

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de le Recherche

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2022-2023

Thèse N° :/.....

THEME

Influence de la Qualité de la Consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako

Présentée et soutenue publiquement le 08 /12 / 2023 devant la Faculté de Médecine et
d'odonto-Stomatologie

Par

M. MAMADOU DOUMBO

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Alassane TRAORE (Maitre de conférence)

Membres : Abdoulaye SISSOKO (Maitre assistant)

Saleck DOUMBIA (Gynécologue obstétricien)

Co-directrice : Niagale SYLLA (Gynécologue obstétricien)

Directeur : Soumana Oumar TRAORE (Maitre de conférence agrégé)

Dédicaces

ALLAH le Tout Puissant

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;
Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;
Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;
Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;
Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;
Donne à mon esprit le désir de partager ;
Donne-moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. AMEN
Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.
Louange à ALLAH seigneur de l'univers, l'omnipotent, l'omniscient, l'omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail. Je dédie ce travail à DIEU, le clément et miséricordieux pour grâce.

A notre Prophète Mohamed (Paix et salut à son âme)

C'est avec humilité et gratitude que je rends grâce à Allah le Tout Puissant pour avoir guidé mes pas jusqu'à ce jour si important de ma vie.

A mon père : Feu Idrissa Doumbo

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail.

Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien-être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous avez été un père exemplaire.

Repose en paix. (Amen)

À mon père : feu Yanogo Doumbo

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour, mon respect éternel et ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi pour assurer mon instruction et mon bien être. Tu as toujours été là pour moi. Tu voulais que je sois médecin un jour mais tu es parti si vite.

Repose en paix. (Amen)

A ma mère Kadidia Toumagnon :

Qu'est-ce qu'un enfant peut offrir de plus à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance mieux que son affection.

Il est de coutume de dire que derrière un grand homme se trouve une grande dame, l'on devrait aussi ajouter que derrière tout grand enfant se trouve une brave mère. Tu as tout sacrifié pour notre instruction et notre éducation. Mère infatigable, tes conseils, ton soutien, ton amour ne nous ont jamais manqué. Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes bénédictions.

A ma maman Fatoumata Poudiougou :

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, vous m'avez toujours incité à travailler, à bien travailler.

J'espère suivre vos pas.

Etre un homme pieux et fort de caractère.

Merci pour la mère formidable et compréhensive que vous êtes. Que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction Qu'Allah vous bénisse.

A tous mes frères et sœurs :

Kadia Doumbo et son époux Abdoulaye Darra , Diaka Doumbo, Salimata Doumbo, Tinin Doumbo

Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde sa bénédiction.

N'oubliez jamais que la vie est "dure" mais que seul le travail paye.

D'après notre papa le travail est un trésor « le Laboureur et ses enfants ».

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to".

La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré. Trouvez ce modeste travail l'expression de mon amour et de mon profond attachement.

A mes oncles

Abdoulaye Doumbo et son épouse Awa Yalcoue, Moussa Toumagon et son épouse , Feu Pr Ogobara Doumbo ses épouses et son neveu Sekou Doumbo.

Merci pour vos accompagnements et encouragements.

J'en suis reconnaissant.

A toutes les femmes décédées des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement : Que le Tout Puissant vous accorde la paix de

Remerciements

Remerciements A mon pays natal, le Mali :

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation gratuite et sans discrimination de race ou de religion.

Tu traverses un moment difficile de ton histoire mais nous ferons de toi << Un Mali émergent>>.

À notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMOS :

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

À tout le personnel de la FMOS :

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait que la FMOS jouit d'une renommée internationale. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

À mes chers maîtres et formateurs :

Dr Traore O M, Pr Traore S O, Dr Tall Saoudatou, Feu Dr Kouyate Fah Issif, Dr Sylla Niangalé, Dr Doumbia Saleck, Dr Diakite Nouhoum dit Legrand, Dr Camara Karounga, Dr Kone Joseph : Merci chers maîtres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

A la famille Diarra, Kone et Keita de Point G :

Sekou Diarra et ses épouses Assan et Aichata. Salif Kone et son épouse Kadiatou Diakite.

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens.

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V et particulièrement à notre équipe de garde :

Dr Dembele Ousmane, Dr kassim bagayogo, Dr Adama Sissoko, Dr Ousmane Cissoko, Korotimi Diarra, Affo GAKoe, Salimata Coulibaly, Aliou Bagayogo, Djibril Diakite, Lassine Camara, Soumaila Camara, Nana Toure, Oumou Traore, Kadiatou Kourouma, Safiatou Ascofare, Hamou Haidara, Nene Dente, Madame Traore Fatim, Mariam, Aissata Sidibe

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes cotes pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

Mon admission au CSREF m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patient.

Aux personnels du Cabinet Mutuliste :

Dr Ouane, Ousmane Diallo, les frère Bathily. Merci pour votre collaboration

Aux sages-femmes et infirmières du CSREF CV du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration. Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako Merci pour les conseils

Aux Aides du bloc du CSREF CV du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

A mes amis et camarade de sévare : merci pour le soutien

Hommages aux membres du jury

A Notre Maître et Président du Jury :

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**

Cher Maître,

La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité fait de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher Maître, nous vous souhaitons encore du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences. Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

A notre Maître et Membre du jury

Abdoulaye Sissoko

- ✓ **Maitre-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,**
- ✓ **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique à la clinique périnatale
Mohammed VI,**
- ✓ **Médecin Militaire**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique
(SOMAGO),**
- ✓ **Commandant des Forces Armées du Mali.**

Cher maitre,

C'est un grand honneur et un privilège de nous de vous avoir dans notre jury de thèse. Merci pour la simplicité que vous avez témoigné en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail cher maître, l'expression de notre gratitude

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Saleck DOUMBIA

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV**
- ✓ **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- ✓ **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- ✓ **Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africain de Santé Publique.**

Cher Maître,

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Tout au long de la réalisation de ce travail, vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité.

Nous avons été impressionnés par votre simplicité.

Vous trouverez, Cher maître, dans ce travail la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

A notre Maitre et Co-directrice de thèse

Docteur Niagale Sylla

- ✓ **Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Echographie**
- ✓ **Gynécologue-obstétricienne**
- ✓ **Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV**

Cher Maitre,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

A notre Maître et-directrice de thèse

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- ✓ **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ✓ **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- ✓ **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail.

Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail.

Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude.

Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés afin que nous profitons de vous.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	xii
I. Introduction	1
II. Objectifs	3
III. Généralités	4
IV. Méthodologie	28
V. Résultats	41
VI. Commentaires et discussions	58
VII. Conclusion.....	64
Recommandations	65
Références	67
Annexes.....	71

Liste des figures

Figure 1: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako	35
Figure 2: Répartition des patientes selon l'âge	41
Figure 3: Répartition des patientes selon la profession.....	42
Figure 4: Répartition des patientes selon le statut matrimonial	43
Figure 5: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	44
Figure 6: Répartition des patientes selon la parité	46
Figure 7: Répartition des patientes selon l'auteur CPN	47
Figure 8: Répartition selon le nombre d'échographie.....	49
Figure 9: Répartition des patientes selon les voies d'accouchement	54

Liste des tableaux

Tableau I : modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016.....	7
Tableau II : score de tocolyse (Baumgarten).....	10
Tableau III : Unités d du CSREF de la commune V	31
Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	43
Tableau V : Répartition des patientes selon la source de revenu.....	44
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	45
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.....	45
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques	46
Tableau IX : Répartition des patientes selon l'avis d'autres spécialistes	47
Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN	48
Tableau XI : Répartition des patientes selon le bilan biologique fait.....	48
Tableau XII : Répartition des patientes selon le bilan biologique non fait.	49
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les échographies réalisées.....	50
Tableau XIV : Répartition des patientes selon les soins préventifs	50
Tableau XV : Répartition des patientes selon le traitement.....	51
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'hospitalisation	51
Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'évolution sous traitement.....	52
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications sous traitement	52
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation.....	53
Tableau XX : Examen clinique dans la salle de naissance	53
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pronostic périnatal	54
Tableau XXII : Relation entre l'auteur et la qualité de la CPN	55
Tableau XXIII : Relation entre le pronostic fœtal et la qualité de la CPN	55
Tableau XXIV : Relation entre le pronostic maternel et la qualité de la CPN..	56
Tableau XXV : Relation entre les pathologies et le pronostic maternel.....	57

Liste des abréviations

ARN/ADN : Acide RiboNucléique/ Acide DésoxyriboNucléique.

ATCD : Antécédent.

BIP : Périmètre Bi Pariétal.

BU : Bandelettes Urinaires.

César : Césarienne.

CIVD : Coagulopathie IntraVeineuse Disséminée.

CMV : CytoMegalovirus.

CPN : Consultation Prénatale

CREAT : Créatininémie.

CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V.

ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines.

ELISA : immunoabsorption enzymatique.

H/J : Heure/Jour.

HBA1C : Hémoglobine glyquée.

HELLP syndrome : Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets syndrome.

HGPO : HyperGlycémie Provoqué par voie Orale.

HRP : Hématome Rétro Placentaire.

HTA : hyperTension Artérielle.

IgM/IgG : Immunoglobuline M et G.

IM/ IVD: IntraMusculaire/ IntraVeineuse Directe.

Iono : Ionogramme.

Kg : kilogramme.

LA : Liquide Amniotique.

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro.

N : Normal.

NFS : Numération de la Formule Sanguine.

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

P24 : Protéine 24.

Patho : Pathologie.

PCR : Polimerase Chain Reaction.

PH : Potentiel d'Hydrogène.

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtale.

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin.

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique.

RPM : Rupture Prématuro des Membranes.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique.

SF : Signes Fonctionnels.

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë.

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis.

SONU : Soins Obstétricaux et Néonatalogie d'Urgence.

T : Temps.

TA : Tension Artérielle.

TAD : Tension Artérielle Diastolique.

TAS : Tension Artérielle Systolique.

TDR : Test de Diagnostic Rapide.

TMF : Transmission Mère Fœtus.

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

VHC : Virus de l'Hépatite C.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

I. Introduction

La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un des critères de valorisation sociale.[1]

Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale.[1]

Ainsi « la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara.[1]

Les grossesses pathologiques sont des grossesses associées à des pathologies médicales et/ou chirurgicales.[2]

Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'éviter les incertitudes de cette aventure.[1]

L'Afrique sub-saharienne a la mortalité maternelle la plus élevée au monde. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réalisées en 2015, le ratio de mortalité maternelle s'élève à 546 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.[2]

En réponse à cette forte mortalité, les Nations Unies et ses partenaires dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ont élaboré la Feuille de route pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) en rapport avec la santé maternelle et néonatale. L'un des objectifs de cette Feuille de route est de réduire les décès maternels et néonataux évitables, dont la réalisation passe par le renforcement des compétences des prestataires de soins aux mères et aux nouveau-nés. C'est dans ce cadre que l'OMS, la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont entrepris d'élaborer des recommandations pour la pratique clinique (RPC) des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), à

L'usage des prestataires, en vue d'améliorer leur pratique quotidienne de l'obstétrique et de la néonatalogie.[2]

Selon l'OMS, l'anémie atteint 30% à 70% des femmes enceintes. L'association HTA et grossesse peut créer des complications paroxystiques si elle n'est pas bien prise en charge, ce cas représente 54,47% [3]. Le Mali est une zone d'endémie palustre, l'association paludisme sur grossesse représente 41,94% chez les femmes à niveau de vie socio-économique très bas [4]. Le mariage précoce qui entre dans nos coutumes est lui aussi un facteur de risque. Le statut matrimonial est également un facteur de risque, car les grossesses chez les célibataires sont surtout très mal prises en charge ; ce cas représenterait 44% [5]. Certaines complications sont aussi observées : Les ruptures utérines, les pathologies obstétricales graves mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal. La prématurité est la première cause des mortalités périnatales, ce cas représenterait 04,4%

Cependant, les études panoramiques des pathologies médicales associées à la grossesse et au post-partum ont été rarement effectuées en Afrique et en particulier au Mali.

Ainsi la présente étude a pour but d'évaluer l'impact de ces CPN sur l'issue des grossesses pathologiques au CSREF CV du district de Bamako.

II. Objectifs

II.1. Objectif général :

Étudier la surveillance des grossesses pathologiques au centre de sante de référence commun v du district de Bamako.

II.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des grossesses pathologiques et des consultations prénatales dans le service.
- Décrire le profil sociodémographique des patientes.
- Evaluer l'influence de la qualité de la consultation sur l'issue des grossesses pathologiques
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal en fonction de la qualité du suivi.

III. Généralités

III.1. Définition :

Les grossesses pathologiques sont des grossesses au cours desquelles le fœtus et /ou la mère courent un risque accru de mortalité ou de morbidité, avant, pendant ou après la naissance. [4]

-Le danger se concrétise pour la mère par :

- L'aggravation d'une pathologie préexistante,
- L'apparition d'une pathologie nouvelle,

-Pour le fœtus :

- La prématurité ;
- La souffrance fœtale chronique et le retard de croissance intra utérin ;
- La mort in utero.
- Infection néonatale

Les progrès réalisés ces dernières années en matière de mortalité néonatale sont essentiellement le fruit de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses dites pathologiques.[3]

La surveillance des grossesses pathologiques est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire (Obstétricien, néonatalogue, diabétologue, cardiologue etc.)

III.2. Principales étiologies des mortalités fœtales et néonatales :

-La prématurité : définie comme tout accouchement avant le terme de la grossesse (37SA).[4]

Elle constitue aujourd'hui la cause essentielle de mortalité au cours du travail et surtout après l'accouchement (Les complications respiratoires expliquant plus de la moitié de ces morts) La prématurité est responsable de 60% des morts fœtales et néonatales. [4]

-La pré éclampsie et les autres syndromes vasculo rénaux :

Sont responsables de 25% des morts fœtales. [4]

Les autres causes de mort fœtale sont :

-Le diabète : dont la fréquence augmente régulièrement ;

-Les incompatibilités rhésus fœto- maternelles.

Conflit entre les anticorps d'origine maternel et les antigènes d'origine fœtal.

-La mort fœtale peut aussi être due aux causes suivantes :

Placenta, prævia, Hématome rétro placentaire, Pathologies du cordon, Dépassement du terme.

Ces étiologies exposent particulièrement à une mort fœtale au cours du travail.

- Les malformations congénitales, qu'elles soient génétiques, infectieuses (surtout virales), entraînent aussi fréquemment des morts fœtales et néonatales.[5]

III.2.1. Principales étiologies des mortalités maternelles

Grossesse extra utérine implantation et développement de l'œuf en dehors de l'utérus. Surtout les localisations tubaires. [2]

Avortement ; interruption spontanée ou provoqué de la grossesse avant 22SA(OMS) ou 28SA(Mali). [2]

L'hypertension artérielle et la grossesse ; tension artérielle (TA) élevée au cours de la grossesse : TA systolique ≥ 140 mm Hg et/ou TA diastolique ≥ 90 mm Hg. [2]

Placenta prævia ; Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques. [2]

Hématome retro placentaire (HRP) ; C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus. [2]

Rupture utérine ; Solution de continuité siégeant au niveau de l'utérus survenant généralement au cours du travail et de l'accouchement. [2]

Hémorragies du post-partum immédiat Hémorragies ; C'est un saignement provenant des voies génitales, de quantité supérieure à 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère. Il survient dans les 24 heures suivant l'accouchement. [2]

- le paludisme,
- l'infection urinaire,
- la chorioamniotite

Si les affections fébriles pendant la grossesse et dans le post-partum sont habituellement d'origine infectieuse ou parasitaire, d'autres affections plus rares peuvent avoir des manifestations cliniques ou paracliniques qui rendent parfois Leur diagnostic moins évident. On peut ici citer l'appendicite, la cholécystite, la nécrobiose aseptique des myomes utérins. [2]

Enfin, les maladies maternelles antérieures à la grossesse.

Sont responsables de 27% des décès, les cardiopathies, les parasitoses, les hémoglobinopathies, les anémies (mégaloblastique), maladies respiratoires. [4]

III.3. Le dépistage des grossesses pathologiques

III.3.1. La consultation prénatale :

III.3.1.1. Les objectifs de la CPN sont :

- Faire le diagnostic de la grossesse ;
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- Surveiller le développement du fœtus ;

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic ;
- Faire le pronostic de l'accouchement ;
- Eduquer et informer les mères. [1]

Tableau I : modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016

Premier trimestre ; 1 consultation et 1 contact

Contact 1 : jusqu'à 12 semaines

Deuxième trimestre ; 1 consultation et 2 contacts

Contact 2 : 20 semaines

Contact 3 : 26 semaines

Troisième trimestre ; 2 consultations dont 1 au 9^{em} mois et 3 contacts

Contact 4 : 30 semaines

Contact 5 : 34 semaines

Contact 6 : 36 semaines

Contact 7 : 38 semaines

Contact 8 : 40 semaines

Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.

Remarque : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 semaines.

III.3.2. L'interrogatoire

***doit d'abord rechercher l'existence d'affections médicales antérieures à la grossesse :**

-les cardiopathies (le rétrécissement mitral et les cardiopathies congénitales principalement);

- l'hypertension artérielle

-le Diabète ;

-les néphropathies, les insuffisances respiratoires, infections urinaires à répétition, affection thyroïdienne etc.

***Les antécédents gynéco –obstétricaux** Ils doivent être aussi précisés :

-avortements à répétition (malformations utérines, béance cervico- isthmique) ;

-mort fœtale in utero (HTA, diabète) ;

-mort néonatale (accouchement prématuré, traumatisme obstétrical, malformation fœtale) ;

-existence d'un utérus cicatriciel (césarienne antérieure ou laparotomie pour rupture utérine, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine) ;

-immunisation rhésus.

***Rechercher les autres antécédents chirurgicaux.**

Rechercher signes de danger chez la femme enceinte :

Saignements vaginaux

Respiration difficile

Fièvre

Douleurs abdominales graves

Maux de tête prononcés/vision trouble

Vertiges, bourdonnements d'oreilles

Convulsions/pertes de conscience

Douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine

Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

III.3.3. L'examen général

Les signes généraux comme la fièvre, la pâleur conjonctivale, l'ictère, l'œdème seront recherchés.

La recherche de hypertension artérielle par la prise de la tension artérielle:

- excès pondéral ou œdème ;
- hypertension artérielle ;
albuminurie.
 - Le dépistage du diabète :
recherche de glycosurie
 - La découverte d'une cardiopathie :
 - signes fonctionnels (dyspnée)
 - auscultation cardiaque (souffle, arythmie).....
 - Les lésions cutanées (rubéole, varicelle, zona ...)

III.3.4. L'examen obstétrical

L'existence de contractions utérines douloureuses, d'une modification de l'état du col raccourci ou ouvert, signe la menace d'avortement avant 28 semaines d'aménorrhée ; entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée révolues on parlera de menace d'accouchement prématuré, mieux appréciée par l'indice de menace d'accouchement prématuré proposé par BAUMGARTEN

Tableau II : score de tocolyse (Baumgarten)

Indice	0	1	2	3
Contractions utérines	Absence	Irrégulières	Régulières	
Membranes	Intactes		Rupture haute	Rupture basse
Métrorragies	Absence	Métrorragies peu importantes	Métrorragie	
Dilatation du col	Fermé	1 cm	2 cm	3 à 4 ou plus

Lorsque cet indice est inférieur ou égal à 3, la menace est légère.

Lorsque cet indice est supérieur à 6, la menace est sévère.

*L'apparition de métrorragies même minimales peut faire évoquer :

- Une affection cervicale ;
- Un placenta prævia ;
- Un hématome retro placentaire ;
- Une rupture utérine.

*L'écoulement brutal et spontané de liquide clair, non sanglant par la vulve fait soupçonner :

- une rupture prématurée des membranes (RPM) ;

La rupture prématurée des membranes se complique le plus souvent :

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

- D'accouchement prématuré,
- Chorioamniotite.

*La mensuration soigneuse de la hauteur utérine ainsi que la palpation permettent de reconnaître :

Un excès de volume utérin, lié à :

- Un hydramnios (diabète, malformation fœtale, gémellité) ;
- Une grossesse multiple (risque de prématurité) ;
- Une macrosomie (risque de dystocie),
- Une masse abdominale et/ ou pelvienne associées à la grossesse.
- Un défaut de développement utérin, au cours de l'hypotrophie fœtale par exemple.

Enfin, l'examen obstétrical comporte toujours la palpation utérine et le toucher vaginal, permettant le dépistage :

- D'une présentation fœtale dystocique (oblique, transversale) ;
- D'un bassin osseux pathologique.

III.3.5. Prescrire les soins préventifs

- Vacciner la femme contre le tétanos :

VAT 1 (0,5 ml) : Dès le 1er contact ou 1ère consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt ;

VAT 2 (0,5 ml) : 1 mois après

VATR1 (0,5 ml) 6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure ;

VATR2 (0,5 ml) 1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure ;

VATR3(0,5 ml) 1 an après VATR2 ou au cours grossesse ultérieure ;

- Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine :

Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique : à partir de 13SA chaque mois jusqu'accouchement.

- Prescrire le fer acide folique :

Du 1er trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 60 mg de fer élément + 400 g d'acide folique par jour (1cp) ;

Du 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 120 mg de fer élément + 800 g d'acide folique par jour (2cp) ; si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement. Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.

- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, fruit, etc), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et sur la planification familiale.

- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

Prescrire le traitement curatif,

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

III.3.6. Le bilan prénatal

Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

Les examens complémentaires obligatoires constitués par :

- Le groupe sanguin –rhésus standard ;
- Le taux d'hémoglobine ;
- Albuminurie-gluco-surie ;
- La Sérologie syphilitique.
- La sérologie Toxoplasmose
- La sérologie rubéole
- Test de Coombs indirect si rhésus négatif

les examens complémentaires facultatifs

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer :

- La numération de la formule sanguine (NFS) ;
- La goutte épaisse + frottis mince ;
- L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ;
- Le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme ;
- La protéinurie de 24 heures ;
- L'échographie. Il est recommandé de faire au moins trois échographies
- Une première échographie, dite de datation (avant la douzième semaine d'aménorrhée) ;
- Une seconde échographie, qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations
- (Entre la 19^{ème} et la 22^{ème} semaines) ;
- Une échographie de troisième trimestre (entre les 30^{ème} et 32^{ème} semaines) qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètres).
- Cette dernière échographie, combinée à l'examen clinique, permet de faire le pronostic de l'accouchement.
- L'échographie Doppler ombilicale et cérébrale ;
- La radiopelvimétrie...
- La précocité de ce dépistage prévient souvent :
 - Une mort fœtale in utero ;
 - Une souffrance aiguë au cours du travail d'un fœtus fragile ; des complications maternelles.

III.4. Diagnostic et complication de certaines pathologies au cours de la grossesse :

III.4.1. Hypertension artérielle et grossesse. [5]

Diagnostic :

Le diagnostic d'hypertension au cours de la grossesse correspond à la survenue d'une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg, mesurée au repos, à au moins deux reprises, et à 6 heures d'intervalle, en position de décubitus latéral gauche ou assise, bras totalement nu (c'est-à-dire en l'absence de tout vêtement garrottant la racine du bras), le niveau zéro étant à la hauteur de la pointe du cœur et la taille du

Brassard devant être adaptée à la taille du bras. Le niveau de pression diastolique est celui pour lequel il y a disparition complète de tous les bruits. L'hypertension est dite modérée quand la pression systolique est comprise entre 140 et 159mmHg et la pression diastolique entre 90 et 109mmHg. Cette situation nécessite une surveillance rapprochée en ambulatoire. L'hypertension est dite sévère quand la pression systolique est supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou la diastolique est supérieure ou égale à 110 mmHg. Elle impose une hospitalisation.

Complications

Maternelles :

Hématome retro placentaire

HELLP syndrome (Hemolysis Elevated liver enzymes low platelets syndrome)

Oedème aigue pulmonaire

Complications rénales

Anomalies de l'hémostase

Eclampsie

Complications hépatiques

Fœtale

Retard de croissance intra utérin

Mort fœtal in utéro et néonatal précoce

Prématurité.

III.4.2. Diabète et grossesse.[39]

Un diabète doit être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont satisfaits :

Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL) 8 à 12 heures de jeûne ou

Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g (test oral de tolérance au glucose (TOTG) $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL). OU

Glycémie aléatoire $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL). OU

Hémoglobine glyquée (HbA1c) ≥ 48 mmol/l (équivalent à 6,5 %).

Diabète gestationnel : Critères diagnostiques du diabète gestationnel :

Au premier trimestre : recherche de signe clinique (Polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, asthénie physique importante...) si présent, contrôle de la glycémie.

Chez les femmes avec 1 facteur de risque ou plus :

Demander une glycémie à jeun :

Si glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l = Diabète de type 2.

Si glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l = Diabète gestationnel.

Entre 24 et 28 SA : Si glycémie à jeun $< 0,92$ g/l ou non faite :

Réaliser hyper glycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec 75 g de glucose avec mesure de la glycémie à jeun, 1 h et à 2 h.

Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) → diabète gestationnel (en présence ou non des facteurs de risque).

Complications :[5]

Fœtale

En cas de diabète connu avant la grossesse, les risques pour le fœtus sont :

- Les fausses couches spontanées qui sont plus fréquentes ;
- Les malformations congénitales. Elles sont multipliées par deux ou trois et paraissent directement liées à l'équilibre glycémique de début de grossesse ; un contrôle glycémique optimal avant la conception rapproche le risque de malformation de celui de la population générale. L'hyperglycémie et la Cétonémie sont impliquées dans la fermeture du tube neural. Les hypoglycémies ne semblent pas tératogènes. Les malformations se constituent au moment de l'organogenèse (sept premières semaines de grossesse) et sont les principales causes de morbi-mortalités néonatales et des avortements spontanés précoces

Ce sont le plus souvent :

- des malformations cardiaques (persistance du canal artériel, communication interventriculaire, coarctation aortique);
- des malformations neurologiques (spina bifida, hydrocéphalie, anencéphalie);
- des malformations rénales;
- la macrosomie fœtale . Elle est définie par un poids de naissance supérieur au 90e percentile pour l'âge gestationnel, sexe, ou un poids de naissance supérieur à 4 ou 4,5 kg quel que soit l'âge gestationnel. Elle est liée essentiellement à l'augmentation de l'insulinémie fœtale en réponse à

l'hyperglycémie maternelle et est responsable de complications obstétricales (dystocie des épaules);

- l'hydramnios : il est plus fréquent chez la femme diabétique et ce dès 26 SA. Il expose au risque de prématurité ;
- l'hypotrophie si la mère a des anomalies vasculaires ou une néphropathie ;
- l'accouchement prématuré, plus fréquent en cas d'HTA chez la mère ;
- la mort in utero ;
- la souffrance fœtale aiguë. Après la naissance, il existe un risque de détresse respiratoire, avec hypoglycémie et hypocalcémie. À l'âge adulte : des études sont en faveur d'anomalies de la tolérance au glucose chez les descendants qui ont été exposés au diabète de leur mère pendant la grossesse. Il semble exister également une augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants nés de mères diabétiques.

Maternelle

Aigüe :

Coma acidocétose, coma hypoglycémie, coma hyperosmolaire, coma lactacté.

Chroniques :

Les macro et les micro angiopathies

Surtout en cas de diabète de type 1 et 2

III.4.3. Maladies infectieuses et grossesse.

Nombreuses ; peuvent être d'origine bactérienne, virale ou parasitaire

Généralités sur l'infection : [5]

Les épisodes infectieux sont fréquents chez la femme enceinte : environ 15 % de l'ensemble des grossesses. L'infection du fœtus in utero se voit dans environ 2 % des grossesses. Les agents infectieux peuvent perturber le cours de la grossesse et

quelquefois infecter l'œuf. Les voies de contamination sont de deux types : la voie locale et la voie systémique.

Voies de l'infection ;

-La voie locale est la plus fréquente.

Dans les conditions habituelles, l'endocol est une frontière extrêmement sûre entre le vagin et l'œuf. Normalement stérile, sécrétant par les glandes endocervicales un mucus riche en substances hostiles aux germes (lysozyme, anticorps), il oppose à l'invasion de la flore vaginale une résistance efficace. Une défaillance du terrain, un défaut de production des produits antimicrobiens, une

béance isthmique, le franchissement en force du défilé cervical par le doigt explorateur ou par des instruments (comme un amnioscope, une bougie, une laminaire) ouvrent une brèche dans l'enceinte protectrice de l'œuf, brèche où se précipitent les germes qui trouvent sur place nourriture dans les débris hématiques et logement dans les cryptes glandulaires. Les agents infectieux créent là une position avancée d'où ils pourront facilement envahir l'endomètre, mettant en danger la grossesse par cette endométrite déciduale. Après

l'envahissement de l'endocol et de la caduque, l'œuf présente l'obstacle de la membrane amniotique. La cavité amniotique peut donc être infectée indirectement par les produits d'excrétion du fœtus ou directement par des germes qui passent au travers soit de l'amnios intact (c'est l'amniotite), soit d'une membrane amniotique altérée ou rompue. À ce stade, le liquide amniotique leur oppose son pouvoir bactériostatique, malheureusement limité à certains germes et limité dans le temps. L'altération de l'endomètre peut persister après expulsion de l'œuf, et être source d'une infection tubaire qui ruinera les espoirs de futures grossesses.

-La contamination systémique peut avoir lieu par voie sanguine ou par voie lymphatique. Lorsque les défenses maternelles sont débordées, les agents infectieux parviennent au placenta par la circulation sanguine maternelle. Ils peuvent être détruits à ce niveau ou, au contraire, créer des foyers infectieux (placentite, micro-abcès). À partir de là, ils peuvent franchir la barrière trophoblastique et envahir le fœtus par voie funiculaire. Ils atteignent ainsi le foie et les organes fœtaux. Les germes présents dans l'endocol ou les annexes de l'utérus gravide peuvent également atteindre l'œuf en cheminant à travers les canaux lymphatiques. Ils peuvent par cette voie parvenir à la caduque, au placenta, au fœtus. Conséquences des infections Les conséquences de l'infection sont variées et peuvent être de type direct ou indirect.

L'infection du placenta peut ainsi entraîner une insuffisance placentaire de type vasculaire. L'atteinte directe du fœtus entraîne une souffrance et une sécrétion d'adrénaline, une sécrétion de corticoïdes par les surrénales, l'expulsion du méconium à pouvoir ocytocique dans le liquide amniotique, la sécrétion des prostaglandines par la décidua altérée. Tous ces facteurs peuvent contribuer au déclenchement du travail. Certains agents infectieux peuvent entraver le développement des organes fœtaux ou entraîner secondairement des phénomènes clastiques. Les toxines libérées par certains agents infectieux peuvent également être létales et abortives, même si elles sont libérées à partir d'un foyer siégeant à distance de l'utérus gravide. La pyrexie maternelle peut entraîner le décès fœtal, car le fœtus est mal armé pour éliminer l'excès d'apport calorique.(1)

III.4.3.1. Le paludisme. [2]

C'est une érythropathie fébrile hémolytique dû à la présence et la multiplication intra érythrocytaire du plasmodium (parasite). 5 genres.

- plasmodium vivax
- plasmodium malaria
- plasmodium falciparum responsable des formes graves.
- plasmodium ovale
- plasmodium knowlesi.

Diagnostic

Diagnostic clinique

Paludisme simple : Fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, asthénie, anorexie, douleur abdominale associée aux contractions utérines, réduction des mouvements du fœtus, pâleur conjonctivale, etc.

Paludisme grave : Il est défini par la présence de forme sexuée de plasmodium falciparum dans le sang et d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- Neuropaludisme : coma stades 2 et + ; convulsions généralisées et répétées
- Anémie grave : taux d'hémoglobine < 6 g/100 ml et/ou taux d'hématocrite < 20 %
- Insuffisance rénale : diurèse < 400 ml/24h ; créatininémie > 265 micromoles/L
- Œdème pulmonaire
- Hypoglycémie
- Collapsus circulatoire
- Hémorragie diffuse ou CIVD
- Hémoglobinurie massive
- Acidose sanguine : pH sanguin $< 7,25$
- Convulsions • Hyperthermie (température $> 39^{\circ}$)
- Ictère
- Parasitémie élevée

Diagnostic paraclinique

Confirmation du diagnostic par :

- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Tests rapides

III.4.3.2. Infections urinaires. [2]

Il s'agit d'une atteinte infectieuse de l'appareil urinaire qui peut se traduire soit par une cystite (infection basse), soit par une pyélonéphrite (infection haute).

Diagnostic Clinique :

- Cystite fébrile: dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, brûlure, mictionnelle, fièvre
- Pyélonéphrite : douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées, fièvre

Paraclinique :

- Dépistage systématique par bandelette urinaire (test au nitrite, test de leucocyturie, etc.)
- ECBU obligatoire avec antibiogramme.

Complications :

Fœtale

Avortement, hypotrophie, asphyxie fœtale chronique, prématurité, mort fœtale in utéro.

Maternelle :

Anémie, coma, convulsion, insuffisance rénale, mort

III.4.3.3. VIH/sida et grossesse. [5]

Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est une maladie d'origine virale caractérisée par une diminution des défenses immunitaires de l'organisme, et plus précisément par une diminution du nombre de lymphocytes CD4.

L'agent causal est un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH-1 découvert en 1983.

Ce virus infecte les cellules qui possèdent à leur surface le récepteur CD4, principalement les lymphocytes T CD4, mais aussi les cellules dendritiques comme les cellules de Langerhans, et les cellules monocytaires et macrophages. Grâce à son enzyme, la reverse transcriptase, il peut transcrire son ARN en ADN complémentaire qui peut ainsi s'intégrer dans le génome de la cellule hôte.

Ceci peut ensuite donner lieu soit à un cycle de réplication virale avec destruction de la cellule hôte, soit à une phase de latence dans les lymphocytes CD4 mémoires.

Il existe aussi un autre type de VIH : le VIH-2. Celui-ci est présent essentiellement en Afrique de l'Ouest, il expose aux mêmes conséquences que le VIH-1 mais avec une évolutivité plus lente

Diagnostic

Signes cliniques

Les symptômes surviennent dans un délai pouvant varier de 1 à 6 semaines, le plus souvent 10 à 15 jours après la contamination.

Il peut s'agir :

- d'un syndrome pseudo-grippal : fièvre (90 %), céphalées, myalgies, asthénie, éruption maculopapulaire, pharyngite (70 %);
- de manifestations digestives (diarrhée, douleurs abdominales) moins fréquentes;

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

- de signes neurologiques (10 %) : méningites ou méningoencéphalites, mononévrites (paralysie faciale notamment) ou polyradiculonévrite.
- Au cours de la deuxième semaine, dans plus de 50 % des cas, des adénopathies apparaissent dans les aires cervicales, axillaires et inguinales qui peuvent persister plusieurs semaines, voire plusieurs mois.
- Des infections opportunistes sont possibles en cas d'immunodépression profonde : candidose orale et œsophagienne, pneumocystose, toxoplasmose cérébrale, tuberculose, etc.

Signes biologiques non spécifiques

Les signes biologiques sont d'abord hématologiques : une thrombopénie (dans 45 à 75 % des cas de primo-infection) puis une leuconéutropénie (36 à 50 % des cas), parfois un syndrome mononucléosique apparaît avec hyperlymphocytose.

Ce dernier correspond à une augmentation des lymphocytes CD8, alors que la chute des lymphocytes CD4 persiste. Le rapport CD4/CD8 est alors inférieur à 1. Une cytolysse hépatique et une augmentation des phosphatases alcalines sont également possibles.

Diagnostic positif d'infection à VIH

Le diagnostic biologique est évidemment essentiel. Pendant la période d'incubation, soit les dix premiers jours suivant la contamination, le virus se multiplie silencieusement dans l'organisme et il n'y a pas de marqueur virologique détectable. On se trouve dans la période muette avant que les signes cliniques n'apparaissent.

Le début de la phase virémique, précédant la séroconversion, correspond aux manifestations cliniques de la primo-infection.

L'antigénémie p24 est détectable environ 15 jours après le contagion, quand les premiers signes cliniques apparaissent, et le reste pendant 1 à 2 semaines.

La charge virale plasmatique par PCR VIH-ARN est détectée de manière plus précoce. C'est donc le test de choix pour le diagnostic précoce en cas de suspicion de primo-infection par le VIH car il peut être positif dès le 11^e jour, sensible (100 %) et très spécifique.

Les anticorps sériques apparaissent dès la 3^e semaine après le contage, et on peut donc demander une sérologie VIH. Les méthodes immuno-enzymatiques (ELISA) permettent la détection des anticorps anti-VIH.

Les tests de 4^e génération utilisés actuellement en France sont très sensibles. Ils permettent la détection combinée de la protéine antigénique p24 du VIH-1 et des anticorps IgM et IgG anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

Ces tests permettent de réduire à quelques jours la fenêtre sérologique pendant laquelle la sérologie est négative en début de primo-infection.

Des tests dits « rapides » avec une réponse en quelques minutes ou heures sont aussi disponibles et facilement réalisables sans appareillage sophistiqué.

Jusqu'à présent utilisés dans un contexte d'urgence ou d'accident d'exposition, ils devraient l'être plus largement avec le renforcement des politiques de dépistage.

Au total, sur le sérum à tester sont pratiqués deux tests de dépistage de type ELISA (ou un test ELISA et un test rapide) détectant les anticorps anti-VIH-1 et 2. Si le résultat est doublement négatif, on peut affirmer l'absence de séroconversion vis-à-vis du VIH et donc, sauf dans le cas d'une forte suspicion de primo-infection très récente, l'absence d'infection par le virus.

Si le résultat est dissocié ou doublement positif, on a recours au western blot. La présence sur le western blot de bandes ne remplissant pas les critères de positivité définit un western blot indéterminé qui peut traduire une séroconversion VIH-1 en cours ou une infection par le VIH-2. En cas de notion de contage, si le test est négatif, il faut s'assurer que le test n'a pas été fait trop précocement après la date du comptage présumé.

Complications :

Fœtale

Avortement, prématurité, hypotrophie, transmission du VIH, mort in utéro.

Maternelle

Vaginose, vaginites mycosiques, herpès, condylomes, diabète gestationnel.

III.4.3.4.Placenta praevia.[2]

Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques.

Diagnostic

Pendant la grossesse :

Penser à un placenta praevia devant les signes suivants :

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par les rapports sexuels ou le toucher vaginal
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc (parfois)
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale
- BDCF présents
- Speculum : saignement d'origine endo-utérine
- Au TV : PROSCRIT car risque hémorragique
- Examens complémentaires :
- Faire un groupe sanguin/rhésus et une NFS
- Pratiquer une échographie

Pendant l'accouchement : Penser à un placenta praevia devant :

- Hémorragie de survenue inopinée faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par le toucher vaginal
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc (parfois)
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale
- Utérus souple en dehors des contractions du travail
- BDCF présents
- Speculum : Sang rouge vif
- TV prudent : col latéro-dévié du côté opposé à l'insertion placentaire

Complications :

Maternelle

Anémie, état de choc hémorragique, mort

Fœtale

Asphyxie fœtale, mort fœtale

III.4.3.5. Hematome retro-placentaire (HRP). [2]

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus.

Diagnostic

Penser à un HRP devant les signes suivants :

- Saignement peu abondant de sang noirâtre associé à une douleur inaugurale violente en coup de poignard
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc contrastant avec l'importance de l'hémorragie
- Contracture utérine permanente ou utérus de bois
- Contracture du segment inférieur (sébile de bois)
- Possible augmentation de la HU d'un examen à un autre

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

- BDCF altérés, souvent absents
- Présence d'une cupule rétro-placentaire (vérifiable après la délivrance).

Complications :

Maternelle

Etat de choc, anémie, nécrose corticale du rein, la mort

Fœtal

Asphyxie, la mort

IV. Méthodologie

IV.1. Cadre et Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

- ❖ Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.
- ❖ Treize (13) centre de santé communautaire (CSCoM).
- ❖ Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.
- ❖ De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

IV.1.1. Présentation du milieu de l'étude

La Commune V fut créée en même temps que toutes les autres Communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes suivants :

- L'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de Communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 portant code des collectivités territoriales.

La Commune V est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la Commune rurale de Kalaban Coro (Préfecture de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, la Commune V a une superficie de 41.59 km² (source Direction Nationale des Collectivités Territoriales : DNCT).

Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était estimée à **603 056** habitants en 2022, une densité de **14 500** habitants au Km² avec un taux d'accroissement 5,1%.

Dans sa très grande totalité, la population de la Commune V est sédentaire.

Cette population est inégalement répartie entre les 8 quartiers de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers Sabalibougou, Daoudabougou et Kalabancoura et Bacodjicoroni.

Les ethnies du Mali sont représentées en Commune V sont les Bambaras, Peulhs, Sonrhais, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés. On y rencontre également des ressortissants de pays étrangers.

L'économie de la Commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme, l'hôtellerie, la restauration, les maisons closes, les marchés publics etc.) suivi du secteur secondaire (PME à travers de petites industries de transformation), malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La couverture sanitaire de la Commune est assurée par deux niveaux de contact de la population avec le système de santé :

- Centres de Santé Communautaire : premier niveau de contact. A ceux-ci s'ajoutent les structures sanitaires privées, parapubliques, confessionnelles et les tradithérapeutes,
- Centre de Santé de Référence : deuxième niveau de contact et premier niveau de référence.

La carte sanitaire de la Commune comprend treize aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Les treize aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel avec un PMA complet. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;

- Quatre aires de santé à Kalaban coura disposent d'un CSCom avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;
- Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCom avec un PMA complet.

Le Centre de Santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Le tableau suivant résume les unités et bâtiments du CS Réf de la CV.

Tableau III: Unités d du CSREF de la commune V

BATIMENTS	NOMS DU SERVICE
B1 (Bureau des Entées)	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité - Guichet - Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité PTME - Unité Prénatale 1 - Unité prénatale 2 - Unité Planning Familiale - Unité suite de couche - Unité Grossesse Pathologie - Salle des Chauffeurs - Maternité Salle de garde 1 - Maternité Salle de garde 2 - Salle D'attente - Salle d'Accouchement - Salle des Urgences - Salle VIP 1 - Salle VIP 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Bureau Sages-femmes Maitresse - Salle des Internes - Soins Apres Avortement - 3 Bureaux pour les gynéco-obstétriciens - Unité Poste Natale - Salle des D.E.S - Salle des internes - Dépistage du Cancer de col de l'utérus
B2 (One Stop Center)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Assistance Psycho-sociale - Assistance de Sécurité - Assistance Juridique - Bureau de Consultation - Salle de Récupération

	<ul style="list-style-type: none"> - Salle des Enfants - Toilettes du Personnel
B3 (Bloc Opérateur)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Pansement - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Réveil - Salle de Séchage - Bureau Monsieur Missa Konaté - Hospitalisation Césarienne 1 - Hospitalisation Césarienne 2 - Hospitalisation Césarienne 3 - Hospitalisation Césarienne 4 - Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Stérilisation
B5 (Médecine Générale)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Médecin Chef - Secrétariat du Médecin Chef - Salle de Consultation - Salle de Consultation DR TALL Kadiatou - Salle de Consultation DR DABO Jacob - Salle de Consultation Gynécologie Externe - Pharmacie du Jour - Pharmacie de Nuit - Salle de Pansement - Imagerie Médicale - Odontostomatologie - Laboratoire d'Analyse - Toilettes du Personnel - Hagar de Vaccination
	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major

B6 (Médecine Interne)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Consultation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Perfusion - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle d'Hospitalisation 4 - Bureau Dermatologue - Bureau Rhumatologie - Toilettes du Personnel
B7 (Ressources Humaines)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Chef de Personnel - Salle Informatique - Salle de Staff - Brigade Hygiène - Unité PEV - Ophtalmologie - Bureau Pharmacien - Dépôt Pharmacie - Bureau Médecin-chef Adjoint - Toilettes du Personnel -
B8 C130	<ul style="list-style-type: none"> - Service ORL - Unité lèpre - Labo Annexe - Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau DR TRAORE Mahamadou - Salle d'Attente - Salle de Consultation DR DIARRA Oumou - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Soins - Salle des Internes - Salle de Consultation 1 - Salle de Consultation 2 - Salle de Consultation 3 - Bureau Surveillant General - Néonatalogie Consultation - Salle d'Hospitalisation Néonatalogie - Salle Kangourou
	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Consultation

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

B10 (Ureni)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Garde - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle de Lait - Magasin URENI
B11 (Morgue)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Lavage 1 - Salle de Lavage 2 - Chambre Froide
B 12	<ul style="list-style-type: none"> - Mosquée
B13	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin 1
B 14	-Magasin 2
B15	<ul style="list-style-type: none"> - Logement du Médecin –chef
B16	<ul style="list-style-type: none"> - Espace CANAM
B17	<ul style="list-style-type: none"> - Cantine
A1	<ul style="list-style-type: none"> - Toilette Médecine
A2	<ul style="list-style-type: none"> - Toilettes Maternité

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

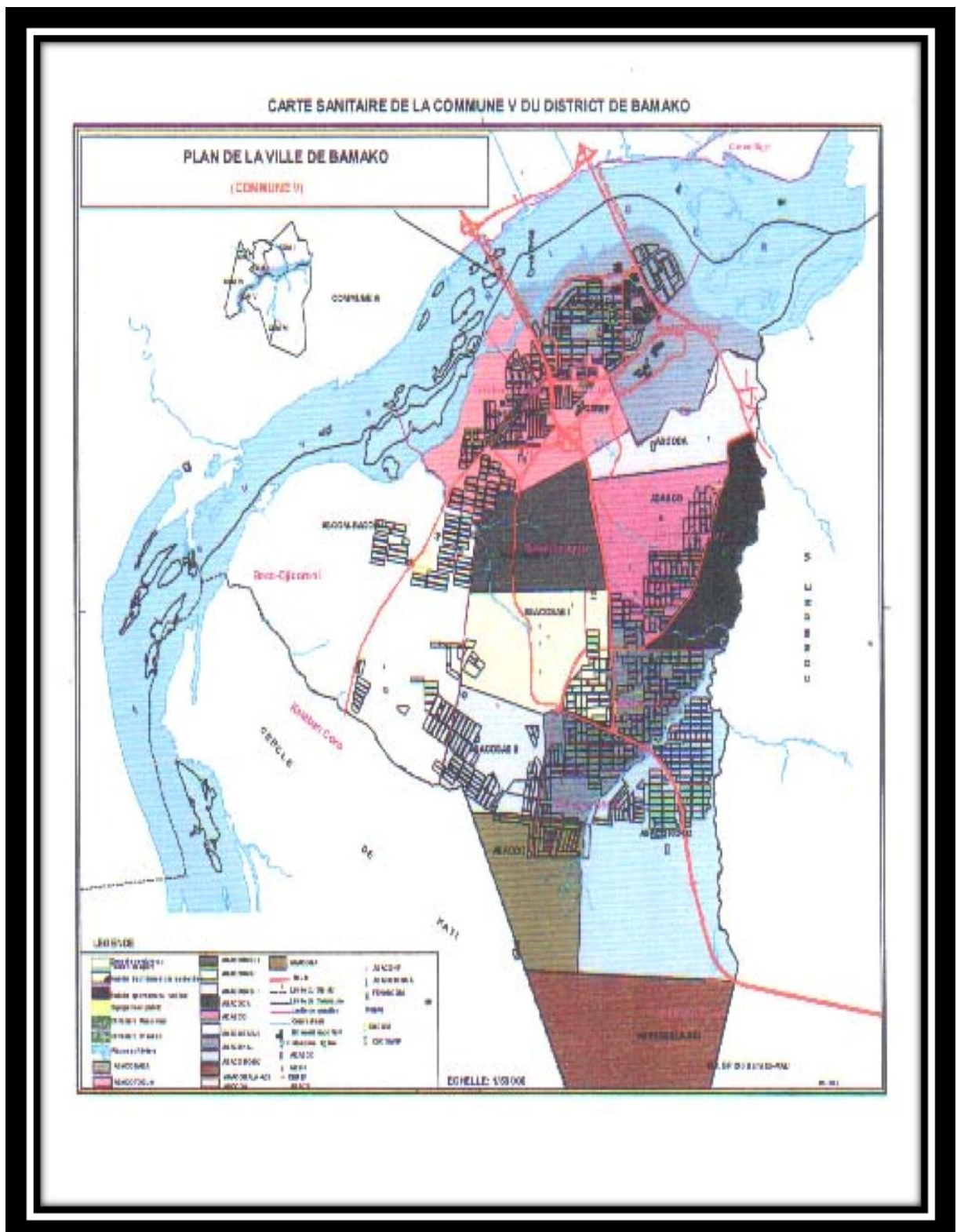


Figure 1: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako

IV.1.2. Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :

- ✓ Il comporte : Six (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Professeur agrégé (maitre de conférences) et un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique
- ✓ Huit(8) techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- ✓ Une sage-femme maitresse
- ✓ Cinquante(50) sages-femmes,
- ✓ Quatre infirmiers d'état,
- ✓ Vingt (20) infirmières obstétriciennes,
- ✓ Cinq instrumentistes,
- ✓ Un agent technique de santé
- ✓ Trois aides-soignantes,
- ✓ Six chauffeurs d'ambulances,
- ✓ Quatre manoeuvres,
- ✓ Trois gardiens,
- ✓ Une matrone.

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

IV.1.3. Fonctionnement :

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

Les consultations externes gynécologiques se déroulent tous les jours (du lundi au vendredi) effectuées par les Gynécologues Obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et

obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

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

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

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

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

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

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

L'équipe de garde dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence

permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

IV.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive avec recrutement prospectif des données.

IV.3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Mars 2022 au 31 Juillet 2022, soit sur une période de cinq mois (5 mois).

IV.4. Population étudiée :

Les femmes enceintes ayant été suivies en consultation prénatale et/ou admises pendant la période de la gravido-puerpuralité à la maternité du service gynécologie-obstétrique du CS Réf CV

IV.5. Echantillonnage :

IV.5.1. Technique d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un récément non exhaustif de tous les cas d'accouchement chez les patientes qui avaient une pathologie associé à la grossesse

IV.5.2. Taille de l'échantillonnage :

Notre étude a porté sur 130 cas de grossesse pathologique

Critère d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude :

-Toutes les patientes reçues en consultation prénatale avec pathologie médicale dont la terminaison a eu lieu dans le service.

Critères de non inclusion :

-Toutes les patientes reçues en consultation prénatale avec pathologie médicale dont la terminaison n'est pas connue dans le service.

-Toutes les patientes reçues en consultation prénatale avec pathologie médicale dont la terminaison a eu lieu dans le service qui n'ont pas voulu participer à l'étude ou ont arrêté leur participation

-Toutes les patientes avec pathologie médicale suivies hors du service et dont la terminaison a eu lieu dans le service

-Toutes les patientes suivies dans le service sans pathologie médicale et qui ont accouchés dans le service.

IV.1. Supports et collectes des données :

Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquêtes pré établit complète par :

Le registre de CPN

Les carnets de CPN,

Le registre d'accouchement,

Le registre des comptes rendus opératoires,

Les dossiers obstétricaux.

Les partogrammes.

Le registre de références des nouveau-nés.

Le registre d'avortement tardif,

Le registre d'aspiration manuelle intra utérine,

Le registre d'hémorragie,

Le registre de laparotomie d'urgence,

Le registre de référence reçu,

Le registre de référence du nouveau-né.

IV.2. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2016 et analysés sur le logiciel SPSS 20.0.

Les graphiques ont été tracés sur le logiciel Excel.

Le test statistique utilisé fut : la Probabilité exacte de Fisher,

La différence statistique a été considérée comme significative si P (significativité statistique) $\leq 0,05$.

V. Résultats

1. La fréquence

La fréquence : du 1^{er} Mars 2022 au 31 Juillet 2022 nous avons enregistré 130 grossesses pathologiques sur 1020 CPN soit 12,7%

2. Profil socio- démographique

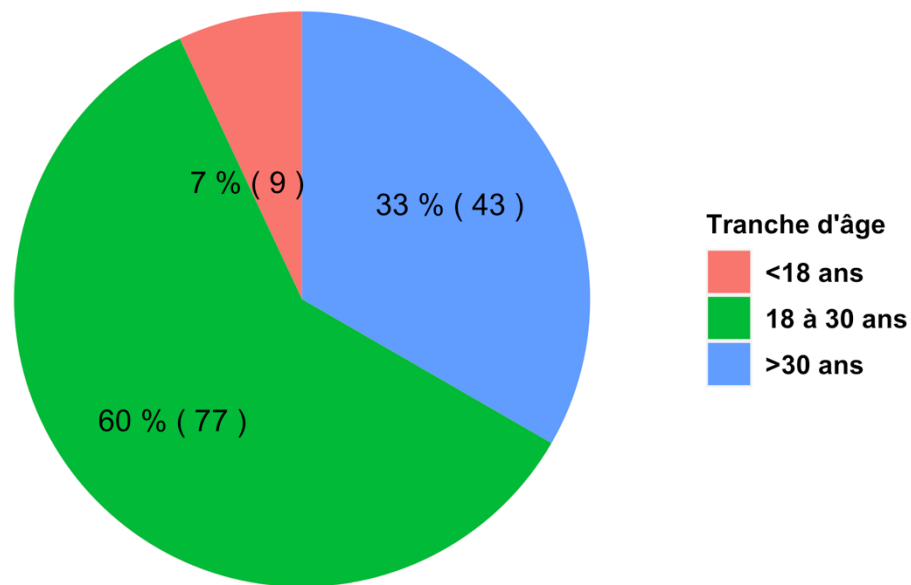


Figure 2: Répartition des patientes selon l'âge
L'âge moyenne était 26 ans avec des extrêmes de 16 ans et de 46 ans

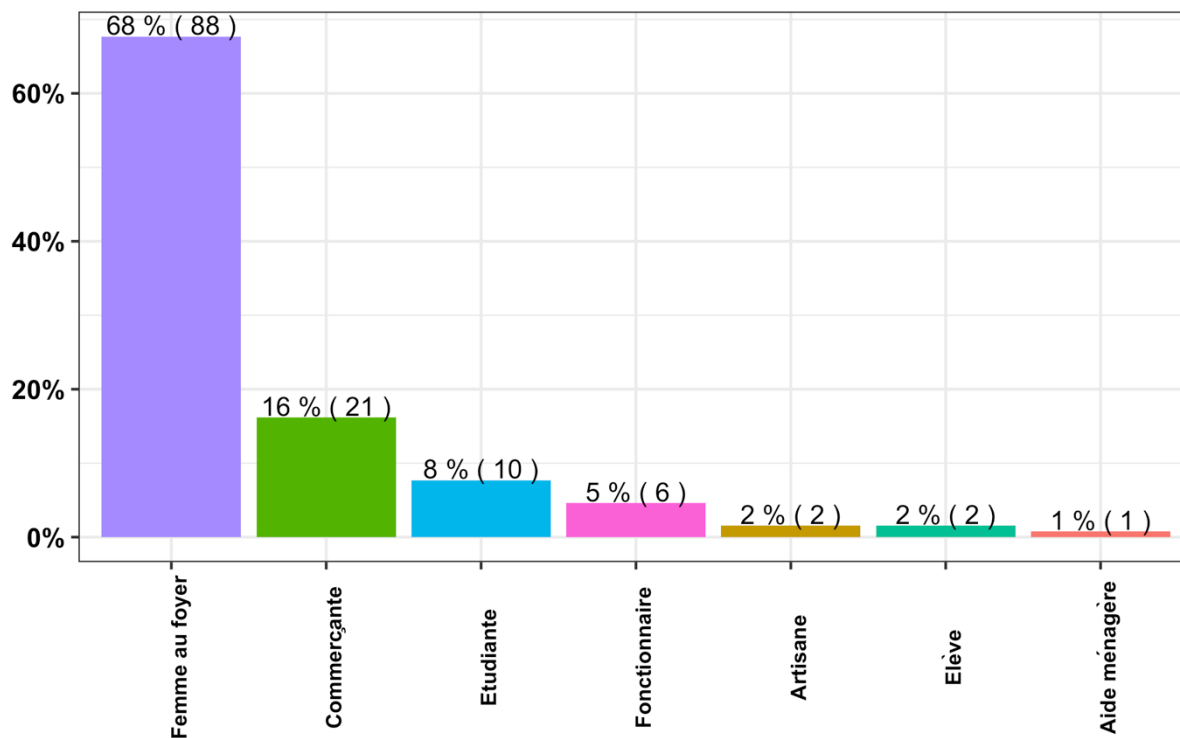


Figure 3: Répartition des patientes selon la profession
Les femmes au foyer représentaient 55%

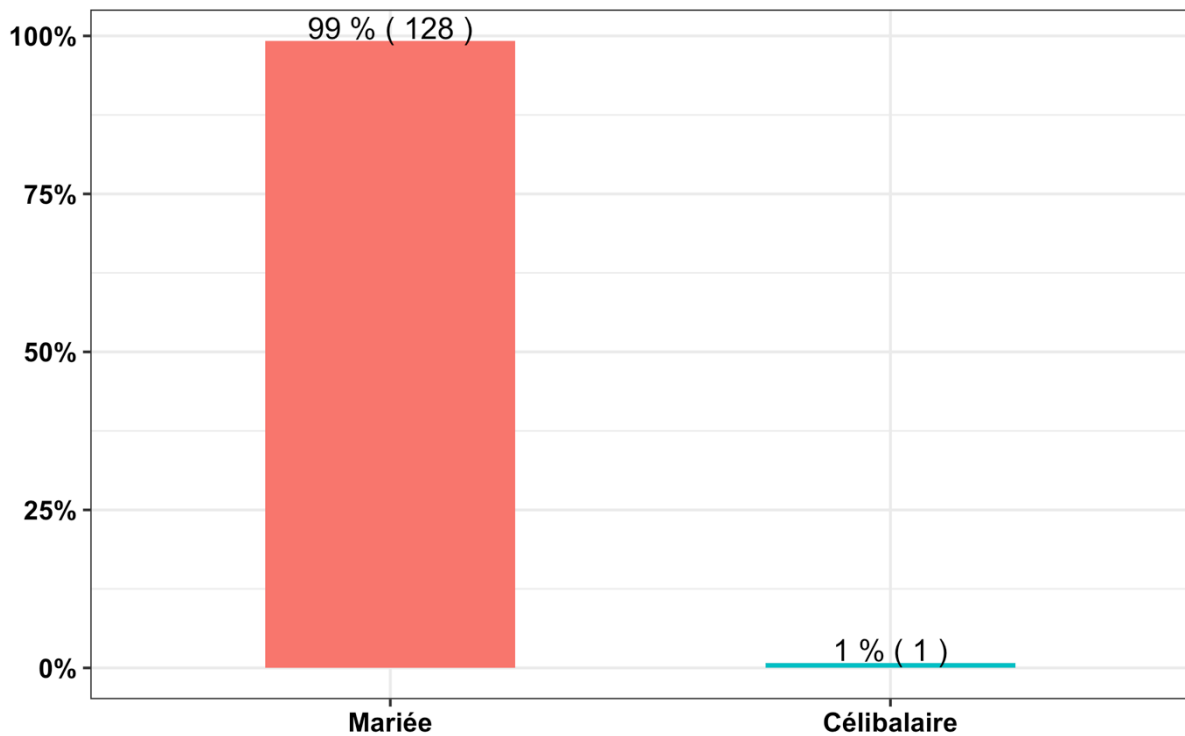


Figure 4: Répartition des patientes selon le statut matrimonial
Il n'y avait pas de célibataire.

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	43	33%
Secondaire	44	34%
Supérieur	23	18%
Primaire	20	15%
Total	130	100%

Les patientes avaient un niveau secondaire dans 34% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes selon la source de revenu.

Source de revenu	Effectif	Pourcentage
Non	71	55%
Oui	59	45%
Total	130	100%

La majorité des patientes n'avaient pas de source de revenu soit 55%

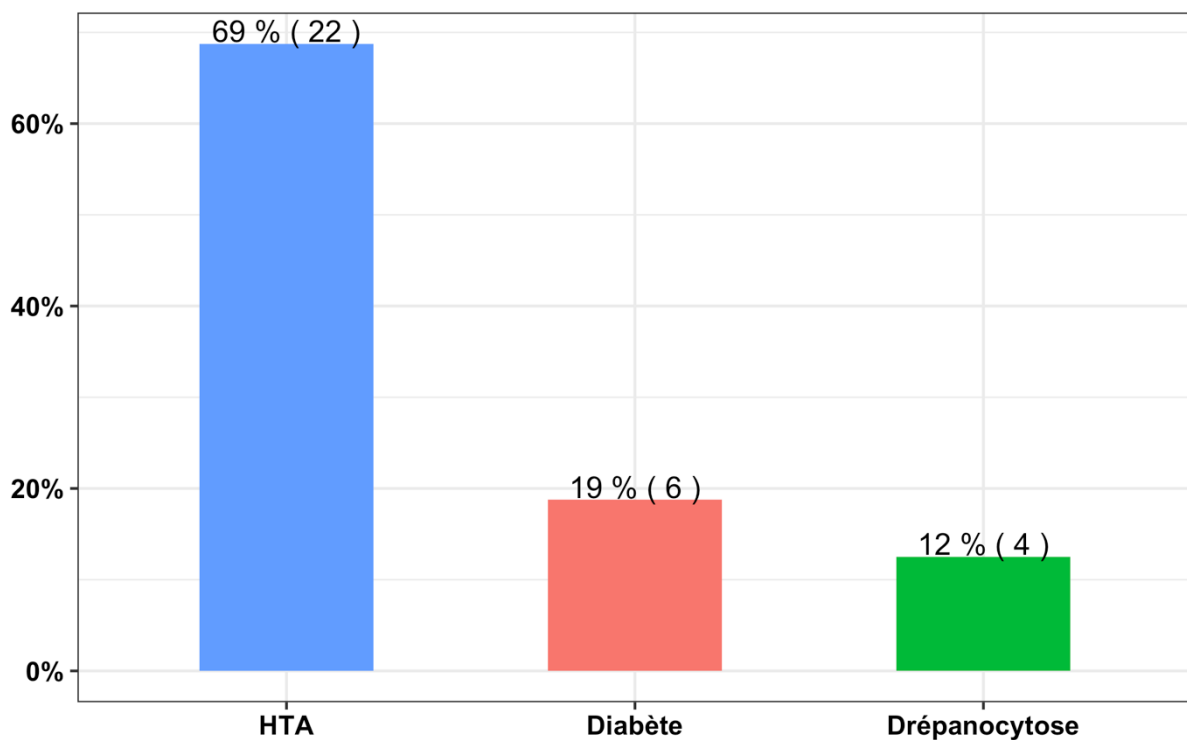


Figure 5: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux
Dans 66% des cas les patientes avaient l'hypertension comme antécédent médical

Aucune de nos patientes n'avaient HIV et hépatite B

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Salpingectomie pour GEU	1	4%
Myomectomie	1	4%
Césarienne	26	93%
Total	28	100%

La majorité des patientes avaient été césarisées soit 93%

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Type	Effectif	Pourcentage
Métrorragie du 3 trimestre	10	8%
Accouchement prématuré	2	2%
Avortement	7	5%
Macrosomie	5	4%
Mort fœtale in utero	3	2%

Dans 8% des cas les patientes avaient comme antécédent obstétrical une métrorragie du troisième trimestre

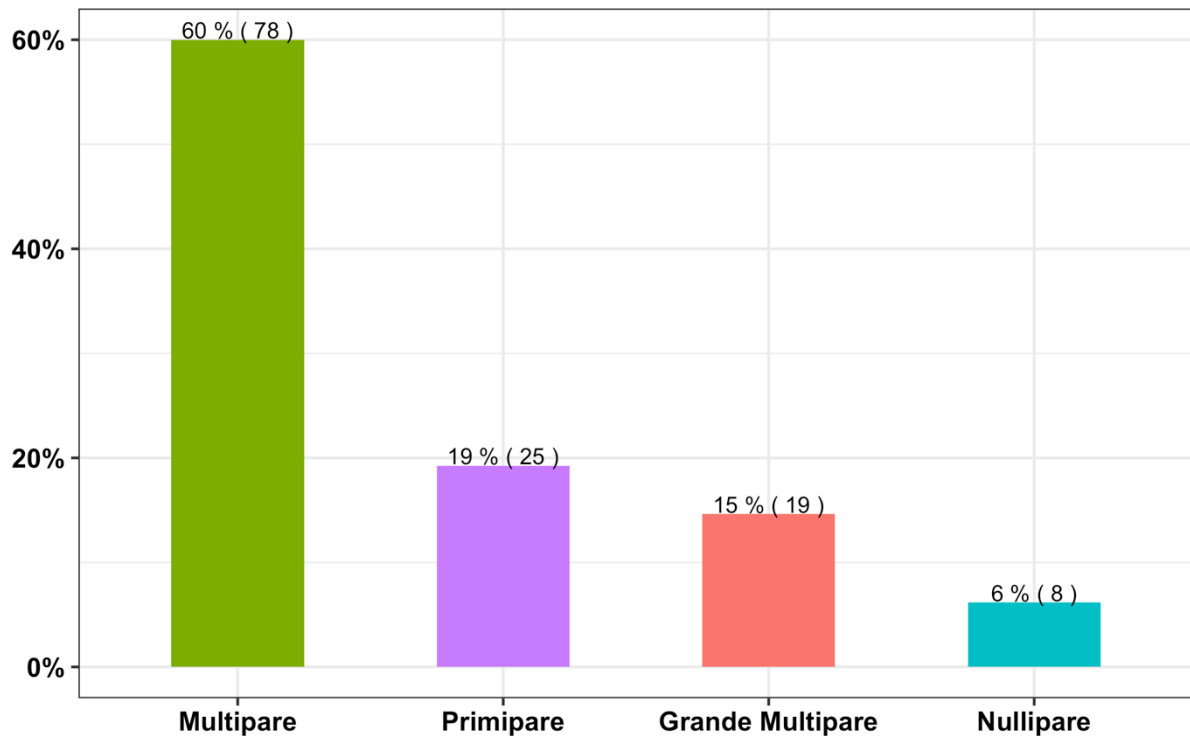


Figure 6: Répartition des patientes selon la parité
La majorité des patientes étaient des multipares soit 60%

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques

Type	Effectif	Pourcentage
Myome	2	2%
Cancer du col de l'utérus	1	1%
Cancer du sein	1	1%

Dans 2% des cas les patientes avaient le myome comme antécédant gynécologique

3. Surveillance de la grossesse

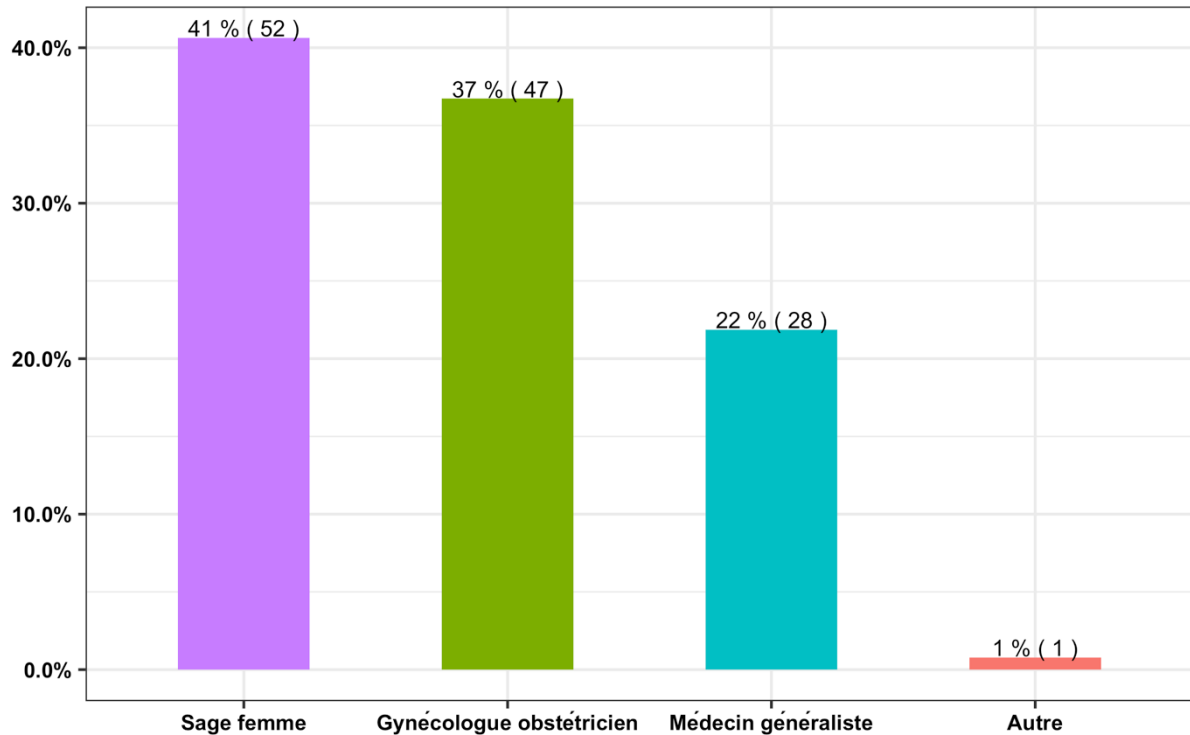


Figure 7: Répartition des patientes selon l'auteur CPN
La majorité des patientes étaient suivies par des sage femmes soit 41%

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'avis d'autres spécialistes

Autres spécialités	Effectif	Pourcentage
Cardiologue	20	53%
Endocrinologue	10	26%
Gastroentérologue	4	11%
Urologue	3	8%
CRDI	1	3%
ISAC	2	5%
Total	38	100%

Dans 53% des cas les patientes étaient vu par un cardiologue

Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1	26	20%
2	11	8%
3	18	14%
4	12	9%
5	22	17%
6	27	21%
7	13	10%
8	1	1%
Total	130	100%

Dans 21% des cas les patientes avaient fait six CPN

Tableau XI : Répartition des patientes selon le bilan biologique réalisé.

Bilan biologique fait	Effectif	Pourcentage
NFS	35	33%
Goutte épaisse	21	20%
Bilan HTA	20	19%
HBA1C	5	5%
ECBU	10	9%
Transaminase	4	4%
AgHBe	4	4%
Ac-anti-HBc	4	4%
Charge virale	3	3%
Total	106	100%

Dans 33% des cas les patientes avaient fait NFS

Tableau XII : Répartition des patientes selon le bilan biologique non fait.

Bilan biologique non fait	Effectif	Pourcentage
Bilan hépatique	1	33%
Bilan HTA	2	67%
Total	3	100%

67% des bilan biologique n'ont fait étaient le bilan d'HTA.

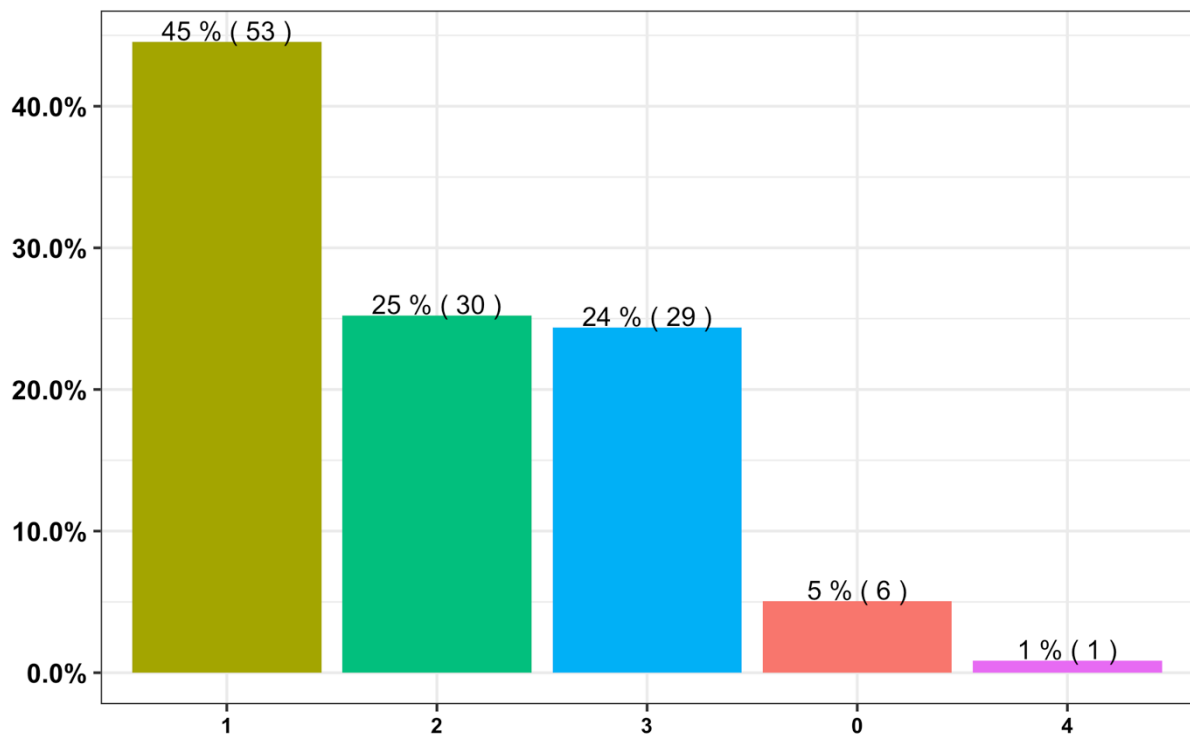


Figure 8: Répartition selon le nombre d'échographie

Dans 45% des cas les patientes n'ont fait qu'une seule échographie.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les échographies réalisées

	Effectif	Pourcentage
1er trimestre	88	68%
2e trimestre	58	45%
3e trimestre	51	39%
Echographie Doppler	30	23%

Dans 23% des cas les patientes avaient fait une échographie doppler

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les soins préventifs

Soins préventifs	Effectif	Pourcentage
Supplémentation en fer acide folique	52	44%
Prévention antitétanique	50	42%
Chimioprophylaxie anti palustre	15	13%
Conseils	2	2%
Total	119	100%

Dans 2% des cas les patientes ont bénéficié des conseils au cours du suivi

Tableau XV : Répartition des patientes selon le traitement

Pathologies	Soins avant la grossesse	Soins pendant la grossesse	Total
Anémie	0	39	39
Paludisme	0	21	21
HTA	15	11	26
Diabète	10	4	14
Infection urinaire	0	13	13
Placenta Prævia	0	8	8
Hépatite B	0	4	4
HIV	2	1	3
Drépanocytose	2	0	2
Total	29	101	130

Les 15 patientes qui avaient l'hypertension artérielle étaient sous traitement avant la grossesse et 11 ont commencés pendant la grossesse.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'hospitalisation

Pathologies	Hospitalisée			Non hospitalisée	Total
	1er trimestre	2e trimestre	3e trimestre		
Anémie	0	20	19	0	39
Paludisme	8	7	7	4	26
HTA	0	10	6	0	16
Diabète	0	0	0	14	14
Infection urinaire	0	3	7	3	13
Placenta Prævia	0	0	6	0	6
Hépatite B	0	0	0	4	4
HIV	0	0	0	3	3
Drépanocytose	0	0	2	0	2
Total	8	40	47	28	107

Dans les 39 patientes qui avaient l'anémie 20 étaient hospitalisés au 1 trimestre

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'évolution sous traitement

Pathologies	Favorable	Non favorable	Total
Anémie	28	11	39
Paludisme	3	18	21
HTA	16	0	16
Infection urinaire	12	1	13
Placenta Prævia	2	6	8
Drépanocytose	0	2	2
Total	61	38	99

Les 18 patientes qui avaient le paludisme ont fait des complications sous traitement.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications sous traitement

Pathologies	Avortement	Accouchement prématuré	Mort fœtale in utero	Malformation	Total
Anémie	8	1	2	0	11
Paludisme	16	0	2	0	18
Infection urinaire	0	1	0	0	1
Placenta Prævia	0	0	6	0	6
Total	24	2	10	0	36

16 des patientes qui ont fait des complications sous traitement ont avorté

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation

Pathologies	1 ^{er} épisode		2 ^e épisode		Total
	< Une semaine	> Une semaine	< Une semaine	> Une semaine	
Anémie	20	0	0	19	39
Paludisme	11	0	10	0	21
HTA	0	10	0	0	10
Infection urinaire	0	13	0	0	13
Placenta Prævia	0	6	0	0	6
Drépanocytose	0	2	0	0	2
Total	31	25	10	19	91

Les 20 patientes qui avaient l'anémie ont fait moins d'une semaine pour leur première hospitalisation

Tableau XX : Examen clinique dans la salle de naissance

Examen clinique	Effectif	Pourcentage
Normal	47	44%
Poche des eaux rompues	15	14%
Dystocie dynamique	3	3%
Fièvre supérieure à 38°C	9	9%
Souffrance fœtale aigue	10	11%
Hématome rétro placentaire	9	9%
Placenta prævia hémorragique	3	3%
Rupture utérine	1	1%
Eclampsie	2	2%

Dans 44% des cas les patientes avaient un examen clinique normal

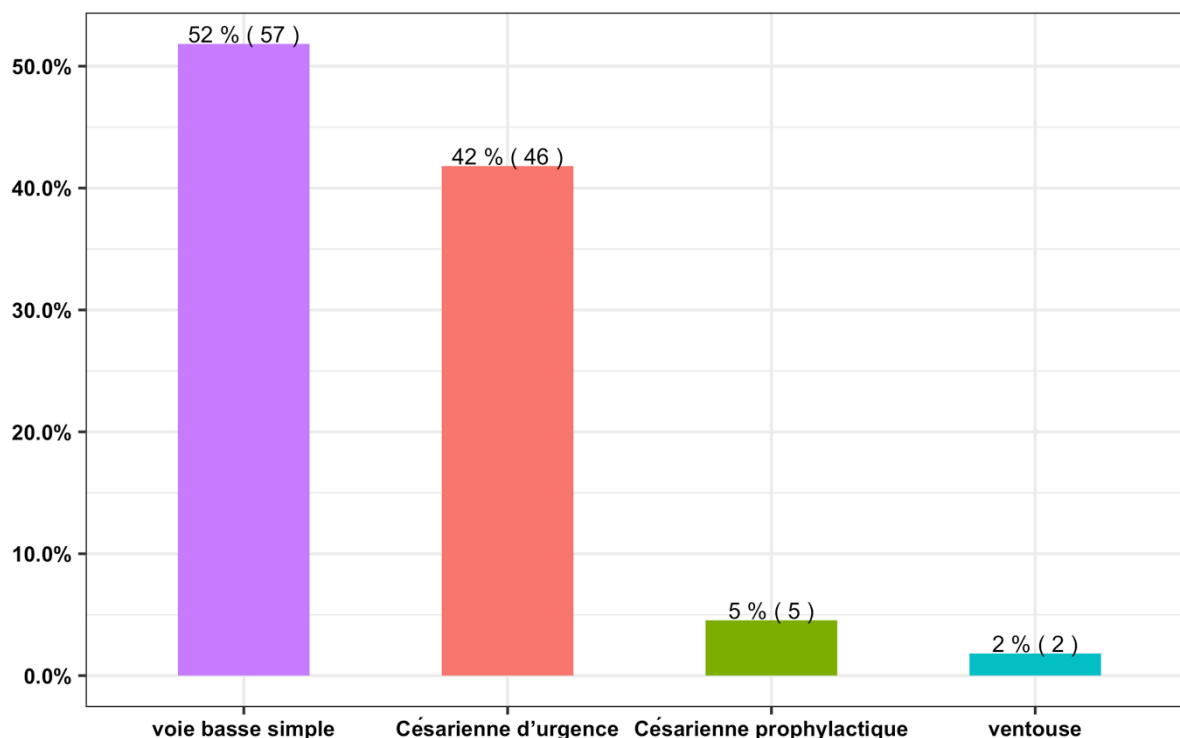


Figure 9: Répartition des patientes selon les voies d'accouchement
La majorité des patientes ont accouché par voie basse soit 52%

4. Pronostique maternelle et périnatale

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le pronostic périnatal

Pathologies	Pronostic périnatal						Total
	Normal	Hypotrophe	Macrosomie	Prématuré	Asphyxie	Décédé	
Anémie	15	4	0	1	6	2	28
Paludisme	2	1	0	0	0	2	5
HTA	22	4	0	0	0	0	26
Diabète	7	0	7	0	0	0	14
Infection urinaire	7	0	0	1	0	5	13
Placenta Prævia	2	0	0	0	0	6	8
Hépatite B	4	0	0	0	0	0	4
HIV	3	0	0	0	0	0	3
Drépanocytose	2	0	0	0	0	0	2
Total	64	9	7	2	6	15	103

Le pronostic périnatal était bon pour toutes les pathologies, sauf pour le placenta prævia

Tableau XXII : Relation entre l'auteur et la qualité de la CPN

Auteur CPN	Qualité CPN		Total
	Bonne	Mauvaise	
Interne	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)
Gynécologue obstétricien	35 (49%)	14 (24%)	49 (38%)
Médecin généraliste	11 (15%)	17 (29%)	28 (22%)
Sage-femme	26 (36%)	26 (45%)	52 (40%)
Total	72 (100%)	58 (100%)	130 (100%)

$$\text{Ch}^2 = 9,893 \quad \text{ddl} = 3 \quad \text{p-value} = 0,0195$$

35 patientes qui ont été suivi par un gynécologue obstétricien, ont bénéficié d'une bonne CPN dans 49% des cas

Tableau XXIII : Relation entre le pronostic fœtal et la qualité de la CPN

Pronostic fœtal	Qualité CPN		Total
	Bonne	Mauvaise	
Asphyxie néonatale	4 (6%)	7 (12%)	11 (8%)
Avortement	7 (10%)	17 (29%)	24 (18%)
Hypotrophie	6 (8%)	6 (10%)	12 (9%)
Macrosomie	5 (7%)	2 (3%)	7 (5%)
Malformation	2 (3%)	1 (2%)	3 (2%)
Mort-né frais	6 (8%)	5 (9%)	11 (8%)
Mort-né macéré	1 (1%)	3 (5%)	4 (3%)
Normal	40 (56%)	16 (28%)	56 (43%)
Prématuré	1 (1%)	1 (2%)	2 (2%)
Total	72 (100%)	58 (100%)	130 (100%)

$$\text{Chi}^2 = 16,666 \quad \text{df} = 8 \quad \text{p-value} = 0,03378$$

Les 40 nouveaux nés qui avaient un état clinique normal, étaient issus des patientes qui avaient fait une bonne consultation dans 56% des cas.

Tableau XXIV : Relation entre le pronostic maternel et la qualité de la CPN

Pronostic maternel	Qualité CPN		Total
	Bonne	Mauvaise	
Décédé	0 (0%)	1 (3%)	1 (1%)
État général altéré	6 (12%)	6 (18%)	12 (14%)
Hémorragies	2 (4%)	1 (3%)	3 (4%)
Normal	39 (76%)	24 (73%)	63 (75%)
Transfusion	4 (8%)	1 (3%)	5 (6%)
Total	51 (100%)	33 (100%)	84 (100%)

$\text{Chi}^2 = 7,283$ ddl = 4 p-value = 0,482

Dans 39% des cas les patientes qui avaient un examen clinique normal après l'accouchement, ont bénéficié d'une bonne CPN dans 54% des cas.

Tableau XXV : Relation entre les pathologies et le pronostic maternel

Pathologies	Décédé	Pronostic maternel			Total
		État général altéré	Hémorragie	Normal	
Anémie	0 (0%)	3 (25%)	1 (33%)	29 (46%)	34 (40%)
Diabète	0 (0%)	0 (0%)	2 (67%)	4 (6%)	6 (7%)
Drépanocytose	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	2 (2%)
Hépatite B	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5%)	3 (4%)
HIV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	2 (2%)
HTA	0 (0%)	2 (17%)	0 (0%)	2 (3%)	4 (5%)
Infection urinaire	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (11%)	8 (10%)
Paludisme	0 (0%)	3 (25%)	0 (0%)	9 (14%)	16 (19%)
Placenta prævia	0 (0%)	2 (17%)	0 (0%)	3 (5%)	5 (6%)
Pre éclampsie	0 (0%)	2 (17%)	0 (0%)	2 (3%)	4 (5%)
Total	1 (100%)	12 (100%)	3 (100%)	63 (100%)	84 (100%)

$$\text{Chi}^2 = 90,21 \quad \text{df} = 60 \quad \text{p-value} = 12,503 \cdot 10^{-05}$$

Le pronostic maternel était bon pour toutes les pathologies

VI. Commentaires et discussions

La fréquence : du 1^{er} Mars 2022 au 31 Juillet 2022 nous avons eu 130 grossesses pathologiques sur 1020 CPN soit 12,7%. Ce résultat est supérieur à celui de DEMBELE.O qui était de 8,9%. [4]

VI.1. Caractéristiques sociodémographiques

-Age :

L'âge moyen de nos patientes était de 26 ans avec des extrêmes de 16 ans et de 46 ans.

Les âges extrêmes avant 18ans et après 35ans sont présentés dans la littérature comme à risque. [15, 16, 20,]

COULIBALY B [14] a eu un taux supérieur au nôtre 21,26%. BERTHE S [19] a trouvé 60,49%.

Pour KANTE F [16] les adolescentes représentent 16,32%.

En effet la procréation à un âge précoce est un risque important à cause de l'immaturation physique.

Trois (03) gestantes avaient un âge supérieur à 40ans soit une fréquence de 00,87%. La grossesse après 40 ans est une situation à risque.

Le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance. Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le retard de croissance, certaines malformations, la prématurité.

Ainsi SERRE X et COLL [20] ont trouvé 14% de macrosomie, 06% d'hypotrophie fœtale et 06,6% de prématurité.

- Profession :

55% de nos patientes étaient des femmes au foyer suivies des commerçantes 16%.

-Statut matrimonial

99% de nos gestantes étaient mariés.

Nous n'avons pas retrouvé au cours de notre étude des célibataires.

Ce résultat est différent de celui rapporté par COULIBALY B. [14] en 2002.

La place du statut matrimonial dans les grossesses à risque a fait l'objet de beaucoup d'études la plupart des auteurs s'accordent à dire que le célibat de la mère constitue un facteur de risque pour la grossesse.

DRAVE.A. [21] et KANTE F. [16] ont respectivement eu 12,62% et 11,89%. Par contre des taux plus élevés sont à signaler comme l'attestent ceux rapportés par DIALLO D [17] 42% en 1995 au centre de référence de la commune V BERTHE S [19] 44,10% en 1983 à propos d'une étude multicentrique à Bamako. Cette différence peut avoir deux explications :

Le mode de recrutement : En effet l'étude de DIALLO D n'a concerné que les adolescentes pour lesquelles il n'est pas étonnant de trouver un taux élevé de célibataires.

Une explication à cette situation est l'inacceptation de la grossesse hors mariage dans notre pays créant du cou un conflit intra personnel et interpersonnel de ce fait il y a tendance à cacher la grossesse d'où un mauvais suivi et la menace d'interruption criminelle intempestive avec toute la cohorte de complication qui pourrais s'en suivre.

-Niveau d'étude

34% avaient un niveau secondaire. DEMBELE.O [4] avait retrouvé 51% pour les analphabètes et 24% pour le niveau secondaire.

COULIBALY B [14] a trouvé lors de son étude un taux de 59,69% niveau supérieur.

KANTE F [16] trouve 02,35% de cadres supérieurs. Toutes les patientes de BERTHE S étaient des non scolarisées et COULIBALY F. [23] en trouve 32%. Elle rapporte que le taux d'analphabétisme des femmes en âge de procréer était de 85% au Mali en général. Ces taux attestent le problème de la scolarisation des filles dans notre pays.

-Source de revenu :

55% des gestantes n'avaient pas de Source de revenu. Le source de revenu est important dans le suivi d'une grossesse surtout dans les pays à ressource limite comme le Mali, d'où la politique des CPN recentré de OMS.

VI.2. Antécédents

-Médico chirurgicale :

69% des patientes avaient un antécédent HTA.

93% des gestantes avaient fait au moins une césarienne. Ce dernier taux est supérieur à celui de DEMBELE.O [4] qui était 15,46%.

-Gynéco obstétrique :

8% des patientes avaient un antécédent de métrorragie du troisième trimestre.

60% étaient des multipares

2% avaient un antécédent de mort fœtale in utéro. Ce dernier était différent de celui de DEMBELE.O [4] qui avait eu 10% et de COULIBALY B [14] qui a été de 03,89%.

2% avaient un antécédent de myome.

VI.3. Qualité de la consultation

21% des patientes avaient fait six CPN.

-Auteur de CPN :

41% des gestantes étaient suivies par une sage-femme, 37% par un gynécologue obstétricien et 22% par un médecin généraliste.

53% des patientes ont été vu par un cardiologue.

-Bilan biologique

33% des patientes ont fait l'hémogramme.

Echographie

30% de nos patientes ont réalisées une échographie doppler.

-Soins préventifs

La supplémentation en fer acide folique était assurée dans 52%, 50% pour la prévention antitétanique, 15% pour la chimioprophylaxie anti palustre, et seulement 2% pour les mesures hygiéniques.

-Soins curatifs

15/26 patientes qui avaient l'hypertension artérielle étaient sous traitement avant la grossesse, 11/26 ont commencés leur traitement pendant la grossesse.

-Hospitalisation

20/39 des patientes qui avaient l'anémie étaient hospitalisées au premier trimestre, 19/39 au deuxième trimestre.

18/21 des patientes qui le paludisme ont fait des complications sous traitement.

16/18 des patientes qui ont eu des complications sous traitement étaient des avortements, 2/18 étaient des morts fœtales in utéro.

20/39 des patientes qui avaient l'anémie ont fait moins d'une semaine pour leur première hospitalisation, 19/39 ont fait plus d'une semaine lors de leur deuxième hospitalisation.

La majorité de nos patientes avaient un examen clinique normal à l'entrée dans la salle de naissance soit

VI.4. Pathologies de la grossesse actuelle

Anémie et grossesse :

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

Différentes études effectuées au Mali et à Bamako ont montré que 30 à 65% des femmes enceintes étaient anémiques [26, 27].

L'anémie peut être due aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, aux parasitoses (paludisme), drépanocytose etc., tous ces facteurs ajoutés à l'anémie physiologique de la grossesse aggravent la situation de la femme enceinte.

Dans notre étude 30% des patientes ont un taux d'Hb inf. à 11g/dl. COULIBALY B [14], BERTHE S [19] et SANOGO O [40] a rapporté respectivement 06,53%, 31,96% et 42% de leurs patientes présentaient une anémie. Quant à DEMBELE.H [30] elle rapportait à Bougoula un taux prévalence de 42,2% en 1995. Elle précisait que les adolescentes (10-20) étaient les plus atteintes. Cela est confirmé par DIALLO.M. S [35] en Guinée Conakry qui signalait un taux de prévalence de 10,67% parmi lesquelles 76,08% étaient des adolescentes. A Yaoundé et au Zaïre les auteurs cités par DIALLO.M. S a rapporté les taux respectifs de 16,03% et 41,90%.

-Infections urinaires et grossesse :

La fréquence d'infections urinaires est de 10% inférieur à celui de DEMBELE.O. [4]. 39,1%, supérieur à celui de COULIBALY B [14] qui est de 10,18%. L'association infection urinaire et grossesse a été beaucoup étudiée, mais elle est assez fréquente parce que l'état gravidique en lui-même favoriserait cela. L'âge de prédilection pour sa survenue est le 3ème trimestre. Sa fréquence est variée dans la littérature. Plusieurs facteurs interviennent à ce niveau : problème de définition, technique de prélèvement.

Les différentes complications liées à l'association infection urinaire et grossesse que nous avons recensé dans notre étude sont : MAP, accouchement prématuré. Il existe des formes cliniques et des formes latentes d'où la nécessité de la systématisation de l'ECBU dans le bilan pré natal chez les gestantes avec BU suspect

-HTA et grossesse :

L'association, HTA et grossesse est grave de par ses complications maternelles et/ou fœtales avec un pronostic fœtal sévère. Elle représente 20% dans notre échantillon. Des études effectuées au Mali ont rapporté des fréquences respectives : DEMBELE.O [4] 13%, BERTHE S [19] 15,22%, COULIBALY B [14] 14,07 et SOUMARE M.D [15]

Des chiffres ont été rapportés par certains auteurs

Africains. C'est ainsi que, CISSE et COLL [31] en 1995 à Dakar 05,60%, il a aussi signalé que cette fréquence était de 04,6% à Abidjan la même année.

L'association HTA et grossesse n'est pas seulement l'apanage des pays en voie de développement, des études effectuées en France ont montré cette association variait entre 09,3 et 37,7% [31], et entre 05 et 10% [32]. CISSE dans son étude a rapporté qu'elle était à 10,8% aux royaumes unis et varie entre 10 et 15% aux USA.

-Le diabète et grossesse :

Il en ressort 11% au terme de notre étude.

-Paludisme et grossesse :

Dans notre étude nous avons trouvé 16% de cas de paludisme sur grossesse. DEMBELE O [4] a retrouvé le même taux

Plusieurs études attestent que les femmes les plus vulnérables au paludisme sont celles dont le niveau socio-économique est bas [29]. DEMBELE H [30] trouve une fréquence de 41,94% pour celles qui ont un niveau socio-économique et 09,8% de niveau socio-économique élevé. Cette fréquence est de 10,20% pour BERTHE.S [19].

Modalités d'accouchement et les suites de couches immédiates :

52% Des gestantes ont accouché par voie basse simple, 2% avec la ventouse. 47% par la césarienne.

Pronostic maternel et périnéal en suites de couches immédiat en fonction du suivi

Au terme de notre étude il en ressort que 51% des gestantes qui avaient bénéficié d'une bonne CPN étaient suivies par des gynécologue obstétricien dans 49% des cas avec 40% des nouveaux nés bien portant, 10% d'avortement, 8% mort-né frais, 8% hypotrophie, 7% de macrosomie, 4% d'asphyxie néonatale. 54% des patientes étaient bien portantes, 15% avaient HTA, 8% avaient un état général altéré.

59% des gestantes qui n'ont pas bénéficié d'une bonne CPN, étaient suivies par les par les sages femmes dans 45% des cas avec 29% d'avortement, 28% des nouveaux nés bien portants, 12% d'asphyxie néonatale et 10% d'hypotrophie.

Chez les mères, 41% était bien portante, 14% avait HTA, 12% avaient de la fièvre, 10% avait un état général altéré.

VII. Conclusion

Les grossesses pathologiques sont de plus en plus fréquentes dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

La bonne pratique des consultations prénatales permette de diminuer les complications maternelles et périnatales dans les suites de couche immédiat.

Recommandations

Au terme de cette étude nous formulons ces recommandations suivantes :

***Au ministère de la sante et hygiène publique :**

- ✓ De faire plus d'infrastructure dans le centre pour permettre d'hospitalisée plus de patientes,
- ✓ Equiper le centre d'échographie doppler
- ✓ Equiper le laboratoire pour mettre d'avoir certains bilans biologiques en urgence,
- ✓ Equiper la maternité d'un cardiotocographe

***Aux prestataires socio-sanitaire :**

- ✓ Rendre facile l'accès a certaines informations surtout chez les patientes qui ont le VIH
- ✓ Documenter tous les actes médicaux
- ✓ Hospitalisé les patientes si nécessaire
- ✓ -une surveillance correcte des patientes hospitalisées
- ✓ Mettre les sages femmes qui sont a l'unité de grossesse pathologique à la garde
- ✓ La réalisation systématique de la bandelette urinaire chez tous les gestantes a partir de la 16SA
- ✓ Expliquer l'importance de la consultation pré conceptionnelle pour le dépistage et le traitement des pathologies avant la conception.
- ✓ Etendre le dépistage des grossesses à risque aux examens complémentaires biologiques.
- ✓ Utilisation adéquate du partogramme un outil important qui permet une prise de décision adéquate pendant l'accouchement
- ✓ Monitoring des bruits du cœur fœtal chez toutes les femmes dans la salle d'accouchement pour déceler les souffrances fœtales à temps.

***A la population**

Aux femmes enceintes :

- ✓ Faire la planification familiale pendant la prise en charge de certaines pathologies (HTA, diabète). Et pour limiter le nombre de grossesse sur un terrain pathologique.
- ✓ De ne pas ce lacer de respecter le rendez-vous du gynécologue obstétricien et d'autres spécialistes pendant le suivi.

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

- ✓ Suivre régulièrement et précocement les CPN
- ✓ Faire les examens demandés lors des CPN.

Aux maris :

- ✓ Déclaré une maladie contagieuse qu'il porte (VIH, hépatite, IST). Pour faciliter le dépistage chez la gestante.

Références

1. DRAME.D : qualité de tenue du carnet de consultation prénatale Au csref CV du district de Bamako, thèse med 2021.
- 2.Recommandations pour les soins obstétriques et néonatalogies d'urgence 3em édition.
3. Enquete démographique et de santé du Mali 2018 (EDSM 2018)
4. DEMBELE.O : pronostic materno foetale des grossesses à risque au csref CV du district de Bamako, thèse med 2021.
5. J.Lansac, G. Magnin, L. Sentilhes : obstétrique pour le praticien clinique 6em édition.
6. M. KUATE KADJE CHRISTIAN : la CPN recentrée au csref CII du district de Bamako.
7. Mahler M Maternal and child : report by director general. Presented at , The world heal assembly, Geneva, April 3, 1979.
8. Kouam L, Kamdom Mayo J. Les facteurs de risque foetal dans les Accouchements gémellaires. Une analyse critique de 265 cas. Rev.Fr Gynécologie, 1995 ; 90, 3 : 155-163.
9. Talibo A M. Contribution de la CPN dans l'identification et de Préventions de facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres De santé du district de Bamako. Thèse de Med 1998 N°29
10. Prual A, Sanogo O, Huguet, Diallo D, N'Kakapen W Prévention de L'anémie de la grossesse à Bamako (1ere journée du service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE). 1995.
11. Delcroix M, Zone V, Cheront C, Adam MH Duquesne G, Noel AM. L'infection urinaire de la femme enceinte. Rev-Fr Gynecol-obst 1994 ; 89, 5 : 277-284.
12. Baudet JH, Aubard Y. Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse- Rev prat. (Paris) 1994 ; 44, 12 : 1665-1670.

13. Blanchot J. Fièvre au cours du travail. Evaluation du risque d'infection Maternofœtale et réflexions à propos des mesures prophylaxies à partir d'une Prospective sur 6305 accouchements.

14. Coulibaly B. Etude des grossesses et accouchements à risque dans le CSREF de la commune IV à propos de 334 cas. Thèse de médecine Bamako, 2002.

15. Soumare M D. HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le Service de gynéco-obstétrique de l'HNPG à propos de 296 cas. Thèse de Med Bamako N°62

16. Kanté F. Grossesses et accouchements à risque dans le service de Gynécologie obstétrique de l'HNPG à propos de 723 cas. Thèse médecine Bamako 1997 N°24

17. Diallo D. L'accouchement en milieu péri urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au SSSC V Thèse de Med. Bamako 1995 N°48

18. Alihonou. E Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans Traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique médicale, 1982, 21, 203, 533-538.

19. Berthe S. Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse médecine : Bamako 1983, N°

20. Serres X, Grall J Y LE, Marec, Luaj, Lemeef. La grossesse après 40 ans A propos de 136cas et revue de la littérature. J. gynéco obst biol. Reprod, 2004

21. Drave A. Etude rétro spective de la mortalité maternelle dans le service de Gynéco obstétrique de l'HGT de 1991 à 1994. A propos de 103 cas, Thèse de Médecine 1996-93p n°39

22. Keita A. La menace d'accouchement prématuré : aspect socio Démographique, clinique et thérapeutiques à la maternité René CISSE D'hamdalaye du district de Bamako à propos de 150 cas. Thèse Med. Bamako, 2003 ; n°45.

23. Coulibaly F Etude qualitative des causes de mortalité maternelles à Bamako à propos de 25 études de cas cliniques. These de Med : Bamako MALI, 1995

24. Talibo A M. Contribution de la CPN dans l'identification et de Préventions de facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de Santé du district de Bamako. Thèse de Med 1998 N°29.

25. Dixième cours supérieur d'épidémiologie. Couverture pré natale et L'utilisation de critère de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako, octobre 1996.

26. Campell, Brown M, ME Fadyeni R. Bactériurie in pregnancy treated With a single dose of cephalexin.

27. Togo. Etude de l'infection urinaire et grossesse dans le service de gynéco Obstétrique de l'HNPG à propos de 61cas. Thèse de Med

28. Ouattara Z. Contribution à l'étude des anémies de la femmes enceinte dans Le district de Bamako (à propos de 138cas) thèse de Med ENMP 1981 N°16

29. Boisselier et Coll. Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983.A propos de 19605 accouchements.

30. Dembele H A. Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec anémie Et petit poids de naissance à buougoula-hameau (Sikasso, Mali) thèse de Médecine 1995 Bamako Mali, n°29.

31. Cisse C T Basa, N'Diaye MF, Diouf D, Diadhiou F, Diouf S M, Bah D. HTA de la femme enceinte en Afrique noire Sem hop. Paris 1999 ; 71 ;N°56 :167-177

32. Mounier Vehier C, Valat R A.S Vaast.P puech. F, Carre.A. Evaluation Et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. J. gynéco obst, Reprod.1994 ; 23 :303-307.

33. Niare F. Aspect clinique de la crise d'éclampsie à l'HGT à propos de 65cas. Thèse de Med Bamako 1995 40p, n°35

34. Boisselier et Coll. Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983.A propos de 19605 accouchements.

35. Diallo CH. Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série Continue de 106 cas dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1^e r Octobre au 30 septembre 1990. Thèse de médecine Bamako, 1990 ; n°37

36. Kane B. Contribution à l'étude des grossesses à risque élevée en zone Rurale thèse de médecine. Bamako 1986 n°23

37. Randrian J . Intérêt de l'examen anatomopathologique du placenta dans les Zones d'endémie palustre et de faible niveau socio-économique. J.gynecol. Obstet, reprod, 1994 ; 23 : 825-829.

38. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique Paris, Masson 1993 ; 755p, 25, 5cm, 5^{ème} édition.

39. Politique, Normes et Procédure du mali en santé de reproduction 2019

40. Sanogo O. Evaluation du système de prévention de l'anémie chez la femme enceinte à Bamako, thèse de Med 1996 N°43

Annexes

FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE DE THESE

*Qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques
au centre de santé de référence commune V*

N°.

Date

I. IDENTIFICATION

1. Nom :

2. Prénom ;

3. Age ; ans

4. Profession :

a: femme au foyer

b : fonctionnaire

c : artisane

d: élève

e : étudiante

f: commerçante

g : aide ménagère.

Si autre préciser

5. Statut matrimonial :

a : mariée

b : divorcée

c : veuve

d : célibataire

6. Niveau d'alphabétisation :

a : primaire

b : secondaire

c : supérieur

d : analphabète

7. Source de revenu :

a : oui

b : non

8. Lieu de résidence :

9. Profession du conjoint :

II ANTECEDANTS

10. MEDICAL oui non

Si oui

**HTA [] DIABETE [] VIH/SIDA [] ASTHME [] DREPANOCYTOSE []
TOXO [] RUBEOLE [] TUBERCULOSE []**

Autres.....

10. Traitement OUI NON

11. évolution.....

12. CHIRURGICAL oui non

Si oui

13. Indication.....

Année.....

lieu

suites

14. Gynéco obstétricaux oui non

Si oui

a. Avortement

b. mort né

c. malformation

d. hydramnios

e. macrosomie

f. métrorragie gravidique

Autres.....

15. Familial ; oui..... non.....

Si oui

Précise.....

III EVOLUTION DE LA GROSSESSE ACTUELLE

16. nombre de CPN.....

17. Mesures preventifs

a. hygiénique

b. supplémentation en fer acide folique oui.....non....

c. chimioprophylaxie antipalustre oui.....non.....

d. prévention antitétaniqueoui.....non.....

18. Nombre échographie

a. 1^{er} trimestre

b. 2^{em} trimestre

c. 3^{em} trimestre

19. Age de grossesse semaines d'aménorrhée OU
mois

17. Sérologie VIH positive OUI NON

20. Sérologie syphilitique positive. OUI NON

21. Sérologie toxoplasmose positive (Ig M et Ig G) OUI NON

22. Sérologie rubéole positive (IgM et IgG). OUI NON

23. Hémoglobinopathie .OUI NON

24. Glycémie élevée (supérieure à 6,1 mini mol/ L). OUI
NON

25. Présence de sucre dans les urines . OUI NON

26. Tension artérielle diastolique supérieure à 90 mm
Hg...OUI...NON...

27. Tension artérielle systolique supérieure à 140 mm Hg...OUI..
NON

28. Albuminurie associée à un oedeme et / ou à une HTA
OUI...NON...

29. Infection urinaire récidivante OUINON...

30. Anémie même légère (taux d'hémoglobine inférieur à 10 g /dl).
OUI.....NON.....

31. Hémorragie du premier
trimestre...OUI.....NON...

32. Avortement ou menace d avortement
oui.....non.....

33. Hémorragie du deuxième et troisième trimestre

...OUI.....NON

34. Fièvre oui.....non....

35. Grossesse multiple.....OUI.....NON

36. Hydramnios.....OUI.....NON

37. Oligoamnios OUI... NON

38. Macrosomie

.....OUI.....NON.

39. Rupture prémature des membranes

oui.....non....

40. Menace d'accouchement.

Oui.....non....

41. Retard de croissance intra-utérin...OUI.....NON....

42. Souffrance fœtale chronique

...OUI.....NON...

43. Dépassement du terme ...OUI..... NON

.....

Autres.....

44. TRAITEMENT ??? OUI.....NON

45. Evolution sous traitement.....

46. Notion d'hospitalisation OUI..... NON.....

47. Durée.....

IV. DEROULEMENT DU TRAVAIL

48. Présence BDCF à l'entrée ... OUI.....

NON...

49. Poche des eaux rompues

a : inférieure à 24 H b : supérieure à 24 H

50. Liquide amniotique.....

a : teinté b : normal

51. *Dystocie dynamique.....OUI.....NON*
52. *Fièvre supérieure à 38°C au cours du travail...OUI..... NON*
53. *Souffrance fœtale aiguë...OUI.....NON...*
54. *Procidence du cordon...OUI.....NON*
55. *Hématome retroplacentaire.....OUI.... .NON....*
56. *Placenta previae hémorragique...OUI NON.....*
57. *Rupture utérine...OUI*
NON.....
58. *Désunion de l'ancienne cicatrice*
...OUI.....NON
59. *HTA.....OUI... NON.*
60. *Eclampsie.....OUI.....NON...*
61. *Autre.....*
62. *Durée du travail.....*
a : inférieure à 12H
b : supérieure à 12H
c : supérieure à 24 H

V. MODALITE DE L'ACCOUCHEMENT.

63. *Voie basse simple*
64. *Ventouse*
65. *Forceps*
66. *Césarienne prophylactique*
67. *Césarienne d'urgence*

VI. DELIVRANCE

68. *Durée :*
a : inférieure à 45 mn
b : supérieure à 45 mn

69. *Placenta* :

a : complet

b : incomplet

c : rétention placentaire

70. *Hémorragie*

a : oui

b : non

71. *Déchirure des parties molles.*

a : périnée.

b : col

c : vagin

VII. PARAMETRES DU / DES NOUVEAU-NE(S)

1^{ER} NOUVEAU-NE

72. *Score d'Apgar*

a. 1^{ère} minute :

b. 5^{ème} minute...

73. *Taille* :cm.

74. *Poids* :g

75. *Sexe* :

a : féminin *b* : masculin

76. *malformé* : oui... non...

77. *Mort né frais* oui... non...

78. *Mort né macéré* oui.... non...

2^{EM} NOUVEAU-NE

79. *Score d'Apgar*

a. 1^{ère} minute :

b. 5^{ème} minute...

80. *Taille* :cm.

81.Poids :.....g

82.Sexe :.....

a : féminin b : masculin

83.malformé : oui... non...

84.Mort né frais oui... non...

85.Mort né macéré oui.... non...

VIII.PARAMETRE DE LA MERE

86.Vivante *a : oui b : non*

87.Tension artérielle

88.Etat de la conscience *a : bonne b : mauvais*

89.Hémorragies *a : oui b : non*

90.Fièvre *a : oui b : non*

91.Transfusée *a : oui b : non*

92.Transférée

a : réanimation

b : chirurgie

c : médecine

93.Décédée.....

a : oui

b : non

Si décédée, cause du décès :

94.Hémorragie : oui... non...

95.Hypertension artérielle : oui... non...

96.Infection : oui... non...

Si autre à préciser.....

Moment du décès

97. Avant l'accouchement : oui... non...

98. Au moment de l'accouchement : oui...

non...

99. Après l'accouchement : oui... non...

à préciser enheure

L'influence de la qualité de la consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

Fiche Signalétique

Nom : DOUMBO

Prénom : Mamadou

Titre : Influence de la Qualité de la Consultation prénatale sur l'issue des grossesses pathologiques dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako

Année : 2021-2022

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé de la reproduction.

Email : Mamadoudoumbo25@gmail.com

Tel : 73504140

Résumé :

« la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara. Les grossesses pathologiques sont des grossesses associées à des pathologies médicales et/ou chirurgicales. Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'éviter les incertitudes de cette aventure. L'Afrique sub-saharienne a la mortalité maternelle la plus élevée au monde. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réalisées en 2015... Il s'agissait d'une étude descriptive avec recrutement prospectif des données. Qui s'est déroulée du 1^{er} Mars 2022 au 31 Juillet 2022, soit sur une période de cinq mois (5 mois). Les femmes enceintes ayant été suivies en consultation prénatale et/ou admises pendant la période de la gravidité-puerperalité à la maternité du service gynécologie-obstétrique du CS Réf CV. Nous avons procédé à un recensement non exhaustif de tous les cas d'accouchement chez les patientes qui avaient une pathologie associée à la grossesse. Porté sur 130 cas de grossesse pathologique... La fréquence : du 1^{er} Mars 2022 au 31 Juillet 2022 nous avons enregistré 130 grossesses pathologiques sur 1020 CPN soit 12,7%. La majorité des patientes étaient suivies par des sage femmes soit 41%. Dans 21% des cas les patientes avaient fait six CPN. La majorité des patientes ont accouché par voie basse soit 52% Le pronostic périnatal était bon pour toutes les pathologies, sauf pour le placenta prævia. Le pronostic maternel était bon pour toutes les pathologies... Les grossesses pathologiques sont de plus en plus fréquentes dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. La bonne pratique des consultations prénatales permette de diminuer les complications maternelles et périnatales dans les suites de couche immédiat...

Mots clés : grossesse pathologique, qualité CPN , commune V, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire

au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

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

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

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

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