
Université de Bamako

Faculté de Médecine de Pharmacie Et d'Odontostomatologie

Année : 2005-2006

N° :.....

Thèse

LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES A L'HOPITAL DE SIKASSO en 2004 à propos de 456 cas

Présentée et soutenue publiquement le /31 / / 05 / 2006 devant la
faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par Mr SIDIBE DRISSA

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président :	Professeur Amadou Ingré DOLO
Membre :	Docteur Youssouf TRAORE
Co -Directeur :	Docteur Mamadou DOLO
Directeur de thèse :	Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A ALLAH LE TOUT PUISSANT pour avoir maintenu ma santé et m'avoir donné la force de mener ce travail.

A Mon père : Feu **Mamourou SIDIBE**

Je vous dédie cette thèse et là où vous êtes, vous êtes avec nous. Vous étiez un père exemplaire qui protégeait toujours sa famille et malgré vos fonctions de chef du village. Votre absence a créé un vide dans nos cœurs. Que votre âme repose en paix. Amen.

A ma mère : **Setou SIDIBE** :

Vous avez toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez faits pour moi. Je prie le bon Dieu de vous donner encore longue vie et santé pour que vous puissiez continuer votre tâche.

A mes deux grands frères : **Toumani SIDIBE et Lassiné SIDIBE**

Je vous dédie cette thèse. Vous m'avez toujours aidé sur le plan moral, matériel et financier. Sans vous je ne pourrai pas arriver à ce niveau aujourd'hui. Je vous souhaite courage et abnégation ; que Dieu vous bénisse.

A mes deux grandes sœurs : **Fatoumata SIDIBE et Habi SIDIBE**

Vous avez toujours été à mes côtés pour surmonter les difficultés. Que Dieu vous paye pour tous ceux que vous avez faits pour moi.

A mes défunt(e)s sœurs : **Mariam SIDIBE, Awa SIDIBE et Bakinza SIDIBE**

Que vos âmes reposent en paix. Amen.

A mes deux tantes maternelles: **Alamako SIDIBE et Djeneba SIDIBE**

Ce travail est le vôtre. Vous avez toujours montré le bon exemple par rapport à l'importance de liens familiaux. Je vous souhaite longue vie et bonne santé.

A Mr **COULIBALY** et sa femme **Marietou DEMBELE**

Ce travail est vôtre. C'est le fruit de vos soutiens. Les mots me manquent pour dire toutes les bonnes choses que vous m'avez faites à Sikasso. Je ne pourrai jamais vous payer. C'est Dieu qui le fera.

A Mes Grands frères : feu **MAMADY KONATE** et feu DR **BREHIMA TRAORE** (Gynécologue) :

Qui m'ont soutenu moralement durant mes études. Que vos âmes reposent en paix. Amen

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères pour :

- Les Gynécologues chinoises : Dr **WHAN** et Dr **SHEN**

Qui malgré les difficultés de communication ont été disponibles chaque fois que j'ai eu besoin d'elles. Merci

- Au Dr **N'tian MAGASSA**

Vous avez permis une bonne amélioration des conditions de prise en charge des patientes ce qui nous a aidé à surmonter certaines difficultés. Merci.

- A toutes les sages femmes, infirmières obstétriciennes et matrones du service :

Vous m'avez aidé activement à la réalisation de cette enquête. Merci.

- Aux médecins du bloc des urgences et de la médecine principalement le Dr A **SANOGO**, Dr O. **TRAORE**, Dr H. **TRAORE**, Dr D. S. **BAZI**, Dr **FAINKE**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale.

Merci infiniment.

- Au DR **DEMBELE Eugène Moussa** : Pédiatre

Vous m'avez toujours donné des conseils de sage quant à la bonne conduite de la pratique médicale. Que dieu vous paye.

- Aux chirurgiens : Dr **CISSE**, Dr **DIALLO** et le Dr **ZAHO** (chirurgien chinois)

Votre apport dans ma formation a été considérable. Je resterai toujours fidèle à la conduite que vous m'avez tracée par rapport à l'exercice de la médecine. Merci.

- Aux infirmiers et infirmières du nouveau pavillon et du bloc opératoire plus particulièrement Mr **Seydou TRAORE** et Mme **SANGARE Tounko SISSOKO**

Vous avez toujours été là à mes cotés en apportant sans cesse votre soutien. Merci.

- A mes amis **Cheick TANDIA, Daouda DIALLO, Aboudou N'tji KONE**
Grâce à vos conseils, vos critiques je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui. Vous m'avez montré l'importance des relations amicales. Je ne pourrai jamais oublié ce que vous fait pour moi. Merci.

- A Mr **Baba COULIBALY**

Vous avez été toujours disponible à n'importe quel moment pour mes saisies et photocopies de mes fiches. Merci.

- Aux Dr **A Z SANOGO** et Dr **O TOURE**

Vous m'avez soutenu tout au long de ce travail. Je vous dis merci pour votre aide. Que Dieu vous paye.

- A Mme **Bintou DIARRA** Infirmière obstétricienne et Mr **Sidiki TEO** infirmier

Merci pour votre disponibilité, chaque fois que j'ai eu besoin de vous.

- A mes amis et collègues étudiants en thèse de médecine à l'hôpital
Vous m'avez donné un cadre de travail harmonieux dans le respect et la convivialité. Merci infiniment.

HOMMAGE PARTICULIER AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :
PROFESSEUR Amadou Ingré DOLO

Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Président de la société médicale du Mali

Président fondateur de la SOMAGO (société malienne de gynécologie obstétrique) Secrétaire général de la SAGO (société africaine de gynécologie obstétrique)

Président du réseau national de la lutte contre la mortalité maternelle.

Chef du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré.

Maître vous nous fait un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre sens élevé de la responsabilité, votre souci du travail bien fait sont des qualités qui ont forcé notre admiration.

Nous vous souhaitons longue vie et bonne santé.

A notre Maître et Juge : **DOCTEUR Youssouf TRAORE**

Spécialiste en gynécologie obstétrique

Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique de
l'hôpital Gabriel TOURE

Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique
(SOMAGO)

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous
faits en acceptant de siéger à ce jury. Votre simplicité, votre humanisme
et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours
en mémoire. Votre rigueur scientifique est un exemple pour la jeune
génération. Merci infiniment.

A Notre Maître et Co-directeur de thèse : **DOCTEUR Mamadou DOLO**
Directeur de l'hôpital de Sikasso

Chirurgien des hôpitaux

Praticien hospitalier à l'hôpital régional de Sikasso

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces années auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité.

Que Dieu puisse vous aider à poursuivre la voie que vous avez tracée.

Amen

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur agrégé Mamadou TRAORE

Maitre de conférence agrégé de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V

Membre du réseau malien de la lutte contre la mortalité maternelle

Secrétaire général adjoint de la SAGO

Cher maître nous sommes comblés par l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous avez toujours été un homme disponible et toujours là pour nous donner des conseils comme un père soucieux de l'avenir de ses enfants. Qu'il soit permis, honorable maître, de vous témoigner ici notre vif remerciement.

Abréviations

BDCF : Bruit du cœur foetal

BGR : Bassin généralement rétréci

BNDA : Banque national de développement de l'agriculture

CSCOM : Centre de santé communautaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPN : Consultation prénatale

CIVD : Coagulopathie intra vasculaire disséminée

DIU : Dispositif intra-utérine

DFP : Disproportion foetopelvienne

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

FVV : Fistule vésico-vaginale

GEU : Grossesse extra-utérine

HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique

HRP : Hématome rétroplacentaire

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

IST : Infection sexuellement transmissible

J : Jour

MIDP : Mento-iliaque droite postérieure

MIDA : Mento-iliaque droite antérieure

MIGP : Mento-iliaque gauche postérieure

MIGA : Mento-iliaque gauche antérieure

MIGT : Mento-iliaque gauche transverse

MIDT : Mento-iliaque droite transverse

OMS : Organisation mondiale de la santé

OMI : Œdème des membres inférieurs

PRB : Population référence bureau

PVD : Pays en voie de développement
RU : Rupture utérine
SIDA : Sacro-iliaque droite postérieure
SIDA : Sacro-iliaque droite antérieure
SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieure
SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieure
SAGO : Société africaine de gynéco-obstétrique
SOMAGO : Société malienne de gynéco-obstétrique
SIGO : Société ivoirienne de gynéco-obstétrique
SFA : Souffrance fœtal aiguë
TA : Tension artérielle
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION : ----- page 1-2

II- OBJECTIFS : -----	page 3
III- GENERALITES : -----	page 4-24
IV- METHODOLOGIE : -----	page 25-27
V- RESUTATS : -----	page 28-39
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS : -----	page 40-44
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : -----	page 45-46
VIII- REFERENCES : -----	page 47-52
IX- ANNEXES : -----	page53-59

I- INTRODUCTION

Les urgences gynécologiques et obstétricales ont toujours posé des problèmes de santé dans le monde tant par leur prévention que par leur

prise en charge. Elles constituent un véritable problème de santé publique par leur fréquence importante : DICKO S [18] : 7,01% ; SAMAKE Y [35] : 8,21% ; DOUGNON F [19] : 28,21% et les complications qu'elles entraînent.

Ces urgences sont constituées principalement par les références et les évacuations. La référence concerne une gestante admise pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse.

L'évacuation sanitaire en gynéco-obstétrique se définit comme le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre plus compétente ou supposée telle pour une prise charge efficace et rapide d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravidité-puerpéralité.

Les évacuations en obstétrique sont fréquentes. Leur pronostic tant maternel que fœtal est réservé.

Ce pronostic est aggravé par :

- le mauvais suivi prénatal,
- les insuffisances dans la prise en charge des parturientes dans les centres de santé,
- le problème de l'accessibilité géographique des centres de référence,
- le manque de moyens logistiques, matériels et financiers.

Ces différentes causes sont généralement responsables du retard pris dans l'évacuation des patientes et les difficultés liées à la prise en charge des urgences. Comparativement aux pays développés, les pays

en voie de développement (PVD) et surtout en Afrique, en raison de l'insuffisance d'infrastructures sanitaires, de moyens économiques faibles, de la mauvaise qualité de la prise en charge, du niveau bas

d'alphabétisation de la population etc. nous observons une augmentation de la fréquence des urgences gynéco-obstétricales ainsi que les complications mortelles et morbides qui en découlent comme le montrent de nombreuses études [26; 28 ; 32 ;33 ; 34]. Dans certains cas même si la femme ne meurt pas, subsisteront les séquelles majeures que constituent la stérilité définitive et plus grave encore les fistules vesico et / ou recto- vaginales.

La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux :

En effet en République Centrafricaine les évacuées représentaient 27,27% des entrantes entre juillet 1993 et juin 1994 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui et 94,84% des décès ont été observés parmi les évacuées [38].

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2001 les femmes évacuées représentaient 26,4% au CHU de DANTEC de Dakar [32].

Du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 1999 : 69,1% des urgences obstétricales de l'Hôpital National du point G. étaient des évacuées [26].

De nombreuses études réalisées au Mali ont montré une fréquence élevée des urgences gynéco-obstétricales avec en tête les hémorragies, les infections, les dystocies, l'éclampsie et les complications d'avortements clandestins : [12 ; 18 ;19 ; 27; 35].

A Sikasso aucune étude n'a été menée sur les urgences gynécologiques et obstétricales. Pour pallier à cette insuffisance le présent travail est entrepris et vise les objectifs suivants :

II - OBJECTIFS :

1- OBJECTIF GENERAL

Etudier les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service de gynéco- obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso en 2004

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des urgences gynécologiques et obstétricales par rapport à l'ensemble des pathologies chirurgicales
- Décrire les caractéristiques socio- démographiques des patientes
- Décrire les pathologies retrouvées
- Décrire les traitements institués
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal
- Faire des recommandations

III-GENERALITES

RAPPEL SUR LES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES :

Les urgences gynéco obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en voie de développement. Elles sont constituées essentiellement par : les infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

I- LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

1-Les Avortements Spontanés :

L'avortement spontané est l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité foetale soit 28 semaines d'aménorrhée ou tout foetus de poids inférieur à 1000 grammes. Il est en général un avortement « facile » peu douloureux, peu hémorragique, donne rarement lieu à des complications infectieuses.

L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à 10 semaines.

Etude clinique :

L'avortement spontané présente deux phases : La menace d'avortement et l'avortement proprement dit.

- **La menace d'avortement :** Il s'agit des petites métrorragies parfois abondantes, parfois minimes constituées de sang rouge tantôt noirâtre ou rosé survenant sur une aménorrhée inférieure ou égale à 14 semaines. Le saignement peut être accompagné de douleur pelvienne ou lombaire à type de colique ou de contractions utérines douloureuses.

L'examen physique apprécie l'état de l'abdomen qui peut être souple, ballonné, contracturé ou non douloureux ou non. L'inspection de la vulve

permet de retrouver les traces de sang ou des leucorrhées. Le spéculum précise l'origine des saignements, son abondance, sa couleur et l'état du col qui doit être long postérieur et fermé. Le toucher vaginal apprécie le col qui doit être ramolli postérieur et fermé, le corps utérin augmenté de volume correspondant ou non à l'âge gestationnaire, ramolli, globuleux et comblant les culs-de-sac latéraux (signe de NOBLE). L'examen des seins montre une tension mammaire dont la disparition est en faveur d'un arrêt de la grossesse.

- L'avortement proprement dit ou irréversible : Il se caractérise par :

Une hémorragie importante qui est fait de sang rouge avec des caillots, une augmentation des douleurs à type de contraction ou de coliques expulsives. L'examen au spéculum met en évidence les débris ovulaires ou les produits de conception dans le vagin. Au toucher vaginal le col est court et ouvert aux deux orifices. Le corps utérin est rétracté volume inférieur à l'âge gestationnaire.

Dans les menaces d'avortements, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale.

Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les antispasmodiques et/ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intramusculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit, elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine au doigt ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle.

Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype

2- La Môle :

La môle (autrefois appelé hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique caractérisé outre son aspect macroscopique des villosités kystiques par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorales.

C'est aussi une dégénérescence Kystique des villosités chorales. La môle hydatiforme associe les signes cliniques suivants : métrorragies spontanées, capricieuses fait de sang rouge ou noirâtre, signes sympathiques de grossesse plus marqués (vomissements importants, vertiges, insomnie) des signes rénaux (oedème, protéinurie). L'utérus est trop gros pour l'âge de la grossesse, trop mou, de volume variable d'un examen à l'autre (« utérus accordéon ») ; kystes ovariens bilatéraux parfois, absence de signes fœtaux.

Le traitement consiste en une évacuation utérine en milieu hospitalier avec un bilan clinique, biologique, radiologique. Mesure prise pour compenser toute hémorragie importante.

Quant à la conduite ultérieure elle est conditionnée par le dépistage d'une transformation chorio-épithéliomateuse. Cela impose donc une contraception absolue pendant 12 à 18 mois. Car la survenue d'une grossesse fait remonter le taux de gonadotrophine. Une surveillance clinique, échographique et une surveillance pulmonaire par des clichés radiologiques comparatifs et surtout des dosages de prolans urinaires au moins mensuel de préférence dosage de β – hCG plasmatique.

3-La grossesse extra – utérine : G E U

Caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, la grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui aboutissent d'une part à l'interruption de la grossesse, d'autre part à des risques parfois vitaux pour la femme. Aussi, elle doit être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi. C'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse.

Son diagnostic clinique est quelques fois très difficile.

Le tableau clinique associe les signes suivants : douleur pelvienne initiale, spontanée, syncopale ; douleur provoquée au toucher vaginal, très vive au niveau du cul-de-sac de Douglas ; le doigtier revient souillé de sang noir ; signe de choc hémorragique avec une pâleur intense, un pouls filant, une pression artérielle qui peut être normale au début mais qui va très vite s'effondrer.

Dans les formes aiguës l'échographie peut être faite en urgence et constitue à ces jours l'un des meilleurs examens complémentaires.

La coelioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hémato-salpinx ou de l'hémopéritoine.

Toute GEU diagnostiquée doit être traitée chirurgicalement.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée ces dernières années.

Le traitement par coelioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même éviter les risques d'infection des suites opératoires.

4-Les avortements Provoqués et ses complications :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres quelconques ou entreprises destinées à interrompre une grossesse.

Les liaisons utero-placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire, source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directes peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère.

Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables.

Certaines complications sont encore mortelles : septicémies à *perfringens*, à Gram négatif, infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos : les séquelles sont toujours fréquentes : douleurs, troubles des règles, stérilité, troubles psychiques.

Clinique : La septicémie à *perfringens* est caractérisée sur le plan clinique par : un syndrome infectieux majeur ; un état de choc prononcé ; un ictère cuivré ; une oligo-anurie avec hémoglobinurie (urine porto) ; il existe une anémie hémolytique sévère. La septicémie à bacille gram négatif peut se compliquer d'un état de choc toxi-infectieux sévère. Des hémocultures peuvent identifier le germe, et on demandera toujours un pouvoir bactéricide.

Le tableau clinique peut être plus bâtarde, et il est difficile de distinguer les éléments en faveur d'une réaction péritonéale infectieuse, d'une véritable péritonite généralisée par diffusion, ou en rapport avec une perforation utérine.

Tout à fait à part est le tétanos qu'il faut savoir reconnaître. Ce risque justifie la séro-anatoxinothérapie dès qu'il y a une suspicion de manœuvre abortive.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire. L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication : hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances : lorsqu'il s'agit d'une infection avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et les plus graves (toxi-infections à perfringens à germes à Gram négatif, tétanos) sont la conséquence d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti-infectieux, après l'apyrexie.

Le traitement de choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique préventive et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gamma – globulines anti D chez la femme de groupe sanguin négatif.

5. La pré-rupture et La rupture utérine (R.U.):

La pré-rupture :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail accouchement. La pré-rupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- Une douleur abdominale progressivement croissante
- Une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier)
- Un utérus mal relâché
- Une anomalie de bruits du cœur foetal
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine.

La rupture utérine (RU) :

La R.U 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.

Elle est caractérisée cliniquement par :

-Une douleur intense, syncopale, suivie d'une sensation de bien être apparent : les contractions ont disparu. A la palpation, le foetus est perçu immédiatement sous la paroi abdominale.

Actuellement, ce sont les formes insidieuses que l'on peut être amené à voir. Une douleur élective au niveau de la cicatrice durant le travail doit attirer l'attention. Ces ruptures se manifestent par un état de choc progressif contrastant avec une hémorragie vaginale souvent minime, une disparition brutale des bruits du cœur fœtal. Ce tableau se voit en particulier en cas de rupture après césarienne corporéale. Parfois le diagnostic de rupture utérine n'est fait qu'après l'accouchement d'un enfant vivant, lors de la révision utérine.

Urgence obstétricale la plus grave, la R.U est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimations bien codifiées.

La R.U peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées (emploi des ocytociques et manœuvres obstétricales), les ruptures spontanées survenant sur utérus malformé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

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

Les R.U. sont opérées par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir les modalités de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture continue, irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité. L'hystérectomie doit être autant que possible inter-annexielle (ovaires et trompes laissés en place).

L'Hystérorraphie : dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable section utérine pas trop étendue non compliquée de lésions de voisinage. Interviennent dans les décisions : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

6. L'hématome retro-placentaire : (H.R.P.)

Il s'agit d'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 anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Cliniquement il se manifeste par :

- Une contracture utérine (utérus en bois)
- Une métrorragie minime faite de sang noir

- Un abdomen douloureux
- Un état de choc
- Les BDCF absents le plus souvent.

La cause de l'HRP n'est pas connue. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, la diminution de la fréquence de la toxémie ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

les formes avec hémorragie externe abondante prêtant confusion avec le placenta praevia ; les formes débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse, les signes de la maladie utero placentaire n'apparaissent que secondairement ; les formes moyennes : fréquentes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc moins marqué ; les formes latentes : peuvent passer inaperçues les signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou les accidents le plus souvent de la voie publique.

Les complications: Deux complications redoutables sont à craindre :

L'hémorragie par troubles de la coagulation : elle est due à une éruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrination. L'hémorragie utérine, jusque-là relativement modérée, devient continue et incoercible, cependant que les caillots, qui était une des marques de la symptomatologie, disparaissent pour laisser place à du sang liquide,

incoagulable. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

Nécrose corticale du rein : Elle survient dans les suites de couches et entraîne la mort par anurie, les lésions de nécrose qui frappent les glomérules sont définitives.

Conduite à tenir devant un HRP :

Il faut : rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ; lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.

Faire une césarienne pour sauver 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.

7. Le Placenta praevia :

C'est une hémorragie externe causée par l'insertion vicieuse du placenta (l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus). Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporéale devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, indolores (sauf au cours du travail). L'utérus est souple, les BDCF sont généralement absents. Anatomiquement nous avons trois variétés de placenta praevia :

la variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.

la variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical.

la variété centrale : il recouvre l'orifice cervical

Pendant le travail nous en distinguons deux types :

la variété non recouvrant dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical ; la variété recouvrant dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire.

Dans la variété non recouvrant, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète.

Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni d'envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert quelque fois de transfusion massive.

II. LES INFECTIONS URO-GENITALES :

1- Les infections génitales hautes : salpingite, endométrite, annexite

C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection. Ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité. 20% des femmes resteront stériles après la salpingite aiguë [25]. Les salpingites peuvent être provoquées par les endo-cervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par continuité rarement une métastase septique atteint la trompe par voie hématogène. La porte d'entrée est en général cervico-vaginale ou anale.

Dans certaines conditions (toilettes vaginales trop fréquentes, les antibiothérapies, le diabète, le stérilet etc.) les saprophytes de la flore

vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels (*coli-bacilles, entérocoques*) peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes en cause sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques les entérobactéries (*klebsiella, colibacilles, proteus*), les entérocoques, les mycoplasmes et les chlamydiæ.

Les causes iatrogènes sont : l'hystérosalpingographie, l'insufflation tubaire, l'hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, la sonde endocavitaire (la curiethérapie), les stérilets (DIU), les IVG, la révision utérine.

Bien traitée, la salpingite aiguë évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou même parfois malgré un traitement correct, la salpingite peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire.

Les séquelles fonctionnelles (algies pelviennes et stérilité) s'expliquent bien par les séquelles anatomiques : hydrosalpinx avec oblitération tubaire. Agglutination des franges voiles adhérenciels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La coelioscopie en absence de contre-indications (péritonite, occlusion, femme multiopérée) est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permet d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan des lésions, d'éliminer une G.E.U, prélever le liquide péritonéal, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement de ces infections hautes est curatif et préventif.

Le traitement médical : prévention antitétanique si nécessaire glace sur le ventre administration d'antalgiques antibiothérapie adaptée ablation du stérilet s'il est en place le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.

Le traitement chirurgical : concerne les complications : abcès du douglas, le pyosalpinx, pyoovarite.

Le traitement préventif est essentiel et consiste à : rechercher et traiter les germes en cause chez le ou les partenaire (s) respecter les contre-indications des investigations endo-utérines (hystérosalpingographie par exemple), réaliser toutes les investigations avec une asepsie parfaite.

2- Les infections au cours de la grossesse :

L'infection urinaire : c'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyelo-uretero-cystite), tantôt intéressant aussi le parenchyme rénal (pyélonéphrite).

L'infection urinaire peut survenir à toute période de la grossesse et des suites de couches mais s'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont : la cystite, la pyélonéphrite et la bactériurie asymptomatique mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines (E.C.B.U.) systématique.

L'infection urinaire alourdit la morbidité foeto-maternelle. On peut assister :

- Chez le fœtus :
 - à un accouchement prématuré (plus fréquent),
 - une hypotrophie
 - une mort in utero.
- Chez la mère : il peut entraîner :
 - le choc septique ;
 - un ictère du dernier trimestre de la grossesse (discutée)

- une néphrite interstitielle possible en absence de contrôle urinaire des formes symptomatiques après l'accouchement, néphrite touchant principalement le pôle supérieur du rein droit.
- L'anémie gravidique pourrait être dans certains cas liée à l'infection urinaire.
- Le rôle de l'infection urinaire dans l'apparition de la toxémie gravidique a aussi été discuté ;
- Le traitement de l'infection urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme.

La pyélonéphrite aiguë fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte le plus grand risque d'accouchement prématuré. Son traitement doit être le plus rapide possible après le recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aiguë est de deux semaines avec un E.C.B.U à la 48^{ème} heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

III. LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE-ECLAMPSIE

C'est une triade qui associe : Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostic est la plus importante.

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 égale ou supérieure à 90 mm de mercure et une pression systolique supérieure ou égale à 14 mmHg.

En 1988 D.A. DAYEY et U. Mc GULLIVRAY [35] proposent les définitions suivantes :

L'hypertension se définit comme une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm de Hg.

La protéinurie : Elle se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300mg par 24 heures ou un taux d'albumine supérieur ou égal à 1g/litre ou à plusieurs tests à la bandelette sur deux échantillons d'urines testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R. MERGER et Coll. [28] décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quelle que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolores. Les oedèmes sont apparents, peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires lors des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500 g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale de poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être greffée chez la mère de redoutables complications paroxystiques tel que l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, l'hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

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

Le traitement curatif consiste à mettre la patiente au repos, en décubitus latéral gauche de préférence, est la base du traitement.

Donner du sulfate de magnésie, donner des antihypertenseurs (la Clonidine ou de la Dihydralazine) pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance, hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'évacuation utérine : soit par accouchement provoqué, soit par la césarienne, est parfois nécessaire.

Le traitement obstétrical : L'indication d'évacuer l'utérus est rare dans la toxémie non compliquée, mais peut être légitime dans l'intérêt de l'enfant.

L'évacuation utérine ne saurait être acceptée qu'à un terme qui ne fait pas courir l'enfant de trop grands risques de prématurité. Elle se fait, suivant le nombre de l'accouchement antérieur, l'état du col et des parties molles, suivent l'urgence aussi et l'état du fœtus, par les voies naturelles ou par la voie abdominale. La prématurité lui est moins néfaste que son maintien *in utero* dans de mauvaises conditions.

Le «HELLP syndrome» constitue une urgence obstétricale et nécessite le plus souvent une césarienne après correction de la thrombopénie par transfusion plaquettaire; il est nécessaire de prendre toutes les précautions qu'implique une telle intervention chez une femme ayant des troubles de la coagulation et des fonctions hépatiques.

La guérison est en général rapide en 2 à 3 jours. Le pronostic des grossesses ultérieures est favorable.

L'éclampsie :

Complications de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition.

On distingue l'éclampsie pendant la grossesse, le travail et le post-partum.

Sur le plan physiopathologique les études les plus récentes notamment celle de MILLIER J. [29] a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive, elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral.

Signes cliniques : la convulsion, le coma, l'HTA (TA \geq 140 / 90 mm Hg)

la protéinurie et l'œdème.

Les études autopsiques conduites par SHEEMAN n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste à démontrer, peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulations intra-vasculaires disséminées. A L'heure actuelle, la cause réelle de la crise éclamptique est inconnue. 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'accidents iatrogènes liés 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 ou le clonazépam et le sulfate de magnésie (association diazépam et sulfate de magnésie ou clonazépam et sulfate de magnésie). On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements ; la réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral par le sulfate de magnésie et la clonidine ou la dihydralazine.

Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction d'un fœtus et du placenta [29].

IV LES DYSTOCIES

La dystocie, du grec "dystakos", désigne un accouchement difficile.

Les dystocies sont divisées en

- dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- dystocie que soit l'obstacle.mécanique en relation avec
 - un rétrécissement de la filière pelvienne
 - une anomalie du fœtus
 - un obstacle praevia ou une anomalie des parties molles.

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

A) DYSTOCIES D'ORIGINE FŒTALE

1) La disproportion foeto - 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.

2-Les présentations anormales :

2.1. Présentation céphalique défléchie :

- La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

Les Variétés de position : Le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique gauche. Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond la déflexion de la tête en variété postérieure. La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite

postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA).

Les mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles.

La présentation de la face va de pair avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

L'accouchement de la face a 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. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic foetal est réservé.

- La présentation du front :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation 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.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique. Le seul traitement convenable est la césarienne.

2.3 La présentation du siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du foetus.

On distingue, par ordre de fréquence, les :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- les variété de position : Le sacrum étant pris comme repère, on a le sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)

- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

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.

2.3 La présentation traverse et oblique :

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.

B) DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE :

1-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 :

a) Les hypocinésies : sont de plusieurs sortes :

- les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25 mmhg ;
- les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions, dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail ;
- l'hypocinésie totale associe les précédents et caractérise l'inertie utérine.

b) Les hypercinésies : peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70,80 mmhg au cours de la période de dilatation et bien plus ou moins de l'expulsion ;

- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la téτανisation ;
- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « téτανisation » de l'utérus.

c) Les hypertonies : correspondent à un défaut de relâchement utérin entre les contractions. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.

- L'hypertonie par contracture est la plus caractéristique, telle qu'on observe dans l'hématome rétro-placentaire.
- L'hypertonie par distension est celle de l'hydramnios
- L'hypertonie par hypercinésie (ou tachysystolie) est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine ; les injections
- intramusculaires d'ocytocine sont aujourd'hui proscrites pour cette raison.

A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base, traduite par un mauvais relâchement utérin entre les contractions, qui risque d'aboutir à la contracture utérine.

d) Anomalies avec activité utérine apparemment normale : La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa présentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévenues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

2-Bassin pathologique :

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.

L'examen clinique :

L'interrogatoire retrouve un antécédent de boiterie de l'enfance ou de fracture du bassin, la notion d'accouchement antérieur long, difficile avec extraction instrumentale d'un enfant de poids normal, voire petit. L'examen physique permet d'observer une taille petite (inférieure à 1,5 m) ; au toucher vaginal, un promontoire atteint, une ligne innommée suivie trop loin. La radiopelvimétrie doit alors être pratiquée même en début du travail. Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,
- Les bassins généralement rétrécis

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

- celle dont l'état nécessite une césarienne
- celle chez qui l'épreuve du travail est indiquée
- celle pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal : on parle de BGR si : le promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le promonto-retropubien est entre 8 - 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté 4 à 5 cm ;
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve de 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 de travail.

Les dystocies mécaniques peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - rupture utérine,
 - hémorragie de la délivrance,
 - travail prolongé avec infection amniotique.
- Chez le fœtus de :
 - souffrance fœtale aiguë,
 - mort fœtale in utero,
 - mortalité néonatale précoce,
 - une détresse néonatale.

V 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 les membranes rompues. 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.

VI La souffrance fœtale aiguë:

Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse. Elle peut apparaître à n'importe quelle stade de la dilatation, mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf, et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion.

Clinique : La souffrance fœtale peut être suspectée sur deux signes :

- le liquide amniotique teinté de méconium ;
- les modifications des bruits du cœur fœtal.

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

VII Le Paludisme

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en périodes gravidopueroérales et des nouveau-nés [35].

La grossesse aggrave le paludisme : les femmes enceintes ont une légère diminution de leur défense immunitaire, d'autant que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares.

La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès perniciose mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue des complications graves du paludisme : accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique, accès palustre avec psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de la rate.

La grossesse est souvent à l'origine de la réviviscence schizogonique et entraîne le paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

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

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistence) et les suites de couches.

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

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez les femmes enceintes doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

*** Le traitement curatif :**

- Le traitement médical : consiste à l'administration d'antipalustre : de sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate basique de quinine (arsiquinoforme), les dérivés phénoliques.

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

Au cours du dernier trimestre : la femme non en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.

Eviter toute extirpation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.

Eviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

***Le traitement préventif repose sur :**

Protection contre les piqûres de moustiques ; Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravique aux amino-4 quinoléines:la Chloroquine, Sulfadoxine / pyrimetamineL'Amodiaquine.

La dose efficace pour adulte est de 600 mg hebdomadaire [11].

La vaccino-prévention : pose de problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus.

IX- Torsion de l'annexe :

La torsion d'annexe est une des rares urgences gynécologiques. Son diagnostic difficile est trop souvent tardif, entraînant un acte chirurgical irréversible : l'annexectomie. La torsion peut intéresser une annexe saine ou pathologique 15% des torsions d'annexe surviennent dans l'enfance selon ADELMAN S. et Coll. [1].

1. Pathogénie :

Différents facteurs favorisant la survenue possible d'une torsion d'annexe peuvent être évoqués :

En ce qui concerne les annexes saines, des prédispositions anatomiques et hémodynamiques semblent favoriser l'accident : longueur excessive du mesosalpinx, absence congénitale de

mesosalpinx, présence de reliquats embryonnaires, longueur et flexibilité plus grandes des veines du mesosalpinx par rapport aux artères favorisant la torsion en situation de congestion veineuse (existant lors de la stimulation hormonale prépubertaire).

Lorsqu'il s'agit d'une annexe pathologique, l'épisode de torsion est révélateur de la pathologie annexielle. Ainsi, l'existence d'un kyste de l'ovaire peut prédisposer à la torsion. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur bénigne. Les adhérences aux tissus voisins, voire l'envahissement, évitent en général la torsion des tumeurs malignes.

L'augmentation du poids de la trompe en présence d'un hematosalpinx, conséquence d'une malformation congénitale utero-vaginale peut également favoriser une torsion d'annexe.

2.Clinique :

L'intensité de la douleur et son caractère inopiné et brutal amènent la patiente à consulter rapidement. La douleur évolue par crise de durée variable. Son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements, sont contemporaines de la douleur.

Il est essentiel, car très évocateur du diagnostic, de rechercher dans les semaines, voire les mois précédents l'existence de crises similaires correspondant à des épisodes de subtorsion.

Pendant la crise, la palpation abdominale est douloureuse avec une défense pariétale. Au toucher pelvien on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression.

3.Examen complémentaire :

L'échographie pelvienne doit être demandée en urgence devant cette patiente qui souffre. Cet examen met en évidence, en lieu et place de l'ovaire, une masse d'échogénicité homogène au début ou plus

tardivement hétérogène avec les zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique.

L'existence d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas est habituelle. Son abondance doit laisser craindre la non-viabilité de l'annexe.

4. Diagnostic différentiel :

Lorsque les symptômes sont plus localisés à droite, le diagnostic retenu est celui d'une appendicite aiguë. La découverte d'un appendice sain à l'intervention impose de vérifier l'intégrité des annexes et permet de redresser le diagnostic.

Quelques nuances en préopératoire peuvent évoquer l'appendicite aiguë. Les vomissements suivent de quelques heures le début de la douleur. Il existe souvent une petite fébricule associée.

5. Diagnostic étiologique et traitement :

Le diagnostic de torsion d'annexe est souvent porté au cours de l'intervention.

L'annexe tordue peut être indemne de toute pathologie. Ceci concerne plus souvent les filles en prépuberté avec un maximum entre 8 et 11 ans. La torsion peut avoir lieu sur une annexe pathologique : il s'agit le plus souvent d'un kyste dermoïde dont l'existence a pu être suspectée en préopératoire par l'existence de calcifications intra-ovariennes visibles sur l'échographie ou sur l'abdomen sans préparation.

D'autres pathologies annexielles peuvent être en cause, soit kyste séreux ou mucineux de l'ovaire, soit kyste du para-ovaire.

De la rapidité avec laquelle est décidée la coelioscopie dépend l'avenir de l'annexe. Si la torsion est vue précocement, le chirurgien peut réaliser une détorsion, s'assurer de la recoloration des tissus et fixer cette annexe.

La découverte d'un kyste ovarien à la surface de l'ovaire ou après ouverture de la capsule impose sa résection.

Si l'annexe est nécrosée et si la détorsion qui doit toujours être tentée (bien que certaines craignent la migration d'embolies à partir d'une veine thrombosée) n'aboutit pas à la recoloration des tissus, une annexectomie est à réaliser. Celle-ci est possible par coelioscopie.

IV CADRE D'ETUDE

L'étude a été réalisée dans le service de gynéco- obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso. C'est un centre de référence de second niveau. Cet hôpital est situé au centre ville. Il est limité au nord par le service socio-sanitaire du cercle de Sikasso et le commissariat de police du 1^{er} arrondissement, au sud par le grand marché de Sikasso, à l'est par la BNDA, la direction régionale des impôts et l'école groupe scolaire « A », à l'Ouest par l'Eglise catholique. L'hôpital est au sommet de la pyramide sanitaire de la région. Il reçoit toutes urgences en provenance des maternités périphériques, des cliniques et cabinets médicaux privés.

Le service de gynéco- obstétrique est l'un des cinq services que compte l'hôpital. Il est dirigé par un chirurgien malien des hôpitaux : deux gynécologues chinoises et un gynécologue malien.

Le reste du personnel se constitue comme suit :

- six sages femmes d'état
- deux infirmières obstétriciennes
- trois aides soignantes
- un étudiant en thèse

Le service compte 20 lits répartis entre 3 salles d'hospitalisation.

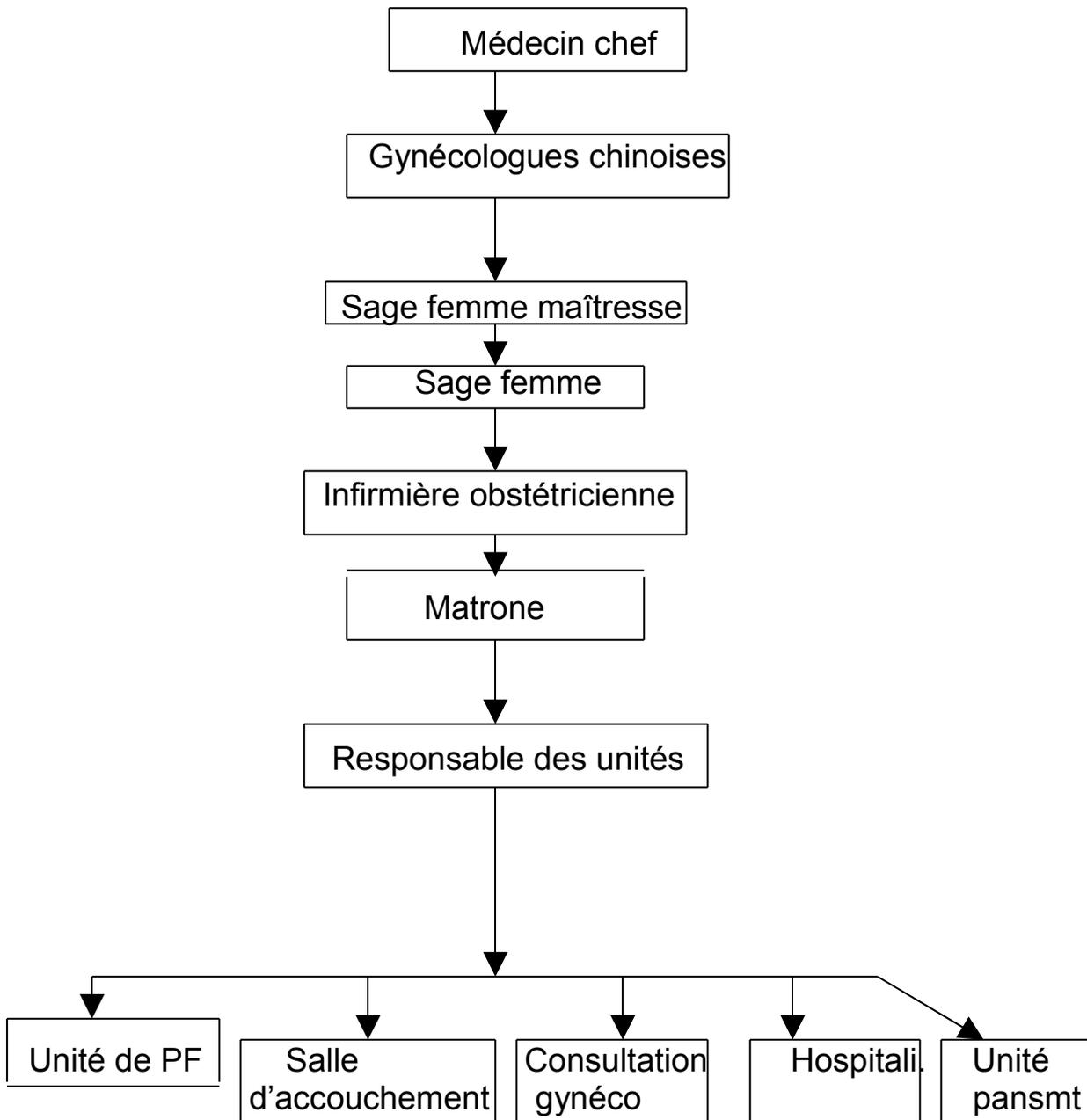
Il comprend

- une salle d'accouchement équipée de 3 tables
- une salle d'attente pour les femmes en travail d'accouchement
- une salle servant de bureau et de salle de garde pour les sages femmes
- une salle de garde pour les infirmières obstétriciennes et les aides soignantes
- une salle de planification familiale
- une salle de consultation externe

- une salle de pansement
- un bureau pour les gynécologues

L'hôpital régional de Sikasso compte un seul bloc opératoire comprenant 2 salles d'opérations et un service de réanimation.

Organigramme de fonction du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso



PF= planification familiale

Pansmt= Pansement

V PATIENTES ET METHODES

- TYPE :

Il s'agit d'une étude transversale

- PÉRIODE D'ÉTUDE :

L'étude a été faite de janvier 2004 à septembre 2004

- POPULATION D'ETUDE

Patientes évacuées et référées des formations sanitaires périphériques, cliniques et cabinets privés ou venues d'elles mêmes.

- ECHANTILLONNAGE

Taille minimale de l'échantillon (n) a été déterminée à partir de la formule suivante :

$$n = 4p.q / i^2$$

i = précision de l'étude (5%)

p = proportion de femmes exposées au phénomène étudié (Urgences gynéco-obstétricales) à Sikasso (15%) [39]

$$q = 1 - p$$

$$n = \frac{4 \times 0,15 \times 0,85}{0,0025} = 204$$

- CRITERES D'INCLUSION

Patientes reçues en urgence au service de gynéco-obstétrique et prises en charge dans ce service.

- CRITERES DE NON D'INCLUSION

Patientes présentant une urgence gynéco-obstétricale dont le diagnostic n'a pas été retenu dans le service.

Au total 456 patientes ont été retenues pour l'étude.

- COLLECTE DES DONNÉES :

Les données ont été recueillies en utilisant les fiches d'enquêtes portées en annexe

- LE TRAITEMENT INFORMATIQUE :

Les données ont été portées en utilisant le logiciel Epi info.6

I- FREQUENCE

Pendant la période d'étude sur 2659 patientes reçues en gynéco-obstétrique 456 présentaient un tableau d'urgence. Soit une fréquence des urgences de 17,15 %.

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des Patientes en fonction de la tranche l'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
≤15	4	0,88
16-20	111	24,34
21-25	100	21,93
26-30	128	28,07
31-35	54	11,84
36-40	56	12,28
≥41	3	0,66
TOTAL	456	100

Les âges compris entre 16-30ans ont le plus grand pourcentage 74,34%.

Tableau II : Répartition des Patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	421	92,32
Célibataire	33	7,24
Divorcé	2	0,44
TOTAL	456	100

Nous remarquons que les femmes mariées ont été les plus nombreuses au cours de cette étude soit 92,32%.

Tableau III : Répartition des Patientes en fonction de l'occupation principale.

Occupation	Effectif absolu	Pourcentage
Femme au foyer	399	87,5
Commerçante	28	6,14
Elève	17	3,73
Autres*	10	2,19
Fonctionnaire	2	0,44
TOTAL	456	100

*= Aide ménagère : 8 (1,8%) ; sans profession : 2 cas (0,2%).

Les ménagères(femmes au foyer) ont le plus grand pourcentage 87,5%.

Cela s'explique par le fait que la majeure partie de population est constituée de ménagères.

Tableau IV : Répartition des Patientes en fonction de la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif absolu	Pourcentage
Cultivateur	284	62,56
Commerçant	79	17,40
Ouvrier	42	9,25
Autres*	32	7,05
Fonctionnaire	17	3,74
TOTAL	454	100

*= Berger: 12 cas (2,64%) ; Transporteur : 16cas (3,52%) ; Entrepreneur : 4 cas (0,88%).

Les cultivateurs sont les plus nombreux : 62,3%

Tableau V : Répartition des Patientes en fonction du niveau d'alphabétisation en français

Niveau d'alphabétisation	Effectif absolu	Pourcentage
Non Alphabétisées	388	85,09
Niveau primaire	40	8,77
Niveau Secondaire	28	6,14
TOTAL	456	100

Nous remarquons que les femmes non alphabétisées occupent la première place 388 cas soit 85,09%.

Tableau VI : Répartition des Patientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Cercle de Sikasso	267	58,55
Ville de Sikasso	187	41,01
Autres*	2	0,44
TOTAL	456	100

*= Cercle de Koutiala : 2 cas (0,44%)

Les femmes venues du cercle de Sikasso sont les plus nombreuses : 267 cas soit 58,55%

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des moyens de transport utilisé pour arriver à l'hôpital

Moyen de Transport	Effectif absolu	Pourcentage
Ambulance	214	46,93
Véhicule	196	42,98
Moto	43	9,43
Pieds	3	0,66
TOTAL	456	100

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé soit 46,93%

Les antécédents :

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction des types d'antécédents médicaux

Types antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
HTA	10	2,19
Hémoglobinopathie	4	0,88
Asthme	2	0,44
Autres*	7	1,53
Aucun	433	94,96
TOTAL	456	100

*= Epigastralgie : 2 cas (0,44%) ; Hypotension : 2 cas (0,44%) ; pyélonéphrite : 1 cas (0,22%) ; Ulcère gastrique : 2 cas (0,44%)

L'HTA est l'antécédent médical le plus rencontré 10 cas soit 2,19%.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des types d'antécédents chirurgicaux

Types antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	12	2,63
Laparotomie pour GEU	3	0,66
Curetage	8	1,75
Aucun	433	94,96
TOTAL	456	100

La césarienne a été l'antécédent le plus fréquemment rencontré soit 2,63%.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Nulligeste	4	0,89
Primigeste	86	19,24
Paucigeste	202	45,19
Multigeste	155	34,68
TOTAL	447*	100

La Gestité n'est pas connue chez 9 de nos patientes pour cause de décès.

Les paucigestes ont été les plus nombreuses :soit 45,19%.

Légende : La gestité indique le nombre de gestation

Nulligeste = zéro grossesse

Primigeste = une grossesse

Paucigeste = deux à quatre grossesses

Multigeste = cinq grossesses ou plus

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	91	20,36
Primipare	66	14,76
Pauci pare	134	29,98
Multipare	50	11,19
Grande Multipare	106	23,71
TOTAL	447*	100

La parité n'est pas connue chez 9 de nos patientes pour cause de décès.

Les paucipares ont été les plus nombreuses : 119 cas soit 29,98%.

Légende : La parité indique le nombre d'accouchement

Nullipare = zéro accouchement

Paucipare = deux à quatre accouchements

Multipare = cinq à six accouchements

Grande multipare = sept accouchements ou plus

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du nombre de la CPN effectuée

CPN	Effectif absolu	Pourcentage
0	190	47,03
1-3	173	42,82
≥4	41	10,15
TOTAL	404	100

Les femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale sont les plus nombreuses soit 47,03%. Cependant 37,94% de nos patientes avaient fait 1-3 CPN contre 8,99% au moins 4 CPN.

Période de la première CPN (n=214) : Dans 84 cas soit 39,25% de nos patientes avaient fait leur première consultation au premier trimestre de la grossesse contre 36,45% au deuxième trimestre et 24,3% au troisième trimestre.

III- PATHOLOGIES RETROUVEES

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la nature de la pathologie

Nature de la pathologie	Effectif absolu	Pourcentage
Dystocies mécaniques*	117	25,66
Rupture*+ pré rupture utérine**	45	9,87
Dystocie dynamique	34	7,45
Avortement spontané en cours	34	7,45
GEU	28	6,14
Placenta praevia	26	5,70
Infections*sur grossesse	22	4,82
Toxémie gravidique	20	4,39
Menace d'avortement spontané	18	3,95
Procidence* du cordon et/ou des membres	15	3,29
Souffrance fœtale aiguë	13	2,85
Hémorragie de la délivrance+ rétention placentaire*	13	2,85
Endométrite aiguë	13	2,85
Crise éclamptique	12	2,63
Hématome retro-placentaire	8	1,75
Avortement provoqué+complication	6	1,37
Menace d'accouchement prématuré	5	1,10
Vomissement gravidique grave	5	1,10
Rétention de la tête dernière	4	0,88
Rupture de kyste/ torsion kyste	3	0,66
Rupture du douglas	3	0,66
Rupture prématurée des membranes	3	0,66
Infection puerpérale	2	0,44
Grossesse molaire	2	0,44
Traumatisme génital	2	0,44
Bartholinite aiguë	2	0,44
Pelvipéritonite	1	0,22
TOTAL	456	100

Les dystocies mécaniques ont été les pathologies les plus rencontrées soit 25,66% des cas.

- Rupture utérine* 27 cas soit 5,92 %; Prérapture** 18 cas soit 3,95%
- Rétention placentaire*5 cas soit 1,10% ; Hémorragies de la délivrance* 8 cas (1,75%)

Les dystocies mécaniques * sont représentées par :

-Les bassins dystociques : BGR (bassins généralement rétrécis) : 17 cas (3,72%); bassins limites : 27 cas (5,92%) ; bassins asymétriques : 2 cas (0,44%) ; disproportion foetopelvienne : 23 cas (5,04%) ; dilatation stationnaire (cicatricielles) : 13 cas (2,85%).

-Les présentations dystociques : Présentations transversales : 24 cas (5,26%) ; présentations de l'épaule : 3 cas (0,66%) ; présentations céphaliques défléchies : 8 cas (1,75%).

Les procidences * : La procidence du cordon : 6 cas (1,32%) ; procidence de membres (bras et pieds) : 9 cas (1,97%).

- hémorragies de la délivrance : 8 cas soit 1,8% Rétention placentaire : 5 cas soit 1,1%.

-Les infections sur grossesse* : pyélonéphrite sur grossesse : 5 cas (1,10%) ; paludisme grave sur grossesse : 11 cas (2,41%); hépatite virale sur grossesse : 2 cas (0,44%) ; VIH sur grossesse : 1 cas (0,22%) ; diarrhée aiguë sur grossesse : 3 cas (0,66%).

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

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Référées	272	59,65
Venue d'elle-même	184	40,35
TOTAL	456	100

Nous constatons dans cette étude que les femmes évacuées sont les plus nombreuses : 272 cas soit 59,65%.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du profil du prestataire de la CPN

Prestataire de la CPN	Effectif absolu	Pourcentage
Matrone	110	51,40
Sage Femme	52	24,3
Infirmière Obstétricienne	26	12,15
Gynécologue Obstétricien	16	7,48
Chirurgien	8	3,74
Médecin Généraliste	2	0,93
TOTAL	214	100

Les matrones sont les plus nombreuses parmi les prestataires de CPN : 110 cas soit 51,40%.

IV- TRAITEMENT INSTITUE

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du type de traitement institué

Type de traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Traitement chirurgical	329	72,15
Traitement Médical	127	27,85
TOTAL	456	100

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du type de traitement chirurgical et obstétrical

Type de traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	142	43,16
Curetage	40	12,16
Version par manœuvre interne et externe	30	9,12
Salpingectomie	28	8,52
Forceps	27	8,21
Hystérorraphie	20	6,08
Curage	18	5,47
Hystérectomie subtotalé	7	2,13
Craniotomie	6	1,82
Parage de la lésion	5	1,52
Kystectomie	3	0,91
Hystérectomie totale	1	0,30
Ligature des artères iliaques internes	1	0,03
Incision	1	0,03
TOTAL	329	100

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée soit 43,16%

NB : Nous avons pratiqué une hystérectomie totale chez une patiente qui avait un cancer du col associé à la GEU.

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectif absolu	Pourcentage
Prérupture	18	100
Dystocie mécanique	85	72,65
Placenta praevia	14	53,85
Eclampsie	6	50
SFA	6	46,15
Procidence du cordon	2	33,33
Dystocie dynamique	6	17,64
Toxémie gravidique	3	15
HRP	1	12,5
Procidence des membres	1	11,11

Dystocies mécaniques :-BGR : 94,12% -Bassin limite : 92,59%

-Bassin asymétrique : 50%

-DFP : 65,22% -Dilatation stationnaire : 100%

-Présentations dystociques :15 cas soit 42,86%

NB: La rupture a été de découverte fortuite dans trois cas au cours d'une césarienne.

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

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif absolu	Pourcentage
≤1	159	34,87
2 –8	259	56,80
9 –15	33	7,23
≥16	5	1,10
TOTAL	456	100

Frais d'hospitalisation

Dans le cadre du système de référence/évacuation toutes les patientes sont prise en charge par la caisse de solidarité et la mairie qui payent

13250 F CFA chacune. La patiente paye aussi la même somme. Ce montant englobe les frais de transport, le kit de césarienne ou d'accouchement, les frais d'ordonnance postopératoire ou de suites de couche. L'hospitalisation est gratuite.

V- PRONOSTIC

1- Pronostic maternel

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'état général à l'arrivée

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	338	74,12
Mauvais	118	25,88
TOTAL	456	100

Pour évaluer l'état général, nous nous sommes basés sur les données cliniques : coloration des conjonctives, TA, Pouls, T°, état hémodynamique, œdème, conscience.

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la nature de la complication

Nature de la complication	Effectif absolu	Pourcentage
Anémie	30	46,88
Endométrite	15	23,44
Suppuration pariétale	10	15,63
Spticémie	5	7,8
Phlébite	4	6,25
TOTAL	64	100

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de la cause du décès

Cause de décès	Effectif absolu	Pourcentage
Choc hémorragique	10	47,62
Infection	5	23,80
HTA et ses complications	3	14,29
Anémie	3	14,29
TOTAL	21	100

Nous constatons que l'hémorragie constitue la première cause de décès : 10 cas soit 47,62% suivit des infections 23,80% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de leur devenir

Devenir	Effectif absolu	Pourcentage
Guérie	435	95,39
Décédé	21	4,61
TOTAL	456	100

Tableau XXIV : Répartition des décès maternels en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jour)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 1	11	52,38
2 – 8	6	28,57
9 – 14	2	9,52
≥15	2	9,52
TOTAL	21	100

Nous remarquons que dans 11 cas soit 52,38 % les décès sont survenus avant le deuxième jour d'hospitalisation.

2- Pronostic fœtal

Au cours de cette étude, nous avons enregistré 89 morts in utero. Parmi les fœtus vivants 13 présentaient une souffrance fœtale aiguë

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'indice d'Apgar

Apgar	Effectif absolu	Pourcentage
< 7	32	20,25
≥ 7	126	79,75
TOTAL	158	100

Parmi les 273 accouchements effectués au cours des urgences obstétricales, nous avons 115 cas de mort nés, 10 enfants sont décédés dans les minutes ou les heures qui ont suivi l'accouchement, 148 enfants ont quitté la maternité dans un état satisfaisant.

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires :

I- LA FRÉQUENCE

La fréquence des urgences gynéco-obstétricales dans notre service est 17,15% sur un total de 2659 patientes enregistrées en 8 mois.

Cette fréquence s'explique par le fait que l'hôpital est le seul centre de référence de 2^{ème} niveau de la région.

Notre fréquence est nettement inférieure à celle de l'étude réalisée par DOUGNON F. [19] 28,5%. Par contre notre taux est supérieur à celui de SAMAKE Y [35] 8,12%.

II- LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1) Age

La tranche d'âge de 16-30 ans est la plus nombreuse dans notre étude soit 74,34%. Elle correspond à la période d'activité génitale.

2) Niveau socio-professionnel

- 92,32% de nos patients étaient mariées,
- 85,5% de nos patientes sont des ménagères. Cela s'explique par le fait que la majeure partie de la population est constituée de ménagères.

3) Facteur de risque

a) La parité

- Les nullipares représentent 20,36% dans notre étude.
- Les grandes multipares représentaient 23,71% dans notre série. Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et rapprochées. Ce taux est nettement supérieur au taux de THIERO M [40] 11,9%

b) Caractéristiques obstétricales

43,03% de nos patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale. Ce résultat peut s'expliquer par les problèmes économiques, le niveau bas d'alphabétisation de la population.

Notre taux est supérieur à celui de DICKO S [18] qui a trouvé un taux de 9,4%.

III- LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RETROUVEES SONT :

1- Les hémorragies

1-1 – Les avortements spontanés en cours

La fréquence de l'avortement spontané est de 1,28% de l'ensemble des accouchements. Notre taux plus bas d'avortement s'explique du fait que la plus part de nos femmes ne se rendent à l'hôpital, sauf qu'en cas de complications.

Ce taux est approximatif à celui de DOUGNON F. [19] : 1,89% mais inférieur aux 3,70% de TRAORE M. A. [41]. Une fréquence plus faible a été observée chez SAMAKE Y. [35] 0,46%.

Selon SEGUY B. et coll. [37] 10-20% des grossesses se terminent par un avortement.

1.2 – La grossesse extra – utérine (GEU)

Sa fréquence est de 1,05% de l'ensemble des accouchements du service. Cette fréquence élevée serait en rapport avec la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et essentiellement l'augmentation du nombre des infections tubaires. WESTROM L. [41] estime que 50% des cas de GEU surviennent sur des trompes déjà infectées. Notre pourcentage est nettement inférieur à celui de N'GUESSAN K. et coll. [31], DOUGNON F. [19] et DIALLO F.B. et coll. [14] avec respectivement : 4,92% ; 3,24% et 2,38%. Notre fréquence est

élevée par rapport au taux de NDAYISSA V. [59] en 1973, et de CISSE M.L. et coll. [8] avec respectivement : 0,54% ; 0,4%.

Notre fréquence est superposable à celle trouvée par SAMAKE Y. [35] : 0,68% et de DIALLO M.L. [15] : 1,08% en 1986.

1.3 -La rupture utérine

La fréquence de la rupture utérine sur l'ensemble de accouchements du service est de 1%. Cette fréquence est en rapport avec les évacuations tardives et l'absence de moyen de prise en charge adéquate et rapide de ces urgences. Notre fréquence est proche à celle de SIDIBE M. [39], SAMAKE Y [35], DICKO S. [18] avec respectivement : 0,8% ; 0,68% et 0,61 %. Une fréquence très faible a été rapportée par TETE K.V.S. et coll. [41] 0,071%. Des fréquences élevées ont été trouvées par les auteurs comme DOUGNON F. [19] : 2,02 % ; TRAORE Y. [42] 3,8 %.

1.4-Placenta praevia

La fréquence du placenta praevia est 0,98 % de l'ensemble des accouchements effectués dans le service. Cette fréquence est nettement inférieure à celui de DOUGNON F. [19] : 2,16 % et superposable à celui de SAMAKE Y. [35] : 0,62 %. MACALOU B. [26] a trouvé une fréquence de 7,79 %.

Notre taux de mortalité fœtale 42,31 % est supérieur au taux de DICKO S. [18] : 24 % et aux taux cités par AYOUBI D.J.M. et PONS J.C. [17] qui est de l'ordre de 5-10 % et selon eux le placenta praevia survient dans moins de 1 % des grossesses.

1.5-L'hématome rétro placentaire (HRP)

La fréquence de l'HRP sur l'ensemble des accouchements est 0,30 %.

Notre taux de mortalité fœtale est de 100%. KANTHA MANI à MANDRAS cité par COULAU JC et UZANS [10] apportent une mortalité maternelle de 4,28 % pour une série de 110 HRP.

Le taux de mortalité foetale est nettement supérieur à celui de AKPADZA K et Coll. [38] 75,45%.

1.6-Hémorragie de la délivrance

La fréquence des hémorragies de la délivrance sur l'ensemble des accouchements du service est de 0,30 %. Cette fréquence est superposable à celle de DOUGNON F. [19] : 0,58 % et de DIALLO D et Coll. [13] : 0,58 %. Des fréquences élevées ont été rapportées par LANKOANDE J et Coll. [24] et BOULETH A.R. et Coll. [5] avec respectivement 2,2 % et 1,36 %.

2- Les dystocies

a- Les bassins dystociques

Ils sont représenté par les BGR les bassins limites et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentent 10,09 % dans notre étude. Cela s'explique par l'amélioration des conditions alimentaires et la lutte contre la poliomyélite dans notre zone à Sikasso.

Ce pourcentage est inférieur à celui de SAMAKE Y. [35] 15,36 %, et celui de DOUGNON F. [19] : 19,49 %. Notre pourcentage est largement supérieur au 9,35 % de DICKO S. [18] et au 9,09 % de CAMARA S. [6]. KANTE F. [22] a trouvé 22,68 % des causes dystociques.

b- Les dystocies dynamiques

Il peut s'agir d'une hypocinésie, d'une hypercinésie, ou d'une hypertonie utérine. La fréquence de la dystocie dynamique sur l'ensemble des accouchements du service est de 1,28 %. Ce résultat est superposable à l'étude de DOUGNON F. [19] qui est de 1,2 % mais supérieur à celui de SAMAKE Y. [35] : 0,37 % et de DICKO S. [18] : 0,83 %.

Notre pourcentage de 7,45% des urgences est supérieur à celui de CAMARA S. [6] 6,97 % mais inférieur à celui de BERTHE S. [4] : 41,25%.

3- L'hypertension artérielle et ses complications :

Eclampsie

Au cours de cette étude, 12 cas d'éclampsie ont été enregistrés soit une fréquence de 0,45 % des accouchements. La mortalité maternelle et fœtale sont élevées avec respectivement : 9,52 % et 50 %.

Notre fréquence de 0,45 % est inférieure à celle de HYJAZI et coll. [21] : 1,07% de DOUGNON F. [19] : 0,81 %, LANKOUANDÉ et coll. [23] qui ont trouvé 0,89 %, DIARRA N et coll. [17] : 1,8%, KANTÉ F. [29]: 0,70 %, Moro Y [30] a trouvé 0,66 % à l'hôpital Gabriel TOURE.

Notre taux de 9,52 % de la mortalité maternelle est superposable aux taux de HYJAZI et coll. [21] : 10,9 % mais leur taux de mortalité fœtale 23,07% est inférieur à notre taux. Des taux élevés ont été rapportés par des auteurs : SANGARE A. G. [36] a trouvé une mortalité maternelle de 17,74 % et CISSE CT et coll. [7] ont trouvé 17,9 %.

4 – La souffrance fœtale aiguë (SFA)

La fréquence de la SFA sur l'ensemble des accouchements est de 0,49 %. La fréquence globale de césarienne pour cette pathologie au cours de notre étude est de 4,83 %. Ce taux est largement inférieur à celui de DIALLO Y. et Coll. [16] qui ont trouvé 23,5 %, GANDZIE et coll. [20] : 17,3 % et de NGOM PM et Coll. [32] : 18,9 %. La mortalité maternelle est de 4,76 % et la mortalité fœtale est de 21,43 %. Notre taux de mortalité néonatale de 21,4 % est largement supérieur au taux de DIALLO Y et coll. [16] : 9,1 %. Cependant des taux élevés plus que le notre ont été trouvés au Mali : DOUGNON F. [19] : 40 % ; DICKO S. [18] : 29,4 %.

IV- LE TRAITEMENT INSTITUE

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le cadre d'une prise en charge correcte et rapide de ces urgences, le système de kit opératoire était mise en place.

Dans 329 cas soit 72,15% la prise en charge a été chirurgicale. Parmi les interventions les plus pratiquées au cours de la chirurgie nous avons :

- La césariennes : 43,16%
- Curetage : 12,16%,
- La version par manœuvre obstétricale : 9,12%
- Salpingectomie : 8,52
- Le forceps : 8,21%

Notre taux de césarienne est inférieur à celui de THIERO M [40] : 57,5%.

V- LE PRONOSTIC

1) Pronostic maternel

Morbidité

14,36 % de nos patientes ont développés des complications.

Elles sont dominées par l'Anémie 46,88 %, Endométrite 23,44 %, Suppuration pariétale 15,63 %, Septicémie 7,8 %

Mortalité

Dans notre étude nous avons enregistré 21 décès maternels soit un taux de 4,61%. Cela s'explique par la fréquence élevée des urgences et le manque de moyen de prise en charge efficace et rapide des patientes. Ce taux est inférieur à celui de THIERO M [40] 7,5%. Les principales causes de décès ont été : les hémorragies première cause de mortalité maternelle dans notre étude soit 47,62 %. Elles comprennent :

ruptures utérines 28,57 % ; hémorragie de la délivrance 14,29 % ; placenta praevia 4,76 %. Après les hémorragies, les infections 23,81 % ; l'HTA gravidique et ses complications 14,29 % ; l'anémie 14,29 %. Notre études est comparable à celle de DICKO S. [18] dont l'hémorragie occupe la première place avec 45,46 % ; les infections en 2^{ème} place 18,18 %, les états hypertensifs 18,18 %, l'anémie chronique 18,18 %. SEPOU A. et Coll. [38] ont trouvé dans leur étude que l'hémorragie de la délivrance est la première cause de mortalité maternelle soit 29,75 %, suivie des ruptures utérines 21,63 %.

2) Pronostic foetal

Morbidité

Elle est difficile à définir. Nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrit de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux 20,25%. Tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

Mortalité

Sur les 273 accouchements effectués nous avons 125 cas de mort-né et décédés soit un taux de 45,79%. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par :

- le retard d'évacuation des patientes et leur prise en charge
- certaines complications imprévisibles (l'HRP, placenta praevia)

Cette prévalence est nettement supérieure à celle de DOUGNON F [19] 35,34%.

1- Conclusion

Du 7 janvier 2004 au 7 septembre 2004, nous avons enregistré 456 urgences gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 17,15%.

L'objectif général était d'étudier les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de sikasso.

L'étude était de type transversal.

Les différents facteurs influant le pronostic de ces urgences sont constitués par :

L'âge (16-30 ans) 74,34% ; la parité (paucipares) avec 29,98% ; les conditions socio-économiques défavorables et les conditions de référence.

Parmi les 456 urgences, les références constituent 59,65%.

Les principales pathologies rencontrées sont :

- les dystocies mécaniques: 25,66% ;
- les avortements spontanés en cours : 7,45%;
- les dystocies dynamiques 7,45%; la grossesse extra utérine : 6,14%
- le placenta praevia : 5,70%
- l'hémorragie de la délivrance : 2,85% l'éclampsie 2,63%
- l' HRP : 1,75%

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée au cours de cette étude soit 43,16%.

Nous avons recensé 21 décès maternels soit une mortalité maternelle globale de 4,61%.

La mortalité fœtale globale est de 30,94%.

Les hémorragies, suivies des infections, occupent les premières places parmi les causes de mortalité maternelle liée à la pathologie gynéco-obstétricale.

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

1- Au Ministre de la santé

- Doter les centres de santé communautaire et de référence des compétences obstétricales (sage femme, gynécologue obstétricien) et du matériel approprié (matériels du bloc, table d'accouchement) pour réduire le taux de mortalité foeto-maternel.

- Créer un bloc opératoire au sein de la maternité de l'hôpital en vue d'une prise en charge rapide des cas urgents.

- Renforcer l'é

quipe médicale chinoise par l'envoi d'un gynécologue malien dans le but de renforcer la prise en charge et le transfert des connaissances.

- Assurer le recyclage continu des sages femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.

2- Au maire

- Améliorer l'état des routes, des moyens de transport pour garantir l'évacuation rapide des patientes.

3- Aux sages femmes

- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse.

- Evacuer à temps les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic.

4- Aux médecins et aux sages femmes

- Promouvoir l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement, les

accouchements à domicile, et la méconnaissance des risques de complication de la grossesse.

5- Aux gestantes

- Faire les consultations prénatales aussi vite que possible dès le début de la grossesse pour améliorer la qualité de la prise en charge.
- Eviter les pratiques coutumières néfastes (mariages précoces, l'excision) pouvant exposer à des complications comme les fistules.
- Eviter les accouchements à domicile dans le but de prévenir la survenue des complications surtout chez les multigestes.

REFERENCES

1. ADELMAN S., Benson CD, Hertier J. H.

Surgical lesion of the ovary in infant and childhood.

Surg-gynécol-obst-1975, 141, 219-22P

2. AKPADZA k. et Coll. :

L'hématome retro placentaire (HRP) à la clinique de gynécologie – obstétrique du CHU Tokoin Lomé (Togo) de 1988 – 1992.

Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6)

3. AYOUBI D.J.M., J. C. PONS :

Hémorragies génitales : Hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse

Corpus médical Faculté de médecine de Grenoble 1999 N° 15 Volume VII

4. BERTHE S. :

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique)

Thèse de méd. Bamako 1983 N°9

5. BOULETH AR. et Coll. :

Les hémorragies du post partum immédiat. Etiologie et pronostic : A propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de COCODY du 1^e janvier 2000 – 28 février 2001.

Recueil des résumés : 7^e congrès de la SAGO, 2^e congrès de la SOMAGO du 12 janvier au 17 janvier 2003 Bamako – Mali.

6. CAMARA S. :

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude. Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714.

7. CISSE C.T. et coll. :

Indication thérapeutique et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar du 1^e janvier 2000 au 31 Décembre 2001.

Recueil des résumés : 7^e congrès de la SAGO 2^e congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 Bamako – Mali.

8. CISSE M.L et Coll. :

Bilan épidémiologique et pronostic materno-foetal des activités gynéco obstétricales en zone semi – rurale (KOLDA) du 15 juillet 1999 au 15 janvier 2000.

Recueil des résumés : VII^e Congrès de la SAGO II^e Congrès de la SOMAGO du 12-17-/01/2003 Bamako.

9. CLEONE R.:

Maternal and child Epidemiology unit London School of hygiene and tropical medicine.

Programme de santé maternelle et maternité sans risque division santé de la famille. OMS. Source Population Références Bureau : Bultimore Moryland 21 202-4012' USA Volume XXV N° 1 Septembre 1997

10. COULAU J. C. et UZANS :

Hématome retro placentaire ou DPPNI :

Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A¹⁰ 6 1985, 10 P.

11. CORRÉA P et Coll. :

Paludisme et grossesse

J. gynécol. Obst. Biol. Réprod. 1982, 11, N°1

12. DEMBELE F.:

Avortement provoqué à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 189 cas.

Thèse de médecine 1997 N° 41

13. DIALLO D. et coll. :

Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar.

Recueil des résumés. 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 09-13/12/1996 à Abidjan.

14. DIALLO F. B et Coll. :

Grossesse extra – utérine (GEU) aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.

Médecine d’Afrique Noire : 1999, 46 (10).

15. DIALLO M.L :

Contribution à l’étude des GEU à la maternité du CHU Ignace Deen.

Thèse de Médecine Conakry 1986, 62 pages

16. DIALLO Y et Coll. :

Souffrance fœtale aiguë au cours des indications de la césarienne : aspect épidémiologique et étiologique, pronostic fœtal à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.

Recueil des résumés : VIIe congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 à Bamako – Mali.

17. DIARRA Nama A.J., O. Angbo, M.N. Koffi, M.K Koffi, T.K. Yao, C. Welfens EKRA:

Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte D’Ivoire.

Dossier santé publique 1999 volume 11 N° :2 pp 193 – 201.

18. DICKO S. :

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l’hôpital Régionale de Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine 2001 N : 101

19. DOUGNON F. :

Contribution à l’étude des urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité de l’hôpital National du Point « G ». Thèse de Médecine 1989 N° 64

20. GANDZIEN P.C, EKOUNZOLA J.R :

La césarienne à l'hôpital de base de TALAGAÏ (Brazzaville) Congo du 1^e juillet 2001 au 31 décembre 2001.

21. HYJAZI Y. et coll. :

Fréquence, traitement et pronostic foeto-maternel de l'éclampsie au service de gynécologie et obstétrique du CHU DONKA (Guinée).

Guinée Médical 2002

22. KANTE F. :

Grossesse et l'accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G à propos de 723 cas

Thèse de médecine Bamako : 1997 No : 27

23. LANKOANDÉ J. et Coll. :

Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier national Yaldago OUEDRAOGO de Ouagadougou. Aspect clinique et évolutif à propos de 108 cas.

Recueil des résumés: 4^e congrès de la SAGO 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

24. LANKOANDE J. et coll. :

Les hémorragies de la délivrance à la maternité du centre hospitalier National Yaldago OUEDRAOGO de Ouagadougou : à propos de 263 cas. Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 à Abidjan.

25. LANSAC J., C. BERGER, G. MAGNIN et AL :

Obstétrique pour le praticien Paris SIMEP 1986(101-156). .

26. MAGALOU B. :

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes.

Thèse de médecine 2002 N°: 142

27. MAGUIRAGA M. :

Etude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thèse de médecine 2000 N° 110.

28. MERGER R:

6° EDITION Page 471-472

29. MILLIER J. :

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3, 1989.

30. MORO Y. :

Relation entre éclampsie et conditions socio-économiques : étude de 28 cas au sein du service des urgences et réanimation de l'hôpital National Gabriel TOURE. Thèse de médecine 1999 N°: 42.

31. N' GUESAN K. et Coll.:

La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au CHU de Cocody Abidjan : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques.

Guinée médical archive N° 23 oct. Nov. décembre 2001

32. NGOM P.M. et Coll.:

Aspects épidémiologiques et qualité des césariennes au CHU de DANTEC de Dakar du 1^{er} juillet au 31 décembre 2001.

33. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde Genève 1998 N° 5 Volume XIX

34. Prual A.:

Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest une maternité à haut risque. Dossier santé publique 1999 volumes 11 N° 2 pp 155 – 165

35. SAMAKE Y. :

Approche épidémiologique-Clinique des urgences Gynéco-obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou. De janvier 2000 à décembre 2000. Thèse de médecine 2002 N : 11

36. SANGARE A. G:

Hypertension artérielle gravidique et éclampsie à Bamako. Thèse de médecine 1985 N° 15.

37. SEGUY B. et J. H. BAUDET

Révision accélérée en obstétrique 1983 Maloine

38. SEPOU A. et Coll. :

Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de BANGUI.

Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

39. SIDIBE M. :

Les ruptures utérines expériences d'une structure de deuxième référence (le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital régional de Sikasso) .Thèse de médecine 2000 N 1000.

40. THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE : à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 1995 N° 17

41. TRAORE M. A. :

Contribution à l'étude des hémorragies du premier trimestre de la grossesse au service de gynéco obstétrique CHU Gabriel TOURE : A propos de 350 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2001, 93 page, 14

42. TRAORE Y. :

Les ruptures utérines à l'hôpital nationale de Point « G ». Facteur influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas.

Thèse de médecine Bamako 1996 N : 27.

43. WESTROM L :

Infiltration et GEU après salpingite, recherche récente sur épidémiologie de la fertilité : Société française, étude de le fertilité Masson éd. Paris 1986 : 205 – 212.

ANNEXE 1 : FICHE D'ENQUÊTE :

Thème : Les urgences gynéco-obstétricales à l'hôpital de Sikasso

Dossier N° : -----

Date d'entrée : -----

I- IDENTITE DU MALADE

1-Nom : -----

2-Prenom : -----

3-Profession :

Femme au foyer /--/ Elève /--/ Fonctionnaire /--/ Commerçante /--/

Autre /--/ préciser : -----

4- Ethnie :

Senoufo /--/ Samogo /--/ Peulh /--/ Bambara /--/ Malinké /--/

Minianka /--/ Bobo /--/ Autre /--/ Préciser : -----

5- Profession du procréateur :

Cultivateur /--/ Commerçant /--/ Fonctionnaire /--/

Autre /--/ Préciser : -----

II- CARACTERISTIQUE SOCIO6DEMOGRAPHIQUES :

1- Etat matrimonial

Mariée /--/ Célibataire /--/ Divorcée /--/ Veuve /--/

2- Niveau d'instruction de la femme : Scolarisée : Oui /--/ Non /--/

Si oui : Niveau primaire /--/ Secondaire /--/ Supérieur /--/

III- MODE D'ADMISSION

1- Venue d'elle-même : /--/

2- Evacuée : /--/

Si oui lieu ayant effectué l'évacuation : -----

3- Provenance :

Ville de' Sikasso /--/ Cercle de Sikasso /--/

Autre cercle des la région de Sikasso ou autre localité :

à préciser : -----

4- Motif d'évacuation : -----

5- Moyens de transport :

Véhicule /--/ Ambulance /--/ Motocyclette /--/ Bicyclette /--/ Charrette /--/

Autre : préciser : -----

6- Distance parcourue : ----- (km)

7- Temps mis du centre de référence à l'hôpital ou du domicile à l'hôpital : ----- (en heure)

IV- LES ANTECEDANTS

1-Médicaux : oui /--/ non /--/.

Si oui :

a) HTA /--/ b) Cardiopathie /--/ c) Hémoglobinopathie /--/ d) Asthme /--/

e) Diabète /--/ f) Autre /--/ préciser : -----

2- Gynécologiques :

Oui /--/ Non /--/

Si oui : Fibrome /--/ Kyste de l'ovaire /--/ GEU /--/ Lésion périnéo-vulvaire /--/

Prolapsus génital /--/ Avortement /--/ Nombre et Type : -----

Contraception /--/

3- Chirurgicaux

Oui /--/ Non /--/

Si Oui : Césarienne /--/ Indication : ----- Date : -----

Laparotomie /--/ Indication : ----- Date : -----

Coelioscopie /--/ Indication : -----Date : -----

Chirurgie orthopédique /--/ Indication : ----- Date : -----

4- Obstétricaux :

a) Intervalle inter générique : ----- (année)

b) Gestité : -----

c) Parité : -----

- 4- Œdème : oui /--/ non /--/
- 5- Etat général de la malade : bon /--/ mauvais /--/
- 6- Pathologie au niveau des seins : oui /--/ non /--/
- Si oui : préciser : -----
- 7- Hémopéritoine : Oui /--/ Non /--/
- 8- Masse pelvienne : Oui /--/ Non /--/
- 9- Métrorragie : Oui /--/ Non /--/
- Si oui : spontanée /--/ De contact /--/
- 10- Lésions Vaginales : Oui /--/ Non /--/
- 11- Etat du col utérin : - Tumeur cervicale : Oui /--/ Non /--/
- Si oui : préciser : -----
- 12- Diagnostic retenu : -----

B- DOSSIER OBSTETRICAL

- 1- Date et heure de la prise en charge : -----
- 2- TA : cmHg
- 3- Conjonctives : Colorées : /--/ Pâles : /--/
- 4- Œdème : oui /--/ non /--/
- 5- Etat général de la malade : bon /--/ mauvais /--/
- 6- Pathologie au niveau des seins : oui /--/ non /--/
- 7- HU : (Cm)
- 8- Contraction utérine : Oui /--/ Non /--/
- 9- BDCF : Présent /--/ Absent /--/
- Si présent : -----bttmt/mn
- 10- Prérapture : Oui /--/ Non /--/
- 11- Rupture utérine : Oui /--/ Non /--/
- 12 HRP : Oui /--/ Non /--/
- 13-Placenta praevia : Oui /--/ Non /--/
- 14- Présentation :
- a) Céphalique : - Sommet /--/ Front /--/ Face /--/ Bregma /--/

b) Siège : /--/

c) Transversale : /--/

15- Dilatation du col : ----- (Cm)

16- Etat de la poche des eaux :

- Intact : /--/ Rompue : /--/ Délais de Rupture : -----

17- Liquide amniotique :

- Clair /--/ Méconial /---/

18- Bassin : Normal /--/ Limite /---/

BGR /--/ Asymétrique /--/

19- Accouchement :

a) Voie d'accouchement : -----

b) Lieu : -----

c) Durée du travail : -----

d) Hémorragie :

- Antépartum : /--/

- Perpartum : /--/

- Postpartum : /--/

e) Complication : Oui /--/ Non /-- /

Si oui préciser : -----

20- Diagnostic retenu : -----

VII- TRAITEMENT

1- Date et heure du début du traitement : -----

2- Médical : /--/

3- Chirurgical : /--/

- hystérectomie : /--/ - Forceps : /--/ - césarienne : /--/

- salpingectomie : /--/ -laparotomie : /--/ - Autre : préciser : -----

4- Qualification de l'opérateur

- Gynécologue obstétricien(ne) /--/ - Médecin Généraliste /--/

- Chirurgien /--/ - Sage femme /--/

- Interne /--/ - Infirmière obstétricienne /--/ - Matrone /--/

5- Délais l'intervention : ----- (en heure)

6- Intervention date et heure : -----

- Durée d'intervention : -----

VIII- PRONOSTIC

A- MATERNEL : Mère : vivante /--/ décédée /--/

- Morbidité : oui /--/ Préciser : -----

non /--/

B- FOETAL :

a) Mort-né : /--/ macéré /--/ non macéré /--/

b) Vivant : /--/

Si vivant :

APGAR : < 4 /--/ APGAR : 4-7 /--/ APGAR : > 7 /--/

c) Décédé : /--/

d) Malformation foetale : oui /--/ non /--/

Si oui préciser : -----

IX- HOSPITALISATION

1- Durée d'hospitalisation : ----- (jour)

2- Coût d'hospitalisation :

1^{er} catégorie : ----- F CFA

2^e catégorie : ----- F CFA

3^e catégorie : ----- F CFA

3- Coût du traitement médical : ----- F CFA

4- Coût de l'évacuation : -----F CFA

ANNEX 2 : Fiche signalitique

NOM : SIDIBE

PRENOM : Drissa

Titre de thèse : Urgences gynécologiques et obstétricales à la l'hôpital de Sikasso

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Santé publique, urgences gynéco-obstétrique

Résumé :

Notre étude était transversale qui s'est étendue sur une période de 8 mois dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso. L'objectif principal était d'étudier les urgences gynécologiques et obstétricales dans le service. Nous avons enregistré au total 456 urgences soit une fréquence de 17,15%.

La majorité de nos patientes soit 74,34% avaient un âge compris entre 16-30 ans.

Les multigestes et paucipares ont été les plus nombreuses avec respectivement : 50,3% et 26,6%.

Sur les 52,97% de nos patientes qui ont fait la CPN, 42,82% avaient 1-3 CPN et 10,15% au moins 4 CPN.

Parmi les pathologies les plus rencontrées nous avons : Les dystocies mécaniques : 25,66% les ruptures utérines et préruptures : 9,87%, les dystocies dynamiques : 7,45%, avortements spontanés en cours : 7,45%, la grossesse extra utérine : 6,14%, le placenta praevia : 5,70%.

La césarienne et la laparotomie pour GEU ont été les interventions les plus pratiquées au cours de ces urgences : 52,01% et 53,5%.

Nous déplorons 21 cas de décès maternels.

Mots clés : Urgence gynéco- obstétricale, prise en charge, mortalité maternelle, mortinatalité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

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

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

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

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

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

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

Je jure