

MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR**

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

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Année : 2005 - 2006

N°

THEME

**MORTALITÉ PERINATALE AU SERVICE DE
GYNECOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER}
JANVIER 2005 AU 31 DÉCEMBRE 2005**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le / / 2006
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Madame CISSE Siriba KOÏTA

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

Jury :

Président :

Membre :

Membre :

Directeur de Thèse :

Professeur SY Aïda SOW

Docteur Niani MOUNKORO

Docteur Oumar M TRAORE

Professeur Agrégé Mamadou TRAORE

ADMINISTRATION :

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Stomatologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Sadio YENA
Mr Issa DIARRA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié Sanogo

Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie-Reanimation
ORL
ORL
Chirurgie Generale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Anesthésie / Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynécologie/ Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Siné BAYO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO

Chimie Générale & Minérale
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie-Mycologie
Chimie Organique
Immunologie Chef de D.E.R.
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie Analytique

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Mamadou KONE
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO

Physiologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie Animale

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y. SACKO	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO

Gastro-entérologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA

Pédiatrie

Mme TRAORE Mariam SYLLA

Pédiatrie

Mr Adama D. KEITA

Radiologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE

Endocrinologie

Mme Habibatou DIAWARA

Dermatologie

Mr Daouda K Minta

Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO

Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE

Cardiologie

Mr Mahamadou B. CISSE

Pédiatrie

Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie

Mme Diarra Assétou SOUCKO

Médecine interne

Mr Boubacar TOGO

Pédiatrie

Mr Mahamadou B. TOURE

Radiologie

Mr Idrissa A. CISSE

Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA

Cardiologie

Mr Anselme KONATE

Hépatogastro-entérologie

Mr Moussa T. DIARRA

Hépatogastro-entérologie

Mr Souleymane DIALLO

Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY

Psychologie

Mr Soungalo DAO

Maladies infectieuses

Mr Cheick Oumar Guinto

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara

Législation

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

Mr Alou KEITA

Galénique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

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

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio-statistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie

Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou CISSE
Pr Amadou Papa Diop
Pr. Lamine GAYE

Pathologie Infectieuse
Hydrologie
Biochimie
Physiologie

DEDICACES

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A mon père :

Tu nous as quitté trop tôt. Ton vœu était que je fasse des longues études, Dieu a exaucé ton vœu. Je te remercie pour ton amour, tes conseils et ton soutien moral et matériel. Je m'incline devant toi. Dors en paix

A ma mère :

En reconnaissance de ta douceur, ton amour et ton courage qui m'ont accompagnés tout le long du chemin qui m'a amené ici.

A mon frère :

Toi qui m'as toujours considéré comme ta première fille, c'est pour te remercier de ton soutien moral et matériel. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs :

Pour vous féliciter de l'entente et de la compréhension qui ont toujours existés entre nous.

Restons solidaire.

A mon mari et notre fille :

Pour vous remercier de votre patience.

Soyez rassurés de mon affection indéfectible.

A mon oncle :

Mamourou TRAORE et tante Molobali TRAORE.

Merci pour votre affection pour moi.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

A ma cousine Fatoumata CISSE :

Merci pour tes conseils et ton soutien matériel.

A mes neveux et nièces:

En souvenir du respect dont j'ai été l'objet de votre part.

Aux familles :

Sékou KEITA à Niamakoro,
Rokiatou Mariam DOUMBIA à Banankabougou,
DIOURTE à N'Tomikorobougou,
Mamadou GUINDO à Missira,
En reconnaissance du service rendu.

Aux Docteurs :

TOGO Abdrahamane, SISSOKO Sara, TRAORE Soumana et
TRAORE Oumar,
Pour la qualité des enseignements données, votre soutien moral
et vos conseils.

A mes amies :

Aïchata MAIGA, Maïmouna BALDE, Rockia TOGOLA,
Pour notre amitié.

A mes amis :

Oumou KONATE, Oumar Déllé GUINDO :

Pour avoir accepté courageusement de partager avec moi les moments de souffrance et de tristesse. Fidélité à vous.

A tout le personnel et mes collègues internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako,

Un grand merci pour leur sincère collaboration.

A Youssouf DOUMBIA et Boubacar DOUMBIA.

Je vous remercie pour votre concours à l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury:

Professeur SY Aïda SOW

Professeur de Gynécologie obstétrique à la FMPOS

***Chef du service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune II.***

Cher Maître, c'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir que vous ayez accepté de présider ce jury.

Vous êtes resté toujours disponible malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont beaucoup fascinés, ils resteront pour nous une source d'inspiration.

Recevez ici cher Maître et chère mère nos remerciements les plus sincères.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique

Secrétaire Général adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

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

Cher Maître, c'est une fierté pour nous de séjourner à vos côtés, d'avoir profité de votre sens social et votre dévouement constant pour la cause de la santé.

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour de la gynécologie obstétrique.

Cher Maître, les mots nous manquent pour vous exprimer notre estime, notre gratitude et nos remerciements les plus sincères.

Puisse Allah vous rende vos bien faits.

A notre Maître et Membre du Jury :

Docteur Niani MOUNKORO

Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de l'HGT

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile et votre rigueur dans le travail font de vous un homme exemplaire.

Merci pour vos précieux apports à ce travail. Nous vous prions de croire à notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Membre du Jury

Docteur Oumar M TRAORE

Gynécologue au CSREF CV

Votre connaissance a été pour nous une grande chance.

Vous vous êtes intimement associés à la réalisation de ce travail.

Votre total disponibilité aussi bien au service qu'à domicile est la preuve de vos
qualités humaines et de votre bonne volonté.

Liste des Abréviations

- B.P.M** : Battements Par Minute
- B.D.C.F** : Bruits du Cœur Foetal
- C.H.U** : Centre Hospitalier Universitaire
- C.N.T.S** : Centre National de Transfusion Sanguine
- C.S.C.O.M** : Centre de Santé Communautaire
- C.S.Réf. CV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V
- C.P.N** : Consultation Périnatale
- C.U** : Contraction Utérine
- C.M.N** : Cytomégalovirus
- D.D.R** : Date des dernières Règles
- E.D.S.M** : Enquête Démographique de la Santé au Mali
- H.R.P** : Hématome Rétro Placentaire
- H.T.A** : Hypertension Artérielle
- I.S.T** : Infection Sexuellement Transmissible
- I.N.P.S** : Institut National de Prévoyance Sociale
- I.V.G** : Interruption Volontaire de Grossesse
- M.S.T** : Maladie Sexuellement Transmissible
- M.O.M.A** : Mortalité Maternelle en Afrique
- M.P.N** : Mortalité Périnatale
- P.E.V** : Programme Elargie de Vaccination
- P.F** : Planning Familial
- R.A.S** : Rien à Signaler
- R.C.F** : Rythme Cardiaque Foetal
- S.A** : Semaine d'Aménorrhée
- S.F.A** : Souffrance Foetale Aigue

VIH : Virus et Immunodéficience humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
GENERALITES	3
METHODOLOGIE	21
RESULTATS	25
DISCUSSION	41
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
REFERENCES	50

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La mortalité foeto-infantile constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Sa composante post natale a diminué au cours des vingt dernières années après l'identification et le contrôle de ses principales causes [10].

En Afrique, malgré l'accroissement des ressources en valeur absolue : nombre de médecins, de sages-femmes, de pédiatres, ainsi que le volume des ressources financières et matérielles, le constat dramatique est que le taux de mortalité périnatale reste malheureusement très élevé.

La mortalité périnatale atteint aujourd'hui 40 à 50% de la mortalité foeto-infantile [8].

Au Togo le taux de mortalité périnatale était de 82,2‰ en 1996 [2]

En Afrique de l'ouest entre 1994 et 1996 selon l'enquête MOMA (Mortalité Maternelle en Afrique) les taux de mortalité périnatale étaient de :

52,5‰ en Côte d'Ivoire

52,3‰ au Mali

42,3‰ en Mauritanie

41,3‰ au Sénégal

34,8‰ au Niger

32,5‰ au Burkina Faso

Le taux de mortalité périnatale en Guyane française était de 19‰ en 1994 [8], 3,65‰ en Finlande en 1998 [49] et 6,5‰ en France en 1999 [49] ; 3,8‰ au Québec en 2004 [27].

Au Mali en 2001 selon l'EDSM-III ; (enquête démographique de la santé au Mali III) ; le taux de mortalité périnatale est de 50,2‰ [15].

Au centre de santé de référence de la commune V aucune étude n'a été réalisée sur la mortalité périnatale qui reste toujours un problème de santé publique. Notre étude vient combler ce vide.

OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier la mortalité périnatale dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de la mortalité périnatale,
- Identifier les facteurs de risque de mortalité périnatale
- Déterminer les étiologies de la mortalité périnatale,
- Faire des recommandations permettant de réduire la prévalence de la mortalité périnatale.

GENERALITES :

I- Définitions :

1. Mortalité périnatale : la mortalité périnatale est selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), celle qui frappe le fœtus d'au moins 22 semaines d'aménorrhée et le nouveau-né jusqu'au 7^e jour inclus. En absence de critère chronologique, on utilise une définition pondérale ne prenant en considération que les fœtus d'un poids supérieur à 500g. La mortalité périnatale comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce jusqu'à 7 jours, date habituelle à laquelle les nouveau-nés quittent la maternité et échappent à la surveillance de l'accoucheur [41].

- Le taux de mortalité périnatale est le nombre de mortinatalité ajouté au nombre de mortalité néonatale précoce divisé par le total des naissances multiplié par 1000.

2- La mortinatalité : est la mort qui frappe le fœtus pendant la grossesse (mortalité antépartum), suivie ou non de rétention fœtale et pendant l'accouchement (mortalité intrapartum). Elle concerne tous les enfants qui naissent sans battements cardiaques ni mouvements respiratoires [41]. Le taux de mortinatalité est le nombre de mort-nés divisé par le nombre total des naissances multiplié par 1000.

3- Mortalité néonatale précoce : est la mort d'un enfant né vivant (présence de battements cardiaques et de mouvements respiratoires) mais décédé dans les 7 jours de vie.

- Le taux de mortalité néonatale précoce est le nombre de décès infantiles jusqu'à 7 jours inclus divisé par le nombre de naissances vivantes multiplié par 1000.

II- Prise en charge de la femme enceinte :

A- La consultation prénatale (CPN) :

La consultation prénatale a été exportée vers les pays en voie de développement telle qu'elle était conçue dans les pays industrialisés, sans questionnement sur son efficacité pour diminuer les morbidités et mortalités maternelles et néonatales.

Aujourd'hui l'obstétrique est préventive et la surveillance prénatale à une influence décisive sur les résultats obstétricaux.

Ainsi la consultation prénatale doit permettre de :

- 1- dépister certains risques majeurs pour lesquels des actions sont possibles : cicatrice utérine ; présentation anormale du fœtus ; rupture prématurée des membranes, grossesses multiples et métrorragies ;
- 2- prévenir et ou dépister et ou prendre en charge certaines pathologies de la grossesse : troubles hypertensifs, infections (paludisme, MST, VIH, tétanos, infections urinaires), anémie, diabète ;
- 3- conseiller, soutenir et informer les femmes enceintes et leur famille sur les signes de gravité, organisation d'une évacuation, organisation d'un plan d'accouchement.

- Le rythme des consultations prénatales :

Une femme enceinte doit consulter au moins une fois par mois, deux fois au cours du dernier mois.

La surveillance sera plus rapprochée en cas de pathologie, tout les quinze jours, voire moins.

Au Mali le rythme des consultations prénatales est mensuel mais l'Institut National de Prévoyance Sociale (I.N.P.S) exige quatre (4) :

- La première CPN au premier trimestre ;
- La seconde CPN au deuxième trimestre ;

- La troisième CPN au huitième mois ; et
- La quatrième ou dernière CPN au neuvième mois.

En France quatre (4) consultations prénatales sont obligatoires :

- une au cours des trois (3) premiers mois ;
- une autre pendant le sixième mois ;
- la troisième dans la première quinzaine du huitième mois ;
- la dernière dans la première quinzaine du neuvième mois.

1- Examen pendant les trois premiers mois : Première consultation

a. L'interrogatoire recherche :

- La notion d'aménorrhée qui permet de faire le diagnostic de la grossesse, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée et leur aspect.
- Les troubles sympathiques qui sont souvent inconstants : les nausées, vomissements, sialorrhée, constipation, irritabilité, somnolence, fatigue, dégoûts ou envies.
- L'âge, profession, statut matrimonial (mariée, célibataire, divorcée), les conditions de travail.
- Les antécédents médicaux : hypertension artérielle (HTA), diabète, cardiopathie, néphrites, tuberculose, rubéole, syphilis, toxoplasmosse,
- Les antécédents chirurgicaux (myomectomie, césarienne, salpingectomie, chirurgie du bassin ou du rachis).
- Les antécédents obstétricaux : à la recherche du déroulement normal des grossesses et d'accouchements précédents avec naissance d'enfants sains et non traumatisés. La survenue au cours des grossesses antérieures d'accidents tels que : placenta praevia, toxémie gravidique, anomalie pondérale (macrosomie ou hypotrophie fœtale), une dystocie (mécanique ou dynamique), une mort fœtale in utero ou

perpartum, la naissance d'enfant malformé doit inciter à une surveillance particulière afin d'éviter leurs récives.

b- Examen clinique

- Examen général : comporte la prise de la tension artérielle à la recherche d'une HTA, le pouls, le poids, les conjonctives à la recherche d'une anémie.

- Examen obstétrical : le toucher vaginal apprécie le col qui est ramoli, le corps utérin qui est augmenté de volume, globuleux.

L'examen au spéculum recherche des lésions cervico-vaginales.

c- Examens paracliniques

-l'examen des urines recherchant la protéinurie et la glycosurie.

-les réactions sérologiques à la recherche de syphilis (VDRL, TPHA)

-le sérodiagnostic de la rubéole et de la toxoplasmose.

-la sérologie de l'hépatite B.

-le groupage sanguin et rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières chez toute patiente rhésus négatif.

-la sérologie VIH avec l'accord de la femme.

-un examen cyto bactériologique des urines, bactériologie des sécrétions cervico-vaginales, le bilan d'HTA, de diabète seront demandés selon les circonstances.

-l'échographie précise le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons et surtout l'âge gestationnel.

2-Surveillance pendant le deuxième trimestre.

Cette surveillance comporte la mesure de la hauteur utérine pour la croissance foétale, le toucher vaginal qui étudie le col utérin en précisant sa longueur, sa position, son degré d'ouverture au niveau des deux orifices, sa consistance.

La prise de poids doit être régulière et ne pas dépasser deux kilogrammes par mois à ce stade, la mesure de la tension artérielle qui doit rester inférieure à 140/90mmHg.

-la recherche de sucre et d'albumine dans les urines, d'anticorps immuns si la femme est rhésus négatif.

-l'échographie à la recherche d'anomalies morphologiques afin de prévoir des conditions particulières de surveillance de la grossesse et de l'accouchement. La biométrie servira à établir la courbe de croissance.

L'intérêt des consultations prénatales à cette période est la recherche des facteurs de risque, le dépistage des menaces d'accouchement prématuré dont leur traitement sera mis en œuvre immédiatement.

3 La surveillance au cours des trois derniers mois.

La grossesse sera surveillée comme précédemment par l'interrogatoire, les examens cliniques et complémentaires qui permettront d'apprécier l'état fœtal et le retentissement sur l'organisme maternel.

L'examen débute par la mesure de la hauteur utérine proportionnelle à l'âge de la grossesse.

27 cm à 32 SA (7mois)

30 cm à 36 SA (8mois)

33 cm à 40 SA (9 mois).

La palpation renseigne sur la consistance de l'utérus et sur la situation du fœtus : pôles (tête, siège).

L'auscultation du rythme cardiaque avec le stéthoscope obstétrical. Ce rythme cardiaque est à 140 battements par minute (bpm) environ.

Le toucher vaginal explore

- L'état du périnée : l'étroitesse ou la béance, la souplesse ou la rigidité des tissus vagino-périno-vulvaires ;

- Le col qui est centré ou postérieur, ramolli, fermé ;
- Le segment inférieur et la présentation
- Le bassin.

La radiopelvimétrie est pratiquée lorsqu'on soupçonne l'existence d'une dystocie osseuse.

L'échographie précise la position du fœtus, le niveau du placenta, mesure le diamètre bipariétal de la tête fœtale.

Cette surveillance conduit dans la majorité des cas à prévoir un accouchement par voie basse, parfois à poser d'emblée l'indication maternelle ou fœtale d'une césarienne de principe.

C'est par la précision, la généralisation des examens cliniques et paracliniques que l'on pourra supprimer la mortalité maternelle et réduire le taux de mortalité périnatale.

B – Examen clinique à l'entrée dans la salle d'accouchement:

1 L'interrogatoire : **recherche**

a) les motifs d'entrée qui peuvent être :

- des contractions utérines ;
- un écoulement de liquide, une hémorragie ;
- une diminution ou absence des mouvements du fœtus ;
- une fièvre avec douleurs abdominales ou lombaires, des céphalées.

b) l'identité de la femme :

Age, ethnie, situation familiale (mariée, célibataire, divorcée) lieu de résidence, profession, moyen de transport, mode de logement.

c) les antécédents familiaux :

Malformations, hypertension artérielle, diabète, obésité, cancers gynécologiques.

d) Les antécédents médicaux :

Hypertension artérielle, diabète, cardiopathie, infections urinaires, phlébites.

e) les antécédents chirurgicaux :

Chirurgie du bassin, du rachis, de l'abdomen (appendicectomie), chirurgie gynécologique.

f) Les antécédents gynécologiques :

Puberté, stérilité, date du dernier frottis cervico- vaginal.

g) les antécédents obstétricaux :

Le nombre de fausses couches (IVG et fausses couches spontanées)

Grossesse antérieures : déroulement avec leur pathologie ;

Les conditions d'accouchement : normaux, une extraction instrumentale (forceps, ventouse), une césarienne, une déchirure périnéale, une hémorragie de la délivrance.

h) Histoire de la grossesse actuelle : elle basée sur :

- La connaissance du terme fondée sur la date des dernières règles (DDR), nombre de consultations prénatales et la qualification du consultant, les examens paracliniques de surveillance ;

- La recherche d'une notion de pathologie associée telle que une menace d'accouchement prématuré, une hypertension artérielle, une prise de poids anormale, des métrorragies, des infections.

2 Examen physique :

Il comporte un examen général, un examen obstétrical et un examen des autres appareils.

a- Examen général : il apprécie

L'état général, la conscience, la tension artérielle, la température, le pouls, le poids, la taille, les conjonctives à la recherche d'une anémie ou d'un ictère, recherche des oedèmes ou des varices.

b- Examen obstétrical : comporte

- L'examen de l'utérus gravide qui apprécie l'axe foetal par rapport à l'axe utérin, la hauteur utérine pour la croissance foetale, recherche le pôle céphalique pour le diagnostic de présentation.
- L'examen du périnée recherche des lésions (herpes, condylomes) et apprécie sa souplesse.
- Le toucher vaginal : apporte des renseignements sur le segment inférieur (son ampliation, sa minceur), le col utérin (sa position, son degré d'effacement, sa dilatation, l'intégrité des membranes, le type de présentation et son niveau d'engagement et le bassin maternel.
- L'auscultation des bruits du cœur foetal (BDCF) au stéthoscope de Pinard.
- Les contractions utérines sont appréciées dans leur fréquence et leur durée.

c- Examen des autres appareils : tels que

- l'appareil cardio-respiratoire qui est examiné pour rechercher des souffles anorganiques ou un asthme.
- l'examen de l'appareil neurologique recherche une notion d'épilepsie qui confère à la grossesse un caractère de haut risque et dont le diagnostic différentiel se fera avec une crise d'éclampsie.
- l'appareil locomoteur à la recherche d'une affection touchant le rachis, d'un traumatisme du bassin ou d'une boiterie.

Durant toute la grossesse une supplémentation en fer et une chimioprophylaxie antipaludique sont systématiquement introduites.

Au terme de cet examen, un premier jugement est porté sur l'existence ou non d'anomalies faisant craindre des perturbations dans le déroulement de l'accouchement.

C – Surveillance du travail d'accouchement.

Cette surveillance se fonde sur le partogramme et comporte :

1- la surveillance de l'évolution du travail :

a) les contractions utérines (cu)

La palpation de l'utérus permet d'apprécier :

- leur fréquence qui est 1 CU toutes les 15 à 20 minutes en début de travail (phase de latence) et 1 CU toutes les 3 minutes en phase active de travail soit 3 CU toutes les 10 minutes.
- Leur durée qui est de 15 à 20 secondes en début de travail et atteint 30 à 45 secondes en fin de dilatation.

Des anomalies à type d'hypercinésie (contractions trop rapprochées) ou d'hypocinésie (contractions trop espacées) peuvent se rencontrer.

b) **La dilatation** : la marche de la dilatation se divise en deux phases selon Friedman.

- Une phase de latence qui dure en moyenne 8 heures 30 minutes chez les primipares et 5 heures chez les multipares.

L'étude de Lewin montre que les résultats fœtaux sont altérés après 15 heures de phase de latence.

- Une phase active qui dure en moyenne 3 heures 30 minutes chez les primipares et 2 heures chez les multipares.

Pour Lewin des zones de danger apparaissent après 5 heures chez les primipares et 4 heures chez les multipares.

c) **La progression du mobile fœtal** : la descente de la tête fœtale dans le pelvis est appréciée par :

- la palpation : lorsqu'on ne sent pas l'occiput, le moignon de l'épaule est à moins trois travers de doigt de la symphyse ; on dit que la présentation du sommet est engagée.

- le toucher vaginal : les deux doigts dirigés vers S2 rencontrent la tête fœtale (signe de Farabeuf).

2- Surveillance de l'état du fœtus :

a) Comptage des bruits du cœur fœtal (BDCF) :

L'auscultation et le comptage des BDCF au stéthoscope de PINARD trouve normalement un rythme cardiaque entre 120 et 160 battements par minute (bpm). On parle de tachycardie lorsque les BDCF sont supérieurs à 160 bpm ou de bradycardie quand ils sont inférieurs à 120 bpm pendant plus de 10 minutes. Ces modifications du RCF traduisent une hypoxie donc une SFA.

b) Le monitoring

L'enregistrement du RCF est l'un des meilleurs moyens de surveillance du fœtus. Il est utilisé de façon répétitive au cours de la grossesse et tout au long du travail. Sa généralisation et la rigueur qu'il apporte à la surveillance du fœtus ont entraîné une meilleure qualité de la naissance et une baisse de la mortalité périnatale.

Le cardiotocographe est un appareil qui enregistre simultanément à l'aide de capteurs électroniques le rythme cardiaque fœtal (rcf) et l'activité utérine dont la courbe sert de référence pour analyser les variations du rythme.

On distingue :

- la tocographie externe par l'intermédiaire d'un capteur fixe sur l'abdomen de la mère, transmet les modifications de la paroi abdominale au moment d'une contraction utérine.

- la tocographie interne : par l'intermédiaire d'une tête de pression, fournit les valeurs exactes de tous les paramètres de la contraction (l'intensité, le tonus de base, la fréquence et la durée).

Tableau II : évaluation du rythme cardiaque foetal en cours de travail

Dilatation RCF	Début	Vers 5cm	Fin
Normal	FB 120-160 Oscillation >5bpm		
	Et <ul style="list-style-type: none"> • Pas de ralentissement 	Bien que <ul style="list-style-type: none"> • Ral. précoces fiables • Ou variables non résiduels 	Bien que <ul style="list-style-type: none"> • Ral. précoces faibles • ou modérés • Ou variables faibles non résiduels
Suspect	FB 120-100 <100 de 3 à 10mn 160-180 isolée, et sans médication ou Osc minimales (3-5) plus de 30mn sans médication Ou Ral. Précoces ou variables non résiduels faibles ou modérés	FB 120-100 <100 de 3 à 10 continues sans médication ou Osc minimales > 30 mn continues sans médication Ou Ral. Variables non / i résiduels/ irréguliers Ral. Précoces répétés modérés ou marqués	FB 120-100 <100 de 3 à 10mn ou Osc minimales plus de 30mn Ou Ral. Var. résiduels faibles Ral. Var. non résiduels répétés Ral. Précoces marqués répétés
Pathologie	FB < 100 plus de 10mn 160-180 associée à d'autres anomalies > 180 plus de 10 mn ou Rythme plat (\leq 2bpm) plus de 10mn Ou Ral. Tardifs Ral. Variables résiduels Ral. Variables non résiduels marqués Ral. Précoces marqués répétés.	FB < 100 plus de 10mn 160-180 plus de 10mn associée > 180 ou Rythme plat plus de 10mn Ou Ral. Tardifs Ral. Variables résiduels faibles ou modérés Ral. Variables non résiduels marqués répétés	FB < 100 plus de 10 mn 160-180 plus de 10 mn associée > 180 Rythme plat plus de 10 mn Ou Ral. Tardifs Ral. Variables résiduels modérés ou marqués.

Tiré de Précis d'obstétrique de R. Merger 6^e édition Paris 2001 (page 125).

FB : Fréquence de base

OSC : Oscillation

RAL : Ralentissement

C- Le liquide amniotique :

Il est normalement clair ; l'apparition d'une coloration en vert plus ou moins sombre par le méconium est un signe de souffrance fœtale.

Tableau III : corrélations entre le rythme cardiaque fœtal et la couleur du liquide amniotique (d'après Miller F.C.)

Etat du liquide amniotique au début du travail	Rythme cardiaque fœtal au début du travail	Evolution de l'équilibre acido-basique
Teinté épais	Pathologique	Acidose précoce
Teinté fluide	Normal	RAS
Clair	Pathologie	Acidose ± tardive
Clair	Normal	RAS

Tiré le pratique de l'accouchement de J. Lansac Paris 2001 (page 279).

d) - Les micro-analyses par prélèvement du sang fœtal (PSF) = mesure de l'équilibre acido-basique.

Toute anomalie du rythme cardiaque fœtal doit insister à mesurer l'équilibre acido-basique.

Le pH physiologie se situe entre 7,40 et 7,45 ; ce qui traduit l'équilibre entre les fonctions métaboliques et respiratoires de l'organisme et celle des cellules. Un déséquilibre entre ces fonctions se traduit par une modification de pH.

Ainsi pendant l'accouchement une diminution du pH entre 7,25 et 7,20 est une pré acidose et inférieur à 7,20 est une acidose.

Il existe des facteurs qui tendent à diminuer le pH du sang capillaire.

- Causes placentaires : insuffisance placentaire (néphropathie, HTA, diabète, dépassement de terme), décollement prématuré du placenta, placenta praevia ;
- Causes maternelles : maladies pulmonaires, cardiaques, anémie, choc hypovolémique, collapsus ;
- Causes fœtales : complications funiculaires, infections intra-utérines, malformation ;
- Causes iatrogènes : les médicaments.

3- Surveillance de l'état maternel :

A chaque examen l'état maternel est contrôlé par la prise de la tension artérielle, du pouls et l'état de la conscience.

III- Examen clinique du nouveau-né à la naissance :

Tout enfant normal respire et crie immédiatement à la naissance.

Dans les premières minutes de vie, la bonne adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine est vérifiée par la cotation du score proposé par Virginia Apgar [1].

Ce score d'Apgar comprend cinq (5) paramètres, chacun coté de 0 à 2, à une minute et à 5 minutes.

Le nouveau-né normal a un score d'Apgar supérieur à 7 à une minute et à 5 minutes. Un score inférieur à 7 et à fortiori inférieur à 3 à un moment quelconque des 10 premières minutes de vie traduit des difficultés d'adaptation.

Tableau IV: Le score d'Apgar.

Score	0	1	2
Rythme cardiaque	Absent	Lent (< 100)	> 100
Efforts respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Cri vigoureux
Tonus musculaire	Hypotonie	Légère flexion des extrémités	Bonne activité
Réflexes à la stimulation	Pas de réponse	Grimace	Toux ou étternement
Coloration	Cyanose, Pâleur	Corps rose, extrémités cyanosées	Rose

Tiré du Traité d'obstétrique de Roger Vokaer Paris 1983 (page 709).

Crankshow propose un système simplifié utilisant 3 critères cliniques : Coloration, rythme cardiaque, respiration [9].

Grégory utilise le score d'Apgar comme guide de réanimation et complète l'évaluation par la détermination du pH du cordon, de l'équilibre acido-basique ultérieur et la mesure de la tension artérielle [18].

Les paramètres de l'enfant : le poids, la taille, le périmètre crânien, le périmètre thoracique sont pris.

En salle d'accouchement un premier examen clinique rapide est effectué pour s'assurer de l'absence de toute malformation congénitale immédiatement préoccupante au niveau du faciès, des membres, du tronc, des organes génitaux externes, du palais ou des orifices naturels (narines, anus).

Tableau V :

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT			
NOM DE L'AGENT :			
	NORMAL	ALERTE	REF
POIDS	Plus de 2500g	moins de 2500gr	Moins de 2000g
FIEVRE	moins de 37° 5	entre 37° 5 et 40°	Plus de 40°
HYPOTHERMIE	plus de 36° 0	entre 35° 5 et 36°	Moins de 35° 5
RESPIRATION	moins de 40/ min	entre 40/ min et 80/ min	APNEE
POULS	plus de 100/ min	entre 100/ min et 60/ min	Moins de 60/ min
MALFORMATIONS	NON	OUI	Fente palatine ou imperforation anale
REANIMATION	NON	OUI : moins de 10 min	OUI : plus de 10 min
TRAITEMENT			

Tiré du Partogramme utilisé au CSREFCV du District de Bamako.

Dans les 24 premières heures de vie un examen clinique détaillé sera effectué par le pédiatre en présence de la mère. Il s'assurera de l'absence d'un retard à l'adaptation à la vie extra-utérine, d'une infection, d'une malformation congénitale non diagnostiquée dans les premières minutes chez le nouveau-né.

A la fin de cet examen une fiche d'identification de l'enfant est établie.

Tableau VI : Fiche d'identification de l'enfant :

Accouchement	
Date le	-----à-----heures
Lieu	-----
Terme	-----semaines d'aménorrhée effectué par (nom, qualification, adresse)-----
Accouchement eutocique	-----
Autres modalités (à préciser)	-----

Etat de l'enfant à la naissance			
Poids -----	Taille -----	Périmètre crânien -----	Périmètre thoracique-----
Apgar à 1minute	-----		
à 5 minutes	-----		
A-t-il fallu le réanimer ?	-----		
Si oui, préciser comment ?	-----		
Respiration autonome après	-----minutes		
Anomalies et malformations, transfert, autres renseignements	-----		

Tiré de Pratique de l'accouchement de J. Lansac Paris 2001 (page 79).

IV- Les facteurs de risque de mortalité périnatale :

1-Facteurs socio-économiques et anthropométriques :

- Les âges extrêmes (âge maternel inférieur à 18 ans et supérieur égal à 40 ans),
- les faibles revenus,
- la grossesse indésirée,

- la petite taille (taille inférieure à 1,50m),
- non fréquentation du service sanitaire pour la consultation prénatale

2- Les antécédents obstétricaux :

- La primiparité,
- La grande multiparité,
- Antécédent de mortinaissances ou de mortalité néonatale,
- Antécédent de césarienne,
- Intervalle inter gésésique court

3- Les facteurs de risque détectable pendant la consultation prénatale :

- Anémie,
- Syphilis,
- Hémorragies génitales,
- HTA,
- Diabète,
- Paludisme
- Grossesse multiple

4- Les facteurs de risque dépistables pendant la période anté-natale immédiate et le travail d'accouchement :

- Rupture prématurée des membranes,
- Présentation dystocique,
- Utilisation d'ocytociques,
- Travail prolongé.

La notion de haut risque de mortalité périnatalité repose essentiellement sur la consultation prénatale [12].

V- Les causes de mortalité périnatale :

A l'étiologie purement médicale, souvent d'une grande complexité, s'ajoutent des causes sociales et économiques : condition de vie, organisation sanitaire, existence d'un personnel médical spécialisée.

- **La prématurité** : En toute circonstance tient une part importante dans la mortalité. On la retrouve dans 65% des cas. L'abaissement du taux de prématurité et la surveillance constante du fœtus sont les deux progrès qui ont le plus contribué à l'abaissement de la mortalité périnatale.

- **Les causes médicales** :

a- Pendant la grossesse :

- Les états pathologiques antérieurs à la grossesse (diabète) parfois aggravés par elle (néphropathies) ;
- les états pathologiques contemporains de la grossesse : les infections bactériennes (pyélonéphrites et cystites, listériose, syphilis, cervicites) ; les infections virales (cytomégalovirus « CMV », rubéole, VIH) ; Les infections parasitaires (toxoplasmose, paludisme) ;
- Les états spécifiquement gravidiques : la toxémie à elle seule responsable de 25% des morts fœtales ;
- Les affections sanguines (incompatibilité foeto-maternelle) ;
- Le retard de croissance fœtale ;
- Les anomalies congénitales (malformation congénitale).

b- Pendant le travail :

- L'hypoxie dont les causes sont diverses (dystocie dynamique, placenta praevia, hématome rétro placentaire, complication funiculaire, etc.).
- Le traumatisme spontané (dystocie mécanique) ou provoqué.

c- Après la naissance :

- Les détresses respiratoires ;
- Les malformations congénitales (embryopathie, foetopathie, génopathie) ;
- L'infection ;
- Les hémorragies intracrâniennes.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

I. Cadre d'étude :

Notre étude a lieu dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Notre choix s'est porté sur ce centre du fait qu'il est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé publique sont préoccupants.

1.1. **Organisation structurale** :

Le service de gynéco-obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches
- Une unité pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Une unité de néonatalogie
- Une unité de PF (Planification Familiale)
- Une unité pour les consultations prénatales
- Une salle de consultation de Gynéco-Obstétrique

Le service est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynécologie-Obstétrique.

1.2. **Le personnel** : le personnel est composé :

- 1 Gynécologue obstétricien,
- 29 Sages-Femmes
- 7 Infirmiers
- 6 Aides-soignants
- 4 Manœuvres
- 4 Chauffeurs

1.3. **Fonctionnement** : il existe 4 jours de consultations gynécologiques, 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures 15 minutes réunissant le personnel du service, dirigé par le Chef de service. Au cours de ce staff,

l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 Heures durant la garde.

La visite est journalière et la visite générale chaque Lundi et Jeudi après le Staff.

Au niveau organisationnel du service de garde :

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un Médecin gynécologue obstétricien ;
- Cinq Etudiants en Médecine faisant fonction d'Interne ;
- Deux sages-femmes ;
- une aide-soignante ;
- un Infirmier anesthésiste ;
- un technicien de laboratoire ;
- un caissier (e) ;
- deux garçons de salle
- un chauffeur d'ambulance assurant la liaison entre les CSCOM et le CSREF d'une part, le CSREF et les hôpitaux, le CNTS d'autre part.

L'équipe de garde dispose de :

- Quatre tables d'accouchement ;
- Une salle d'opération ;
- Un dépôt de sang ;
- Des kits des médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit crée sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après l'intervention.

2- Type d'étude et période d'étude :

Notre étude est prospective, descriptive et analytique. Elle a couvert la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit 12 mois.

3- Population d'étude :

Notre étude a porté sur les fœtus et les nouveau-nés âgés d'au moins 28 SA et décédés durant la période de l'étude dans le service.

4- Critères d'inclusion :

Ont été inclus les fœtus mort d'au moins 180 jours d'âge gestationnel (28 SA) et les nouveau-nés de moins de 24 heures décédés dans le service pendant la période d'étude.

5- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- les fœtus morts dont l'âge gestationnel est inférieur à 180 jours ;
- Les fœtus et les nouveau-nés morts dont l'accouchement n'a pas été fait dans le service.

6- Outils de collecte :

La collecte des données a été faite avec une fiche d'enquête individuelle complétée à partir des dossiers obstétricaux et du registre d'accouchement.

Ces documents ont permis de relever les renseignements nécessaires sur les femmes et leurs nouveau-nés jusqu'à leur sortie de la maternité.

Les variables étudiés sont :

- les renseignements sociodémographiques de la mère (âge, situation matrimoniale, profession, niveau d'instruction) et du père,
- les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (gestité, parité, nombre d'enfants vivants, nombre de mort-né, nombre d'avortement), intervalle inter génésique,
- les pathologies survenues au cours de la grossesse,
- le type de grossesse,

- le nombre de consultations prénatales,
- les renseignements sur le nouveau-né (poids, sexe, les anomalies congénitales....).

7- Analyses des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faite sur le logiciel EPI – INFO 6 – 04 CFR – et la rédaction sur Microsoft Word 2000.

Le test de Khi^2 a été utilisé pour comparer nos résultats.

Le test de Fisher a été utilisé pour les valeurs inférieures à 5.

Les tests donnant une valeur de $P < 0,05$ ont été considérés comme significatifs.

8- Difficultés rencontrées au cours de l'étude.

Nous n'avons pas pu prendre en compte tous les critères de la définition de la mortalité périnatale car :

- les fœtus dont l'âge gestationnel est compris entre 22 et 27 SA sont des grands prématurés à la naissance et leur adaptation est difficile voire impossible dans nos conditions d'élevage.
- les nouveau nés après leur sortie du service ont échappé à notre surveillance soit parce qu'ils ont été référés au service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré et il n'y a pas eu de rétro information soit parce que les mères conviées à la consultation post natale une semaine après l'accouchement n'ont pas respecté le rendez- vous.

RESULTATS

RESULTATS :

Fréquence : taux de MPN.

Sur les 7773 accouchements survenus à la maternité du centre de santé de référence de la commune V, nous avons enregistré 406 cas de MPN soit 52,2% durant la période d'étude.

I. Etude descriptive :

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de leurs âges

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	81	20%
20 – 34 ans	270	66,5%
35 ans et plus	55	13,5%
Total	406	100%

Age moyen = 26,19 ans ± 6,8 Age médian = 25 ans Ages extrêmes 13 ans et 46 ans

Tableau II : Répartition des femmes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	151	37,2%
Référée/évacuée	255	62,8%
Total	406	100%

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

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Contractions utérines douloureuses	120	29,5%
Métrorragie	99	24,4%
HTA	74	18,2%
Manque d'effort expulsif	28	6,9%
Rupture prématurée des membranes	27	6,6%
Procidence du cordon	20	4,9
Absence des mouvements actifs du foetus	17	4,2%
Dilatation stationnaire	9	2,2%
Eclampsie	8	2%
Présentation transversale	4	1%
Total	406	100%

Tableau IV : Répartition des femmes selon leurs professions.

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	318	78,3%
Commerçante	60	14,8%
Elève / Etudiante	6	1,5%
Fonctionnaire	6	1,5%
Coiffeuse	16	3,9%
Total	406	100%

Tableau V : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	365	89,9%
Célibataire	39	9,6%
Divorcée	2	0,5%
Total	406	100%

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruite	324	79,8%
Primaire	64	15,8%
Secondaire	14	3,4%
Supérieur	4	0,9%
Total	406	100%

Tableau VII : Répartition des femmes selon la profession du conjoint.

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	120	29,6%
Commerçant	100	24,6%
Elève / Etudiant	42	10,3%
Fonctionnaire	48	11,8%
Autres	96	23,6%

Total	406	100%
--------------	------------	-------------

Tableau VIII : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction du conjoint.

Niveau d'instruction du conjoint	Effectif	Pourcentage
Non instruit	240	59,1%
Primaire	102	25,1%
Secondaire	50	12,3%
Supérieur	14	3,4%
Total	406	100%

Tableau IX : Répartition des femmes en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
H T A	35	8,6%
Ulcère gastro-duodéal	15	3,7%
Drépanocytose	13	3,2%
Diabète	4	1,0%
Cardiopathie	2	0,5%
Néphropathie	1	0,2%
Aucun	336	82,7%
Total	406	100%

Tableau X : Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	91	22,4%
Paucigeste	163	40,1%
Multigeste	152	37,4%
Total	406	100%

NB : Primigeste = 1 ; Paucigeste = 2-4 ; Multigeste ≥ 5 ;

Tableau XI : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	165	40,6%
Paucipare	138	34,0%
Multipare	103	25,4%
Total	406	100%

NB : Primipare = 1 ; Paucipare = 2-4 ; Multipare = 5-6 ; grande multipare ≥ 7

Tableau XII : Répartition des femmes en fonction des antécédents d'avortement.

Antécédent d'avortement	Effectif	Pourcentage
0	344	84,7%
1	45	11,1%
2	11	2,7%
3	2	0,5%
4	4	1%
Total	406	100%

Tableau XIII : Répartition des femmes selon les antécédents de mort-né.

Nombre de mort - né	Effectif	Pourcentage
0	334	82,3%
1	45	11,1%
2	20	4,9%
3	5	1,2%
4	2	0,5%
Total	406	100%

Tableau XIV : Répartition des femmes selon les antécédents de décès néonatal.

Nombre De décès néonatal	Effectif	Pourcentage
0	359	88,4%
1	30	7,4%
2	14	3,4%
3	2	0,5%
4	1	0,2%
Total	406	100%

Tableau XV : Répartition des femmes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	96	23,6%
1-3	221	54,4%
≥ 4	89	22%
Total	406	100%

Tableau XVI : Répartition des femmes selon l'intervalle inter-génésiq.

Intervalle inter-génésiq. en mois	Effectif	Pourcentage
< 24 mois	246	60,5%
≥ 24 mois	67	16,5%

Tableau XVII : Répartition de la MPN en fonction des pathologies de la grossesse.

Pathologies de la grossesse	Effectif	Pourcentage
HTA	141	34,7%
Infections	70	17,2%
Paludisme	62	15,3%
Anémie	33	8,1%
Eclampsie	8	2,0%
Diabète	6	1,5%
Incompatibilité foeto-maternelle	4	1%
Ictère	2	0,5%
VIH	1	0,2%
Aucune pathologie	79	19,4%
Total	406	100%

Tableau XVIII : Répartition des femmes en fonction du type de bassin

Type de bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	370	91,1%
Bassin limite	25	6,1%
Bassin généralement rétréci	7	1,7%
Bassin asymétrique	4	1%
Total	406	100%

Tableau XIX : Répartition des fœtus en fonction du type de présentation

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
Sommet	342	84,2%
Siège	44	10,8%
Transversale	16	3,9%
Face	2	0,5%
Front	2	0,5%
Total	406	100%

Tableaux XX : Répartition de la MPN en fonction des anomalies rencontrées au cours du travail d'accouchement.

Les anomalies	Effectif	Pourcentage
HTA	143	35,2%
Hématome Rétro Placentaire	81	20,0%
Présentations dystociques	62	15,3%
Anomalies du bassin	36	8,8%
Rupture utérine	22	5,4%
Procidence du cordon	20	4,9%
Placenta Praevia	18	4,4%
Syndrome de prérupture utérine	10	2,5%
Aucune anomalie	14	3,4%
Total	406	100%

- Présentations dystociques = présentations transversales, présentations du siège ;

- Anomalie du bassin = bassin généralement rétréci, bassin limite, bassin asymétrique.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la nature de la grossesse.

Nature de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Unique	377	92,9%
Gémellaire	29	7,1%
Total	406	100%

Tableau XXII : Répartition des femmes selon l'âge de la grossesse.

L'âge gestationnel	Effectif	Pourcentage
28 – 32 SA	101	24,9%
33 – 36 SA	76	18,7%
37 – et plus	229	56,4%
Total	406	100%

Age moyen = 36,26 SA \pm 4,11 Ages extrêmes = 28 SA et 42 SA

Tableau XXIII : Répartition des femmes en fonction de la vitalité du fœtus à l'admission.

Vitalité	Effectif	Pourcentage
Vivants	63	15,5%
Morts	343	84,5%
Total	406	100%

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état à l'expulsion.

Etats des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Mort-nés	370	91,1%
Vivants	36	8,9%
Total	406	100%

Tableau XXV : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	292	71,9%
Césarienne	92	22,6%
Laparotomie pour rupture utérine	22	5,4%
Total	406	100%

Tableau XXVI : Répartition des fœtus et nouveau-nés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	234	57,5%
Féminin	172	42,5%
Total	406	100%

Tableau XXVII : Répartition des fœtus et des nouveau-nés selon le poids.

Poids	Effectif	Pourcentage
< 2500 g	195	48%
2500 – 3900 g	203	50%
≥ 4000 g	8	2%
Total	406	100%

Tableau XXVIII : Répartition des fœtus des nouveau-nés en fonction des causes de la mortalité périnatale.

causes	Effectif	Pourcentage
H T A + H R P + Eclampsie	232	57,1%
Infections	70	17,2%
Paludisme	62	15,3%
Anémie	33	8,1%
Détresse respiratoire	25	6,1%
Rupture utérine	22	5,4%
Procidence du cordon	20	4,9%
Placenta Praevia	18	4,4%
Prématurité	11	2,7%
Malformations congénitales	6	1,5%
Diabète	6	1,5%
Incompatibilité foeto-maternelle	4	1%

II. Etude analytique :

Tableau XXIX : relation entre l'âge maternel et mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
Age maternel			
≤19 ans	72	9	81
20-34 ans	247	23	270
≥35 ans	51	4	55
Total	370	36	406

Il n'existe pas de relation statistique significative entre l'âge maternel et la mortalité périnatale $P=0,698$.

Tableau XXX : relation entre l'âge gestationnel et la mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
Age gestationnel			
28-32 SA	94	7	101
33-36 SA	68	8	76
≥37 SA	208	21	229
Total	370	36	406

Il n'y a pas de différence statistique significative entre l'âge gestationnel et la mortalité périnatale $P=0,686$

Tableau XXXI : relation entre le poids des nouveau-nés et mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
poids des nouveau-nés			
<2500g	180	15	195
2500-3900	184	19	203
≥4000g	6	4	8
Total	370	36	406

Il n'existe pas de relation statistique significative entre le poids des nouveau-nés et la mortalité périnatale $P=0,226$.

Tableau XXXII : relation entre antécédents de mort-nés et mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
antécédents de mort-nés			
Oui	62	10	72
Non	308	26	334
Total	370	36	406

Il n'existe pas de relation statistique significative entre les antécédents de mort-nés et la mortalité périnatale $P=0,098$.

Tableau XXXIII : relation entre antécédents de mort néonatale et mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
Antécédents de mort néonatale			
Oui	44	3	47
Non	326	33	359
Total	370	36	406

Il n'existe pas de relation statistique significative entre les antécédents de mort néonatale et la mortalité périnatale $P=0,378$.

Tableau XXIX : relation entre étiologies et mortalité périnatale

Issue de la grossesse	Mort-nés	Mort néonatale	Total
Etiologies			
HTA	141	2	143
Eclampsie	8	0	8
Diabète	4	2	6
Anémie	31	2	33
Paludisme	62	0	62
HRP	81	0	81
PP	18	0	18
Infections	70	0	70
Détresses respiratoires	0	25	25
Incompatibilité foeto-maternelle	4	0	4
Procidence du cordon	20	0	20
Rupture utérine	22	0	22
Prématurité	0	11	11
Malformation foétale	6	0	6

Il existe une relation statistique significative entre la mortalité périnatale et l'HTA (P=0,000198), l'HRP (P=0,0035), Infection (P=0,0057).

Il n'y a pas de relation statistique significative entre la mortalité périnatale et les autres circonstances.

DISCUSSION

DISCUSSION :

Fréquence :

Sur les 7773 accouchements survenus à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, nous avons enregistré 406 cas de mortalité périnatale (370 cas de mortinatalité et 36 cas de mortalité néonatale précoce) soit un taux de 52,2‰. Cette étude a été réalisée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2005. Les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce sont respectivement 47,6‰ et 4,8‰.

En Afrique, différentes études effectuées sur la mortalité périnatale ont montré des taux semblables au notre.

Ainsi : en Côte d'Ivoire le taux de mortalité périnatale était de 52,5‰ entre 1994 et 1999 [10] et au Sénégal 41,3‰ selon la même source.

Au Mali, le taux de mortalité périnatale était de 50,2‰ selon l'EDSM-III en 2001[15].

Dans les pays développés, les taux de mortalité périnatale sont très faibles avec 6,5‰ en France [49] et 3,65‰ en Finlande [49] en 1999.

Ces taux de mortalité périnatale retrouvés dans les pays en voie de développement montrent l'effort qui reste à fournir pour une réduction importante de la mortalité périnatale qui demeure encore un réel problème de santé publique.

1. Les facteurs de risque :

1-1- Age maternel :

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20-34 ans avec 66,5%. L'âge moyen était 26,19 ans \pm 6,83 avec des extrêmes de 13 ans et 46 ans. Dans notre étude nous avons trouvé 20% de mortalité périnatale chez les femmes dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans et 13,5% pour les femmes de 35 ans et plus.

Kalenga et collaborateurs [29] ont obtenu 26,53% chez les femmes de moins de 20 ans et 12,67% chez les femmes de 35 plus.

Montue [43] trouve 13,55% chez les femmes de moins de 18 ans et 5,8% chez celles qui ont plus 35 ans.

Le taux faible de mortalité périnatale à 35 ans et plus est dû à la diminution de la fécondité chez les femmes lorsque l'âge avance.

1-2- Le niveau socio-économique de la femme :

La majorité de nos femmes étaient sans profession 78,3% et 78,9% étaient non instruites.

De nombreuses études faites sur la mortalité périnatale ont fait ce constat [13, 14, 29].

Le faible niveau socio-économique de nos femmes est certes responsable du mauvais suivi de leur grossesse d'où l'augmentation du taux de mortalité périnatale chez ces femmes.

1-3- La parité :

Pendant la durée de notre étude nous avons trouvé 40,6% de mortalité périnatale chez les primipares et 25,4% chez les multipares ;

Diallo M.S [13] trouve 74,07‰ chez les primipares.

Kalenga M.K [29] trouve 34,37% chez les primipares.

Le taux élevé de mortalité périnatale chez les primipares est dû à l'absence de suivi de leurs grossesses, au retard le diagnostic de dystocie.

La mortalité des enfants des multipares est due à l'âge avancée des mères mais également à leur morbidité provoquée par des pathologies associées (HTA, diabète, les malformations).

1-4- Intervalle inter génésique (IIG) :

Nous avons trouvé 60,5% de mortalité périnatale lorsque l'IIG est inférieur à 24 mois.

Montue [43] trouve 55,5%.

Nous notons que plus l'intervalle entre les grossesses est court plus le taux de mortalité périnatale est élevé.

1-5- Consultation prénatale (CPN) :

54,4% de nos femmes ont fait moins de 4 CPN.

Montue [43] trouve 55,9%.

Le taux de mortalité périnatale restera élevé lorsque les femmes ne font pas régulièrement les consultations prénatales le nombre élevé de CPN n'aura d'impact réel sur la mortalité périnatale que si le système de santé maternelle est organisé, la qualité des soins respectée et les relations personnelles de santé et population se font dans le respect mutuel.

2- Age gestationnel :

L'âge gestationnel a été évalué en semaine d'aménorrhée et l'âge moyen était de 36,26 SA \pm 4,11 avec des extrêmes de 28 SA et 42 SA.

43,6% de nos femmes avaient un âge gestationnel <37 SA.

N'Diaye B [46] et Sidibé [52] au cours d'une étude sur la prématurité en milieu Bamakois trouvent respectivement 130‰ et 854‰ de décès chez les prématurés.

Le taux élevé de prématurité est dû au retard de diagnostic des facteurs de risque ou au retard à l'évacuation vers le service où une prise en charge en urgence devrait être effectuée.

3- Mode d'admission :

Deux groupes se sont désignés dans la répartition des parturientes : 62,8% étaient référées ou évacuées des structures sanitaires périphériques et 37,2% étaient venues d'elles-mêmes.

Le taux élevé de mortalité périnatale chez ces femmes est dû au retard de diagnostic des facteurs de risque et de leur prise en charge.

Ainsi toute femme présentant une hémorragie pendant la grossesse ou une cicatrice utérine doit consulter et accoucher au niveau d'un centre chirurgical.

Toute femme présentant un autre facteur identifié doit consulter régulièrement et accoucher dans une structure où la référence vers un centre chirurgical sera possible et facile.

N'Diaye B. [46] trouve 60,4% des femmes évacuées contre 39,6% des femmes venues d'elle-même.

Moutongo [44] trouve 62,78% des femmes évacuées contre 37,22% venues d'elle-même.

4- Circonstances diagnostiques :

A l'admission 84,5% des fœtus étaient déjà morts in utéro, 15,5% des fœtus étaient vivants. Parmi ces 15,5% ; 6,6% des fœtus sont morts en perpartum et 8,8% sont morts en post partum.

Les décès perpartum sont dus aux malformations (6cas) ,à une souffrance fœtale aigue. Ici, même si la responsabilité de l'accoucheur est engagée, il faut cependant savoir que ces décès sont survenus dans un contexte de pathologies maternelles (HTA,diabète,anémie) compliquant la grossesse chez des parturientes référées en retard après un travail prolongé et laborieux .

NB : Nous n'avons pas pu étudier le paramètre "durée du travail d'accouchement " parce que la majorité des parturientes sont évacuées dans notre structure sans partogramme et souvent même sans fiche de liaison.

5- Sexe :

Le sexe masculin représentait 57,5% des cas de MPN contre 42,5% du sexe féminin.

N'Diaye B [46] a trouvé que le sexe masculin prédomine avec 56% par rapport au sexe féminin 49,3%.

Fall M [17] trouve que les garçons meurent plus souvent que les filles dans les premiers jours de vie.

Merger R [41] 56% de garçons contre 44% de filles.

La prédominance du sexe masculin suscite des interrogations et doit faire l'objet de recherche plus poussée.

Nous n'avons pas trouvé d'explication particulière par rapport à cette situation.

6- Poids :

Dans notre étude nous avons remarqué que 48% des nouveau-nés avaient moins de 2500g ; 50% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500-3900g et 2% avaient un poids supérieur ou égal à 4000g.

N'Diaye B [46] dans son étude trouve que la plus grande partie des mort-nés ont un poids inférieur à 2500g soit 51,1%.

Cissé C.T. et collaborateurs [9] dans leur étude trouvent que les nouveau-nés de moins de 2500g sont les plus exposés (52,2%).

Bethnod et collaborateurs [5] signalent que sur 139 nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 1000g, la mortalité est de 71,2% durant les 10 premiers jours de vie.

Nous avons constaté que les nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500g courent plus le risque de s'exposer à la mortalité périnatale.

7. Les étiologies :

7.1- HTA et ses complications (HRP et Eclampsie) :

HTA a elle seule représente 35,2% des causes de mortalité périnatale, HRP : 20% et éclampsie : 2%.

Selon Monnier [42] 11,22 % des morts in utero étaient dues à l'HTA.

L'étude de Mounzer [45] a trouvé 7,14 %

Moutongo [44] trouve 13,3 % de mort fœtale due à l'HRP.

Une surveillance rigoureuse par le dépistage systématique et la prise en charge précoce de l'HTA pendant la grossesse pourrait éviter la survenue des complications qui sont fatales pour le fœtus.

7.2- Infections urinaires :

Dans notre étude, les infections ont occupées la 3^{ème} place parmi les causes de mortalité périnatale avec 17,2%.

N'Diaye B [46] a retrouvé : 7,6% et J. Senecal [51] trouve 0,96%.

Monnier et collaborateurs [42] ont eu 20%.

Ces hypothèses ont été évoquées devant l'hyperthermie chez la mère, la notion de rupture prématurée des membranes, le liquide amniotique fétide).

En absence de bilan biologique, nous n'avons pas été en mesure de retenir de diagnostic précis.

7.3- Paludisme :

Dans notre étude nous avons trouvé 15,3% de MPN liée au paludisme.

Kalenga et collaborateurs [29] dans leurs études ont trouvés 17,55%.

Koffi et collaborateurs [32] trouvent 0,82%,

Katilé [31] : 2,5%.

Ce taux élevé serait dû d'une part à la situation géographique (zone à forte endémie) et d'autre part à l'absence de chimioprophylaxie antipaludique qui devrait être systématique chez toutes les femmes enceintes.

7.4- Rupture utérine :

Dans 5,4% des cas, la rupture utérine a été retrouvée comme cause de mortalité périnatale.

Bayo A [3] trouve 948‰ de mortalité périnatale liée à la rupture utérine.

Kané M [30] trouve 834‰.

Ces cas de rupture utérine étaient dus à des présentations dystociques (transversale) non diagnostiquée à temps, à des désunions d'ancienne cicatrice

utérine ou l'usage incontrôlé de certains médicaments (ocytocine) au cours du travail d'accouchement.

Ces cas de rupture utérine pourraient être évités par le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate de ces anomalies.

7.5- La Prématurité :

La prématurité représentait 2,7% dans notre étude.

Sidibé B [52] dans une étude sur la prématurité à Bamako en 1986 montre que 85,4% des prématurés meurent dans les premières 48 heures de vie.

Berthé S [4] dans son étude montre que la prématurité est la quatrième cause de la mortalité périnatale dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE.

Le faible taux de mortalité par prématurité dans notre étude service est dû au fait que les nouveau-nés prématurés sont référés au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré immédiatement à la naissance pour une meilleure prise en charge.

7.6- Malformations :

Nous avons trouvé 1,1% de mortalité périnatale liée aux malformations.

Ces malformations fœtales ont été diagnostiquées après l'expulsion du fœtus.

Certains auteurs ont fait le même constat [43 ; 44 ; 45].

Ce faible taux de mortalité périnatale liée aux malformations est dû à l'absence de diagnostic des malformations internes parce que les échographies ne sont pas demandées ou à cause du coût élevé de l'échographie pour la plupart de nos femmes.

7.7- Les autres causes de MPN :

Nous avons enregistré au cours de notre étude d'autres causes tels que : anémie 8,1% ; détresse respiratoire 6,1% ; procidence du cordon 4,9% ; placenta praevia 4,4% ; diabète 1,5% ; incompatibilité foeto-maternelle 1%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La mortalité périnatale constitue un fléau dramatique pour un couple, une communauté et même pour une nation toute entière.

Cette étude montre qu'une réduction importante de la mortalité périnatalité ne peut être obtenue que par :

- des consultations prénatales de qualité et une surveillance du travail d'accouchement par un personnel formé, compétent ;
- L'équipement des structures en moyens adaptés à la prise en charge des nouveau-nés ;
- La sensibilisation et l'orientation des femmes enceintes vers les lieux d'accouchement les plus adaptés.

RECOMMANDATIONS

A la population :

- Fréquenter régulièrement les consultations prénatales ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel sanitaire ;
- Consulter dans un centre de santé dès qu'une anomalie se présente au cours de l'évolution de la grossesse ou dès le début du travail d'accouchement.

Au personnel de santé :

- Assurer la diffusion et le bon usage du carnet de consultation ;
- Informer les femmes enceintes et leurs familles sur les signes de gravité et l'organisation d'un plan d'accouchement ;
- Promouvoir le transfert in utero en cas de grossesse à risque pour la mère et pour l'enfant ;
- Surveiller correctement le travail d'accouchement en utilisant systématiquement le partogramme ;
- Examiner immédiatement le nouveau-né dès la naissance.
- Référer les grossesses à risque

Aux autorités :

- Assurer la formation des médecins et des sages-femmes au dépistage précoce et au traitement précoce des pathologies de la grossesse ;
- Promouvoir l'instruction des filles
- Promouvoir la mise en œuvre des mesures de sécurité (présence de personnel de santé suffisant et compétent) dans les maternités ;
- Offrir à la maternité du centre de santé de référence de la commune V un cardiotocographe pour améliorer la qualité des naissances.

REFERENCES

REFERENCES

- 1. Apgar V** : A protocol for a new method of evaluation of the newborn infant. 1953 ; 32 : 260-270.
Tiré du traité d'obstétrique de Roger Vokaer Tome I : la grossesse normale et l'accouchement eutocique.
- 2. Baeta S, Akpadza KS, Adjagba, K et collaborateurs.** Mortalité périnatale au centre hospitalier régional de Sokodé (Togo). Rev Fr Gynecol Obstet. 1996 ; 91 : 247-250.
- 3. Bayo A.** Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 1991 n°10.
- 4. Berthe S** Contribution à l'étude des grossesses à haut risques à Bamako (approche épidémiologique) thèse médecine Bamako E.N.M.P 1983 : 94.
- 5. Bethnod M et collaborateurs** Evolution des enfants nés avec un très petit poids de naissance Pédiatrie 1979 Tome XXXIV n°6 P 537-593.
- 6. Buthler N.R, Bonham D.G** Périnatal mortality Livingstone ed, Edinburgh 1963
«Les journées nationales de médecine périnatale» (11e rapport) Arnette Paris 1976.
- 7. Buthler N.R, Bonham D.G** Périnatal levingstone London 1963.
- 8. Cardoso T, Carles G, Patient G, Clayette P, Tescher G, Carne B.**
Périnatalité en Guyane Française : évolution de 1992 à 1999. J gynecol obstet Biol. reprod/ volume 2003 ; 32 : 345-355.

- 9. Cissé C. T, Martin S. L, Mgoma S. J., Mendes V., Diadhiou F** Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar situation actuelle et tendance évolutive entre 1987 et 1994. Med d'Afrique Noire. 1996 ; 43 (5) : 254-258.
- 10. Chalumeau M.** Identification des facteurs de risque de mortalité périnatale en Afrique de l'Ouest Consultation prénatale ou surveillance de l'accouchement. J gynecol obstet Biol. Reprod. 2002 ; 33 : 63-68.
- 11. Crankshaw D.P** Teaching neonatal resuscitation a program approach. Anesth Intens care. 1979 ; 7 : 264.
- 12. Davies PA, Robinson R.J, Scopes J.W, Tizard J.P.M, Wigglesworth J.S** Medical care of newborn babies J.B. Lippincott co 1972 : 32 – 39.
- 13. Diallo M. S., Diallo F. B., Diallo Y., Onivogui G., Dialle A. B., Camara A. Y., Diow S.T.** Mortalité et facteurs de risque liés au mode de vie Rev Fr Gynecol Obstet 1996 ; 91 7-9 : 400-403.
- 14. Diop Q. B** Croyances et attitudes relatives à la grossesse, à la maternité et à la santé en Afrique. In. Rapport du séminaire du CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Château de Longchamp. Paris 3-7 octobre 1988.
- 15. EDSM-III 2001** Mort-nés, décès néonataux précoces, taux de mortalité périnatale pour la période des cinq années précédant l'enquête par certaines caractéristiques socio-démographiques 2001 ; 3 : 173-176.
- 16. Escalante J.M.I, de la fuente P, charimes A** Factores conomico sociales en la etiologia de la prematuridad rev Portuguesa de obst Gui Cir 1980 ; 10 : 311.
- 17. Fall M., Martin S. L. et collaborateurs** Mortalité périnatale à la maternité du CHU de Dakar. Sages-femmes Juillet-Août 1988 ; n° 17 : 12.

- 18. Gofin J** the effect on birth weight of employment during pregnancy. J Biosoc Sci. 1979 ; 11: 259.
- 19. Gibilis L.A** Clinical significance of foetal heart rate patterns during labour I Base line patterns Am J Obstet Gynecol. 1976; 125-290.
- 20. Gregory G.A** Resuscitation of the newborn. Anesthesiology 43 1975: 43 : 225-237.
- 21. Guilligan E.J** Monitoring the fetal acid base status Clin obstet gynecol 6 (2) : 309.
- 22. Haler H** Die Entstehung des antepartum fetalen Tachykardie schweizer Z gynak geburtsh 1972 ; 3 : 467.
- 23. Heinrich J** Kardiotokographische diagnostic in der schwangerschaft zentralb gynackol 1980; 102 (23): 1337-1349).
- 24. Hoyden B.L, Simpson J.L, Evering D.E, Elterson W.N** Can the oxytocin challenge test serve as the primary method for managing high risk pregnancies? Obstet gynecol 1975; 46 : 251.
- 25. Huckabee EW** Relations hips of pyruvate and lactate during anaerobic metabolism. J clin Invest 1958; 37: 264.
- 26. Huckabee EW** Lactic acidosis Am J cardiol 1963; 12: 663.
- 27. Institut de la statistique de Québec.** Taux de mortalité, de mortalité périnatale, néonatale, et infantile, Québec 1976; 2.

- 28. Jacobson L, Rooth G.** Interpretative aspects of the acid base composition and its variations in fetal scalp blood and maternal blood during labour J obstet gynaec Br commonw 1971; 78: 971- 980.
- 29. Kalenga MK, N'Sungula K ; Kabycal ; Odimba FK.** Considération épidémiologique sur les accouchements des mort-nées à la maternité Gem acines Sendwe de Lubumbashi (Congo).
- 30. Kané M.** Les ruptures utérines à propos de 61 cas observés au Point "G". Thèse Med Bamako 1979.
- 31. Katilé M.** Facteur de risque de la mortalité dans le service de gynéco obstétrique de H.N.P.G. de 1987 – 1996. Thèses de médecine Bamako 2000 n°95 P 113.
- 32. Koffi A, Gado D, Kone N, N'Guessa K Diallo¹, Bokassa E, Kodjo Bohoussou-K M.** Mortinatalité facteurs de risque à propos de 780 cas colligés en deux ans à la maternité d'Abobo sud à Abidjan Résumé des rapports et communication au cinquième congrès de la SAGO à Dakar décembre 1998.
- 33. Kubli FW Rutgers H.** Semiquantitative evaluation of antepartum fetal heart rate. Int J Gynaec obstet 1972 ; 10 : 180.
- 34. Lacomme M.** Pratique obstétricale Masson Paris 1960.
- 35. Lewin D.** La morbidité néonatale facteurs médicaux et médico-sociaux. J Gyn obst Biol Repr 1972 ; 1 : 731.
- 36. Libo Line-C- Soler.** Mort foetale in utero à propos de 152 cas à l'université de Nice Sophia Antipolis pour une période de février 1988 au 31 décembre 1996. Thèse médecine Nice 1996.

- 37. Maesslein HG, Miswander KR.** Fetal distress in term pregnancies. Am J obstet gynecol 1980; 137 2: 245-253.
- 38. Mamelie N Dreyfus F Vanlierde M, Nemand R.** Mode de vie et grossesse. J Gyn obst Biol Repr 1982 ; 11 : 55.
- 39. Manniella R.L, Farrel ph.M.** Analysis of united states neonatal mortality statistics from 1968 to 1974, with specific reference to changing trends in major causalities. AM J Obstet gynecol 1977; 129: 667.
- 40. Mercier I.** La mort fœtale in utero Bilan de dix années à la maternité de Bordeaux. Thèse de médecine 1991 n° 144.
- 41. Merger R, Lévy J, Melchior J.** Mortalité périnatale. Tiré de Précis d'obstétrique, 6^e édition Paris 2001 : 561-563
- 42. Monnier J C, Patey Savatier P, ognin C, Lancia B, Vinatier D.** Avenir obstétrical des femmes ayant un antécédent de mort in utero 62 cas relevés en 1977-1982. Revue Fr gyneco-obstetrique 1983 ; 78 (12) : 781-784.
- 43. Montue S. C.** Contribution à l'étude de la mortalité prénatale au centre socio-sanitaire de la commune II du District de Bamako pour la période du 01 Avril au 30 Novembre 1997. Thèse médecine Bamako 1998 ; n°75.
- 44. Moutongo FAE.** Mort fœtale in utero dans le service de gyneco-obstetrique de l'hôpital national du point G de 1992-1999. Thèse de médecine Bamako 2000 n°95 P M 113.
- 45. Mounzer I.** La mort fœtale in utero : aspect étiologique à propos de 42cas. Thèse de médecine à l'université de Lille II 1989.

- 46. N'Diaye B.** Mortinatalité à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré
Thèse de médecine Bamako 1995 N°95 M 18.
- 47. Odendaal K.S, Palisson R.C, Ditoir R.** Foetal and neonatal out come in patients with severe preeclampsia before 34 weeks. S Afr Med J 1987; 71:555-558.
- 48. Paul RM hon EH.** Clinicalfetal monitoring V Effet on perinatal ocitome. Am J obstet gynecol 1974; 118: 529.
- 49. Pr. Uzan S. et Bréart G.** Rapport d'enquête nationale périnatale "in" Etudes et résultats (DREES) 1998.
- 50. Prual A, de Bernis L, Ould Joud D.** Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique Sub-saharienne. J Gynecol obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 90-99.
- 51. Senecal J., Rouy M., Duois J., Debraise C. Le Mre., Dlahaye M., Morell .J, Jouerh H.** Étude de la mortalité en Ille- et –Vilaine.
Archive Fr de pédiatrie Vol 46 n° 2 p. 143-147.
- 52. Sidibé B.** Contribution à l'étude des accouchements prématurés en milieu obstétrical Bamakois (A propos de 140cas). Thèse Méd. Bamako 1976 ; n° 12.
- 53. Usdhew.** Factors associated with low birth wright vital heath stat 1980; 21.
- 54. Varangot J., Parent B., Charles B.** La mortalité périnatale à Port Royal (1962-1971). J Gynecol Obstet-Biol Reprod 1975 ; 4 : 357-371.
- 55. Wangolo P., Riethmluller D., Nguegen S., Lerthier V., Pauchard J. Y., Maillet R., Colette C.** Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour placenta praevia. Rev Fr Gynecol Obstet 1996 ; 9 (4) : 168-172.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Titre : Mortalité périnatale à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005.

Auteur : Siriba KOÏTA.

Année : 2005

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Pédiatrie, Santé Publique.

Résumé :

Une étude prospective d'une année a été effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako Durant la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005.

Sur un nombre total de 7773 accouchements, 406 cas de mortalité périnatale ont été enregistrés.

La mortalité périnatale globale a été de 52,2‰ soit 8 fois plus que la fréquence observée dans les pays développés.

Les facteurs de risques retrouvés ont été l'hypertension artérielle, les hémorragies, le faible niveau socio-économique du couple, les dystocies dynamiques (travail prolongé) et mécanique (présentation non céphalique et anomalies du bassin), multiparité, intervalle intergénéral court, les antécédents de mort-nés, la faible qualité des consultations prénatales.

Les causes les plus importantes ont été l'hypertension artérielle, l'hématome retroplacentaire, le paludisme, les infections, les accidents funiculaires, la rupture utérine, la prématurité.

Mots Clés : Mortalité périnatale-facteurs de risque- causes.

FICHE D'ENQUETE

I- Identification :

Nom..... Prénoms.....Age.....

Ethnie.....

Résidence.....

Mode d'admission

Motif de consultation.....

II- Caractéristiques sociodémographiques :

Profession de la femme.....

Statut matrimonial.....

Niveau d'instruction.....

Profession du conjoint.....

Niveau d'instruction du conjoint.....

III- Antécédents :

Antécédents médicaux.....

1. HTA
2. Diabète
3. Cardiopathie
4. Néphropathie
5. Drépanocytose
6. Autres

Antécédents chirurgicaux.....

1. Césarienne
2. Myomectomie
3. Plastie tubaire
4. Autres

Antécédents obstétricaux.....

1. Gestité
2. Parité
3. Vivants
4. Avortements
5. Mort-nés
- 6 .Décès néonatale précoce
7. I.I.G

IV- Suivi de la grossesse :

Date des Derniers Règles (DDR).....

CPN.....nombre.....

Bilan biologique.....

Echographie.....

Pathologies de la grossesse.....

1. Paludisme
2. HTA
3. Infections urogénitales
4. Anémie
5. Diabète
6. Pneumopathies
7. Cardiopathies
8. Autres

Nature de la grossesse.....

1. Mono fœtale
2. Gémellaire
3. Autres

V- Déroulement de l'accouchement :

Taille.....Poids.....

TAS.....TAD.....

Température.....

Etat général.....

Conjonctives.....

Hauteur utérine.....

Age gestationnel.....

Etat des membranes.....

Aspect du liquide amniotique.....

Présentation du fœtus

BDCF à l'admission.....

Bassin maternel.....

Durée du travail d'accouchement.....

Thérapeutique.....

Mode d'accouchement.....

VI- Nouveau-né à la naissance :

Vivant.....

Mort-né.....

Sexe.....

Poids.....

Taille.....
Périmètre crânien.....
Morphologie.....
Longueur du cordon.....
Accident funiculaire.....
Apgar.....
Réanimé.....
Décédé à J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7 de vie
Causes du décès.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je 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'honoraires.

Admis dans 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 reçu de leur père.

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

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