

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

**DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**

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

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Année : 2004 - 2005

N°

THEME

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES
URGENCES OBSTETRIQUES AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DE 2002 A 2003 A PROPOS DE
1265 CAS**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le / / 2005
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Labassou DISSA

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président :

Membre

Codirecteur

Directeur de Thèse :

Professeur SIMAGA Sidi Yaya

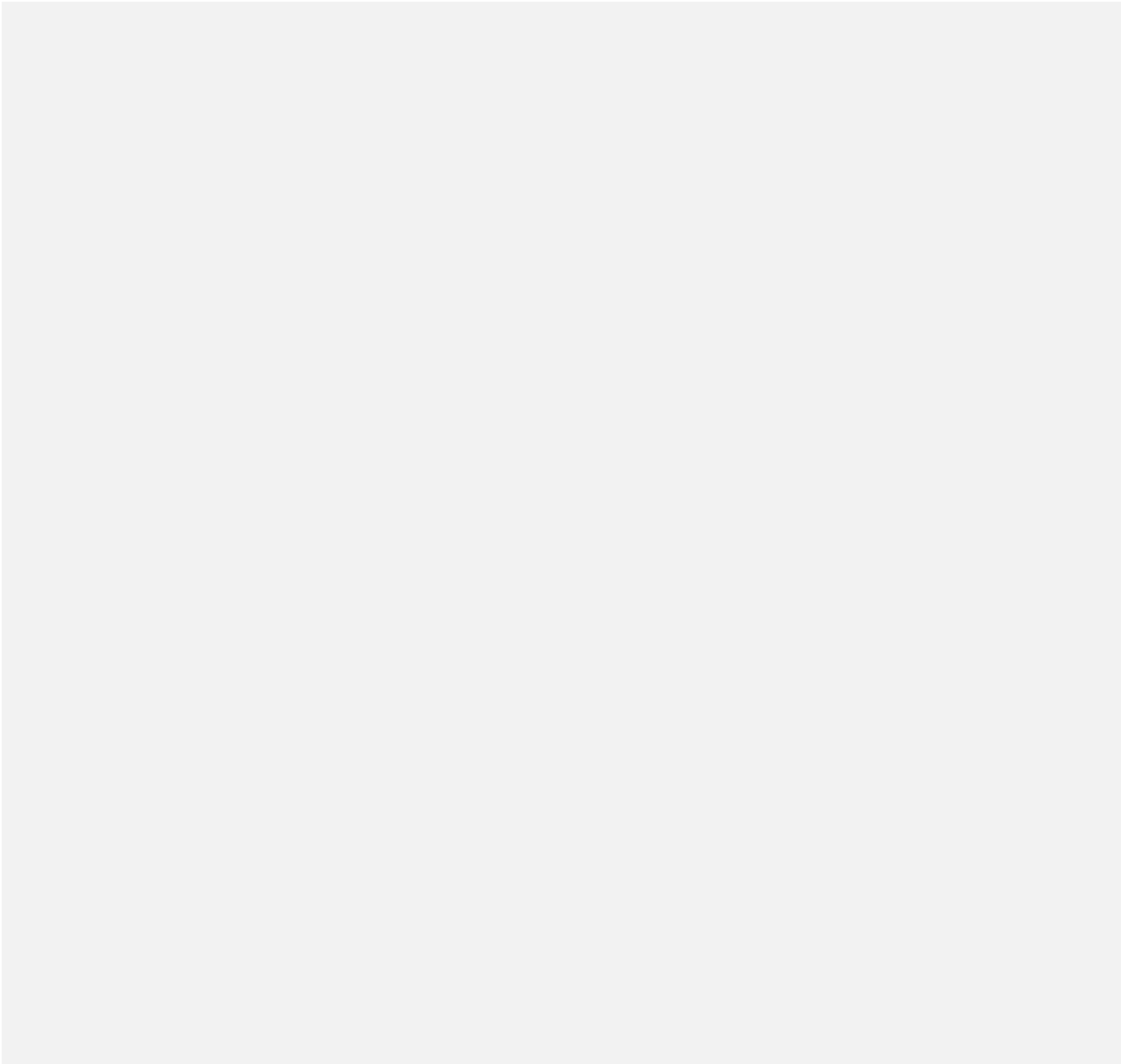
Docteur SANOGO Zimogo Zié

Docteur MAIGA Bouraïma

Docteur SY Aïda SOW

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ATCD** : Antécédent
- **BA** : Bassin Asymétrique
- **BDCF** : Bruits du Cœur Fœtal
- **BGR** : Bassin Généralement Rétréci
- **BL** : Bassin Limite
- **Cm** : Centimètre
- **CPN** : Consultation Prénatale
- **CSA/Cercle** : Centre de Santé d'Arrondissement ou de Cercle
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- **CSREF** : Centre Santé de Référence
- **DER** : Département d'Enseignement et de Recherche
- **DFP** : Disproportion Foeto-Pelvienne
- **EDS** : Enquête Démographique et Sanitaire
- **EPU** : Etude Post-Universitaire
- **ESS** : Ecole Secondaire de la Santé
- **FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie
- **H** : Heures
- **HGT** : Hôpital Gabriel Touré
- **HPG** : Hôpital du Point G
- **HRP** : Hématome Retro-Placentaire
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **IMCM** : Institut Malien de Conseils en Management
- **Mn** : Minute
- **OAP** : Œdème aigu du poumon
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PPH** : Placenta Praevia Hémorragique
- **SFA** : Souffrance Fœtale Aiguë

- **TA** : Tension Artérielle
 - **RU** : Rupture Utérine
 - **%** : Pourcentage
 - **<** : Inférieur
 - **>** : Supérieur
 - **≤** : Inférieur ou égal
 - **≥** : Supérieur ou égal
- 

**AU nom d'Allah, le Tout
Puissant, le clément et le
Miséricordieux**

**Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de
mener à bien ce modeste travail.**

Je dédie ce travail :

**A toutes les mères, particulièrement à celles qui ont été victimes d'une complication
obstétricale.**

- **A mon père : Feu N’Golo DISSA**

J’ai souhaité vous voir là assis en ce jour solennel. Hélas Dieu en a décidé autrement.

Dormez en paix.

- **A ma chère mère : Tintio TRAORE**

Vous resterez toujours pour moi une femme modèle. Il n’est point nécessaire pour moi de vous dire ce que je ressens ; mais recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance.

Qu’Allah vous accorde encore une longue vie pour « goûter, aux fruits de l’arbre que vous avez planté »

- **A ma Tante : Feue Natio SANOGO**

Chère tante, vous avez tant souhaité me voir médecin un jour mais Dieu en a décidé autrement ; vous resterez pour moi un modèle car vous m’avez donné le courage d’étudier. Je ne vous oublierai jamais. Dormez en paix.

- **A mon logeur du premier cycle : Feu Zié SANOGO**

Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi durant mon séjour à Doumanaba. Dormez en paix.

- **A mon grand frère : Issouf DISSA**

Merci pour toutes les bénédictions et les conseils. Tu es comme un père pour moi. Que Dieu te prête encore une longue vie pour que tu puisses goûter aux fruits de ce travail.

- **A mes oncles : Bocary DISSA et Daouda DISSA**

Il m’est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos prières, votre encouragement et vos bénédictions, ce travail n’aurait jamais pu être réalisé.

Puisse ce modeste travail vous donner une légitime fierté.

- **A mes frères : Kléwa DISSA, Chaka DISSA dit Madou, Bamory DISSA, Soungalo DISSA, Doulaye DISSA**

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et maternel constants ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

- **A mon grand père maternel : Niagadjou TRAORE et sa famille à Moukonkoro**

Les mots me manquent pour te signifier ma reconnaissance et mon admiration. Tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes sacrifices.

- **A mon jeune frère : Salikou DISSA**

Aucun mot ne traduira ce que je pense de toi.

- **A mes amis : Kadari DISSA, Adama COULIBALY, Issa BAMBBA et Adiaratou DIAKITE.**

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici, mes sincères gratitude.

- **A tous mes maîtres du Premier Cycle, Second Cycle et lycée pour la qualité de votre formation.**
- **A toute la population de Toun-Toun DIASSA pour son encouragement.**
- **Au Dr Mamadou SIMA :**

Tu as été pour nous un frère, un formateur consciencieux engagé, ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu te prête encore une longue vie.

- **A tout le personnel du Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G pour leur soutien et leur conseil.**
- **A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako merci pour votre collaboration.**
- **A tous les professeurs de la FMPOS pour la qualité de l'encadrement.**

- **A toutes les familles DISSA à Toun-toun DIASSA, Bamako, Sikasso et Côte d'Ivoire.**
- **Aux familles SANOGO, à Doumanaba, Kafana pour leur soutien et leurs conseils.**
- **Aux familles KONE à Kignan, Sikasso merci.**
- **Au Sergent Siaka TRAORE et sa famille à Sikasso pour son accueil et son soutien.**
- **A la famille TRAORE à Moukonkoro pour leur soutien.**
- **A tous mes amis et amies de Bamako, Sikasso, Kignan et Toun-Toun DIASSA aucun mot ne peut traduire ce que je pense de vous.**
- **A mes camarades de classe à la FMPOS : Chiaka T SANOGO, Moussa N DEMBELE, Kalifa M TRAORE, Seybou CISSE, Gassaga SISSOKO, Gada COULIBALY, Abdoulaye DIAMOUTENE, Fousseyni BERTHE.**
- **A Issa BAGAYOGO et Cheick DOUMBIA au centre de santé de référence de la commune V pour leurs disponibilités et leurs contributions à la réussite de ce travail.**
- **A Mme CISSE FANTA SACKO : vous avez été plus qu'une Mère. C'est le moment pour moi de vous remercier.**
- **Aux Médecins : Sitapha DEMBELE, Bakary T DEMBELE, Birama DIALLO, Mamadou B KEITA, Karim COULIBALY, Mamadou MAGUIRAGA, Mamadou SIMA, Moussa OUATTARA, Pière KONE, Ramata SANGARE, Mariam KEITA, Namissa MAMBOUGA, Daouda THIERO, Aly OUATTARA, Kader TRAORE, Modibo TOGORA, Salif SIDIBE, Mama SY, Daniel NEM, Moussa COULIBALY, Bréhima MARIKO.**

J'ai appris avec vous les bases cliniques de la gynécologie, de l'obstétrique et de la chirurgie. Je vous en serais reconnaissant.

- **Aux collègues du service : Chiaka T SANOGO, Amadou Halidou, Gaoussou DIAKITE, Mariam Tièba TRAORE, Mailé KOUYATE, Fatoumata MAIGA, Igor KOUAMO, Moussa N DEMBELE, Nagnan GOITA, Nama KEITA, Djibril S CAMARA Mamadou G DIARRA, Cheick O KEITA.**

Merci pour votre collaboration à la réalisation de ce travail.

- **Aux cadets : Salikou SANOGO, Nouhoum DIAKITE, Diakalya DISSA, Hamidou DICKO, Abdoulaye SANOGO, Leyla MAIGA, Fodé SIDIBE, Fatou ATJI, Awa DOUMBIA, Diakalya FOMBA, Baricoma KARAMBE**

Merci pour votre collaboration ; je vous souhaite bon courage.

- **A tout le personnel de l'ACADEMIE de la rive droite pour leur soutien moral et matériel.**
- **A toute la population de Sabalibougou pour sa collaboration.**

SOMMAIRE

	Pages
I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	2
III. GENERALITES.....	3
IV. METHODOLOGIE.....	22
V. RESULTATS.....	26
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	49
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	58
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	61
IX. ANNEXES.....	

REMERCIEMENTS PARTICULIERS AUX

HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé publique,

Chef du **D.E.R.** de Santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ,

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher Maître et père

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité, et votre volonté de transmettre votre savoir, font de vous un professeur émérite et un père attentif.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance .

Qu'ALLAH le tout puissant vous garde encore longtemps auprès de nous .

A notre Maître et Co-directeur de Thèse

Docteur Bouraïma MAIGA

Gynécologue Obstétricien

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant pour votre combat en faveur de la femme et de l'enfant.

Responsable de la filière sage-femme à l'Ecole Secondaire de la Santé (ESS).

Chef du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital National du Point G

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Nous avons été touché par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme.

Nous avons bénéficié de votre savoir en Gynécologie et en Obstétrique surtout lors des staffs quotidiens et des **E.P.U** bimensuels ; nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves. Les mots nous manquent pour exprimer les sentiments, qui nous animent aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble.

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Que Dieu vous accorde encore longue vie

A notre Maître et Directeur de Thèse

Docteur SY AÏDA SOW

Maître de conférences en gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef de l'unité Gynécologique au Centre de Santé de Référence de la
Commune II.

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, et surtout votre abnégation, associés à vos qualités de mère et de formateur nous ont séduit.

Vous demeurez un modèle de simplicité et d'humanisme.

Veillez recevoir ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juge

Docteur SANOGO Zimogo Zié

Assistant chef de clinique en chirurgie à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chirurgien au service de chirurgie A de l'Hôpital Nationale du Point G

Cher maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionné.

Vos cours théoriques et pratiques resteront gravés dans nos mémoires.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de votre sincère reconnaissance.

Qu'allah le tout puissant vous accorde encore une longue vie.

INTRODUCTION

Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications obstétricales parfois mortelles et souvent imprévisibles.

Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications.

Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant partie des groupes à « **risque élevé** » peuvent cependant présenter des complications obstétricales [14].

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Elles sont fréquentes dans les pays **développement** où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto-maternelle élevée [16].

Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves dont l'évolution se fait vers une issue fatale ; cela est étroitement lié aux facteurs
comme :

- **L'insuffisance** de structures hospitalières
- Le bas **niveau** d'instruction et le bas **niveau socio-économique** de la population

L'OMS a estimé que, chaque année dans le monde, au moins un **demi million** de femmes meurent suite aux complications obstétricales [42]. Les mêmes sources affirment que plus de **30%** de décès se produisent en **Afrique** et **7%** en **Amérique Latine** ; par contre dans les pays **développés**, **6.000** décès sont enregistrés par an.

Au **Mali** le taux de mortalité maternelle est de **582** décès pour 100.000 naissances vivantes (**EDS III 2001**).

Des études faites par THIERO M [42] en **1995** à l'Hôpital Gabriel TOURE et par DIARRA O [14] en **2000** à l'Hôpital du Point G ont trouvé une fréquence des complications obstétricales respectivement de **11,5%** et **25%**.

Compte tenu de l'importance du drame que peut entraîner les complications obstétricales, nous avons entrepris cette étude qui vise les objectifs suivants :

Objectif Général

Etudier les aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003.

Objectifs Spécifiques

1. Déterminer la fréquence des urgences obstétricales.
2. Etudier le profil socio –démographique des patientes
3. Décrire les aspects cliniques des complications obstétricales
4. Décrire le mode de prise en charge de chaque complication
5. Evaluer le pronostic foeto –maternel

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement dues entre autres à des facteurs d'insuffisance d'infrastructure socio-sanitaire et le bas niveau d'instruction.

L'évacuation obstétricale d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert d'une parturiente d'un centre médical vers un autre mieux équipé.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme. Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré-éclampsie.

A. Physiologie de l'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 atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhées) ». Si

l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement.

L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

S'il se produit entre la 38^{ème} et la 42^{ème} semaine, il est dite à terme [33].

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statistique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines). L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; des oestrogènes qui augmentent le potentiel des membranes et la progestérone qui a un effet contraire aux oestrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet :

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

2. Phénomène mécanique :

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

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain si l'indice est entre 21 et 22, franchement mauvais si l'indice est au-dessous de 20.

3. Le travail de l'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la

fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bétamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes :

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

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

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

La surveillance active du travail d'accouchement permet :

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

a) **Pronostic mécanique** : il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

b) **Pronostic dynamique** : il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

c) **Pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [9].

- Les contractions utérines
- Les modifications du col

Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1,5 cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique :

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toute la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [1].

- L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur.

Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

- L'état du fœtus.

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

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

B. Les pathologies obstétricales :

I. Les dystocies :

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne
 - Un obstacle preavia ou anomalie des parties molles

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

1 Les dystocies d'origine fœtale :

a. La disproportion fœto-pelvienne :

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

Selon Delecour une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspondent dans 95 % des cas à des enfants de plus de 4.000 g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

b. Les présentations dystociques :

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles dystociques sont représentées par :

- **La présentation du siège** : la présentation du siège

représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus).

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour, 18% au centre Foch.

Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic fœtal est incertain.

- **La présentation de la face** : c'est la présentation de la face

défléchie. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engage en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- **La présentation du front** : C'est une présentation intermédiaire

du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

- **La présentation transversale ou présentation de l'épaule** :

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

2 La procidence du cordon :

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

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

3 La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, et aussi par la découverte d'un liquide amniotique méconial. La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide du fœtus soit par césarienne ou par extraction instrumentale.

4 Dystocies d'origine maternelle :

a) La dystocie dynamique :

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

- D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie.
- D'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie.
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être diagnostiquées par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

b) Dystocie Mécanique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse, on peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse

Pour un enfant de poids normal si :

- Le promonto -retro pubien a moins de 8 cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- Le promonto -retro pubien est entre 8-9 cm ; il s'agit d'un bassin

limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est meilleure sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail

- Le col dilaté (3 à 4 cm)
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col.

L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur d'une césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - Rupture utérine.
 - Hémorragie de la délivrance
 - Travail prolongé avec infection du liquide amniotique
- chez le fœtus :
 - Souffrance fœtale
 - Mort fœtale in utero
 - Mortalité néonatale précoce.

ii. **Les hémorragies** : [5 ; 8 ; 14 ; 17 ; 23 ; 27 ; 37 ; 39]

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels. Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiés.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'une des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le travail chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par celui du choc hypovolémique et par celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage ; rupture confuse, irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave.

Elle survient chez une multipare relativement âgée, c'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2. L'hématome rétro-placentaire : H.R.P :

Ce système réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision.

Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on

insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta previa.
- Les formes moyennes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.
- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.
- L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible par définition moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une défibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

En présence de l'H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.
- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.
- Effectuer une césarienne pour sauver la mère et le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

3. Placenta previa hémorragique :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Il s'attache tout en entier sur la muqueuse chorionale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta previa se manifeste au 3^e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour le pronostic fœtal et maternel. Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vive, abondante, indolore et inopinée.

En présence d'un PPH il faut :

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membres dans le but d'arrêt d'hémorragie lorsqu'elles sont accessibles
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général.

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico - chirurgical avec service de réanimation.

III. L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturé ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico – chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe

plus et que la cicatrice est solide, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta previa.

IV. L'hypertension artérielle et ses complications :

a. La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en **1986**, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évaluation peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques ; éclampsie, hématome rétro-placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et help syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie, la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

b. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

- Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le pentothal en cas d'échec de ces traitements.

- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilât) et les diurétiques si post-partum.

C. Thérapeutiques obstétricales :

1) La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont ;

1. Les présentations dystociques
2. le placenta praevia hémorragique
3. L'hématome rétro - placentaire
4. l'éclampsie et la toxémie gravidique
5. La procidence du cordon
6. Disproportion foeto - pelvienne
7. Utérus cicatriciel plus bassin limite
8. Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
9. La souffrance fœtale
10. Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
11. Le gros siège.
12. Primigeste plus siège.

2) Le forceps :

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

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

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

3) Quelques manœuvres obstétricales :

• La manœuvre de Mauriceau :

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

- o Fléchir la tête
- o Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- o Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire

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

- **La manœuvre de Bracht :**

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante : dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

- **La grande extraction du siège :**

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion.

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

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied : s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps : L'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs.

Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéro – postérieur du détroit inférieur.

C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

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

3^{ème} temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bis – acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéro – postérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal.

La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et 3^{ème} doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4^{ème} temps particulièrement indiquée.

I. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de **référence** de la **commune V** du **District de Bamako**. La commune V du District de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59 km², avec une population de 228.859 habitants soit une densité de 5.503 habitants/km².

Le **taux d'accroissement général** de la population est de **5,1%**. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger, limitée par le fleuve Niger au Nord-Ouest, à l'Est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-Koro (cercle de Kati). La commune V est constituée de 7 quartiers qui sont :

- 1 Badalabougou-SEMA N°1 ; 2. Quartier Mali SEMA GEXCO ;**
- 3. Torokorobougou ; 4. Sabalibougou ; 5. Baco-Djicoroni ;**
- 6. Kalaban-Coura ; 7. Daoudabougou.**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chacune des 6 communes du District de Bamako.

C'est ainsi qu'en **1982** fût créé le Centre de Santé de la Commune V. (Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau technique pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique **sectorielle de santé** et de **population** et conformément au plan de **développement** Socio-Sanitaire de la Commune (**P.D.S.C**), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé, dont 9 sont fonctionnelles et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement **plusieurs unités** qui sont :

- L'Administration
- L'Unité Chirurgicale
- Le service Gynécologie-Obstétrique
 - Planning
 - Grossesse à risque et Gynécologie
 - Accouchement
- Le service de Médecine
 - Pédiatrie
 - C.P.N
 - Néonatalogie
 - Médecine Générale
 - Dermatologie
- L'Unité Ophtalmologie
- L'Unité Odontologie
- L'unité Imagerie Médicale Radio, Echo)
- L'Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- La section de labo Pharmacie
 - Unité d'Analyse Médicale
- L'Unité consultations Externes et Soins
 - Unité Pharmacie
- L'Unité recherche et formation
 - Archives
 - Salle Informatique
 - Bureau Statistique
 - Salle de Staff
 - Bibliothèque
- Une Brigade d'Hygiène domiciliée à la Mairie
- La Morgue

Le centre de santé de référence compte plus de **165** travailleurs et est dirigé par un Médecin-chef. Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, ou des agents de la municipalité et des Agents de l'INPS. En **1997** le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix CIWARA d'Excellence décerné par l'**IMCM**. Ce prix a été décerné au centre pour ses bonnes performances en activités Gynéco-Obstétricales. En **1999** le Médecin-chef du centre de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la Promotion Féminine, de la Famille et de l'Enfant. Les organes de **gestion** du centre sont le comité de **gestion** et le **conseil** de gestion.

Une **permanence** est assurée par une équipe de garde comprenant :

- Un médecin à compétence chirurgicale
- Deux étudiants en médecine faisant fonction d'Internes

- Une Sage-Femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures et une Aide -Soignante.
- Un Infirmier anesthésiste
- Un Technicien de Laboratoire
- Un Instrumentiste (Aide de Bloc Opératoire)
- Un Chauffeur d'Ambulance
- Deux garçons de salles assurant la propriété permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments créé sur fonds propre du centre est remboursable par les patientes après l'intervention.

II. Type d'étude :

Notre travail est une étude rétrospective.

III. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 24 mois, allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003.

IV. Population d'étude :

Les patientes admises en urgence dans le service.

V. Echantillonnage :

1. Critères d'inclusions :

Patiente admise en urgences dans le service de gynéco-obstétrique pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et/ou fœtal.

2. Critères de non-inclusion :

Patiente admise dans le service ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale.

Au **total** nous avons retenu **1265** patientes.

VI. Collecte des données :

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuels (fiches d'enquête) portées en annexe, du registre des références, du registre des accouchements, du registre des comptes rendus opératoires, des partogrammes, des dossiers d'hospitalisation et des fiches de suivi post-opératoire.

Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info version 6

Fréquence :

Pendant la période d'étude nous avons noté 1265 urgences obstétricales sur un total de 12448 accouchements soit une fréquence de **10,16%**.

Profil socio-démographique des patientes :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 18 ans	307	24,2%
19-29 ans	594	47%
30-39 ans	314	24,8%
40 ans et plus	50	4,0%
TOTAL	1265	100%

- La plus jeune patiente avait 13 ans
- La plus âgée avait 48 ans

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	571	45,1%
Peulh	218	17,2%
Malinké	120	9,5%
Soninké	91	7,2%
Dogon	81	6,4%
Sonrhaï	44	3,5%
Ethnies d'autre pays	43	3,4%
Senoufo	35	2,8%
Bobo	26	2,1%
Bozo	20	1,5%
Minianka	16	1,3%
TOTAL	1265	100%

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la résidence

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Commune V	637	50,3%
Commune VI	388	30,7%
Hors de Bamako	121	9,6%
Commune IV	52	4,1%
Commune III	43	3,4%
Commune I	13	1%
Commune II	11	0,9%
TOTAL	1265	100%

- 121 patientes soit 9,6% résidaient hors de Bamako
- 628 patientes soit 49,7% résidaient hors de la commune V

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	1115	88,1%
Elève et Etudiante	53	4,2%
Aide Ménagère	53	4,2%
Fonctionnaire	44	3,5%
TOTAL	1265	100%

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	1168	92,3%
Célibataire	94	7,4%
Divorcée	2	0,2%
Veuve	1	0,1%
TOTAL	1265	100%

Clinique :

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Evacuée	797	63%
Venues d'elles même	457	36,1%
Référence interne	11	0,9%
TOTAL	1265	100%

Référence interne : référence faite par un autre service du centre

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des Antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Sans ATCD	972	76,84%
Césarienne	277	21,90%
Myomectomie	8	0,63%
Salpingectomie	6	0,47%
Plastie tubaire	2	0,16%
TOTAL	1265	100%

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	447	35,3%
Paucigeste	355	28,1%
Multigeste	230	18,2%
Grande multigeste	233	18,4%
TOTAL	1265	100%

- Primigeste = 1 grossesse
- Paucigeste = 2-3 grossesses
- Multigeste = 4-5 grossesses
- Grande multigeste = 6 grossesses et plus

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	467	36,9%
Primipare	214	16,9%
Paucipare	266	21,1%
Multipare	166	13,1%
Grande multipare	152	12,0%
TOTAL	1265	100%

- Nullipare = 0 accouchement antérieur
- Primipare = 1 accouchement antérieur
- Paucipare = 2-3 accouchements antérieurs
- Multipare = 4-5 accouchements antérieurs
- Grande multipare = 6 accouchements antérieurs et plus

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des pathologies associées

Pathologies associées	Effectif absolu	Pourcentage
HTA chronique	17	1,35%
Diabète	11	0,87%
Cardiopathie	6	0,47%
Drépanocytose	5	0,40%
Sans pathologie	1226	96,91%
TOTAL	1265	100%

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectué

Nombre de CPN effectué	Effectif absolu	Pourcentage
0	290	22,9%
1-4	630	49,8%
Plus de 4	345	27,3%
TOTAL	1265	100%

- 290 patientes soit 22,9% n'ont pas fait de CPN

Les tableaux XII, XIII, XIV, XV et XVI concernent les patientes référées

Tableau XII : Répartition des patientes référées en fonction du motif de référence

Motif	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie anté-partum	111	13,74%
Dilatation stationnaire	103	12,75%
Manque d'effort expulsif	89	11,01%
Hémorragie de la délivrance	79	9,78%
Souffrance fœtale aiguë	61	7,55%
Hypercinesie de fréquence	57	7,05%
Présentation transverse	51	6,31%
Disproportion foeto-pelvienne	44	5,45%
Procidence du cordon	38	4,70%
Présentation de siège	34	4,21%
Motif non notifié	31	3,84%
Eclampsie	29	3,59%
HTA	26	3,22%
Utérus Cicatriciel	23	2,85%
Taille inférieure à 150 cm	11	1,36%
Manque de champ et de blouse	9	1,11%
Rupture prématurée des membranes	6	0,74%
Etat de choc	6	0,74%
TOTAL	808	100%

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du moyen de référence

Moyen de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Véhicule collectif (taxi)	613	75,87%
Véhicule personnel	116	14,35%
Ambulance	79	9,78%
TOTAL	808	100%

- Seulement 9,78% des patientes ont été référées à bord d'ambulance

Tableau XIV : Répartition des patientes référées en fonction du type de document de référence

Type de document de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Partogramme	489	60,52%
Fiche d'évacuation	286	35,40%
Sans document	25	3,09%
Lettre	8	0,99%
TOTAL	808	100%

Tableau XV : Répartition des patientes référées en fonction de la structure qui réfère

Structure	Effectif absolu	Pourcentage
CSCOM	655	81,10%
Clinique ou cabinet	65	8,00%
CSA/Cercle	46	5,70%
CSREF	24	2,97%
Hôpital Gabriel TOURE	18	2,23%
TOTAL	808	100%

- 655 patientes référées soit 81,10% venaient des CSCOM.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'agent qui réfère

Qualité de l'agent	Effectif absolu	Pourcentage
Sage-femme	344	42,57%
Matrone	285	35,27%
Infirmier	89	11,02%
Médecin	70	8,66%
Faisant fonction interne	20	2,48%
TOTAL	808	100%

Tableau XVII : Répartition des patientes ayant consulté d'elles-mêmes en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Contractions utérines douloureuses	393	85,99%
Hémorragie anté-partum	37	8,10%
Crises Convulsives	16	3,50%
Autres	11	2,41%
TOTAL	457	100%

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	1174	92,8%
Passable	77	6,1%
Altéré	14	1,1%
TOTAL	1265	100%

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	1102	87,1%
Pâles	163	12,9%
TOTAL	1265	100%

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du niveau de la température

Niveau de la température	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 37°	842	66,6%
Entre 37,5° et 38,5°	389	30,8%
39° ou plus	34	2,6%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de l'état cardio-vasculaire

Etat cardio-vasculaire	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	546	43,16
Pouls entre 100 et 120	523	41,34%
TA ≤ 8/5	107	8,46%
Pouls filant	68	5,38%
Pouls imprenable	21	1,66%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de l'état de conscience

Etat de conscience	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	899	71,07%
Agitation	256	20,24%
Obnubilation	83	6,56%
Coma	27	2,13%
TOTAL	1265	100%

- 27 patientes soit 2,13% ont été admises dans le coma

Ce tableau concerne les patientes admises pendant le travail

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de la présence et de la régularité des BDCF

BDCF	Effectif absolu	Pourcentage
Présents (entre 120 et 160)	735	62,45%
Présents (inférieur à 120 et supérieur à 160)	304	25,83%
Absents	138	11,72%
TOTAL	1177	100%

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de l'état de la poche des eaux

Poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
Déjà rompue	691	54,63%
Rompue à l'admission	462	36,52%
Intacte	112	8,85%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	299	23,64%
Meconial	252	19,92%
Teinté à la rupture	202	15,97%
Aspect Non spécifié	200	15,81%
Devenu teinté	163	12,88%
Hématique	149	11,78%
TOTAL	1265	100%

Parmi les 200 inconnus, 112 patientes ont été prises en charge la poche des eaux intacte et 88 ont été admises dans le post-partum pour hémorragie.

Ce tableau concerne les patientes admises pendant le travail.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la nature de la présentation du fœtus

Nature de la présentation	Effectif absolu	Pourcentage
Sommet	1002	85,1%
Transverse ou épaule	109	9,3%
Siège	43	3,7%
Front	17	1,4%
Face (mento sacré)	6	0,5%
TOTAL	1177	100%

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la phase du travail

Phase du travail	Effectif absolu	Pourcentage
Phase active	540	42,69%
Phase expulsive	332	26,24%
Phase de latence	305	24,11%
Après expulsion	88	6,96%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de l'existence et l'importance de l'hémorragie

Hémorragie	Effectif absolu	Pourcentage
Minime	106	8,4%
Moyenne	135	10,7%
Abondante	65	5,1%
Pas d'hémorragie	959	75,8%
TOTAL	1265	100%

- Minime : moins de 500 ml
- Moyenne : entre 500 et 1000 ml
- Abondante 1000 ml ou plus

Ce tableau concerne les patientes admises pendant le travail.

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail (en heures) enregistrée sur le partogramme.

Durée en heures	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 12 heures	1071	91%
13h-18 heures	97	8,24%
19h-24 heures	7	0,59%
25h-48 heures	2	0,17%
TOTAL	1177	100%

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage
Souffrance fœtale aiguë	304	24,03%
Dystocies dynamiques	139	10,89%
Dystocies Mécaniques (BGR+BL+BA)	123	9,72%
Présentation transverse ou de l'épaule	109	8,62%
Pré rupture plus rupture utérine	101	7,98%
Placenta praevia hémorragique (PPH)	78	6,17%
Procidence du cordon	67	5,30%
Hématome retro placentaire (HRP)	57	4,51%
Eclampsie	55	4,35%
Hémorragie de la délivrance	53	4,19%
Hémorragie du post- partum	50	3,95%
Disproportion foeto- pelvienne	48	3,79%
Toxémie gravidique	31	2,45%
PPH + HRP	26	2,06%
Présentation du front	17	1,34%
Présentation de la face (mento-sacré)	6	0,47%
Oedeme aiguë du poumon (OAP)	1	0,08%
TOTAL	1265	100%

Modes de prise en charge :

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction de la période du groupage et rhésus

Période du groupage et rhésus	Effectif absolu	Pourcentage
En urgence	892	70,5%
Pendant les CPN	373	29,5%
TOTAL	1265	100%

- 892 patientes soit 70,5% ont subi un groupage rhésus en urgence

Tableau XXXII: Répartition des patientes en fonction du type de l'anesthésie effectuée.

Type de l'anesthésie effectuée	Effectif absolu	Pourcentage
Anesthésie générale (AG)	1186	93,76%
Rachi anesthésie	16	1,26%
Péri durale	10	0,79%
Sans anesthésie	53	4,19%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction de la nature de l'intervention

Nature de l'intervention	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	873	69,01%
Forceps	227	17,95%
Hysterorraphie	58	4,58%
Révision utérine	53	4,19%
Suture des parties molles	50	3,95%
Hystérectomie d'hémostase	4	0,32%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction de la pratique de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectif absolu	Fréquence
Non transfusées	1053	83,24%
Transfusées	212	16,76%
TOTAL	1265	100%

Tableau XXXV : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation en jour

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
1 jour	253	20%
2 à 7 jours	938	74,15%
8 à 14 jours	58	4,58%
15 jours et plus	16	1,27%
TOTAL	1265	100%

- La plus longue durée d'hospitalisation était de 46 jours.

Pronostic maternel :

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la nature des suites de couches

Nature des suites	Effectif absolu	Pourcentage
Vivante avec suites simples	1108	87,59%
Vivante avec suites compliquées	117	9,25%
Décédée	40	3,16%
TOTAL	1265	100%

La létalité maternelle est de 3,16% soit 40 décès maternels.

Ce tableau concerne la nature des complications des suites de couches.

Tableau XXXVII : Répartition des patientes en fonction de la nature de la complication des suites de couches

Nature de la complication	Effectif absolu	Pourcentage
Suppuration pariétale + lâchage	54	46,15%
Endométrite	33	28,21%
Anémie	24	20,51%
Septicémie	4	3,42%
Thrombo-phlébite	2	1,71%
TOTAL	117	100%

Les tableaux XXXVIII et XXXIX concernent les patientes décédées

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes décédées en fonction de la nature de la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Voie basse	29	72,5%
Césarienne ou laparotomie	8	20%
Avant accouchement	3	7,5%
TOTAL	40	100%

Tableau XXXIX : Répartition des patientes décédées en fonction de la cause du décès.

Causes	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie	20	50%
Anémie	7	17,5%
HTA et Eclampsie	5	12,5%
Arrêt cardio-vasculaire	4	10%
Infections	4	10%
TOTAL	40	100%

Pronostic foetal :

Tableau XXXX : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état.

Etat nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Vivant	1125	85,94%
Mort-né	112	8,56%
Décès intra-partum	42	3,21%
Décès néo-natal précoce	30	2,29%
TOTAL	1309	100%

- 184 décès fœtaux soit 14,06%

Tableau XXXXI : Répartition des nouveau-nés décédés en fonction du motif de décès.

Motif de décès	Effectif absolu	Fréquence
Pré rupture + rupture utérine	49	26,6%
Hématome retro placentaire	38	20,7%
Souffrance fœtale aiguë	33	17,9%
Placenta praevia	26	14,1%
Présentation dystocique	18	9,8%
Eclampsie	9	4,9%
Procidence du cordon	7	3,8%
Toxémie gravidique	4	2,2%
TOTAL	184	100%

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires :

2. Fréquence :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans notre service ; sur 12448 accouchements en 24 mois, nous avons enregistré 1265 urgences obstétricales soit une fréquence de 10,16%. Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que notre service était le seul qui prend en charge les urgences obstétricales sur la rive droite du fleuve Niger.

Confrontée aux données de la littérature, ce taux se rapproche à celui retrouvé par :

- THIERO M en 1995 à l'HGT (11,50%) soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [42].

Par contre notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de :

- DIARRA O en 2000 à l'Hôpital du Point G (25%) soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois [14].

Cette différence s'explique par le fait que l'hôpital étant la structure de 3^e référence effectue moins d'accouchement que la structure de 2^e référence. Autrement dit l'écart entre accouchement et urgence au niveau l'hôpital est inférieur à celui du centre de référence.

3. Caractéristiques socio-démographiques :

a) Age :

- La tranche d'âge de 19 à 29 ans est la plus élevée dans notre série avec 47%. Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.
- 24,2% de nos patientes avaient moins de 18 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles.

Dans l'étude effectuée par DIARRA O 34,4% des patientes avaient moins de 18 ans.

b) Niveau socio-professionnel :

- 7,4% de nos patientes étaient célibataires cela pourra traduire le manque d'éducation sexuelle dans notre société
- 4,2% des patientes étaient des élèves ou étudiantes.

Cela montre une évolution dans la lutte des femmes pour leur droit c'est à dire avoir une grossesse ou se marier étant à l'école sans être pénalisées.

4. Facteurs de risque :

a. Parité :

Les nullipares représentaient une tranche non négligeable de 36,9%. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puérpéralité de la femme n'ayant aucune expérience de la parturition.

Il en est de même dans l'étude de DIARRA O [14] où les nullipares représentaient 34,6%.

Les grandes multipares représentaient 12% dans notre série. Le risque chez ces patientes est dû à la fragilité de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées.

Notre taux est sensiblement égal à celui retrouvé par THIERO M 11,9% [42].

b. Caractéristiques obstétricales :

L'analyse de nos résultats a montré que 22,9% de nos patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales et cela pour des raisons économiques et socioculturelles (grossesses non désirées, faible niveau d'alphabétisation des patientes).

5. Caractéristiques de la référence :

Nous avons constaté que 63% de nos patientes ont été référées parmi lesquelles 81,10% nous ont été adressé par un CSCOM.

Cela explique le respect du système de référence recommandé.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DIARRA O 69% [14].

L'analyse de nos résultats a montré que 60,62% des références ont été faite avec un partogramme, cela facilitait la prise de décision car la lecture du partogramme permettait de situer l'anomalie.

Cette étude nous a permis également de déplorer certaines insuffisances dans les références tel que : les références verbales, la mauvaise tenue du partogramme.

6. Aspects cliniques :

A. Les principaux aspects cliniques enregistrés sont :

1. Dystocies : 34,93%

a) Dystocies mécaniques : 9,72%

Ce sont les bassins généralement rétrécis, les bassins limites et les bassins asymétriques.

Le bassin généralement rétréci a constitué une cause de césarienne dans 100% des cas.

Le taux de dystocie mécanique qui représentait 9,72% dans notre série est plus bas que ceux retrouvés dans les études de : DIARRA O 2000 (30%) [14] et THIERO M en 1995 (13,8%) [42]. Par contre notre taux est plus élevé que celui retrouvé par CAMARA S 9% [5].

Les pourcentages plus élevés à Bamako qu'Abidjan s'explique par la fréquence des rétrécissements pelviens dans notre pays dû à la malnutrition et à la poliomyélite.

b) Dystocie dynamique : 10,99%

Représentée par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires et les hypocinésies sur utérus cicatriciel.

La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif de l'ocytocine.

Ce taux (10,99%) est supérieur à ceux retrouvés dans les études de :

- THIERO M 6,9% [42]
- CAMARA S à Abidjan 7% [5]
- TRAORE H 7,6% [47]

Par contre notre taux est inférieur à celui retrouvé par DIARRA O en 2000 (28,6%) [14].

2. Souffrances fœtales aiguës (SFA) : 24,03% (304 cas)

La césarienne a été effectuée dans 247 cas soit 81,25% et le forceps a été appliqué dans 57 cas soit 18,75%. Ces indications de souffrance ont été posées en fonction de la couleur du liquide amniotique (meconial) et de la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie).

Notre taux est supérieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O en 2000 [14] soit 14,4%. Tous les nouveau-nés ont été réanimés. Le taux de mortalité fœtale (mortinatalité et mortalité néo-natale précoce) est de 17,9%

3. Procidence du cordon : 5,30%

La césarienne a été effectuée dans tous les cas de cordon battant sur présentation céphalique. Notre taux se rapproche à ceux retrouvés dans les études de DIARRA O en 2000 à l'HPG (5%) [14] et de THIERO M en 1995 à l'HGT (6,3%) [42].

4. Hémorragies : 28,86%

a) Ruptures utérines : ont représenté 4,90% du total des urgences et 0,50% du total des accouchements.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusif d'ocytocine.

Ce taux est comparable à ceux retrouvés par certains auteurs notamment :

- DIARRA O en 2000 à l'hôpital du point G soit 4,30% [14]
- DEMEBLE B T en 2001 au centre de santé de référence de la commune v soit 0,37% [11].

Par contre ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de Lankoandé à Ouagadougou 23% [27].

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème de santé publique exposant à une lourde morbidité et mortalité fœto-maternelle.

b) Placenta praevia hémorragiques : Ont représenté 6,17% du total des urgences et 0,63% du total des accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [14].

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O 8% [14] et à celui de MAMBOUGAN N de 1995 à 2000 au centre de santé de référence de la commune V 334/33395 accouchements soit 1% [32].

Par contre il est supérieur à celui de KONE F en 1989 2,16% [25].

Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres variant entre 0,28% et 0,5%. En Asie les taux varient entre 0,41 et 1%.

Sur le continent américain le PPH reste relativement rare, les chiffres variant entre 0,33% et 0,99% [14].

c) Hématome retro-placentaire (HRP) : Ont représenté 4,51% du total des urgences et 0,46% du total des accouchements.

La prévalence retrouvée se rapproche à celle retrouvée par DIARRA O en 2000 4,7% [14].

Par contre elle est inférieure à celle retrouvée par certains auteurs notamment OUATTARA M A en 2000 [35] au Centre de Santé de Référence de la Commune V 0,85% et TOURE au CHU de Treichville 0,93%, [44].

Nous avons déploré 5 cas de décès maternel soit 8,77% pour 57 cas HRP.

Cependant DIARRA O a eu un taux de mortalité maternelle de 7,14% (1 cas pour 14 HRP).

Colau JC et V Zan S [8] rapportent un taux de 4,28% (34 cas) pour une série de 810 HRP en France.

d) Hémorragies du post-partum immédiat : 8,14%.

Les principales causes à ces hémorragies ont été :

- les lésions des parties molles (col, vagin et périnée) ayant nécessité des sutures.

- Les rétentions placentaires ou de débris placentaires ayant nécessité une délivrance artificielle ou une révision utérine.

3 cas de ruptures utérines ont été diagnostiqués et traité par révision utérine.

Le taux de décès maternel retrouvé est de 10,38% soit 11 cas sur 106.

Dans notre série la mortalité maternelle par hémorragie est de 50%. Les hémorragies occupent la première place suivie de l'anémie 17,5%. Ce qui est conforme aux résultats de beaucoup d'auteurs notamment :

- DIARRA O en 2000 40% d'hémorragie et 26,66% d'infection [14].
- Pour CAMARA S à Abidjan [5] les hémorragies représentent une des premières causes de la mortalité maternelle.
- Dans une étude de 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans, DIALLO A et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la première place dans les causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%.

Nous constatons que la mortalité maternelle par hémorragies est un problème de santé publique dans le pays en voie de développement [5 et 14].

5. Hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie : a représenté 4,35% du total des urgences et 0,44% du total des accouchements.

Elle a été retrouvée chez les patientes jeunes qui n'ont pas suivi les CPN.

Toutes ces patientes admises dans le service ont été mises sous anti hypertenseur (Epilate) associé à un anticonvulsivant (Diazépan).

La prévalence retrouvée dans notre étude est supérieure à celle de nombreux auteurs notamment :

- DIARRA O [14] et DOUGNON F [16] qui ont retrouvé chacune 3,7%
- FAYE et collaborateurs (0,12%) à Libreville (Gabon) [17]
- Pambou O et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 (0,32%) [36].

B. Mode de prise en charge :

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité fœtale et/ou maternelle, un système de kit opératoire était mis en place pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait. Ainsi :

- 69,01% de nos patientes ont été césarisées, ce taux est supérieur à celui retrouvé par DIARRA O en 2000 à l'HPG 62% [14] et celui de THIERO M en 1995 à l'HGT 57,5% [42].

- Le forceps a été pratiqué dans 17,9% des cas contre 8% chez DIARRA O en 2000 à l'HPG [14].
- La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie et hystérectomie d'hémostase) est de 4,90%, ce taux est supérieur à celui retrouvé par DIARRA O 3,3% en 2000 à l'hôpital Point G [14].
- 3,95% de nos patientes ont subi une suture des parties molles
- La révision utérine et/ou la délivrance artificielle ont été effectuées dans 4,19% des cas. Ces patientes ont reçu de l'ocytocine dont la voie d'administration et la posologie étaient fonction de l'état de chaque patiente.

Au cours de cette étude 70,5% de nos patientes ont subi un groupage sanguin et rhésus en urgence et 16,76% ont bénéficié d'une transfusion.

C. Pronostic maternel

Morbidité :

5,80% de nos patientes ont développé des complications suites de couches. Elles sont dominées par :

- Les infections (endométrite 28,21%, suppuration pariétale 46,15%, septicémie 3,42%).
- L'anémie qui a nécessité la transfusion sanguine dans 16,76%.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O en 2000 18% [14]. Cela pourrait s'expliquer par une amélioration la qualité de l'asepsie.

Mortalité :

L'état général altéré aggravé des patientes par les conditions difficiles de la référence et souvent le manque de sang expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle à 3,16%.

Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans les études de DIARRA O en 2000 à l'HPG (5%) [14] et de THIERO M en 1995 à l'HGT (7,5%) [42].

Les principales causes de ces décès ont été : (Hémorragie 50%, Anémie 17,5%, Toxémie et Eclampsie 12,5%).

Nous avons noté trois cas de décès avant accouchement, parmi eux deux ont été admises déjà décédées et un décès constaté dans le service dans un tableau d'O.A.P.

D. Pronostic fœtal

Morbidité :

Elle est encore difficile à définir mais par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs.

Ces nouveau-nés ont été réanimés puis référés à la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Mortalité :

Nous avons recensé 184 cas de décès fœtal sur 1309 naissances soit une fréquence de 14,06%. Ces décès pourraient s'expliquer par :

- Le retard de la référence
- Certaines complications imprévisibles (HRP, PP, rupture utérine).

Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par DIARRA O 31,4% [14] et celle de DOUGNON F 35,34% [16].

Ce travail est le résultat d'une étude rétrospective qui a eu lieu au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003.

L'étude a porté sur 1265 urgences obstétricales sur un total de 12448 accouchements effectués soit une fréquence de 10,16%.

L'objectif général était d'étudier les aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales.

Les différents facteurs influant le pronostic de ces urgences sont constitués par : le jeune âge (13 à 29 ans) avec 71,2%, la parité (nullipares) avec 36,9%, les conditions socio-économiques défavorables et les conditions de référence (distance à parcourir, moyen de transport).

Les références externes ont présenté 63% de l'effectif absolu des urgences.

Les principales urgences obstétricales enregistrées sont représentées par les dystocies (34,93%), les hémorragies (28,86%) et les souffrances fœtales (24,03%).

Nous avons pratiqué une intervention chirurgicale chez 935 patientes dont 873 césariennes, 58 hystérorraphies et 4 hystérectomies d'hémostase.

Le taux de létalité maternelle de 3,16% et la mortalité fœtale de 14,06% sont l'issue dramatique des complications obstétricales.

L'importance et la gravité des complications obstétricales relèvent surtout des conséquences liées à l'analphabétisme des femmes, au manque d'éducation sanitaire, à l'insuffisance d'infrastructure médicale ainsi que le manque de personnel qualifié.

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :

Au Ministère de la Santé

- Doter les centres de santé communautaire de compétences obstétricales et du matériel approprié pour réduire le taux de mortalité fœto-maternel.
- Assurer la formation continue des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) pour améliorer la qualité de prise en charge des urgences.
- Organiser au niveau de chaque structure de référence un mini banque de sang.

A la municipalité

- Améliorer l'état des routes, les moyens de transports et les voies de communication pour faciliter l'évacuation des urgences.

Aux Sages Femmes

- Pratiquer les consultations prénatales correctement afin qu'elles puissent répondre à leur but de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies recherchées.
- Utiliser correctement le partogramme au cours de la surveillance du travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.
- Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales.
- Demander systématiquement le groupage et rhésus chez toutes les patientes dès la première CPN

Aux médecins et aux sages femmes

- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la méconnaissance des signes de complications de la grossesse.

Aux gestantes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse dans le but de prévenir les complications.
- Eviter le plus possible l'accouchement à domicile dans le but de réduire la survenue des complications surtout chez les multigestes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Berland M

Le choc en obstétrique

- ◆ Enc Med chir Paris obst 1980. 65082 A 10

2. BERTHE S

Condition à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako

- ◆ Thèse Med 1983. N°2 Bamako

3. Bertrand et collaborateurs

- ◆ Souffrance fœtale aiguë au cours du travail

Précis d'obstétrique, Médecine, Sciences Flammarion

Edition septembre 1995-1143-1144

4. Boutaleb Y et collaborateurs

- ◆ Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)

J Gynéco obst Biol Rep 1982 11 (1) 100-102

5. CAMARA S

- ◆ Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études.

Thèse Med Abidjan 1986 n°714.

6. Canable B.B

- ◆ La maternité sans risque.

- ◆ Forum Mondial de Santé OMS Genève 1978 volume 8 n°2164-170.

7. CISSE C.T et collaborateurs

- ◆ Eclampsie en milieu africain, épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar

8. COLAU JC et V Zan

- ◆ Hématome retro placentaire ou DPPNI

En Med Chir (Paris France) obstétrique 5071 A 106 1985.

9. CORREA P et collaborateurs

- ◆ Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique à Dakar.

Afrique Médicale 1981 20 (189) 215-221

10. Delecour M et collaborateurs

- ◆ Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27 congrès de gynécologie et obstétrique de la langue Française.
Rabat 21-24 mai 1978

11. DEMBELE B.T

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako a propos de 114 cas.

- ◆ Thèse de Med Bamako 2002 ; 87 P n°28.

12. DIAKITE M

- ◆ Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.

Thèse Med Bamako 47-1985 n°15.

13. DIALLO A.O

- ◆ Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel

TOURE

Thèse Med Bamako 1990 n°38.

14. DIARRA O :

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G

- ◆ Thèse Médecine 2000 N°117 Bamako

15. DIOUF A et collaborateurs :

- ◆ L'hystérectomie obstétricale d'urgence

Contraception fertilité sexualité 1998 26 (2) 167-172.

16. DOUGNON F

- ◆ Contribution à l'étude des urgences gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point G

Thèse Med Bamako n°64 1989

17. Fernandez H :

- ◆ Hémorragies graves en obstétrique : 35^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation.

Paris, Masson, 1993 : 511-529

18. Ferchiou M et collaborateurs :

- ◆ L'éclampsie ; une urgence obstétricale toujours d'actualité

Maghreb médical 1995.

19. Ghazli M et collaborateurs

- ◆ Placenta preavia et pronostic foetal à propos de 200 cas

Revue Française de gynécologie et d'obstétrique 1998-93 (6) 457-463

20. Iloki LH :

- ◆ Ruptures utérines en milieu africain : 59 cas colligés au CHU de Brazzaville

Journal de Gyn obstétrique et Biol de la reproduction ISSN 0368-2315.

21. KANE M :

- ◆ Ruptures utérines à propos de 61 cas observés à l'hôpital du Point G de Bamako (du 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979)

Thèse Médecine Bamako 1979 n°10.

22. KEITA N : et collaborateurs

- ◆ Rupture utérine à propos de 155 cas observés à Conakry J gynéco-obst Biol, Rep 1980 1041.

23. KEITA S

- ◆ Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco-obstétrique de l'HPG de 1991 à 2001

Thèse Médecine Bamako 2003-99 p 47.

24. KEITI NUM S et collaborateurs :

- ◆ Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère.
- ◆ Paris 25 mars 1994 colloque national.

25. KONE F :

Condition à l'étude du placenta preavia hémorragique à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 56 cas.

- ◆ Thèse Med Bamako 1990 n°48.

26. KOTIONGA A M et collaborateurs :

Ruptures utérines à la maternité du CHIN-YO :
Aspect épidémiologique et clinique.

- ◆ Médecin d'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508-510

27. LANKOANDE J et collaborateurs :

- ◆ Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995.

Médecine d'Afrique noire 1998 L5 (3) 187-190.

28. Magin G et collaborateurs :

- ◆ La dystocie dynamique

Enc Med Chir (Paris France) obstétrique 5064 n°51989-13P

29. Magin G et collaborateurs :

- ◆ La mortalité maternelle existe-t-elle encore ?

Revue de Med de tous 1982 16 (9-1) 1-331-333

30. Magin G

- ◆ Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation diagnostique hôpital Jean Bernard 86021 Poitiers.

Revue de praticien (Paris) ISSN 0035 2640. Vol 47.

31. Malinas Y :

- ◆ Pré éclampsie et éclampsie

Enc Med chir (Paris) urgences 24. 208 A102 2984.

32. MAMBOUGA N.R.A

- ◆ Placenta praevia Hémorragique : Aspects Epidémiologiques et Cliniques au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2003 69P n°42.

33. Merger R et collaborateurs :

- ◆ Précis d'obstétrique

6^e édition Masson Paris 1995

34. Moulit net M :

- ◆ Particularité de la grossesse et de l'accouchement en fonction de l'âge et les conditions socio économiques.

Enc Med chir Paris obstétrique 1977 12.5049 C 10.

35. OUATTARA M.A

- ◆ Hématome retro placentaire : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2000 59P n°126.

36. Pambou O et collaborateurs

- ◆ Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (a propos de 100 cas) de 1993 à 1996.
- ◆ Médecine d'Afrique noire 1999, 46

37. Pelage JP et collaborateurs :

- ◆ Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle
J Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999 ; 28 :55-61.

38. Picaud A et collaborateurs :

- ◆ la rupture utérine à propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville
Gabon.
- ◆ J Gyn Obst Biol Rep 1982 17 (1) 211-214

39. Suzanne Fy et collaborateurs

- ◆ Hémorragies obstétricales graves (du post-partum immédiat)
Encyclo Médecine chirurgicale.
Précis d'obstétrique S 103 A-10-12-1982.

40. SISSOKO M

- ◆ Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido puerperalité
Thèse Med Bamako 1980 n°190.

41. TALL F.S

- ◆ Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à
l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région.
Thèse Med 1980 Bamako n°154.

42. THIERO M

- ◆ Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel TOURE
Thèse Med 1995 n°17 Bamako.

43. TOURE M :

- ◆ Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines formation des matrones
rurales.
Afrique médicale 1975 14 (126) 35-38.

44. TOURE et collaborateurs :

- ◆ Le décollement prématuré du placenta normalement inséré : pronostic foeto-maternel à propos de 1062 cas colligés à la clinique du CHU de Treichville 1995
Médecine d'Afrique Noire ISSN 0465-4668 vol 42.

45. TRAORE A.F :

- ◆ Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Med Bamako 1989 n°46.

46. TRAORE B.M

- ◆ Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital du Point G de Mai 1984 en Avril 1986.

Thèse Med Bamako 1986 n°14.

47. TRAORE H

- ◆ Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse Med Bamako 1976 n°21.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure