

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But -Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2018 – 2019

Thèse N° _____

TITRE

**Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir
immédiat au Centre de Santé de Référence de la
Commune V du district de Bamako**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08/08/ 2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie

Par M. Tiéna TANGARA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Tioukani A THERA

Membre : Dr Mamadou K TOURE

Co-directeur : Dr Joseph KONE

Directeur : Pr Diénéba DOUMBIA

Listes des Professeurs de la FMOS

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Ousmane FAYE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Dr. Monzon TRAORE** - MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **Monsieur Harouna SIDIBE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie- |
| Histoembryologie | |
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Sanoussi KONATE | Santé Publique |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie |
| Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| Mr Amadou DOLO | Gynéco Obstétrique |
| Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

| | |
|----------------------------|---|
| Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| Mr. Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| Mr. Filifing SISSOKO | Chirurgie générale |
| Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| Mme TRAORE J. THOMAS | Ophthalmologie |
| Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie - Réanimation |
| Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Yeya Tiemoko TOURE | Entomologie médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |

LES ENSEIGNANTS DECEDES

| | |
|---------------------------------|---|
| Mr Alou BA | Ophthalmologie (DCD) |
| Mr Bocar Sidy SALL | Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD) |
| Mr Balla COULIBALY | Pédiatrie (DCD) |
| Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale (DCD) |
| Mr Moussa TRAORE | Neurologie (DCD) |
| Mr Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique (DCD) |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie (DCD) |
| Mr Bou DIAKITE | Psychiatrie (DCD) |
| Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO | Pneumologie (DCD) |
| Mr Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Mr Modibo SISSOKO | Psychiatrie (DCD) |
| Mr Ibrahim ALWATA | Orthopédie – Traumatologie (DCD) |
| Mme TOGOLA Fanta KONIPO | ORL (DCD) |
| Mr Bouraïma MAIGA | Gynéco/Obstétrique (DCD) |
| Mr. Mady MACALOU | Orthopédie/Traumatologie (DCD) |
| Mr Mahamadou TOURE | Radiologie (DCD) |
| Mr Abdoulaye DIALLO | Ophthalmologie (DCD) |
| Mr Tiémoko D. COULIBALY | Odontologie(DCD) |
| Mr Gangaly DIALLO | Chirurgie Viscérale (DCD) |
| Mr Ogobara DOUMBO | Parasitologie – Mycologie (DCD) |

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

| | |
|---------------------------|-------------------------------|
| Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| Mr. Mamadou TRAORE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie Générale |
| Mr Adégné TOGO | Chirurgie Générale |
| Mr Mohamed KEITA | ORL |
| Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie – Réanimation |
| Mr Sadio YENA | Chirurgie Thoracique |
| Mr. Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie-réanimation |
| Mr Samba Karim TIMBO | ORL, Chef de D.E.R |
| Mr Aly TEMBELY | Urologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie. Traumatologie |
| Mr Tiéman COULIBALY | Orthopédie Traumatologie |
| Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| Mme Diénéba DOUMBIA | Anesthésie/Réanimation |
| Mr Niani MOUNKORO | Gynécologie/Obstétrique |
| Mr Zanafon OUATTARA | Urologie |
| Mr Adama SANGARE | Orthopédie - Traumatologie |
| Mr Souleymane TOGORA | Odontologie |
| Mr Lamine TRAORE | Ophtalmologie |
| Mr Lassana KANTE | Chirurgie Générale |
| Mr Ibrahima TEGUETE | Gynécologie/Obstétrique |
| Mr Youssouf TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |
| Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Mr Drissa KANIKOMO | Neuro Chirurgie |
| Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |
| Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| Mr. Drissa TRAORE | Chirurgie Générale |
| Mr Adama Konoba KOITA | Chirurgie Générale |
| Mr Mohamed KEITA | Anesthésie Réanimation |
| Mr Mamby KEITA | Chirurgie Pédiatrique |
| Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE | Anesthésie Réanimation |
| Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA | Chirurgie thoracique et |
| cario-vasculaire | |
| Mme Kadiatou SINGARE | ORL-Rhino-Laryngologie |

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Mr Hamidou Baba SACKO | ORL |
| Mr Bréhima COULIBALY | Chirurgie Générale |
| Mr Hamady TRAORE | Odonto-Stomatologie |
| Mr Lamine Mamadou DIAKITE | Urologie |
| Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

| | |
|---------------------------|---|
| Mr Youssouf SOW | Chirurgie Générale |
| Mr Mamadou DIARRA | Ophtalmologie |
| Mr Boubacary GUINDO | ORL |
| Mr Birama TOGOLA | Chirurgie Générale |
| Mme Fatoumata SYLLA | Ophtalmologie |
| Mr Nouhoum DIANI | Anesthésie-Réanimation |
| Mr Aladji Seïdou DEMBELE | Anesthésie-Réanimation |
| Mme Fadima Koréissy TALL | Anesthésie Réanimation |
| Mr Seydou TOGO | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire |
| Mr Tioukani THERA | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Boubacar BA | Odonto-Stomatologie |
| Mme Aïssatou SIMAGA | Ophtalmologie |
| Mr Seydou BAKAYOKO | Ophtalmologie |
| Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie |
| Mr Adama GUINDO | Ophtalmologie |
| Mme Fatimata KONANDJI | Ophtalmologie |
| Mr Siaka SOUMAORO | ORL |
| Mr Koniba KEITA | Chirurgie Générale |
| Mr Sidiki KEITA | Chirurgie Générale |
| Mr Soumaïla KEITA | Chirurgie Générale |
| Mr Issa AMADOU | Chirurgie pédiatrique |
| Mr Amadou TRAORE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr Bréhima BENGALY | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr Madiassa KONATE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr Sékou Bréhima KOUMARE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr Boubacar KAREMBE | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr Abdoulaye DIARRA | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr. Idrissa TOUNKARA | Chirurgie Viscérale ou générale |
| Mr. Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie pédiatrique |
| Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie thoracique |
| Mr Oumar COULIBALY | Neurochirurgie |
| Mr Mahamadou DAMA | Neurochirurgie |
| Mr Youssouf SOGOBA | Neurochirurgie |
| Mr Mamadou Salia DIARRA | Neurochirurgie |
| Mr Moussa DIALLO | Neurochirurgie |
| Mr Abdoulaye NAPO | Ophtalmologie |

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

| | |
|------------------------------|---|
| Mr Nouhoum GUIROU | Ophtalmologie |
| Mr Abdoul Kadri MOUSSA | Orthopédie traumatologie |
| Mr Layes TOURE | Orthopédie traumatologie |
| Mr Mahamadou DIALLO | Orthopédie traumatologie |
| Mr Louis TRAORE | Orthopédie traumatologie |
| Mr Seydou GUEYE | Chirurgie buccale |
| Mme Kadidia Oumar TOURE | Orthopédie-dento-faciale |
| Mr Ahmed BA | Prothèse dentaire |
| Mr Bougadari COULIBALY | Prothèse dentaire |
| Mr Abdoulaye KASSAMBARA | Odonto-Stomatologie |
| Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| Mr Alphousseiny TOURE | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| Mr Youssouf SIDIBE | ORL |
| Mr Fatogoma Issa KONE | ORL |
| Mr Amadou KOSSOGUE | Urologie |
| Mr Dramane Nafo CISSE | Urologie |
| Mr Mamadou Tidiani COULIBALY | Urologie |
| Mr Moussa Salifou DIALLO | Urologie |
| Mr Alkadri DIARRA | Urologie |
| Mr Seydina Alioune BEYE | Anesthésie Réanimation |
| Mr Hammadoun DICKO | Anesthésie Réanimation |
| Mr Moustapha Issa MANGANE | Anesthésie Réanimation |
| Mr Thierno DIOP | Anesthésie Réanimation |
| Mr Mamadou Karim TOURE | Anesthésie Réanimation |
| Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN | Anesthésie Réanimation |
| Mr Daouda DIALLO | Anesthésie Réanimation |
| Mr Abdoulaye TRAORE | Anesthésie Réanimation |
| Mr Siriman Abdoulaye KOITA | Anesthésie Réanimation |
| Mr. Mahamadou Coulibaly | Anesthésie Réanimation |
| Mr Ibrahima SANKARE | Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire |
| Mr Soumana Oumar TRAORE | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Abdoulaye SISSOKO | Gynécologie Obstétrique |
| Mme Aminata KOUMA | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Mamadou SIMA | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Seydou FANE | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Amadou BOCOUM | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Ibrahim ONGOIBA | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Ibrahima Ousmane KANTE | Gynécologie Obstétrique |
| Mr Alassane TRAORE | Gynécologie Obstétrique |

2. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

| | |
|----------------------------|--|
| Mr Adama DIARRA | Physiologie |
| Mr Ibrahim I. MAIGA | Bactériologie – Virologie |
| Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |

3. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie -Mycologie |
| Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| Mr Bokary Y. SACKO | Biochimie |
| Mr Bakarou KAMATE | Anatomie Pathologie |
| Mr Bakary MAIGA | Immunologie |

4. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------|--|
| Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie - Mycologie |
| Mme Safiatou NIARE | Parasitologie - Mycologie |
| Mr Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et cytogénétique |
| Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| Mr Bourama COULIBALY | Anatomie pathologique |
| Mme Aminata MAIGA | Bactériologie Virologie |
| Mme Djeneba Bocar MAIGA | Bactériologie Virologie |
| Mr Ibrehima GUINDO | Bactériologie Virologie |
| Mr Boubacar Sidiki DRAME | Biologie Médicale |
| Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale |
| Mr Moussa FANE | Parasitologie Entomologie |
| Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |
| Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/ Génomique |
| Mr Nouhoum SAKO | Hématologie/Oncologie/Cancérologie |
| Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| Mr Saïdou BALAM | Immunologie |
| Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| Mr Aboubacar Alassane Oumar | Pharmacologie |
| Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |

| | |
|--------------------------|-------------|
| Mr Djakaridja TRAORE | Hématologie |
| Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| Mr Hamar A. TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |
| Mr Moussa Y. MAIGA | Gastro-entérologie – Hépatologie |
| Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| Mr Mamady KANE | Radiologie |
| Mr Adama D. KEITA | Radiologie |
| Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses |
| Mr Siaka SIDIBE | Radiologie |
| Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| Mr Saharé FONGORO | Néphrologie |
| Mr. Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses |
| Mr. Moussa T. DIARRA | Gastro-entérologie – Hépatologie |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

| | |
|-----------------------------|--|
| Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Mamadou DEMBELE | Médecine Interne |
| Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie/Dermatologie |
| Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| Mr Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |
| Mr Anselme KONATE | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Kassoum SANOGO | Cardiologie |
| Mr Arouna TOGORA | Psychiatrie |
| Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| Mme KAYA Assétou SOUCKO | Médecine Interne |
| Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-phtisiologie Chef de DER |
| Mr Bah KEITA | Pneumo-phtisiologie |
| Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |
| Mr Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| Mr Mahamadou DIALLO | Radiodiagnostic imagerie médicale |

Mr Souleymane COULIBALY

Cardiologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO

Radiologie

Mr Boubacar DIALLO

Médecine Interne

Mr Adama Aguisa DICKO

Dermatologie

Mr Salia COULIBALY

Radiologie

Mr Hamidou Oumar BA

Cardiologie

Mr Massama KONATE

Cardiologie

Mr Ibrahima SANGARE

Cardiologie

Mr Youssouf CAMARA

Cardiologie

Mr Samba SIDIBE

Cardiologie

Mr Asmaou KEITA

Cardiologie

Mr Mamadou TOURE

Cardiologie

Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM

Cardiologie

Mr Mamadou DIAKITE

Cardiologie

Mr Bourama DEMBELE

Cardiologie

Mr Boubacar SONFO

Cardiologie

Mme Mariam SAKO

Cardiologie

Mme Djénéba SYLLA Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition

Mr Hourouma SOW

Hepato-Gastro-enterologie

Mme Kadiatou DOUMBIA

Hepato-Gastro-enterologie

Mme Sanra Déborah SANOGO

Hepato-Gastro-enterologie

Mr Issa KONATE

Maladies Infectieuses et Tropicales

Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE

Maladies infectieuses et tropicales

Mr Yacouba CISSOKO

Maladies infectieuses et tropicales

Mr Jean Paul DEMBELE

Maladies infectieuses et tropicales

Mr Garan DABO

Maladies infectieuses et tropicales

Mr Mamadou A. C CISSE

Médecine d'Urgence

Mr Seydou HASSANE

Neurologie

Mr Guida LANDOURE

Neurologie

Mr Thomas COULIBALY

Neurologie

Mr Adama Seydou SISSOKO

Neurologie-Neurophysiologie

Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE

Pneumologie

Mme Khadidia OUATTARA

Pneumologie

Mr Pakuy Pierre MOUNKORO

Psychiatrie

Mr Souleymane dit Papa COULIBALY

Psychiatrie

Mr Sirtio BERTHE

Dermatologie

Mme N'Diaye Hawa THIAM

Dermatologie

Mr Adama Aguisa DICKO

Dermatologie

Mr Yamoussa KARABINTA

Dermatologie

Mr Mamadou GASSAMA

Dermatologie

Mr Djibril SY

Médecine Interne

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Mme Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| Mme Djénéba DIALLO | Néphrologie |
| Mr Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| Mr Seydou SY | Néphrologie |
| Mr Belco MAIGA | Pédiatrie |
| Mme Djeneba KONATE | Pédiatrie |
| Mr Fousseyni TRAORE | Pédiatrie |
| Mr Karamoko SACKO | Pédiatrie |
| Mme Fatoumata Léonie DIAKITE | Pédiatrie |
| Mme Lala N'Drainy SIDIBE | Pédiatrie |
| Mr Koniba DIABATE | Radiodiagnostic et Radiothérapie |
| Mr Adama DIAKITE | Radiodiagnostic et Radiothérapie |
| Mr Aphou Sallé KONE | Radiodiagnostic et Radiothérapie |
| Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiodiagnostic et imagerie médicale |
| Mr Mamadou N'DIAYE | Radiodiagnostic et imagerie médicale |
| Mme Hawa DIARRA | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Issa CISSE | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Ilias GUINDO | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Alassane KOUMA | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Aboucar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Ousmane TRAORE | Radiologie et imagerie Médicale |
| Mr Djigui KEITA | Rhumatologie |
| Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| Mr Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

| | |
|----------------------------|----------------|
| Mr Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique |
| Mr Massambou SACKO | Santé Publique |
| Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| Mr Modibo DIARRA | Nutrition |

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Mr Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| Mr Oumar THIERO | Biostatistique/Bioinformatique |
| Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| Mr Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie médicale |

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

| | |
|------------------------------|--|
| Mr Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| Mr Yaya dit Sadio SARRO | Epidémiologie |
| Mr. Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale |
| Mr Mohamed Lamine TRAORE | Santé communautaire |
| Mme N'Deye Lallah Nina KOITE | Nutrition |
| Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| Mr. Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| Mr Bassirou DIARRA | Recherche opérationnelle |
| Mme Fatoumat KONATE | Nutrition et Diététique |
| Mr Bakary DIARRA | Santé Publique |

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Mr Souleymane GUINDO | Gestion |
| Mr Cheick O. DIAWARA | Bibliographie |
| Mr Rouillah DIAKITE | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| Mr Alou DIARRA | Cardiologie |
| Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| Mme Assétou FOFANA | Maladies infectieuses |
| Mr Abdoulaye KALLE | Gastroentérologie |
| Mr Amsalah NIANG | Odonto-Préventive et sociale |
| Mr Mamadou KAREMBE | Neurologie |
| Mme Fatouma Sirifi GUINDO | Médecine de Famille |
| Mr Alassane PEROU | Radiologie |
| Mr Oumar WANE | Chirurgie dentaire |

ENSEIGNANTS EN MISSION

| | |
|-----------------|-------------|
| Pr. Lamine GAYE | Physiologie |
|-----------------|-------------|

DEDICACES ET REMERCIEMENT

DEDICACES

A ALLAH, Le Tout Puissant

Béni soit celui dans la main de qui est la royauté, et Il est Omnipotent. Ô mon Seigneur !

Accepte et accorde un plein succès à ce travail.

Au prophète Mahomed (P.S.L)

Vous êtes un excellent modèle à suivre.

Que la paix et la grâce d'Allah soit sur vous.

A mon père : Sita TANGARA

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation et notre bien-être.

Vous m'avez appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Votre bonté, votre générosité et votre soutien extrêmes sont sans limites et font de vous un père exemplaire.

Notre fierté pour vous est sans limite.

Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et Qu'Allah vous accorde la santé, une longue et heureuse vie.

A ma mère : Balkissa TANGARA

Les mots me manquent pour décrire la formidable mère que vous êtes.

Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

Puisse Allah vous accorder encore une longue vie pleine de santé pour que je puisse vous rendre heureuse.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

A ma tante : **Nassira KEITA**

Aucun mot ne traduira ce que je pense de vous.

Votre affection, votre soutien et votre engagement n'ont jamais fait défaut.

Qu'ALLAH le miséricordieux vous prête santé et longévité

A toute la famille TANGARA et à ma chérie **Fanta FOFANA**

L'affection et l'amour que je vous porte sont sans limite.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens qui nous unissent.

Puisse Dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur, la prospérité et vous aider à réaliser tous vos rêves.

REMERCIEMENT

Au corps professoral de la FMOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A Dr KONE Joseph :

Pour votre soutien sans faille à l'élaboration de ce travail.

A mes encadreurs :

- ✓ Dr KONE Joseph
- ✓ Dr TRAORE Soumana Oumar
- ✓ Dr TRAORE Oumar Moussokoro
- ✓ Dr Tall Saoudatou
- ✓ Dr KOUYATE Fa Issif
- ✓ Dr DEMBELE Adama

A tous nos aînés du service :

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés.
Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficiée.

A tous les internes du service :

Merci pour votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A mon équipe de garde :

Merci pour votre respect, considération et surtout votre bonne collaboration.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

A tous mes camarades de promotion de la FMOS :

M. OUOLOGUEM, K. OUATTARA, D. ALIDJI, S. BIRAMABAKONE, M. LOUA, ROBERT, C.O. SAMAKE, HEROS, C. BAH, M. SAMAKE

Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.

A tous mes ami(e)s :

Ce travail est le vôtre ; je ne vous oublierai jamais, vous avez été toujours pour moi des bons amis avec vous je m'ennuyais point. Mes sincères remerciements.

A tout le personnel du Cabinet Médical Torokorobougou Bada :

Merci pour votre collaboration.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury:

Professeur Tioukani Augustin THERA

- ▶ Gynécologue-obstétricien ;
- ▶ Praticien hospitalier au CHU Point G ;
- ▶ Maître de conférences à la FMOS ;
- ▶ Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU Point G

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations. Votre abord facile, votre humilité, votre modestie, votre courtoisie ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Recevez ici, cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

A notre maître et juge:

Docteur Mamadou Karim TOURE

- ▶ Maître assistant en anesthésie-réanimation à la FMOS;
- ▶ Chef du département d'anesthésie-réanimation au CHU Mère-enfant le Luxembourg;
- ▶ Praticien hospitalier au CHU Mère-enfant le Luxembourg

Cher Maître,

Nous vous remercions pour votre grande disponibilité et la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury, cela est la preuve de votre détermination à la formation des étudiants. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

**A notre maître et co-directeur:
Docteur Joseph KONE**

- ▶ Spécialiste en anesthésie-réanimation ;
- ▶ Diplômé en Bio statistique et Méthodologie de Recherche Clinique ;
- ▶ Diplômé en Pédagogie Médicale de l'Enseignement Supérieur ;
- ▶ Certificat Universitaire en Anglais médical ;
- ▶ Certifié en Ethique de recherche médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA.

Cher Maître, Les mots seraient bien faibles pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour l'élaboration de ce Travail. Nous avons été séduits par votre qualité intellectuelle, votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Ces multiples caractères ont forcé notre admiration.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

**A notre maître et directrice de thèse:
Professeur Diénéba DOUMBIA**

- ▶ Spécialiste en Anesthésie-réanimation
- ▶ Maître de Conférences à la FMOS,
- ▶ Praticien Hospitalier au CHU du Point G,
- ▶ Chef de service des urgences au CHU Point G.

Cher maître,

Nous avons trouvé en vous bien plus qu'un maître, une mère tant votre disponibilité, votre simplicité et votre humanisme. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Chère maître, nous vous réitérons notre attachement indéfectible et notre profonde gratitude.

Puisse Allah dans sa miséricorde, vous combler de ses biens faits et vous accorder une longue et heureuse vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFA : asphyxie fœtale aigue

AMIU : aspiration manuelle intra-utérine

ASACO : association de santé communautaire

BDCF : bruits du cœur fœtal

CHU : centre hospitalier universitaire

Cm : centimètre

Cm hg : centimètre de mercure

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

CPN : consultation prénatale

CPON : consultation post natale

DFP : disproportion fœto-pelvienne

EDSM : enquête démographique et de santé du Mali

FIGO : fédération internationale de gynécologie et obstétrique

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

G : gramme

GEU : grossesse extra-utérine

H : heures

HPPI : hémorragie du post-partum immédiat

HRP : hématome retro placentaire

HTA : hypertension artérielle

IEC : information, éducation et communication.

Km : kilomètre

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

MAP : menace d'accouchement prématuré

MI : millilitre

Mm hg : millimètre de mercure

Mn : minute

OAP : œdème aigu du poumon

OMS : organisation mondiale de la santé

PMA : paquet minimal d'activité

PP : placenta prævia

PPH : placenta prævia hémorragique

PSSP : politique sectorielle de santé et de la population

RPM : rupture prématurée des membranes

RU : rupture utérine

SA : semaines d'aménorrhées

SAGO : société africaine de gynécologie et obstétrique

SONUB : soins obstétricaux et néonataux de base

SONUC : soins obstétricaux et néonataux complet

SOU : soins obstétricaux d'urgences

SPSS : statistical package for the social sciences

SSP : soins de santé primaire

TA : tension artérielle

% : pourcentage

< : inférieur à

> : supérieur à

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1: Môle hydatiforme

Figure 2 : Villosités molaires

Figure 3 : présentation de la face variété mento-postérieur

Figure 4 : forceps obstétrical

Figure 5 : préhension de la tête foetale par le forceps

Figure 6 : ventouse obstétricale

Figure 7 : ventouse appliquée sur la présentation

Figure 8 : grande extraction de siège

Figure 9 : Causes de mortalité maternelle 2005-OMS

Figure 10 : Captures d'écran du téléphone portable avec questionnaire 1

Figure 11 : Captures d'écran du téléphone portable avec questionnaire 2

Figure 12 : Captures d'écran du téléphone portable avec questionnaire 3

Tableau I : Répartition des patientes selon les variables descriptives

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Tableau III : Répartition des patientes selon la provenance/résidence

Tableau IV : Répartition par quartiers de la Commune 5

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

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

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admissions des patientes venues d'elles-mêmes

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif d'évacuations

Figure 13 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau IX : Répartition des patientes selon la structure d'évacuation

Tableau X : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de l'évacuation

Tableau XI : Répartition des patientes selon le support de l'évacuation

Tableau XII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

Tableau XIII : Variables cliniques des patientes

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la nature pathologique de la grossesse

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la température à l'admission

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les signes cardio-vasculaires

Tableau XX : Répartition des patientes selon le Glasgow

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'état du col

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'état des membranes

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les bilans à l'admission

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le type d'accouchement

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la nature de l'intervention pratiquée

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la pratique de la transfusion sanguine

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la technique d'anesthésie

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état dans les 24 heures premières heures

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'état après 24 H

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le type de complications

Tableau XXXIV : Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

Tableau XXXV : Répartition selon la pratique de la réanimation du nouveau-né

Tableau XXXVI : Répartition selon le motif de référence des nouveau-nés

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/état dans les 24h

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/décès maternel

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le moyen de transport/complications maternelles

Tableau XL : Répartition des patientes selon le moyen de transport/état des nouveau-nés

Tableau XLI : Répartition des patientes selon le moyen de transport/réanimation du nouveau-né

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/référence des nouveau-nés

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/état dans les 24h

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le mode d'admission (provenance)/état dans les 24h

Tableau XLV : Répartition des patientes selon le mode d'admission/décès maternel

Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le mode d'admission/complications maternelles

Tableau XLVII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/état des nouveau-nés

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/réanimation des nouveau-nés

Tableau XLIX : Répartition des patientes selon le mode d'admission/référence des nouveau-nés

SOMMAIRE

| | |
|---|--------------|
| I. INTRODUCTION | 1-2 |
| II. OBJECTIFS | 3-4 |
| III. GENERALITES | 5-33 |
| IV. METHODOLOGIE | 34-44 |
| V. RESULTATS | 45-69 |
| VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 70-76 |
| VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 77-79 |
| VIII. REFERENCES | 80-84 |
| XI. ANNEXES | 85 |
| FICHE D'ENQUETE | 86-92 |
| PARTOGRAPHE | 93 |
| FICHE SIGNALETIQUE | 94-95 |
| SERMENT D'HYPOCRATE | 96 |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales, multiples par leurs causes ; se manifestent par des tableaux cliniques divers pouvant mettre la vie de la mère et /ou du fœtus en danger. Les complications obstétricales souvent imprévisibles, sont parfois mortelles. Elles se rencontrent partout dans le monde. Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications [1].

Ces complications sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une morbi-mortalité fœto-maternelles élevées [1]. Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves avec une évolution se faisant très souvent vers une issue fatale. Cela est étroitement lié aux facteurs tels que :

- le bas niveau d'instruction,
- le bas niveau socio-économique de la population,
- l'offre de soins de santé, notamment dans les situations d'urgence, le retard de référence vers des structures spécialisées [1].

Les complications obstétricales directes (hémorragies, hypertension artérielle ou HTA sur grossesse, ruptures utérines, infections, dystocies, avortements, grossesses extra-utérines) ou indirectes telles que le paludisme, les anémies, le VIH/SIDA, la drépanocytose, les hépatites infectieuses ont été retenues par le système de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) du Mali comme des urgences obstétricales [2].

Les urgences obstétricales constituent un problème de santé publique, selon l'OMS en 2013, 289.000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [3].

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

En 2010, le Japon, l'Allemagne et la France avaient respectivement pour ratios de mortalité maternelle 5, 7 et 8 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [4]. L'Égypte et le Bénin avaient respectivement obtenu des ratios de 66 et 350 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [4]. Au Mali, selon le rapport de l'EDSM V la mortalité maternelle était estimée à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est évalué à 34 décès pour 1000 naissances vivantes [5].

Des études menées en 2005 par SAYE M, en 2010 par MAIGA D et KODIO BA ont respectivement trouvé une fréquence de **19,17%**, **23,5%** et **9,67%** pour les urgences obstétricales [1-2,6].

Le retard de prise en charge demeure dans la majorité des cas le facteur de risque incriminé. L'amélioration du transport vers les structures de santé, des soins de médecine pré hospitalière, et l'organisation des services d'urgence constituent certainement un axe fondamental dans la réduction de la morbidité et la mortalité dans les cas d'urgence [7].

Au Mali, depuis 1993, il a été instauré un système de référence évacuation qui bénéficie de revues régulières dans le cadre de la politique sectorielle de la santé et de population (PSSP) [8-10].

Compte tenu de l'importance de la question du mode d'admission des urgences en général, et particulièrement en milieu obstétrical, et surtout des complications qui peuvent en découler, nous avons initié ce travail avec les objectifs ci-après.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier le mode d'admission et le devenir immédiat des urgences obstétricales dans le service de gynéco- obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1-** Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- 2-** Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- 3-** Décrire le mode d'admission et le motif d'admission des urgences obstétricales ;
- 4-** Déterminer les aspects cliniques des urgences obstétricales ;
- 5-** Décrire la prise en charge initiale des urgences obstétricales ;
- 6-** Déterminer le pronostic materno-fœtal immédiat.

GENERALITES

I. DEFINITIONS

1- **Le concept d'urgences obstétricales** est de plus en plus utilisé. Il s'agit des complications qui touchent les femmes pendant la grossesse, le travail d'accouchement ou dans les suites de couches. Quand elles surviennent, les femmes ont besoin de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour être prises en charge de façon adéquate [11].

1-1 Urgences obstétricales

Ce sont les pathologies développées au cours du premier, deuxième, troisième trimestres de l'accouchement et des suites de couches (jusqu'au 42ème jour après l'accouchement) dont la prise en charge ne saurait souffrir de retard sans compromettre le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus [12].

1-2 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

C'est l'ensemble des soins qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et sont de deux types :

1-2-1 Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)

Ce sont l'ensemble de services ou d'actes qui peuvent sauver la vie d'une femme présentant des complications obstétricales directes telles que les hémorragies, les dystocies ou travail prolongé, les ruptures utérines, les infections post partum, les prés éclampsies ou éclampsies, les avortements, les grossesses ectopiques etc. ou indirectes telles que les hépatites infectieuses, le paludisme, le VIH/SIDA, les anémies, la drépanocytose etc.

Une structure de santé est qualifiée comme SONUB quand elle exécute chacune des 6 fonctions suivantes :

- administration d'antibiotiques par voie parentérale
- administration d'ocytociques par voie parentérale

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

- administration de sédatifs/anticonvulsivants par voie parentérale
- extraction manuelle du placenta
- curetage/aspiration
- accouchement assisté par voie basse (forceps, ventouse)

1-2-2 Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)

Une structure qualifiée de SONUC offre en plus des 6 fonctions du SONUB, deux autres fonctions qui sont :

- la césarienne
- et la transfusion sanguine

La norme est de 1 structure de santé SONUC pour 500.000 habitants (OMS, UNFPA, UNICEF)

- 2- **L'Obstétrique** : est la branche de la médecine qui se rapporte à l'étude de la procréation, depuis la fusion des gamètes jusqu'au retour de l'organisme maternel à l'état physiologique qui lui permet une nouvelle conception. Elle traite de la grossesse ou de l'accouchement qu'ils soient normaux ou pathologiques [13].
- 3- **La grossesse ou gestation** : est un processus physiologique au cours duquel la progéniture vivante d'une femme, ou d'un autre mammifère femelle, se développe dans son corps depuis la conception jusqu'à ce qu'elle puisse survivre hors du corps de la mère. Une femme en état de grossesse est dite enceinte [11].
- 4- **La mortalité maternelle** : la mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour

une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » [14].

5- **La mortalité néonatale** : est le décès d'un enfant survenant du 1^{er} jusqu'au 28^{ème} jour de sa naissance ; elle est précoce si elle survient dans les 8 jours après la naissance et tardive quand elle survient entre le 8^{ème} et les 28^{ème} jours de la naissance [15].

6- **Référence-Evacuation [16]**

La société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO) lors de sa conférence biennale tenue à Dakar en 1998 a adopté les définitions suivantes :

- **La référence** : concerne une gestante pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée, soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteur de risque ou de pathologie de la grossesse.
- **L'évacuation** : concerne une parturiente ou une gestante adressée en urgence pour une complication grave nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge urgente.

II. **PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT [7,17-18]**

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

Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois ; on parle d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} semaine et la 37^{ème} d'aménorrhée. S'il se produit entre la 38^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme.

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

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse.

Ces difficultés peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : Le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines).

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes : dont l'un est dynamique et l'autre mécanique.

1- LE PHENOMENE DYNAMIQUE

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Les contractions utérines ont pour effet:

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

2- PHENOMENE MECANIQUE

A travers la filière pelvienne, le fœtus doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, détroit moyen ou excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

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

3- LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux; Il est marqué par l'apparition des contractions utérines associées à une modification du col (raccourcissement et dilatation).

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Les contractions utérines sont totales, régulières, involontaires, progressives, rythmiques, intermittentes, douloureuses, efficaces et synergiques. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes :

3-1 1^{ère} Période : c'est la période d'effacement et de dilatation du col, elle commence au début du travail jusqu'à dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

3-2 2^{ème} Période : c'est la période expulsive, elle commence à dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

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

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

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

III. PARTOGRAMME [3]

I- Définition :




Le partogramme est un outil de surveillance du travail d'accouchement du début jusqu'à la fin dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, les mortalités maternelles et prénatales.

II- Utilisation du partogramme :

Le partogramme est une étiquette permettant l'identification de la parturiente. Elle comporte les données suivantes :

- **Renseignements sur la patiente** : le nom, la gestité, la parité, le nom de l'hôpital, la date et l'heure d'admission, le temps écoulé depuis la rupture des membranes sont marqués.
- **Tracé de la courbe de dilatation**
 - Ligne d'alerte: dans un travail normal, commence à 4 cm et augmente d'au moins 1 cm/heure
 - Ligne d'action: si la courbe de dilatation atteint la ligne d'action, une intervention est nécessaire
- **Les bruits du cœur fœtal (BDCF)** : sont écoutés et marqués toutes les 30 minutes
- **Le liquide amniotique** : la couleur est marquée à chaque toucher vaginal (TV)
 - I = membranes intactes
 - C = membranes rompues, LA clair
 - M = liquide amniotique méconial
 - S = LA sanguinolent
- **Déformations de la tête** : elle est cotée de 1 à 3
 - 1 = les sutures entre les os du crâne sont bien apposées
 - 2 = chevauchement réductible des os au niveau des sutures
 - 3 = chevauchement irréductible des os au niveau des sutures
- **La dilatation du col** : évaluée à chaque TV et marquée par une croix (X), toutes les 2 heures de temps s'il n'y a pas de problème.
- **La ligne d'alerte** : commence à 4 cm et s'étend à un point situé à 10 cm, au rythme d'1 cm par heure
- **La ligne d'action** : parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

- **La descente évaluée par la palpation abdominale** : fait référence à la partie de la tête (divisée en 5 parties) palpable au-dessus de la symphyse pubienne et marquée par un cercle (O) à chaque TV. A 0/5, le sinciput est au niveau de la symphyse pubienne
- **Heures** : référence au temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observées ou extrapolées)
- **Temps** : référence à l'heure à laquelle on fait le point
- **Contractions utérines (CU)** : appréciées toutes les 30 minutes ; palper le nombre de CU en 10 minutes et mesurer leur durée en secondes :
 - inférieure à 20 secondes = 
 - entre 20 et 40 secondes = 
 - plus de 40 secondes = 
- **Ocytocine** : En cas de perfusion d'ocytocine, la quantité du produit par volume de perfusion en gouttes par minutes est marquée toutes les 30 minutes
- **Médicaments administrés** : tout autre médicament administré est marqué
- **Pouls** : le pouls est compté toutes les 30 minutes et marqué par un point (.)
- **La tension artérielle (TA)** : la TA est mesurée toutes les 2 heures et marquée par une flèche.
- **Température** : elle est prise toutes les 2 heures et marquée
- **La protéinurie, l'acétonurie, la glycosurie et le volume des urines** sont marqués à chaque émission d'urines.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

L'obstétricien « **aux mains nues** » selon **Delecour** et **Thoulon**, est l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de cinq (5) éléments classiques [19].

*Les contractions utérines

*Les modifications du col

*L'évolution de la présentation

*L'engagement de la présentation : une présentation est dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur (**DS**).

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

*L'état du fœtus.

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

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

IV. LES PATHOLOGIES OBSTETRICALES

A- LES HEMORRAGIES : [20, 21-23]

Les étiologies des hémorragies sont variées.

1- Les hémorragies du premier trimestre :

1-1- La grossesse extra-utérine : elle constitue la première cause de décès par hémorragie du premier trimestre de la grossesse. Elle se caractérise par la triade : aménorrhée, algies pelviennes et saignements.

1-2- Les avortements : ils sont définis comme l'expulsion spontanée (avortement spontané) ou provoquée (avortement provoqué ou thérapeutique) du fœtus avant sa période de viabilité en principe avant le 180^{ème} jour après la conception. On distingue trois sortes d'avortement.

1-2-1- L'avortement spontané : est celui qui survient de lui-même, en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. Les causes les plus fréquentes sont : les infections, la béance cervico-isthmique, les anomalies chromosomiques, les malformations utérines acquises ou congénitales.

1-2-2- L'avortement provoqué : il survient à la suite de manœuvres quelconques entreprises, destinées à interrompre la grossesse.

Il est périlleux quand il se fait de façon clandestine et les complications vont d'une simple infection, une stérilité secondaire ou définitive, au choc hémorragique et ou septique.

L'avortement thérapeutique est un acte qui a pour but de soustraire la mère du danger que la grossesse est sensée lui faire courir.

Si l'avortement spontané n'est pas rare l'avortement provoqué est très fréquent, qu'il soit légal ou clandestin.

1-3- La môle hydatiforme : est un œuf pathologique caractérisé outre par son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. Elle se complique d'hémorragies qui peuvent être profuses au moment de l'avortement et s'accompagner de choc.



Figure 1: Môle hydatiforme (source : www.toubibadakar.com 03/08/2019)

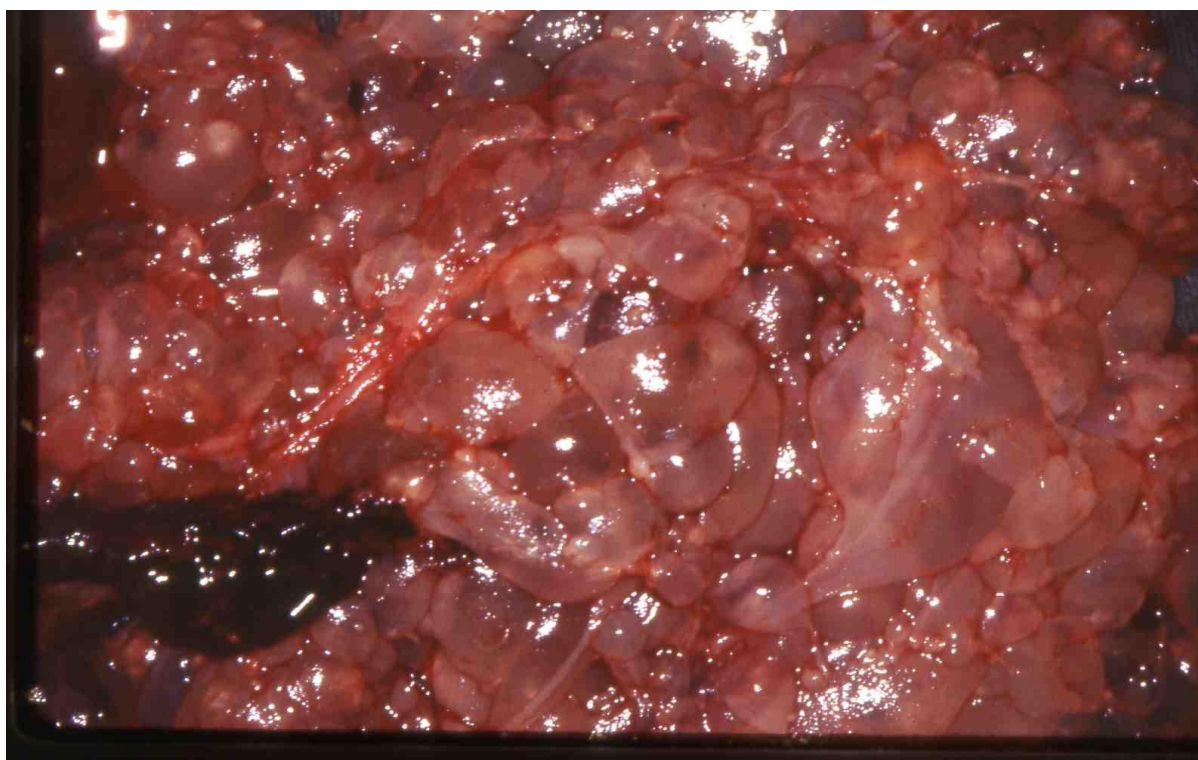


Figure 2 : Villosités molaires (source : service gynéco obstétrique Gabriel Toure 03/08/2019)

2- Les hémorragies du deuxième, troisième trimestres et du post partum [7,29]

2-1- La Rupture utérine (RU) : elle est définie comme toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus.

Sont exclues, les déchirures du col et celles consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage.

La rupture utérine peut être incomplète (sous-péritonéale) ou complète et peut se compliquer atteignant le col, le vagin, le corps utérin et les paramètres voire la vessie.

2-2- Le placenta prævia (PP) : c'est l'insertion vicieuse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus avec des complications hémorragiques.

2-3- L'hématome rétro placentaire (HRP) : ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Il s'agit d'un état hémorragique qui peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [17].

2-4- Les hémorragies de la délivrance : ce sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500cc lors d'un accouchement naturel et plus de 1000cc lors de la césarienne) et ou leur effet sur l'état général [24].

2-5- Les déchirures cervico-vaginales : toute hémorragie du post-partum doit inciter à faire une inspection du col et du vagin, si l'utérus est intègre et vide pour éliminer toute anomalie de la délivrance. Les déchirures cervicales peuvent

être étalées, isolées ou étendues au segment inférieur, aux paramètres et au dôme vaginal. Leurs étiologies relèvent d'un accouchement rapide, d'efforts expulsifs sur une dilatation incomplète, de manœuvres instrumentales.

B- HTA et ses complications [25]

a- HTA

Selon la classification de l'american college of obstetricians and gynecologists (AGOG) il existe quatre types d'HTA :

1- Type I : la pré-éclampsie, elle survient après 20 semaines d'aménorrhée par une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une tension diastolique supérieure ou égale à 90mmHg, une protéinurie significative supérieure ou égale à 30 mg / dl et ou des œdèmes. Elle est plus fréquente chez la primipare.

2- Type II : HTA chronique, il s'agit d'une HTA qui existe avant la grossesse ou qui apparaît au début de la grossesse sans protéinurie. Cette HTA persiste après l'accouchement.

3- Type III : pré-éclampsie surajoutée, c'est une HTA chronique qui se complique d'une protéinurie significative.

4- Type IV : HTA gravidique ou gestationnelle, elle survient à tout moment de la gravido-puerperalité sans protéinurie, disparaît après la grossesse et récidive pendant la période gravide.

b- Les complications de l'HTA :

b-1 Les complications maternelles :

b-1-1 L'éclampsie: accident paroxystique aigu des syndromes vasculo-rénaux et particulièrement de la pré éclampsie. Elle est caractérisée par un état convulsif survenant par accès, suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'accouchement ou plus rarement les suites de couches.

b-1-2 L'hématome rétro-placentaires (HRP)

b-1-3 Insuffisance rénale

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

b-1-4 Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

b-1-5 L'œdème aigue des poumons (OAP)

b-2 Les complications fœtales : l'hypotrophie, le retard de croissance intra utérine, l'accouchement prématuré et la mort fœtale in utéro.

C- L'UTERUS CICATRICIEL

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme [26].

D- LES DYSTOCIES [1-2, 25, 27]

Les dystocies se définissent comme étant tout accouchement difficile quel que soit l'origine et la nature de l'obstacle. Selon la cause, elles peuvent être d'origine maternelle ou fœtale.

1- Les dystocies maternelles :

1-1 Les dystocies dynamiques regroupent toutes les anomalies fonctionnelles de l'activité utérine.

1-2 La dystocie osseuse : elle est la difficulté constituée par le canal de la filière pelvienne au cours de l'accouchement.

Les rétrécissements pelviens ou angusties pelviennes sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. La radiopelvimétrie peut être nécessaire.

1-3 Dystocie par obstacle prævia :

Elle est réalisée lorsqu'il existe une tumeur dans le petit bassin situé au-devant de la présentation et par conséquent, empêche sa descente.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Le placenta prævia s'il est recouvrant peut ainsi réaliser un obstacle absolu à l'accouchement par les voies naturelles.

Les tumeurs les plus fréquentes sont les kystes de l'ovaire et les fibromes, on peut trouver une tumeur osseuse ou un rein ectopique.

2- Dystocies fœtales

2-1 La Macrosomie fœtale :

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

Selon Delecour une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4000g à défaut d'échographie.

2-2 Les Présentations Dystociques :

a- La présentation du siège : on appelle présentation du siège lorsque le fœtus se présente au détroit supérieur par son extrémité pelvienne. La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus).

b- La présentation de la face : c'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la 1^{ème} est la face tout entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour designer la variété de position. La variété mento-postérieur est la présentation dystocique.

L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège.

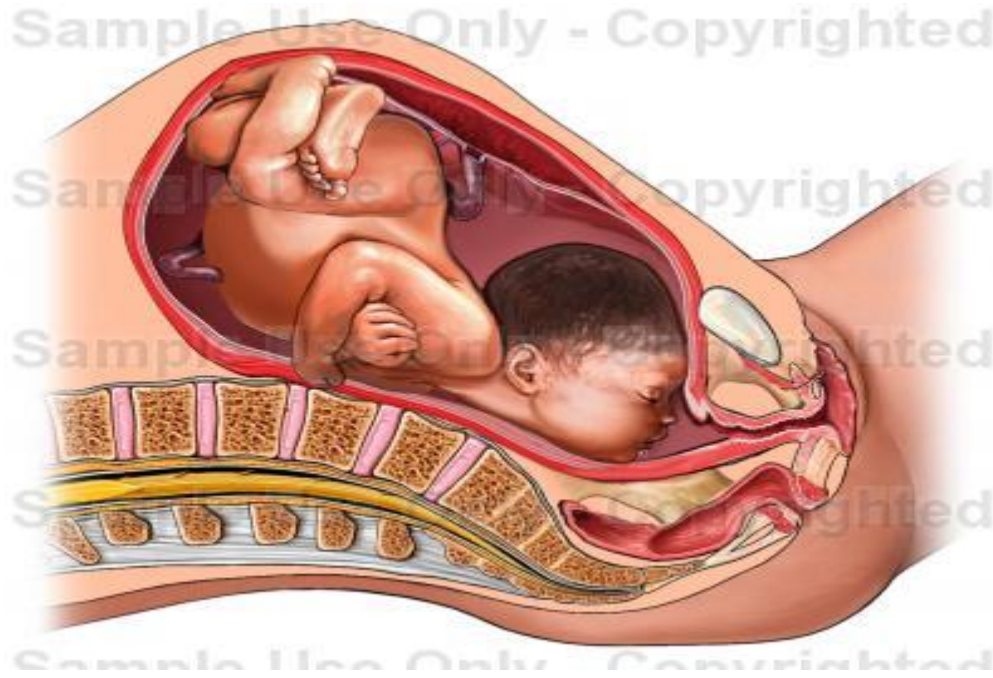


Figure 3 : présentation de la face variété mento-postérieur (source : www.liberaldictionary.com 03/08/2019)

c- La présentation du front : c'est une présentation intermédiaire du sommet et celle de la face. Le nez sert de point de repère.

d- La présentation transversale ou présentation de l'épaule : c'est lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail, l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du fœtus, celui-ci, au lieu d'être en long, se trouve en travers ou en biais. Il est en position transversale ou plus souvent oblique.

Elle peut évoluer vers une présentation de l'épaule négligée. Un diagnostic précoce est utile car le risque de rupture utérine est présent.

e- Les grossesses gémellaires dont le premier en présentation vicieuse.

E- PROCIDENCE DU CORDON

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

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Si c'est un cordon battant, l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que le cordon non battant ne signifie pas obligatoirement la mort du fœtus [1].

F- ASPHYXIE FŒTALE

Le diagnostic de l'asphyxie fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale [1].

G- LE PALUDISME AU COURS DE LA GROSSESSE

Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicieux mortels que la femme non enceinte.

Le paludisme complique la grossesse directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance "d'auto-intoxication" avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse, ensuite des avortements, des accouchements prématurés, des morts fœtales in utero et à la naissance d'enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital [7].

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif [5].

V. LES THERAPEUTIQUES OBSTETRICALES

1-La césarienne : c'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale [28].

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Les principales indications sont :

- Les bassins généralement rétrécis
- Le placenta prævia hémorragique
- Les présentations dystociques
- L'éclampsie et la toxémie gravidique
- L'hématome rétro placentaire

Nous avons d'autres indications :

- La procidence du cordon
- Disproportion fœto-pelvienne
- L'excès du volume fœtal
- Utérus cicatriciel plus bassin limite
- Les bassins asymétriques
- La souffrance fœtale

2-Le Forceps [13]

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

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

D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et chez le fœtus.



Figure 4 : forceps obstétrical (source : www.bebesetmamans.com 03/08/2019)

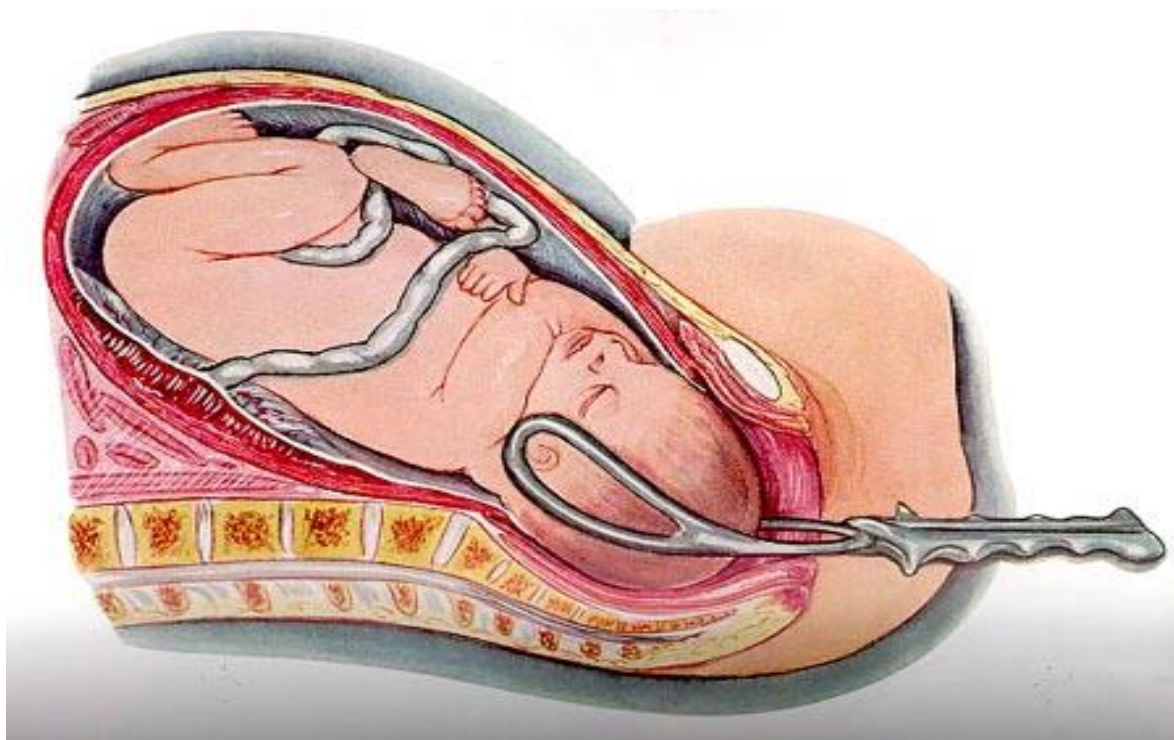


Figure 5 : préhension de la tête fœtale par le forceps (source : soleneverge.wixsite.com 03/08/2019)

3-La ventouse [13]

La ventouse obstétricale encore appelée vacuum extractor est un instrument comme le forceps et les spatules qui permettent d'aider la femme à accoucher par les voies naturelles.

C'est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite.

Ses contres indications sont essentiellement :

- la prématurité,
- l'existence des troubles de la coagulation chez le fœtus,
- une présentation du front, de la face ou du siège,
- la présence de scarifications du cuir chevelu du fœtus pendant le travail.



www.trackexports.net

Figure 6 : ventouse obstétricale (source : www.trackexports.net 03/08/2019)

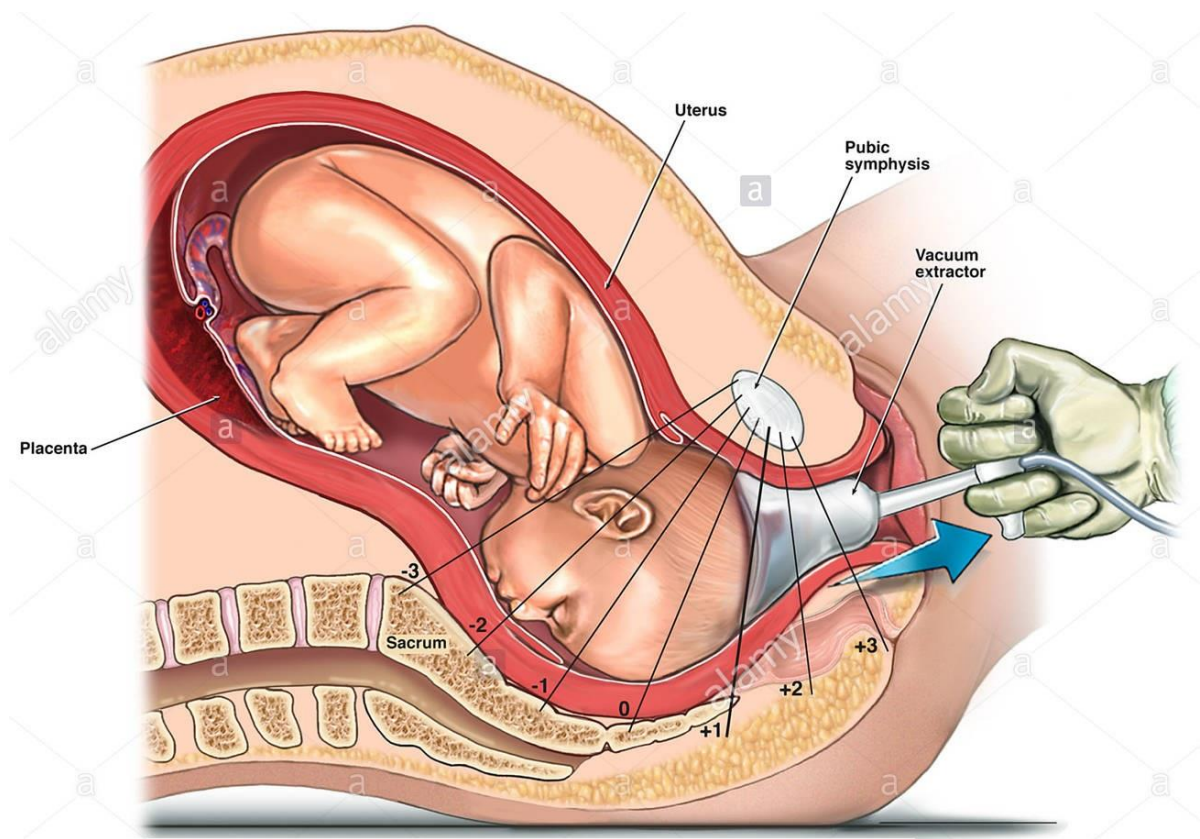


Figure 7 : ventouse appliquée sur la présentation (source : www.alamy.com 03/08/2019)

4-Quelques manœuvres Obstétricales [13]

a- La manœuvre de MAURICEAU :

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

- fléchir la tête

- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

- fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

b- La manœuvre BRACHT :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

c- La grande extraction du siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du deuxième jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aigue au moment de l'expulsion.

L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps :

- Premier temps :

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

- Deuxième temps :

L'accouchement du siège, il faut orienter, s'il y'a lieu, le diamètre bi trochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Au moment du dégagement, orienter le bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

- Troisième temps :

Accouchement des épaules, la traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les deuxièmes et troisièmes doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur.

Pour dégager les bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit dans le vagin la main, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et 3^{ème} doigt le long du bras postérieur, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face postérieure du fœtus.

C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction : le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

- **Quatrième temps**

Accouchement de la tête dernière, l'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelques fois avec application de forceps au détroit supérieur.

L'expression abdominale est particulièrement indiquée pendant ce quatrième temps.

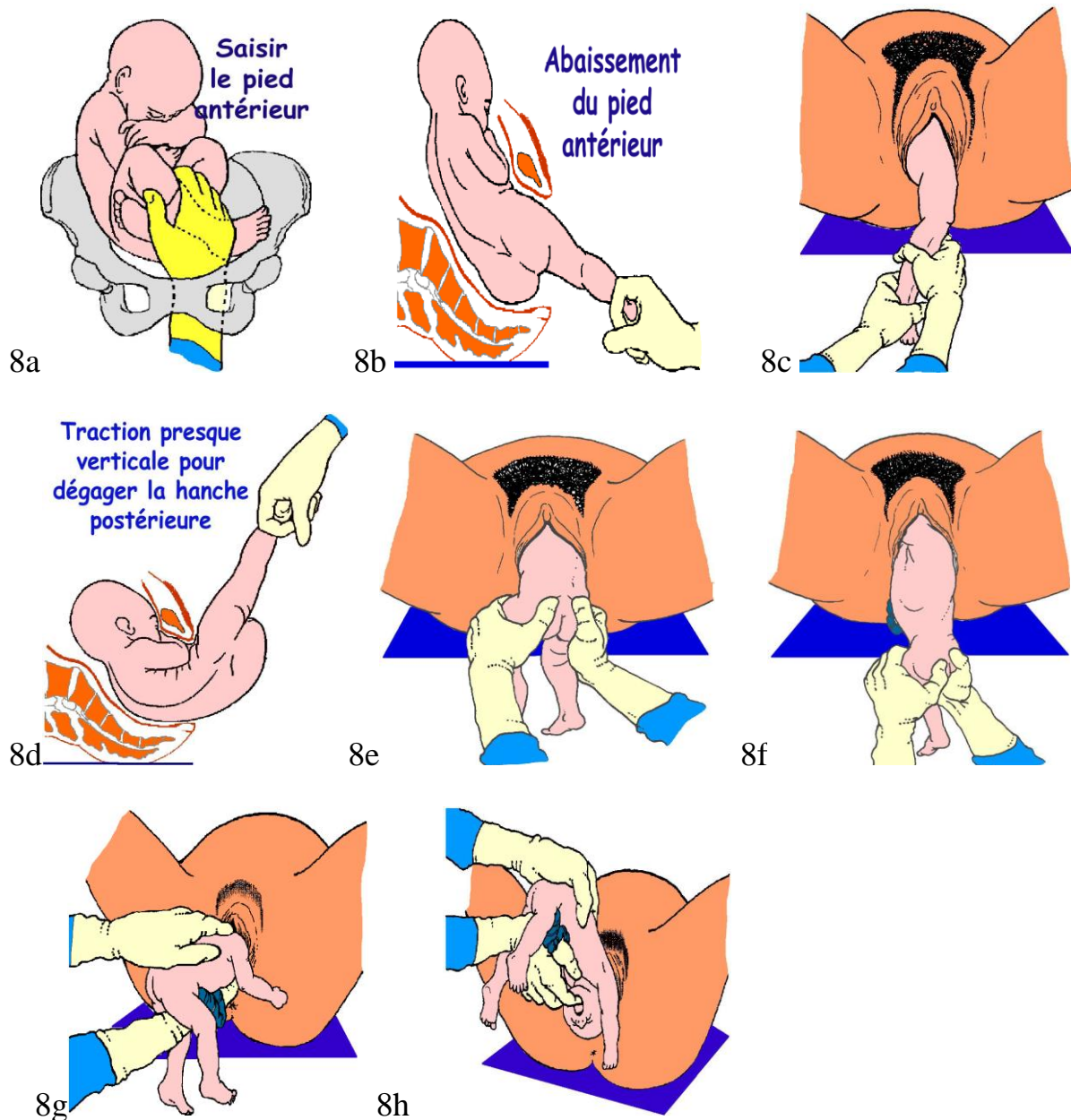


Figure 8 : grande extraction de siège (8a, 8b, 8c, 8d, 8e, 8f, 8g, 8h)

Source : Roesch Marion (société de médecine de Franche-Comté 13/12/2012)

VI. ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE [29]

1- Classification des différents groupes d'anesthésies

L'anesthésie en obstétrique peut se diviser en deux grands groupes :

- L'anesthésie de courte durée : elle regroupe l'épisiotomie.
- L'anesthésie de longue durée : elle concerne les césariennes, la césarienne pour épreuve de travail dans les dystocies dynamiques ou cervicales, l'anesthésie des parturientes qui ne supportent pas les douleurs du travail d'accouchement.

Une autre classification permet de distinguer :

- l'anesthésie locorégionale (ALR)
- l'anesthésie générale (AG)
- l'anesthésie locale (AL)

2- Indications :

- Chirurgie d'hémostase ;
- Au cours du travail (forceps) ;
- Pour césarienne : programmée, semi urgente ou urgente (extraction ≤ 10 min);
- Pour le post-partum : la révision utérine.

VII. PROBLEMATIQUE DES REFERENCES EVACUATIONS

Selon l'OMS, 289.000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement en 2013 [3]. Pour les femmes en âge de reproduction, les complications obstétricales sont la principale cause mondiale de mortalité et de morbidité [30].

Chaque minute qui passe dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse, et pour 190 d'entre elles, cette grossesse est non désirée ou non planifiée, 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

avortement dans de mauvaises conditions de sécurité, et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [31].

On estime que 80% des décès maternels au niveau mondial sont attribuables à des causes directement liées à la grossesse [32].

Selon l'OMS, « les décès par causes obstétricales directes sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » [32].

Environ 20% des décès maternels sont attribuables à des causes indirectes, c'est-à-dire des maladies déjà existantes qui sont aggravées par la grossesse. La principale cause indirecte de la mortalité maternelle est l'anémie [32].

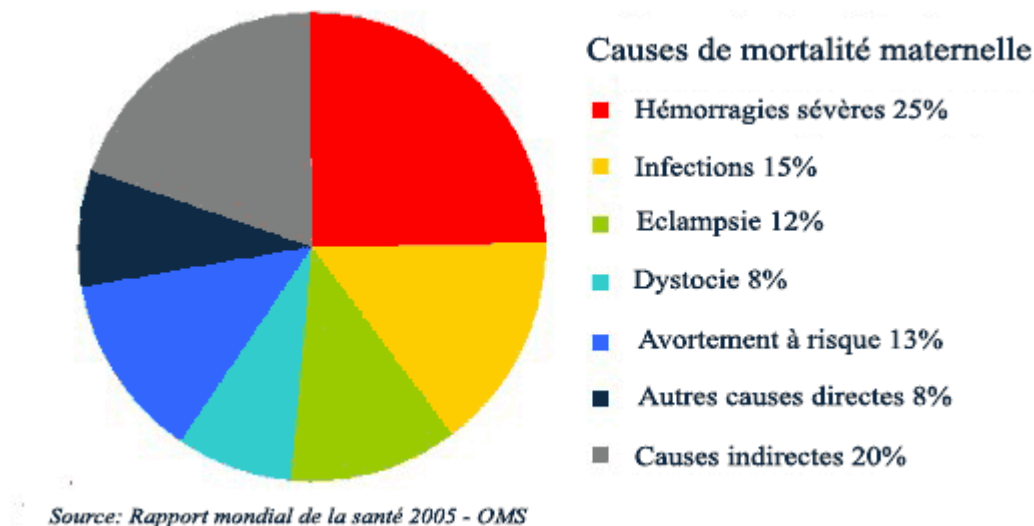


Figure 9 : Causes de mortalité maternelle 2005-OMS

Des stratégies efficaces de résolution de ces problèmes ont été préconisées et mises en place à savoir : la promotion de la planification familiale, la promotion des visites prénatales et la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU).

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Selon Maine D et Col, il y a 3 retards :

- le temps écoulé avant de décider, d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgences (SOU) ;
- le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de soins obstétricaux d'urgence ;
- le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la dispensation des soins.

L'accès aux SONU est souvent une question de transport ou d'argent. Les interventions qui visent à améliorer le transport des femmes avec une complication peuvent être divisées en deux catégories :

- celles destinées à améliorer le transport des femmes du village au CSCOM de leur communauté à un centre de santé et
- celles visant à améliorer le transport des femmes entre deux centres de santé de différents niveaux (SONUB a SONUC) [30].

Le système de référence/évacuation demeure particulièrement important pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement, pour donner accès aux soins obstétricaux néonataux d'urgence.

Au Mali, le système de référence/évacuation a été mis en place dans toutes les zones sanitaires. Ce système vise à améliorer les conditions de transport et le pronostic vital des femmes référées. A cet effet l'accent a été mis sur : le renforcement des centres de santé en système de communication et de transport (RAC, Ambulance) mais malgré ces mesures, selon l'étude de KANE MM en 2009 ; 29,07% des patients admis aux urgences obstétricales étaient arrivés à bord de véhicule personnel ou de taxi [16].

VIII. LE TRANSPORT INTER HOSPITALIER [10]

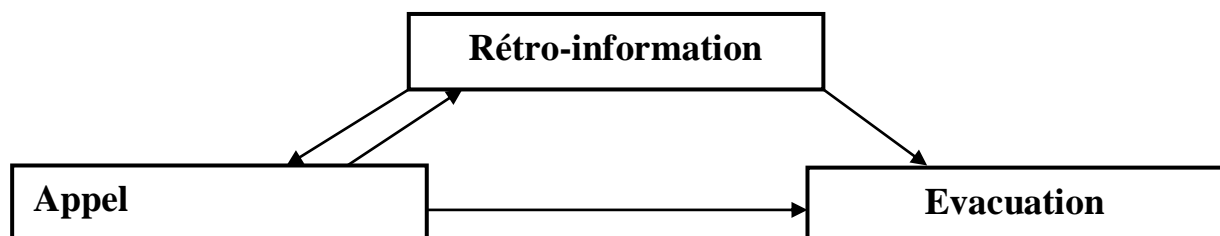
Un système de référence/évacuation a été mis en œuvre pour la prise en charge des urgences obstétricales notamment la césarienne par divers acteurs qui s'en partagent le coût :

- l'état avec l'appui des partenaires techniques et financiers met en place les moyens logistiques, les équipements et assure leur entretien. IL s'agit dans la majorité des cas de Réseaux Administratifs de Communication (RAC), de téléphones, d'ambulances et d'appareils biomédicaux. Il assure également la disponibilité des médicaments et des kits d'urgence.

- la communauté à travers la caisse de solidarité alimentée par les cotisations trimestrielles des ASACO et des communes prennent en charge le coût de transport de la parturiente du CSCOM vers le CSREF. La parturiente prenait en charge une partie du coût de transport, l'acte chirurgical, les kits pour l'intervention Chirurgicale et le post opératoire ainsi que l'hospitalisation.

Le système a connu cependant des difficultés de fonctionnement. En effet Peu de caisses de solidarité étaient correctement alimentées et de nombreux ménages ne disposaient pas de ressources financières nécessaires pour couvrir les frais que le système laissait à la charge de la parturiente.

Après le démarrage du système de référence/évacuation dans la commune V du District de Bamako, les évacuées suivent un itinéraire bien défini par le circuit suivant :



Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Le CSCOM qui évacue sur décision du chef de poste médical saisit le centre de santé de référence (CSREF C V) par Téléphone/RAC afin que l'ambulance lui soit envoyée. Le chef de poste dans son message Tél/RAC donne des précisions sur la nature de la pathologie ; et la prise en charge se fait sur place au CS Réf.

Mais si c'est un cas de référence/évacuation 3^{ème} niveau, le CS Réf informe aussitôt par téléphone la maternité de l'hôpital de l'arrivée de la malade dans les prochaines heures. Le médecin de garde établit une fiche d'évacuation, la malade est évacuée directement sur l'hôpital. A l'arrivée de la parturiente un examen obstétrical est effectué par la sage-femme appuyée par le gynécologue obstétricien. En cas de nécessité d'intervention chirurgicale, la parturiente est directement conduite au bloc opératoire où les dispositions ont été déjà prises (préparation de la salle, kit d'urgence).

La sage-femme assure la prise en charge si la pathologie relève de sa compétence.

Le médecin traitant établit une fiche de rétro-information qui sera transmise au médecin-chef du CSREF qui à son tour envoie une copie au CSCOM concerné, si c'est le cas. Si non, le médecin-chef du CSREF envoie directement une fiche de rétro-information au chef de poste médical du CSCOM concerné, si la prise en charge a été effectuée à son niveau.

IX. L'ORGANISATION DE SOINS PRE HOSPITALIERS

Au Mali, l'organisation des urgences ne répond à aucun schéma préétabli. En effet, il n'existe pas de structures de prise en charge pré hospitalière, de type, service d'aide médicale d'urgence « S.A.M.U ». Certains malades sont évacués sur le service des urgences par la protection civile ou la police, d'autres viennent d'eux-mêmes ou transportés par la famille [33].

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et des environs.

2. Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalabancoura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantiguibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

- Deux aires de santé à Bacodjicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM.

Trois Associations de Santé Communautaire disposent de Centre de Santé Communautaire en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO. Les CSCOM de L'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOBACODJI-ACI ne disposent pas de CSCOM.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalabancoura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

a- Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC.
- 9- Service de Chirurgie

**b- Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du District de Bamako**

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Prénatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation
- 27 Unité Urologie

c- Le Personnel

Il comporte :

- 01 médecin spécialiste en dermatologie (médecin chef) ;
- 01 médecin anesthésiste réanimateur ;
- 06 techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- 04 médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- 02 résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- 38 sages-femmes ;
- 23 infirmières obstétriciennes ;
- 04 chirurgiens ;
- 04 pédiatres ;
- 08 médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des infirmiers d'État ;
- Des aides-soignantes ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

3. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

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 le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois.

4. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur une période de 12 mois allant de Janvier 2018 à Décembre 2018.

5. Population d'étude :

Les patientes admises en urgence dans le service de gynéco-obstétrique.

Le consentement des patientes ou de leur accompagnant majeur était requis pour la participation à l'étude. Dans le cadre de la thèse, un accord préalable du chef de service a été obtenu.

6. Echantillonnage :

6.1. Critères d'inclusion :

Toute patiente admise en urgence dans le service de gynéco-obstétrique pour une pathologie obstétricale.

6.2. Critères de non inclusion :

Toute patiente admise en urgence dans le service pour toute autre raison non obstétricale ;

Toute patiente référée par une structure pour urgence obstétricale et dont le diagnostic au CSREF ne révèle pas un caractère urgent.

7. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, du registre des références, du registre des accouchements, les registres des urgences.

Les données ont été portées sur une fiche d'enquête transcrite dans une application mobile, chargée sur téléphone portable ou tablette. Il s'agit de l'application ODK Collect version 1.4.16 (figures 10, 11, 12).

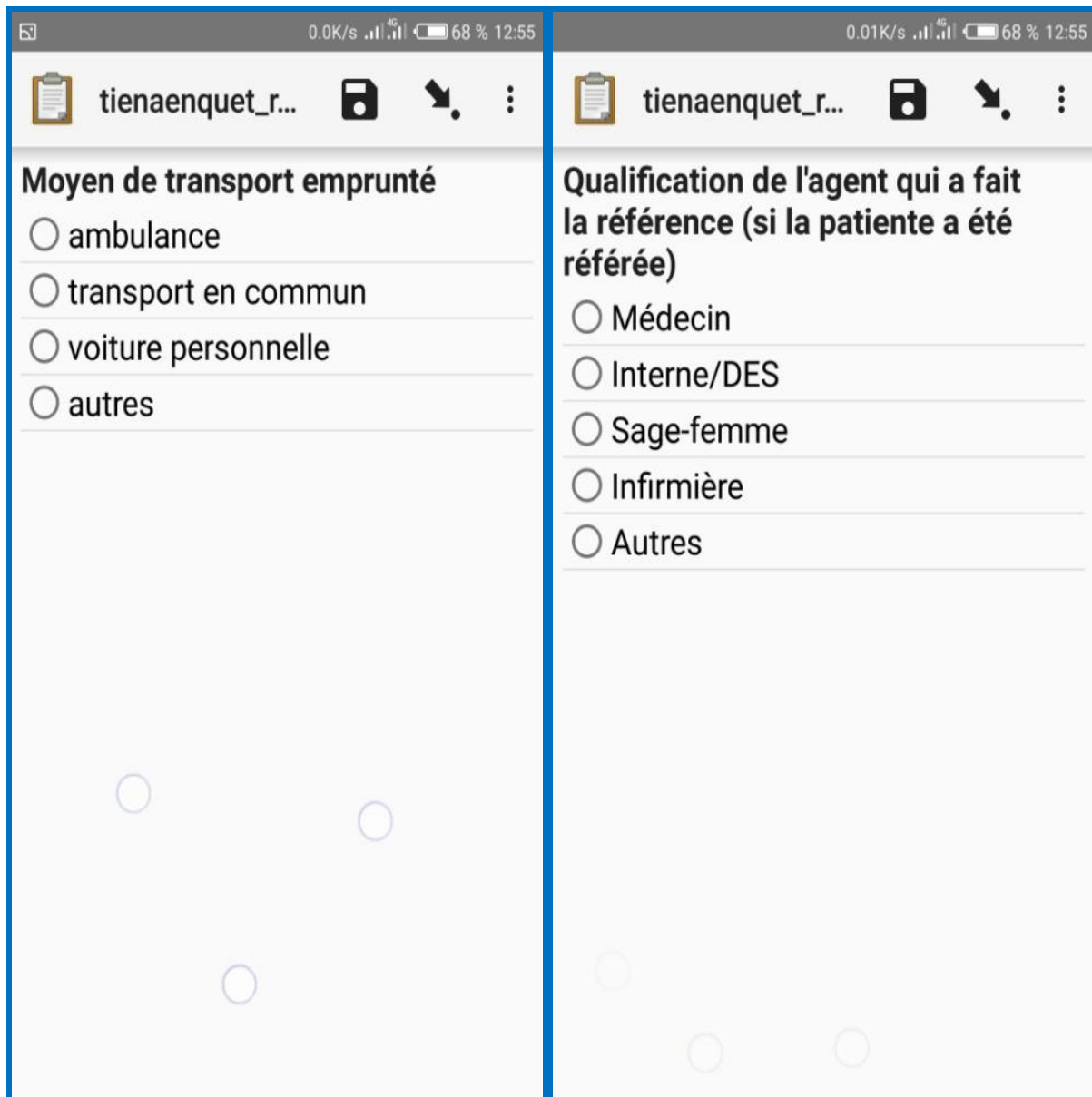


Figure 10

Figure 11

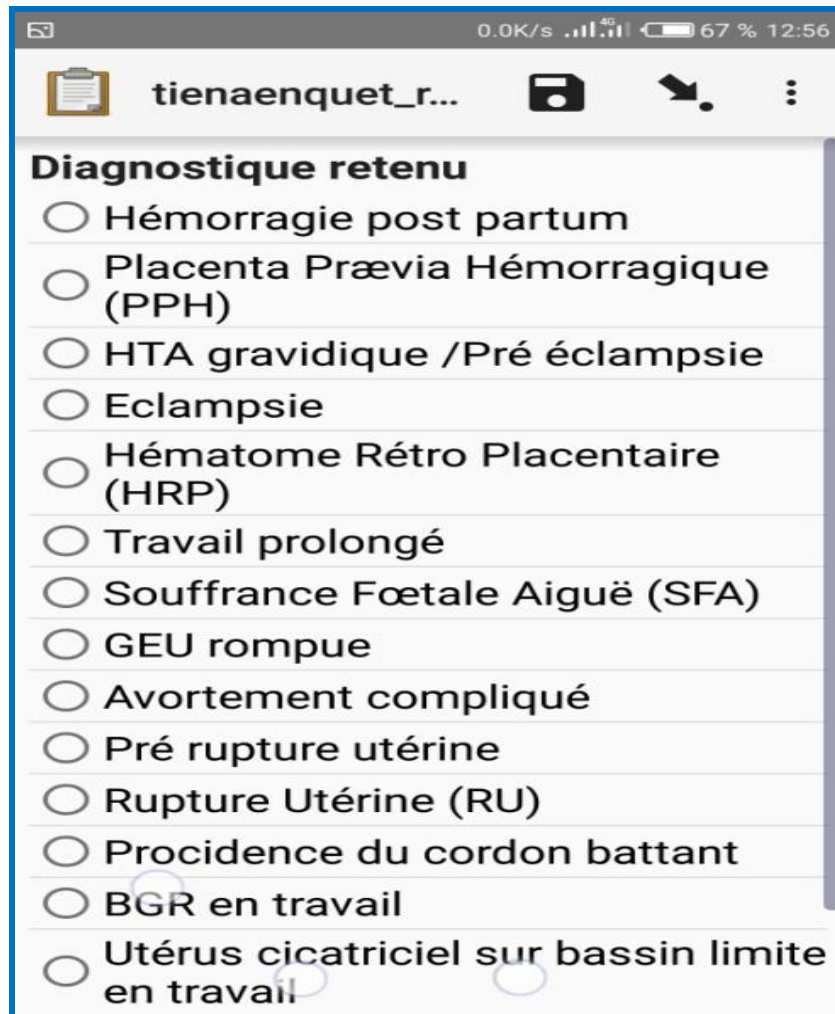


Figure 12

Captures d'écran du téléphone portable avec questionnaire (fig.10, 11, 12)

8. Traitement et analyse des données :

Les données saisies et soumises directement en ligne via le téléphone portable sont ensuite exportées vers une feuille Excel puis analysées sur le logiciel SPSS version 20.0.

RESULTATS

RESULTATS

A- Tableaux généraux

1. Fréquence

Durant notre étude de janvier 2018 à décembre 2018, nous avons enregistré 813 cas d'urgence obstétricale sur un total de 10199 admissions soit une fréquence de 7,97%.

2. Profil sociodémographique

Tableau I : Répartition des patientes selon les variables descriptives

| | Moyenne | Ecart type | Maximum | Minimum | Total |
|-----------|---------|------------|---------|---------|-------|
| Age (ans) | 22 | 7,39 | 40 | 16 | 813 |
| Gestité | 3,39 | 2,154 | 11 | 1 | 813 |
| Parité | 2,25 | 2,077 | 9 | 0 | 813 |

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

| Profession | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------|------------|---------------|
| Femme au foyer | 650 | 80,0% |
| Elève ou étudiante | 82 | 10,1% |
| Salariée | 53 | 6,5% |
| Commerçante | 8 | 1,0% |
| Aide-Ménagère | 7 | 0,9% |
| Coiffeuse | 5 | 0,6% |
| Teinturière | 5 | 0,6% |
| Couturière | 2 | 0,2% |
| Restauratrice | 1 | 0,1% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau III : Répartition des patientes selon la provenance/résidence

| Résidence | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|------------|---------------|
| Commune 1 | 9 | 1,11% |
| Commune 2 | 3 | 0,37% |
| Commune 3 | 2 | 0,25% |
| Commune 4 | 13 | 1,60% |
| Commune 5 | 530 | 65,19% |
| Commune 6 | 96 | 11,81% |
| Communes de Kati | 155 | 19,07% |
| Autres* | 5 | 0,62% |
| Total | 813 | 100,0% |

Autres* : Kayes (2), Bougouni (2), Ségou (1)

Tableau IV : Répartition par quartiers de la Commune 5

| Commune 5 | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------|---------------|
| Kalaban coura | 119 | 22,45% |
| Sabalibougou | 109 | 20,57% |
| Bacodjicoroni | 108 | 20,38% |
| Daoudabougou | 103 | 19,43% |
| Garantibougou | 41 | 7,74% |
| Torokorobougou | 23 | 4,34% |
| Badalabougou | 21 | 3,96% |
| Quartier-Mali | 6 | 1,13% |
| Total | 530 | 100,0% |

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Mariée | 787 | 96,8% |
| Célibataire | 25 | 3,1% |
| Divorcée | 1 | 0,1% |
| Total | 813 | 100,0% |

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

| Niveau instruction | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Non scolarisée | 595 | 73,2% |
| Primaire | 61 | 7,5% |
| Secondaire | 94 | 11,6% |
| Supérieur | 63 | 7,7% |
| Total | 813 | 100,0% |

3. Motif d'admissions et mode d'admission

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admissions des patientes venues d'elles-mêmes

| Motifs d'admission | Effectifs | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Contractions utérines douloureuses | 344 | 71,07% |
| Saignement sur grossesse | 60 | 12,40% |
| Métrorragies sur retard des règles | 26 | 5,37% |
| Douleurs abdomino-pelviennes | 23 | 2,8% |
| Pertes liquidiennes | 13 | 2,69% |
| CPN | 7 | 1,45% |
| Céphalées | 4 | 0,83% |
| Vertiges | 4 | 0,83% |
| Epigastralgie | 3 | 4,75% |
| Total | 484 | 100,0% |

484 patientes sont directement venues d'elles-mêmes

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le motif d'évacuations

| Motif d'évacuations | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Dystocie mécanique | 84 | 25,53% |
| HTA | 69 | 20,97% |
| Hémorragie post partum | 39 | 11,85% |
| Dystocie dynamique | 24 | 7,29% |
| Utérus cicatriciel en travail | 22 | 6,69% |
| GEU | 16 | 4,89% |
| HRP | 16 | 4,89% |
| AFA | 15 | 4,59% |
| Autres* | 12 | 3,61% |
| Procidence du cordon | 11 | 3,34% |
| PP | 9 | 2,74% |
| Crises convulsives | 8 | 2,44% |
| Dyspnée | 4 | 1,21% |
| Total | 329 | 100,0% |

Autres* : Anémie 3, Etat de choc 1, Paludisme 3, Procubitus du cordon 1, MAP 4

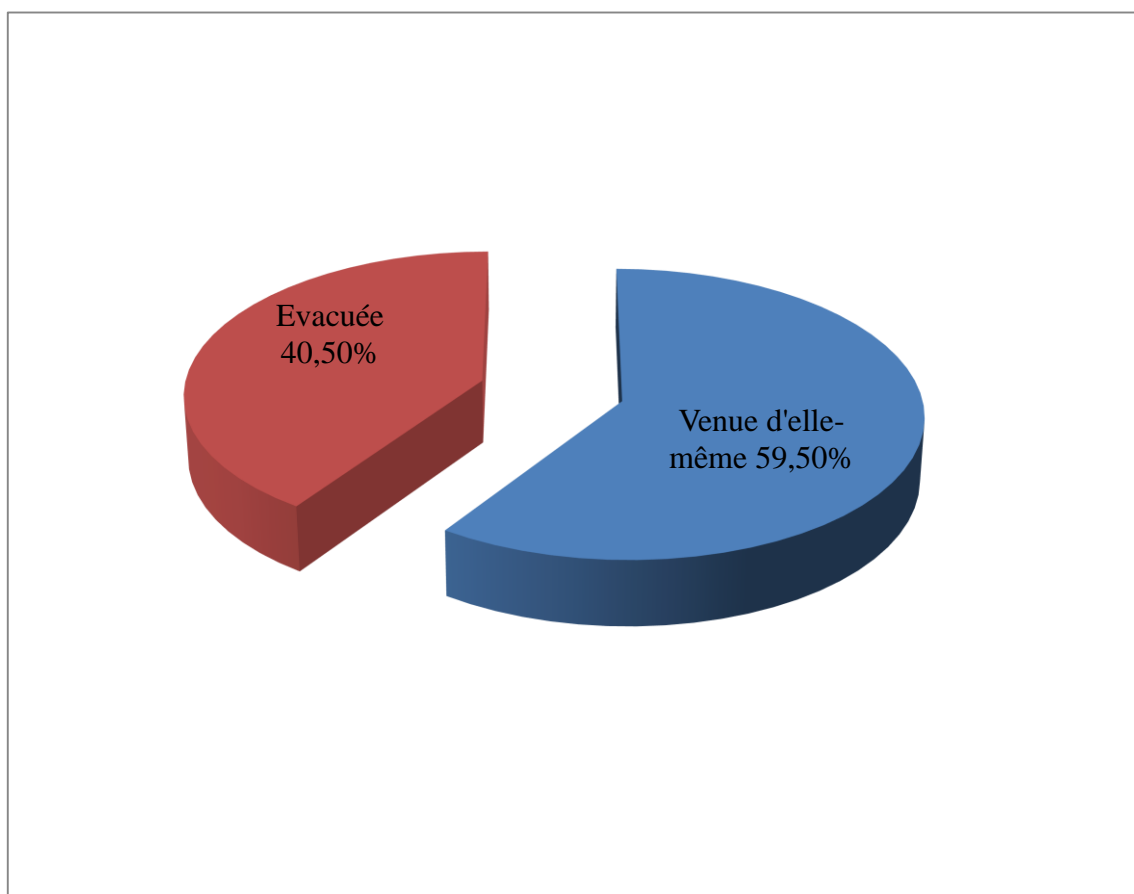


Figure 13 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau IX : Répartition des patientes selon la structure d'évacuation

| Structure d'évacuation | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------|---------------|
| CSCOM | 191 | 58,06% |
| Structure privée | 122 | 37,08% |
| CSREF du district | 12 | 3,65% |
| Structure conventionnelle | 4 | 1,21% |
| Total | 329 | 100,0% |

Tableau X : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de l'évacuation

| Agent de l'évacuation | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Sage-femme | 186 | 56,53% |
| Médecin | 140 | 42,55% |
| Infirmière | 3 | 0,91% |
| Total | 329 | 100,0% |

Tableau XI : Répartition des patientes selon le support de l'évacuation

| Support de l'évacuation | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Bulletin d'analyse | 157 | 47,72% |
| Fiche de référence | 137 | 41,64% |
| Lettre | 16 | 4,86% |
| Sans document | 11 | 3,34% |
| Partogramme | 8 | 2,43% |
| Total | 329 | 100,0% |

Tableau XII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

| Moyen de transport | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Transport en commun | 567 | 69,7% |
| Ambulance non médicalisée | 172 | 21,2% |
| Voiture personnelle | 68 | 8,4% |
| Mobylette | 6 | 0,7% |
| Total | 813 | 100,0% |

4. Caractéristiques cliniques

Tableau XIII : Variables cliniques des patientes

| | Moyenne | Ecart type | Maximum | Minimum | Total |
|----------------------------|----------------|-----------------------|----------------|----------------|--------------|
| Délai prise en charge (mn) | 62,86 | 88,794 | 720 | 0 | 813 |
| Age gestationnel (S A) | 36,68 | 5,628 | 44 | 6 | 722 |
| Nombre de CPN | 3,06 | 1,729 | 0 | 10 | 768 |
| TAS | 124,59 | 27,915 | 260 | 0 | 813 |
| TAD | 79,94 | 19,397 | 170 | 0 | 813 |
| Pouls | 88,75 | 8,711 | 20 | 140 | 813 |
| HU (cm) | 31,93 | 3,716 | 46 | 4 | 704 |

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

| Antécédents médicaux | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Aucun | 748 | 92% |
| HTA | 47 | 5,8% |
| Asthme | 5 | 0,6% |
| Drépanocytose | 5 | 0,6% |
| Autres* | 5 | 0,6% |
| Diabète | 3 | 0,4% |
| Total | 813 | 100,0% |

Autres* : HIV 3, UGD 2

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

| Antécédents chirurgicaux | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Aucun | 562 | 69,13% |
| Césarienne | 245 | 30,1% |
| Salpingectomie | 3 | 0,4% |
| Autres* | 3 | 0,4% |
| Total | 813 | 100,0% |

Autres* : Myomectomie 1, Kystectomie 1, Péritonite 1

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la nature pathologique de la grossesse

| Grossesse actuelle | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| Non pathologique | 756 | 92,99% |
| Pathologique | 57 | 7,01% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

| Coloration des conjonctives | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Bien colorées | 695 | 85,5% |
| Moyennement colorées | 64 | 7,9% |
| Pales | 54 | 6,6% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la température à l'admission

| Température | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|------------|---------------|
| 37°5 | 19 | 2,3% |
| < 37.5° C | 771 | 94,8% |
| > 37°5 | 23 | 2,8% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les signes cardio-vasculaires

| Signes cardio-vasculaires | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------|---------------|
| Aucun | 718 | 88,31% |
| Tachycardie | 73 | 9,0% |
| Etat de choc | 21 | 2,6% |
| Bradycardie | 1 | 0,1% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XX : Répartition des patientes selon le Glasgow

| Score de Glasgow | Effectifs | Pourcentage |
|------------------|------------|--------------|
| 15 | 797 | 98,03 |
| 14 à 13 | 1 | 0,12 |
| 12 à 9 | 2 | 0,25 |
| 8 à 3 | 13 | 1,6 |
| Total | 813 | 100,0 |

5. Examen physique

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission

| BDCF en battements par minute | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------------|------------|----------------|
| Absent | 68 | 9,65 % |
| 120 - 160 | 554 | 78,6 % |
| < 120 | 68 | 9,65 % |
| > à 160 | 15 | 2,13 % |
| Total | 705 | 100,0 % |

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'état du col

| Col sain | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|------------|---------------|
| Oui | 796 | 97,9% |
| Non | 17 | 2,1% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

| Présentation du fœtus | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------|------------|---------------|
| Céphalique | 616 | 91,4% |
| Siège | 26 | 3,86% |
| Transverse ou épaule | 32 | 4,75% |
| Total | 674 | 100,0% |

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'état des membranes

| Etat des membranes | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Intacte à l'arrivée | 458 | 65,52% |
| Rompue en dehors du service | 234 | 33,48% |
| Rompue dans le service | 7 | 1% |
| Total | 699 | 100,0% |

6. Examens complémentaires

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les bilans à l'admission

| Bilans | Effectués | Non effectués | Total |
|-----------------|------------------|----------------------|--------------------|
| Groupage rhésus | 555(68,2%) | 258(31,7%) | 813(100,0%) |
| Echographie | 93(11,4%) | 720(88,5%) | 813(100,0%) |
| Protéinurie | 221(27,2%) | 592(72,8) | 813(100,0%) |

31,7% de nos patientes n'étaient pas groupées et le groupage rhésus a été demandé chez ces patientes à l'admission.

7. Diagnostic

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

| Diagnostic retenu | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------------|------------------|--------------------|
| Dystocie mécanique | 240 | 29,5% |
| HTA et complications | 152 | 18,7% |
| Cicatrices utérines | 85 | 10,46% |
| HRP | 71 | 8,73% |
| Asphyxie Fœtale Aiguë | 62 | 7,63% |
| GEU | 45 | 5,54% |
| Hémorragie post partum | 35 | 4,31% |
| Anémie/Infection sur grossesse | 31 | 3,8% |
| PPH | 27 | 3,32% |
| Pré rupture utérine -Rupture utérine | 22 | 2,71% |
| Procidence du cordon battant | 19 | 2,34% |
| Avortement compliquée | 13 | 1,6% |
| Autres* | 6 | 0,74% |
| Dystocie dynamique | 5 | 0,62% |
| Total | 813 | 100,0% |

Autres* : Infection post partum 2, Procubitus du cordon 2, RPM 2

8. Prise en charge

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le type d'accouchement

| Type d'accouchement | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Césarienne d'urgence | 575 | 81,33% |
| Voie basse | 123 | 17,40% |
| Laparotomie pour R U | 9 | 1,27% |
| Total | 707 | 100,0% |

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la nature de l'intervention pratiquée

| Intervention pratiquée | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Césarienne d'urgence | 575 | 88,46% |
| Laparotomie RU/GEU | 54 | 8,31% |
| AMIU | 12 | 1,85% |
| Ventouse | 6 | 0,92% |
| Hystérectomie | 3 | 0,46% |
| Total | 650 | 100,0% |

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la pratique de la transfusion sanguine

| Transfusion sanguine | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------|---------------|
| Non | 731 | 89,9% |
| Oui | 82 | 10,1% |
| Total | 813 | 100,0% |

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la technique d'anesthésie

| Type anesthésie | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------|------------|---------------|
| Rachianesthésie | 527 | 78,19% |
| Anesthésie générale | 121 | 18% |
| Anesthésie locale | 15 | 2,23% |
| Sédation | 6 | 0,9% |
| Péridurale | 5 | 0,7% |
| Total | 674 | 100,0% |

9. Pronostic materno-foetal

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état dans les 24 heures premières heures

| Etat dans les 24heures | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|------------|---------------|
| Satisfaisant | 774 | 95,2% |
| Complications immédiates | 37 | 4,6% |
| Décédées | 2 | 0,2% |
| Total | 813 | 100,0% |

32 patientes parmi les 37 cas de complication ont été évacuées vers un CHU

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'état après 24 H

| Etat après 24 H | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------|---------------|
| Evolution favorable | 745 | 95,4% |
| Complications | 34 | 4,4% |
| Décédées | 2 | 0,3% |
| Total | 781 | 100,0% |

7 patientes ont été évacuées vers un CHU parmi les cas de complication

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le type de complications

| Type de complications | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------|-----------|---------------|
| Anémie | 47 | 66,2% |
| HTA et complications | 12 | 17% |
| Eclampsie | 11 | 15,5% |
| Sepsis/sepsis sévère | 1 | 1,4% |
| Total | 71 | 100,0% |

Tableau XXXIV : Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

| Etat nouveau-né | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------|------------|---------------|
| Vivant | 642 | 90,8% |
| Mort-né | 65 | 9,2% |
| Total | 707 | 100,0% |

Les cas de mort fœtale dont l'accouchement n'a pas été effectué dans notre centre n'ont pas été pris en compte.

Tableau XXXV : Répartition selon la pratique de la réanimation du nouveau-né

| Réanimation | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|------------|---------------|
| Oui | 95 | 13,44% |
| Non | 612 | 86,56% |
| Total | 707 | 100,0% |

Tableau XXXVI : Répartition selon le motif de référence des nouveau-nés

| Motif de référence | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|------------|---------------|
| Asphyxie fœtale aiguë | 100 | 43,1% |
| Macrosomie | 55 | 23,7% |
| Prématurité | 44 | 19% |
| Hypotrophie | 22 | 9,5% |
| Risque infectieux | 9 | 3,9% |
| Hydrocéphalie | 2 | 0,9% |
| Total | 232 | 100,0% |

B- Tableaux croisés

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/état dans les 24h

| Moyen de transport | Etat Satisfaisant dans les 24h | | Total |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Ambulance | 13(7,6%) | 159(92,4%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 26(4,1%) | 614(95,9%) | 640(100,0%) |
| Total | 39(4,8%) | 774(95,2%) | 813(100,0%) |

Khi-2 =3,67

P = 0,159

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/décès maternel

| Moyen de transport | Décès maternel | | Total |
|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Ambulance | 171(99,4%) | 1(0,6%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 638(99,5%) | 3(0,5%) | 641(100,0%) |
| Total | 809(99,5%) | 4(0,5%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 1,001 P = 0,606

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le moyen de transport/complications maternelles

| Moyen de transport | Complications | | Total |
|--------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Ambulance | 147(85,5%) | 25(14,5%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 595(92,8%) | 46(7,2%) | 641(100,0%) |
| Total | 742(91,3%) | 71(8,7%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 1,184 P = 0,881

Tableau XL : Répartition des patientes selon le moyen de transport/état des nouveau-nés

| Moyen de transport | Etat nouveau-né | | | Total |
|--------------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------------|
| | NA | mort-né | Vivant | |
| Ambulance | 8(4,7%) | 19(11,0%) | 145(84,3%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 98(15,3%) | 46(7,2%) | 497(77,5%) | 641(100,0%) |
| Total | 106(13%) | 65(8,0%) | 642(79%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 22,217 *P = 0,000* NA : Non applicable

Tableau XLI : Répartition des patientes selon le moyen de transport/réanimation du nouveau-né

| Moyen de transport | Réanimation nouveau-né | | | Total |
|--------------------|------------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | NA | Non | Oui | |
| Ambulance | 21(12,2%) | 111(64,5%) | 40(23,3%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 85(13,3%) | 501(78,2%) | 55(8,6%) | 641(100,0%) |
| Total | 106(13%) | 612(75,3%) | 95(11,7%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 29,110 *P = 0,000* NA : Non applicable

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le moyen de transport/référence des nouveau-nés

| Moyen de transport | Référence nouveau-né | | | Total |
|--------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | NA | Non | Oui | |
| Ambulance | 21(12,2%) | 86(50,0%) | 65(37,8%) | 172(100,0%) |
| Autres moyens | 109(17,0%) | 365(56,9%) | 167(26,1%) | 641(100,0%) |
| Total | 130(16,0%) | 451(55,5%) | 232(28,5%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 10,430

P = 0,034

NA : Non applicable

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/état dans les 24h

| Mode d'admission | Etat Satisfaisant dans les 24h | | Total |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 14(2,9%) | 470(97,1%) | 484(100,0%) |
| Evacuation | 25(7,6%) | 304(92,4%) | 329(100,0%) |
| Total | 39(4,8%) | 774(95,2%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 10,126

P = 0,072

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon le mode d'admission (provenance)/état dans les 24h

| Mode d'admission (Provenance) | Etat Satisfaisant dans les 24h | | Total |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 14(2,9%) | 470(97,1%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 1(8,3%) | 11(91,7%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 14(7,3%) | 177(92,7%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 0(0,0%) | 4(100,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 10(8,2%) | 112(91,8%) | 122(100,0%) |
| Total | 39(4,8%) | 774(95,2%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 10,126 P = 0,072

Tableau XLV : Répartition des patientes selon le mode d'admission/décès maternel

| Mode d'admission | Décès maternel | | Total |
|---------------------------|-------------------|----------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 481(99,4%) | 3(0,6%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 12(100,0%) | 0(0,0%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 190(99,5%) | 1(0,5%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 4(100,0%) | 0(0,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 122(100,0%) | 0(0,0%) | 122(100,0%) |
| Total | 809(99,5%) | 4(0,5%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 0,969 P = 0,965

Tableau XLVI : Répartition des patientes selon le mode d'admission/complications maternelles

| Mode d'admission | Complications | | Total |
|---------------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 473(97,7%) | 11(2,3%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 11(91,7%) | 1(8,3%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 161(84,3%) | 30(15,7%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 4(100,0%) | 0(0,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 93(76,2%) | 29(23,8%) | 122(100,0%) |
| Total | 742(91,3%) | 71(8,7%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 14,055 P = 0,170

Tableau XLVII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/état des nouveau-nés

| Mode d'admission | Etat nouveau-né | | | Total |
|---------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| | NA | Mort-né | Vivant | |
| Venue d'elle-même | 70(14,5%) | 26(5,4%) | 388(80,2%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 2(16,7%) | 0(0,0%) | 10(83,3%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 14(7,3%) | 23(12,0%) | 154(80,6%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 0(0,0%) | 0(0,0%) | 4(100,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 20(16,4%) | 16(13,1%) | 86(70,5%) | 122(100,0%) |
| Total | 106(13,0%) | 65(8,0%) | 642(79,0%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 21,989 P = 0,015 NA : Non applicable

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/réanimation des nouveau-nés

| Mode d'admission | Réanimation nouveau-né | | | Total |
|----------------------------------|------------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | NA | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 47(9,7%) | 406(83,9%) | 31(6,4%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 3(25,0%) | 8(66,7%) | 1(8,3%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 27(14,1%) | 120(62,8%) | 44(23,0%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 0(0,0%) | 2(50,0%) | 2(50,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 29(23,8%) | 76(62,3%) | 17(13,9%) | 122(100,0%) |
| Total | 106(13,0%) | 612(75,3%) | 95(11,7%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 57,149 *P = 0,000* NA : Non applicable

Tableau XLIX : Répartition des patientes selon le mode d'admission/référence des nouveau-nés

| Mode d'admission | Référence nouveau-né | | | Total |
|----------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | NA | Non | Oui | |
| Venue d'elle-même | 47(9,7%) | 316(65,3%) | 121(25,0%) | 484(100,0%) |
| CSREF | 3(25,0%) | 3(25,0%) | 6(50,0%) | 12(100,0%) |
| CSCOM | 27(14,1%) | 99(51,8%) | 65(34,0%) | 191(100,0%) |
| Structure conventionnelle | 0(0,0%) | 1(25,0%) | 3(75,0%) | 4(100,0%) |
| Structure privée | 29(23,8%) | 56(45,9%) | 37(30,3%) | 122(100,0%) |
| Total | 106(13,0%) | 475(58,4%) | 232(28,5%) | 813(100,0%) |

Khi-2 = 26,601 *P = 0,003* NA : Non applicable

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Fréquence :

Le CSREF de la commune V prend en charge tous les cas d'urgences obstétricales de la commune et parfois d'autres communes. Sa situation géographique le rend plus accessible à la population.

Sur 10199 admissions en 12 mois, nous avons enregistré 813 urgences obstétricales soit une fréquence de 7,97%.

Ce taux se rapproche de ceux retrouvés par KODIO BA au CSREF CVI en 2010 ; pour 5246 accouchements en 12 mois, ont été enregistrées 507 urgences obstétricales soit une fréquence de 9,67% [1].

Notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de MAIGA D à l'Hôpital régional de Gao en 2010 ; sur 862 accouchements en 12 mois, 203 urgences obstétricales ont été enregistrées soit une fréquence de 23,5% [2].

Profil sociodémographique :

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes était de 22 ans $\pm 7,39$ avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans. CISSE SA avait retrouvé dans son étude un âge moyen de 26 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans [7].

La gestité et la parité étaient respectivement de $3,39 \pm 2,154$ et $2,25 \pm 2,077$ en moyenne.

Deux tiers de nos patientes (65,19 %) résidaient en commune V et les femmes mariées étaient majoritaires avec 96,8 %.

Les femmes au foyer occupaient 80 % des professions ; avec un taux de 10,1 % d'élèves et étudiantes.

Caractéristiques cliniques :

Mode d'admission et motif d'admission :

- Dans notre étude, nous avons constaté que :
 - 59,5 % étaient venues d'elles-mêmes. Ce taux est supérieur à celui trouvé par KODIO BA et MAIGA D avec respectivement 38,1 % et 36,9 % des

cas [1-2]. Notre taux est cependant proche de celui trouvé dans une étude réalisée au Bénin en 2013 qui était de 45 % (507 cas) [34].

Ces écarts peuvent s'expliquer par le fait que la majorité de la population consulte directement au CSREF CV sans passer par les centres de santé de niveau inférieur (les CSCOM et autres dispensaires).

- 329 patientes ont été évacuées soit 40,5 % dont 58,06% venaient des CSCOM, 37,08% des structures privées (cliniques médicales ou cabinets médicaux) et 3,65% étaient référées à partir d'autres CSREF du district.

Notre résultat en termes d'évacuation est inférieur à celui retrouvé au Bénin 51,5%, à celui de MAIGA D qui était de 63,1% et de KODIO BA (61,9%) dont 94,9% provenant des CSCOM [1-2, 34]. Notre taux peut s'expliquer par le fait que les patientes référées pour urgences obstétricales et dont le diagnostic au centre ne révèle pas un caractère urgent n'ont été prises en compte.

Les résultats de notre étude montrent que 56,53% des évacuations ont été effectuées par une sage-femme et le support d'évacuation le plus utilisé était le bulletin d'examen, suivi de la fiche de référence ; ceci est dû au fait que peu de structures privées disposent de la fiche de référence standard utilisée par les structures de santé de l'Etat.

Nous avons aussi constaté des cas de référence verbale (sans documents de référence). Un simple appel téléphonique est souvent émis par la structure de référence pour informer la structure d'accueil de l'arrivée d'une urgence. Et il n'existe aucun système de régulation pour la transmission de ces urgences au niveau des CSREF.

Ces supports de référence permettent de situer rapidement une éventuelle anomalie, d'assurer une meilleure traçabilité du parcours-patient, facilitant ainsi la prise de décision.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Sur l'ensemble des admissions enregistrées dans notre étude, 21,2% des patientes étaient venues par ambulance contre 69,7% par des moyens de transport en commun (taxi, fourgonnette communément appelée SOTRAMA, tricycle) 8,4% étaient arrivées à bord de voitures personnelles et 5 patientes étaient admises à bord de mobylettes. Selon l'étude de KANE MM, 29,07% des patientes admises pour urgences obstétricales étaient arrivées à bord de véhicule personnels ou de taxi [16]. Ce fait est probablement dû à l'absence d'organisation des services de médecine pré hospitalière au Mali, et aussi à l'insuffisance du nombre d'ambulances mobilisables au niveau des structures de santé.

À part l'ambulance, les autres moyens de transport étaient des moyens de fortune.

- Les contractions utérines douloureuses ont été le motif d'admission le plus fréquent des patientes venues d'elles-mêmes avec 344 cas sur les 484 cas soit 71,07% suivies de 60 cas de saignements sur grossesse soit un taux de 12,04 %
- Les dystocies ont été le motif d'évacuation le plus fréquent avec 43,82% soit 108 cas sur les 329 cas avec une prédominance des dystocies mécaniques 25,53%. L'HTA et ses complications ont occupé une place importante parmi les motifs d'évacuation avec 20,97% suivies de l'hémorragie du post partum immédiat (HPPI) avec 11,85%.

Diagnostic retenu :

Dans notre étude les dystocies ont été le diagnostic le plus fréquent avec 245 cas sur les 813 urgences soit 30,12% ; dominées par les dystocies mécaniques avec un taux de 29,5%.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

La fréquence élevée des dystocies dans notre étude pourrait s'expliquer par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque liés à la grossesse lors des CPN.

L'HTA et ses complications viennent en deuxième place avec 18,7% suivies des cicatrices utérines qui sont de plus en plus fréquentes avec 10,46%. L'HRP occupe une place non négligeable avec 8,73% des diagnostics.

Ces taux se rapprochent de ceux retrouvés au Bénin avec 32,1% pour les dystocies et 16,4% pour les urgences hypertensives [34]. KODIO BA avait trouvé un taux de 65,6% pour les dystocies et 2,8% pour les urgences hypertensives [1].

Prise en charge :

- La césarienne d'urgence a été l'intervention la plus pratiquée avec 575 cas soit 81,33% ; ce taux est inférieur à celui de KODIO BA [1].
- 17,40% ont accouché par voie basse dont 6 cas d'utilisation de la ventouse ;
- 8,31% ont subi une laparotomie pour RU/GEU soit 54 cas dont neuf laparotomies pour RU ;
- Les AMIU ont représenté 1,85% des attitudes thérapeutiques soit 12 cas ;
- Une hystérectomie d'hémostase a été réalisée chez 3 patientes soit 0,46% ; KODIO BA a trouvé un taux de 1% [1].
- 10,1% ont bénéficié d'une transfusion sanguine soit un total de 82 patientes
- un traitement médical a été instauré chez 52 patientes soit un taux de 6,4%.

La rachianesthésie a été la technique d'anesthésie la plus utilisée avec 78,19% des cas (674 cas d'anesthésie au total), suivie de l'anesthésie générale avec un taux de 18%.

Pronostic :

1- Maternel :

- **Dans les premières 24 heures après l'admission :** 95,2% avaient des suites de couches normales ; 4,6% avaient des complications (37 cas).

Parmi les 37 cas de complications, 32 patientes ont été évacuées vers un CHU.

DISSA L, KODIO BA, COULIBALY D avaient retrouvé respectivement des taux de 5,80%, 1% et 1% de complications dans les suites de couches [1, 23, 35].

Dans les premières 24 heures, nous avons enregistré 2 cas de décès.

- **Après les premières 24 heures :** 7 patientes ont été évacuées vers un CHU et 2 patientes sont décédées sur un total de 781 patientes.

Dans notre étude ; 4 patientes au total sont décédées soit un taux de décès de 0,5%. Ce taux se rapproche de celui de KODIO BA avec 0,4%. MAIGA D rapporte 2% de décès maternels [1-2].

Les causes retrouvées étaient : la décompensation aiguë d'une anémie sur grossesse, le choc hémorragique avec troubles de la coagulation, les complications de l'HTA (chronique ou gravidique) et l'infection.

2- Foetal :

Durant notre période d'étude, nous avons trouvé 65 cas de décès néonatal sur 707 naissances soit un taux de 9,2%. Les nouveau-nés des patientes dont les BDCF étaient absents à l'admission et qui ont été évacuées vers un CHU n'ont pas été pris en compte.

Ces décès pourraient s'expliquer par le retard à l'admission dans le service et par certaines complications imprévisibles telles que l'HRP, la pré-éclampsie et le PP. La procédure de prise en charge (référence et moyen de transport) avant l'arrivée est probable responsable en partie dans ces chiffres de décès.

KODIO BA et COULIBALY D rapportaient respectivement des prévalences de 7,50% et 2,92% [1, 35].

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Une technique de réanimation néonatale a été instaurée chez 13,44% des naissances. Tous les cas de réanimation ont été référés par la suite à la néonatalogie du CSREF de la Commune V. Au total 232, nouveau-nés y ont été référés ; les motifs de références étaient dominés par l'asphyxie fœtale aigue avec 43,1% suivie de la macrosomie fœtale avec 23,7%.

Croisement moyen de transports :

Pour 172 cas d'admission par ambulance 7,6% avait un état non satisfaisant dans les 24h et pour les 640 cas admis par les autres moyens de transport, ce taux était de 4,1% avec $p=0,159$.

Dans notre étude, 1 cas des décès maternels était admis par ambulance soit 0,6% des évacuations par ambulance et les 3 cas étaient admis par les autres moyens soit 0,5% des patientes admises par autre moyen que l'ambulance avec $p=0,606$. Notre taux diffère de celui de KOUDJOU TLB, qui a trouvé 54,79% des décès maternels des évacuations par ambulance et 45,20% de décès des patientes venues par autre moyen de transport [29]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de KOUDJOU TLB était uniquement basée sur les cas de décès maternels ; et surtout que la plupart des cas sévères étaient systématiquement transférés par ambulance à travers le système de référence-évacuation mis en place. La plupart de ces cas n'étaient pas transportable par d'autres moyens.

14,5% des patientes admises par ambulance avaient des complications avec $p=0,881$ et 11% des patientes admises par ambulance ont accouché de mort-nés contre 7,2% pour les patientes admises par les autres moyens de transport avec $p=0,000$. GUINDO SB a trouvé 61,53% des complications des patientes admises par ambulance et 38,45% par les autres moyens de transport [36].

Parmi 95 cas de réanimation de nouveau-nés, dans 40 cas les mères étaient admises par ambulance soit 23,3% des cas d'évacuation par ambulance avec $p=0,000$, et dans les 55 cas les mères étaient admises par les autres moyens de transport avec $p=0,000$. Ceci donne une différence statistiquement significative en matière de pronostic des nouveau-nés en tenant compte du mode et moyen d'admission.

Croisement mode d'admission :

Parmi les 39 cas dont l'état était non satisfaisant dans les 24h, 25 patientes étaient évacuées soit 7,6% des évacuations et 14 patientes étaient venues d'elles-

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

mêmes soit 2,9% des patientes venues d'elles (p=0,072). Cet état non satisfaisant était de 8,3% parmi les cas d'évacuation par CSREF contre 8,2% parmi les cas d'évacuation par les structures privées et 7,3% des évacuations des CSCOM avec p=0,072.

Les CSCOM ont évacué 1 cas de décès maternel soit 0,5% des évacuations des CSCOM et 3 cas étaient venues d'elles-mêmes soit 0,6% des patientes venues d'elles même (p=0,965). MAIGA D a trouvé 3,1% de décès maternel parmi les patientes évacuées et 0% parmi les patientes venues d'elles même [2]. CISSE SA trouve 11% de décès maternel parmi les patientes évacuées et 10,39% parmi les patientes venues d'elles-mêmes [7]. Ce taux de décès maternel était de 0,8% parmi les patientes venues d'elles même et de 4,6% parmi les patientes évacuées pour ABDOURHAMANE M [25]. Il en ressort que l'évacuation à partir des CSCOM ne changeait pas statistiquement le pronostic (p=0,965) si le transport n'était pas assuré de façon adéquate.

Les complications maternelles étaient plus fréquentes parmi les cas d'évacuation 47,8%; et 2,3% parmi les patientes venues d'elles-mêmes (p=0,170). MAIGA D a trouvé dans son étude 13,7% cas de complication parmi les patientes évacuées et 16% parmi les patientes venues d'elles-mêmes [2].

Les mort-nés étaient aussi plus fréquents parmi les cas d'évacuation par les structures privées avec 13,1%. Ce taux était de 12% parmi les cas d'évacuation par CSCOM ; p=0,015.

23% des nouveau-nés des évacuations par CSCOM ont été réanimés avec p=0,000 et 34% de ces évacuations ont été référés avec p=0,003.

Nous disposons de peu de données pour comparer nos valeurs, mais nous pouvons constater dans notre étude que le pronostic materno-fœtal dépend du mode d'admission et encore plus des moyens de transport pour accéder à un centre apte à faire une prise en charge adéquate.

Une étude multicentrique et de plus grande envergure pourrait s'intéresser à cette question qui constitue une problématique d'actualité dans la prise en charge de la périnatalité.

CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les urgences obstétricales sont fréquentes au centre de santé de référence de la commune V avec une fréquence de 7,97%. Elles concernent surtout la femme jeune avec un âge moyen de 22 ans \pm 7,39. Le mode d'admission le plus fréquent était l'autoréférence avec 59,5 % des patientes venues d'elles-mêmes. Les patientes évacuées ont représenté 40,5 %. 21,16% des patientes ont été admises par ambulance et 78,84% par les autres moyens de transport non adaptés.

Les étiologies sont diverses, dominées surtout par les dystocies ; l'HTA et ses complications ; les cicatrices utérines et l'HRP. La mortinatalité a représenté 9,2% et la mortalité maternelle était de 0,5%.

La réduction de la morbi-mortalité liée aux urgences obstétricales passe par l'administration des soins de qualité depuis le domicile (prise en charge pré hospitalière), jusqu'à l'arrivée dans une structure de santé adaptée.

RECOMMADATIONS

Au regard de ces résultats, nous suggérons ce qui suit :

1- Aux autorités sanitaires et politico-administratives :

- Améliorer le mode d'admission des urgences par la création d'un système de soins pré-hospitaliers ;
- Renforcer d'avantage le système de référence/évacuation en dotant les centres d'ambulance médicalisée ;
- Créer un système de médecine pré hospitalière pour une prise en charge rapide des urgences obstétricales depuis le domicile.

2- Aux prestataires de soins :

- Évacuer précocement les cas compliqués ;
- Promouvoir les consultations prénatales recentrées par le dépistage précoce des facteurs de risques sur grossesse et par la référence vers les structures adaptées ;
- Remplir correctement les partogrammes et les fiches d'évacuation.

3- A la population :

- Consulter les services de CPN, de CPON et de santé de la reproduction ;
- Éviter le retard dans le recours des soins ;
- Scolariser les filles et lutter contre le mariage précoce afin d'éviter la grossesse des adolescentes responsable d'anomalies (bassin immature, psychose)
- Mettre en place des mutuelles pour payer les frais de transport en cas de création du système de médecine pré-hospitalier.

REFERENCES

REFERENCES

[1] KODIO BA

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune VI à propos de 507 cas. Thèse méd. Bamako 2010 N° 10M214

[2] MAIGA D

Les urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Gao du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008. Thèse de méd., Bamako 2010 N° 10M195

[3] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2014

Mortalité maternelle. Centre des médias Aide-mémoire N°348 Mai 2014.

[4] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2013

Statistiques sanitaires mondiales 2013. Page 66.

[5] ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI V (EDSM-V) 2012-2013

[6] SAYE M

Les urgences obstétricales à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas. Thèse méd. Bamako 2005 N°120

[7] CISSE SA

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti à propos de 281 cas. Thèse de médecine, Bamako 2008 N° 08M300

[8] DIARRA T

Urgences médicochirurgicales et obstétricales : Evaluation de la prise en charge au CS Réf de Niono. Thèse de méd. Bamako 2015 N° 15M280

[9] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.

Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population, 1990.

[10] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES : DSFC

Cadre conceptuel du système de référence au Mali. Atelier national d'harmonisation des systèmes de référence et contre référence, 2000.

[11] FOMBA A

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

[12] DIALLO L

Evaluation du système de référence/évacuation du cercle de Baraoueli de 2005 à 2010. Thèse de médecine, Bamako 2012 N° 12M183

[13] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition Masson paris 1989 :135-533

[14] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Classification Internationale des Maladies. 9^e révision (CIM-9), Genève, OMS, 1975

[15] TALL A

Etude de la mortalité et de la morbidité dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 374cas. Thèse de médecine, Bamako 1999 N°7

[16] KANE MM

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation et contre référence au CSREF CVI. Thèse méd. Bamako 2009 N° 09M349

[17] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique. 6^e édition, Ed. MASSON, Paris 1995, 598p

[18] SANGARE AG

HTA gravidique et éclampsie à Bamako. Thèse méd. Bamako 1985, n°15, 70 p.

[19] DELECOUR M. et AL.

Abrégé illustrés de Gynéco-obstétrique. Paris : Masson, 1979-IX-570p.

[20] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mortalité maternelle dans les régions du monde, vers 1988.taux pour 100 000 naissances vivantes.

[21] CAMARA S

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'études au CHU de Cocody. Thèse méd. Abidjan 1986 N°714

[22] COLAU JC et V. ZAN

Hématome rétro placentaire ou D.P.P.N.I En Med chir. (Paris France)
obstétrique 5071 A 106 – 1985

[23] DISSA L

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au Centre de Santé de
Référence de la Commune V. Thèse méd. Bamako 2005.

[24] LANSAC, BERGER C, MAGNIN G.

Obstétrique pour le praticien. SIMEP édit Paris, 1979,2p.

[25] ABDOURHAMANE M

Etude de la Mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du
CHU Gabriel Touré : de l'épidémiologie à l'audit. Thèse méd. Bamako 2008 N°
08M305

[26] PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J-C.

Obstétrique (Médecine- Sciences) Flammarion, Chapitre 78 : 985-1004 et
chapitre 92 : 1191- 1204

[27] DELECOUR M.

Les césariennes comportent-elles encore des risques infectieux graves?
Entretien de Bichat-chirurgie et spécialité ; 1980 :177-179.

[28] MABOUNGA NRA

Placenta preavia hémorragique Aspect épidémio-clinique au Centre de Santé de
référence de la Commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

[29] KOUDJOU TLB

Etude de la mortalité maternelle dans les services de gynécologie obstétrique et
d'anesthésie- réanimation au CHU du Point "G" à propos de 73 cas. Thèse méd.
Bamako 2008 N° 08M521

[30] MAINE D, AKALIN MZ, WARD VM, KAMARA A.

La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité
maternelle. New York : Centre de santé des populations et de la famille, Ecole
de sante publique, Université Colombia. 2005

[31] DE BERNIS L.

La mortalité maternelle dans le monde. Extrait des mises à jour en Gynécologie
et obstétrique, CNGOF 2005, p.93

[32] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. GENEVE.

Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune
OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève OMS 1999.

[33] DRAME B

Admission à l'Unité d'accueil des urgences du chu du Point G de Bamako :
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Thèse méd N93/2014

**[34] TCHAOU BA, HOUNKPONOU NFM, SALIFOU K, ZOUMENOU E,
CHOBLI M**

Les urgences obstétricales à l'Hôpital universitaire de Parakou au Bénin :
aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. European Scientific Journal,
2015 ; 11 : 260-272

[35] COULIBALY D

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de
référence de la commune IV à propos de 293 cas. Thèse de médecine, Bamako
2008 N° 08M479

[36] GUINDO SB

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence
au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse méd.
Bamako 2008 N° 08M262

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° d'identification du dossier..... N° de la fiche d'enquête.....

RENSEIGNEMENT DEMOGRAPHIQUE

Q1-Nom.....

Q6-Résidence.....

Q2-Prénom..... Q7-Ethnie.....

Q3-Age.....

Q4-Profession.....

Q5-Situation matrimoniale :|......| 1-Mariée 2-Célibataire 3-Divorcée 4-Veuve

Q6-Niveau d'instruction :|......| 1-Primaire 2- Secondaire 3- Supérieure

4- Alphabet adulte 5- Aucun

MODE DE D'ADMISSION

Q7-Date et heure d'admission/...../2018 àh.....mn

Q8-Mode d'admission :|......| 1-Venue d'elle-même 2-Adressée par une structure de santé

Q9-Motif d'admission si venue d'elle-même :|......| 1-Douleurs abdomino-pelviennes 2-Contractions utérines douloureuses 3-Cephalée 4-vertiges 5-Saignements sur grossesse 6-Métrorragies sur retard des règles 7-Pertes liquidiennes 8-Crises convulsives 9-Autres

Q10-Motif d'admission si référence :|......|

1- HRP 2- PP 3-HTA sur grossesse 4-SFA 5-Défaut d'engagement 6-Hémorragie post partum 7-Procidence du cordon 8-Syndrome de pré-rupture utérine 9-MAP 10-Dystocie 11-GEU 12-Dilatation stationnaire 13-Suspicion de macrosomie 14-Liquide amniotique méconial 15-autres

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Q11-Support de référence: |.....|

1-Fiche de référence 2-Partogramme 3-Bulletin d'analyse 4- lettre 5-sans document

Q12-Structure de référence (Si adressée) : |.....| 1-CSCOM 2-CS de référence du district 3-Structure privée 4-Structure conventionnelle 5-Autres

Q13-Moyen de transport : |.....| 1-Ambulance 2- Voiture personnelle 3-Taxi 4-Moto 5-Autres

Q14-Date et Heure du Début des soins...../...../2018 àh.....mn

Q15-Temps mis avant de recevoir les soins à l'hôpital.....mn

Q16-Agent de l'évacuation ou de la référence : |.....| 1-Médecin 2-Interne 3-Sage-femme 4-Infirmière - 5-Autres

ANTECEDENTS

Q17-Médicaux:|.....| 1-HTA 2-Asthme 3-Diabète 4-Drépanocytose 5-Aucun

Q18-Chirurgicaux :|.....| 1-Césarienne 2-myomectomie 3-kystectomie 4-Salpingectomie 5-autres

Q19-Obstétricaux :

a) Gestité..... b) Parité..... c) Intervalle inter génésique.....

d) Nombre de césarienne..... g) Délai de la dernière césarienne.....

Q20-Nature de la grossesse actuelle:|.....| 1-pathologique 2-Nonpathologique

Si pathologique laquelle

:.....

Q21-Age gestationnel :S A

Q22-CPN : |.....| 1-Oui 2-Non

1-Nombre.....

2-Lieu :|.....| 2a-CSCOM 2b-CSREF 2c-Structure privée

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

3-Qualification de l'auteur : |.....| 3a-Médecin 3b-Interne 3c-Sage-femme
3d-Infirmière 3f-Autres

4-VAT : à jour non à jour

5-Prophylaxie anti palustre : |.....| 1-Oui 2-Non

EXAMEN GENERAL

1-Signes généraux :

Q23-Etat général : |.....|1-Bon 2-Passable 3-Altéré

Q24-Coloration des conjonctives :|.....|1-Colorées 2-Peu colorées3-Pâles

Q25-Température : |.....| 1- $\leq 37.5^{\circ} C$ 2- $\geq 37.5^{\circ} C$

Q26-Chiffres tensionnels en cm hg :

TAS :|.....| 1- ≤ 142 - Entre 14 et 163- >16

TAD :|.....| 1- ≤ 09 2-Entre09 et 10 3- >10

Q27- Pouls :|.....| 1- ≤ 100 pulsations/mn 2- Entre 100 et 120 pulsations/mn
3-Filant 4-Imprenable

2-Signes cardio-vasculaires

Q28-Tachycardie : |.....| 1-Oui 2-Non

Q29-Etat de choc :|.....| 1-Oui 2-Non

3-Signes neurologiques

Q30-Agitation :|.....| 1-Oui 2-Non

Q31-Convulsion : |.....| 1-Oui 2-Non

Q32-Coma post critique : |.....| 1-Oui 2-Non

4-Signes physiques

Q33-Abdomen fluctuant:|.....| 1-Oui 2-Non

Q34-Cri de l'ombilic :|.....| 1-Oui 2-Non

Q35-Masse pelvienne:|.....| 1-Oui 2-Non

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Q36-Hauteur utérine.....cm

Q37- Col sain : |.....| 1-Oui 2-Non

Q38-Dilatation du col..... cm

Q39-Métrorragie : |.....|1-Absente 2-Minime 3-Moyenne 4-Abondante 5-Très abondante

Q40-Annexes sensibles :|.....| 1-Oui 2-Non

Q41-Cri du Douglas:|.....| 1-Oui 2-Non

Q42-Procidence du cordon : |.....| 1-Oui 2-Non

Q43-Durée du travail en heure : |.....|

1- < 12 heures

2- 13 – 18 heures

3- 18 – 24 heures

4- 24 – 48 heures

5-Inconnue

Q44-Phase du travail d'accouchement :|.....|1-Phase latence 2-Phase active
3-Phase expulsive

Q45-Niveau de la présentation : |.....| 1-Non engagé 2- Engagé

5-Etat fœtal pendant le travail

Q46-Présentation : |.....| 1-Sommet 2-Transverse ou épaule 3-Siège

Q47-BDCF : |.....|1- < à 120 2-Entre120 - 160 3- >à 160 4-Absent

Q48-Aspect du liquide amniotique: |.....| 1-Clair 2-Méconial 3-Hématique

Q49-Etat des membranes : |.....|1-Intactes 2-Rompues dans le service 3-
Rompues hors du service

Q50-Nombre de fœtus : |.....|1-Mono fœtal 2-Gémellaire 3-Supérieur ou égale
à 3 fœtus

6-Examens complémentaires :

Q51- Groupage rhésus: |.....| 1-Oui 2-Non

Q52-Taux d'hémoglobine: |.....|1- Normal 2- bas 3- effondré 4- non fait

Q53-Test de grossesse : |.....| 1-Positif 2-Négatif 3-Non fait

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Q54-Ponction de Douglas : |.....| 1-Positif 2-Négatif 3-Non fait

Q55-Echographie : |.....| 1-Oui 2-Non

Q56-Proteinurie : |.....| 1-Positif 2-Négatif 3-Non fait

Q57-Diagnostique retenu : |.....|

1- Hémorragie post partum 2-Placenta Prævia Hémorragique (PPH)

3-HTA sévère chez la femme enceinte (Pré éclampsie) 4-Hématome Rétro Placentaire (HRP) 5-Eclampsie 6-Travail prolongé 7-Souffrance Fœtale Aiguë (SFA) 8-GEU rompue 9-Avortement compliqué 10-Pré rupture utérine 11-Rupture Utérine (RU) 12- Procidence du cordon battant 13-BGR en travail 14-Uterus cicatriciel sur bassin limite en travail 15-Utérus bi cicatriciel en travail 15-Autres

Q58-Prise en charge : |.....|

1-Médicale 2-Obstétricale 3-Chirurgicale

Type d'accouchement :

Q59-Voie basse : |.....| 1-Oui 2-Non Q60-Si oui : |.....| 1-Naturel 2-Forceps 3-Ventouse 4-Manœuvre obstétrical

Q61-Césarienne d'urgence : |.....| 1-Oui 2-Non

Q62-Laparotomie : |.....| 1-Oui 2-Non

Q63-Révision utérine : |.....| 1-Oui 2-Non

Q64-Tranfusion sanguine : |.....| 1-Oui 2-Non

Q65-Besoin en sang : |.....| 1-Satisfait 2-Non satisfait

Q66-Massage utérin : |.....| 1-Oui 2-Non

Q67-Perfusion des macromolécules : |.....| 1-Oui 2-Non

Q68-Administration d'utéro-toniques : |.....|

Q68a-Oxytocine Q68b-Prostaglandines Q68c-Mixtes Q68d-Aucun

Q69-Suture sous anesthésie : |.....| 1-Oui 2-Non

Q70-AMIU : |.....| 1-Oui 2-Non

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Q71-Hystérorraphie :|.....| 1-Oui 2-Non

Q72-Hystérectomie :|.....| 1-Oui 2-Non

Q73-Type d'anesthésie : |.....| 1-rachianesthésie 2- AG 3-péridurale 4-Sédation
5-anesthésie locale 6-ALR convertie en AG

RESULTATS

A- Pronostic maternel

Q74-Etat dans les 24h :|.....| 1-satisfaisant 2-non satisfaisant

Q75-Référée ou Evacuée : |.....| 1-Oui 2-Non

Q76-Décédé : |.....| 1-Oui 2-Non

Q77-Si décédé cause : |.....| 1-Hémorragie 2-Anémie 3-Arrêt cardiaque 4-HTA et complication 5-Infection 6-Autre (à préciser)

Q78-Etat à la sortie : |.....| 1-satisfaisant 2-non satisfaisant

Q79-Complication : |.....| 1-Oui 2-Non

Q80-Type de complications :|.....| 1-Endométrite 2-Anémie 3-Septicémie 4-Trombophlébite 5-Suppuration pariétale 6-Autres (à préciser)

Q81-Référée ou Evacuée : |.....| 1-Oui 2-Non

Q82-Décédé : |.....| 1-Oui 2-Non

Q83-Si décédé cause :|.....| 1-Hémorragie 2-Anémie 3-Arrêt cardiaque 4-HTA et complication 5-Infection 6-Autre (à préciser)

Q84-Durée du séjour jours

B- Pronostic fœtal

Q85-Etat du nouveau-né :|.....|

1-Vivant 2-mort-né 3-décès intra partum 4-décès néonatal

Q86-Si vivant Apgar 1ère mn :|.....| 5ème mn :|.....| 10ème mn :|.....|

1- ≤6 2- Entre 7 et 9 3- 10

Q87-Poids:..... Grammes

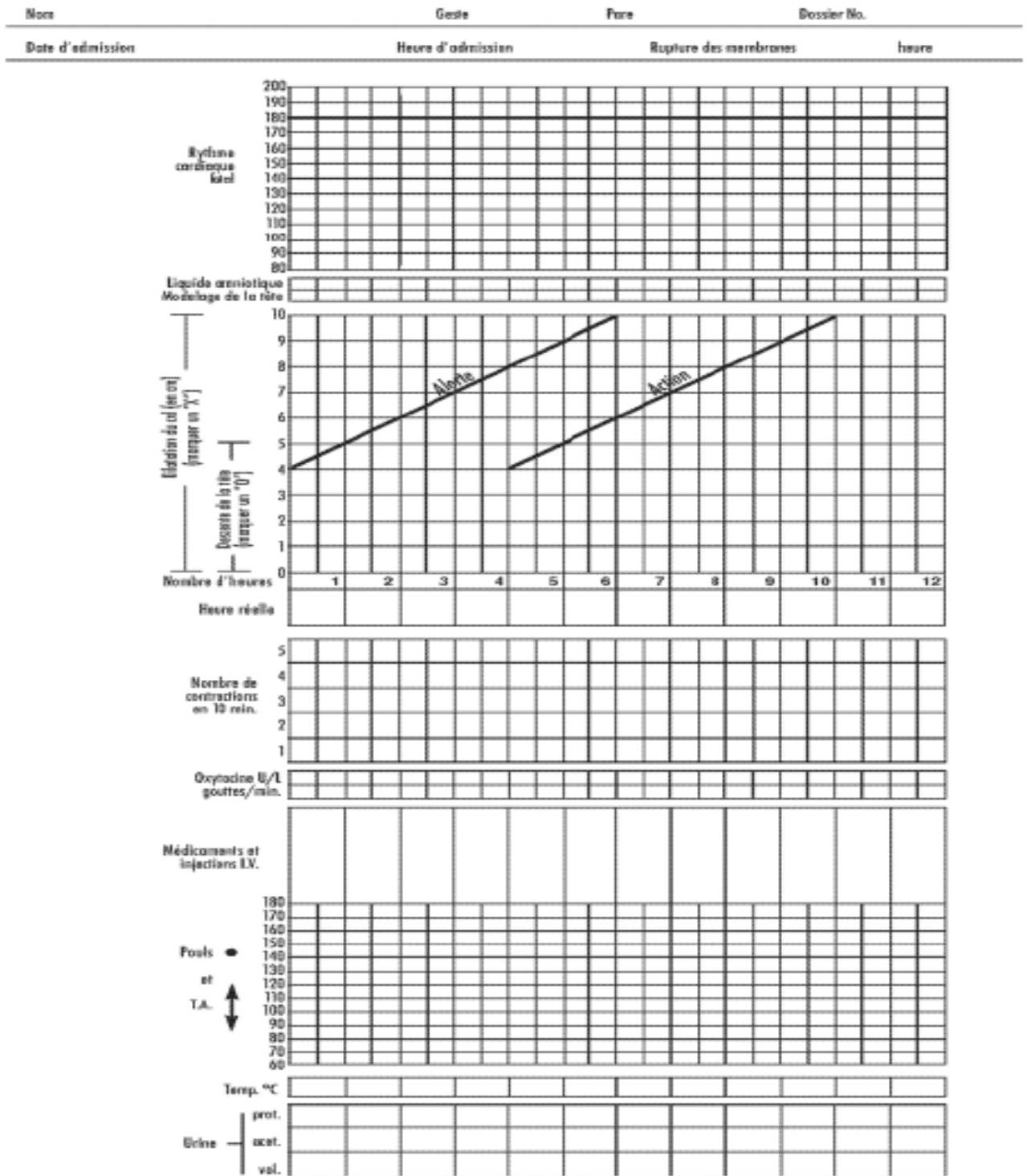
Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

Q88-Enfant réanimé : |.....| 1-Oui 2-Non

Q89-Référée à la néonatalogie : |.....| 1-Oui 2-Non

Q90-Cause de la référence :|.....| 1-AFA 2-Macrosomie 3-Risque infectieux
4-Prématurité 5-Hypotrophie 6-Autres

PARTOGRAPHE



FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TANGARA

Prénom : Tiéna

Date et lieu de naissance : 02 février 1993 à Bamako

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2018 -2019

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique et Anesthésie-réanimation.

Résumé :

L'objectif de notre étude était d'étudier le mode d'admission et le devenir immédiat des urgences obstétricales dans le service de gynécologie- obstétrique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude prospective allant de janvier 2018 à décembre 2018 soit 12 mois. Durant notre étude, sur un total de 10199 admissions dans le service, nous avons enregistré 813 cas d'urgence obstétricale soit une fréquence de 7,97%. L'âge moyen a été 22 ans \pm 7,39 avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans. Les patientes venues d'elles-mêmes ont représenté 59,5 % et celles évacuées 40,5 %. 21,16% des patientes ont été admises par ambulance et 78,84% par les autres moyens de transport non adaptés.

Les urgences obstétricales sont dominées par les dystocies 30,12% ; l'HTA et ses complications 18,7% ; les cicatrices utérines 10,46% ; l'HRP 8,73%.

La césarienne d'urgence a été l'intervention la plus pratiquée dans la prise en charge des urgences obstétricales avec un taux de 81,33% et la technique d'anesthésie la plus utilisée a été la rachianesthésie avec 78,19% des cas d'anesthésie.

La mortinatalité a représenté 9,2% et la mortalité maternelle était de 0,5%.

Urgences obstétricales : mode d'admission et devenir immédiat

La réduction de la morbi-mortalité liée aux urgences obstétricales passe par l'administration des soins de qualité depuis le domicile (prise en charge pré hospitalière), jusqu'à l'arrivée dans une structure de santé adaptée.

Mots clés : CSREF CV, urgences obstétricales, mode d'admission, moyen de transports, pronostic materno-fœtal.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.