

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

UNIVERSITE DU MALI

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

N° : 8

ANNEE : 2000 - 2001

TITRE

**L'ASSOCIATION FIEVRE ET GROSSESSE DANS LE SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL DU POINT "G" ET LA
MATERNITE DE HAMDALAYE**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LEOCTOBRE 2000

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto – Stomatologie

PAR Mr Pierre Mamou COULIBALY

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président du jury : Professeur Hamar A. TRAORE

Membres : Dr Ibrahim I. MAIGA

Dr Issa DIARRA

Directeur de Thèse : Professeur Amadou I. DOLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 - 2000

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou E. THOMAS
Mr Sékou THISE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiémar COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouroum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogé Zié SANOGO
Mr Adama SANGAFÉ
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim THIRO
Mme Koumbé Fanta TOGOLA
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ophthalmologie
Stomatologie
Orthopédie, Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Ophthalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARÉ
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTÉ
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie **Chef de D.E.R.**
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégue Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigüe Simon KOUTA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARÉ
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE,	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Eloignez-vous de tous les frères qui vivent en paresseux. "Celui qui ne veut pas travailler ne doit pas manger non plus" (Thes 3, 6, 10).

Je dédie ce travail à Dieu tout puissant, le clément, le miséricordieux, maître de tous les temps, de tous les cieux de m'avoir permis de voir le jour de grandir et de faire ce travail. Puisse la grâce du seigneur m'accompagner tout au long de mes jours.

Ainsi soit-il-Amen

A ma grand-mère : Feu Fanta Traoré (Ba Fanta) toi qui m'as dorloté comme une mère. Ton vœu a toujours été mon succès dans les études. Puisse ce travail te faire plaisir dans ta dernière demeure.

A mon père : Feu Mamou COULIBALY

Ta disparition précoce fut un grand désespoir pour moi. Cependant tu n'as jamais cessé d'exercer sur moi une influence vitale. Ton sens de l'honneur, du courage, du travail bien fait, de la patience et surtout du respect de l'être humain m'ont permis de forger un chemin dans la vie. En gage du pieu et du vivant souvenir que je garde pour toi. J'aurais voulu que ce travail s'achève en ta présence mais le bon Dieu en a décidé autrement. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement. Dort en paix cher père.

A ma mère : Hawa Diarra dite YAYE

La grande, calme, courageuse, toi qui as partagé avec moi toutes les souffrances engendrées par les études. Chère mère j'ai vu tes larmes pour la première fois un soir vers 16h c'était en septembre 1988 quand je devais quitter le village natal terre de mes ancêtres : Kouroula situé à 25 km de la ville de Kita, pour parcourir plus de 350 km afin d'entamer mes études secondaires loin de la chaleur parentale. Tu as tout fait pour que je ne me rends pas compte mais en vain.

Les larmes que tu as versé ce jour là ont été pour moi le synonyme du courage, de la persévérance et de la patience pour le reste de mes études.

Les mots me manquent pour t'exprimer toute mon affection.

Puisse Allah te prêter longue vie – Amen

A mes oncles : Feu Paul COULIBALY, Djigui, Sayon, Lassana, Adama, Kaliou, Cheick Fantamady, Mohamed Constant, Jean Pierre, Bourama, Babily KEITA, Fousseyni SOW, Feu Amadou DIARRA.

Vous m'avez tous soutenu moralement et matériellement. Je vous suis reconnaissant. Ce travail est le vôtre .

A mes tantes : Oumou COULIBALY, Aminata DRAME, Assa HAIDARA, Fanta SOUCKO, Fatoumata NIANAO, Mariam TOUNKARA, Kadidia SOUCKO, Astan COULIBALY. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Je vous suis reconnaissant.

A mes cousins : Lamine, François Xavier, Jean Baptiste, Fadiala dit Papa, Daniel Mady, Madidjan dit Ba, Adama dit Boubou, Tiécoura dit Yacouba ; Adrien.

Vous n'êtes ni plus ni moins que mes frères, nous sommes les mêmes, les petits-fils du vieux Madidjan COULIBALY.

A mes cousines : Haby, Christine Marie dite Titi, M'Bamakan dite Mama, Hawa dite Gafouré, Djèneba dite Agna.

Vous n'êtes que mes sœurs la descendance de l'ancêtre Doussouba TOUNGO.

A mes petits frères et sœurs : Nous ne sommes qu'un tout. Vous m'aimez autant que je vous aime. Nos parents ont voulu ainsi. Ce travail est le vôtre.

A mon ami : Dianguina dit Noumou SOUMARE.

Votre gentillesse, votre enthousiasme et votre simplicité m'ont beaucoup touché. Veuillez trouver dans ce travail, le vôtre l'expression de ma sincère Gratitude.

Mr Ousmane Oussébé SANOGO salle Informatique **I.N.P.S** pour son soutien dans l'élaboration de ce travail.

A ma future épouse : Kadia TRAORE dite Mah

Ton amour, ton affection, ta tendresse et ta simplicité m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail. Que Dieu te donne la force et le courage de surmonter mes caprices. Amen.

A mon fils qui vient de voir le jour et qui doit savoir que le chemin qui mène à la victoire est dur à parcourir et que seul la volonté peut aider à la réalisation des projets.

REMERCIEMENTS

A mon cousin : François Xavier COULIBALY

Je ne saurais jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez Pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail. Votre contribution a été d'un grand secours.

Merci encore

A Mr Souleymane KEITA

Tu m'as beaucoup aidé dans ce travail. Sa bonne réalisation a été ton souci. Puisse t-il faire aujourd'hui ta fierté.

A mon ami : Mamby TRAORE

Merci pour ta franche collaboration et tes sages conseils.

A mes amis et camarades :

Fadiala KEITA, Drahamane DIAKITE, Mamadou TEKETE, Zoumana COULIBALY, Singou DICKO, Mamoudou BA, Abdramane DIABATE, Ibrahim CISSE, Chaka SAMAKE, Boubou KANTE, Djibrilah KANTHE ; Dr TAPO Ousmane.

A mes collègues du service de Gynéco Obstétrique de l'H.P.G :

Oumou DIARRA, Mahamadou SANGARE, Oumar DOLO, Moussa Mafila KANTE, Aminata KOUMA, Amadou Laïco TRAORE, Boubou KASSAMBARA Tidiane FANE, Abdel Malick Ben Hamoud

A mes cadets du service de Gynéco Obstétrique de l'H.P.G

Fatoumata COULIBALY dite Mimi, Aïssata BA, Aïssata DIARRA, Sidy SISSOKO, Sara SISSOKO, Michel SANGARE, Seydou FANE.

A mes collègues de la maternité d'Hamdallaye pour votre soutien

Aux Familles :

A Mr TRAORE Karounga et Famille à Kita et Bamako

A Mr Bibi TOUNKARA et Famille à Kita

A Mr Daniel DIALLO et Famille à Lafiabougou

A la Famille Diarra à Soféto Kita

A Mr Dramane KOUYATE et famille à Ouenzimbougou

A la Famille TOUNKARA à Lafiabougou

A Mr Cheick Diarra et famille à Lafiabougou

A mon cousin : Sidiki TRAORE pour tes sages conseils

A mon premier maître : Bakary KEITA

Merci infiniment Monsieur KEITA d'avoir été le premier à m'apprendre à lire et à écrire la langue française.

A tout le personnel du laboratoire du point « G », PMI de Lafiabougou la clinique Faran SAMAKE, la clinique le Hogon, et la clinique Tati.

A tous les étudiants DE LA FMPOS

Aux Docteurs : Ibrahim TEKETE, Bréhima BAMBÀ, Abdoulaye KONE

Pour votre apport dans l'élaboration de ce travail

Aux sages femmes :

Mme DIANE Hawa SOUMARE, Mme TRAORE Mata, Mme DIA Maïmouna, Mme CISSE Kady, Mme CAMARA Diaminatou, Mme N'DIAYE Fanta KONE, Mme MAIGA Hawa KONE, Mme TOURE Mana KEITA, Mme MAIGA Aminata BAMBÀ, Mme DIALLO Haby THIAM, Mme KEITA Assa SY, Mme CISSE

Je reconnais aujourd'hui l'impact des relations humaines sur la performance au travail. Je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

Aux infirmiers et infirmières :

Le Major Amadou DIALLO, Mme SAMAKE Penda, Bandiougou DIALLO, Malado, DIPA, Sira, salimata SANGARE

Aux garçons de salle :

Moussa KEITA, Hama KASSONGUE, Balla, Brehima TRAORE, Bourama DIARRA

A l'aide du bloc : Etienne DAO

A tous les anesthésistes

Au Dr Bady KEITA

Nous avons beaucoup bénéficié de votre expérience dans le service soyez-en remercié.

Au Docteur Mamadou Traoré

Votre simplicité, votre disponibilité, votre souci de mieux encadrer les étudiants font que vous êtes admirés par tous.

Merci pour tous ce que vous avez fait pour nous durant notre séjour.

Que la grâce de Dieu le tout puissant vous accompagne dans toutes vos entreprises.

Au Docteur DIALLO Fanta Sambou DIABATE

Votre apport a été considérable dans l'élaboration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Niany MOUNKORO

Votre courage, votre souci pour le travail bien fait et votre humilité font de vous un être exceptionnel.

Que le Dieu tout puissant vous ouvre la porte du succès.

Ainsi soit-il Amen.

Aux Docteurs : Oumar TRAORE, Babou BA, KANTE lassana, TOUNGARA Check Amala.

Pour votre apport dans notre formation.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre président du jury : Professeur Hamar A. TRAORE

Professeur Titulaire en Médecine interne.

Chef du service Médecine interne de l'hôpital du "Point G".

Cher maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur dans la démarche scientifique et surtout votre souci constant du travail bien fait font de vous un homme admirable.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge : Dr Ibrahim I. MAIGA

Maître assistant en Bactériologie.

Chef du département de laboratoire de l'hôpital du "Point G".

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de la santé.

Vos cours de Bactériologie l'attestent. Nous vous en sommes gré reconnaissant et vous remercions pour votre disponibilité.

A notre maître et juge : Dr Issa DIARRA

Gynécologue accoucheur.

Assistant Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie du Mali.

Colonel de l'armée malienne

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile et votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficiés au cours de notre formation. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Amadou Ingré DOLO agrégé de gynécologie obstétrique chef du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point "G", Président de la société médicale du Mali.

Nulle expression ne pourrait définir nos impressions après ces années de contact et de travail.

Maître de rigueur, doté d'un sens social élevé et surtout maître indulgent, courageux d'une disponibilité si peu commune, passionné du travail bien fait, soucieux pour le bien être de la santé en particulier celle de la mère et de l'enfant.

Vous constituez un modèle de courtoisie, de simplicité et surtout de cordialité. Ces vertus que vous incarnez ont forcé notre admiration.

Cher maître, ayez l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Puisse Allah le tout puissant nous aider à poursuivre dans la voie que vous nous avez tracé.

Ainsi soit-il Amen.

SOMMAIRE

→	Introduction -----	[1 - 4]
→	Généralités-----	[5 - 17]
→	Méthodologie-----	[18 - 24]
→	Résultats-----	[25 - 37]
→	Commentaires et Discussions-----	[38 - 44]
→	Conclusion et Recommandations-----	[45 - 46]
→	Références -----	[47 - 53]
→	Abréviations -----	[54]
→	Annexes -----	[55]
→	- Fiche d'enquête	
→	- Résumé	
→	- Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

La fièvre constitue le symptôme le plus fréquent et commun à de nombreuses affections. C'est en fait un des signes cliniques les plus faciles à observer aussi bien chez l'Homme que chez les animaux. C'est pourquoi le fait de mesurer la température centrale geste banal à la portée de tous est cependant d'importance capitale pour l'orientation du praticien vers un diagnostic.

On estime généralement qu'il y a fièvre chez la femme enceinte lorsque la température centrale du corps atteint ou dépasse 38°C[30]

L'hyperthermie en cours de grossesse est avec la survenue de métrorragie la cause la plus fréquente de consultation pour une femme enceinte [39].

Les études faites sur les affections susceptibles de provoquer la fièvre chez la femme enceinte sont à envisager en fonction de leur fréquence et de leur gravité potentielle.

Ainsi dans la littérature la fréquence des infections urinaires serait de 5-10% des grossesses[2].

Cette fréquence ne connaît pas une grande disparité en Afrique et dans le reste du monde.

En Côte d'Ivoire en 1989 les études faites par Anninon ont montré que l'infection urinaire survient chez 7,29% des gestantes[3]

Pour TOGO dans le service de Gynéco Obstétrique de l'H P G au Mali la fréquence de l'infection urinaire chez la femme enceinte était de 7,99%[40].

La seconde place serait occupée par les syndromes abdominaux fébriles dont l'appendicite est la plus prévalente dans le monde soit un cas pour 1500 grossesses[32].

A la maternité des ORANGERS au Maroc cette fréquence est de un cas pour 1000 grossesses [6].

Dans la rubrique de l'hyperthermie isolée pendant la grossesse la listériose est la plus grave. Maladie très rare soit 10-15 cas pour un million d'habitants environ dans les pays industrialisés, dans les pays en voie de développement il est impossible de dire si l'infection existe sans être diagnostiquée ou au contraire n'existe pas.

Maladie tropicale très fréquente, l'association paludisme et grossesse aurait une fréquence de 5,6-48% selon les auteurs[26 27 35].

Au Sénégal, en 1976 les études faites par Diawo ont montré que l'infection palustre survenait chez 27,59% des gestantes[21], au Nigeria 15,08 à 33% à Kampala (Ouganda) 5,6%, au Ghana 43,7% à Cocody (Côte d'Ivoire) 37%.

La toxoplasmose est la plus fréquente dans le cadre des hyperthermies avec signes d'appel car 80% des femmes en âge de procréer auraient une séroconversion toxoplasmique[36].

Quant aux hyperthermies d'origine obstétricale il s'agit de complications assez rares. La fréquence du travail avec fièvre maternelle a été de 2% d'après une étude faite à la faculté de Médecine de Lyon sud service de gynéco-obstétrique[7].

Cette entité aussi bien que la toxoplasmose, la listériose et l'appendicite en association avec la grossesse n'ont pas fait l'objet d'étude particulière dans notre pays le Mali.

La fièvre quelque soit son étiologie entraîne des complications pour la mère à savoir mort maternelle, septicémie, contractions utérines, dystocies et pour l'enfant à naître(accouchement prématuré, retard de croissance intra utérin, avortement, mort in utero).

Eu égard aux complications parfois graves, la recherche d'une étiologie précise au cours de la grossesse doit être systématique. Elle nécessite un ECBU, une goutte épaisse, une hémoculture un prélèvement vaginal, une numération formule sanguine(NFS-VS) etc....

La fréquence et la gravité de cette association explique que beaucoup de travaux lui ont été consacrés à travers le monde[19-8-14-20-4-10-5-6-1].

Aucune étude n'a jusqu'ici été faite sur l'association fièvre et grossesse au Mali. Néanmoins les travaux de TOGO [40], KOUMA [22] et DEMBELE [18] sur l'association infection urinaire et grossesse, paludisme et grossesse ont montré que parmi les infections de la femme enceinte l'infection urinaire est la plus fréquente et que le paludisme serait l'affection tropicale la plus répandue.

Nous nous proposons d'étudier dans le service de Gyneco-Obstétrique de l'HPG et la maternité de Hamdalaye l'association fièvre et grossesse.

Notre travail a pour objectifs spécifiques de :

- 1) Déterminer la prévalence de l'association fièvre et grossesse dans les deux services
- 2) Déterminer les pathologies en cause,
- 3) Déterminer les complications maternelles et fœtales de cette association
- 4) Dégager les caractéristiques socio-demographiques et obstétricales des femmes enceintes fébriles

- 5) Rapporter les protocoles thérapeutiques utilisés
- 6) Formuler quelques recommandations dans le cadre de la prise en charge de cette association

GENERALITES

I- PHYSIOPATHOLOGIE :

1- LES MOYENS DE DEFENSES :

La femme enceinte a un statut immunitaire particulier puisqu'il permet :l'allogreffe foetale la réapparition de certains anticorps(ac) de type IGM sur des immunités antérieurement acquises, la production d'anticorps anti-érythrocytaires (ABO-Rh, Kell).

Il existe une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles malgré l'hémodilution .
Le foetus est lui immature dans ces réactions immunitaires et anti-infectieuses, il bénéficie néanmoins :

- de défenses croissantes avec le terme de la gestation ;
- des barrières que représentent la membrane placentaire et les membranes de l'œuf(chorion et amnios) ;
- du rôle bactéricide du liquide amniotique ;
- du passage transplacentaire d'anticorps protecteurs d'origine maternelle.

2- LIMITES DES MOYENS DE DEFENSES :

La membrane placentaire est perméable aux anticorps et aux virus(pour certains comme le VIH en fonction du terme), imperméable aux bactéries et aux parasites.

L'évolution de la grossesse où certaines agressions permettent néanmoins le passage transplacentaire de ces éléments figurés et la contamination foetale.

La présence de foyers bactériens dans les lacs sanguins maternels au contact du placenta où dans les caduques proches des membranes amniochoriales peut permettre un passage massif.

Le pôle inférieur de l'œuf au contact de l'orifice interne du col de l'utérus est une zone de fragilité et de rupture des membranes, source de contamination ascendante.
Ainsi lorsque les moyens de défense de l'organisme sont dépassés la fièvre s'installe.

3- LA FIEVRE –GENERALITES –DEFINITION :

Tout Homme normal a une température corporelle de 37°C qu'il maintient ceci quelque soient les conditions extérieures mais jusqu'à une certaine limite. Ce parfait réglage est assuré par un véritable « thermostat » situé dans l'hypothalamus. On sait maintenant que l'état fébrile est dû à un déplacement du réglage du thermostat vers une valeur supérieure à la normale (37°C) imposant ainsi à l'organisme une élévation de la température.

Dans le langage familier lorsque quelqu'un a le corps chaud on pense généralement qu'il s'agit d'une fièvre.

Dans ce domaine il y a lieu de faire une différence, du reste classique, entre deux phénomènes identiques par leur aspect extérieur : à savoir la sensation d'avoir le corps chaud, mais différents par les mécanismes qui les induisent. Ces deux phénomènes sont la fièvre et l'hyperthermie.

Ainsi au cours de la fièvre, les systèmes thermorégulateurs assurent le maintien provisoire de la température centrale à un niveau supérieur à la normale, il y aurait un simple déplacement vers le haut du point fixe de réglage.

L'hyperthermie en revanche est due à un apport exagéré de calories ou à une limitation excessive des pertes de chaleur, les systèmes thermorégulateurs se trouvent ainsi débordés et sont incapables de s'opposer à l'élévation progressive et inexorable de la température centrale.

3-1 PATHOGENIE DE LA FIEVRE :

3.1.1 LE PROCESSUS DE DECLENCHEMENT DE LA FIEVRE :

Dans la plupart des cas la fièvre se déclenche à la suite de la pénétration dans l'organisme d'un agent pathogène : bactéries, virus, champignons, protozoaires etc.-- Ces agents agissent par l'intermédiaire de substances particulières de faibles poids moléculaires(15.000 environ) et dont les doses pharmacologiques actives sont les plus faibles connues.

Ainsi la dose minimale active de l'endotoxine d'ebberthela typhosa chez le lapin, par voie intraveineuse est par exemple inférieure à un nanogramme par Kg(1ng /Kg) elle tombe à un picogramme (1Pg) par voie intra ventriculaire

Le mot pyrogène a été introduit par BURDON SANDERSON en 1976 pour désigner des substances extraites de nourritures avariées, capables d'entraîner la fièvre .

Il désigne actuellement toute substance dont l'injection parentérale est hyperthermisante(41).

On trouve les pyrogènes dans les micro-organismes et dans les tissus des mammifères.

A ce sujet on distingue deux types de pyrogènes :

- les pyrogènes exogènes d'origine microbienne
- les pyrogènes endogènes à partir des cellules de l'organisme, notamment les leucocytes.

a- LES PYROGENES EXOGENES :

Ils sont surtout rencontrés chez les bactéries gram négatif(G-) et sont confondus avec les endotoxines des bactéries. Ils ne sont pas détruits par l'ébullition, ni à l'autoclave et peuvent donc entraîner des troubles au cours de perfusion de sérum même si l'on prend des précautions usuelles pour éviter une contamination bactérienne au cours de la préparation.

Les pyrogènes bactériens sont des facteurs extrêmement puissants identifiés à des polysaccharides .Chez l'homme il suffit d'une injection de 0,1 ng pour déclencher la fièvre [29].

Lorsqu'on les utilise seuls par voie intraveineuse ils entraînent une élévation de température après une période de latence plus ou moins longue(environ une heure ou plus) mais si l'on procède à une incubation de ces pyrogènes avec du sang pendant trois heures à 37°C la même quantité de pyrogène entraîne une diminution du temps de latence (20minutes).

b- LES PYROGENES ENDOGENES :

Ces pyrogènes ont pour origine un agent pathogène :

- La présence d'une tumeur ,la greffe d'un tissu étranger

Une destruction tissulaire, un rhumatisme ou une réaction d'hypersensibilité .

Dans le cas d'un agent pathogène on observe une réaction de la part de certains types de globules blancs(les leucocytes), ceux-ci adhèrent ainsi aux

microorganismes avant de les ingérer par le phénomène de phagocytose .Au cours de ce processus les leucocytes libèrent une protéine particulière appelée pyrogène endogène[29].

Dans le cas d'une réaction d'hypersensibilité d'un virus où d'une tumeur il y a stimulation d'une classe particulière de globules blancs appelés lymphocytes T. Ceux-ci libèrent une lymphokine médiatrice qui à sont tour stimule les leucocytes. Les leucocytes sécrètent le pyrogène endogène.

Les pyrogènes endogènes peuvent être l'agent commun à de nombreux types de fièvres.

L'hypothalamus antérieur et la région pré optique constituent le point d'action du pyrogène endogène amené par le sang .

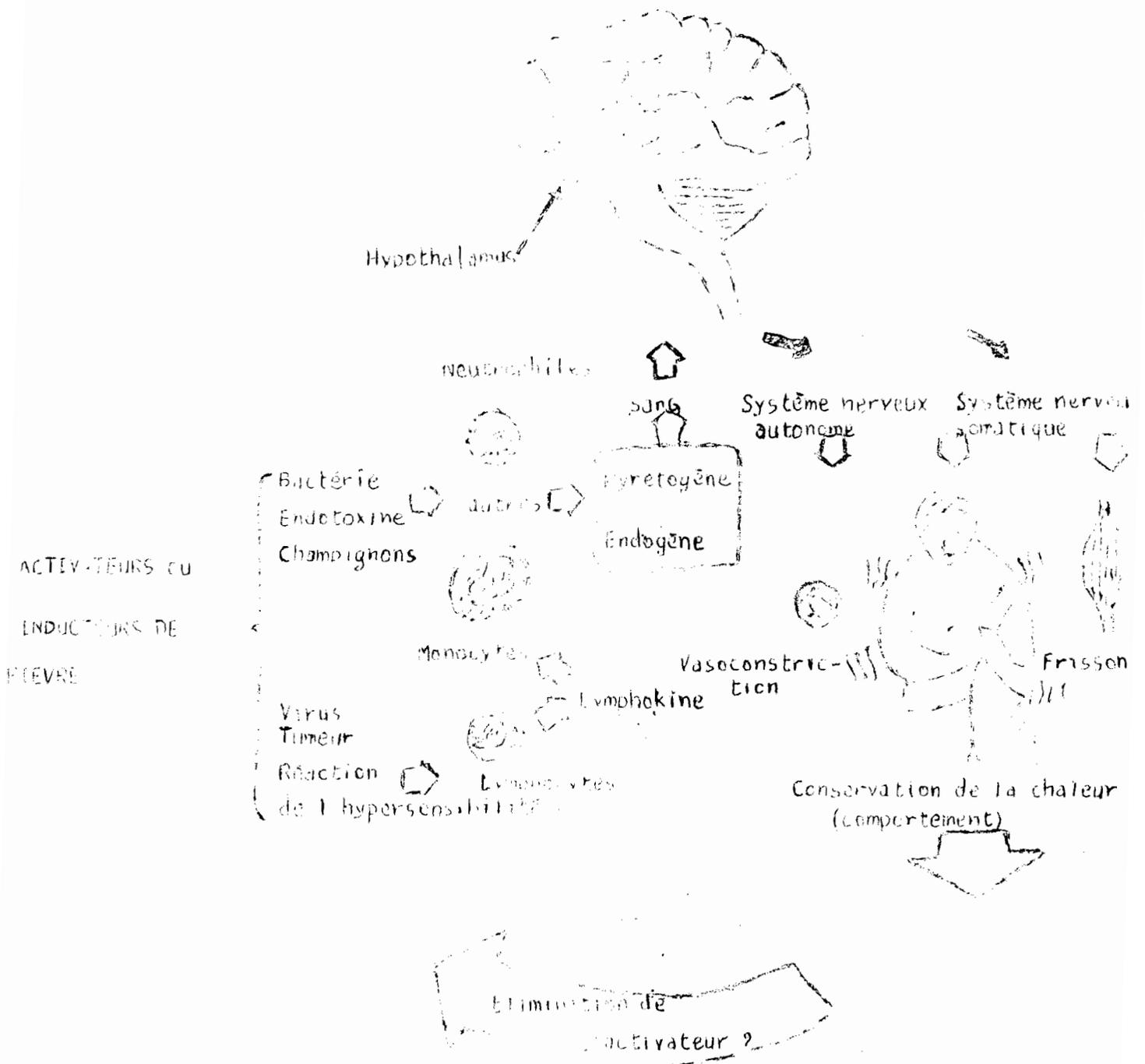
La fièvre résulte donc de la libération dans le sang de pyrogènes (endogène et exogène) .Une fois libérés ils sont véhiculés par le sang et vont agir au niveau des centres thermorégulateurs , précisément l'hypothalamus ;pour y parvenir ils peuvent emprunter deux voies selon certaines interprétations :

- Une voie directe : c'est le passage hémato-encéphalique c'est à dire du sang à l'encéphale

Une voie indirecte : le passage hemato-méningé puis méningo-encéphalique .Le pyrogène passe du sang au liquide céphalo-rachidien puis dans l'encéphale.

Nous proposons le schéma(fig1) représentant le processus par lequel la fièvre se déclare et les réactions de l'organisme d'après J.K.MATTEW.

FIG1 processus de déclenchement de la fièvre d'après J.K. MATTEW.
J K KLUGER « La recherche » N°123 [29].



Ainsi chez la femme enceinte toute température supérieure à 37,5°C nécessitera un nouveau contrôle quelques heures après, la patiente ayant reçu des consignes strictes.

Toute température supérieure ou égale à 38°C sera considérée comme de la fièvre dans certains cas ; une hypothermie excessive (inférieure à 36°C) à la même valeur qu'une fièvre.

Il faut apprécier d'emblée le retentissement de cet état qui peut nécessiter des gestes d'urgence.

4- LES CONSEQUENCES DE LA FIEVRE SUR LA GROSSESSE :

. **LE RETENTISSEMENT MATERNEL** : la fièvre est le plus souvent bien supportée. Néanmoins des signes de déshydratation ou de choc seront recherchés.

Mais surtout, **le retentissement obstétrical** avec menace de fausse couche ou d'accouchement prématuré. Les contractions utérines, la rupture prématurée des membranes sont hautement suspectes d'infection ovulaire dans un contexte fébrile.

En fin le retentissement fœtal, la souffrance fœtale étant évaluée sur la diminution des mouvements actifs et des troubles du rythme cardiaque fœtal.

5- EFFETS DE L'AGENT PATHOGENE :

. **Les virus** :

- Pendant le 1^e trimestre, ils peuvent entraîner une embryopathie grave, dont la rubéole apporte le meilleur exemple, et l'interruption de la grossesse ;
- La contamination ultérieure est source de fœtopathies qui peuvent entraîner ; Des séquelles définitives en particulier neurologiques (parvovirus B19-cytomégalo-virus)
- La naissance d'un enfant contaminé [ictère, hépatosplénomégalie, retard de croissance intra-utérin (RCIU)]
- La naissance d'un enfant initialement sain mais contaminé au long cours (VIH, hépatite B).

Lors de l'accouchement, les sécrétions vaginales dégluties sont également source d'une contamination grave et immédiate comme l'herpès ou à long terme l'hépatite B.

L'ensemble de ces risques témoignent de l'importance des vaccinations antivirales des adolescentes de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de la mise à l'écart des enfants pendant la grossesse pour certaines professions exposées.

. **Les pyogènes** : quelque soit le terme de la grossesse, ils peuvent être responsable d'un retard de croissance intra-utérin ou d'une mort fœtale in utero(MFIU) ;trois sont particulièrement à redouter :

- Listeria monocytogènes d'origine alimentaire(produits trop naturels, charcuterie, saumon) responsable d'une septicémie maternelle très foeticide ;
- Eschéricha Coli responsable de la majorité des infections urinaires hautes, basses, ou asymptomatiques ;
- Streptocoque du groupe B :il relève d'une contamination vaginale avec transmission fœtale lors de la rupture prolongée des membranes ou de l'accouchement, responsable de complications méningées souvent mortelles.

. **Les parasites** :

- Endémie mondiale, le paludisme est responsable de fausses couches d'accouchements prématurés, de retard de croissance intra-utérin et de mort fœtale in utero lié à l'anémie et aux poussées fébriles.

La chimioprophylaxie en pays d'endémies et la contre indication de vacances en pays impaludés s'imposent .

L'infestation toxoplasmique est responsable d'embryofoetopathie d'autant plus rares mais graves, qu'elle est précoce au cours de la grossesse, son risque justifie la surveillance sérologique et les conseils alimentaires des femmes enceintes séronégatives.

Au total la multiplicité des causes, la fréquence des formes asthéniques, asymptomatiques ou trompeuses de certaines affections, la gravité du retentissement maternel et fœtal doivent faire redouter toute fièvre maternelle.

II- CLINIQUE ET PARACLINIQUE :

Malgré des causes et des risques différents, la prise en charge initiale ne doit pas varier dans sa rigueur.

1- INTERROGATOIRE :

Il précise le terme de la grossesse, les modalités du suivi jusqu'alors.

Il vérifie les notions de vaccinations, de maladies infectieuses antérieures, de sérologies obligatoires.

Il recherche les possibilités de contamination récentes(entourage, alimentaire)

Il analyse les prodromes éventuels, l'évolution des signes, les bilans réalisés et les traitements institués.

2- EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique a une grande valeur d'orientation.

Il doit être complet :

.du retentissement maternel du syndrome infectieux ; poids, tension, détresse respiratoire, signes toxi-infectieux

.recherche des signes extra gynécologiques :examen ORL

adénopathies, hépatosplénomégalie, signes cutanés,

- **l'examen abdominal explore** : fosses iliaques, fosses lombaires et région sus pubienne, les douleurs abdominales alléguées ou constatées siègent le plus souvent à droite ;

. l'examen obstétrical comporte :

- La vérification de la vitalité embryofœtale avec enregistrement continu dès que le terme le permet :la tachycardie est constante ;

- L'existence de contractions utérines ;

- L'examen au spéculum s'assure de l'absence de lésions cervicales, de métrorragies, permet le prélèvement des leucorrhées à visée bactériologique ;

- le toucher vaginal analyse :les modifications du col(longueur, dilatation, orientation) ;la modification du segment inférieur, d'éventuelles douleurs des culs de sac latéraux et des points urétéraux inférieurs.

3- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Il n'est bien sûr pas utile de pratiquer une multitude d'examens complémentaires tentant de couvrir les multiples étiologies, ce qui représenterait un surcoût de santé trop important par rapport au bénéfice obtenu .

Seuls l'ECBU, la goutte épaisse et l'hémoculture sont indispensables chez la femme enceinte fébrile dans notre contexte.

En cas de fièvre à l'accouchement ou d'infection connue non stérilisée au cours de celui-ci, des prélèvements chez le nouveau-né de même qu'une étude bactériologique et histologique du placenta sont une nécessité.

Les autres examens complémentaires ne seront effectués que sur une orientation par l'interrogatoire ou l'examen clinique.

III- LES DIFFERENTES ETIOLOGIES :

A l'issu de l'exploration clinique certaines étiologies auront facilement été évoquées :

LES PLUS BANALES : angine, otite, bronchite, grippe, en gardant à l'esprit qu'elles peuvent cacher une listériose, rare mais dangereuse.

LES PLUS DANGEREUSES, tant par leur risque de prématurité que par leur incidence sur le produit de conception : pyélonéphrite, infection génitale ,rupture prématurée des membranes

Amnionite, viroses et parasitoses.

Nous détaillerons certaines d'entre elles.

L'INFECTION URINAIRE :

Elle est favorisée par l'insuffisance de boisson, l'hypertonie progesteronique des voies excrétrices et après le 3^e mois, la compression urétérale par l'utérus au niveau du détroit supérieur. On distingue :la cystite, la bactériurie asymptomatique et la pyélonéphrite.

La plus dangereuse est la **pyélonéphrite**

Toute fièvre importante associée à une douleur lombaire fait évoquer une pyélonéphrite imposant une hospitalisation et la recherche d'un éventuel obstacle qui justifiera parfois la pratique d'un ou de deux clichés d'urographie intra -veineuse.

L'examen cyto bactériologique confirme le diagnostic par la leucocyturie qui peut être pratiquée en urgence.

LES PARASITOSEES :

Le paludisme sera diagnostiqué par goutte épaisse ou frottis sanguin dans un contexte géographique et ethnique.

Il est surtout dangereux du fait des grandes variations thermiques qu'il entraîne et sera traité par les dérivés de la quinine.

La toxoplasmose, évoquée devant la survenue de polyadenopathies fébriles chez une femme non immunisée est en fait plus souvent asymptomatique. Elle nécessite le contrôle immédiat de la sérologie dans le même laboratoire avec dosage des immunoglobulines spécifiques G et M

Un traitement par spiramycine (3g par jour) sera instauré dans l'attente de la deuxième sérologie et continuer sans arrêt jusqu'à l'accouchement en cas de confirmation. Si la séroconversion est survenue dans la première moitié de la grossesse, une ponction du cordon pour évaluer l'atteinte fœtale est envisageable.

LES VIROSES :

La rubéole, évoquée chez une femme non immunisée fait rechercher la notion d'un contagé récent et pratiquer une nouvelle sérologie. C'est dire l'importance de la vaccination préventive chez les femmes sous contraception.

L'hépatite B associant troubles digestifs, ictère et prurit amène principalement un risque de contamination périnatale imposant la sérovaccination du nouveau-né à la naissance.

Ce risque permet d'insister sur la nécessité de dépister et de vacciner les populations à risques, en précisant que la vaccination est possible pendant la grossesse chez ces femmes.

Les autres viroses : cytomégalo virus, herpès, oreillons, varicelle sans oublier le sida... posent des problèmes spécifiques.

TABLEAUX CHIRURGICAUX :

Dans les tableaux chirurgicaux(appendicite ou cholécystite), la symptomatologie est atypique, tant du point de vue clinique(surtout dans la deuxième moitié de la grossesse) avec des variantes topographiques et des modifications de la réaction pariétale ; que du point de vu des examens complémentaires (hyperleucocytose physiologique). Le diagnostic difficile, impose souvent la mise en observation en milieu chirurgical.

La listériose :

Peu fréquente(environ 1 sur 250 grossesse) en France, mais extrêmement dangereuse pour le foetus, ses risques étant principalement ceux de fausses couches spontanées(parfois tardives) , d'accouchements prématurés de mort in utero ou de septicémies néonatales mortelles.

L'atteinte ovulaire survient pendant l'épisode fébrile bactériémique ou septicémique.

L'examen complémentaire le plus performant reste l'hémoculture. Cette pathologie rare mais souvent d'évolution fatale pour le foetus ou le nouveau-né reste une bonne raison pour envisager un traitement antibiotique systématique par l' amoxicilline(3g par jour) chez toute femme enceinte ayant un syndrome grippal fébrile non étiqueté. Ce traitement sera efficace à 100% s'il est appliqué tôt [30].

AMNIOTITE :

De définition clinique et bactériologique encore floue dans sa forme débutante elle est probablement la première cause de fièvre maternelle « bactérienne » pendant la grossesse et à l' accouchement, loin devant la pyélonéphrite et la listériose.

L'ensemencement de la cavité amniotique se fait le plus souvent par voie ascendante et succède à une infection génitale, à une rupture prématurée des membranes, à un col perméable membranes intactes ou non.

Ces trois raisons sont autant d'éléments pour insister sur la nécessité d'effectuer un examen au spéculum soigneux et d'évaluer avec précision l'état, des membranes et l'ouverture du col chez la femme enceinte fébrile. La fièvre associée à l'un de ces trois facteurs impose l'hospitalisation pour prélever l'endocol, pratiquer une

hémoculture, établir la surveillance fœtale, débiter l'antibiothérapie et malheureusement très souvent assister à un accouchement prématuré.

C'est dire l'importance préventive du dépistage des infections génitales pendant la grossesse et de la lutte contre l'ouverture prématurée du col quelle qu'en soit la cause.

IV. ABSENCE D'ETIOLOGIE :

Il ne faut cependant pas oublier que malgré un interrogatoire et un examen clinique détaillé, tentant d'orienter au mieux l'enquête étiologique, aucune cause n'est retrouvée dans environ 40% des états fébriles de la femme enceinte ; d'une part, car de nombreuses viroses ne sont pas diagnostiquées (et rappelons que ce sont elles qui « miment » le mieux une listériose), d'autre part, car certaines patientes consultent après qu'une antibiothérapie ait été instaurée.

Avant de dire qu'il n'y a pas d'étiologie, on examinera :

- . La gorge à la recherche d'une angine banale,
- . Les poumons à la recherche d'une pneumopathie banale ou d'une tuberculose,
- . Les membres à la recherche d'une phlébite.

Un examen neurologique recherchera également un syndrome méningé.

V. THERAPEUTIQUE :

La thérapeutique doit être adaptée au diagnostic présumé. On fera appel au paracétamol pour faire baisser la fièvre.

La femme enceinte fébrile doit bénéficier assez largement d'une antibiothérapie par l'amoxicilline (1,5g matin et soir) après prescription des examens complémentaires indiqués et en attente des résultats qui seuls excluront ou affirmeront une infection bactérienne.

Ces infections bactériennes doivent préoccuper avant tout les médecins traitants et spécialistes car elles bénéficient à l'inverse, des infections virales, de thérapeutiques actives, les antibiotiques.

METHODOLOGIE

1. LES CADRES D'ETUDE : Cette étude a été effectuée dans deux services.

Le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point « G » :

Il est situé au Nord-Est de la ville de Bamako sur la colline nommée le point « G ».

L'hôpital occupe une superficie de 25 hectares environ. De par sa situation géographique, l'accès à l'hôpital du point « G » est extrêmement difficile. Il a commencé à fonctionner à partir de 1912.

L'« HPG » a un caractère hospitalo-universitaire car assurant la formation des étudiants de la FMPOS et des autres écoles de santé.

Le service de gynéco-obstétrique est un des quinze services que compte l'hôpital en plus du laboratoire et de l'administration.

Il est dirigé par un professeur agrégé ; son personnel est composé :

- De trois assistants dont deux maîtres assistants, un assistant chef de clinique
- Deux praticiens hospitaliers.
- Dix (10) sages femmes ;
- Deux infirmiers d'état dont un est le major du service ;
- deux infirmières de santé et deux aides soignantes
- de dix(10) étudiants faisant fonction d'interne
- de deux(2) aides pour le bloc opératoire et de trois garçons de salle

Le service compte neuf salles d'hospitalisation : deux de première catégorie, cinq de deuxième catégorie et deux de troisième catégorie.

Vingt huit lits sont répartis entre ces différentes salles. Les salles de troisième catégorie se trouvent au rez-de-chaussée et les autres à l'étage.

Un bureau de consultation externe

Un bureau avec sa salle de pansement pour le major .

Une salle d'accouchement contenant trois tables d'accouchement et un bureau pour les sages femmes.

Une salle à un lit pour les patientes se trouvant dans la salle d'accouchement,

Six salles, deux pour les assistants, une pour les praticiens hospitaliers, une pour les internes, une pour les sages femmes et une pour les infirmières.

Un bureau pour le chef de service,

Une salle pour la consultation prénatale et la planification familiale

Deux salles ; une pour les garçons de salle et l'autre pour les manœuvres.

Les activités du service :

Le service de gynéco-obstétrique assure quatre jours de consultations externes et quatre jours opératoires durant la semaine.

Ces tâches sont assurées par cinq médecins.

Les consultations prénatales sont assurées par les sages femmes. Elles sont effectuées deux jours durant la semaine. Toute patiente chez qui on décèle une complication est immédiatement prise en charge par un médecin.

Une garde autonome est assurée chaque jour comprenant un médecin ,deux internes une sage femme, une infirmière et un garçon de salle.

La maternité d'Hamdallaye :

Elle est située en commune IV du district de Bamako. Cette commune a une superficie de 3768 ha et une population de 149.163 hbts en 1994 soit 19,18% de la population du district de Bamako.

La commune IV comporte huit quartiers dont trois lotis et cinq spontanés.

Le service de gynécologie et d'obstétrique fait partie d'un ensemble de différents services constitutifs de la maternité. Il est dirigé par un gynécologue accoucheur médecin chef de la maternité ; son personnel est composé de :

Dix sept sages femmes dont une sage femme maîtresse

1- secrétaire

1- infirmier major aide chirurgien

1- infirmier d'état

5- infirmiers du premier cycle

5- aides soignantes

2- manoeuvres

1- infirmière anesthésiste.

Les infrastructures :

Un bloc opératoire : une salle opératoire, une salle de stérilisation et une salle de réveil.

Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement et une salle d'attente.

Sept salles d'hospitalisation d'une capacité de quatre lits chacune(28lits).

Une unité prénatale, une unité de planning familial et post natale, une salle de counseling, une unité de vaccination équipée d'un réfrigérateur.

Une unité de soins ; bureau de l'infirmier major une salle pour le gardien.

Une pharmacie

Un garage

Six toilettes en annexe.

L'unité de gynécologie et d'obstétrique comprend une salle d'attente, un bureau du médecin chef, une salle de consultation, une toilette intérieure.

La maternité a une capacité de 28 lits répartis en sept salles de même catégorie équipées de brasseurs d'air. La durée d'hospitalisation est 24 à 48 heures pour les patientes ayant accouché normalement.

Cette durée peut varier selon l'état de la femme.

Les consultations externes sont faites par le chef de service gynécologue obstétricien. Les consultations prénatales, post natales et de planning familial sont faites par les sages femmes, elles réfèrent les grossesses à risques au médecin chef.

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte prospective des données.

Période d'étude :

Elle s'étendait d'octobre 1998 à Décembre 1999 période suffisante pour avoir la taille minimum de l'échantillon.

Population d'étude :

Notre population d'étude était constituée par les gestantes qui étaient venues en consultation prénatale, en travail d'accouchement ou hospitalisées dans l'un des deux services.

ECHANTILLONNAGE :**Critères d'inclusion :**

Nous avons recensé toutes les femmes enceintes qui étaient venues en consultation prénatale, en travail, ou hospitalisées dans l'un des services et ayant une température supérieure ou égale à 38°C

Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les femmes enceintes ayant une température inférieure à 38°C.

La taille minimum de l'échantillon :

Nous l'avons calculé à partir de la formule de l'intervalle de confiance.

$$n = \frac{\epsilon^2 \alpha \times p \times q}{l^2}$$

n = taille minimum de l'échantillon

i = précision voulue = 8%

α = risque de première espèce = 5% dans la plupart des études médicales.

ϵ = Ecart réduit de la loi normale

$\epsilon = 1,96$ pour $\alpha = 0,05$

p = taux de prévalence de la population d'étude c'est la prévalence de la fièvre au cours de la grossesse dans notre étude.

q = 1-p

Nous avons choisi p=35% taux retrouvé dans un mémoire de DA de santé publique à l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI) institut de santé publique[28]

Il s'agissait d'une étude africaine.

$$n = 142$$

LE TABLEAU DES VARIABLES

Variabes mesurées	Types	Echelle de mesure	Technique de collecte
Ethnies	qualitative	-	Interview
profession	qualitative	-	Interview
Age de la femme	Qualitative continue	Année	Interview
Rang matrimonial	qualitative	-	interview
Résidence	qualitative	-	interview
parité	Qualitative continue	Nombre d'accouchement	interview
Nombre d'enfant vivant	Quantitative discontinue	-	interview
Les antécédents : expulsion prématurée, gynécologiques, médicaux et chirurgicaux	qualitative	-	-
Age de la grossesse	Qualitative discontinue	Semaine d'aménorrhée	interview
Température	quantitative continue	En degré Celsius	Prise de la température axillaire
Les autres signes cliniques actuels	qualitative	-	-
Résultat de l'examen obstétrical	qualitative	-	-
Les examens complémentaires : ECBU,GE ,NFS-VS, Hémoculture	qualitative	-	-
Diagnostic	qualitative	-	-
Complications	qualitative	-	Examens cliniques et para cliniques
Le traitement	qualitative	-	-
Résultat du traitement	qualitative	-	-
Le terme de l'accouchement	Qualitative continue	Semaine d'aménorrhée	-

Collecte des données

- supports des données

Le recueil des données était basé sur les dossiers d'hospitalisation, les carnets de consultations prénatales selon un protocole préalablement défini et identique pour toute.

- Technique de collecte des données :

Pour collecter les données nous nous sommes servi de l'interview, de la prise de la température axillaire, des examens cliniques et des examens para cliniques.

Définitions opératoires :

L'infection urinaire : est un syndrome qui correspond à la colonisation bactérienne de l'urine et à l'infection des structures glandulaires, muqueuses ou parenchymateuses depuis les reins jusqu'au méat urétral[4].

Kass l'a définie comme toute bactériurie supérieure à 10^5 / ml [42]

Le paludisme : est une erythrocytopathie due à un hématozoaire du genre *plasmodium*, transmis par un moustique l'anophèle femelle[24].

L'hyperthermie : correspond à une accumulation excessive de chaleur en rapport avec une augmentation de la thermogénèse ou une diminution de la thermolyse[10].

La fièvre : traduit une élévation du « thermostat hypothalamique » en rapport avec une agression[34].

Plan d'analyse et de traitement des données :

Tableau des fréquences

Variable	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence cumulée
1 ^{er} modalité			
2 ^{eme} modalité			
n ème modalité			
Total			

Tableau de recoupement

	1 ^{er} modalité	2 ^{eme} modalité		nème modalité	Total
1 ^{er} modalité					
2 ^{eme} modalité					
nème modalité					
Total					

L'Analyse des données :

Dans notre étude nous avons utilisé comme test statistique :la moyenne estimée

Aspect éthique :aucune patiente n'a été incluse dans notre étude sans son consentement.

RESULTATS

Fréquence des états fébriles chez les gestantes

Au cours de notre étude 249 cas de fièvre ont été dénombrés dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point « G » et la maternité d'Hamdallaye sur un échantillon de 3424 femmes enceintes, soit une prévalence de 7,27%.

Notons que de ces 249 gestantes, 224 ont pu réaliser au moins les deux principaux examens complémentaires à savoir l'ECBU et la GE.

Les 25 patientes qui n'ont effectué aucun examen complémentaire n'ont pas été incluses dans l'étude.

I- Les données socio-demographiques

Tableau 1 : Répartition des patientes fébriles selon la classe d'âge.

Ages	Nombre	Fréquence relative en %
<20 ans	33	14,74
20-29 ans	119	53,12
30-39 ans	68	30,36
> ou = 40ans	4	1,78
Total	224	100

L'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes de 13 et 42 ans

Tableau 2 : Répartition des patientes fébriles selon la profession

Professions	Nombre	Fréquence relative %
Ménagères	130	58,03
Vendeuses	33	14,74
Fonctionnaires	24	10,72
Couturières	18	8,03
Autres	19	8,48
Total	224	100

Tableau 3 : Répartition des patientes fébriles selon l'ethnie

Ethnies	Nombre	Fréquence relative
Bambara	78	34,82
Malinkés	51	22,76
Peuhl	34	15,18
Soninké	22	9,83
Sonrhäï	13	5,80
Dogon	9	4,02
Autres	17	7,59
Total	224	100

Tableau 4 : Répartition des patientes fébriles selon la résidence

Résidence	Nombre	Fréquence relative
District de Bamako	174	77,67
Régions	50	22,33
Total	224	100

Tableau 5 : Répartition des patientes fébriles selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre	Fréquence relative
Mariées	189	84,38
Célibataires	35	15,62
Total	224	100

II- Les antécédents :

1-Antécédents obstétricaux :

Tableau 6 : répartition des patientes fébriles selon la parité

Parité	Nombre	Fréquence relative en %
Nullipare	69	30,80
Primipare	64	28,57
Paucipare	54	24,11
Multipare	28	12,50
Grande multipare	9	4,02
Total	224	100

Nullipare = 0 accouchement

Primipare = 1 accouchement

Paucipare = 2 à 3 accouchements

Multipare = 4, 5, 6 accouchements

Grande Multipare > 6 accouchements

Tableau 7 : Répartition des patientes fébriles selon le nombre d'enfants vivants

Enfants vivants	Nombre	Fréquence relative en %
Un vivant	61	27,23
Deux vivants	35	15,62
Trois vivants	24	10,71
Quatre vivants	15	6,69
Cinq vivants	8	3,37
Six vivants	5	2,23
> ou =Sept vivants	2	0,89
Total	150	66,74

Tableau 8 : Répartition des patientes fébriles selon les antécédents d'expulsion prématurée

Les antécédents d'expulsion prématurée	Nombre	Fréquence relative en %
Avortement	25	11,17
Accouchement prématuré	11	4,91
Sans antécédents	188	83,92
Total	224	100

2- Les antécédents gynécologiques :

Tableau 9 : répartition des patientes fébriles selon les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Nombre	Fréquence relative en %
Infections génitales	64	28,57
Contraception	38	16,96
Infections génitales plus contraception	5	2,24
Aucun	117	52,23
Total	224	100

3- Les antécédents médicaux

Tableau 10 : Répartition des patientes fébriles selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Nombre	Fréquence relative
Infection urinaire	22	9,82
Bilharziose	16	7,15
Paludisme	89	39,73
HTA	10	4,46
Diabète	3	1,34
Aucun	84	37,50
Total	224	100

4-Les antécédents chirurgicaux

Tableau 11 : Répartition des patientes fébriles selon les antécédents chirurgicaux

	Antécédents chirurgicaux	Nombre	%
Obstétricaux	Césarienne	12	5,35
	forceps	0	0
	Épisiotomie	36	16,07
	Cerclage	1	0,44
Gynécologiques	Myomectomie	7	3,12
	Laparotomie pour G.E.U	0	0
	Plastie tubaire	0	0
	Kystectomie	1	0,44
Urologiques	Cure de FVV	2	1,33
	Cure de lithiase	0	0
	Cure d'hydronéphrose	0	0

26,75% de nos patientes ont les antécédents chirurgicaux.

III- Grossesse actuelle :

1- Age de la grossesse :

Tableau 12 : Répartition des patientes fébriles selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Nombre	Fréquence relative en %
1 ^{er} trimestre	32	14,29
2 ^e trimestre	76	33,93
3 ^e trimestre	116	51,78
Total	224	100

2- Les signes cliniques :

Tableau 13 : répartition des patientes fébriles selon les signes cliniques

Signes cliniques	Nombre	%
Douleurs sus pubiennes	151	67,41
Vomissements	85	37,94
Pollakiurie	49	21,87
Urines troubles	31	13,83
Dysurie	9	4,01
Rhinorrhée	42	18,75
Myalgies	41	18,30
Œdèmes des membres inférieurs	16	7,14
Contractions utérines	39	17,41
Toux	14	6,25
Douleurs lombaires	12	5,35

3- Examen obstétrical :

Tableau 14 : Répartition des patientes fébriles en fonction des résultats de l'examen obstétrical

Examen obstétrical	Nombre	%
Leucorrhée	102	45,53
Perte de liquide amniotique	29	12,94
Vaginite	12	5,35
Cervicite	13	5,80
Modification du col dans le contexte d'une menace d'expulsion	63	28,12

Tableau 15 : Répartition des patientes selon les pathologies responsables des états fébriles

Pathologies	Nombre	%
Paludisme	96	42,85
Infection urinaire	23	10,26
Salmonellose	8	3,58
Infection HIV	6	2,68
Tuberculose pulmonaire	2	0,89
Etats fébriles non identifiés	89	39,74
Total	224	100

Tableau 16 : les associations pathologiques

Associations pathologiques	Nombre	%
Paludisme + infection urinaire	8	3,57
Paludisme + infection HIV	2	0,89
Infection urinaire + salmonellose	1	0,45
Paludisme + salmonellose	2	0,89
Total	13	5,80

IV – Complications :

Tableau 17 : Répartition des patientes fébriles selon les complications maternelles et fœtales

Complications	Nombre	%
Avortement	16	7,14
Accouchement prématuré	12	5,35
Hypotrophie fœtale	8	3,57
Rupture prématurée des membranes	18	8,03
Mort fœtale in utero	12	5,35
Infection néonatale	2	0,89
Anémie maternelle	15	6,69
Septicémie	0	0
Décès maternel	2	0,89
Sans complications	139	62,09
Total	224	100

Tableau 18 : Distribution des pathologies en fonction de la température

Pathologies	Température							
	38°C		38,1- 39°C		39,1-40°C		> ou = 40°C	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Paludisme	12	30	64	40,77	20	76,92	0	0
Infection urinaire	4	10	19	12,1	0	0	0	0
Salmonellose	1	2,5	7	4,46	0	0	0	0
Infection VIH	1	2,5	5	3,18	0	0	0	0
Tuberculose pulmonaire	1	2,5	1	0,63	0	0	0	0
Etats fébriles non identifiés	21	52,5	61	38,86	6	23,08	1	100
Total	40	100	157	100	26	100	1	100

Tableau 19 : Distribution des pathologies en fonction de l'âge de la grossesse

Pathologies	1 ^e trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre	
	N	%	N	%	N	%
	Paludisme	15	46,88	29	38,15	52
Infection urinaire	2	6,25	6	7,9	15	12,94
Salmonellose	1	3,12	5	6,58	2	1,73
Infection VIH	1	3,12	3	3,95	2	1,73
Tuberculose pulmonaire	0	0	1	1,32	1	0,87
Etats fébriles non identifiés	13	40,63	32	42,1	44	37,93
Total	32	100	76	100	116	100

Tableau 20 : Distribution des pathologies en fonction de la parité

Pathologies	Nullipare		Primipare		Paucipare		Multipare		Grande multipare	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Paludisme	32	46,37	28	43,75	22	40,74	9	32,14	5
Infection urinaire	6	8,69	7	10,93	7	12,96	2	7,14	1	11,11
Salmonellose	2	2,9	4	6,26	1	1,85	1	3,58	0	0
Infection VIH	2	2,9	1	1,56	3	5,56	0	0	0	0
Tuberculose pulmonaire	0	0	1	1,56	0	0	0	0	1	11,11
Etats fébriles non identifiés	27	39,14	23	35,94	21	38,89	16	57,14	2	22,22
Total	69	100	64	100	54	100	28	100	9	100

V- Le traitement :

Hospitalisation :

Parmi les 224 patientes 131 ont été hospitalisées soit un pourcentage de 58,48% et 93 ont été traitées en ambulatoire soit 41,52% .

Tableau 21 : Distribution des patientes selon les antibiotiques utilisés

Antibiotiques	Nombre	%
Amoxicilline	59	26,33
Nitroxoline	6	2,57
Gentamicine	4	1,78
Amoxicilline +Acide clavulamique	3	1,33
Total	72	32,01

Tableau 22 : Distribution des patientes selon les antipaludiques utilisés en curatif.

Antipaludiques	Nombre	%
Sel de quinine	127	56,69
Chloroquine	25	11,16
Total	152	67,85

Tableau 23 : Distribution des patientes selon les associations de médicaments(antibiotiques et antipaludiques)

Antibiotiques + antipaludiques	Nombre	%
Amoxicilline +sel de quinine	20	8,82
Amoxicilline + chloroquine	9	4,01
Nitroxoline + sel de quinine	7	3,12
Total	36	15,95

Tableau 24 : Résultats du traitement

Résultat du traitement	Nombre	%
Guéries	214	95,54
Non guéries	10	4,46
Total	224	100

4- Les récidives

Tableau 25 : Répartition des gestantes fébriles selon les récidives observées

Récidives	Nombre	%
Rechutes	10	4,46
Réinfections	11	4,91
Persistance	7	3,12
Total	27	12,49

VI- Le terme de l'accouchement

Tableau 26 : Répartition des patientes selon le terme de l'accouchement

Terme de l'accouchement	Nombre	%
A terme	212	94,65
Avant terme	12	5,35
Total	224	100

Tableau 27 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Nombre	%
Césarienne	40	16
Voie basse	184	84
Total	224	100

VII- Les suites de couches

Tableau 28 : Répartition des patientes en fonction des suites de couches

Suites de couches	Nombre	%
Normales	159	70,98
Infections puerpérales	16	7,14
Décès maternels	6	2,67
Inconnue	43	19,21
Total	224	100



**COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS**

CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE :

1) Les causes de la fièvre sont diverses et nombreuses pour cette raison notre étude a nécessité des examens de laboratoire. C'est ainsi que vu le faible pouvoir d'achat, certaines de nos patientes fébriles n'ont pu faire aucun examen complémentaire. Sur les 249 gestantes fébriles, 224 patientes ont pu faire au moins la GE et l'ECBU et 25 patientes n'ont fait aucun examen complémentaire et ont été exclu de l'étude.

2) Les états fébriles liés à la listériose, la rickettsiose, l'amniotite, la toxoplasmose etc.. n'ont pas été identifiés du fait de l'insuffisance de nos laboratoires en équipement nécessaire à cette fin.

3) La GE et l'ECBU ont été demandés systématiquement chez toutes nos patientes fébriles.

4) En fonction du contexte clinique, en plus de la GE et l'ECBU, d'autres investigations complémentaires ont été pratiquées chez certaines patientes. Il s'agit de la sérologie B83 le sérodiagnostic de Widal, et la recherche de bacille acido-alcool résistant dans les crachats.

1- FREQUENCE :

Au cours de notre étude 249 cas de fièvre ont été dénombrés dans les services de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point « G » et la maternité de Hamdallaye sur un échantillon de 3424 gestantes et parturientes soit une prévalence de 7,27%.

D'autres études faites dans le même domaine donnent les résultats suivants :

- En 1997 CHENGE et al. [15] trouvent à Lubumbashi (Rép. Démocratique du Congo) sur un effectif de 187 gestantes un taux de 43%.

Togo A.[40] en 1993 dans le service de gynéco- obstétrique de l'HPG. trouve sur un effectif de 763 femmes enceintes 10 cas de fièvre soit 1,31% Ce taux est inférieur à celui de notre étude.

Par leur fréquence les états fébriles chez les femmes enceintes constituent une entité nosologique non négligeable car 7 gestantes sur 100 ont présenté ce symptôme au cours de notre étude.

D'une manière générale, les modifications du métabolisme général, l'hypoprotéïnémie, la carence martiale et une immunodépression évidente, fragilisent le terrain gravide et permettent aux germes hébergés de se développer plus facilement [37 27 23].

2- Etude socio-démographique :

La grande majorité de nos gestantes fébriles sont des ménagères.

Il ressort ici que les populations les plus démunies sont les plus atteintes. En effet ces populations sont généralement originaires des quartiers surpeuplés, insalubres, spontanés et pauvres.

Concernant la fréquence des pathologies par localités de résidence, celle de Bamako puisque abritant les cadres de notre étude est la plus représentée dans notre série avec une fréquence de 77,67%. La distance séparant l'hôpital du point « G », la maternité de Hamdallaye des autres localités du pays expliquerait leur fréquence globale de 22,33%.

Il découle de notre étude que l'âge n'influence pas significativement la prévalence des affections fébriles chez les gestantes.

La tranche d'âge dominante est de 20 à 29 ans avec une moyenne d'âge de 26 ans. Cette classe d'âge est constituée de femmes en période d'activité génitale maximale et que par conséquent on y trouve plus de cas de grossesse. Cela a été trouvé par CHENGE et al. [15] de même que par TOGO [40].

3- Les antécédents :

Les nullipares représentent 30,80% et sont majoritaires.

Et bien qu'à priori il n'apparaisse de lien quelconque entre la parité et les pathologies étudiées, nous avons, comme d'autres auteurs [22-27] étudié cette relation et sommes parvenu au même résultat.

En effet il découle globalement de notre étude que la prévalence des pathologies étudiées va décroissante avec le nombre d'accouchement. Aucune raison n'a jusqu'ici été évoquée pour expliquer cette corrélation négative. Peut être que l'organisme maternel se défend au cours de chaque grossesse et ainsi certain degré d'immunité s'installe au fur et à mesure.

9,82% de nos patientes ont des antécédents d'infection urinaire. Ce taux est identique à celui de TOGO [40] et inférieur à celui de COLAU qui est de 25% [16].

39,73% des gestantes et parturientes ont des antécédents de paludisme.

Plus de la moitié des patientes soit 66,74% a au moins un enfant vivant.

4- Le diagnostic :

Le tableau 15 donne par ordre de fréquence décroissante, les différentes pathologies rencontrées chez les gestantes fébriles.

Quoi qu'il en soit le paludisme demeure incontestablement la pathologie fébrile dominante de notre série soit une prévalence de 42,85%.

Les femmes enceintes constituent en effet un groupe à haut risque pour cette pathologie et sa fréquence est diversement appréciée dans les zones d'endémie, variations liées aux différences méthodologiques dans les études [17-18-20] et aussi probablement à la taille de l'échantillonnage. Néanmoins nos observations sur cette pathologie concordent avec celles des autres auteurs qui varient de 5,6 à 48% [26-27-35].

Quant à l'infection urinaire elle est l'une des complications les plus communes de la grossesse [36]. Elle est de par son importance la deuxième cause de fièvre dans notre série. Cette fréquence est liée sans doute à plusieurs facteurs. En effet le climat hormonal particulier durant la grossesse entraîne un relâchement par la progestérone de la musculature lisse des voies urinaires ; cela associé à la compression mécanique de l'uretère par l'utérus gravide, aboutit à la stase urinaire qui favorise le développement de l'infection urinaire durant la grossesse [36]. Aussi la proximité de l'uretère féminin par rapport au tube digestif (anus) ainsi que la brièveté

favoriseraient le passage et l'ascension des germes du tube digestif dans les voies urinaires, notamment les colibacilles qui auraient des récepteurs spécifiques au niveau des cellules des voies urinaires.

La fréquence de cette pathologie dans notre étude 10,26% est de loin inférieure à celle de CHENGE et al. [15] qui l'ont estimée à 37% , cependant elle est en conformité avec celle des autres auteurs qui varie de 5 à 10% [2].

Les salmonelloses contrairement à Ngoyi et Kakoma [37] et à Chenge et al. [15] sont beaucoup plus rares (3,58%).

La fréquence de la fièvre typhoïde s'expliquerait par une mauvaise observance des mesures d'hygiène par la population cible.

Dans notre série l'infection VIH a une prévalence de 2,68% qui est supérieure à celle de Bongain qui a trouvé 1% [11].

L'association de ces pathologies au paludisme observée dans notre série est une réalité qu'il faut reconnaître. C'est ainsi que nous retrouvons son association avec l'infection urinaire dans 3,58% des cas et à un taux égal entre fièvre Typhoïde et infection HIV dans 0,89% des cas. NGoyi et Kakoma [37] estiment que le paludisme est de toutes les formes de fièvre continue la plus difficile à distinguer du typhus et Luch Cité par Chenge et al [15] a émis l'hypothèse de l'induction par le *P. falciparum* d'un état d'immunodépression prouvé expérimentalement. Si nous ajoutons l'état d'immunodépression gravidique [23-39] le paludisme sur grossesse rend plus vulnérable la femme enceinte à des infections intercurrentes.

5) Les complications materno-fœtales :

Il ne fait aucun doute que la fièvre aggrave lourdement le pronostic maternel et fœtal.

Ce risque est reconnu par tous les auteurs ayant fait des études sur les états fébriles et grossesse ainsi dans notre série nous avons enregistré 15 cas d'anémie soit 6,69% et 8 cas d'hypotrophies fœtales soit 3,57%

En ce qui concerne la mortalité maternelle elle est rare car sur nos 224 patientes nous déplorons deux décès maternels. Les états fébriles peuvent également agir sur l'évolution normale de la grossesse :

Au premier trimestre cela peut se solder par des avortements, dans notre travail nous avons trouvé un taux de 7,14%

Dans la deuxième moitié cela peut être à l'origine d'accouchements prématurés. Nous avons enregistré pour cela 12 cas soit 5,35%. Ou à la fin de la grossesse, après son évolution jusqu'à terme cela peut se solder par des souffrances fœtales.

6- Traitement :

La majorité des femmes hospitalisées avait une température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Le paludisme a été l'affection qui a occasionné le plus grand nombre d'hospitalisation.

Ainsi le sel de quinine a été l'antipaludique de choix dans le traitement de nos malades soit 56,69% des cas. En administration veineuse par perfusion lente dans du sérum glucosé 5% nous l'avons utilisé à la posologie de 25mg/ kgp/Jour pendant cinq jours de suite.

Ce choix a été évoqué par la majorité des auteurs qui ont fait des études sur cette association [27-35-21].

Les bêtalactamines ont été l'antibiotique le plus utilisé c'est ainsi que l'amoxicilline a été utilisée dans 26,33% des cas et amoxicilline + acide clavulamique dans 1,33%.

Outre son activité bactéricide ou bactériostatique, l'agent antimicrobien utilisé doit prévenir l'adhésion de la bactérie aux cellules de la muqueuse vesicale. Il semble en effet que cette adhésion bactérienne soit une étape essentielle au développement d'une infection urinaire aiguë. Si la majorité des *E. Coli* est sensible à l'amoxicilline il reste tout de même quelques souches résistantes en raison de la présence de β . Lactamases. Dans ce cas l'amoxilline-Clavulanate permet une meilleure efficacité et élimine les germes occasionnels comme le Klebsiella et le protéus.

Le choix de ces antibiotiques a été évoqué par d'autres auteurs [16 - 40 – 36] .

Nous avons associé le sel de quinine à l'amoxicilline dans 8,82% des cas de même, la chloroquine à l'amoxicilline dans 4,01% des cas cela pour traiter les cas de pathologies associées chez les gestantes .

Pour faire baisser la température nous avons fait recours à l'acide acétylsalicylique en IVD trois fois/ j en cas de persistance de la fièvre.

Aux traitements étiologiques nous avons dans certains cas associé un traitement adjuvant par les vitamines du groupe B (acide folique) et une supplémentation martiale par du fumafer.

La césarienne a été pratiquée chez 16% de nos patientes contre 84% qui ont accouché par les voies naturelles .Cette intervention a été indiquée dans les cas ou l'atteinte infectieuse par sa sévérité laissait suspecter des risques fœtaux.

La durée du traitement a varié entre 5-15 jours avec une durée moyenne de 7 jours .
95,54% de nos malades ont guéri et 94,65% ont accouché à terme.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous pouvons dire que la fièvre au cours de la grossesse est une réalité loin d'être éradiquée compte tenu de la diversité des causes qui peuvent la provoquer. Celles - ci sont dominées par le paludisme soit 42,85% des cas, suivi de l'infection urinaire 10,26% des cas.

Le taux élevé des états fébriles non identifiés s'explique par l'automédication pratiquée par les patientes et la prescription anarchique des antibiotiques par les agents de santé.

Les récurrences évoquées par d'autres auteurs sont réelles, dans notre population le taux est de 12,49% qui peut être dû à un traitement mal conduit ou à un obstacle sur les voies urinaires dans le cas de l'infection urinaire.

Par ailleurs nous avons retrouvé de façon certaine les associations de pathologies fébriles dans 5,80% des cas et le paludisme a été retrouvé dans 5,36% des cas.

Il nous paraît logique et prudent au vu de nos résultats de rechercher systématiquement une infection associée.

Pour ces différentes raisons nous formulons les recommandations suivantes :

- Il faut une prise systématique de la température axillaire de toutes les femmes enceintes lors des CPN.
- Le dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes fébriles de l'association paludisme et grossesse par la GE et de l'association infection urinaire et grossesse par L'ECBU.
- Donner des conseils hygiéno-diététiques aux femmes enceintes en incluant dans le calendrier de l'IEC le thème de la fièvre chez la femme enceinte.
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide car c'est un mode de protection efficace contre le paludisme.
- L'utilisation de la chimioprophylaxie systématique antipalustre chez les femmes enceintes.
- L'installation dans les grands hôpitaux du Mali de laboratoires bien équipés, dotés d'un personnel suffisant pour que la permanence soit bien assurée, afin d'obtenir les résultats dans des délais très courts permettant l'instauration d'un traitement efficace.

REFERENCES

1- ABBOUD P, QUEREUXC, BUREAU G, LEROUXB.

tuberculose et grossesse.

J Franç Gynecol-obstét Biol-reprod 1995 ; 24 : 863-866

2 – AGHAYAN M, THOUMSIN H, LAMBOTTE R.

stratégies thérapeutiques de la bactériurie gravidique.

Revue médicale de Liège 1990 ; sept.45 : 433-9

3– AMINON A.

contribution à l'étude de l'infection urinaire et grossesse à propos de 84 cas.

Mémoire de médecine 1989 N°52 CHU COCODY-Abidjan (RCI)

4 – BAUDET JH.

les formes habituelles de l'infection urinaire de la femme enceinte .

Ann d'urol 1984 ; 18 ; 345-346.

5- BAUDET JH, AUBARD Y, MANGIET C.

listériose materno-fœtale.

Rev franç gynecol-obstét 1996 ; 91 ; 404-412

**6 – BENSAID F, ELBARNOUSIL MOUSSAOUID FILALIA,
NABILS BALAFREJS, ALAOUI M.**

Les urgences abdominales non gynécologiques au cours de la grossesse.

a propos de cinq observations.

Rev franç de gynecol-obstét 1996 ; 91 ; 567-572

**7- BERLANDM, COMMUNAL P, PINATON B, COTTIN X,
DUTRUGE J.**

fièvre au cours de l'accouchement.

Publication du CNGOF Gynecol-obstét 1996 ; 11 ; 12 : 23-29

**8- BERTHET BADETTI, LAURENCE TANTI, MARIE CHRISTINE,
BOIMOND H.**

Appendicite aiguë au troisième trimestre de la grossesse.

Rév franç de gyneco-obstét. 1997 ; 92 ; 205-207

9- BLANCHIER H.

prise en charge de la primo infection et césarienne chez la femme enceinte atteinte d'herpès génital.

La presse médicale, Paris, 2-9 Sept 1995, 24 ; 6-7

**10- BLANCHOT J, POULAIN P, ODENTS, POLARIC JC,
MINET J, GRALL JY, GIRAUD JR.**

fièvre au cours du travail.

J Franç Gynecol-obstét-biol reprod 1993 ; 22 ; 191-196

11- BONGAIN A, IBGHI W, LANGE AC, DAOUDI K, GILLET JY.

surveillance de la grossesse pour la femme séropositive pour le VIH.

Rév Franç gynecol-obstét. 1994, 89 : 387-392

12- BOUREE P, PALIES B.

Paludisme et grossesse.

Rév franç gynecol-obstét 1986 ; 81 : 559-562

13- BRASME T, LEROY QD, BISERTE J.

Infection de l'appareil urinaire au cours de la grossesse.

Diagnostic évolution pronostic, traitement.

Rév du praticien Paris fév 1991 ; 41 : 548-53.

14- BRETTE JP, COLLECT M.

affections tropicales et grossesse.

Editions techniques encyclopédie Med-chirurgicales (paris-France)

Obstétrique 5-043-A-40-1993 15P.

15- CHENGE M, KALENGA M K, KAKOMA S.

les états fébriles chez les gestantes à Lubumbashi (RDC).

Rév Franç gynécol-obstét 1998 ; 93 : 475-480.

16- COLAU JC.

la bactériurie de la femme enceinte quand et comment la traitée ?

Méd.maladies infectieuses 1991 ; 21 : 142-148.

**17- CORREA P, BAH M, DIALLO S, FALL N, SOW A,
N'DIAGNE P.**

Paludisme et grossesse.

Congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de la langue française

J Franç Gynécol Obstét Biol Reprod 1982 ; 11 : 3-42.

18- DEMBELE H Epouse KEITA.

paludisme et grossesse saisonnalité relation avec l'anémie et petit poids de naissance à Bougoula Hameau (Sikasso).

Thèse Med Bamako 1995 N°20.

19- DESARCUS B.

les infections à cytomégalovirus au cours de la grossesse.

La presse Med, Paris, 1996 ; 25, N°5 : 211-2

20- DESTRE D, GUIBERT J.

Grossesse et infection urinaire.

Gazette Med 1985, 92 : 69-7

21- DIAWO B.

Association paludisme et grossesse.

Position actuelle et expérience Dakaroise

These, Med, Dakar, 1976, 45.

22- DIOMBO K.

contribution à l'étude de l'association paludisme et grossesse dans le centre de santé de la commune II.

These, Med, Bamako, 1992, 11.

23- DUMONT M, BRUNET C.

Maladies infectieuses et grossesse.

In : EMC 5039A410 ,1-14, Paris.

24- GENTILLINI M.

Médecine tropicale.

3^{ème} Edition, Paris, Flammarion : 1982, 682 P.

25- HURAUX J.

Epidémiologie des infections à herpès simplexe virus chez la femme enceinte et l'enfant et transmission materno-fœtale.

La presse Med, 1995 ; 24 : 2-3

26- JELLIFFE EF L.

Low birth- weight and malarial infection of the placenta-Bull who 1968 ; 38 : 69-70.

27- KAKOMA S.

Grossesse et paludisme : étude expérimentale, clinique et épidémiologique.

Thèse d'agrégation UCL. IMT Angers, 1987.

28- KASSAMBARA M épouse KEITA.

Efficacité chez les femmes enceintes et nouveaux nés de deux schémas de traitement antipaludique à Bamako.

Mémoire D.A de santé publique Paris N° 213

Université Pierre et Marie curie(paris VI) institut de santé publique.

29- KLUGER JM.

La fièvre.

In la recherche 1981,12 : 668-696.

30- LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G.

obstétrique pour le praticien 2^e édition.

Paris ; SIMEP ; 1990, 413 P.

31- LECURU JP, BERNARD S, PARRAT R, TAURELLE F.

Varicelle et grossesse.

La presse Med, Paris, 1995, 7 OCTOBRE, 24 N°29.

32- LEMINE M, COLLECT M, BRETTE JP.

urgences abdominales et grossesse.

Rev Fr gynécol-obstét.1994, 89: 553-559.

33- LUDLAM H, WREGHITT TG, THORNTON S, THOMSON BJ.**BISHOP N.J. et CUNNIFFE J.**

Q fever in pregnancy.

The journal of infection (périodique)1997, 1

34 - MASSONNET B.

Elévation de la température au cours de l'accouchement

Physiopathologie de la fièvre et de l'hyperthermie.

14^e journées nationales de la société française de médecine périnatale (Angers1984)

ARNETTE édit paris, 1985, PP: 51-53

35- MBANZULU PN .

Paludisme et grossesse, situation épidémiologique à Kinshasa (Zaïre)

Rev FR Gynécol obst 1988 ; 83 : 99-103.

36- MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.

précis d'obstétrique 6^e Edition :

Paris, Masson, 1989 ; 597 P.

37- NGOYI KJ, KAKOMA S.

Rickettioses chez les gestantes fébriles reçues à la maternité de l'hôpital Sendwe de Lumbubashi (RDC).

Kisangani Med, 1992, vol. V : 1-11.

38- SIBY A.

la fièvre : étude physiologique et action des antipyrétiques.

These, pharm, Dakar, 1984 ; 47

39- TABASTE J.

fièvre au cours de la grossesse.

Rév prat Paris, 1998 ; 48 : 1615-1619.

40- TOGO A.

Etude de l'association infection urinaire et grossesse dans le service de gyneco-obstét. de l'hôpital national du point G à propos de 61 cas.

Thèse médecine Bamako 1993 N°20.

41- WRIGHT S.

Thermorégulation chez l'homme.

- In physiologie appliquée à la médecine

Flammarion Méd. SC 2^e édition paris 1980,398-407.

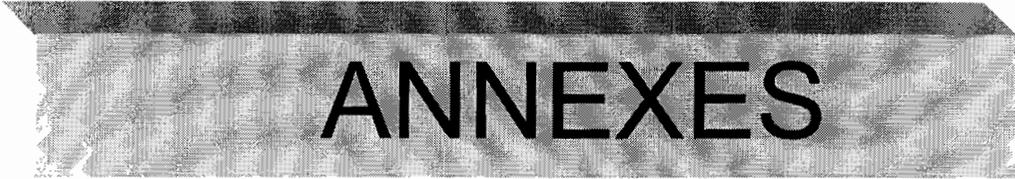
42- ZECHP, REVILLARD JP.

Néphrologie clinique

Paris, SIMEP 1978, 336 P

ABREVIATIONS

- C.P.N** : Consultation prénatale
- E.C.B.U** : Examen cyto-bactériologique des urines
- F.V.V** : Fistule vesico-vaginale
- G.E** : Goutte épaisse
- G.E.U** : Grossesse extra-utérine
- G** : Gramme
- HP"G"** : Hôpital du point "G"
- IEC** : Information éducation communication
- Kg** : Kilogramme
- MFIU** : Mort fœtal in utero
- Ng** : Nanogramme
- NFS** : Numérotation formule sanguine
- °C** : Degré Celsius
- ORL** : Ortorhinolaryngologie
- Pg** : Picogramme
- RCIU** : Retard de croissance intra uterin
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- VIH** : Virus de l'Immuno déficience humaine
- VS** : Vitesse de Sédimentation



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Nom.....Résidence.....
Prénom.....Statut matrimonial.....
Age.....
Profession.....Mode d'admission 1 – 2
1 – Ménagère..... 1 – Consultation externe
2 – Vendeuse..... 2 – Hospitalisée
3 – Couturière 2 – 1 Référée
4 – Fonctionnaire 2 – 2 Non Référée.....
5 – Autres..... Date d'entrée.....
Adresse..... Date de sortie.....

Ethnie

1 – Bambara..... 5 – Bozo.....
2 – Malinké..... 6 – Dogon.....
3 – Soninké..... 7 – Peulh.....
4 – Sonrhāi..... 8 – Autres.....
A Préciser.....

ANTECEDENTS :

I – OBSTETRICAUX :

1 – Parité 3 – Avortement 1 – 2 1 = Oui 2 = Non
2 – Gestité 4 – Accouchements prématurés
5 – Morts nés 1 – 2 1 = Oui 2 = Non
6 – Nombre d'enfants vivants

II – GYNECOLOGIQUES :

1 – Infections génitales 2 – Contraceptions

III – MEDICAUX :

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1 – Infections urinaires..... | 4 – Diabète..... |
| 2 – Paludisme..... | 5 - H T A |
| 3 – Bilharziose..... | 6 – Malformations urinaires.... |
| | 7 – Autres..... |
| A Préciser..... | |

IV – CHIRURGICAUX :

Interventions obstétricales :

- 1 – Césarienne.....
- 2 – Laparotomie pour rupture utérine.....
- 3 – Forceps.....
- 4 – Episiotomie.....
- 5 – Autres.....

GYNECOLOGIQUES :

- 1 – Myomectomie.....
- 2 – Kystectomie.....
- 3 – Plastie tubaire.....
- 4 – Laparotomie pour G.E.U.....
- 5 – Autres.....

UROLOGIQUES :

- 1 – Cure de fistule vesico-vaginale.....
- 2 – Cure de lithiase.....
- 3 – Autres.....

GROSSESSE ACTUELLE :

- Age de la grossesse en semaine d'aménorrhée.....
- Date des dernières règles.....

INTERROGATOIRE :

	<u>Date</u>	<u>Durée</u>
1. Douleur	<input type="checkbox"/>	
2. Saignement	<input type="checkbox"/>	
3. Fièvre	<input type="checkbox"/>	
4. Vomissements	<input type="checkbox"/>	
5. Œdèmes	<input type="checkbox"/>	
6. Dysurie	<input type="checkbox"/>	
7. Hématurie	<input type="checkbox"/>	
8. Pollakiurie	<input type="checkbox"/>	
9. Urines troubles	<input type="checkbox"/>	
10. Toux	<input type="checkbox"/>	
11. Myalgies	<input type="checkbox"/>	
12. Rhinorrhée	<input type="checkbox"/>	
13. Autres	<input type="checkbox"/>	

EXAMEN OBSTETRICAL :

Hauteur utérine en centimètre.....

B – D – C 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

Contractions utérines douloureuses 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

AU SPECULUM :

- Liquide amniotique	<input type="checkbox"/>	1 – 2	1 = Oui	<input type="checkbox"/>	2 = Non	<input type="checkbox"/>
- Leucorrhée	<input type="checkbox"/>	1 – 2	1 = Oui	<input type="checkbox"/>	2 = Non	<input type="checkbox"/>
- Vaginite	<input type="checkbox"/>	1 – 2	1 = Oui	<input type="checkbox"/>	2 = Non	<input type="checkbox"/>
- Cervicite	<input type="checkbox"/>	1 – 2	1 = Oui	<input type="checkbox"/>	2 = Non	<input type="checkbox"/>

AU TOUCHER VAGINAL (T.V) :

Modification du col 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

EXAMEN GENERAL :

Température axillaire.....

Tension artérielle (TA)Centimètre de mercure

Pouls.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

E.C.B.U + ANTIBIOGRAMME :

- RESULTATS :

Leucocyturie pathologique 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

TYPE DE GERME :

- Bacille gram négatif
- Bacille gram positif
- Cocci gram positif
- Cocci gram négatif

GERME ISOLE A LA CULTURE.....

Sensible.....

Intermédiaire.....

Résistant.....

RESULTAT DE CONTROLE.....

N F S – V S

- Résultat.....

- Résultat de contrôle.....

GOUTTE EPAISSE + FROTTIS DE SANG MINCE :

Résultat :

1 – **Positive** : 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

2 – Espèce Plasmodiale :

- a) Plasmodium falciparum
- b) Plasmodium vivax
- c) Plasmodium ovale
- d) Plasmodium malariae

PRELEVEMENT VAGINAL :

- Résultat.....

- Résultat de contrôle.....

HEMOCULTURE :

Positive 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

Si Oui

Germe Isolé.....

Autres examens complémentaires à Préciser.....

DIAGNOSTIC :

- 1 – Infection urinaire
- 2 – Paludisme
- 3 – Salmonellose
- 4 – Infection HIV
- 5 – Autres

COMPLICATIONS :

OVULAIRES :

- 1 – Avortement
- 2 – Accouchement prématuré
- 3 – Hypotrophie fœtale
- 4 – Rupture prématurée des membranes
- 5 – Mort in utero
- 6 – Infection néonatale
- 7 – Autres
- A Préciser.....

CHEZ LA MERE :

- 1 – Septicémie
- 2 – Insuffisance rénale
- 3 – Anémie
- 4 – Décès maternels
- 5 – Autres
- A Préciser.....

TRAITEMENT :

Hospitalisation 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

Si Oui

- Motif.....

- Durée en jour.....

Antibiothérapie 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

Si Oui

1^{er} Antibiotique.....DateDurée.....Dose.....

Avant antibiogramme Après antibiogramme

2^{eme} Antibiotique.....DateDurée.....Dose.....

Avant antibiogramme Après antibiogramme

Antiseptique urinaire.....DateDurée.....Dose.....

Antipaludéen 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

Si Oui lequel.....

DateDurée.....Dose.....

Si Autres : à Préciser.....

RESULTAT DU TRAITEMENT :

- Guérison Clinique 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

- Guérison Biologique 1 – 2 1 = Oui 2 = Non

RECIDIVES :

1 – rechute

2 – Réinfection

3 – Persistance

ACCOUCHEMENT :

Terme.....

Mode.....

SUITES DE COUCHES :

1 – Infection puerpérale

2 – Suite normale

3 – Non connue

4 – Décès maternels

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Pierre Mamou

Titre de la thèse : Etude de l'association fièvre et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point "G" et la maternité de Hamdallaye.

Année universitaire : 2000 – 2001

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie – obstétrique, Infection, Parasitologie.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective bicentrique (service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point "G" et la maternité de Hamdallaye) portant sur l'association fièvre et grossesse ; concernant un échantillon de 249 patientes.

Nos objectifs spécifiques étaient les suivants :

- 1) Déterminer la prévalence de l'association fièvre et grossesse dans les deux services
- 2) Déterminer les pathologies en cause,
- 3) Déterminer les complications maternelles et fœtales de cette association
- 4) Dégager les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des femmes enceintes fébriles
- 5) Rapporter les protocoles thérapeutiques utilisés
- 6) Formuler quelques recommandations dans le cadre de la prise en charge de cette association.

Il est ressorti de cette étude que la fréquence de la fièvre chez la femme enceinte était de 7,27%.

Le paludisme demeurait la pathologie fébrile prédominante avec une fréquence de 42,85%, suivi de l'infection urinaire avec une fréquence de 10,26%.

Plusieurs pathologies peuvent être associées pour déclencher la fièvre. Dans notre série nous avons retrouvé 5,80% de multiples infections.

Les états fébriles non identifiés constituaient 39,73% des cas.

La fièvre, quelle que soit son étiologie peut entraîner des complications aussi bien pour la mère que pour le fœtus.

Ainsi nous avons recensé dans notre étude 7,14% d'avortement spontané et 8,03% de rupture prématurée des membranes, 6,69% d'anémie maternelle, 5,35% d'accouchement prématuré.

Le sel de quinine a été l'antipaludique le plus utilisé, il en est de même pour l'amoxicilline dans la gamme des antibiotiques.

La voie d'accouchement la plus sollicitée était la voie basse 84% contre 16% de césarienne.

L'association fièvre et grossesse est une entité fréquente dans notre contrée. Les causes sont multiples et les complications sont graves non seulement pour la mère mais aussi pour le fœtus. Les conséquences peuvent être limitées si un traitement efficace est institué sans délai.

Mot clés : grossesse, accouchement, fièvre

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque !