traoré

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY

PRESIDENT: M. Alkadri Diarra, Maître de conférences

MEMBRES : Abdoulaye SISSOKO, Maître de conférences

Mme Niagale SYLLA, Médecin

CO-DIRECTEUR DE THESE :M. Saleck DOUMBIA Médecin

DIRECTEUR DE THESE : Pr Soumana Oumar TRAORE Professeur Agrég

DEDICACE

Je dédie cette thèse à ma famille !

REMERCIEMENTS

À ALLAH SOUBHANAHU WA TA'ALA.

Le tout puissant, le Miséricordieux, le très Miséricordieux de m'avoir permis de voir ce jour, d'avoir guide mes pas, permettant ainsi l'aboutissement et la réussite de ce travail. Al hamdoullah, puisses tu continuer à m'assister et à me guider sur le droit chemin en m'accordant ta grâce et tes bien faits. Paix et salut sur notre bien aimé prophète

Muhammad rassoul Allah ainsi que tous tes messagers.

A mon très cher père, Moussa Balla TRAORE

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Comme père, tu as su prendre soin de ta famille et assurer l'éducation de tous tes enfants ainsi que l'éducation morale adéquate. Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières n'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel. Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite. Trouve dans ce travail l'un de tes motifs de fierté.

A ma très chère mère, Hawa TRAORE

Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu as dû consentir depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Que Le Très Haut te préserve et t'accorde santé, bonheur, longévité afin que tu profites du fruit de ce travail et que tu continues à faire des bénédictions pour nous.

Merci Maman, Je ne te remercierai jamais assez. Encore merci. Je t'aime.

A mon épouse Aïssata DIARRA :

T'épouser est la meilleure chose qui me soit arrivé car tu me rends tellement heureux qu'il me serait impossible de l'expliquer et ton amour est ce qui me permet de tenir quand tout va mal.

Tu es toujours près de moi, dans les moments de joie comme de peine.

Merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances.

Merci d'être ma boussole et ma lumière dans le noir en guidant mes pas mais surtout merci de m'aimer de cet amour exceptionnel, si puissant et inconditionnel. Avec toi l'horizon est radieux et l'avenir prometteur.

Qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble et nous aide à réaliser nos projets Communs.

A mon frère, Alou TRAORE

Tu as toujours été là pour moi à chaque fois que j'ai eu besoin de toi. Je te dédie ce travail, en guise de reconnaissance de ton amour, affection, tendresse, compréhension et générosité avec tous mes vœux de bonheur, santé, succès et de réussite. Je prie Dieu Le Tout Puissant pour nous garder, à jamais, unis en plein amour, joie et prospérité. J'espère que tu es aujourd'hui fier de moi. Moi je suis très fier de toi !

A ma tante, Mariam KEITA, Sira TRAORE, Chata TRORE,

Je vous dédie ce modeste travail avec beaucoup d'affection. Merci pour votre aide et votre amabilité.

A môn oncle, Souleymane TRAORE, Dramane TRAORE

Merci pour vos multiples prières, soutiens et pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail. Qu'Allah accorde longue vie à vous qui êtes parmi nous et le repos à l'âme de ceux qui nous ont quittés.

A Sa Femme Assétou KONATE

Merci pour votre aide et votre amabilité.

A toutes mes Frères/et Sœurs

Des moments d'émotions fortes, de la joie à la tristesse, de l'humour au travail acharné, je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Le Très Haut vous récompense de Son Immense Bonté.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY,

- **Professeur Alkadri DIARRA**
- **Professeur agrégé d'Urologie à la FMOS**
- **Chirurgien Urologue-Andrologue au CHU le Luxembourg ;**
- **Pédagogue Médical Diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France ;**
- **Communicateur Médical Diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France ;**
- **Maitres de Conférences agrégé d'Urologie du CAMES ;**
- **Président de la Commission Médicale d'Etablissement au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Président du Conseil National de L'Ordre des Médecins du Mali (CNOM)**

Cher Maître

Vos qualités d'homme de science et votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail. Votre simplicité, votre modestie et votre rigueur dans la recherche scientifique font de vous un homme respecté et admirable.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Dr Abdoulaye SISSOKO

- **Maître-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la garnison militaire de Kati**

Commandant des forces armées du Mali

- **Chef de service de Gynéco-Obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI**
- **Praticien Hospitalier au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Ancien Secrétaire Général adjoint de la (SAGO)**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et D'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher Maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et font de vous un modèle pour nous.

Soyez rassurés, cher maître, de notre sincère reconnaissance

NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Dr Niagalen SYLLA

- **Titulaire d'un DU (Diplôme Universitaire) en Echographie,**
- **Gynécologue obstétricienne,**
- **Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSref de la commune V**

Cher maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR,

Docteur Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CSRéf CV ;**
- **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DIU en épidémiologie-biostatistique à l'institut africain de santé publique**

Cher Maître,

Nous sommes très heureux de votre présence dans ce jury. Vous nous avez honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre désir profond de valoriser la profession fait de vous un maître responsable. Recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Que Dieu vous protège durant toute votre carrière

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur agréger Soumana Oumar TRAORE

- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali,**
- **Praticien Hospitalier au centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**
- **Certifié en Programme GESTA International (SOGC).**
- **Leaders d'Option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMIR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher Maître,

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

Honorable Maître, nous n'avons pas assez de mots pour vous remercier.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Au-delà du maître vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessé de nous éclairer. Nous sommes fiers d'être votre élève. Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la Gynécologie obstétrique au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

Liste des abréviations

CSRéf : Centre de Santé de Reference

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

IMG : interruptions médicales de grossesse

MFIU : Mort foetale in utero

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquise

TMP : taux de mortalité périnatale

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	II
Liste des abréviations	XI
INTRODUCTION :	2
OBJECTIFS :	5
III.GENERALITES.....	7
1. DEFINITIONS :	8
2. Epidémiologie :	9
3. Facteurs de risque de la mortinaissance	10
4. Les principales causes	11
5.1 Les causes maternelles :	12
4.2 Les causes fœtales :	17
4.3 .Les causes annexielles :	18
5. Les causes indéterminées :	20
IV. METHODOLOGIE	27
V. RESULTATS	34
VI. RESULTATS.....	35
5.1 Identification de la patiente	35
5.3 GROSSESSE ACTUELLE	42
IV. Principales affections prénatales	46
V. L'examen de la femme à l'admission.....	46
VI .Conduite à tenir	48
VII .Complications maternelles.....	50
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
V. CONCLUSION ET	60
RECOMMANDATION.....	60
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
ANNEXES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge	35
Tableau 2: Répartition des patientes selon le niveau d'étude	35
Tableau 3: Répartition des patientes selon l'éthnie.....	36
Tableau 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	37
Tableau 5: Répartition des patientes selon la profession	38
Tableau 6: Répartition des patientes selon la residence	38
Tableau 7: Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	39
Tableau 8: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	39
Tableau 9: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	40
Tableau 10: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux	40
Tableau 11: Répartition des patientes selon la gestité.....	40
Tableau 12: Répartition des patientes selon la parité	41
Tableau 13: Répartition des patientes selon la notion d'avortement	41
Tableau 14: Répartition des patientes selon l'antécédent de mort anté-partum.....	41
Tableau 15: Répartition des patientes selon l'antécédent de mort intra partum	42
Tableau 16: Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse	42
Tableau 17: Répartition des patientes selon le nombre de CPN	42
Tableau 18: Répartition des patientes selon le lieu de la CPN.....	43
Tableau 19: Répartition des patientes selon le réalisateur de la CPN	43
Tableau 20: Répartition des patientes selon la réalisation des BPN	43
Tableau 21: Répartition des patientes selon la présence d'anémie	44
Tableau 22: Répartition des patientes selon le résultat de la Goutte épaisse	44
Tableau 23: Répartition des patientes selon la réalisation de l'échographie.....	44
Tableau 24: Répartition des patientes selon qu'elle ait reçu le vaccin antitétanique	45
Tableau 25: Répartition des patientes selon la nature de la grossesse	45
Tableau 26: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse	45
Tableau 27: Répartition des patientes selon les principales affections prénatales	46
Tableau 28: Répartition des patientes selon l'état général	46
Tableau 29: Répartition des patientes selon la pression artérielle	47
Tableau 30: Répartition des patientes selon la température	47
Tableau 31: Répartition des patientes selon la présentation	47
Tableau 32: Répartition des patientes selon le bishop	48
Tableau 33: Répartition des patientes selon le déclenchement	48
Tableau 34: Répartition des patientes selon les médicaments utilisés	48
Tableau 35: Répartition des patientes selon la voie de l'accouchement	49
Tableau 36: Répartition des patientes selon la révision utérine	49
Tableau 37: Répartition des patientes selon les antibiotiques reçus	49
Tableau 38: Répartition des patientes selon la transfusion	50
Tableau 39: Répartition des patientes selon la prévention de la montée laiteuse	50
Tableau 40: Répartition des patientes selon la complication maternelle	50
Tableau 41: Répartition des patientes selon l'aspect du nouveau-né.....	51
Tableau 42: Répartition des patientes selon le sexe du nouveau-né	51

Tableau 43: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né en gramme.....	52
Tableau 44: Répartition des patientes selon la malformation du nouveau-né.....	52
Tableau 45: Répartition des patientes selon l'anomalie du placenta.....	52
Tableau 46: Répartition des patientes selon l'anomalie du cordon.....	53

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La survenue d'une naissance vivante au sein d'une famille est l'un des évènements les plus heureux de la vie. Cette joie est souvent transformée en tristesse tant pour la famille que pour l'obstétricien en cas de mort périnatale [1]. Elle est considérée comme l'échec du déroulement et de surveillance de la grossesse et de l'accouchement. La brutalité de cet événement fait que la question du pourquoi est toujours posée. Comment est survenue cette mort ? Aurait-elle pu être évitée ? Y a-t-il eu des signes d'alerte qui auraient pu permettre d'empêcher ce décès ? L'annonce du décès anté ou intra partum crée un traumatisme psychique grave non seulement chez la femme mais aussi chez le conjoint et toute la famille. [2]

La mortinaissance est une naissance d'un fœtus mort de plus de cinq cent grammes ou si le poids est inconnu de plus de vingt-deux semaines de gestation [3]. Le diagnostic de la mort fœtale in utero est relativement facile. Ses causes, sa prise en charge ainsi que ses complications surtout son retentissement psychologique demeurent une préoccupation pour l'obstétricien. Ce qui explique les recherches continues en obstétrique afin de donner les meilleures conditions possibles pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement [3].

L'OMS estime que 2,6 millions de mortinaissances sont enregistrées chaque année dont la plupart sont évitables et la moitié survient pendant le travail. Réduire la mortinaissance tel que prévu dans l'objectif approuvé par l'assemblée mondiale de la Santé soit 12 mortinaissances ou moins pour mille naissances dans tous les pays d'ici 2030, accompagné d'actions dans les pays pour combler les disparités [4].

Selon Institut de la statistique du Québec, le taux de mortinatalité en 2016 était de 4,1 pour mille naissances depuis plus de 20 ans [5].

La France est le pays ayant le plus fort taux de mortinaissance d'Europe soit 9,2 pour mille naissances sachant que 40 à 50 % des MFIU en France seraient des interruptions médicales de grossesse (IMG) [6]. Le taux de mortinaissance varie de 2 pour mille naissances en Finlande à plus de 40 pour mille naissances au Nigeria et au Pakistan [7]. Ces résultats montrent clairement que le taux de mortinaissance dans les pays développés est nettement inférieur au taux dans les pays en développement.

Selon l'OMS en 2015, le Mali était parmi les dix pays ayant les taux de mortinaissance les plus élevés avec une fréquence de 32 ,5 pour mille naissances

En 2013 Guendjom TV [8] a rapporté un taux de mortinaissance de 98,69 pour mille naissances au centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré. La mortinaissance était de 83,6 pour mille naissances en 2016 dans le service de Gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Mopti et de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [9] et à la même année Ly S et col [10] ont rapporté un taux de 102,15 pour mille naissances à la maternité du centre de CSRéf de Markala. Ce qui montre clairement l'ampleur de cette mortinaissance dans notre pays.

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les étiologies des morts nés à la maternité du centre de sante de référence de la commune v (CSRef cv) du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- ✓ Déterminer la fréquence de la mortinaissance dans le service.
- ✓ -Déterminer les facteurs de risques liés à la mortinaissance.
- ✓ Décrire la prise en charge des patientes.
- ✓ Etablir le pronostic maternel.

Pourquoi de l'étude

Dans de nombreux localité des études ont été consacrée à la mort fœtale in utéro tel n'est pas le cas au CSREF de la commune V devant son ampleur crée un traumatisme psychique grave non seulement chez l'agent de santé, chez la femme mais aussi chez le conjoint et tout la famille.

Notre étude s'inscrire dans le cadre de la politique sanitaire préventive d'évolution du taux de mortalité périnatale. Elle permettra d'atteindre nos objectifs d'apporter une contribution à l'identification des facteurs de risque de mort fœtale in utero et de faire la prise en charge des gestante pour démunie le taux de mortalité périnatale.

Vue l'importance du terme ceci nous a motivé à initier ce travail.

III. GENERALITES

1. DEFINITIONS :

1.1 Mort-né : Tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance est considéré mort-né [1].

On distingue :

- les morts ante-partum qui surviennent avant le déclenchement du travail,
- les Morts per-partum ou intra-partum survenant au cours du travail.

1.2 Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception pesant au moins 500g (selon l'OMS) qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [1].

1.3 Faux mort-nés ou état de mort apparente

Ils représentent les enfants nés vivants qui meurent dans les heures qui suivent la naissance et plus précisément avant la déclaration à l'état civil.

Le législateur les considère comme des enfants mort-nés.

1.4 Mortalité foetale :

Elle est le décès du produit de conception survenant avant la naissance, indépendamment de la durée de la grossesse.

Elle a deux composantes :

- Mortalité foetale précoce : le décès survient entre la conception et la 27^{ème} semaine révolue d'aménorrhée ou 180 jours correspondant à la limite légale de la viabilité foetale [1].
- Mortalité foetale tardive : le décès intervient après le début de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ; ce seuil d'âge gestationnel correspond à un poids foetal minimal de 1000g et ou une taille supérieure ou égale à 35cm [1].

La mortalité néonatale tardive : le décès survient après le 7^{ème} jour et avant le 29^{ème} jour de vie.

1.5 La Mortalité post-néonatale :

Elle concerne les décès des enfants survenant entre le 29ème jour de vie et le premier anniversaire.

1.6 La Mortalité foeto-infantile :

Elle englobe la mortinatalité et la mortalité néonatale [1].

Problème de définition :

Les données hospitalières différencient les limites d'enregistrement fondées sur le poids ou l'âge gestationnel avant la naissance. On constate que la fréquence de la mortinatalité varie quand le seuil d'enregistrement est fixé à 22 SA (500g) et si on retient le seuil à 28SA

(1000g) utilisé par l'état civil [1].

L'OMS recommande que les statistiques nationales prennent en compte tous les fœtus pesant au moins 500g à la naissance ou ayant un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou une taille d'au moins 25cm. Le seuil de 28 semaines est requis pour le Mali [1].

2. Epidémiologie :

Fréquence

En 2015 l'OMS estime que dans le monde entier, il y a eu 18,4 mortinaissances pour 1000 naissances totales, par rapport à 24,7‰ en 2000. La plupart des 2,6 millions de mortinaissances dans le monde chaque année ont lieu dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (98%), dont les trois quarts en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud [11]. Même entre les pays à revenu élevé, le taux de mortinaissance (au troisième trimestre) varie considérablement, allant de 1,3 à 8,8 pour 1000 naissances [12].

En France le taux de la mortinaissance a légèrement diminué de 9,3 pour milles naissances en 2007 contre 8,9 pour milles naissances en 2013 [6].

En raison des progrès marqués de la médecine périnatale, le taux de mortalité périnatale (TMP) au Japon est tombé à près de 4,0 pour 1 000 naissances, le plus bas au monde [13].

En Afrique le taux de la mortinaissance varie considérablement d'un pays à un autre.

En Algérie l'examen de l'évolution de la mortinaissance entre l'année 1990 et l'année 2012, a montré que le taux de mortinaissance s'est réduit de 21,4 pour milles à 15,9 pour milles [14].

Au Mali, la mortinaissance demeure préoccupante et constitue un problème majeur de santé publique. La réduction de la mortalité périnatale reste un défi crucial à relever.

Selon les résultats de la sixième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VI) le taux de mortalité périnatale est estimé à 38 ‰ naissances dont 11,87 ‰ de mortinaissances. Le niveau de la mortalité périnatale est nettement plus faible en milieu urbain (28 ‰ contre 41 ‰ en milieu rural) et dans les régions de Kidal, Bamako et Gao (respectivement 16 ‰, 22 ‰ et 18 ‰). La région de Tombouctou enregistre le taux de mortalité périnatale le plus élevé soit 57 ‰ naissances.

3. Facteurs de risque de la mortinaissance

La recherche des facteurs de risque est d'une importance capitale pour l'amélioration du taux de la mortinaissance. Ceci nous incite à une bonne surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

3.1 Les facteurs de risque maternels

Une revue systématique et une méta-analyse des facteurs de risque importants de la mortinaissance dans les pays à revenu élevé ont révélé que :

- ❖ L'âge maternel avancé sup à 35 ans, l'obésité, la primiparité et le tabagisme pendant la grossesse (relation dose-effet) sont des facteurs de risque modifiable qui contribuent de façon importante à la mortinaissance [15].

- ❖ D'autres facteurs démographiques ont été lié à la mortinaissance, comme la faible scolarisation maternelle, un statut socioéconomique faible et le manque de soins prénataux [15 ; 16 ; 17].
- ❖ Varner et coll. Ont observé qu'un résultat positif au dépistage toxicologique de drogues illicites était lié à une augmentation du double au triple du risque de mortinaissance [18].
- ❖ L'hypertension artérielle et le diabète préexistant contribuent de façon importante à la mortinaissance. Un lien est observé entre la cholestase intrahépatique de la grossesse et l'augmentation du risque de mortinaissance [19].
- ❖ Le risque de mortinaissance récurrente : Les femmes ayant un ATCD de mortinaissance présentent un risque de récurrence de 2 à 10 fois élevé que les autres [20, 21]. Le risque dépend de la cause de la mortinaissance préexistante, de la présence d'un retard de croissance intra-utérin, de l'âge gestationnel lors de la mortinaissance [21].

3.2 Les facteurs de risque fœtaux :

- Les grossesses multiples : le risque est quatre fois plus élevé que dans les grossesses uniques et ce risque augmente avec le nombre de fœtus.
- Les malformations fœtales et anomalies du cordon : certaines aberrations chromosomiques responsables de plusieurs malformations graves sont incompatibles avec la vie intra-utérine, ainsi que les nœuds serrés du cordon et les cordons à une seule artère.
- La souffrance fœtale chronique : prédispose à un risque de mort fœtale in Utero.

4. Les principales causes

Le diagnostic étiologique est le temps le plus difficile dans la prise en charge d'une MFIU. Malgré le développement de la médecine la cause d'un grand nombre de mort fœtale reste le plus souvent inconnue et surtout dans nos pays où les moyens diagnostiques sont très limités.

La recherche étiologique doit débuter dès le diagnostic posé et se poursuit après l'expulsion du fœtus mort.

5.1 Les causes maternelles :

Les pathologies maternelles sont aussi reconnues comme une cause importante de mort fœtale ; elles sont en cause dans environ 10% de cas de mortinaissances [6]

Les causes générales :

➤ L'hypertension artérielle :

Il s'agit d'une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140mm Hg et/ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg à deux examens successifs chez une femme enceinte au repos depuis 15 min, allongée ou assise [6]. Le risque de MFIU est plus grand surtout lorsqu'il s'agit d'une toxémie gravidique. Il s'agit donc d'une affection redoutable par ses fâcheuses conséquences materno-fœtales lorsqu'elle se complique de protéinurie. La MFIU peut survenir au décours d'une souffrance fœtale chronique ou lors d'une complication paroxystique de l'HTA gravidique comme l'HRP, l'éclampsie.

➤ Le diabète :

Lorsque le diabète est connu avant la grossesse, le principal objectif du traitement est la normalisation glycémique dès la conception et surtout le premier trimestre pour prévenir la survenue de malformations.

Il peut s'agir soit :

- d'un diabète de type I ou diabète insulino-dépendant,
- d'un diabète de type II ou diabète non insulino-dépendant,
- d'une simple intolérance aux hydrates de carbone.

Les complications obstétricales du diabète s'observent surtout lorsqu'il n'est pas équilibré. Ainsi nous pouvons voir survenir un syndrome vasculo-rénal favorisé par l'existence de lésions reno-vasculaires maternelles d'origine diabétique, un

hydramnios de signification péjorative. Ces facteurs aggravent le pronostic maternel et fœtal.

➤ **Le diabète peut être responsable :**

- d'avortement spontané,
- de malformations fœtales,
- d'un retard de croissance intra-utérin,
- de mort fœtale in utero,
- d'une macrosomie fœtale,
- de décès néonataux.

La mort fœtale in utero au cours de l'association diabète et grossesse est la conséquence de l'hyperglycémie, de l'acidocétose (les corps cétoniques et les lactates traversent la membrane placentaire et sont nocifs pour le fœtus). Le risque de MFIU est trois fois plus important chez les femmes ayant un diabète préexistant par rapport aux femmes qui n'en avaient pas [6].

 **Maladie maternelle sévère**

Toute affection maternelle grave pouvant être à l'origine d'une hypoxie chronique est incriminée dans la survenue de la MFIU :

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Insuffisance respiratoire
- Anémie sévère

Le traumatisme

Il peut être dû à un accident de la voie publique (AVP), à un accident domestique ou à un conflit familial. Le décès peut survenir par traumatisme fœtal direct ou par décollement placentaire.

La cholestase gravidique

Elle est la plus fréquente des hépatopathies gravidiques du troisième trimestre.

Elle se développe en général chez des patientes ayant souvent des antécédents familiaux de cholestase gravidique et /ou les antécédents de prurit lors d'une contraception orale oestro- progestative. Le pronostic maternel est bon avec une mortalité nulle et un faible risque d'hémorragie de la délivrance liée à l'hypovitaminose K. Par contre le pronostic fœtal est plus réservé avec une augmentation du risque de prématurité et de mortalité périnatale.

Les causes infectieuses

➤ Les maladies parasitaires

- Le paludisme : l'association paludisme et grossesse fait de la grossesse une grossesse à risque car pouvant entraîner une mort maternelle ou des complications fœtales comme l'avortement, l'hypotrophie fœtale, l'accouchement prématuré, la MFIU.

- La toxoplasmose : c'est une maladie parasitaire causée par un protozoaire, le

Toxoplasma gondii, parasite de l'intestin de chat et diverses autres espèces animales. Le taux de contamination fœtale au cours de la grossesse est variable, mais les risques encourus par le fœtus sont plus importants au début de la grossesse (4% de risque de contamination fœtale lors du premier trimestre), la toxoplasmose peut être responsable :

D'avortement spontané,

- des lésions cérébrales : hydrocéphalie, microcéphalie, calcifications intracrâniennes
- de lésions oculaires : microphthalmie, chorioretinite
- de lésions hépatiques

Maladies bactériennes

- Maladies de Lyme : elle est due à un spirochète, transmis par la piqûre d'une tique. Il peut traverser la barrière placentaire pour infecter le fœtus. Le réservoir de germe est vaste : bétail, chiens, chevaux. Sa répartition est cosmopolite. Les manifestations cliniques n'ont pas de particularité pendant la grossesse. La notion de morsure de tique est un argument diagnostique important.

L'hémogramme est normal, la vitesse de sédimentation est accélérée pendant les poussées. La mise en culture se fait au niveau du sang, de la peau, du liquide céphalorachidien, du liquide synovial. Le diagnostic de confirmation repose sur le sérodiagnostic par ELISA. Les principales complications sont : la MFIU, la prématurité, la cécité, le rash cutané à la naissance, la syndactylie. Le traitement concerne la mère (pendant la grossesse) et l'enfant (pendant le post-partum), et repose sur la pénicilline ou en cas d'allergie à celle-ci, aux macrolides.

-La listériose : l'agent responsable est un bacille GRAM+ : *Listeria monocytogenes*. Elle est le plus souvent bénigne chez la femme enceinte mais extrêmement dangereuse pour le fœtus (transmission fœtaux-placentaire) pouvant entraîner des avortements, la MFIU, et les infections néonatales. Le diagnostic repose sur l'identification du germe dans le sang, le LCR, le pus ou les lochies. Le traitement repose sur les bêta-lactamines.

-La syphilis : c'est une maladie sexuellement transmissible due à un spirochète,

Treponema pallidum. Autrefois fréquente, elle est devenue rare du fait du dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes (antigènes spécifiques aux tréponématoses dans le sérum sanguin : réaction d'immunofluorescence et d'hémagglutination passive TPHA) et l'administration de pénicilline ou de tétracycline.

La contamination fœtaux-placentaire se produit en général au cours de la deuxième moitié de la grossesse, exceptionnellement avant le quatrième mois.

Le tréponème pâle peut être responsable d'avortements, d'accouchement prématuré, de syphilis congénitale ou de MFIU.

- Les infections urinaires

Quelle que soit la forme, elles peuvent être responsables de MFIU. Elles sont fréquentes chez les femmes et peuvent se manifester sous forme de pyélonéphrites, de bactériurie asymptomatique ou de septicémies à point de départ urinaire. Les principaux germes en cause sont les streptocoques, et l'Escherichia coli. L'examen cyto bactériologique des urines retrouve généralement le ou les germe(s) responsables et un traitement étiologique guidé par l'antibiogramme permet la guérison.

- Les rickettsioses : maladies infectieuses dues à une bactérie du genre rickettsia ou rickettsie, elles sont transmises à l'homme par l'intermédiaire de la salive (piqûre morsure) ou des excréctions d'un animal vecteur spécifique de chaque espèce. Elles sont incriminées dans les étiologies de MFIU.

Infections virales

La plupart des infections virales peuvent entraîner un avortement, une malformation fœtale, une prématurité et à l'extrême une MFIU.

- La rubéole

Maladie éruptive contagieuse due à un virus à ARN du genre Rubivirus, elle est devenue rare du fait du dépistage systématique en début de la grossesse et de la vaccination chez les jeunes filles en âge de procréer non immunisées. La rubéole survenant dans les quatre premiers mois de la grossesse peut être à l'origine de :

- malformations congénitales : cataractes, microphthalmie, surdité, persistance du canal artériel, sténose pulmonaire, microcéphalie, retard mental ;

- RCIU ;

- MFIU.

- Le VIH : l'infection à VIH, responsable du Syndrome d'immunodéficience

Acquise (SIDA) est une maladie d'origine virale caractérisée par une diminution des défenses immunitaires de l'organisme. Chez la femme séropositive, l'évolution de la grossesse n'est pas modifiée. Les complications obstétricales dépendent du taux de CD4 et de la charge virale. Elle peut être responsable d'avortements spontanés, de prématurité, d'un RCIU et de MFIU

4.2 Les causes fœtales :

Les malformations fœtales

Le taux de MFIU est plus élevé dans la population des fœtus malformés.

Cependant, une anomalie pulmonaire, cardiaque, digestive ou rénale est rarement la cause première du décès car le placenta assure les processus d'oxygénation et d'épuration. On retrouve une malformation majeure dans 4 à

26% des MFIU. Les malformations cardiaques congénitales sont rarement en cause, hormis le bloc auriculo-ventriculaire complet. Les syndromes poly malformatifs, à fortiori les désorganisations sévères, sont reconnues comme causes certaines.

Les anomalies chromosomiques :

Elles représentent 60% des causes de fausses couches spontanées et 6 à 12% des mortinaissances [22]. La proportion est encore plus importante en présence d'anomalies congénitales [6]. Les tests génétiques sur le fœtus peuvent apporter d'importants renseignements sur les causes génétiques potentielles d'une mort fœtale au moyen de l'amplification en chaîne par polymérase fluorescente quantitative (QF-PCR) pour les trisomies les répandues ou de l'analyse chromosomique par hybridation génomique comparée (CGH) sur puce pour chercher des variations du nombre de copies de segments génomiques, y compris celles causées par des suppressions et des duplications. La QF-PCR et l'analyse sur micro réseau de l'ADH (CGH) ont un meilleur rendement diagnostique que le caryotype traditionnel [23].

Les maladies hémolytiques :

L'immunisation sanguine fœto-maternelle est responsable d'anémie, d'insuffisance cardiaque, d'anasarque et de MFIU. Elle est devenue une cause rare grâce aux mesures de prévention par l'administration de sérum anti-D après chaque accouchement de nouveau-né rhésus positif chez les femmes qui ont un rhésus négatif ainsi que les thérapeutiques in utero.

- Autres maladies hémolytiques fœtales : parvovirus, alpha thalassémie, déficit en G6PD ou pyruvate kinase, angiome placentaire.

-La môle embryonnée : donne souvent des fœtus polymalformés non viables. Les anomalies du caryotype sont fréquentes ; tétra ou triploïdie, trisomie autosomale.

4.3 .Les causes annexielles :

Hématome rétro placentaire (HRP) :

C'est une grande urgence obstétricale car il met en jeu le pronostic vital maternel et fœtal, et il évolue toujours vers l'aggravation rapide. Il correspond au décollement prématuré du placenta, interrompant la circulation materno- fœtale.

Ainsi, Il existe un arrêt brutal des échanges fœto–maternels entraînant une anoxie fœtale et le plus souvent la MFIU

Hémorragie placentaire :

La MFIU peut survenir par placenta prævia, par décollement marginal ou margino-basal, par infarctus placentaire. Il doit être assez étendu pour induire une diminution brutale du flux utéro-placentaire. La conséquence est la MFIU par anoxie aiguë.

Retard de croissance intra-utérine

Le risque de MFIU augmente avec l'âge de la grossesse. On retrouve à l'examen anatomopathologique du placenta des zones d'ischémie, d'infarctus, des hématomes réduisant la capacité fonctionnelle du placenta.

Dépassement de terme

Le risque augmente avec la durée du dépassement. Le mécanisme invoqué est une sénescence placentaire. Au niveau histologique, on retrouve des lésions vasculaires (ischémie, infarctus), des excès de fibrines et/ou des amas nucléaires périvillositaires. On note un collapsus de la chambre inter villositaire, une involution des vaisseaux choriaux, une exfoliation des cellules amniotiques.

Anomalie du cordon ombilical

- Une circulaire du cordon n'est incriminée que lorsque la boucle est serrée avec des signes de strangulation du fœtus : un nœud serré, une torsion, un enroulement autour d'un membre peut occasionner l'interruption brutale de la circulation fœto-placentaire et entraîner une MFIU.

La procidence du cordon

Accident grave de la période du travail, est défini comme la chute du cordon en avant de la présentation, la poche des eaux rompues. La conséquence redoutable de la procidence est la compression du cordon et ses vaisseaux entre les parois osseuses du bassin et la présentation entraînant la mort fœtale par le biais de la souffrance fœtale. [6]

5. Les causes indéterminées :

Actuellement, la fréquence des causes indéterminées reste encore très élevée (30%) [6].

L'examen anatomopathologique est primordial mais présente de nombreuses difficultés :

- d'ordre technique lorsque le fœtus est macéré
- d'ordre pratique : insuffisance de laboratoires de fœtopathologie, coût de l'examen élevé.

Diagnostic positif

Circonstance de découverte : de manière fortuite, lors de la diminution ou l'absence de mouvements actifs du fœtus, ou lors de la survenue d'une complication de la grossesse.

Interrogatoire : Il recherche les facteurs favorisants qui déterminent les grossesses à haut risque à savoir l'existence d'une mort fœtale in utero ou d'avortement antérieur, les antécédents médicaux de diabète, d'hypertension artérielle et de néphropathies.

Signes fonctionnels : ils regroupent essentiellement la non perception des mouvements actifs du fœtus, une rétrocédatation des varices, l'apparition d'une montée laiteuse ou d'une sécrétion cholestrale ; mais n'est pas toujours un signe de mort fœtale in utero ; apparition d'un écoulement vaginal anormal ou même de perte de sang ; perte de poids et enfin la disparition des signes des grossesses.

Signes généraux : on retrouve chez la patiente un bon état général soit une amélioration de son état général si la cause de la mort du fœtus était liée à une cause vasculaire ainsi qu'une disparition de l'albumine et une diminution de la pression artérielle, les œdèmes fondent. Toute fois lorsque la femme apprend la mort de son fœtus, son psychisme peut être affecté. [6]

Examen physique :

Inspection : on note à l'inspection une diminution du volume de l'abdomen.

Palpation : la palpation permet de constater un utérus mou, étalé, non contractile ensuite une imprécision des pôles fœtaux. On peut aussi observer lors de la pression des seins un écoulement de colostrum ou même une galactorrhée qui est parfois inconstante.

La mensuration : elle montre que la taille de l'utérus est en discordance par rapport à l'âge de la grossesse.

Auscultation : elle permet de constater une disparition de l'activité cardiaque fœtale au stéthoscope et constitue le signe clinique majeur. L'auscultation des BDCF doit être combinée à la palpation du pouls maternel afin d'éviter les erreurs surtout en cas de bradycardie fœtale ou de tachycardie maternelle.

Toucher vaginal : La présentation est mal accommodée et le ballotement fœtal qui est moins net. Parfois lorsque la tête est dans le segment inférieur, le doigt perçoit la crépitation osseuse [6].

Examens complémentaires :

Seuls les examens radiologiques (surtout l'échographie) permettent de poser avec certitude le diagnostic de mort fœtale et doivent être systématiquement pratiqués. Les autres examens seront demandés pour la recherche étiologique et pour explorer le terrain.

► Echographie fœtale :

Elle confirme la mort fœtale par l'absence de toute activité cardiaque et montre dans les jours qui suivent des images morphologiques caractéristiques des signes de macération qui sont : une image du crâne à double contour, une anomalie morphologique, un aplatissement et une asymétrie de la voute crânienne, l'existence d'une bande claire entre l'os et le cuir chevelu.

► Radiographie du contenu utérin

Elle montre dans les 48h des images morphologiques caractéristiques :

- chevauchement des os du crâne (signe de Spalding I), ce signe n'est pas d'appréciation facile.
- Une courbure prononcée ou une angulation du rachis (signe de Spalding II) des bulles gazeuses dans les cavités cardiaques et les vaisseaux (signe de Roberts)
- Un halo péri céphalique (signe de Devel) [24].

Prise en charge

Médicale :

Traitement curatif : l'accouchement spontané survenant souvent dans les

15 jours, l'expectative était autrefois de règle. Aujourd'hui l'évacuation utérine est possible grâce à l'utilisation de moyens appropriés. Un bilan de la crase sanguine (NFS et Plaquettes, le

taux de prothrombine, le taux de Céphaline Activé, le taux de fibrinogène) et un bon de sang doivent être délivrés avant le déclenchement.

But : le but du traitement est :

- d'évacuer l'utérus,
- de prévenir et de traiter les éventuelles complications,
- Eviter les récides.

Moyens :

Ils sont médicaux et chirurgicaux

Méthodes utilisées

Méthodes pharmacologiques

► Les Prostaglandines

Les prostaglandines sont utilisées dans les interruptions médicales de grossesse grâce à leur activité sur le myomètre et sur la maturation cervicale.

Les prostaglandines naturelles (PGF, PGE2) ont été utilisées, mais à cause de leurs nombreux effets secondaires, préférence fut faite à leurs analogues.

Des complications sont possibles : troubles digestifs, fièvres, bronchospasmes, complications cardiovasculaires (spasmes des coronaires, trouble du rythme, OAP) contre-indiquant la voie intramusculaire.

Les contre-indications aux prostaglandines dans le cas de mort fœtale sont :

- d'ordre obstétrical : utérus cicatriciel, surdistention utérine, placenta prævia
- d'ordre général : allergie aux prostaglandines, asthme, glaucome, affections hépatiques ou rénales sévères, HTA mal équilibrée, athérome, cardiopathie.

► Les analogues de prostaglandines :

Ils possèdent une résistance à la dégradation enzymatique qui expose à deux risques du fait de l'accumulation de la molécule : l'augmentation du risque d'hyperstimulation utérine et, l'accentuation des effets secondaires généraux.

-Le Sulprostone (Nalador) : ampoule injectable de 500µg : analogue de la PGE2 et le gémeprost (Cervageme) : ovule de 1mg analogue de la PGE1, sont réservés à l'interruption de grossesse pour motif médical et pour MFIU au 1^e et 2^{ème} trimestre.

-Le misoprostol : analogue de la PGE1 se présente sous forme de comprimés dosés à 200 µg. Le misoprostol est un anti ulcéreux, anti sécrétoire gastrique.

- Le RU 486 (Myfegine)

Par son action anti-progestérone, elle provoque outre un décollement de l'œuf et des contractions du myomètre, une libération endogène de prostaglandines et permet une bonne préparation du col : ramollissement voire dilatation. Sa tolérance est bonne. Ses contre-indications sont : l'insuffisance surrénalienne, l'allergie connue à la mifépristone, trouble de l'hémostase. Elle est utilisée en tant qu'inducteur à la dose de 600mg (3 comprimés) pendant deux jours. L'expulsion survient dans 60% des cas en 72 heures.

Elle permet en outre une sensibilisation du myomètre à l'action des prostaglandines dont la posologie peut ainsi être réduite.

► L'ocytocine

Il est le plus utilisé au troisième trimestre de la grossesse, lorsque le score de

Bishop est favorable. Il s'administre par voie intraveineuse (5UI/500ml de soluté glucosé).

5-2-3-2- Méthodes mécaniques

► La sonde de Foley : le déclenchement se fait par une perfusion extra amniotique de sérum physiologique (10-20 gouttes/min) à l'aide d'une sonde de

Foley à un terme supérieur à 24 SA. Elle entraîne un décollement des membranes et une libération des prostaglandines endogènes. Les complications sont essentiellement la rupture accidentelle de la poche des eaux, la rupture utérine surtout en cas d'utérus cicatriciel.

► Les lamineaires

L'utilisation des lamineaires se fait entre 15 et 34 SA. On introduit un à quatre lamineaires en intra cervical au premier jour remplacé par quatre à vingt lamineaires au deuxième jour. L'expulsion se fait au troisième ou quatrième jour après ablation des lamineaires et amniotomie par aspiration de la totalité du liquide amniotique associé à une perfusion d'ocytocine. Cette méthode plutôt longue a l'avantage d'avoir peu de complications. Elles sont contre-indiquées en cas d'infection.

Méthode chirurgicale (la césarienne) : elle sera indiquée en dernier recours et devant une contre-indication absolue aux autres méthodes : présentation transverse avec échec de version au troisième trimestre, placenta prævia recouvrant, cicatrices utérines avec suites compliquées d'infection.

Indications : les méthodes de déclenchement seront choisies en fonction des conditions obstétricales surtout cervicales.

Différents scores ont été proposés pour faire le pronostic d'induction artificielle du travail. Le plus simple et le plus utilisé est celui de BISHOP (score cervical) [25].

Ce score donne les chances de succès du déclenchement et est obtenu par l'addition des points attribués à chaque critère. Si les conditions obstétricales sont favorables, (indice de Bishop ≥ 7), la méthode de choix est la perfusion d'ocytocine. Si les conditions sont défavorables (indice de Bishop < 7), et que l'indication médicale n'a pas un caractère d'urgence, on effectuera d'abord une maturation cervicale par prostaglandines.

Les moyens mécaniques peuvent être utilisés dans les mêmes indications suscitées, ou en cas de contre-indications des méthodes pharmacologiques.

La césarienne sera indiquée en cas d'échec ou de contre-indications des autres méthodes, en cas d'urgence obstétricale, ou en cas de contre-indication à la voie basse.

Psychologique

Les parents confrontés à un deuil périnatal, en particulier d'un enfant « né sans vie », sont affectés psychologiquement de façon durable. Leurs prises en charge nécessitent un soutien émotionnel urgent, particulier et intense comprenant conjointement de la compassion et une

information détaillée sur les causes probables de la mort, éventuellement répétée, ainsi qu'un suivi à long terme au besoin [6].

L'accompagnement est reconnu aujourd'hui comme attitude thérapeutique prenant en compte l'aspect de la technique médicale mais aussi la personne, sa mise en œuvre de façon précoce permet de diminuer les conséquences de pathologies avérées telles que : deuil compliqué, une psychose puerpérale. Des cas de psychose puerpérale ont été associés au décès de l'enfant nouveau-né [6].

Chaque mère, chaque couple ou famille doit pouvoir réagir en toute liberté en fonction de leurs valeurs et de leur sensibilité. Le deuil périnatal est aussi un facteur de tension au sein du couple. Il augmente le risque de séparation [6].

Prévention

Traitement préventif :

Cette prévention est le souci constant de tout obstétricien et se situe au des CPN de qualité et bonne surveillance du travail d'accouchement.

Si au cours d'une grossesse, un état pathologique facteur de mort fœtale est reconnu, il doit être traité dans la mesure du possible : infection, hypertension, diabète, incompatibilité, grossesse prolongée etc.

Les grossesses à risque doivent être suivies si possible par un obstétricien et bénéficier d'une surveillance plus étroite.

- L'échographie

L'activité fœtale in utero peut être étudiée en échographie. En cas de souffrance fœtale, la première manifestation de l'hypoxie et de l'acidose est la diminution de la réactivité du rythme cardiaque, puis une absence de mouvements respiratoires, enfin les mouvements fœtaux s'arrêtent et le tonus musculaire devient nul.

- Le doppler obstétrical

L'examen Doppler des vaisseaux utéro-placentaires, ombilicaux et cérébraux du fœtus a permis d'établir une relation entre indices Doppler anormaux et toxémie gravidique, retard de croissance intra-utérine et hypoxie fœtale [6].

- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF)

Son analyse permet essentiellement de dépister une souffrance fœtale chronique.

La variabilité et la réactivité sont témoins du bien-être fœtal [25].

-Le comportement fœtal

L'analyse échographique attentive et détaillée des mouvements du fœtus (mouvements respiratoires, globaux du corps, mouvements des membres), du tonus et de la quantité de liquide amniotique, associée à la réactivité cardiaque fœtale au moment des mouvements actifs, permettent d'établir le profil biophysique du fœtus. Manning a proposé un score en attribuant à chaque variable une valeur : 0 ou 2. Le total, qui varie de 0 à 10, quantifie la condition fœtale. Le risque d'hypoxie chronique est élevé lorsque le score est de 0 à 2 ; il est modéré pour les valeurs de 4 à 6 [25].

Autres examens :

L'amnioscopie, l'amniocentèse permettent également de dépister une souffrance fœtale chronique [25].

IV. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

L'étude se déroulera à la maternité du centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako

Le Centre de santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCom). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré. A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès ce qui a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V, partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. 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 de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco obstétrique. Le fonctionnement du centre santé de référence de la commune V est animé par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.



Organisation structurale de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

La maternité du CS Réf CV est composée de :

- Une unité de consultation prénatale des grossesses à risque (gynécologues-obstétriciens).
- Une unité de consultation prénatale (sages-femmes).
- Une unité de planning familial (PF)
- Une salle d'accouchement contenant cinq(5) tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches
- Une unité d'hospitalisation des post opérées
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération : une salle des urgences, et une salle aseptique pour les interventions programmées
- Une salle de réveil des opérées
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat à l'unité de suites de couches.

La maternité du Centre de santé de Référence de la Commune V a comme personnel :

- Un Chef du service

- Un professeur (Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique)
- Des étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique qui passent par groupe pour leur stage pratique
- Cinquante faisant fonction d'internes en médecine
- Trente-quatre sages-femmes
- Vingt infirmières obstétriciennes
- Un pharmacien
- Un médecin en anesthésie réanimation
- Cinq techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Deux lingères
- Cinq aides de bloc
- Quinze manœuvres
- Treize agents d'hygiène
- Cinq chauffeurs

Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont assurées par les gynécologues pour grossesses à risque et les sages-femmes tous les jours ouvrables. L'équipe de garde dispose :

- D'une salle d'accouchement avec quatre lits
- Un bloc opératoire pour les interventions programmées et les urgences obstétricales ;
- Un laboratoire ;
- Un dépôt de sang ;
- Une pharmacie.

Les gynécologues assurent la consultation externe du lundi au vendredi.

Deux ambulances assurent la liaison entre le Centre de santé de Référence de la

Commune V et les 12 CSCOM et PMI de Badalabougou, les CHU Gabriel Touré et Point G, le CNTS.

-Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

-La visite des hospitalisées est assurée tous les jours.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur des morts nés à la maternité du centre de sante de référence de la commune v (CSRef cv) du District de Bamako.

3. Période d'étude :

Notre étude se déroulera au centre de santé de référence de la commune V sur la période allant du 1^{er} juillet 2022 au 31 juillet 2023; soit une période de (12 mois).

4. Population d'étude :

Elle est composée de parturiente ayant accouché de mort-né dans le service durant la période d'étude.

5. Echantionnage :

Notre étude a porté sur les mort-nés enregistrés à la maternité du CSRéf CV pendant la période d'étude du 1^{er} juillet 2022 au 31 juillet 2023; soit une période de (12 mois).

L'échantillonnage a été systématique. Il s'agit d'une étude exhaustive qui a inclus tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessous.

6. Critères d'inclusion :

-Parturiente ayant accouché d'un mort-né frais ou macéré dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée.

-Parturiente ayant accouché d'un mort-né de poids supérieur ou égal à 1000 grammes ou de taille supérieur ou égale à 37 cm.

7. Critères de non inclusion :

- Les dossiers inexploitable

-les parturientes ayant accouché d'un enfant vivant

-Parturiente ayant accouché d'un mort – né en dehors du CSRéf CV

8. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur des questionnaires individuels à partir des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement, du carnet de CPN, du registre d'admission et du registre de compte rendu opératoire.

9. Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée sur une période de 12 mois par la collecte des données suscitées puis la consignation des informations sur la fiche d'enquête.

10. classification des variables :

10.1 Les variables qualitatives de notre étude

ordre	Variable qualitative
1	Profession de la patiente
2	ATCD obstétricaux
3	Mode d'admission
4	sexe du fœtus
5	Types de présentations
6	Etat de membranes à l'admission
7	Complications maternelles

10.2 Les variables quantitatives de l'étude

Ordre	Variabes quantitative
1	Age maternelle
2	Gestité
3	Nombre de consultation prénatale
4	Age gestationnelle
5	parité
6	Hauteur utérine
7	Poids foetal
8	Température
9	Pression artérielle
10	Contraction utérine douloureuse
11	BDCF

V. RESULTATS

VI. RESULTATS

Taux de mortinaissance :

La mortinatalité est l'une des composantes de la mortalité périnatale. Sur 21 280 accouchements enregistrés dans notre service, nous avons recensé 377 cas de mort nées soit une fréquence 0,177‰

5.1 Identification de la patiente

Tableau 1: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
Inf a 19 ans	27	7,0
De 20 à 34 ans	250	66,3
Sup ou égal 35 ans	100	26,7
Total	377	100

La tranche d'âge de 20 à 34 ans était la plus représenté avec 66,3%. L'âge moyen était de 26,68+/-5,74 ans avec des extrêmes de 19 et 45 ans.

Tableau 2: Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	199	52,8
Primaire	154	40,8
Secondaire	19	5,0
Supérieure	5	1,3
Total	377	100,0

Plus de la moitié des patientes, soit 52,8% était non scolarisé

Tableau 3: Répartition des patientes selon l'éthnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	136	36,1
Bobo	2	,5
Bozo	4	1,1
Dogon	18	4,8
Malink	25	6,6
Maure	5	1,3
Minianka	8	2,1
Peulh	63	16,7
Sénoufo	8	2,1
Sarakol	52	13,8
Autre	33	8,8
Total	377	100,0

L'éthnie Bambara était la plus représentée avec 36,1%

Tableau 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Référée	124	32,9
Venue d'elle	253	67,10
Total	377	100,0

Près de 67,10% des patientes était venue d'elle-même.

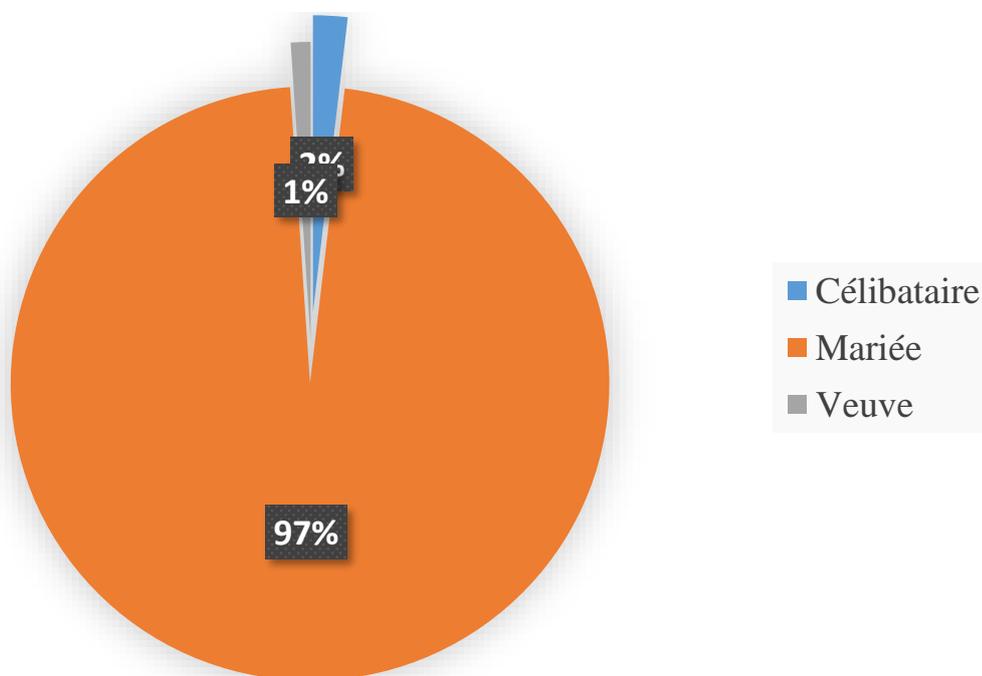


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les mariées étaient représentées à 97%

Tableau 5: Répartition des patientes selon la profession

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Etudiante	8	2,1
Autre	9	2,4
Coiffeuse	2	1,5
Fonctionnaire	9	2,4
Ménagère	349	92,6
Total	377	100,0

Les ménagères étaient prédominantes a 92,6%

Tableau 6: Répartition des patientes selon la residence

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bamako	367	97,3
Hors Bamako	10	2,7
Total	377	100,0

La quasi-totalité des patientes, soit 97,3% habitaient a Bamako.

Tableau 7: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motifs d'admission	Effectifs	Pourcentage
Contraction utérine douloureuse	257	68,2
Prééclampsie	25	6,6
Saignement sur grossesse	70	18,6
Mort foetal in utero	15	4,0
Perte liquidienne	10	2,6
Total	377	100,0

La CUD était le motif d'admission prédominant dans 68,2%.

5.2 LES ANTECEDENTS

Tableau 8: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs (n)	Pourcentage
VIH	4	1,06
Hépatite	3	0,79
Asthme	2	0,53
HTA	13	3,44
Drépanocytose	2	0,53
Diabete	11	2,91
Sans ATCD médicaux	343	90,98

Parmi les patientes ayant des antécédents médicaux, l' HTA était prédominant à 3,44%

Tableau 9: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	57	15 ,11
Myomectomie	2	0,53
Appendicite	30	7 ,96
Sans ATCD chirurgicaux	288	76 ,4

Parmi les patientes ayant des antécédents chirurgicaux, était l'antécédent la césarienne était plus retrouvé dans 15 ,11

Tableau 10: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectifs	Pourcentage
Oui	280	74,2
Non	97	25,8
Total	377	100

Près de 74,2% des patientes ont eu des antécédents obstétricaux.

Tableau 11: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Nulligeste	48	12,7
Primigeste	66	17,5
Multigeste	116	30,7
Grande multigeste	147	38,9
Total	377	100

Les grandes multigestes étaient prédominante a 38,9%

Tableau 12: Répartition des patientes selon la parité

Partié	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	48	12,7
Primipare	66	17,5
Multipare	116	30,7
Grande multipare	147	38,9
Total	377	100

Les grandes multipares étaient prédominantes a 38,9%

Tableau 13: Répartition des patientes selon la notion d'avortement

Avortement	Effectifs	Pourcentage
Oui	59	15,6
Non	318	84,4
Total	377	100

Dans 15,6% des, les patientes avaient avortés.

Tableau 14: Répartition des patientes selon l'antécédent de mort anté-partum

Mort anté- partum	Effectifs	Pourcentage
Oui	59	15,6
Non	318	84,4
Total	377	100

Dans 15,6% des, les patientes ont eu des morts anté –partum

Tableau 15: Répartition des patientes selon l'antécédent de mort intra partum

Mort intra partum	Effectifs	Pourcentage
Oui	28	7,4
Non	349	92,6
Total	377	100

Dans 7,4% des, les patientes ont eu des morts intra partum

5.3 GROSSESSE ACTUELLE

Tableau 16: Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse

Grossesse	Effectifs	Pourcentage
Suivie	341	90,4
Non suivie	36	9,6
Total	377	100

Dans 90,4% des cas, la grossesse était suivie

Tableau 17: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

CPN	Effectifs	Pourcentage
0	36	9,54
1	5	1,3
2	59	15,6
3	192	50,92
4	80	21,2
5	3	0,79
6	2	0,53
Total	377	100

Plus de la moitié des patientes avaient fait 3 CPN, soit 53,3%

Tableau 18: Répartition des patientes selon le lieu de la CPN

Lieu	Effectifs	Pourcentage
Cabinet	41	12
Clinique	100	29,3
CSREF CV	200	58,7
Total	341	100

La majorité des CPN ont été effectués au Csref de la commune V, soit 58,7%

Tableau 19: Répartition des patientes selon le réalisateur de la CPN

Réalisateur CPN	Effectifs	Pourcentage
Médecin	70	20,5
Sage-femme	271	79,5
Total	341	100

La majorité des CPN avait été réalisés par une sagefemme, soit 79,5%

Tableau 20: Répartition des patientes selon la réalisation des BPN

Réalisation des BPN	Effectifs	Pourcentage
Oui	341	90,45
Non	36	9,54
Total	377	100

Près de 91% de patientes avaient réalisées les bilans prénatals

Tableau 21: Répartition des patientes selon la présence d'anémie

Anémie	Effectifs	Pourcentage
Oui	34	9,0
Non	343	90,1
Total	377	100

Prés de 9% des patientes faisaient une anémie.

Tableau 22: Répartition des patientes selon le résultat de la Goutte épaisse

Goutte épaisse	Effectifs	Pourcentage
Négatif	370	98,1
Positif	7	1,9
Total	377	100

Environ 1,9% des patientes avaient une GE positive.

Tableau 23: Répartition des patientes selon la réalisation de l'échographie

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Oui	317	84,1
Non	60	15,9
Total	377	100

Environ 84,1% des patientes avaient une GE positive.

Tableau 24: Répartition des patientes selon qu'elle ait reçu le vaccin antitétanique

Vaccination antitétanique	Effectifs	Pourcentage
Oui	338	89,6
Non	39	10,4
Total	377	100

Environ 84,1% des patientes avaient reçu un vaccin antitétanique

Tableau 25: Répartition des patientes selon la nature de la grossesse

Nature de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Gémellaire	26	6,8
Triplé	1	0,4
Monofœtale	350	92,8
Total	377	100

La grossesse était monofœtale dans 92,8% des cas

Tableau 26: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Nature de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	160	42 ,44
A terme	200	53 ,1
Post terme	17	4 ,5

L'âge de la grossesse était compris entre 37-41 SA dans 53,1% des cas.

IV. Principales affections prénatales

Tableau 27: Répartition des patientes selon les principales affections prénatales

Principales affections prénatales	Effectifs	Pourcentage
Alcoolisation aigue ou chronique	2	0,5
ATCD de fausses couches répété	4	1,1
Cardiopathie	1	0,3
Diabète gestationnel	18	4,8
Episode fébrile récent	51	13,5
HTA	110	29,2
Non précisé	191	50,7
Total	377	100

L'HTA était la principale affection prénatale dans 29,2% des cas.

V. L'examen de la femme à l'admission

Tableau 28: Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Bon	347	92,0
Passable	30	8,0
Total	377	100

L'état général était bon dans 92,0% des cas.

Tableau 29: Répartition des patientes selon la pression artérielle

Tension artérielle	Effectifs	Pourcentage
Hypertendu	98	26,0
Hypotendu	13	3,4
Normale	266	70,6
Total	377	100

La tension artérielle était normale dans 70,6% des cas.

Tableau 30: Répartition des patientes selon la température

Température	Effectifs	Pourcentage
Hyperthermie	52	13,8
Hypothermie	17	4,5
Normal	308	81,7
Total	377	100

La température était normale dans 81,7% des cas.

Tableau 31: Répartition des patientes selon la présentation

Présentation	Effectifs	Pourcentage
Céphalique	321	84,2
Siège	43	11,4
Transversale	13	3,4
Total	377	100

La présentation était céphalique dans 84,2%.

Tableau 32: Répartition des patientes selon le bishop

Bishop	Effectifs	Pourcentage
Défavorable	244	64,7
Favorable	123	32,6
Total	377	100

Le bishop était défavorable dans 64,7% des cas.

VI . Conduite à tenir

Tableau 33: Répartition des patientes selon le déclenchement

Déclenchement	Effectifs	Pourcentage
Artificielle	242	64,2
Spontané	135	35,8
Total	377	100

Le déclenchement était artificiel dans 64,2%

Tableau 34: Répartition des patientes selon les médicaments utilisés

Médicament	Effectifs	Pourcentage
Antispasmodique	32	8,5
Autre	122	32,4
Ocytocine	6	1,6
Non précisé	217	57,6
Total	377	100

Les antispasmodiques étaient les médicaments les plus utilisés dans 8,5%

Tableau 35: Répartition des patientes selon la voie de l'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Basse	297	78,8
Césarienne	80	21,2
Total	377	100

La voie basse était la voie d'accouchement prédominante dans 78,8% des cas.

Tableau 36: Répartition des patientes selon la révision utérine

Révision utérine	Effectifs	Pourcentage
Non	160	42,4
Oui	217	57,6
Total	377	100

La révision utérine a été effectué chez 57,6% des patientes.

Tableau 37: Répartition des patientes selon les antibiotiques reçus

Antibiotique	Effectifs	Pourcentage
Non	164	42,0
Oui	213	58,0
Total	377	100

Les antibiotiques étaient utilisés chez 58% des patientes

Tableau 38: Répartition des patientes selon la transfusion

Transfusion	Effectifs	Pourcentage
Non	275	72,9
Oui	102	27,1
Total	377	100

La transfusion était utilisée chez 27,1% des patientes

Tableau 39: Répartition des patientes selon la prévention de la montée laiteuse

Montée laiteuse	Effectifs	Pourcentage
Non	358	94,9
Oui	19	5,1
Total	377	100

La montée laiteuse était prévenue chez 94,9% des patientes

VII . Complications maternelles

Tableau 40: Répartition des patientes selon la complication maternelle

Complication maternelle	Effectifs	Pourcentage
RU	10	2,6
Infection	125	33 ,15
CIVD	6	1,5
HRP	47	12,5
Paludisme	7	1 ,85
Eclampsie	9	2,3
Hémorragie	45	11,9
Décès maternel (post partum)	3	0,7
Pré éclampsie	43	8,75
Autres	77	20,4

L'infection était la complication prédominante chez 33,15%.

Tableau 41: Répartition des patientes selon l'aspect du nouveau-né

Aspect du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Mort-né frais	233	61,8
Mort-né macéré	144	38,2
Total	377	100

Dans 61,8% des cas, les nouveau-nés étaient des mort-nés frais.

Tableau 42: Répartition des patientes selon le sexe du nouveau-né

Sexe du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Féminin	165	43,8
Masculin	212	56,2
Total	377	100

Le sexe masculin était prédominant dans 56,2% des cas.

Tableau 43: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né en gramme

Poids du nouveau-né(en g)	Effectifs	Pourcentage
2500g	162	43,0
4000g	19	5,0
2500g_4000_g	196	52,0
Total	377	100

Environ 52,0% des nouveau-né avait un poids compris entre 2500-3000g

Tableau 44: Répartition des patientes selon la malformation du nouveau-né

Malformation du nouveau-né	Effectifs	Pourcentage
Non	330	87,5
Oui	47	12,5
Total	377	100

Près de 12,5% des enfants avaient une malformation

Tableau 45: Répartition des patientes selon l'anomalie du placenta

Anomalie du placenta	Effectifs	Pourcentage
Anormale	29	7,7
Normale	348	92,3
Total	377	100

Dans 7,7% des cas, le placenta était anormal.

Tableau 46: Répartition des patientes selon l'anomalie du cordon

Anomalie du placenta	Effectifs	Pourcentage
Non	303	80,4
Oui	74	19,6
Total	377	100

Dans 19,6% des cas, il y'a eu une anomalie du cordon.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude descriptive avec collecte de données rétrospective sur des morts nés à la maternité du centre de sante de référence de la commune v (Csref cv) du District de Bamako.

Elle s'est déroulée du 1^{er} juillet 2022 au 31 juillet 2023 ; soit une période de (12 mois).

Limites de l'étude : nous avons été confrontés aux données manquantes. Nous avons recoupé les informations à travers les différents supports : partogramme, dossier obstétricale, registre d'accouchement et de compte rendu opératoire.

6.1 Fréquence :

La mortinatalité est l'une des composantes de la mortalité périnatale. Sur 21280 accouchements enregistrés dans notre service, nous avons recensé 377 cas de mort-nés soit une fréquence de 1,77%.

Cette fréquence est supérieure à celle de : Berthe M et coll qui ont trouvé 23% [26]. Puis inférieure à ceux de : Guemdjom TV [27] et Traoré S [28] qui ont rapporté respectivement 98,60‰ et 47,60‰ de mortinatalité.

Cette fréquence élevée observée pourrait s'expliquer par le fait que notre service est un centre de référence de deuxième niveau de la pyramide sanitaire au Mali. Il reçoit toutes les complications obstétricales en provenance des structures sanitaires périphériques (CSC om et structures privées).

Dans notre étude les mort-nés frais ont été les plus dominants avec 61,8% contre 38,2% de mort-né macéré, inférieur à celui de Konaté A [29] qui a trouvé 76,50% de mort-nés frais. Ces taux élevés de mort-nés frais serait dû aux mauvaises conditions des évacuations, de l'insuffisance du plateau technique ainsi que la non fréquentation des services de C.P.N. Une bonne surveillance du travail d'accouchement devrait permettre de diagnostiquer tôt les anomalies du travail et de prévenir la mort fœtale intra partum.

6.2 Facteurs de risque :

Les caractéristiques socio-démographiques des patientes ayant eu une mortinaissance sont connues. Ils s'agissaient des femmes jeunes avec la tranche d'âges 20-30 ans avec 66,3%,

L'âge moyen était de 26,68+/-5,74 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans.

Notre taux est supérieur à ceux de : Traoré S et Diarra S qui ont trouvé respectivement 61,9% [28] et 62% [30] de mort-nés à la même tranche d'âge.

Cette tranche d'âge correspond à la période de pleine activité génitale et non à la tranche d'âge où il y a plus de risques de grossesse.

Les femmes au foyer étaient les plus représentées dans notre étude avec 92,6%.

Notre taux est similaire à ceux de Konaté A [29] et Diarra S [30] qui ont trouvé respectivement 92,60% et

98% de la même profession.

Les patientes mariées étaient les plus nombreuses avec 97%. Ce résultat est supérieur a ceux de Konaté A [29] ; Traoré S [28] et Diarra S [30] ont trouvé respectivement 94,90%.

Les patientes venue d'elle-même était le mode d'admission le plus fréquent avec 66,3%. On notait 0,3% des patientes référée dans un contexte d'urgence.

Traoré S [28] a rapporté un taux de 57,30%. Traoré M et coll [31] ont eu un taux de 72,80% de patiente venue d'elle-même. L'admission en urgence dans notre série d'étude était greffée d'un très mauvais pronostic fœtal.

Diallo F B et Coll [32] expliquent ce mauvais pronostic inhérent à l'évacuation par l'insuffisance d'éducation pour la santé et l'inaccessibilité à une assistance médicale efficace.

Les grandes multipares étaient les plus représentées dans notre étude avec 38,9% - notre résultat est différent ceux de : Traoré S [28] 18,60% et Konaté A [29] qui ont rapporté une prédominance des pauci pares avec respectivement 18,60% et 26,90 %.

Globalement il ressort de la littérature que la mortinaissance est élevée aux parités extrêmes. La multiparité multiplierait par 1,42 le risque de mortinatalité selon Chalumeau M et coll [33]. En général le risque de mortinatalité est présent au décours de toute grossesse quel que soit le nombre.

Les femmes ayant un antécédent de mort-né ont représentées 15,6% des cas. Le risque de récurrence d'accouchement de mort-né n'est pas bien étudié.

Nous avons obtenu une fréquence élevée de mort-né entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée avec 53,1%. Coulibaly D [34] a trouvé 73,50% pour la grossesse à terme contre 25,80% pour les prématurés. En effet, nous pensons que le facteur âge gestationnel n'explique pas à lui seul la mort fœtale. Il est associé à d'autres facteurs péjoratifs (pathologie en cause et les facteurs de risque classique, tels que le diabète, l'anémie, les pathologies hypertensives gravidiques et complications funiculaires).

Le suivi prénatal est une étape importante de la prévention de la mortinatalité d'une part mais surtout incite les femmes à venir accoucher dans les structures d'accouchement médicalisées. Dans notre étude 6,2% des gestantes n'avaient pas effectué de CPN Notre taux est proche inférieur de celui de Konaté A [28] qui avait trouvé 46,70% des gestantes n'ayant pas fait de CPN. Selon lui, les femmes n'ayant fait aucune CPN avaient 10,39 fois plus de risque d'avoir un mort-né contrairement à ceux qui ont fait au moins 4 CPN. Ceci pourrait s'expliquer par une méconnaissance des CPN par les gestantes d'une part, mais l'impact des facteurs socio-culturels d'autre part. La grossesse mono fœtale était la plus représentée dans les deux groupes avec 92,8% et 6,8% de grossesse gémellaire. Traoré S. [28] a rapporté 6,50% de grossesse gémellaire. La mort fœtale en cas de gémellarité pourrait s'expliquer d'une part par la prématurité liée à la gémellarité et d'autre part par un syndrome de transfuseur-transfusé, mais aussi à l'hypotrophie ou à la malformation d'un ou des deux fœtus.

L'anémie est reconnue dans la littérature comme facteur de risque associé à l'accouchement de mort-né. L'anémie était présente dans 9% des cas.

Coulibaly D [34] a trouvé 5% et Konaté A [29] a trouvé 4,40% d'anémie sévère. Ces cas d'anémie surviennent presque toujours sur un terrain socioéconomique précaire. Le manque de C P N et la supplémentation martiale systématique des femmes enceintes, la malnutrition seraient dus au fort taux enregistré.

Dans notre étude nous avons enregistré 43% des nouveaux nés avaient un poids de naissance inférieur à 2500g. Ce taux est inférieur à ceux de Konaté A [29] et Yahia A [35] qui ont trouvé respectivement 54,70% et 44,60% de poids inférieur à 2500g. Ces nouveau-nés prématurés ou hypotrophes, meurent facilement dans les accouchements dystociques.

Plusieurs auteurs ont rapporté des taux plus élevés d'accouchement de mort-nés chez le fœtus de sexe masculin. Ainsi dans notre étude nous avons trouvé 56,2% de nouveau-né de sexe masculin. Notre taux est inférieur à ceux de Diarra S [30] qui a rapporté 62,10% et Yahia A [35] qui a rapporté 64.60% de sexe masculin. Le sexe masculin serait-il plus fragile ? Cette prédominance du sexe masculin suscite des interrogations et doit faire l'objet de recherche plus poussée.

6.3 Les causes probables d'accouchement de mort-né :

L'hypertension artérielle associée à la grossesse fait de cette dernière une grossesse à haut risque. Dans notre série d'étude l'HTA et ses complications étaient hautement pourvoyeuses d'accouchement de mort-né qui étaient la pré éclampsie sévère et l'HRP ont représenté respectivement 2,3 et 12,5%. Notre taux est supérieur à celui de Yahia A [35] qui a trouvé 21,50% d'HTA et ses complications. Nous pensons que l'absence et /ou la faible qualité des CPN est en rapport avec le taux élevé d'HTA parmi les facteurs de risques les plus pourvoyeurs d'accouchement de mort-nés comme le dit dans la littérature.

L'association paludisme et grossesse peut avoir des répercussions sévères chez le fœtus et augmenter la morbidité maternelle entraînent des répercutions sur le

fœtus. Dans notre étude 5,3% de mort fœtale in utero sont dus au paludisme compliqué. Ce taux est supérieur à ceux de : Traoré S [28] et Yahia A [35] qui ont rapporté respectivement 13,20% et 6,20% de mort-né lié au paludisme.

Nous pensons que ces taux importants seraient dus d'une part à la situation géographique et à l'irrégularité ou à l'absence des CPN et d'autres part à une baisse relative de l'immunité au cours de la grossesse, qui s'associe à la malnutrition et à l'anémie.

Au cours de notre étude 19,6% de mort-nés étaient dus à des anomalies du cordon, proche à celui de Konaté A [29] qui a trouvé 15,50%, supérieur à ceux de : Yehia A [35] et de Coulibaly D [34] qui ont trouvé respectivement 3,10% et 3,60% des anomalies funiculaires. Certains auteurs pensent que le diagnostic des anomalies du cordon à l'échographie pourrait éventuellement aboutir à leur prévention. Ces décès fœtaux sont presque toujours de diagnostic tardif et imprévisible.

Toutes nos malformations fœtales ont été découvertes de façon fortuite après l'accouchement avec 12,5%. Notre taux est supérieur à celui de Konaté A [29] qui a trouvé 2,20% des malformations fœtales. Ces malformations fœtales étaient dominées par l'hydrocéphalie qui représentait 2,60%. La fréquence des malformations fœtales tend à diminuer en raison de leur dépistage échographique et des interruptions médicales de grossesse qui en découlent dans les pays développés. Par ailleurs dans certains pays comme le nôtre l'échographie n'est pas disponible partout et souvent effectué par un personnel peu qualifié.

Nous avons eu une fréquence élevée d'infections anténatales soit 20,4% des étiologies. Notre taux est supérieur à celui de Coulibaly D [34] a trouvé 8,80% de cas d'infection. Ces infections ont regroupé les syndromes infectieux non spécifiques, les cas de chorioamniotite et les cas d'infections urinaires. Cette entité a été diversement retrouvée chez plusieurs auteurs.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

7.1 CONCLSUION

Notre étude a permis de trouver un taux de mortinatalité élevé de‰ dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Les facteurs de risque de mortinatalité ont été le système de référence/évacuation, la non réalisation des CPN, l'anémie sévère et la multiparité. Une consultation prénatale de qualité et une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement dans les différentes structures socio-sanitaires permettra une amélioration de ce pronostic. Les autorités doivent s'impliquer pour que les femmes fréquentes les services de CPN

7.2 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre travail nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Améliorer le système de référence/évacuation en dotant les centres de santé de référence d'ambulance médicalisée,
- Installer le circuit d'oxygène dans la salle d'accouchement et du bloc opératoire, -Doter le CSRéf du cardio-tocographie.

Aux personnels de santé :

- Mener des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) des femmes en âge de procréer sur la nécessité d'une surveillance médicale des grossesses,
- Améliorer la qualité des CPN et référer à temps en cas de grossesse à risque,
- Utiliser de façon systématique le partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement,
- Evacuer à temps les parturientes vers des structures appropriées à leur prise en charge avant la survenue de toute complication.

Aux populations :

- Suivre régulièrement les CPN,
- Respecter les conseils donnés par le personnel sanitaire,
- Se faire consulter dans un centre de santé dès qu'une anomalie apparait au cours de la grossesse.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. **Doucara. M** : Mortinatalité au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse, méd. Bamako 2013. 13M218.86
2. **Kubuya K G** : Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique de la mort fœtal in utéro au sein de L'Hôpital général de référence de WALIKALE. Annales de l'UNIGOM, Vol. VII, N° 1 (Juin 2017) : pp. 283-302.
3. **OMS, USAID** : pour que chaque enfant compte audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux, Août 2016. OMS Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/;
OMS Santé reproductive et recherche (RHR) <http://www.who.int/reproductivehealth>
4. **WHO, UNICEF. Every Newborn**: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization, 2014. <http://www.everynewborn.org/> Every Newborn Action Plan (accessed Aug 17, 2015).
5. **Institut de la statistique du Québec**: Statistique Canada (2016). Tableau CANSIM 1020030. ([Http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf)).
6. **KEITA. M. Y** : Mortinaissance à la maternité du CSRéf C I du district de Bamako. Thèse, méd. Bamako 2020. 20M200.98.
7. **Beuzelin M** : Morts fœtales in utero : facteurs étiologiques, rôle du diabète et de l'obésité : étude cas-témoins monocentrique réalisée sur la période 2008- 2014. Mémoire de médecine. Université de Caen Normandie ; 2016, 36p.
8. **Guendjom T V** : Accouchement de mort-nés dans le service de Gynécologieobstétrique du CHU-GT : aspects sociodémographiques et obstétricaux. Thèse de Med. USTTB/FMOS ; 2015, 71p.
9. **Diarra I, Coulibaly P, Doumbia A, Kané F et col** : Etude de la mortinaissance dans le service de Gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Mopti et de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Programme et livre des résumés du VIe congrès de la SOMAGO, Bamako les 7, 8,9 Aout 2018 : 132-133.
10. **Ly S, Fomba D, Doumbia M, Tegete I** : Etude de la mortinaissance à la maternité du centre de CSRéf Markala en 2016. Programme et livre des résumés du VIe congrès de la SOMAGO, Bamako les 7, 8,9 Aout 2018 : 129-130.

11. **Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al** : for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths : rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet 2016 ; publiés en ligne le 18 janvier.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5).
12. **Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al**, : for The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group and The Lancet Stillbirths in High- Income Countries Investigator Group. Stillbirths : recall to action in highincome countries. Lancet 2016; publiés en ligne le 18 janvier.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X).
13. **Matsuda Y, Sasaki K, Kakinuma K, Kakinuma T, Tagawa M, Imai K, et al**. Impact of risk factors for perinatal events in Japan: Introduction of a newly created perinatal event score. J Obstet Gynaecol Res. 2017;43(5):805–11.
14. **Berrah MK. Dermographie Algérienne**: Direction Technique chargée des statistiques de population et de l'emploi ONS-Avenue Belkacemi Mohamed – El Annasser Alger ; 2012. [Google Scholar]
15. **Flenady V, Koopmans L, Middleton P, et al** : Majors risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2011 ; 377 : 133140
16. **Luque-Fernandez MA, Lone NI, Gutierrez-Garitano I, et al** : Stillbirth risk by maternal socio-economic statuts and country of origin : a population based observation study in spain 2007-08. Eur j Publi Health 2012, 22 : 524-9.
17. **Stillbirth collaborative Research Network writing Group**, Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. JAMA 2011 ; 18 :625-30
18. **Varner MW ; Silver RM, Rowland Hogue CJ, et al**. Association between stillbirth and illicit drug use and smoking durcing pregnancy . Obstet Gynecol 2014 ;123 : 113-25.
19. **Geenes V, chappell LC, Seed PT, et al**. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes : a prospective population-based case-control study. Hepatology 2014 ; 59 :1482-91.

20. **Lamont K, Scott NW, Jones GT, et al.** Risk of recurrent stillbirth : systematic review and méta-analysis. *BMJ* 2015 ; 350 : h 3080.
21. **Reddy UM.** Prediction and prevention of recurrent stillbirth . *Obstet Gynecol* 2007 ; 110 : 1151-64.
22. **Page JM, Silver RM.** Evaluation of stillbirth. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2018 ; 30 : 130-5.
23. **Nijkamp JW, Sebire NJ, Bouman K, et al.** Perinatal death investigations : Wath is current practice ? *Semin Fetal Neonatal Med* 2017 ; 22 : 167-75.
24. **Lansac J, Body G.** *Pratique de l'accouchement 3ème édition* Masson, Paris, 2001, n°237.
25. **Merger R, Levy J, Melchior J.** *Précis d'Obstétrique.* Ed Masson (6eédition): Paris Barcelone, Milan ; 1995, n°255.
26. **Berthé M et coll** Analyse de la mortinatalité comme problème majeur de santé publique au Mali. *Rev malienne de science et de technologie* n°20 décembre 2018.
27. **Guemdjom T V** Accouchement de mort-nés dans le service de gynécologie obstétrique du CHU GT: aspects sociodémographiques et obstétricaux. Thèse de médecine Bamako 2015.
28. **Traoré S** Mortinatalité dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine, Bamako 2008
29. **Konaté A** Mortinatalité à la maternité de l'hôpital de Sikasso. Thèse de médecine, Mali 2009 ; n°27 :p32-45.
30. **Diarra S** Prévalence et facteurs de risque de la mortinatalité dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Point G entre 1985 et 2003. Thèse de Médecine, Bamako 2007 ; n°79 :p40 65.
31. **Traoré M et coll** mortinatalité dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. *Mali médical*, 2011. TomeXXVIn°3.
32. **Diallo F B et coll** Mortinatalité : aspects sociodémographiques à l'hôpital régional de Kindia en Guinée. *Rev de médecine périnatale* volume 7, pages187– 191(2015) à propos de 139 cas
33. **Chalumeau M et coll** (risk factor for perinatal mortality in West Africa: a population-based study of 20326pregnancies).*Acta-Paediatr* 89:1115-21-2002

34. **Coulibaly D** mortinatalité dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point G.
Thèse de médecine, Mali 2009 ; n°54 :p60-91.
35. **Yehia A** Mortinaissance au centre de référence et à l'hôpital de Tombouctou. Thèse de médecine, Bamako 2008 ; n°34 :p43-52.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	II
Liste des abréviations	XI
INTRODUCTION :	2
OBJECTIFS :	5
2. Objectifs spécifiques :	5
III.GENERALITES	7
1. DEFINITIONS :	8
1.1 Mort-né.....	8
1.2 Naissance vivante	8
1.3 Faux mort-nés ou état de mort apparente	8
1.4 Mortalité fœtale :	8
1.5 La Mortalité post-néonatale :	9
1.6 La Mortalité foeto-infantile :	9
Problème de définition :	9
2. Epidémiologie :	9
Fréquence	9
3. Facteurs de risque de la mortinaissance	10
3.1 Les facteurs de risque maternels.....	10
3.2 Les facteurs de risque fœtaux :	11
4. Les principales causes	11
5.1 Les causes maternelles :	12
Les causes générales :	12
<input type="checkbox"/> L'hypertension artérielle :	12
<input type="checkbox"/> Le diabète :	12
<input type="checkbox"/> Le diabète peut être responsable :	13
<input type="checkbox"/> Maladie maternelle sévère	13
<input type="checkbox"/> Le traumatisme	14
<input type="checkbox"/> La cholestase gravidique	14
<input type="checkbox"/> Les causes infectieuses	14
<input type="checkbox"/> D'avortement spontané,	15
<input type="checkbox"/> Maladies bactériennes	15
<input type="checkbox"/> Infections virales	16
4.2 Les causes fœtales :	17
<input type="checkbox"/> Les malformations fœtales	17

<input type="checkbox"/> Les anomalies chromosomiques :.....	18
<input type="checkbox"/> Les maladies hémolytiques :	18
4.3 .Les causes annexielles :.....	18
<input type="checkbox"/> Hématome rétro placentaire (HRP) :.....	18
<input type="checkbox"/> Hémorragie placentaire :	19
<input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérine	19
<input type="checkbox"/> Dépassement de terme.....	19
<input type="checkbox"/> Anomalie du cordon ombilical	19
<input type="checkbox"/> La procidence du cordon	19
5. Les causes indéterminées :	20
Diagnostic positif	20
Examen physique :	20
Examens complémentaires :	21
Prise en charge.....	21
Autres examens :	26
IV. METHODOLOGIE	27
METHODOLOGIE.....	28
1. Cadre de l'étude :	28
2. Type d'étude :.....	31
3. Période d'étude :.....	31
4. Population d'étude :.....	31
5. Echantonnage :	31
6. Critères d'inclusion :	31
7. Critères de non inclusion :.....	31
8. Collecte des données :	32
9. Déroulement de l'enquête :	32
10. classification des variables :	32
10.1 Les variables qualitatives de notre étude.....	32
10.2 Les variables quantitatives de l'étude.....	33
V. RESULTATS	34
VI. RESULTATS.....	35
<input type="checkbox"/> Taux de mortinaissance :.....	35
5.1 Identification de la patiente	35
5.3 GROSSESSE ACTUELLE	42
IV. Principales affections prénatales	46

V. L'examen de la femme à l'admission.....	46
VI .Conduite à tenir	48
VII .Complications maternelles.....	50
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	54
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	55
6.1 Fréquence :	55
6.2 Facteurs de risque :.....	56
6.3 Les causes probables d'accouchement de mort-né :.....	58
V. CONCLUSION ET	60
RECOMMANDATION.....	60
7.1 CONCLUION	61
7.2 RECOMMANDATIONS	62
Aux autorités sanitaires :	62
Aux personnels de santé :	62
Aux populations :	62
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
Références bibliographiques	64
ANNEXES	71

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE :

Fiche d'enquête N° :..... Code N° :.....

1- Nom :..... Prénom :.....

2- Age :.....

3- Niveau d'étude : Non scolarisée Primaire Secondaire Supérieur

4- Téléphone :

5- Ethnie :

Malinké Bambara Peulh Dogon Sénoufo

Sarakolé Bozo Sonhaï Bobo Minianka Maure Autre

6- Mode d'admission :

Venue d'elle-même référée Evacuée

7- Motif d'admission :

8- Profession :

Fonctionnaire Elève/Étudiant Commerçante Ménagère

Sans emploi Coiffeuse Autre

9- Statut matrimonial :

Mariée Célibataire Veuve Divorcée

10-Residence

Bamako Hors de Bamako

11-Profession du conjoint :

Fonctionnaire Cultivateur Commerçant Ouvrier

Sans emploi Autre

12-Niveau d'instruction :

Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur

II- ANTECEDENTS :

1- Médicaux : Oui Non. Si oui, préciser :

.....

HTA Drépanocytose Diabète Asthme néphropathie Hépatite Hiv Autre

2- Chirurgicaux : Oui Non. Si oui, préciser
:.....

Césarienne Myomectomie Kystectomie Appendicectomie Autre

3- Obstétricaux :

a- Gestité :

b- Parité :

c- Vivants : Nombre

d- Décédés : Nombre Âge de l'enfant au moment du décès

.....

Dans quel contexte ?

.....

e- Avortement(s) : Oui Non. Si oui,

Préciser le nombre.....et le type :

.....

f- A T C D de mort anté-partum : Oui Non. Si oui, préciser le nombre

.....

g- A T C D de mort intra-partum : Oui Non. Si oui, préciser le nombre

.....

III- GROSSESSE ACTUELLE :

1- Suivi de la grossesse :

Non suivi Suivi ; Nombre de CPN

Le lieu : et par qui ? :

.....

2- BPN : Groupage /Rhésus:..... Test d'Emmel :..... PTME : Oui Non.

3- Hémoglobinopathie : Anémie : Oui Non.

4- Si oui, taux d'Hb

Glycémie: Albuminurie:

Glycosurie :.....BW:.....

E C B U:Ag H B S:

S R V:Sérologie Toxoplasmose :

Sérologie Widal :Sérologie Rubéole :

Goutte épaisse :.....

Echographie : Oui Non

5- Vaccin antitétanique : Oui Non.

Si oui, nombre de doses :.....

Prévention anti palustre : Oui Non, Prévention anti anémique : Oui Non.

6- Nature de la grossesse :

Mono-fœtale Gémellaire Triplé Autre

7- Âge de la grossesse :

IV- PRINCIPALES AFFECTIONS PRENATALES :

Diabète gestationnel HTA Cardiopathie Traumatisme ou chute dans les jours précédents Episode fébrile récent Antécédents de fausse couche à répétitions

Alcoolisation aigüe ou chronique

Tabagisme Oui Non

Menace d'accouchement prématuré

Grossesse sur D I U Rupture prématurée des membranes

Métrorragie du premier trimestre Métrorragie du troisième trimestre

Dépassement de terme Retard de croissance intra-utérine

Malformation fœtale Pathologie Funiculaire

Paludisme M S T

Incompatibilité foëto-maternelle Autre

V EXAMEN DE LA FEMME A L'ADMISSION :

1- Etat général : Bon Passable Altéré

2- Conjonctives : Colorées Pâles Autre

3- Tension artérielle : Normale Hypertension Hypotension

4- O M I : Oui Non

5- Température : Normale Hyperthermie Hypothermie

6- Hauteur utérine :

7- Liquide amniotique : Clair Teinté Sanguinolent

8- M A F : Oui Non

9- B D C F : Oui Non. Si oui, <120 ; 120 – 160 ; >160

10- Présentation : Céphalique Siège Transverse

11- Bishop : Favorable Défavorable

12-Bassin : Normal Limite Rétréci

V- CONDUITE A TENIR :

1- Hospitalisation : Oui Non

2- Déclenchement : Spontané Artificiel

3- Médicaments utilisés : Prostaglandine Antispasmodique

Ocytocine Autre

4- Voie d'accouchement : Basse Césarienne

5- Durée d'expulsion :

6- Révision utérine : Oui Non

7- Antibiotique : Oui Non

Si oui, le type d'antibiotique :

8- Transfusion : Oui Non

9- Prévention de la montée laiteuse : Oui Non

10-Prévention de l'allo-immunisation rhésus : Oui Non

VI COMPLICATIONS MATERNELLES :

1- Rupture utérine : Oui Non

2- Infections : Oui Non

3- C I V D : Oui Non

4- H R P Oui Non

5- Eclampsie : Oui Non

6- Hémorragie : Oui Non

7- Décès maternel : Oui Non

8- P R Oui Non

VI- EXAMEN DU NOUVEAU-NE :

1- Aspect du nouveau-né : Mort-né frais Macéré

2- Sexe : Masculin Féminin

3- Poids : < 2500 g 2500g – 4000g >4000g

4- Taille : < 47 cm > 47 cm

5- P C : <33 cm > 33 cm

7- Malformation fœtale : Oui Non. Si oui, préciser :

.....

8- Morphologie du placenta : Normale Anormale.

Si anormale, préciser

9- Anomalie du cordon : Oui Non

Si oui, préciser.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Mamadou M

Adresse :

Tel : 62 41 86 92 / 53 20 42 80

Email :

Titre : Etiologie des mort-nés à la maternité du centre de sante de référence de la commune v (CSRef cv) du District de Bamako

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé

La survenue d'une naissance vivante au sein d'une famille est l'un des évènements les plus heureux de la vie. Cette joie est souvent transformée en tristesse tant pour la famille que pour l'obstétricien en cas de mort périnatale [1].

L'étude se déroulera à la maternité du centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako

Le Centre de santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. La tranche d'âge de 19 à 29 ans était la plus représentée avec 66,3%. L'âge moyen était de 26,68+/-5,74 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans. Plus de la moitié des patientes, soit 52,8% était

non scolarisé. L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 36,1%. Près de 66,3% des patientes étaient venues d'elle-même. Les mariées étaient représentées à 91%. Les ménagères étaient prédominantes à 92,6%. La quasi-totalité des patientes, soit 97,3% habitaient à Bamako. La CUD était le motif d'admission prédominant dans 68,2%. Parmi les patientes ayant des antécédents médicaux, le diabète était prédominant à 81,3%. Parmi les patientes ayant des antécédents chirurgicaux, la myomectomie était l'antécédent le plus retrouvé dans 92,8%. Près de 74,2% des patientes ont eu des antécédents obstétricaux.

Notre étude a permis de trouver un taux de mortalité élevé de 0,177‰ dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 confrères si j'y manque

Je le Jure