

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

THESE

**PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES
PARTURIENTES NON SUIVIES DANS LE
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 09/06/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mlle FOMBA Mariam

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

Jury

Président : Pr Boubacar TOGO
Membre : Dr Amadou BOCOUM
Co-Directeur : Dr Souma KODIO
Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACE

Nous rendons grâce à Dieu le tout puissant le Miséricorde qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que nous avons tant attendu.

Je dédie ce travail :

A Mon très cher père Chiaka FOMBA

PAPA, grâce à toi j'ai pu surmonter cette épreuve dure.

Tu as été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions.

Tu m'as soutenu tout au long de ce trajet. Vous m'avez appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler. L'éducation que tu m'as donnée m'a permis d'être ce que je suis aujourd'hui et cela était l'un de vos rêves précieux. Ta bonté envers les enfants d'autrui fait de toi un homme respectueux que j'admire beaucoup. Qu'Allah t'accorde meilleure santé et longue vie.

A Ma très chère mère Aïssata TRAORE

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect mon amour éternel mon attachement et ma reconnaissance. Mère adorable respectueuse, vous êtes ma raison de vivre et j'en suis fière. De tout mon cœur, je t'aimerais pour l'éternité mon excellente et courageuse maman.

A Ma tante Sitan DIAKITE

Merci pour l'hospitalité et l'accueil chaleureux, que le bon Dieu vous bénisse et prodigue votre foyer avec plein de bonheur.

A Mes chers frères et cousins

Woyo Alassane FOMBA, Mohamed DIAKITE, Dramane DIAKITE, Daouda FOMBA, Issouf DIAKITE, Souleymane MARIKO, Chiaka DOUMBIA, Ousmane DOUMBIA, puisse la fraternité et l'amour nous unissent à jamais.

Que le bon Dieu vous accorde une vie pleine de succès et de bonheur.

A Mes sœurs et cousines

Massaran FOMBA, Salimata DIAKITE, Soumba FOMBA, Djenebou FOMBA,
Kadiatou DIAKITE, Sanaba DOUMBIA, TRAORE Salimata, TRAORE Aramata
Merci sincèrement pour le soutien tout le long de mes études.

REMERCIEMENTS

Aux Dr SISSOKO Hamady et Dr TRAORE Souleymane : J'ai eu le plaisir de vous connaître. Vous m'avez aidé durant l'élaboration de ce travail.

Merci pour votre encadrement et bonne carrière de gynécologue-obstétricien.

Aux : Dr SANOGO Moussa, Dr Brisse DEMFACK, Dr Maruis SOUSSOU, Dr NIANG Sekou, Dr KAMIAN Modibo, Dr TRAORE Mohamed, Dr FOMBA Ibrahim : merci pour la contribution et la détermination pour le travail bien fait.

A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de la commune III.

Acceptez ici mes sincères remerciements pour votre disponibilité constante.

A Mes amis(es)

Dr KANTE Bintou, Dr KEÏTA Fatoumata, Dr COULIBALY Affisatou, Dr KONE Assitan, Dr KONE Korotoum, Dr DIARRA Awa, Dr GORRO Fanta, Dr Dramane BALLO, Dr MOUNKORO Jean, Dr GUINDO Boureima, Dr BORE Hamsetou, Dr KAMATE Kadiatou, TRAORE Issouf, Adiaratou DOUMBIA, Kenifin TRAORE
Merci pour votre franche collaboration.

A ma famille du Point G « Cité Vert » »

Dr BENGALY Seydou, Dr TRAORE Adama Famoussa, Dr TRAORE Sory Ibrahim
Dr SYLLA Aboubacar, Dr GUINDO Issouf, Dr DOUMBIA Chiaka, Dr KONATÉ Drissa, FOMBA Bougou, DEMBELE Boureima, COULIBALY Maimouna
Dr COULIBALY Adama, Dr TRAORÉ Siaka, Dr QUATTARA Kateneme Seydou,
Dr DENA Pierre, Dr KANTÉ Kalifa, Dr SANOGO Guey, Dr MAIGA Seydou
Merci, ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez largement contribué.

A mes familles citées ci-dessous :

DOUMBIA à Daoudabougou

FOMBA à N'zianouan (Côte d'Ivoire)

TRAORE à Kalaban-coura

DIAKITE à Djikoroni et Niamanan

Merci pour votre cohésion sociale et votre soutien

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement

A tous ce qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Merci

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

Professeur Boubacar TOGO

- **Professeur titulaire en Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie ;**
- **Pédiatre Oncologue ;**
- **Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chef de l'unité d'Oncologie Pédiatrique ;**
- **Membre du GFAOP.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse et nous vous remercions de la confiance que vous avez bien voulu témoigner. Nous avons eu de la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Nous ne saurons jamais vous exprimer notre profonde gratitude. Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer notre grande estime et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maitre-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie et Obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie et Gynécologie ;**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie Gynécologie et Obstétrique en France ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître,

Vous avez accepté avec spontanéité et gentillesse de juger ce travail.

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour le travail bien fait force l'admiration. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Souma KODIO

- **Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique ;**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune III du District
de Bamako ;**
- **Trésorier général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique
(SOMAGO) ;**
- **Trésorier général adjoint du bureau national du Syndicat des Médecins du
Mali (SYMEMA) ;**
- **Secrétaire général du Syndicat des Médecins du Mali section Commune
VI ;**
- **Membre de toastmasters international Bamako Ciwara.**

Cher Maître,

Vous êtes un maître exceptionnel, doté de qualités impressionnantes.

Nul doute que ce travail est le fruit de vos immenses efforts.

Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers, du privilège qui nous a été accordé d'être compté parmi vos étudiants.

Merci infiniment.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Prof Niani MOUNKORO

- **Maître de conférences de Gynécologie et Obstétrique ;**
- **Chef de département de Gynécologie et Obstétrique du CHU Gabriel
TOURE ;**
- **Point focal de l'initiative francophone de la réduction de la mortalité
maternelle par avortement à risque ;**
- **Officier du mérite de la Santé.**

Cher Maître,

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous m'avez reçu dans votre service et avez bien voulu diriger ce travail. Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Tout en espérant continuer à apprendre à votre école, recevez cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, et de notre reconnaissance inoubliable.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AgHbs :	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
ASACO :	Association de Santé Communautaire
BDCF :	Bruit du cœur fœtal
BW :	Bordet Wassermann
C III :	Commune III
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultation Périnatale
CPNR :	Consultation Périnatale Recentrée
CPON :	Consultation Post Natale
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
ECBU :	Examen Cytobactériologiques des Urines
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé au Mali
FCS :	Fausse Couche Spontanée
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FIGO :	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
GATPA :	Gestion Active de la Troisième Période du Travail d'Accouchement
GFAOP :	Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique
GO :	Gynécologie et Obstétrique
GsRh :	Groupe sanguin Rhésus
Hb :	Hémoglobine
HPPI :	Hémorragie du Post Partum Immédiat
HRP :	Hématome Retro Placentaire
HTA :	Hypertension Artérielle
HU :	Hauteur Utérine
INN :	Infection Néonatale

MAP :	Menace d'Accouchement Prématuré
MFIU :	Mort Fœtal In Utéro
OIDA :	Occipito-Iliaque Droite Antérieur
OIDP :	Occipito-Iliaque Droite Postérieur
OIGA :	Occipito-Iliaque Gauche Antérieur
OIGP :	Occipito-Iliaque Gauche Postérieur
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OP :	Occipito-Pubienne
OS :	Occipito-Sacrée
PDE :	Poche des Eaux
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planning Familial
PNP :	Politique et Normes des services de santé de la reproduction
PP :	Placenta Prævia
PRP :	Promonto-Rétropubien
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RAI :	Recherche d'Agglutinine Irrégulière
RCF :	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU :	Retard de Croissance Intra Utérin
RDV :	Rendez-Vous
RPM :	Rupture Prématurée des Membranes
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SAA :	Soins Après Avortement
SFA :	Souffrance Fœtale Aigue
SOMAGO :	Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique
SYMEMA :	Syndicat des Médecins du Mali
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine

TM : Transverse Médian

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

VAT : Vaccination Antitétanique

VIH/sida : Virus de l'Immunodéficience Humaine/syndrome immunodéficience
acquise

\geq : Supérieur ou égale

\leq : Inférieur ou égale

$>$: Supérieur

$<$: Inférieur

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des parturientes selon la fréquence des grossesses non suivies	45
Tableau II: Répartition des parturientes selon le motif d'admission	46
Tableau III: Répartition des parturientes selon leur état général	51
Tableau IV: Répartition des parturientes selon la pression artérielle	51
Tableau V: Répartition des parturientes selon la température	52
Tableau VI: Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal	52
Tableau VII: Répartition des parturientes selon l'âge présumé de la grossesse	52
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux.....	53
Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction du délai entre la rupture de la membrane et le début du travail (N= 27)	55
Tableau X: Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique	55
Tableau XI: Répartition des parturientes selon le taux d'hémoglobine.....	56
Tableau XII: Répartition des parturientes selon la présence de protéinurie	56
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon la présence de leucocyte et nitrite..	57
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu à l'admission .	57
Tableau XV: Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement	58
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne (N=15).	58
Tableau XVII: Répartition des parturientes selon les complications en per partum ..	59
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon les complications dans les suites de couche	59
Tableau XIX: Répartition des parturientes selon le score d'APGAR.....	60
Tableau XX: Répartition selon le pronostic fœtal et néonatal	60
Tableau XXI: Relation entre le mode d'admission et le pronostic fœtal.....	61

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon le mode d'admission en fonction de complications maternelles	61
Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon le Diagnostic retenu en fonction des complications en per partum	62
Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu en fonction des complications post partum.....	63
Tableau XXV: Répartition des parturientes selon le mode d'admission et la voie d'accouchement.....	64
Tableau XXVI: Répartition des parturientes selon le mode d'admission en fonction des complications en per partum.....	65
Tableau XXVII: Répartition des parturientes selon le mode d'admission et les complications post partum.....	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Déroit supérieur.	23
Figure 2: Plans du bassin sur la femme debout.	23
Figure 3: Plan du bassin sur la femme couchée.	24
Figure 4: Vue de profil.	24
Figure 5: Excavation pelvienne.	25
Figure 6: Les repères de la tête fœtale.	27
Figure 7: Cinétique de la dilatation chez la multipare [20]	29
Figure 8: Tête non engagée.....	30
Figure 9: Tête engagée.	32
Figure 10: Tête synclite.....	32
Figure 11: Tête asynclite.	33
Figure 12: Estimation de la descente de la tête fœtale dans le pelvis [20].....	33
Figure 13: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.....	33
Figure 14: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.....	45
Figure 15: Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial	46
Figure 16: Répartition des parturientes selon la profession du conjoint	47
Figure 17: Répartition des parturientes selon leurs ATCD chirurgicaux	47
Figure 18: Répartition des parturientes selon la gestité.....	48
Figure 19: Répartition des parturientes selon la parité	48
Figure 20: Répartition des parturientes selon le nombre d'enfant vivant	49
Figure 21: Répartition des parturientes selon le motif du non suivi	49
Figure 22: Répartition des parturientes selon le mode d'admission	50
Figure 23: Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement....	50
Figure 24: Répartition des parturientes selon le type de présentation	53
Figure 25: Répartition des parturientes selon bassin.....	54

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	4
IV. METHODOLOGIE :	37
V. RESULTATS	45
VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION	67
CONCLUSION	71
VII. RECOMMANDATIONS.....	72
VIII. REFERENCES	73
IX. ANNEXES	76

I. INTRODUCTION

La consultation prénatale est définie comme l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, de dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse (qui dure 266 à 270 jours), de dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu [1].

Les grossesses non suivies se caractérisent par leur morbi-mortalité maternelle et fœtale importante [2].

La grossesse est un événement naturel et physiologique particulier qui ne se déroule pas toujours normalement et est responsable d'une morbidité et d'une mortalité évitables. Dans le monde, 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement [3]. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [4].

Ainsi « la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara [5]. Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'éviter les incertitudes de cette "aventure".

Selon l'UNICEF en 2009, le taux des femmes en Afrique subsaharienne n'ayant pas fait l'objet de consultation prénatale s'élevait à 53%, ce taux était de 56% en Afrique de l'ouest et centrale [6]. Ainsi certains états des Etats-Unis rapportaient un taux de grossesse non suivi en 1995 de 0,7 % [7] à Cleveland et de 13 % au Nouveau Mexique [8], 6 % en Amazonie Péruvienne [9], 7 % chez les adolescentes de l'état de Washington [10] ou encore de 16 % pour la peuplade bédouine traditionnelle dans le sud d'Israël [11]

Au Mali les grossesses non suivies représentent selon les données EDSM-VI 57% [12] elles s'observent surtout chez les paucipares, les célibataires et chez les

femmes de bas niveau socio-économique. L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématuré avec un mauvais score d'Apgar [13].

Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elles permettent :

- de dépister les grossesses à risque (dès le premier trimestre de la grossesse),
- d'apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse),
- de faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse) [14].

Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en nombre dans les pays sous-développés comme le nôtre. Les grossesses non suivies se caractérisent par leur mortalité et morbidité maternelles et fœtales importantes. Malgré les efforts faits au Mali, le nombre de femmes enceintes ne faisant pas de consultation prénatale semble augmenter, d'où l'intérêt d'initier ce travail dans le service gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune III, afin de décrire le profil sociodémographique des accouchées et d'évaluer la morbi-mortalité materno-fœtale lors de l'accouchement chez les femmes n'ayant pas suivi de consultations prénatales.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier le pronostic materno-fœtal chez les parturientes non suivies dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la commune III du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynécologie- obstétrique du CSRéf de la commune III du District de Bamako.
- Décrire le profil sociodémographique des parturientes non suivies.
- Décrire les complications maternelles au cours des grossesses non suivies.
- Préciser le pronostic materno-fœtal dans les grossesses non suivies.

III. GENERALITES

1. Définitions :

- **Consultation prénatale (CPN) :**

Elle est définie comme : l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, de dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse (qui dure 266 à 270 jours), de dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu [1].

- **Accouchement :**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [15].

2. Epidémiologie :

Le taux des grossesses non ou mal suivies retrouvé dans les articles est très variable, selon le pays ou la région.

Ainsi certains états des Etats-Unis rapportaient un taux de grossesse non suivi en 1995 de 0,7 % [7] à Cleveland et de 13 % au Nouveau Mexique [8], 6 % en Amazonie Péruvienne [9], 7 % chez les adolescentes de l'état de Washington [10] ou encore de 16 % pour la peuplade bédouine traditionnelle dans le sud d'Israël [11]. En France, deux études ont retrouvé des taux de 3,6 % dans un centre parisien en 1993 [16] et de 1,1 % dans un ensemble de 20 départements en 1996 [17], au Congo est 21,23% [18], au Mali (CHU Gabriel Toure) est 13,6% [2] et au CSRéf CIII est 3,57% [19]

3. Rappel sur la grossesse et l'accouchement :

3.1. Grossesse

La grossesse est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel. Repartie en trois trimestres, elle dure en moyenne 9 mois ou 273 jours à partir de la date de la fécondation [20].

Un suivi de qualité est primordial, afin d'assurer le dépistage et la prise en charge précoce des grossesses à risque, permettant ainsi de réduire les facteurs pouvant compromettre l'issue heureuse d'une naissance réussie [21].

C'est un état physiologique qui comporte deux périodes bien distinctes au cours desquelles le développement de l'œuf se fait de façon continue.

- La période embryonnaire : elle couvre les soixante premiers jours de la vie intra-utérine. Elle constitue l'individualisation et la mise en place des différents organes ou l'embryogénèse.
- La période fœtale : elle s'étend du début du troisième mois de la grossesse jusqu'à la naissance. La croissance et la maturation progressive des différents organes fœtaux marquent cette deuxième partie de la vie intra-utérine [20].

3.2. Grossesse normale :

Une grossesse est dite « normale » si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant [22].

3.3. Grossesse pathologique :

Une grossesse est dite « pathologique » lorsqu'au cours de son évolution survient un événement qui comporte un risque soit pour la mère soit pour l'enfant voire pour les deux. Elle peut concerner toutes les femmes enceintes même si elle est plus fréquente chez celles ayant des antécédents de problème de santé ou ayant eu des complications lors des grossesses précédentes.

4. Facteurs de risques

Une grossesse est dite « à risque » si un ou plusieurs facteurs de risque l'accompagnent et la rendent pathologique.

Ces derniers sont nombreux et la liste n'est pas exhaustive. Néanmoins, on peut les classer en trois grandes catégories : les facteurs de risque selon le terrain, selon les antécédents obstétricaux et enfin selon les antécédents généraux [20-22].

4.1. Facteurs de risque selon le terrain

- Age maternel :

L'âge maternel constitue un facteur de risque sur lequel on ne peut pas agir.

Les jeunes filles âgées de moins de 18 ans et les femmes âgées de plus de 35 ans sont les plus à risque de développer une complication durant la grossesse ou lors de l'accouchement.

- Poids maternel :

Une femme qui a un poids inférieur à 40 kg avec un débit cardiaque faible, ce qui entraîne une mauvaise vascularisation utéro-placentaire et donc un risque de faible poids de naissance.

Tandis que la femme obèse, quant à elle, présente souvent un terrain diabétique et une HTA entraînant ainsi des conséquences maternelles telles que la pré-éclampsie, l'éclampsie, et des conséquences fœtales comme la macrosomie, la mort fœtale in utero (MFIU) et tant d'autres.

- Taille maternelle :

Elle constitue un risque si la femme mesure moins de 1m 50.

La taille maternelle est en corrélation directe avec les dimensions du bassin. La petite taille est ainsi dans la majorité des cas le reflet d'un petit bassin.

- Autres facteurs de risque liés au terrain :

Il existe d'autres facteurs de risque liés au terrain, on peut citer :

- ✓ les conditions socio-économiques défavorables ;
- ✓ l'infertilité, primaire ou secondaire ;
- ✓ les maladies génétiques (la trisomie 21, l'hémophilie...) ;
- ✓ l'alcoolisme ;
- ✓ la toxicomanie.

4.2. Facteurs de risque selon les antécédents obstétricaux

Il existe un certain nombre de facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :

- La fausse couche spontanée (FCS)

La mortalité prénatale est multipliée par cinq chez les femmes qui ont déjà présenté plus de trois FCS [22].

- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)

Elle peut être responsable d'incompétence cervico-isthmique et de synéchie utérine.

De ce fait, le risque de prématurité et le nombre de fausses couches sont proportionnels [22].

- La prématurité est une naissance située entre 22 SA révolue et 37 SA. Plus la prématurité est grande, plus les complications sont importantes et les conséquences sont plus lourdes pour le nouveau-né.

Une femme qui a accouché d'un prématuré a plus de risque d'accoucher prématurément à la prochaine grossesse que celle qui n'en a pas eu.

- La mort fœtale in utéro (MFIU) :

C'est le décès fœtal avant le travail. Il survient après 22 SA ou à un poids de naissance de plus de 500g qui est la limite de la viabilité fœtale définie par l'OMS.

- Les autres antécédents obstétricaux :

- ✓ le retard de croissance intra-utérine (RCIU) ;

- ✓ l'hypertension artérielle (HTA) gravidique ;
- ✓ l'hématome retro-placentaire (HRP) ;
- ✓ l'éclampsie dont les conséquences sont très redoutables ;
- ✓ les malformations congénitales (utérus bicorne, cloison vaginale...).

4.3. Facteurs de risque selon les antécédents généraux :

Certaines maladies générales augmentent le risque de complications liées à la grossesse. Les plus redoutables sont :

- l'HTA et ses complications ;
- les troubles neuropsychiatriques ;
- le diabète.

D'autres maladies peuvent rarement interférer avec la grossesse la rendant ainsi pathologique. On cite :

- les pathologies pulmonaires ;
- les pathologies vasculaires ;
- les maladies auto-immunes.

5. Consultation prénatale :

5.1. La consultation du 1^{er} Trimestre :

Elle se fait avant la fin de la 15^{ème} semaine de grossesse généralement dans le courant du 2^{ème} mois entre la 6^{ème} -10^{ème} SA.

Elle débute par un interrogatoire suivi d'un examen clinique.

Cette première consultation a pour objectif :

- de confirmer l'état de grossesse ;
- de préciser le terme de la grossesse ;
- d'évaluer les facteurs de risques ;
- de prévoir un plan de surveillance de la grossesse ;
- de prodiguer des conseils ;
- établir la déclaration de grossesse ;

- réaliser les examens complémentaires indispensables.

❖ **Examen général permet d'évaluer :**

Le poids, la taille, la morphologie générale de la femme qui laisse préjuger la morphologie pelvienne souvent. Le squelette sera étudié par la démarche à la recherche de boiterie.

Les constantes : la tension artérielle, le pouls, la température, la fréquence respiratoire.

❖ **Examen clinique gynécologique :**

- L'examen des seins : à l'inspection on appréciera le volume, la symétrie des seins, l'aspect des mamelons. L'apparition d'un réseau veineux sous cutané (le réseau de Haller) ; une augmentation de la pigmentation de l'aréole, l'apparition des tubercules de Montgomery.
- La palpation abdominale appréciera l'augmentation du volume de l'abdomen, la percussion permet de trouver souvent la limite supérieure de l'utérus surtout chez les sujets obèses.
- A l'auscultation, les bruits du cœur seront appréciés.
- L'examen vulvo-périnéal permettra de rechercher des cicatrices éventuelles d'épisiotomie. Les organes génitaux externes sont œdématisés et hyper pigmentés.
- Au spéculum l'examen appréciera les parois vaginales, l'état du col ainsi que les sécrétions éventuelles cervicales et les écoulements vaginaux. Il permet de faire des prélèvements des sécrétions pour des études.
- Le toucher vaginal combiné au palper abdominal apprécie la trophicité du vagin. L'état du col, son ouverture, sa consistance et sa longueur. Pendant le premier trimestre il est normalement long, postérieur fermé ou entre ouvert à l'exocol.

Les autres appareils seront appréciés appareil par appareil.

A travers l'examen on évaluera les facteurs de risque :

- risque lié au terrain ;
- risque lié aux antécédents généraux ;
- risque lié aux antécédents obstétricaux ;
- risque lié aux pathologies associées.

❖ **Examens para cliniques :**

Pendant la première consultation prénatale, certains examens sont obligatoirement demandés :

- Groupage sanguin rhésus ;
- NFS ou à défaut un taux d'hémoglobine ;
- Recherche d'agglutinines irrégulières ;
- Sérologie syphilitique (VDRL-TPHA) ;
- Sérologie de la toxoplasmose, rubéole ;
- Examens des urines à la recherche d'albuminurie, sucre, nitrites, hématies ;
- Sérologie VIH doit être proposée ;
- L'échographie : au 1^{er} trimestre il permet de faire le diagnostic de la grossesse de préciser l'âge, le nombre d'embryon, situé le siège et l'évolutivité de la grossesse ;

Selon les normes et procédures du Mali les examens recommandés sont le groupe rhésus, le taux d'hémoglobine, le test d'Emmel, le BW (sérologie de la syphilis), et albumine sucre. La sérologie VIH peut être demandée en faisant un counseling pré-dépistage.

Certains examens sont demandés en fonction des circonstances :

- ECBU en cas de notion d'infection urinaire ;
- prélèvements cervicaux et vaginaux en cas de vulvo- vaginites ;
- sérologie hépatite B chez les sujets à risque potentiels (agent de santé) ;

- frottis de dépistage (IVA-IVL) chez les femmes.

A titre exceptionnel certains examens sont demandés (FO - ECG).

❖ **Formalités administratives :**

- Carnet de santé : à l'issue de 1^{er} examen prénatal, un carnet de santé de grossesse sera établi. Il doit être rempli par le médecin traitant ou la sage-femme. Son objectif est de servir de liaison entre les praticiens chargés de suivre la grossesse. La femme doit l'avoir toujours avec elle aussi bien pour les visites et ses déplacements (voyages). Il permet à la femme d'avoir des informations sur sa grossesse.
- Certificat de grossesse : la déclaration de grossesse doit être livrée avant la fin du 3^e mois avec des indications de la date du début de grossesse.
- Congé de maternité : la législation varie d'un pays à l'autre. Il est de 45 jours avant la date probable d'accouchement et 45 jours après.

❖ **Conseils hygiéno - diététiques**

L'alimentation : la femme enceinte n'a pas de régime particulier mais seulement elle doit avoir un régime alimentaire varié et équilibré. Ces besoins caloriques se situent aux environs de 2500-3000 kcal/j. La prise de poids total est de l'ordre de 10-12 kg du poids initial soit 1 kg/mois en moyenne. Le poids augmente vite en fin de grossesse qu'en début de grossesse.

5.2. La consultation du 2^{ème} Trimestre :

Elles se situent entre la 16^{ème} - 27^{ème} SA doivent avoir lieu une fois par mois à partir du 4^{ème} mois. L'objectif principal de la consultation du 2^{ème} trimestre est de surveiller l'évolution normale de la grossesse, dépister une éventuelle menace d'avortement tardif ou d'accouchement prématuré.

- ❖ **Interrogatoire :** il permet de vérifier l'absence de toutes anomalies (métrorragies, prurit vulvaire, douleurs pelviennes, dysuries et fièvre). Il permet également de vérifier la persistance de signes sympathiques qui

disparaissent également au 2^{ème} trimestre. La perception quotidienne des mouvements actifs fœtaux sera vérifiée à l'interrogatoire (vers la 20^{ème} semaine généralement).

❖ **Examen clinique :** l'examen général recherche une prise de poids généralement régulière au 2^{ème} trimestre de l'ordre de 6 kg vers le 7^{ème} mois de la grossesse. La tension artérielle est généralement basse.

La recherche des signes d'anémie, d'œdème, vergeture, varices est réalisée au 2^{ème} trimestre.

L'examen clinique obstétrical constate une augmentation du volume de l'abdomen. Le fond utérin est perçu selon l'âge de la grossesse.

La hauteur utérine est mesurée systématiquement à l'aide d'un mètre ruban, du bord supérieur de la symphyse pubienne jusqu'au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus. Sa valeur est fonction du terme. Elle est égale au terme multiplier par 4 les sept 1^{er} mois et au terme multiplier par 4,2 pour les 2 derniers mois.

- $HU = \text{terme} \times 4$ (7 1^{er} mois)
- $HU = \text{terme} \times 4,2$ (8^{ème} -9^{ème} mois)

L'auscultation des bruits du cœur fœtal (BDCF) est appréciée à l'aide d'un stéthoscope de Pinard (120-160bpm)

Au toucher vaginal on appréciera le col dans sa longueur, sa consistance, son degré d'ouverture.

❖ **Examen para clinique :**

Pendant les consultations du 2^{ème} trimestre. On réalise les examens suivants :

- Recherche d'albumine et de sucre dans les urines ;
- Sérologie de la toxoplasmose, rubéole ;
- Réalise la détermination du groupe sanguin rhésus ;
- NFS ;

- échographie morphologique.

Entre 21^{ème} - 24^{ème} SA en recherchant les anomalies morphologiques éventuelles.

5.3. La consultation du 3^{ème} Trimestre

Elle se situe entre la 28^{ème} semaine et la 42^{ème} semaine. Le rythme des consultations doit être régulier et rapproché.

Elle a pour objectifs de :

Etablir le pronostic de l'accouchement.

Discuter l'indication éventuelle d'une césarienne ou d'accepter la voie basse.

- ❖ **Interrogatoire** : il permet de vérifier les anomalies éventuelles et de vérifier la perception des mouvements actifs fœtaux.

- ❖ **L'examen clinique** :

- **L'examen général** :

l'aspect général de la femme enceinte au 3^{ème} trimestre est bien particulier : gros ventre saillie ovoïde, grosse extrémité supérieur, abdomen marqué par une ligne brune médiane. Il est en avant chez la primipare, il tombe en besace chez la multipare. La femme debout prend une attitude courbée, la lordose lombaire s'accroît pour compenser la saillie de l'abdomen.

La pigmentation augmente de plus en plus, le masque de grossesse prend le front, les joues, le pourtour de la bouche.

Le poids augmente en moyenne de 12 kg par rapport au poids d'avant la grossesse.

- **L'examen obstétrical**

Mesure de la hauteur utérine (HU) et du périmètre ombilical sont en rapport avec l'âge de la grossesse.

La palpation méthodique de l'abdomen est le moyen d'exploration important au 3^{ème} trimestre.

Elle doit être indolore en commençant par les régions du détroit supérieur (sus pubien) la main à plat les pulpes du doigt dirigé vers le pubis puis continu sur le

fond utérin pour terminer par les parties latérales. Elle renseigne sur la consistance, la souplesse, la tension ou la sensibilité de l'utérus, sur la situation du fœtus : on reconnaît les différents pôles :

- Tête fœtale : qui est dure ronde et régulière
- Siège, mou volumineux, irrégulier et est dans le prolongement du dos.
- Le dos est reconnu par la manœuvre de BUDIN : la main appuyant le fond utérin accentue la flexion du fœtus, par le palper latéral, l'autre main reconnaît le dos dur séparé de la tête par le sillon du cou sur la présentation, ses rapports avec le bassin maternel, l'auscultation des bruits du cœur fœtal recherchés au niveau de l'auscultation qui varient en fonction des présentations, les bruits du cœur fœtal sont confondus avec les souffles utérin mais ils sont synchrones au pouls maternel et est de 120-160b/mn.
- Toucher vaginal combiné au palper abdominal explore méthodiquement le périnée, le col, le segment inférieur (apprécie son degré d'ampliation), la présentation et le bassin. L'ensemble de la région ano-vulvaire doit être exploré.
- Le toucher vaginal donne aussi des renseignements sur l'état du col (longueur dilatation, consistance, position). Le score de Bishop nous permet de faire l'évaluation numérique de ces paramètres.

Le toucher vaginal permet d'apprécier le degré d'engagement de la présentation selon le niveau de celle-ci par rapport au plan des épines sciatiques.

Lorsque la présentation est engagée les doigts introduits sous la symphyse pubienne vers la 2^{ème} pièce sacrée sont arrêtés par la présentation et la concavité sacrée : Signe de FARABEUF.

Le bassin sera méthodiquement exploré sauf en cas d'engagement de la présentation. La pelvimétrie externe, très souvent négligé reste l'essentiel dans l'exploration du bassin. Elle se fait avec asepsie et douceur sans brutalité.

L'exploration porte sur le petit bassin du détroit supérieur au détroit inférieur en passant par l'excavation pelvienne. Au niveau du détroit supérieur on apprécie le diamètre antéro postérieur, le promontoire qui normalement n'est pas accessible.

L'arc antérieur et postérieur est exploré avec l'absence des lignes innominées dans les 1/3 postérieurs. Au détroit moyen les doigts recherchent les épines sciatiques et explorent la concavité sacrée. Pendant l'examen au niveau du détroit inférieur on appréciera le diamètre bi ischiatique. Cette pelvimétrie interne est un examen qui permet d'avoir une idée sur le type de bassin.

❖ Examen para cliniques

- Echographie pelvienne : au troisième elle fournit des renseignements sur le fœtus ; sa morphologie, sa position sa biométrie, la qualité et quantité du liquide amniotique, le placenta son aspect et son insertion.
- Radiographie du contenu utérin qui donne la position du fœtus.
- Radiopelvimétrie qui se réalise dans certaines situations vers la 38^{ème} SA permet d'apprécier les différents orifices du bassin.

Indication de la radiopelvimétrie :

- bassin cliniquement anormal ;
- fœtus en siège ;
- sujet de petite taille (Taille < 1 m 50) ;
- gros fœtus ;
- antécédent de dystocie.

Selon l'appréciation de l'indice de Magnin (PRP + TM normalement supérieur à 23cm) un certain nombre de conduite sont à tenir. Il faut aussi faire la confrontation céphalo-pelvienne.

❖ **Conseils**

La surveillance clinique de la femme enceinte nécessite une préparation psychologique. Elle aide la femme à l'accouchement. Cette préparation doit être faite par l'équipe qui a la responsabilité de l'accouchement [23]

6. La consultation prénatale recentrée :

6.1. Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

La notion de « prise de contact » implique :

Une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de soins qui n'est pas implicite dans le terme « consultation ».

Des soins de qualité incluant les soins médicaux, le soutien et la fourniture d'informations pertinentes en temps utile.

6.2. Eléments de la CPN recentrée

- la promotion de la santé ;
- la détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- la prévention des maladies et des complications ;
- la préparation à l'accouchement et les éventuelles complications.

6.3. Etapes de la CPN recentrée

❖ **Préparer la CPN**

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

❖ **Accueillir la femme avec respect et aimabilité**

- saluer chaleureusement la femme ;
- souhaiter la bienvenue ;
- offrir un siège ;
- se présenter à la femme ;
- demander son nom ;

- assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

N.B : Les femmes seront prises par ordre d'arrivée. Les cas urgents sont prioritaires.

❖ **Procéder à l'interrogatoire / enregistrement**

- informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable) ;
- recueillir les informations sur l'identité de la femme ;
- rechercher les antécédents médicaux ;
- rechercher les antécédents gynécologiques ;
- rechercher les antécédents obstétricaux ;
- rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- demander l'histoire de la grossesse actuelle ;
- rechercher et enregistrer les facteurs de risque (y compris la consommation de tabac et de l'alcool) ;
- noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles ;
- remettre à la femme un carnet ou tout autre support comportant les renseignements recueillis lors de la consultation.

❖ **Procéder à l'examen**

❖ **Demander les examens complémentaires**

- A la première consultation :

Demander le Groupe sanguin et Rhésus (Gs-Rh).

Demandé l'électrophorèse de l'Hb si possible, la NFS, la glycémie, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines.

Demander/faire le test VIH après counseling.

Demander l'AgHbs (recherche de l'hépatite B).

Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément l'âge.

Les autres examens seront demandés selon le besoin.

❖ **Prescrire les soins préventifs**

- vacciner la femme contre le tétanos et la diphtérie ;
- vacciner la femme contre l'hépatite B ;
- assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (cf. PTME) ;
- donner la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement, avec l'intervalle d'au moins un mois entre les prises ;

NB : La SP doit être administrée en prise supervisée (en présence d'un prestataire) à raison d'au moins 3 doses de 3 CP espacées d'au moins un mois, à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

- prescrire le fer acide folique ;
- donner un déparasitant après le premier trimestre (Albendazole 400mg en prise unique) ;
- donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, fruits...), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants, laver les légumes avant de les consommer) et sur la planification familiale ;
- donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation du futur bébé et ensuite soutenir son choix.

❖ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

❖ **Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille**

- identifier un prestataire compétent ;

- identifier le lieu de l'accouchement ;
- clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;
- identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;
- renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.
- **Signes du travail :**
 - contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
 - glaire striée de sang (bouchon muqueux) ;
 - modification du col (effacement et dilatation).
- **Signes de danger chez la femme enceinte :**
 - saignements vaginaux ;
 - respiration difficile ;
 - fièvre ;
 - douleurs abdominales graves ;
 - maux de tête prononcés/vision trouble ; vertiges, bourdonnements d'oreilles ;
 - convulsions/pertes de conscience ;
 - douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine ;
 - rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

❖ **Donner le prochain rendez-vous**

Expliquer à la femme qu'il est nécessaire de faire **4 visites** et **8 contacts** :

- **1^{er} trimestre** : une visite et un contact (avant 12 SA) ;
- **2^{ème} trimestre** : une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;
- **3^{ème} trimestre** : deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA, 34SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA).

Les contacts peuvent être réalisés soit par un personnel de santé, soit par un agent de santé communautaire. Ils consistent à rechercher les signes de danger et ne nécessitent pas un examen clinique particulier.

N.B : A 41 SA revoir la femme si elle n'a pas accouché pour décider de l'accouchement.

Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.

Donner les RDV pour les séances sur l'Ecole Des Mères.

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

❖ **Consultation prénatale de suivi**

- demander l'évolution de la grossesse depuis la dernière consultation ;
- rechercher les signes de danger ;
- procéder à l'examen physique ciblé ;
- demander albumine/sucre systématiquement dans les urines ;
- demander d'autres examens complémentaires au besoin ;
- demander l'échographie :
 - A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
 - A 32 SA pour la croissance fœtale.
- Prescrire les soins préventifs ;
- Prescrire les soins curatifs au besoin.

- donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la PF, les mesures préventives ;
- rappeler la date probable de l'accouchement.
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale [24]

7. Surveillance de la grossesse pathologique

Les grossesses pathologiques nécessitent une surveillance plus rapprochée selon le risque ou la pathologie existante. En effet, lorsque la grossesse a été évaluée « à risque élevé », le suivi doit être assuré par un Gynécologue-Obstétricien. Par la suite, si la grossesse est maintenue avec un pronostic favorable, la suite de la surveillance peut être effectuée par une sage-femme ou le médecin traitant. Dans le cas contraire, elle doit être assurée par un ou plusieurs spécialistes selon la pathologie associée (hématologue, nutritionniste, cardiologue ...) [25]

8. Accouchement

L'accouchement est défini par l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologique qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales naturelles du moment où l'âge de la grossesse a atteint un terme théorique de 28 SA.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres du mobile fœtal à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, sous l'effet des contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers l'extérieur.

❖ L'accouchement comprend trois périodes :

- la première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- la deuxième, à l'expulsion, c'est-à-dire à la sortie du fœtus ;
- la troisième, à la sortie des annexes (placenta et membranes) ou délivrance.

8.1. Intérêt :

Il réside dans sa fréquence (plus de 80% des accouchements). La connaissance de l'accouchement normal permet de dépister les facteurs de risques et de prévenir les complications.

8.2. Rappels anatomiques :

La filière pelvienne : Bassin osseux et parties molles.

8.2.1. Le bassin osseux

Détroit supérieur : anneau osseux séparant le grand bassin en haut du petit bassin en bas (orifice d'entrée dans l'excavation pelvienne).

- Les limites :

En arrière le promontoire (saillie médiane du bord antéro-supérieur du sacrum)

Latéral : bord antérieur de l'aileron sacré et les lignes innominées.

En Avant : bord supérieur du pubis

- Les dimensions

- TM : transverse médian : 12.5 cm
- PRP : promonto-rétropubien : 10.5 cm
- Forme gynécoïde du détroit supérieur

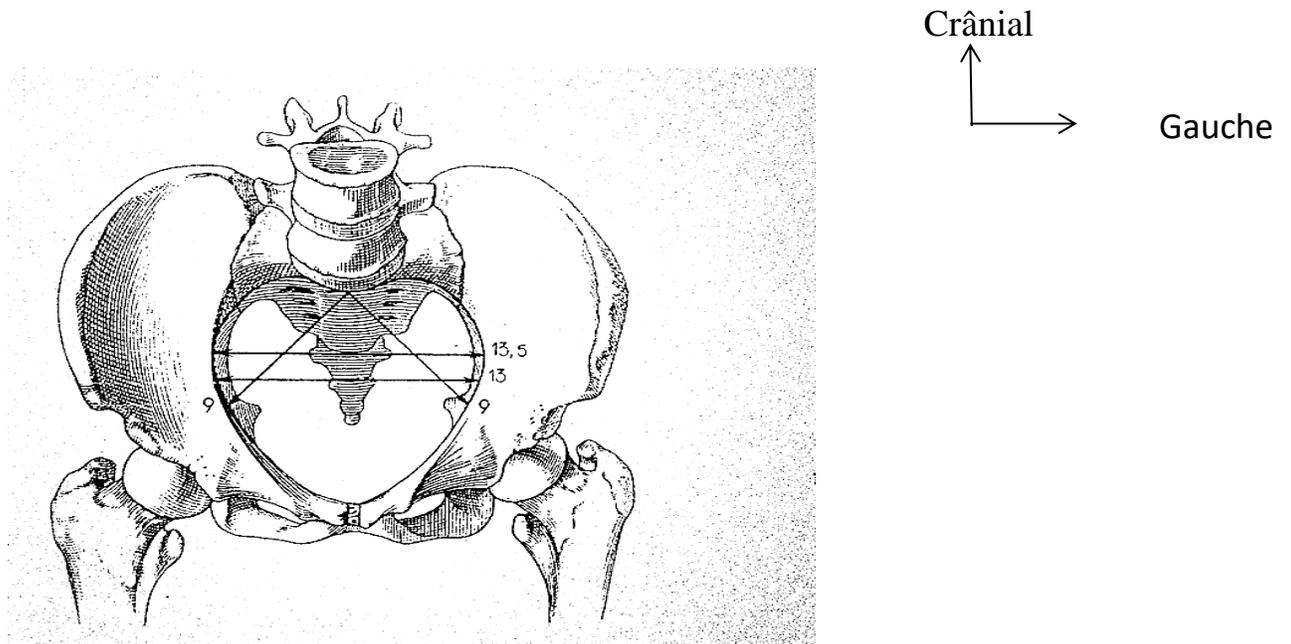


Figure 1 : Détroit supérieur.

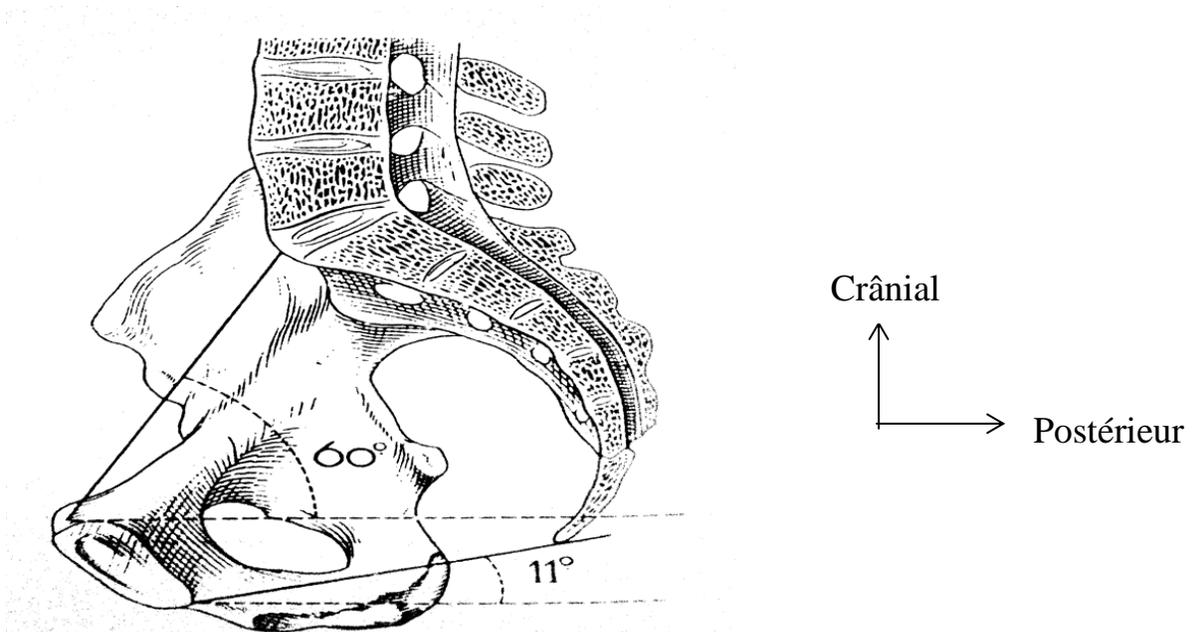


Figure 2: Plans du bassin sur la femme debout.

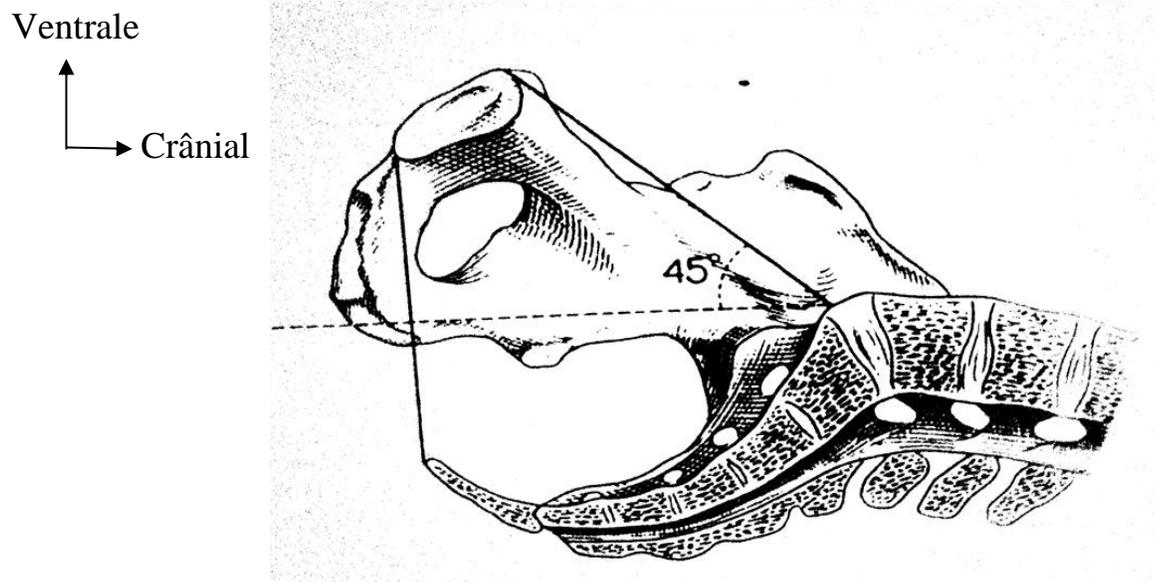


Figure 3: Plan du bassin sur la femme couchée.

- Les limites de l'excavation pelvienne :
 - En arrière : Face antérieure du sacrum et du coccyx.
 - En avant : Face postérieure de la symphyse et du pubis.
 - Et latéralement : les épines sciatiques.
- Les dimensions de l'excavation pelvienne : 10-10,5 cm

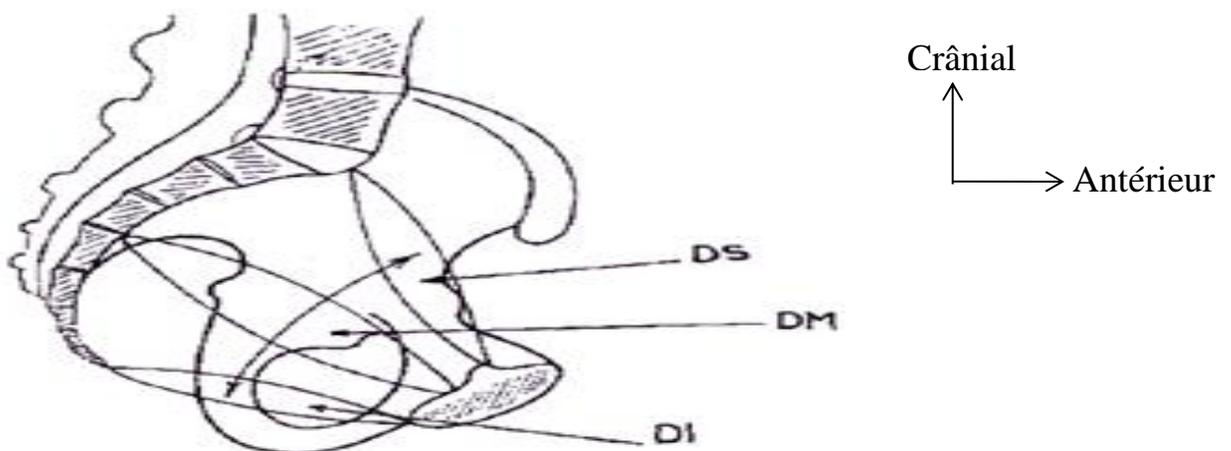


Figure 4: Vue de profil.

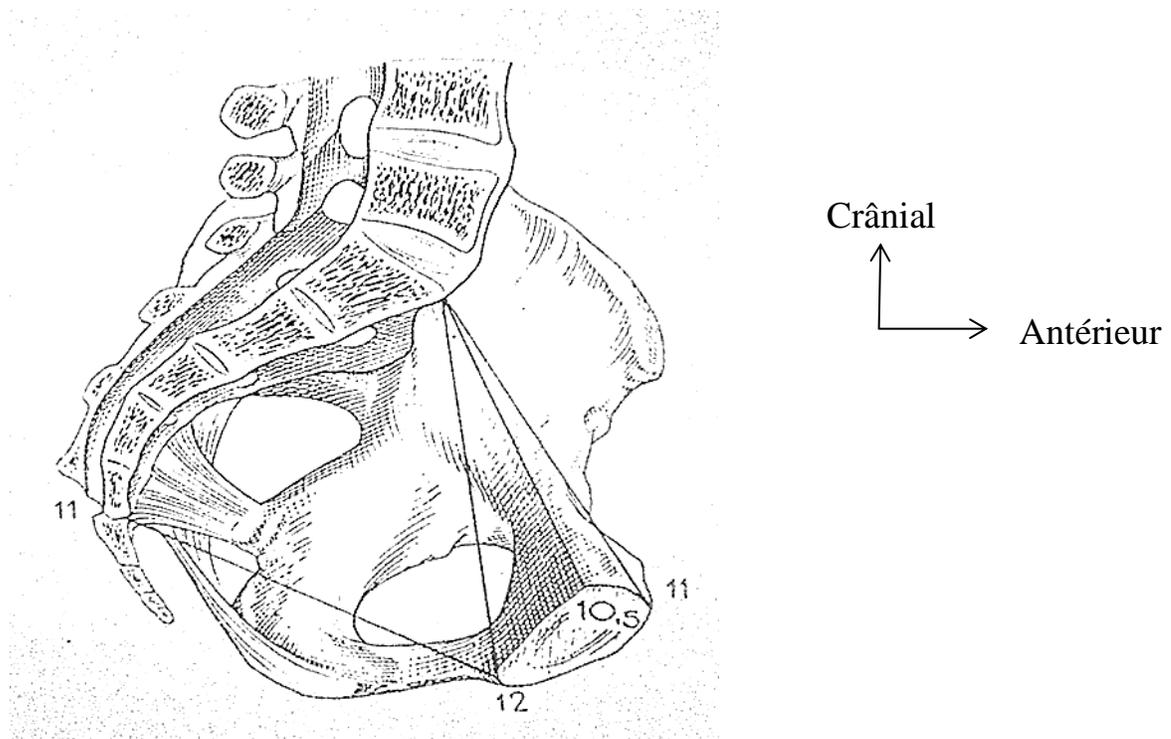


Figure 5: Excavation pelvienne.

Le détroit inférieur et le diamètre sous sacro sous pubien :

- Les limites :
En arrière : Coccyx
En avant : L'ogive pelvienne
Et latéralement : Tubérosités ischiatiques.
- Les dimensions : 11- 11,5cm

8.2.2. Rappels anatomiques des parties molles

❖ Les parties molles :

La région périnéale antérieure : de la superficie vers la profondeur on rencontre :

- le muscle ischio-caverneux qui abaisse le clitoris contre le pénis ;
- le nerf bulbo-caverneux ;
- le muscle bulbo spongieux qui favorise l'érection, abaisse le clitoris rétréci l'orifice inférieur du vagin ;
- le centre tendineux ;

- le muscle transverse superficiel ;
- les organes érectiles, le bulbe vestibulaire et le corps caverneux (piliers du clitoris) ;
- les glandes vestibulaires majeures (Glandes de Bartholin) ;
- le muscle transverse profond ;

La région périnéale postérieure : On note de la surface vers la profondeur :

- le sphincter externe de l'anus ;
- le centre tendineux du périnée ;
- les muscles releveurs de l'anus ;
- le muscle du grand fessier ;
- le ligament ano-coccygien ;
- le pédicule vasculo-nerveux honteux ;

Vaisseaux et nerfs, l'innervation est assurée par :

- le nerf obturateur formé par les branches de divisions antérieures des racines issues de L2, L3 et L4 ;
- le plexus sacré qui donne des branches collatérales :
nerf piriforme, nerf gluteal supérieur, nerf des muscles obturateurs interne et jumeau supérieur.
- Le plexus honteux : il innerve essentiellement les organes génitaux externes et le périnée. Il est formé par des fractions des branches antérieures de S2, S3 et S4.
- Le plexus sacro coccygien : constitué par la 5^{ème} racine sacrée et reçoit une anastomose de la S4 et par le nerf coccygien.
- Le système nerveux autonome : il est constitué de neurofibres sympathiques et parasympathiques, qui comprend :
Le plexus ovarique : destinée à l'ovaire et à la partie proximale de la trompe.

Le plexus hypogastrique inférieur : destinée au vagin au rectum, au cul de sac recto-utérin.

8.2.3 Le fœtus

Le repère osseux de la tête est la suture longitudinale médiane entre les deux os pariétaux avec à ses deux extrémités :

Le lambda : petite fontanelle triangulaire.

Le bregma : grande fontanelle losangique.

- 5 types de présentations :
 - Tête en bas (sommet, front, face)
 - Tête en haut (siège)
 - Tête dans les flancs (transverse)

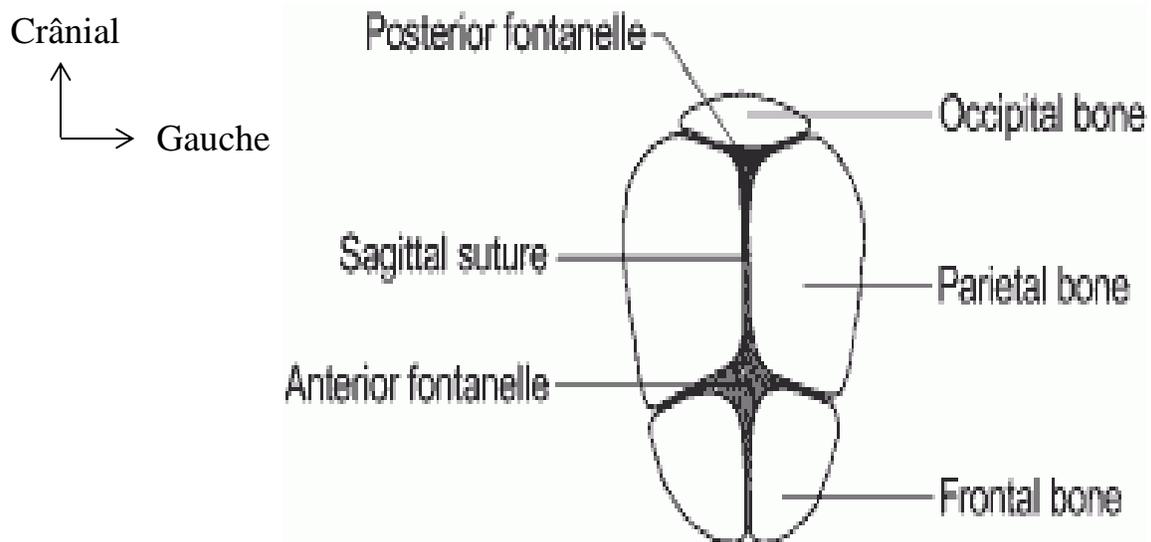


Figure 6 : Les repères de la tête fœtale.

8.3. Diagnostic du travail d'accouchement :

Le diagnostic du travail est marqué par trois éléments indissociables :

- ❖ L'apparition de contractions utérines :
 - involontaires ;
 - régulières ; d'abord toutes les 10mn, puis se rapprochant régulièrement pour arriver à la fréquence d'une contraction utérine toutes les 3 à 5mn ;
 - de durée satisfaisante et non fugace (au moins 15 à 20 secondes) ;
 - intenses ;
 - totales ;
 - douloureuses ;
- ❖ La perte du bouchon muqueux (pertes glaireuses brunâtre), parfois accompagnée de gouttes de sang.
- ❖ Des modifications cervico-isthmiques :
 - ampliation du segment inférieur ;
 - modifications du col, en particulier effacement suivi de dilatation chez la primipare, alors que chez la multipare, la dilatation peut débiter avant ou parallèlement à l'effacement.

8.4. Travail d'accouchement :

- ❖ **Première période du travail** : effacement et dilatation du col.

Cette étape est marquée par l'association de contractions utérines fréquentes et régulières, et de modifications cervicales évolutives. Sous l'influence des contractions, le col s'efface (se raccourcit), puis se dilate jusqu'à 10 cm. La femme se présente à la maternité parce qu'elle ressent, depuis quelques heures, des contractions de fréquence et d'intensité croissante.

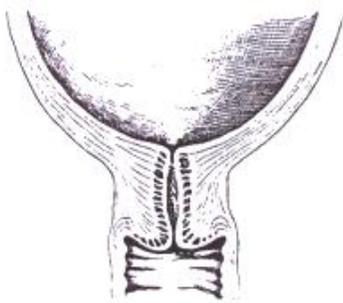
Les contractions du travail sont fréquentes (toutes les 5 à 10 min au début, puis toutes les 3 à 5 min), régulières, rapidement évolutives, de durée et d'intensité croissante, devenant douloureuses.

Le toucher vaginal précise la longueur et la dilatation du col. Pendant la grossesse, le col est long d'au moins 2 cm et son orifice interne est fermé. Sous l'influence des contractions, il subit pendant le travail ; un effacement (raccourcissement) allant jusqu'à la disparition du relief cervical, et une dilatation (col admettant un doigt, puis deux, ...).

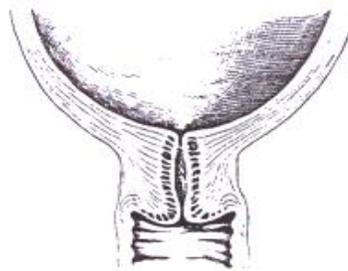
Les modifications cervicales évoluent en deux temps :

Une dilatation lente jusqu'à 4 cm, surtout marquée par l'effacement du col ou phase de latence.

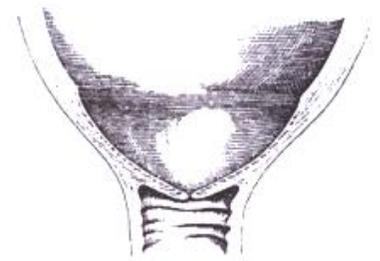
Une dilatation rapide (> 1 cm / heure) jusqu'à dilatation complète (10 cm) ou phase active.



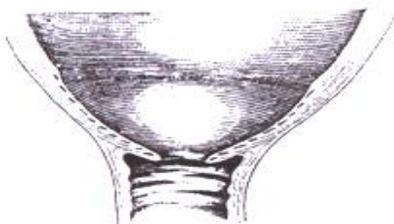
Col de primipare avant le travail du col.



Incorporation du col au segment inférieur



Effacement complet

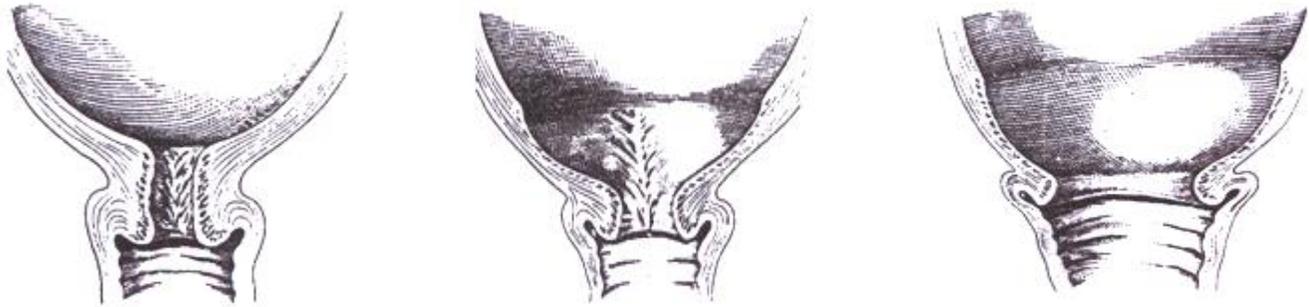


Début de la dilatation.



Dilatation complète.

Figure 7 : Cinétique de la dilatation chez la primipare [20]



Col de multipare avant le travail complète.

Effacement et dilatation simultanés du col.

Dilatation presque complète

Figure 8 : Cinétique de la dilatation chez la multipare [20]

Si les membranes ne se sont pas spontanément rompues plus tôt, il est habituel de les rompre artificiellement vers 4-5 cm. Cette mesure renforce l'intensité des contractions et favorise la dilatation cervicale.

Il faut surveiller et consigner sur un document écrit, le partogramme :

- le bien être maternel : pouls, tension, température ;
- le bien être fœtal, évalué par :
 - l'enregistrement du RCF,
 - la couleur du liquide amniotique, normalement claire. Un liquide teinté est un signe d'alarme.
- la dynamique utérine et cervicale : fréquence des contractions, qualité du relâchement entre les contractions, progression de la dilatation cervicale.

❖ **Deuxième période du travail : l'expulsion du fœtus :**

L'étude de l'accouchement amène à décrire :

La présentation fœtale, le bassin obstétrical, et la mécanique de l'accouchement.

- **La présentation fœtale**

On appelle présentation la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du détroit supérieur.

La présentation du sommet (95% des cas) est une présentation de la tête fléchie : le fœtus présente le sommet de son crâne. L'occiput est le repère de la présentation du sommet. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de la présentation :

- OP (occipito-pubienne) : l'occiput est sous la symphyse pubienne (à midi chez une femme en position gynécologique) ;
- OIGA (occipito-iliaque gauche antérieure) : l'occiput est en avant et à gauche, entre 1 et 2 heures ;
- OIGP (occipito-iliaque gauche postérieure) : l'occiput est en arrière et à gauche, entre 4 et 5 heures ;
- OS (occipito-sacrée) : l'occiput est en arrière, contre le sacrum ;
- OIDP (occipito-iliaque droite postérieure) : l'occiput est en arrière et à droite, entre 7 et 8 heures ;
- OIDA (occipito-iliaque droite antérieure) : l'occiput est en avant et à droite, entre 10 et 11 heures.

Le diagnostic de la présentation du sommet et de sa variété repose sur le toucher vaginal qui repère les sutures et les fontanelles situées entre les plaques osseuses de la voûte du crâne.

La fontanelle postérieure (ou petite fontanelle ou fontanelle lambda) est située à l'union de la plaque occipitale et des deux plaques pariétales. Elle est de forme triangulaire et, de ses sommets, partent trois sutures.

La fontanelle antérieure (ou grande fontanelle ou fontanelle bregma) est située à l'union des deux plaques pariétales et des deux plaques frontales. Elle est de forme losangique et, de ses sommets, partent quatre sutures.

- **Mécanique obstétricale**

La descente du fœtus comprend trois étapes successives :

L'engagement : C'est le franchissement du détroit supérieur par la présentation. En raison de la forme du détroit supérieur, l'engagement exige que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. Du fait de la dextrorotation de l'utérus gravide (sa face antérieure regarde en avant et à droite), le diamètre oblique gauche est beaucoup plus souvent emprunté que le droit. Pour ces raisons, l'engagement se fait le plus souvent en OIGA (57%) ou en OIGP (33%). Le diagnostic d'engagement est fondamental. Le signe essentiel est le signe de FARABEUF : deux doigts intra vaginaux dirigés vers la 2^{ème} vertèbre sacrée rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle. Ils ne peuvent trouver place entre la présentation et la concavité sacrée.

Recherche de l'engagement au TV [20]

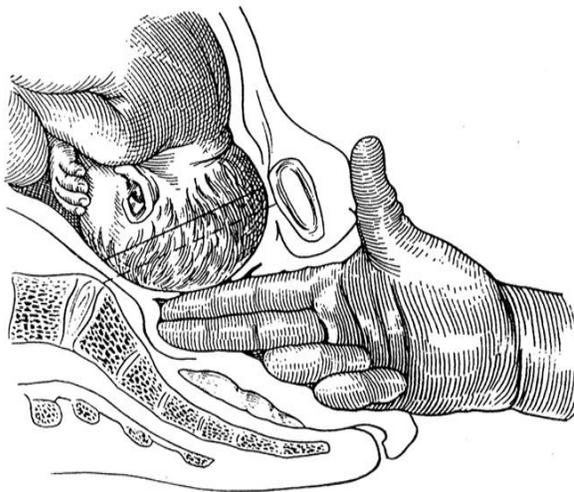


Figure 9 : Tête non engagée

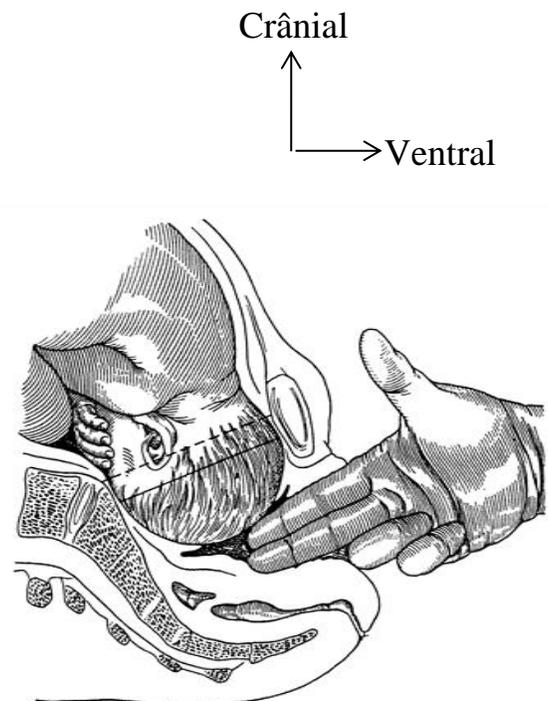


Figure 10 : Tête engagée

Mécanisme de l'engagement (Synclitisme et assynclitisme) [20]

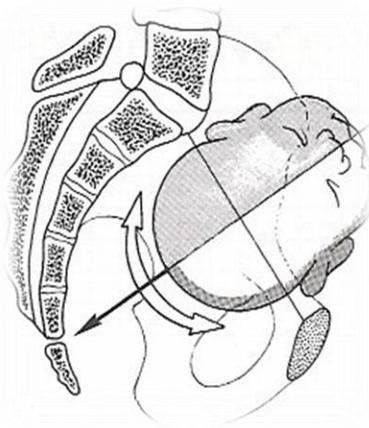


Figure 11 : Tête synclite.

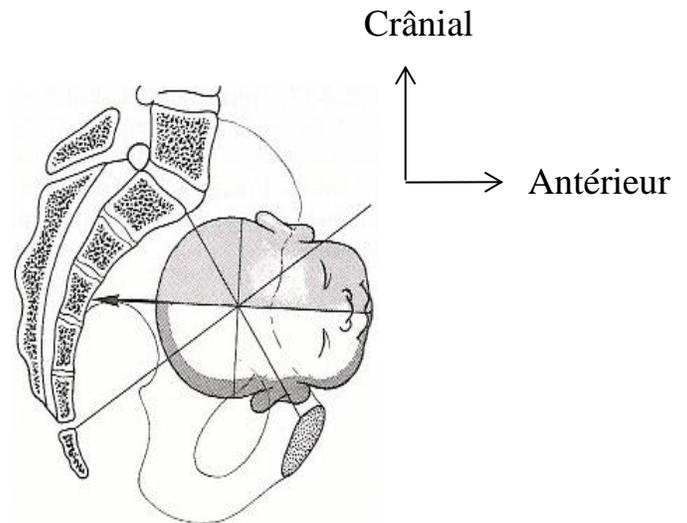


Figure 12 : Tête asynclite.

La descente et la rotation intra pelvienne : La rotation intra pelvienne est une obligation puisque l'engagement ne peut se faire que dans un diamètre oblique, mais que le dégagement ne peut se faire que dans le diamètre sagittal du bassin. La rotation se fait presque toujours vers l'avant. Les variétés antérieures (OIGA et OIDA) font une petite rotation de 45° qui est facile. Les variétés postérieures (OIDP et OIGP) doivent faire une grande rotation de 135° , souvent plus laborieuse.

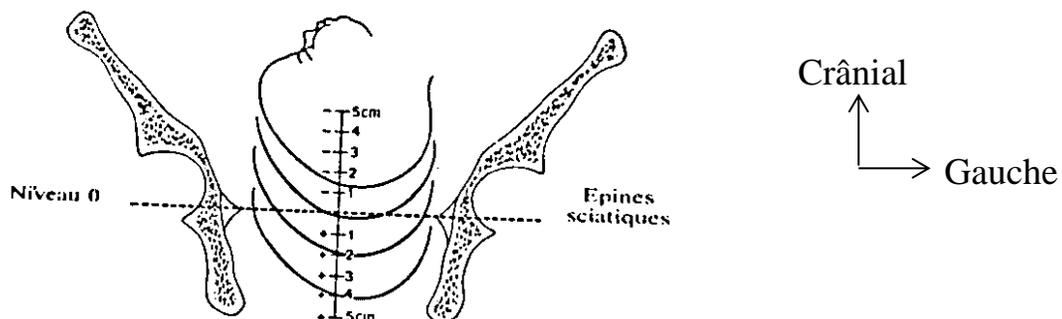


Figure 13 : Estimation de la descente de la tête fœtale dans le pelvis [20]

Le dégagement : C'est le franchissement du détroit inférieur et du diaphragme pelvien. Il se fait presque toujours en OP. La région sous-occipitale se fixe sous la symphyse pubienne et la tête se dégage par un mouvement de déflexion : le sous-occiput reste sous la symphyse tandis que le front appli le périnée postérieur et monte vers la vulve. Le mouvement de dégagement se fait avec une force exponentielle. Souvent lent au début, il peut s'achever brutalement et entraîner une déchirure périnéale.

Après le dégagement de la tête, celle-ci opère un mouvement de restitution : l'occiput se tourne de 45° vers le dos du fœtus. Le dégagement des épaules est un temps critique : l'opérateur saisit la tête entre le menton et le sous-occiput, accentue le mouvement de restitution pour orienter l'occiput presque vers l'arrière, tire avec douceur vers le bas pour dégager l'épaule antérieure qui apparaît sous la symphyse, puis redresse progressivement l'axe de traction vers le haut pour dégager l'épaule postérieure en surveillant le périnée.

Le reste du corps suit sans difficulté. Le cordon ombilical est clampé et sectionné à distance de l'abdomen

❖ **Troisième Période du travail : la délivrance :**

C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital

- **Physiologie de la délivrance**

Elle comporte trois phénomènes :

- décollement du placenta entre les caduques compacte et spongieuse par constitution d'un hématome rétro placentaire physiologique ;
- expulsion du placenta sous l'influence des contractions et de son propre poids. En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur ;
- hémostase qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine : les fibres musculaires collabent les vaisseaux.

L'hémostase biologique est plus tardive. Un retard à l'expulsion du placenta (rétention placentaire complète), la persistance de débris (rétention partielle) ou une défaillance du muscle utérin (atonie utérine) sont responsables d'hémorragies de la délivrance.

La délivrance se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance. Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives :

- Phase de rémission, immédiatement après la naissance et d'une durée de 10 à 15 minutes : disparition des contractions douloureuses, absence d'hémorragie, l'utérus est ferme et rétracté sous l'ombilic.
- Phase de décollement : reprise des contractions, apparition d'une petite hémorragie, le fond utérin remonte au-dessus de l'ombilic, le cordon ombilical se déroule hors de la vulve.
- Phase d'expulsion, spontanée ou aidée par l'accoucheur. Après l'expulsion, l'utérus est dur et rétracté sous l'ombilic : C'est le classique globe de sécurité. Il n'y a pas d'hémorragie.

❖ **Conduite à tenir**

Surveillance rigoureuse en salle de travail

- Pouls, pression artérielle,
- Hémorragie qui ne doit pas dépasser 500 ml au total,
- Hauteur et consistance de l'utérus.

Délivrance dirigée :

La délivrance et l'hémostase se font sous l'influence des contractions et de la rétraction utérine. Leur qualité est fondamentale.

Pour cette raison, beaucoup d'auteurs préconisent l'administration systématique d'ocytociques dès la sortie de l'enfant. C'est la délivrance dirigée.

Diagnostic du décollement et aide à l'expulsion du placenta

Le diagnostic repose sur la manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut : une main empaume la partie basse de l'utérus à travers la paroi abdominale et le remonte vers l'ombilic. Tant que le placenta n'est pas décollé, le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus. Lorsque le placenta est décollé, cette manœuvre ne fait plus remonter le cordon.

L'absence de décollement après 30 minutes n'est pas physiologique et impose une délivrance artificielle.

Lorsque le placenta est décollé, son expulsion est habituellement favorisée par une pression sur le fond utérin, réalisant un mouvement de piston utérin qui amène le placenta à la vulve.

Après la délivrance l'examen du placenta et des membranes pour vérifier leur intégrité. Une rétention placentaire partielle justifie une révision utérine.

8.5. Surveillance de l'accouchée dans le post partum immédiat

Poursuivre la surveillance pendant 2 heures en salle de travail : pouls, TA, conscience, hauteur et tonicité de l'utérus, pertes sanguines. L'accouchement normal est un phénomène important et constitue plus de 90% des accouchements. La maîtrise de son mécanisme est indispensable pour prévenir les complications.

8.6. Complications liées à l'accouchement des grossesses non suivies

- rupture utérine ;
- placenta prævia hémorragique ;
- éclampsie ;
- hématome retro-placentaire ;
- toxémie gravidique ;
- infection amniotique ;
- procidence du cordon ;
- hémorragie du post-partum ;
- déchirure vulvo-vaginale et périnéale. [20-26]

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune III (CSRéf. CIII) du District de Bamako.

❖ Présentation du csréf de la commune III et les limites géographiques

a. Superficie

La commune III a une superficie de 23 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako avec 267 km² et est peuplée de 171994 habitants répartis entre 19 quartiers.

b. Population

La population de la Commune III est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La densité de la commune avoisine les 3.920 habitants / Km²

Elle est limitée :

- Au nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;

A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour rejoindre la zone du Motel.

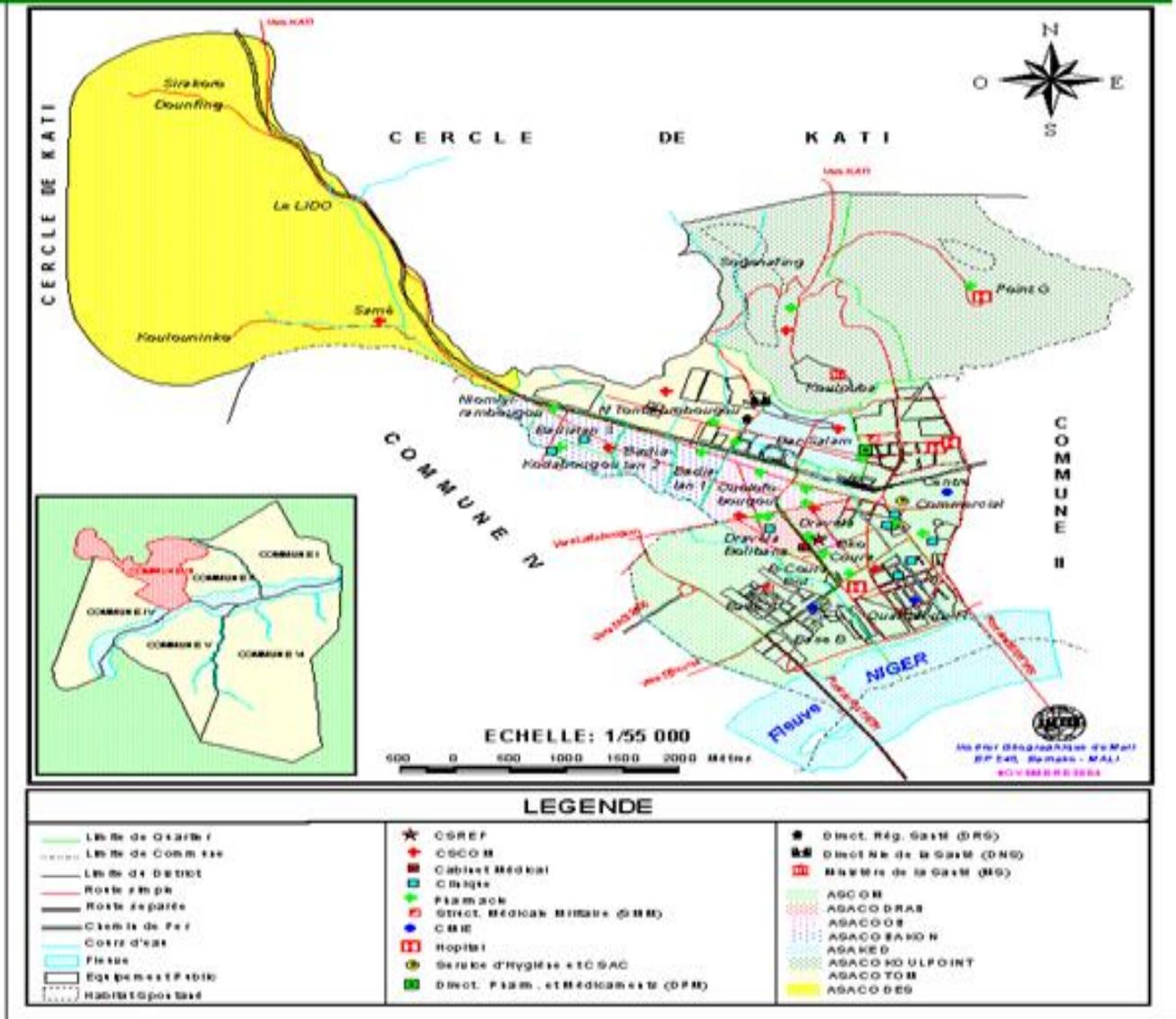
Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro Dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse.

La commune III comporte 19 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3,

Bamako-coura, Bamako-coura-Boliban , Darsalam, Centrecommerciale, N'Tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wolofobougou, Wolofobougou-Bolibana, Sokonafing, Minkoungo, Point G et Samè.

- DISTRICT SANITAIRE : Les CSCOM rattachés au CSRéf de la commune III
- ASACOTOM
- ASACOBAKON
- ASCOM
- ASACODRAB
- ASACOOB
- ASACODAR
- ASACOKOUL POINT
- ASACODES

CARTE SANITAIRE CIII



Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, Il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRéf.) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie-obstétrique.

c. Composition du CSRéf de la commune III

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako-coura. Il comporte plusieurs services :

- l'administration ;
- la pharmacie ;
- unité d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- unité d'ophtalmologie ;
- unité d'odonto-stomatologie ;
- unité de médecine générale ;
- unité de Gastro-entérologie ;
- unité d'urologie ;
- unité de traumatologie ;
- unité de cardiologie ;
- unité de dermatologie ;
- unité de diabétologie ;
- unité social ;
- unité de pédiatrie ;
- unité de rhumatologie
- unité de chirurgie générale ;
- unité d'imagerie générale ;
- laboratoire d'analyses médicales ;
- unité d'anesthésie réanimation ;
- brigade d'hygiène ;
- USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- la morgue ;
- le service de gynéco-obstétrique ;

d. Description du service de Gynéco-Obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec quatre (4) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 4 lits ;
- Une salle pour les infirmières et l'aide-soignante ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- Une unité de Prévention de la transmission mère enfant (PTME) ;
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Une unité de soins après avortement (SAA) ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation avec dix-sept (17) lits ;
- Une toilette externe pour le personnel ;

✓ **Le personnel comprend :**

- Trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- Trois (3) médecins généralistes ;
- Vingt-neuf (29) sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse ;
- Quinze infirmières obstétriciennes ;
- Trois (3) Assistants médicaux ;
- Une (1) aide-soignante ;
- Onze (11) étudiants faisant fonction d'interne ;
- Neuf (9) manœuvres ;

✓ **Fonctionnement du service :**

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et une seule aide-soignante.

Un staff se tient tous les jours à partir de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc...).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien qui est le chef d'équipe, d'un médecin généraliste, de deux sages-femmes, de trois internes, deux infirmières obstétriciennes, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres. La visite quotidienne des patientes hospitalisées se fait du lundi au vendredi à partir de 10 heures. Le CSRéf de la commune III est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésard de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

2. Type et Période de l'étude :

C'est une étude transversale prospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 soit une durée de douze (12) mois.

3. Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les parturientes reçues à la maternité du CSREF CIII pendant la période d'étude.

4. Echantillonnage

L'échantillon est de type exhaustif portant sur toutes parturientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

➤ **Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans l'étude :

Les parturientes qui n'ont pas effectuées de suivi prénatal

➤ **Critères de non inclusion**

- N'ont pas été incluses dans l'étude les gestantes suivies et qui ont accouché au CSRéf commune III.
- Les gestantes non suivies qui ont accouché ailleurs et admises au CSRéf CIII après l'accouchement.

5. Variables mesurées

Quantitatives : l'âge, la gestité, la parité, le nombre d'enfant vivant, les bruits du cœur fœtal, l'âge de la grossesse, la pression artérielle, la température, le délai de la rupture, le taux d'hémoglobine, la présence de protéinurie, la présence de leucocyte et de nitrite, le score d'APGAR,

Qualitatives : la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la profession du conjoint, l'ATCD chirurgicaux, le motif du non suivi, le mode d'admission, le motif d'admission, l'état général, l'aspect des conjonctives, la phase du travail d'accouchement, le type de présentation , le bassin, la poche des eaux, la coloration du liquide amniotique, le diagnostic obstétrical à l'entrée , le mode d'accouchement, l'indication de la césarienne, le diagnostic à l'admission, les complications en per partum, les complications dans les suites de couche, les complications maternelles, le pronostic fœtal et néonatal , le pronostic maternel,

6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle et anonyme à partir des dossiers médicaux des patientes.

7. Saisie et analyse des données.

La saisie et l'analyse des données ont été faites par le logiciel SPSS statistique 22.0, le traitement de texte et graphiques quant à eux avec les logiciels Word et Excel de la suite office 2016 de Microsoft.

8. Aspect éthique :

Nous avons obtenu l'autorisation des autorités administratives et sanitaire avant de commencer la collecte.

Un consentement éclairé verbal des patientes a été requis avant leur inclusion dans l'étude. Chaque patiente sera munie d'un dossier avec un numéro qui lui sera attribué dans l'optique de garder l'anonymat afin d'éviter que la confidentialité ne soit exposée aux yeux de tous.

V.RESULTATS

1. Fréquence :

Tableau I: Répartition des parturientes selon la fréquence des grossesses non suivies

Admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Grossesse suivie	2746	95,3
Grossesse non suivie	136	4,7
Total	2882	100

Dans notre étude, la fréquence des grossesses non suivies représentait 4,7% des cas.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

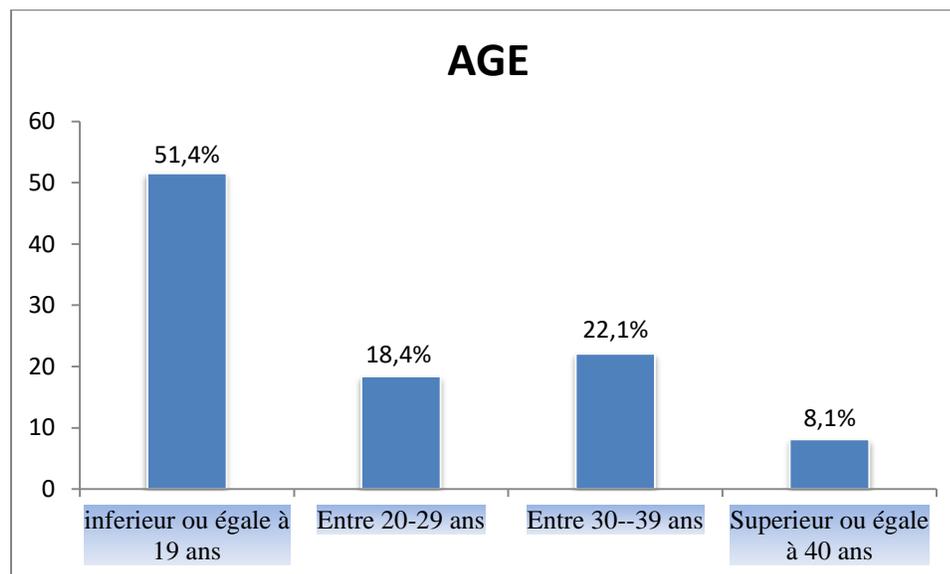


Figure 14 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

L'âge moyen des parturientes était de 22,68 avec des extrêmes de 15 ans et 43 ans.

Tableau II : Répartition des parturientes selon leurs professions

Professions	Effectifs	Pourcentage(%)
Femmes au foyer	87	64
Aide- ménagère	31	22,8
Commerçante/ Vendeuse	13	9,6
Elève / Etudiante	03	2,2
Coiffeuse	02	1,5
Total	136	100

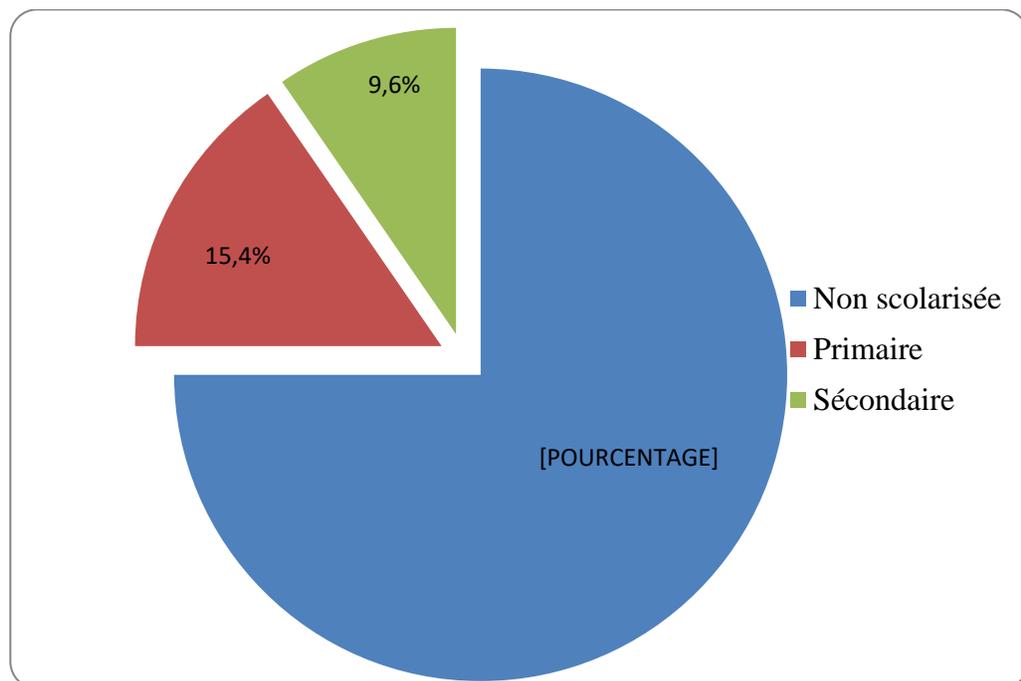


Figure 15 : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

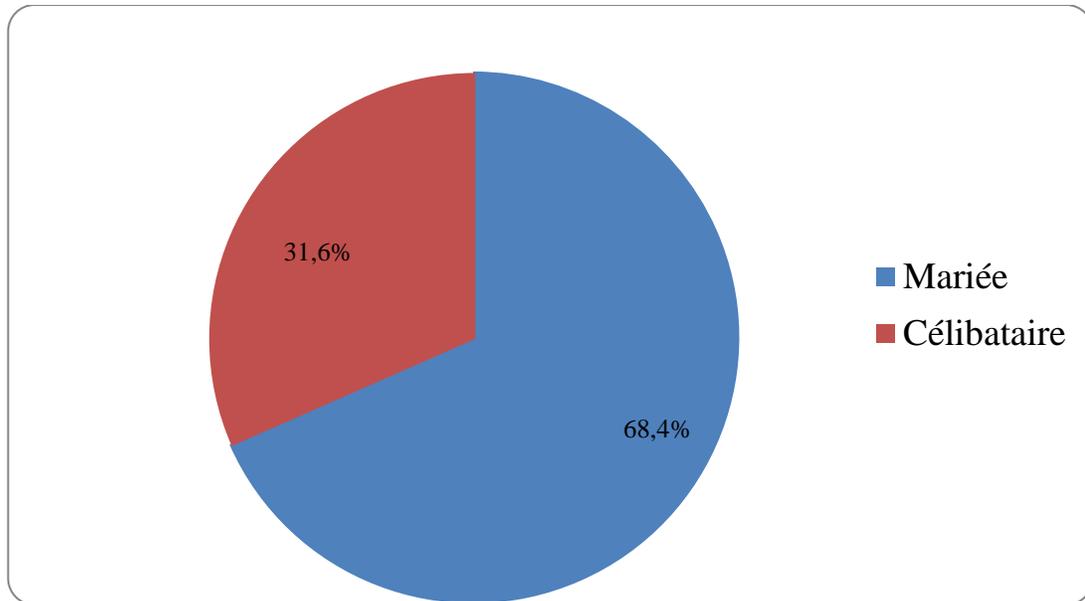


Figure 16 : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial

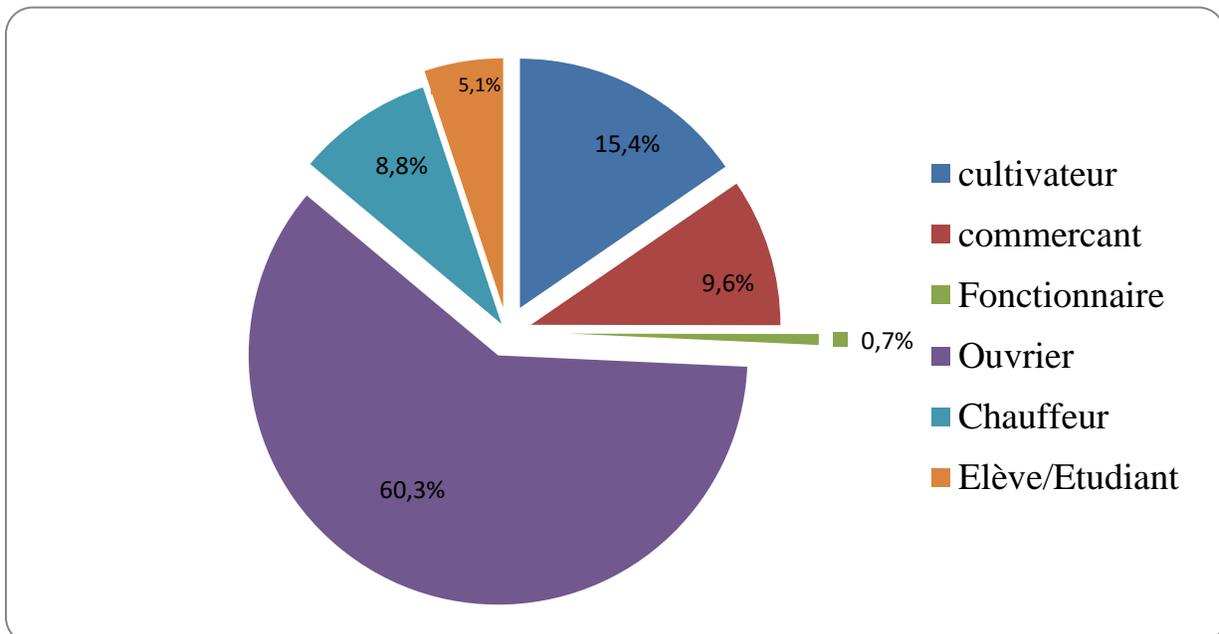


Figure 17 : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

La majorité des conjoints étaient des ouvriers avec 60,3% des cas.

3-Profil clinique :

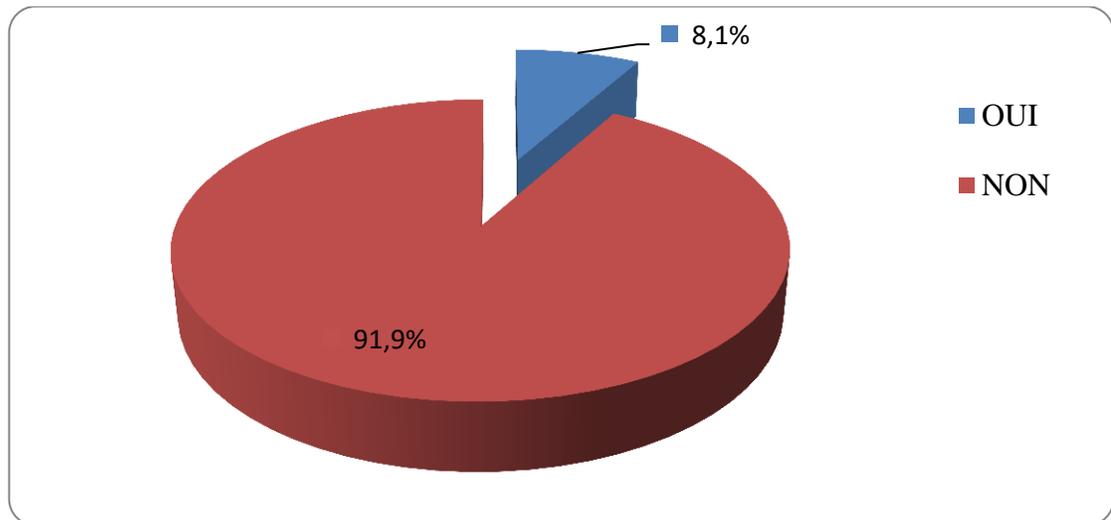


Figure 18 : Répartition des parturientes selon leurs ATCD chirurgicaux

Les parturientes déjà césarisées représentaient 8,1% des cas.

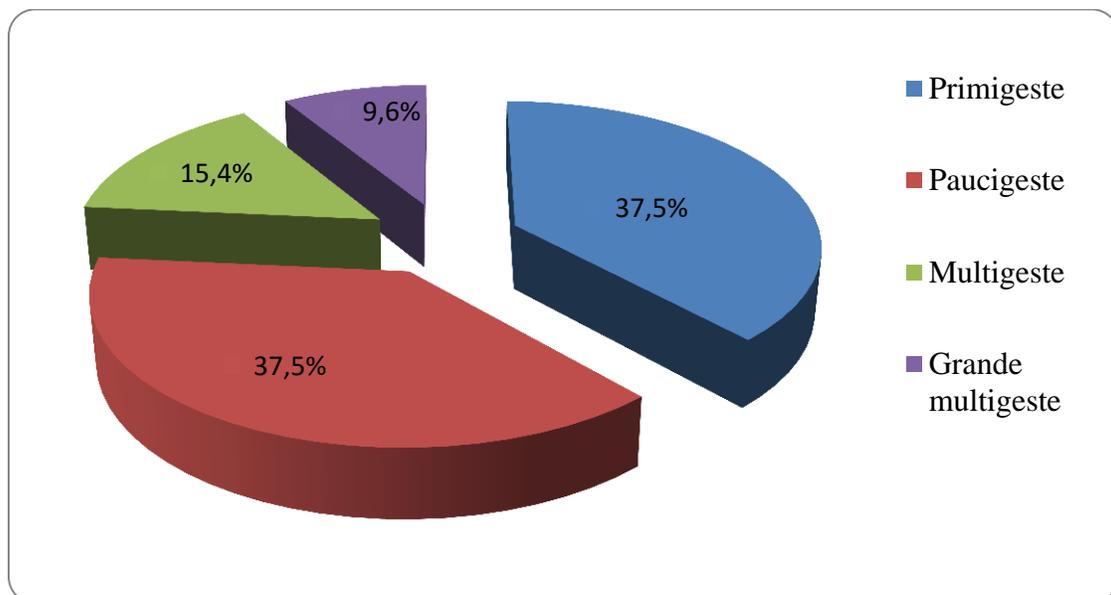


Figure 19 : Répartition des parturientes selon la gestité

Les primigestes et les paucigestes représentaient respectivement 37,5% et 37,5% des cas.

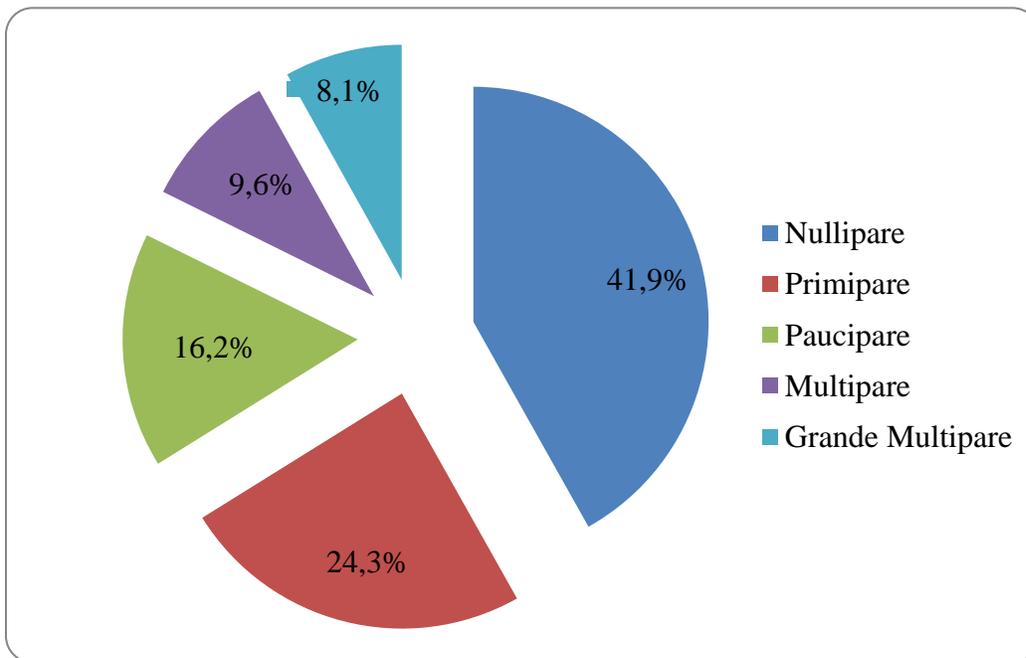


Figure 20 : Répartition des parturientes selon la parité

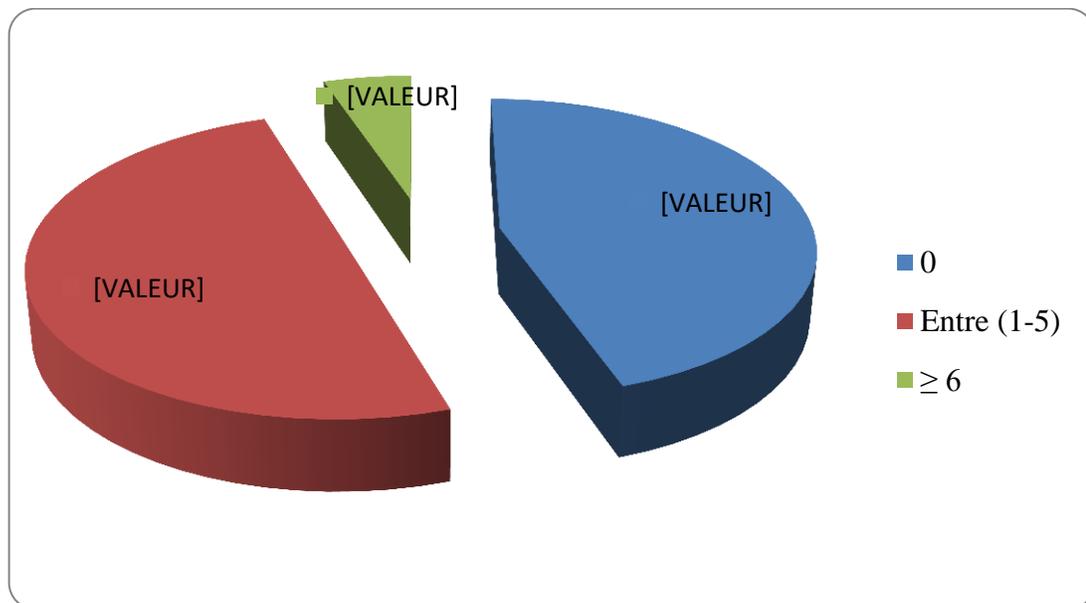


Figure 21 : Répartition des parturientes selon le nombre d'enfants vivants

Les patientes ayant un nombre d'enfants entre 1 et 5 représentaient 49,9% des cas.

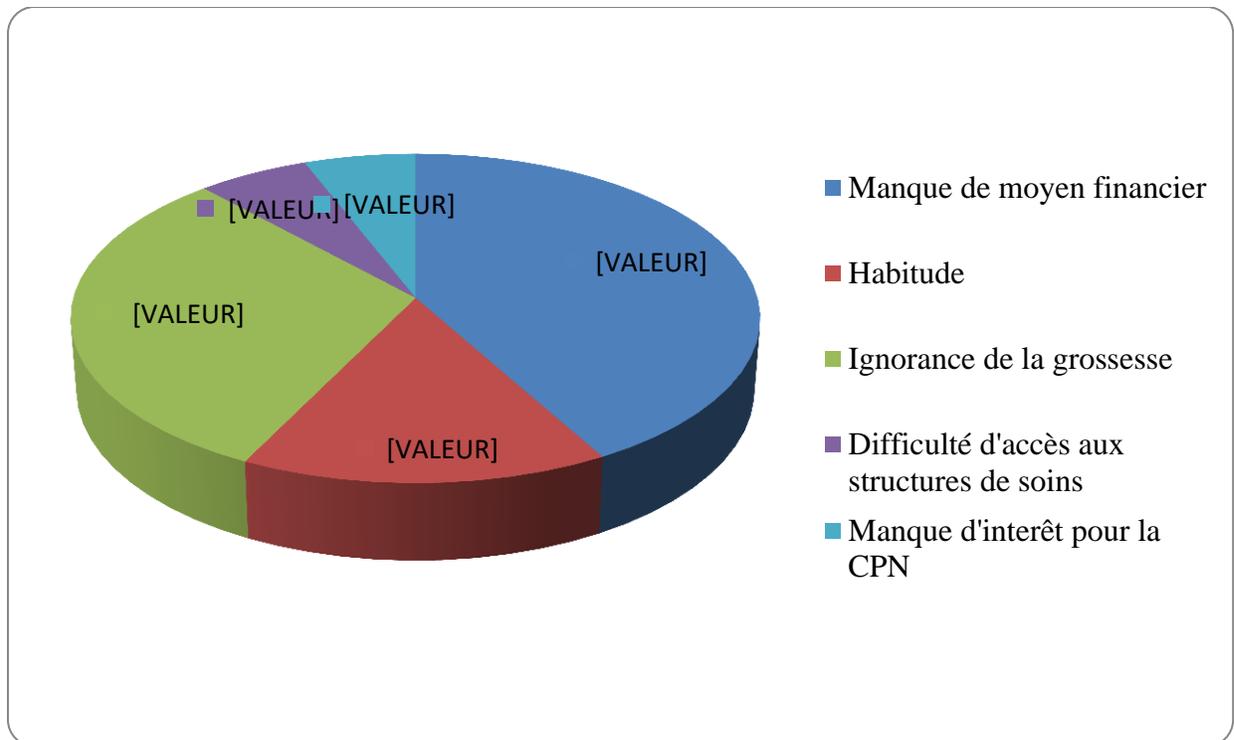


Figure 22 : Répartition des parturientes selon le motif du non suivi

1. Prise en charge :

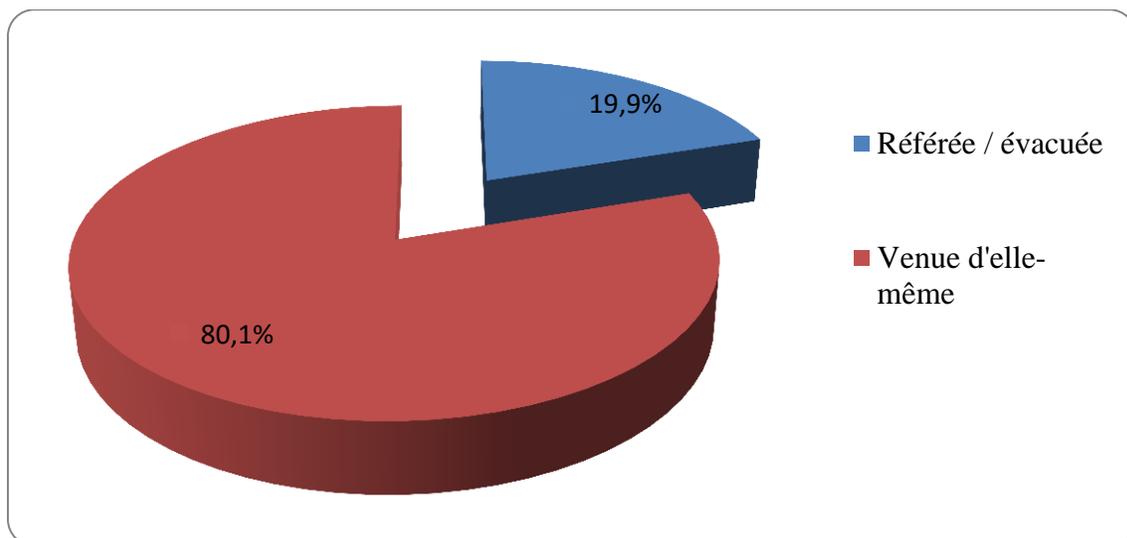


Figure 23 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Quatre-vingt pour cent des parturientes étaient venues d'elles –même.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentage(%)
Contraction utérine douloureuse	100	73,5
CPN non fait	18	13,2
HTA	6	4,4
Métrorragie sur grossesse	5	3,7
Tentative d'avortement	4	2,9
Utérus cicatriciel en travail	2	1,5
Menace d'accouchement prématuré	1	0,7
Total	136	100

Les contractions utérines représentaient 73,5% du motif d'admission.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon leur état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage(%)
Bon	119	87,5
Mauvais	17	12,5
Total	136	100

Tableau V : Répartition des parturientes selon la pression artérielle

Tension artérielle	Effectifs	Pourcentage(%)
PA < 14/9 cmHg	111	81,6
HTA Modéré	19	14
HTA sévère	6	4,4
Total	136	100

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la température corporelle

Température °C	Effectifs	Pourcentage(%)
< 36,5	15	11
36,5-37,5	116	85,3
≥ 38	5	3,7
Total	136	100

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la fréquence cardiaque

BDCF	Effectifs	Pourcentage(%)
< 120	8	5,9
120-160	110	80,9
≥ 160	3	2,2
Absent	15	11
Total	136	100

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon l'âge présumé de la grossesse

Age présumé de la grossesse	Effectifs	Pourcentage(%)
< 28 SA	02	1,5
28 - 36 SA	38	27,9
37 - 41 SA	96	70,6
Total	136	100

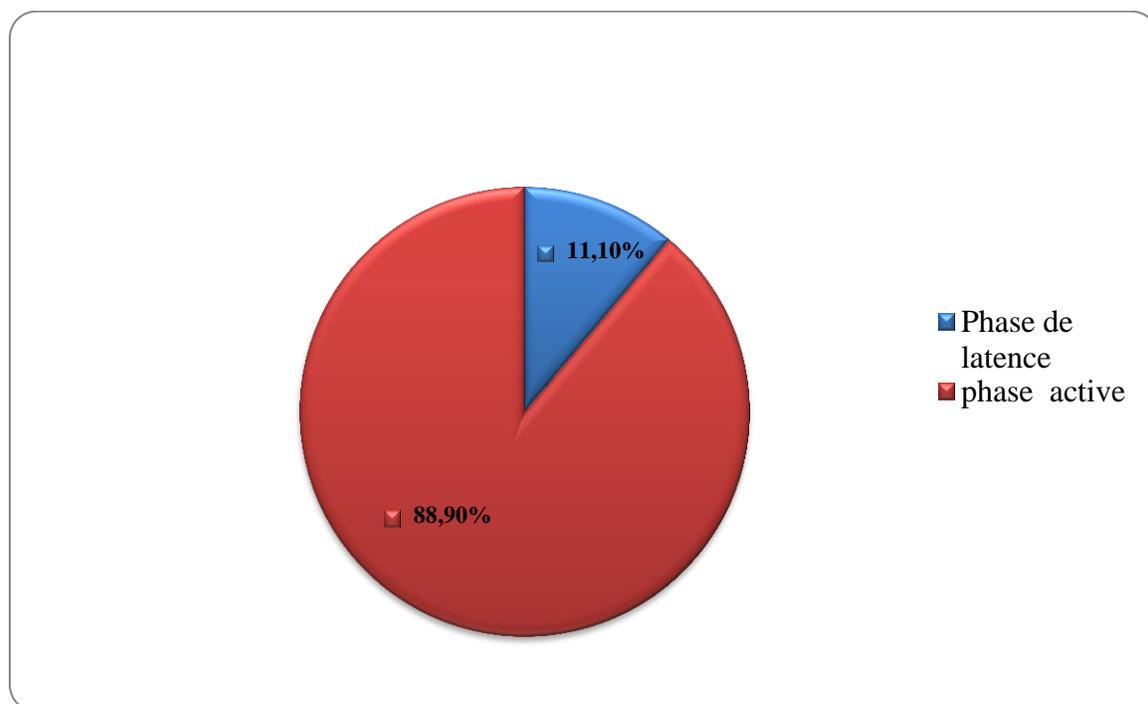


Figure 24 : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission

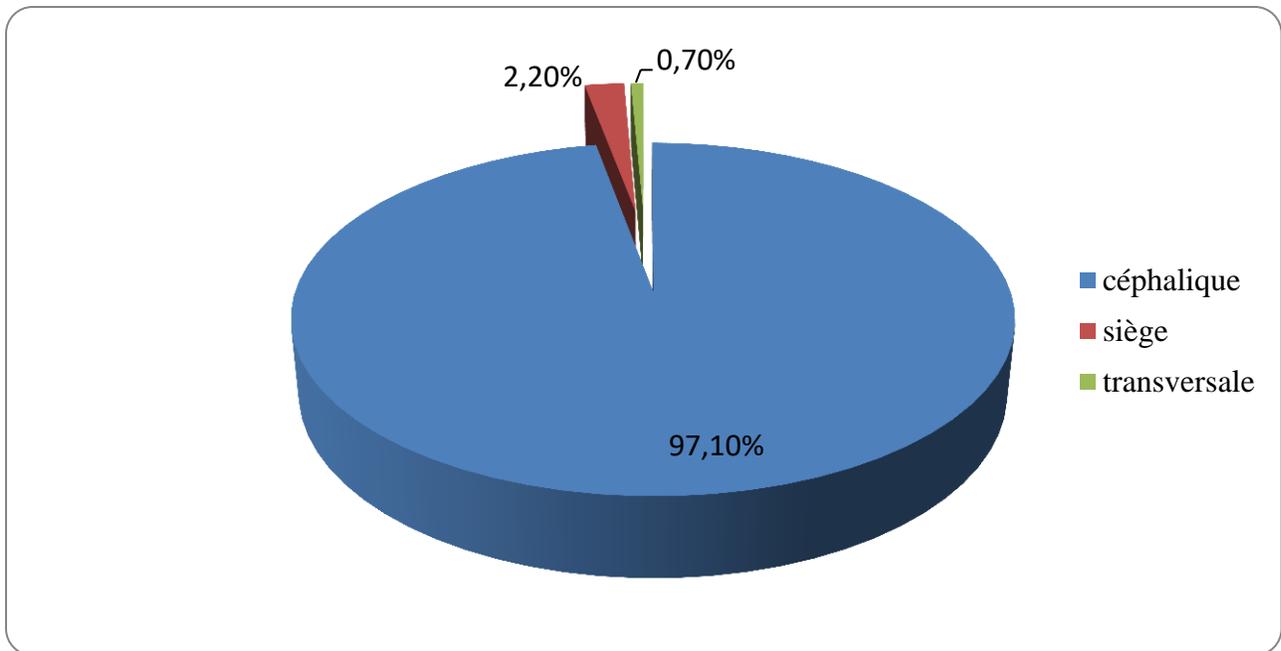


Figure 25 : Répartition des parturientes selon le type de présentation

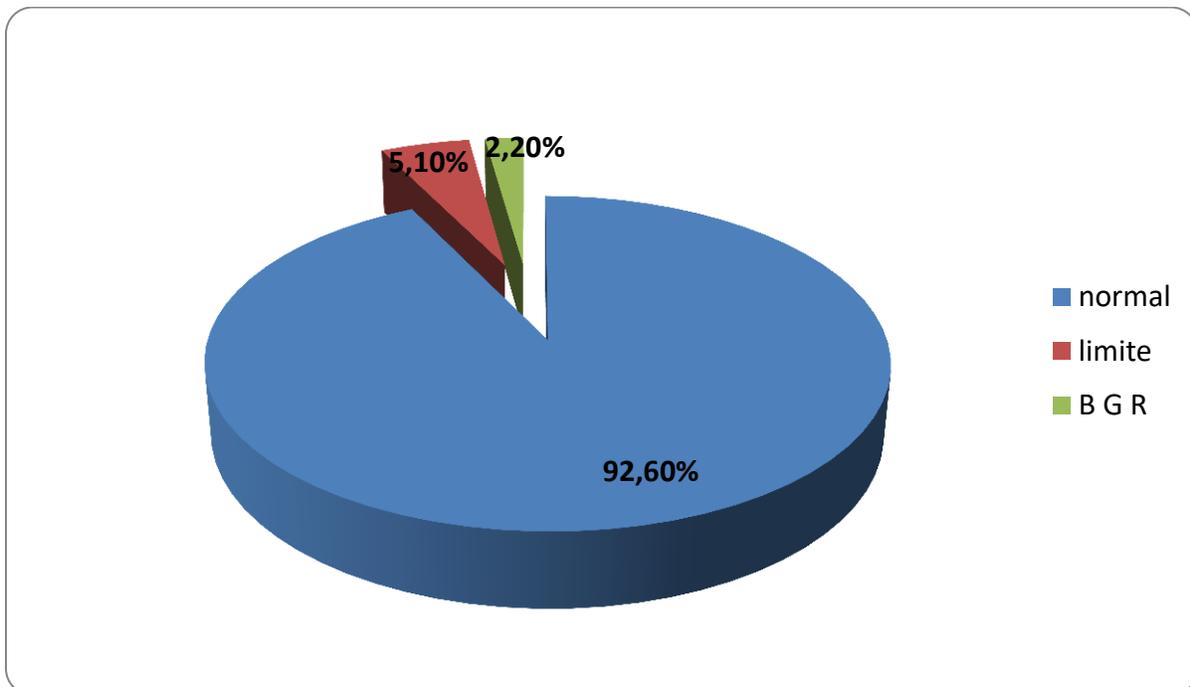


Figure 26 : Répartition des parturientes selon l'état du bassin

Tableau IX : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux

Membranes	Effectifs	Pourcentage(%)
Intactes	109	80,1
Rompues	27	19,9
Total	136	100

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction du délai entre la rupture des membranes et le début du travail (N= 27)

Délai de la rupture	Effectifs	Pourcentage(%)
< 6 heures	7	5,2
6-12 heures	11	8,1
> 12 heures	9	6,6
Total	27	100

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

Aspect du liquide amniotique	Effectifs	Pourcentage(%)
Clair	106	77,9
Jaune citrin	12	8,8
Verdâtre	8	5,9
Méconial	10	7,4
Total	136	100

Le liquide amniotique était clair chez 77,9% des cas.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage(%)
< à 8 g/dl	16	11,8
8 à 10 g/dl	101	74,2
≥ 11 g/dl	19	14
Total	136	100

Dans 11,8% des cas les parturientes ont présenté une anémie sévère.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la présence de protéinurie

Protéinurie significative	Effectifs	Pourcentage(%)
Néant	122	89,7
Non significative	8	5,9
Significative	6	4,4
Total	136	100

La protéinurie était significative chez 4,4% des parturientes.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la présence de leucocytes et nitrites

Présence de leucocytes et nitrites	Effectifs	Pourcentage(%)
Absence de Leucocytes et de Nitrites	127	93,4
Leucocytes + Nitrites	5	3,7
Nitrites +	3	2,2
Leucocytes +	1	,7
Total	136	100

Les parturientes avaient une leucocyturie et une nitrite présentent dans les urines soit 3,7%.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu à l'admission

Diagnostic obstétricale retenu à l'entrée	Effectifs	Pourcentage(%)
Travail d'accouchement	114	83,8
Infection amniotique	8	5,9
HTA sévère	6	4,4
PP hémorragique	5	3,7
HRP	3	2,2
Total	136	100

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage(%)
Voie basse	121	89,70
Césarienne	15	10,30
Total	136	100

La majorité des parturientes ont accouché par voie basse dans 89,7% des cas.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne (N=15)

Indication de la Césarienne	Effectif	Pourcentage(%)
Bassin Rétréci	6	40
Présentation dystocique	2	13,3
Utérus bicatriciel en travail	2	13,3
HRP grade III de Sher	2	13,3
PP non recouvrant hémorragique	1	6,7
Souffrance Fœtale Aiguë	2	13,4
Total	15	100

Les bassins rétrécis représentaient l'indication fréquente de la césarienne avec 40% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon les complications en per partum

Complications obstétricales en per partum	Effectifs	Pourcentage(%)
Eclampsie	6	4,4
HRP grade III a de Sher	3	2,2
HTA modérée	2	1,5
Hémorragie par placenta prævia	5	3,7
Pas de complication	120	88,2
Total	136	100,0

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les complications dans les suites de couche

Complications dans les suites de couche	Effectifs	Pourcentage(%)
Suite de couches simples	104	76,5
Anémie sévère	25	18,4
Eclampsie	6	4,4
Hémorragie du post partum immédiat	1	0,7
Total	136	100

Tableau XX : Répartition des parturientes selon le score d'APGAR

Score Apgar	A la 1^{ère} minute		A la 5^{ème} minute	
	Effectifs	%	Effectifs	%
0	14	10,3	14	10,3
1-3	5	3,7	0	0
4-6	3	2,2	5	3,7
≥ 7	114	83,8	117	86,0
Total	136	100,0	136	100

Tableau XXI : Répartition selon le pronostic fœtal et néonatal

Pronostic fœtal et néonatal	Effectifs	Pourcentage(%)
Prématurité	25	18,4
Infection néonatale précoce	25	18,4
Souffrance néonatale	11	8,1
Hypotrophie	7	5,1
Bébés siamois	2	1,5
Aucun	66	48,5
Total	136	100

Tableau XXII : Relation entre le mode d'admission et le pronostic foetal

Mode admission	Pronostic foetal						Total
	Prématurité	Infection néonatale précoce	Hypotrophie	Malformation (siamoise)	Aucun	Souffrance néonatale	
Référée	6	9	1	0	7	3	26
Venue d'elle-même	19	16	6	2	59	8	110
Total	25	25	7	2	66	11	136

Khi-2 Pearson ; P = 0,104

Il n'existe pas de relation entre le mode d'admission et le pronostic foetal.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission en fonction de complications maternelles

Mode d'admission	Complications Maternelles							Total
	Placenta prævia	HRP	Eclampsie	HTA modérée	Pas de complication	Déchirure du col	Déchirure du périnée simple	
Référée	1	1	6	0	17	1	0	26
Venue d'elle- même	1	2	0	2	98	1	6	110
Total	2	3	6	2	115	2	6	136

Khi-2 de Pearson, P=0,000

Il existe une relation entre le mode d'admission et les complications maternelles.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le Diagnostic retenu en fonction des complications en per partum

Diagnostic retenu	Complications en per partum							Total
	Placenta prævia	HRP	Eclampsie	HTA modérée	Pas de complication	Déchirure du col	Déchirure du périnée simple	
Travail d'accouchement sur bassin normal	0	0	0	2	108	2	6	118
Travail d'accouchement sur bassin rétréci	0	0	0	0	6	0	0	6
Travail d'accouchement sur utérus bicatriciel	0	1	0	0	1	0	0	2
Placenta prævia non recouvrant hémorragique	2	0	0	0	0	0	0	2
Hématome retro-placentaire	0	2	0	0	0	0	0	2
Crise d'éclampsie	0	0	6	0	0	0	0	6
Total	2	3	6	2	115	2	6	136

Il existe une relation statistiquement significative entre le diagnostic retenu et les complication per partum.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu en fonction des complications post partum

Diagnostic retenu	Complications post-partum				Total
	Aucun	Déchirure périnéale	Déchirure du col	Eclampsie	
Travail d'accouchement sur bassin normal	110	6	2	0	118
Travail d'accouchement sur bassin rétréci	6	0	0	0	6
Travail d'accouchement sur utérus bicatriciel	2	0	0	0	2
Placenta prævia non recouvrant hémorragique	2	0	0	0	2
Hématome retro-placentaire	2	0	0	0	2
Crise d'éclampsie	0	0	0	6	6
Total	122	6	2	6	136

Khi-2 de Pearson, P=0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre le diagnostic retenu et les complications post partum.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le mode d'admission et la voie d'accouchement

Mode d'admission	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Référée	24	2	26
Venue d'elle-même	97	13	110
Total	121	15	136

Khi-2 de Fisher, P=0,546.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le mode d'admission et la voie d'accouchement.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission en fonction des complications en per partum

Mode d'admission	Complications obstétricales en per partum							Total
	Placenta prævia	HRP	Eclampsie	HTA modérée	Pas de complication	Déchirure du col	Déchirure du périnée simple	
Référée	1	1	6	0	17	1	0	26
Venue d'elle-même	1	2	0	2	98	1	6	110
Total	2	3	6	2	115	2	6	136

Khi-2 de Pearson, P=0,000

Il existe un lien statistiquement significatif entre le mode d'admission et les complications en per partum.

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission et les complications post partum

Mode d'admission	Complications post-partum			Total	
	Aucun	Déchirure périnéale	Déchirure du col		
Référée	19	0	1	6	26
Venue d'elle-même	103	6	1	0	110
Total	122	6	2	6	136

Khi-2 de Pearson, P= 0,000

Il existe un lien statistiquement significatif entre mode d'admission et les complications post partum.

VI.COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1. Approches méthodologiques :

Il s'agissait une étude transversale prospective qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2017 au 31 décembre 2017 soit une durée de douze mois. Les patientes ont été sélectionnées une seule fois. Les difficultés rencontrées au cours de cette étude ont été la non collaboration de certaines patientes due à la méconnaissance de la langue bambara et ou française d'où l'implication de certains accompagnants pour répondre à nos questions. La collaboration des collègues par rapports à la collecte des données ma facilité l'enquête.

2. Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 2882 accouchements. Parmi les parturientes ayant accouchés, 136 n'ont pas effectuées de consultation prénatale soit un taux de 4,7% des cas. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par Sanogo S. [27] au CSRéf CVI (12,5%) et Dembélé B. [28] au CSRéf CII (10,2%). Cette différence pourrait s'expliquer par une accentuation de la sensibilisation et une adhésion de plus en plus grandissante à la CPN. Par ailleurs ce taux est nettement inférieur à celui de Sangala M [5] à l'hôpital de Mopti soit 28,7%. Cette différence pourrait s'expliquer par le faite que cette étude de Sangala M a été réalisée en milieu péri-urbain ou la population semble être moins informée de l'importance vis-à-vis de la consultation prénatale contrairement à celle du district sanitaire de Bamako.

3. Caractéristiques sociodémographiques :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée était ≤ 19 ans avec soit 51,4% des cas et une moyenne d'âge de 22,68. La majorité des parturientes était des adolescentes ayant contracté des grossesses non désirées d'où le motif du non suivi de la grossesse.

Les femmes au foyer ont représenté 64,0 % des cas suivies des aides ménagères avec 22,8 %. Dembélé B [28] au CSRéf CII a retrouvé 54,3 % de femmes au foyer et 24 % d'aides ménagères, Sanogo S [27] au CSRéf CVI retrouve 53,4% de femmes au foyer. Toutes ses études y compris le nôtre retrouvent un taux élevé des femmes au foyer, cela pourrait s'expliquer par une question d'habitude surtout les multipares se croyaient les plus expérimentées. Ce taux élevé d'aides ménagères, s'expliquerait par leur ignorance en matière d'éducation sanitaire et l'irresponsabilité de certains acteurs.

Les parturientes non scolarisées étaient majoritaires avec 75% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Dembélé B [28] au CSRéf CII avec 73,9%. La méconnaissance de l'intérêt de la CPN pourrait expliquer le taux élevé de femmes non scolarisées.

Les femmes célibataires ont représenté 31,6% des cas. Ce taux est comparable à celui de Dembélé B [28] au CSRéf CII avec 34,2%. Le taux élevé de célibataire pourrait s'expliquer par le manque de soutien ou la négligence des conjoints.

Au cours de notre étude, la profession du conjoint la plus représentée était les ouvriers dans 60,3%des cas. Ceci a été évoqué par d'autre auteurs Dembélé B [28] avec (39,1%) et Sanogo S [27]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le suivi prénatal de ses femmes est sous dépendante de l'état financier du foyer. Ainsi la profession s'expose à un bas revenu social souvent à un manque d'opportunité quotidienne.

Durant notre étude le manque de moyen financier et l'ignorance de la grossesse ont été les principaux motifs du non suivi. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socio-économiques défavorables, le niveau de vie et la méconnaissance de la CPN.

4. Profil clinique :

La contraction utérine douloureuse était le motif d'admission le plus fréquent avec 73,5%. Cela se confirme par la littérature des données du Merger Robert [20]

L'auscultation des BDCF est un élément clé au cours de l'examen d'une parturiente. Elle se fait à l'aide d'un cardiotocographe ou à défaut le stéthoscope de Pinard. Au cours de notre étude les BDCF n'étaient pas perçus chez 11% des cas.

Nos données sont comparables à celles de SY I [33] (11,5%) et Sanogo S [27] (11,5%). L'absence de BDCF qui se traduit par la mort fœtale in utero, l'un des méfaits du non suivi de la grossesse.

L'appréciation de la présentation est un guide capital dans le choix de l'accouchement. Au cours de notre étude nous avons enregistré 97,1% de présentation céphalique, 2,2% de siège et 0,7% de transversale. Il n'y a pas de différence entre notre étude et celle de Dembélé B [28] qui trouve 94,4% de présentation céphalique ; 3,3% de siège et 1% transverse. La présentation du sommet est la plus fréquente parce qu'elle s'explique par la loi de l'accommodation : le contenu mobile c'est-à-dire le fœtus, adapte au mieux sa forme et ses dimensions à celles du contenant c'est-à-dire de l'utérus, puis du bassin.

4. Pronostic maternel :

Les complications obstétricales les plus fréquentes étaient l'éclampsie 4,4% suivie l'hémorragie par placenta prævia 3,7% et HRP grade III a de Sher 2,2%. Notre taux de complications obstétricales reste inférieur à celui de Sy I [29] qui retrouve : HPPI : 9,8% ; Éclampsie : 17,7% et HRP 25,7%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon de Sy I qui était trois fois supérieures à la nôtre.

Il existe une relation statistiquement significative entre le diagnostic retenu et le pronostic maternel.

Les principales complications observées au cours des suites de couches ont été l'anémie sévère (18,4%) suivie de l'HTA et ses complications (4,4%). Par ailleurs Sangala M [5] trouve comme complications de suites de couches : l'anémie et l'HTA avec respectivement 43,9% et 27,4%. Ce taux de complication reste inférieur à celui de Sangala M [5], cela pourrait s'expliquer par la grande taille de l'échantillon. La majorité des anémies observées dans les suites de couches sont dû au fait qu'à l'admission ses parturientes présentaient cliniquement des pâleurs conjunctivo-palmo-plantaires due au manque de supplément en fer pouvant être corrigé par un bon suivi prénatal.

Il existe une relation entre le mode d'admission et les complications maternelles. Au cours de notre étude nous n'avons pas constaté de décès maternel. D'autres études telles que celle Dembélé B [28] n'ont pas enregistré de décès. Par contre Sangala M [5] a enregistré un taux de 3,9% de décès lié à l'HRP et éclampsie.

5. Pronostic fœtal :

La morbidité la plus fréquente était la prématurité avec 18,4%. Ce taux est comparable à celui de Sy I. [29] et Dembélé B [28] qui trouve respectivement 13,1% et 14,8% des cas.

Au cours de notre étude nous avons enregistré un taux de mortalité soit 10,3%. Ces données se rapprochent de celle retrouvée par Sy I. [29] 11,2%, par contre Sangala M [5] trouve un taux de mort -né de 33,9%. Cette différence s'expliquerait par la taille de l'échantillon de Sangala M par rapport au notre et aux problèmes rencontrés au cours des évacuations : indisponibilité des ambulances, la distance entre les habitats et la structure de santé.

Il n'existe pas de relation entre le mode d'admission et le pronostic fœtal

CONCLUSION

L'accouchement chez les parturientes n'ayant pas fait de CPN à relativement diminué dans notre étude. Le profil de ces parturientes est en rapport avec leurs statuts socioéconomiques défavorable. Il s'agit généralement des ménagères le plus souvent des paucigestes et multigestes. Le pronostic maternel est dominé par des complications maternelles et le pronostic foetal à un taux de mortalité de 10,3%.

VII.RECOMMANDATIONS

Aux autorités politico-sanitaires :

- Améliorer et renforcer le système de santé en permettant l'accès aux soins de santé à moindre coût de la population et particulier de la femme enceinte ainsi que d'évaluer les programmes déjà opérationnels en matière d'information et d'éducation portant sur l'intérêt et la nécessité des visites prénatales, de l'accouchement en milieu assisté.
- Inclure dans le programme d'enseignement une éducation à la vie familiale, le danger que peuvent engendrer la grossesse et l'accouchement ainsi que l'importance des suivis prénataux.
- Rendre gratuits les soins prénataux.

Aux prestataires de santé

- Bien enregistrer les informations sur les patientes dans les dossiers médicaux respectifs,
- Motiver les femmes enceintes à utiliser les services de santé de la reproduction et les encourager à éduquer à leur tour l'entourage pour l'utilisation des mêmes services.
- Sensibiliser les hommes à encourager les femmes enceintes dans leurs entourages de faire des suivis prénataux précoces et réguliers.

Aux populations

- Suivre et débiter les CPN tôt.
- Encourager les gestantes et les soutenir dans la réalisation des CPN.

REFERENCES

- 1. Thiam HD.** Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse médecine(Bamako) 2000 (62).
- 2. Traore Y, Teguede I, Thera AT, Mulbah JK, Mounkoro N, Diarra I et al.** Aspects sociodémographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical. 2007; 22(2): 39-43.
- 3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S.** Regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016 ; 387 (10017) : 462-74.
- 4. OMS.** Mortalité maternelle. 16 février 2018. Accessed February 24 2019.
- 5. Sangala M.** Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies à l'hôpital SOMINE DOLO DE MOPTI Thèse de Médecine, 2015- M- 309.
- 6. Unicef.** Situation des Enfants dans le monde 2009, p1-52.
- 7. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.** Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38 (2):174–81.
- 8. Higgins PG, Woods PJ.** Reasons, health behaviors, and outcomes of no prenatal care: research that changed practice. Health Care Women Int 1999; 20(2):127–36.
- 9. Gilbert NL, Casapi'a M, Joseph SA, Ryan JA, Gyorkos TW.** Inadequate prenatal care and the risk of stillbirth in the Peruvian Amazon. Int J Obstet Gynecol 2010; 109(2):155–6.

- 10. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE.** Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol* 2010 August; 203(2):1-6.
- 11. Abu-Ghanem S, Sheiner E, Sherf M.** Lack of prenatal care in a traditional community: trends and perinatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet* 2011 ; 285(5) :1237- 42.
- 12. Institut National de la Statistique(INSTAT), Cellule de planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.2019.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018.Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. P : 25
- 13. Akpadza K, Kotor KT, Baeta S, Hodonou AKS.**Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sokodé (Togo). *Médecine d’Afrique Noire* 1994 ;41(11) :604-607.
- 14. Division Santé Familiale : Programme de santé familiale.** Plan quinquennal 1988-1992, Mali, Décembre 1987.
- 15. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d’obstétrique.6ème édition. Paris: MASSON;1995.
- 16. Blondel B, Dutilh P, Delour M, Uzan S.** Poor antenatal care and pregnancy outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993 ; 50(3) :191–6.
- 17. Blondel B, Marshall B.** Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse : résultats d’une étude dans 20 départements. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25(7):729–36.
- 18. Maleya A, Kakudji K, Mwazaz MR, Nsambi BJ, Ngwej IH, Mukuku O, et al.** Issues materno-foetales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*The Pan African Medical Journal.*2019; 33 :1.

- 19. Traoré AY.** Aspects épidémio-cliniques et pronostic des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako. Thèse Médecine 2017-M-30.
- 20. Merger R, Lévy J, Melchior J.** Mortalité périnatale. Tiré de précis d'obstétrique. 5ème édition. Paris : MASSON ;2001
- 21. Ministère des solidarités et de la santé. Plan périnatalité 2005-2007.** Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris ,04 Novembre 2004. [Document en ligne]. Disponible sur : <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf> (consulté le 30/06/2018)
- 22. Politique et normes des services de santé de la reproduction.** Juin 2005
- 23. EMC Gynécologie obstétrique J. CHEVALIER, A Treisse, J.J FAVREAU** 007-M -10-1996 – 14-15P
- 24. Politique et normes des services de santé de la reproduction.** Mai 2019
- 25. Haute Autorité de la Santé.** Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation Mai 2007.
- 26. Lansac J, Philippe D, Jean- François O.** Pratique de l'accouchement, 5^e édition 2008
- 27. SANOGO S.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf de la Commune VI. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2009.
- 28. DEMBELE B.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf commune II (Bamako) Thèse de Médecine, 2015- M- 191.
- 29. SY I.** Pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CS Réf Commune V (Bamako) Thèse de Médecine, 2012- M- 97.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTITE DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée : /__ / __ / __ / __ / __ / __ /

Q2 Numéro du Dossier : /__ / __ / __ /

Q3 Nom &

Prénom :

Q4 Age : /__ / __ / ans

Q5 Tel :

II. STATUT SOCIODEMOGRAPHIQUE

Q6 Etat matrimonial : /__ / 1= mariée ; 2= célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve

Q7 Profession de la femme : /__ / 1= ménagère ; 2= secrétaire/employée de bureau ; 3= commerçante ; 4= élève/étudiante ; 5= enseignante ; 6= vendeuse ; 7= autres.....

Q8 Niveau d'instruction : /__ / 1= non scolarisée ; 2= primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ; 5=école coranique

Q9 Profession du conjoint : /__ / 1= cultivateur ; 2=commerçant ; 3= enseignant ; 4=élève/étudiant ; 5= ouvrier ; 6= autres.....

III. ANTECEDENTS

3.1. Antécédents médicaux :

Q10 HTA : /__ / 1= oui ; 2= non

Q11 Cardiopathie : /__ / 1= oui ; 2= non

Q12 Drépanocytose : /__ / 1= oui ; 2= non

Q13 Diabète : /__ / 1= oui ; 2= non

Q14 Asthme : /__ / 1= oui ; 2= non

Q15 Autres : /__ / 1= à préciser..... ; 2= non

3.2. Antécédents chirurgicaux :

Q16 Césarienne : /___/ 1= oui ; 2= non

Q17 Si oui indication : /___/ 1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ; 3= Souffrance fœtale aigue ; 4= pathologie maternelle.

Q18 Myomectomie : /___/ 1= oui ; 2= non

Q19 GEU (salpingectomie) : /___/ 1= oui ; 2= non

Q20 Autres : /___/ 1= oui ; 2= non

Q21 Si oui, à préciser.....

3.3. Antécédents obstétricaux :

Q22 Gestité : /___/ ; Parité : /___/ ; nombre Mort-née : /___/ ; nombre Vivant : /___/ ; nombre Avortement : /___/ ; nombre Décédé : /___/

Q23 Intervalle inter génésique : /___/ mois.

IV. ADMISSION

Q24 Mode d'admission : /___/ 1= référée ; 2= évacuée, 3= venue d'elle-même

Q25 Si référée, Provenance : /___/ 1= CS COM ; 2= CS Réf ;

Q26 Motif d'admission:.....

V. DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

4.1. Examen Clinique

Q27 Examen général :

Q27.1. Etat général : /___/ 1= bon ; 2= mauvais

Q27.2. Conjonctives : /___/ 1= colorées ; 2= pâles

Q27.3. Tension Artérielle : PAS : /___/___/___/ et PAD : /___/___/___/ mm hg

Q27.4. Température : /___/___/°C

Q27.5. Œdèmes : /___/ 1= oui ; 2= non

Q27.6. Taille : /___/___/___/ cm

Q27.7. Poids : /___/___/___/ kg

Q28 Examen obstétrical :

Q28.1. HU : /__/_/ cm

Q28.2. BDCF : /__/_/_/ bpm

Q28.3. Age présumé de la grossesse : /___/ 1= à terme, 2= non à terme

Q28.4. Col (dilatation) : /__/_/ cm

Q28.5. Présentation : /__/ 1= Céphalique ; 2= siège ; 3= transversale.

Q28.6. Bassin : /__/ 1= normal ; 2= limite ; 3= BGR.

Q28.7. Membranes : /__/ 1= intactes ; 2= rompues

Si rompues : /__/ 1= < 6 heures ; 2= 6-12 heures ; 3= >12 heures

Coloration du liquide amniotique
:.....

4.2. Bilan

Q29 Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl

Q30 Groupage/Rhésus : /_____/

Q31 Protéinurie significative : /__/ 1=oui ; 2= non

Q32 Glycosurie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q33 Autres : /__/ 1= non ; 2=oui

Q34 Si oui, préciser.....

4.3. Accouchement :

Q35 Mode d'accouchement : /__/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps ;
4= Césarienne

Q35.1. Si césarienne, indication :.....

Q35.2. Si ventouse ou forceps, indication.....

Q36 Episiotomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q37 Si épisiotomie, indication:
.....

Q38 Délivrance : /__/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

4.4. Complications

Q39 Complications obstétricale à l'entrée : /__/ 1= hémorragie ; 2= HTA sévère ; 3=infection amniotique ; 4= procidence du cordon ; 5=autres.....

Q40 Complications obstétricales au cours du travail : /__/ 1= rupture utérine ; 2= placenta prævia ; 3= éclampsie ; 4= HRP ; 5= toxémie gravidique ; 6= procidence du cordon ; 7= déchirure du périnée simple ; 8= déchirure du périnée compliquée ; 9= déchirure du col ; 10= déchirure du vagin ; 11 = autres.....

Q41 Suites de couche : /__/ 1= simples ; 2= anémie ; 3= suppuration pariétale ; 4= endométrite ; 5= éviscération ; 6= pelvipéritonite ; 7= péritonite ; 8= éclampsie ; 9=septicémie ; 10= paludisme ; 11= hémorragie du post-partum immédiat ; 12= autres.....

4.5. Traitement

Q42 Traitement médicaux : /__/ 1= utero toniques ; 2= antibiotique ; 3= antipaludéens ; 4= fer ; 5= anti hypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ; 7= autres.....

Q43 Traitement chirurgicaux :

Q43.1. Césarienne : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.2. Si Oui, indication :
.....

Q43.3. Laparotomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.4. Si Oui, indication :.....

Q43.5. Suture du périnée : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.6. Si Oui, indication :.....

VI. PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

6.1. Pronostic maternel :

Q44 Mère : /__/ 1= vivante ; 2= décédée

6.2. Pronostic fœtal :

Q45 Score d'Apgar : /__/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score)

Q46 Morbidité fœtale : /__/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie fœtale ; 4= hypotrophie fœtale ; 5= malformation ; 6= autres.....

Q47 Fœtus : /__/ 1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mort-né macéré

Q47.1. Si référée, cause :

.....

Q47.2. Si décédé, cause :

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : FOMBA

Prénom : Mariam

Date et lieu de naissance : 25 Janvier 1989 à Tiassalé-RCI

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2020-2021

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Pronostic de l'accouchement chez les parturientes non suivies dans le Centre de Santé de Référence de la Commune III du district de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé : Nous avons réalisé une étude transversale prospective sur le pronostic de l'accouchement chez les parturientes non suivies dans le Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako (Mali)

La fréquence de l'accouchement chez les parturientes n'ayant pas effectuées de CPN était de 4,7 %. La tranche d'âge ≤ 19 ans était la plus représentée avec 51,4% de cas. Les femmes aux foyers ont représenté 64% et les aides ménagères avec 22,8 %. Les parturientes non scolarisées représentaient 75 % des cas. Les femmes célibataires ont représenté 31,6 % des cas. La profession du conjoint la plus représentée était les ouvriers dans 60,3 % des cas. La présentation céphalique représentait 97,1 %, siège 2,2 % et transversale 0,7%. Les complications obstétricales étaient l'hémorragie par placenta prævia 3,7 %, éclampsie 4,4 % et HRP grade III a de sher 2,2 %, anémie sévère 18,4 % et HTA 4,4 %. La morbidité néonatale la plus fréquente était la prématurité avec 18,4 % ; taux de mortalité de 10, 3 %. Le motif du non suivie a été le manque de moyen financier, l'ignorance de la grossesse...due aux conditions socio-économiques défavorables, le niveau de vie et la méconnaissance de la CPN.

Mots clés : pronostic, accouchement, parturientes, CPN, CSRéf CIII, Bamako

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.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !