

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako  
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année Universitaire 2006-2007

N°/..../

## *Thèse :*

# **LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES A LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA A PROPOS DE 344 CAS.**

*Présentée et soutenue publiquement le.../.../2007 devant la faculté de  
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako*

*Par : Mr COULIBALY Moustapha Souleymane  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

(Diplôme d'état)

*jury*

**Président :** Professeur SY Aïda SOW

**Membres :** Docteur Niani MOUNKORO  
Docteur Mahamadou TRAORE

**Codirecteur de thèse :** Docteur Youssouf TRAORE

**Directeur de thèse :** Professeur Salif DIAKITE

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

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2006 -2007**

**ADMINISTRATION**

DOYEN: ANATOLE **TOUNKARA** - PROFESSEUR

1<sup>ER</sup> ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

2<sup>ÈME</sup> ASSESSEUR : **SÉKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFÉRENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **YÉNIMEGUE ALBERT DEMBELE** PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **MME COULIBALY FATOUMATA TALL** CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARÉ	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEÏTA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie – Pathologie - Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, chef de D.E.R
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boukassim haidara	Législation

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

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITÉ	Gynéco Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation

**2. MAITRES DE CONFÉRENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORÉ dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORÉ	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie.Traumatologie

MR Abdoulaye DIALLO  
Mr Tieman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr Mamadou Lamine DIOMBANA  
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE  
Mr Nouhoum  
Mr Youssouf COULIBALY

Anesthésie-Reanimation  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Stomatologie  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Thoracique  
Anesthésie-Reanimation

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mme Djeneba DOUMBIA  
Mr Zanafo OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanossi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MACALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiemoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KeïTA  
Mr Bouraïma MAÏGA

Gynéco -Obstétrique  
ORL  
ORL  
Chirurgie  
Anesthésie-Reanimation  
Urologie  
Orthopédie-Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie-Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie-Traumatologie  
Urologie  
Gynéco - Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
O.R.L  
Gynéco Obstétrique

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimegue Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSÉ  
Mr Abdourahmane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO  
Mr Mamadou KONE

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

### 2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Amadou TOURÉ  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sekou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Histoembryologie  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie-Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie Pathologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURÉ	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARÉ	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORÉ	Parasitologie Mycologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

### D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARÉ	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato - Léprologie

#### 2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo - Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

#### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSÉ	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATÉ	Hépatologie - gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatologie - gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTÉ	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

### **2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANÉ	Galénique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

## **D.E.R. SANTÉ PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
--------------------	----------------

### **2. MAÎTRE DE CONFÉRENCES**

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

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURÉ	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Soungalo TRAORE	Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS**

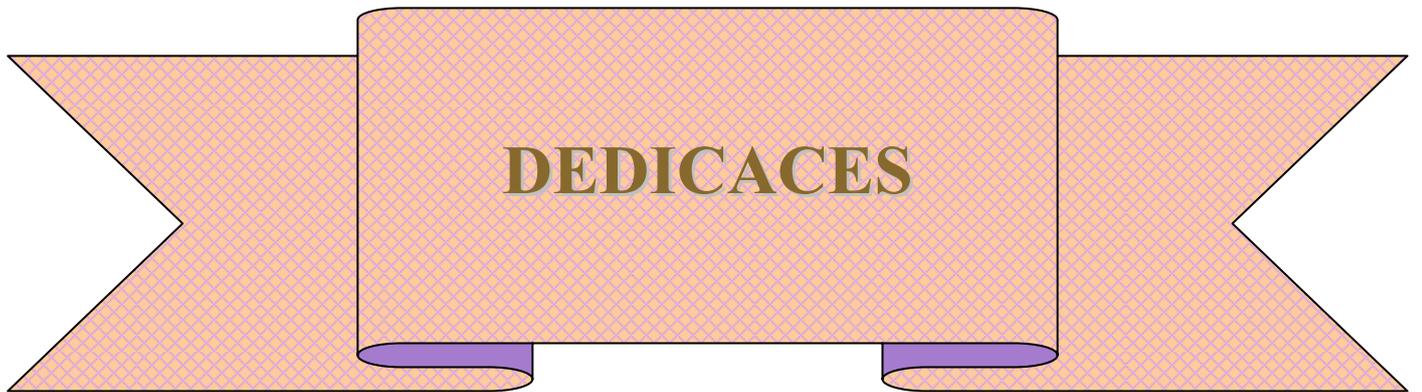
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr Oumar THIÉRO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

#### **CHARGÉS DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTÉ	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORÉ	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBÉ	Chimie - Organique

#### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSÉ	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie



## DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le clément et miséricordieux.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui)

Je dédie ce travail :

A Mon père : **Feu Souleymane Coulibaly,**

Je t'ai connue à peine mais je demeure persuadé que j'ai appris ton sens élevé de l'honnêteté et de la dignité à travers ma maman. Votre absence à créée un vide dans nos cœur.

Je regrette profondément ton départ prématuré, puisse ALLAH le tout puissant t'accueille dans son Paradis. Amen.

A Ma mère : **Djénéba Dembélé**

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 ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois. Puisse le tout puissant t'accorder encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous.

A mon tonton : **Nianigué Coulibaly**

Vous avez toujours comblé mes besoins de père. Puisse le tout puissant t'accorder longue vie paisible et dans le bonheur auprès de nous.

A mon grand frère : **feu Mamadou Coulibaly**

C'est toi qui a voulu et à guidé mes pas à l'école. Tes conseils sages restent toujours gravés en ma mémoire ; ce travail est le vôtre ; que ton âme repose en paix. Amen.

A mes sœurs et frères :

Je vous dédie cette thèse. Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

A Mme **KEITA Djeneba Coulibaly** : vous avez été pour moi une mère exemplaire. Puisse le tout puissant t'accorder encore longue vie paisible et dans le bonheur auprès de nous.

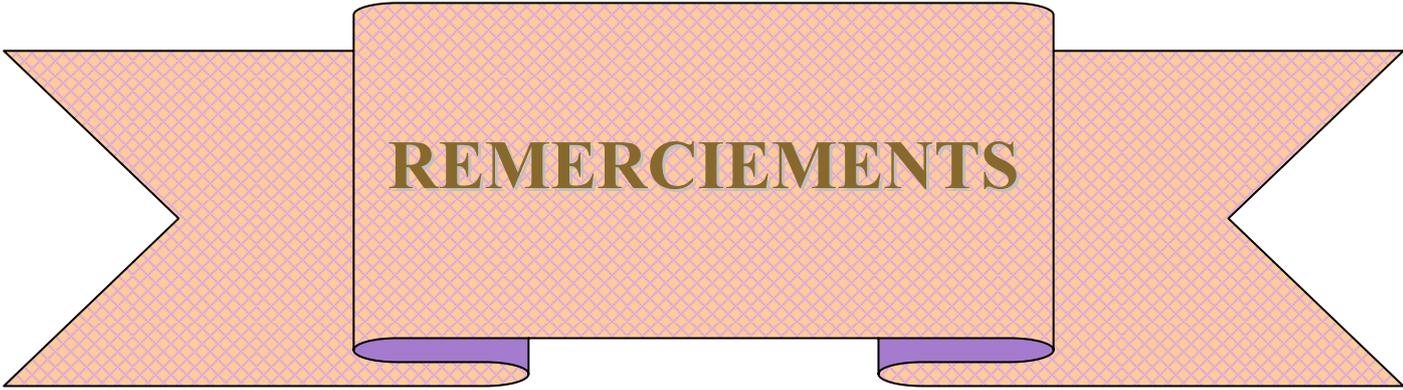
A Mr **TOURE** et ses deux épouses **Kada TOURE** et **Fanta BAH**

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

A ma fiancée **Adiaratou COULIBALY** : Que Dieu le tout puissant nous donne la chance de réaliser notre rêve. Merci pour tout.

**A tous les membres de ma famille dont les noms ne sont pas mentionnés.**

**A TOUTES CES MERES QUI ONT PERDU LA VIE POUR CAUSE DE PROCREATION.**



**REMERCIEMENTS**

## **REMERCIEMENT**

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

**Au Dr SANAOGO Abdoulaye**

Vous avez été pour moi un maître, un frère ainsi qu'une famille, ce travail est le vôtre, merci pour tout. Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et guider vos pas sur le droit chemin ; amen.

**Au Médecin Chef : Dr TRAORE Mamadou**

Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien.

**Au Dr COULIBALY Aminata GOITA**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale. Merci pour la franche collaboration et le soutien. Merci infiniment.

**Au Dr SANGARE Fanta KANTE**

Votre simplicité et surtout votre souci du travail bien fait font de vous une personne exemplaire. Merci.

**Au Dr ARAMA Remi et tout le personnel de la Pharmacie Keneya**

Vous avez été toujours disponible à n'importe quel moment pour le traitement informatique ainsi que les conseils. Merci infiniment.

**Au Dr N'Tian MAGASSA**

Votre souci du travail bien fait nous a permis de remonter certaines difficultés. Merci pour les conseils.

**Au Dr DIALLO Seydou**

Vous m'avez toujours guidé sur les bonnes voies. Votre apport dans ma formation a été considérable. Merci.

**Au Dr KONE Moussa**

Merci doyen de votre générosité.

**Au Dr DIARRA Souleymane**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation. Merci.

**Au Dr SISSOKO Sirima**

Votre soutien a été un apport inestimable à la réalisation de ce travail.  
Qu'ALLAH guide vos pas sur le droit chemin. Amen.

**Au Dr COULIBALY Sékou**

Merci pour le soutien.

**A Mr Abdoulaye, aide Chirurgien**

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

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

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

**A tous les assistants et majors du centre, principalement Imfai CISSE, SACKO Boubacar, Fatoumata COULIBALY, Sékou DEMBELE, Aboubacar BENGALY, OUATTARA...**

**A Madame FRANTAO Bolo MAIGA, Sage femme :**

Merci tante pour le soutien et les conseils.

**A tout le personnel du bloc opératoire, de la section infantile, les infirmiers et infirmières :**

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

**A tout le corps enseignant ainsi que les étudiants de l'ESK (Ecole de Santé de Koutiala) :**

Merci pour la bonne collaboration.

**Aux familles : TOURE, COULIBALY, KEITA, DIAWARA, SANOGO**

Merci pour votre soutien constant.

**A mes amis Youba TOURE, Cheick Oumar DIAWARA, Moussa Z SANOGO, SISSOKO Hamady :**

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 oublier ce que vous faites pour moi. Merci.

**A mes collègues de thèse Moussa SANOGO, Abdoul K COULIBALY, Zoumana T COULIBALY, Assetou KAMISSOKO, Chata SANOGO dite Kia, Baby COULIBALY, Brahim COULIBALY, Djénèba COULIBALY dite Dògòni, Allassane HAIDARA, Oumar COULIBALY, Bintou SOME dite Binette :**

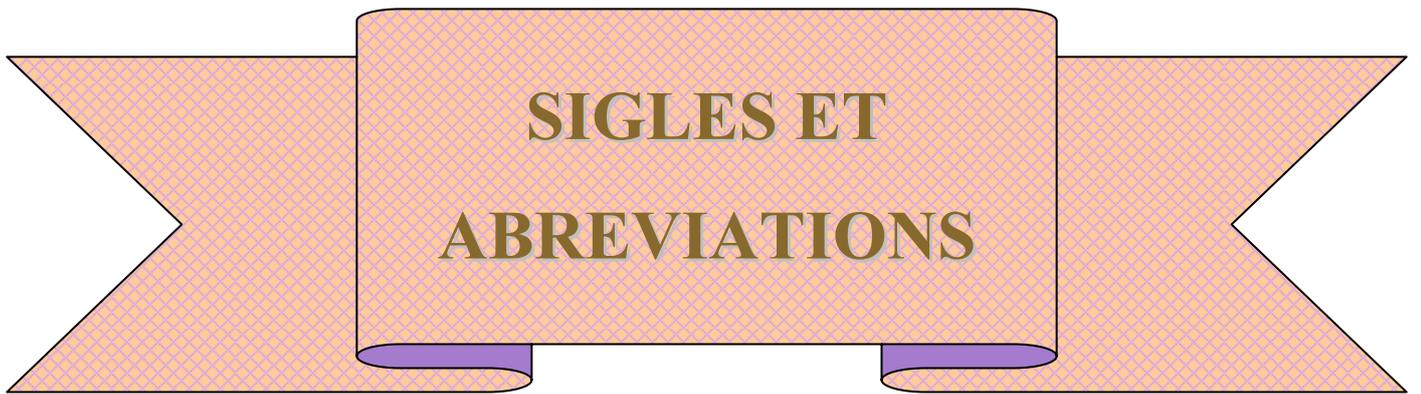
Vous m'avez soutenu tout au long de ce travail. Je vous dis merci pour votre aide. Que Dieu vous paye.

**A mes Camarades** de la Chambre A12, de l'AJDN (Association des Jeunes pour le Développement de la commune de Nampe) et du groupe le MUR (Mouvement Universitaire pour le Renouveau) :

Merci pour la bonne collaboration.

**A Oussouby Mary DIARRA** et ses collaborateurs : les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu guide vos pas sur le droit chemin, amen !

**MERCI à tous ceux qui ont été involontairement omis.**



**SIGLES ET  
ABREVIATIONS**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ASACO :</b>	Association de santé communautaire
<b>BDCF :</b>	Bruit du cœur fœtal
<b>BDM :</b>	Banque de développement pour le Mali
<b>BGR :</b>	Bassin généralement rétréci
<b>BNDA :</b>	Banque national de développement de l'agriculture
<b>BIM :</b>	Banque internationale pour le mali
<b>BOA :</b>	Banque ouest africain
<b>CSCOM :</b>	Centre de santé communautaire
<b>Csref :</b>	Centre de santé de référence
<b>CHU:</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CMDT :</b>	Compagnie malienne pour le développement des textiles
<b>CPN :</b>	Consultation prénatale
<b>CIVD :</b>	Coagulopathie intra vasculaire disséminée
<b>CUD :</b>	Contractions utérines douloureuses
<b>DL :</b>	Degré de liberté
<b>DIU :</b>	Dispositif intra-utérine
<b>DFP :</b>	Disproportion foetopelvienne
<b>DPPNI :</b>	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
<b>ECBU :</b>	Examen cyto bactériologique des urines
<b>EDS:</b>	Enquête démographique et de santé
<b>FAMAB:</b>	Fabrique malienne d'aliment bétail
<b>FVV:</b>	Fistule vésico-vaginale
<b>GEU:</b>	Grossesse extra-utérine
<b>HCG:</b>	Hormone Gonadotrophine Chronique
<b>HUICOMA:</b>	Huilerie cotonnière du Mali
<b>HRP:</b>	Hématome rétro placentaire
<b>HTA:</b>	Hypertension artérielle
<b>HU:</b>	Hauteur utérine

<b>IEC:</b>	Information, éducation et la communication
<b>IVG:</b>	Interruption volontaire de la grossesse
<b>IST:</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>J:</b>	Jour
<b>MIDP:</b>	Mento-iliaque droite postérieure
<b>MIDA:</b>	Mento-iliaque droite antérieure
<b>MIGP:</b>	Mento-iliaque gauche postérieure
<b>MIGA:</b>	Mento-iliaque gauche antérieure
<b>MIGT:</b>	Mento-iliaque gauche transverse
<b>MIDT:</b>	Mento-iliaque droite transverse
<b>OMS:</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OMI:</b>	œdème des membres inférieurs
<b>P:</b>	Probabilité
<b>PMA:</b>	Paquet minimum d'activités
<b>PVD:</b>	Pays en voie de développement
<b>RPM:</b>	Rupture prématurée des membranes
<b>RU:</b>	Rupture utérine
<b>SIDP:</b>	Sacro-iliaque droite postérieure
<b>SIDA:</b>	Sacro-iliaque droite antérieure
<b>SIGP:</b>	Sacro-iliaque gauche postérieure
<b>SIGA:</b>	Sacro-iliaque gauche antérieure
<b>SAGO:</b>	Société africaine de gynéco-obstétrique
<b>SOMAGO:</b>	Société malienne de gynéco-obstétrique
<b>SIGO:</b>	Société ivoirienne de gynéco-obstétrique
<b>SFA:</b>	Souffrance fœtal aiguë
<b>TA:</b>	Tension artérielle
<b>T°:</b>	Température
<b>VIH:</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>= :</b>	Egal

$< :$	Inférieur
$\leq :$	Inférieur ou égal
$> :$	Supérieur
$\geq :$	Supérieur ou égal



**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur SY Aïda SOW**

**Gynécologue accoucheuse au centre de santé de référence de la commune II.**

**Chef d'unité de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II.**

**Professeur de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse.

Modèle d'une gynécologue exemplaire, votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynécologie au Mali.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge**

**Docteur Niani MOUNKORO**

**Spécialiste en gynécologie obstétrique.**

**Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du  
CHU Gabriel TOURE**

**Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie.**

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Vos cours théoriques et pratiques resteront gravés dans nos mémoires.

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

**A notre Maître et juge**

**Docteur Mahamadou TRAORE**

**Médecin Chef du centre de santé de référence de Koutiala.**

**Praticien hospitalier au centre de santé de référence de Koutiala.**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre centre.

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

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

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

**A notre Maître et Codirecteur de thèse**

**Docteur Youssouf TRAORE**

**Spécialiste en gynécologie obstétrique.**

**Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du  
CHU Gabriel TOURE.**

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

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait en  
initiant ce travail et d'accepter de le diriger. Ce travail est le vôtre.

Nous avons bénéficié de votre savoir faire et de votre savoir être tout  
au long de ce travail.

Votre sens élevé du travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre  
humanisme ont forcé notre admiration.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect et de  
notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Salif DIAKITE**

**Gynécologue accoucheur au centre hospitalier et universitaire**

**Gabriel TOURE.**

**Professeur à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduites.

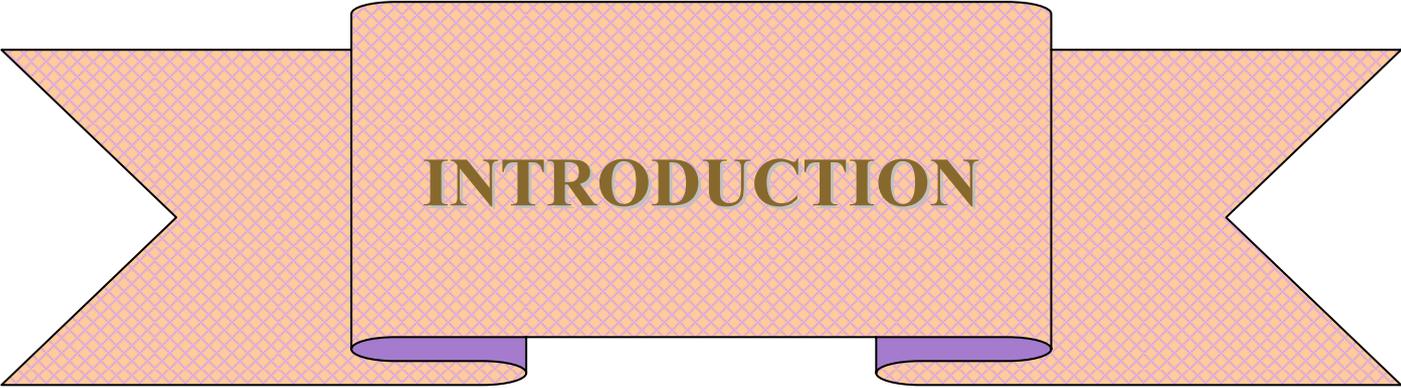
Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre abnégation, associée à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

**SOMMAIRE**

	Pages
<b>I. INTRODUCTION :.....</b>	3-5
<b>II. OBJECTIFS :.....</b>	6-7
<b>III. GENERALITES :.....</b>	8-37
<b>IV. METHODOLOGIE :.....</b>	38-43
<b>V. RESULTATS :.....</b>	44-61
<b>VI. COMMENTAIRES – DISCUSSIONS :.....</b>	62-70
<b>VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS :.....</b>	71-74
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE :.....</b>	75-82
<b>IX. ANNEXES : .....</b>	83-91



**INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Les accidents aigus en rapport avec les pathologies gynéco-obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Beaucoup de femmes souffrent des lésions graves voire permanentes, lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement. Nous distinguons : les urgences mettant en jeu le pronostic vital fœtal et/ou maternel (la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine; la rupture utérine etc....) et celles qui ne compromettent pas forcément ou pas dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite, annexite...) [20].

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto-maternelles élevées. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que dans le monde plus d'un ½ million de femmes meurent suite aux complications; ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation [27]. En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies. Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation [5]. Des risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés :

- à l'insuffisance des structures hospitalières ;
- au manque de personnel qualifié ;
- au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population ;
- au problème de l'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Au Mali la couverture sanitaire endure d'un taux élevé de morbidité et de mortalité avec 582 décès pour 100.000 naissances vivantes, d'une forte

morti-naissance et infantile avec respectivement 68.1 et 126.2 pour 1000 naissances vivantes [12].

Il est prouvé que les évacuations gynéco-obstétricales tardives sont des circonstances préjudiciables pour le pronostic maternel et foetal et constituent néanmoins une préoccupation majeure en Afrique. En effet le taux de mortalité foeto-maternelle dépend en grande partie de la prise en charge adéquate et rapide des urgences.

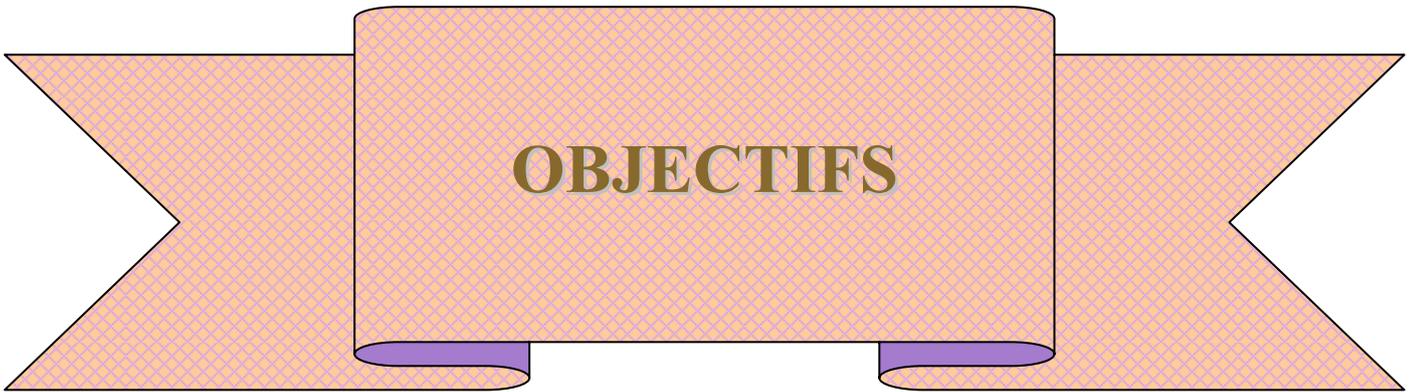
Selon ADMSON PETER : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles est d'identifier le plutôt possible les 15% de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Ni les soins prénatals efficaces ni l'identification précoce du risque n'aideront les femmes si les soins obstétricaux d'urgences (SOU) ne sont pas disponibles et accessibles.

Cependant, la maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile.

Il nous est paru important d'évaluer les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de koutiala.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



**OBJECTIFS**

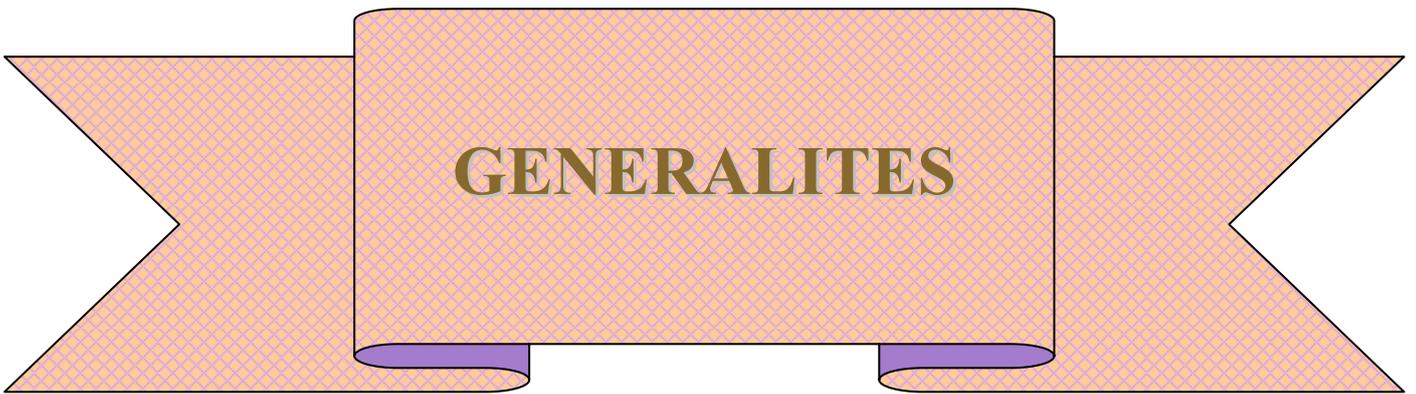
## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Evaluer les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence du cercle de Koutiala

### **2. Objectifs spécifiques:**

- .Déterminer la fréquence des urgences gynéco-obstétricales
- .Décrire les profils sociodémographiques des patientes
- .Décrire les aspects cliniques des urgences gynéco-obstétricales dans le centre
- .Décrire la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales dans notre service
- .Déterminer le pronostic fœto-maternel des urgences gynéco-obstétricales dans le service



## GENERALITES

### **I. Notion de référence / évacuation :**

#### **1. L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) :**

Doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [30]. Pour résoudre ces différents problèmes le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle : le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et des soins, assurée par deux échelons complémentaires :

-1<sup>er</sup> échelon : est représenté par les CSCOM offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et gérés par les associations de santé communautaire (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

-2<sup>e</sup> échelon : Le centre de santé de cercle ou l'hôpital du district pour les soins de santé de référence.

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence / évacuation. L'objectif essentiel de cette politique est la réduction de la mortalité materno-infantile. Cependant le taux de mortalité maternelle est encore élevé comme le révèle l'EDS III : 582 pour 100.000 naissances vivantes [12].

#### **2. Définitions opérationnelles :**

➤ Référence : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée.

➤ Evacuation : l'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisés.

La référence concerne une gestante pour un motif nécessitant une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie liée à la grossesse.

Une femme non suivie en CPN ne peut être référée, elle est évacuée.

L'évacuation concerne une parturiente adressée en urgence ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation pour une prise en charge urgente.

- La mortalité néonatale est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'au 28 jours revolus. Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus [35].
- La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [29].

Les légendes :

Légende 1 : La gestité indique le nombre de gestation

Une nulligeste indique zéro grossesse

Une primigeste indique une grossesse

Une pauci geste indique deux à quatre grossesses

Une multi gestes indique cinq grossesses ou plus

Légende 2 : La parité indique le nombre d'accouchement

La nullipare indique zéro accouchement

La primipare indique un accouchement

La pauci pare indique deux à quatre accouchements

La multi pare indique cinq à six accouchements

La grande multipare indique sept accouchements ou plus

En outre, pour évaluer l'état général des patientes, nous nous sommes basés sur les données cliniques : coloration des conjonctives, TA, T°, état hémodynamique, conscience.

Par souci de conformité, nous avons regroupé certains paramètres définissant une entité, afin de mieux établir les tableaux croisés ; ainsi :

- L'automobile regroupe : l'ambulance, le transport en commun / taxis et le véhicule personnel ;
- L'APGAR < 7 regroupe : les mort-nés et les nouveau-nés morbides à la naissance.

## **II. Rappels sur les urgences gynéco-obstétricales :**

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.

### **1. LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :**

#### **1.1. Les Avortements :**

##### **1.1.1. Les avortements spontanés :**

L'avortement spontané est l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale soit 28 semaines d'aménorrhée ou tout fœtus 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 minimales constituées de sang rouge tantôt noirâtre ou rosé survenant sur une aménorrhée inférieure ou égale à 28 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, 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 gestationnel, 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 en cours ou irréversible :** Il se caractérise par :

Une hémorragie importante qui est faite de sang rouge avec des caillots, une augmentation des douleurs à type de contractions 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 gestationnel.

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.

**1.1.2. Les avortements provoqués et leurs complications :** L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres quelconques 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. 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 le 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.

## **1.2. 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 choriales.

C'est aussi une dégénérescence Kystique des villosités choriales. 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  $\beta$  – hCG plasmatique.

### **1.3. La grossesse extra-utérine :**

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.

Dans notre contexte, toute GEU diagnostiquée est 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. Mais surtout de permettre un traitement conservateur. Ceci augmente les chances de procréer.

#### **1.4. La pré-rupture et La rupture utérine (R.U.):**

##### **1.4.1. 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 fœtal
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

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

##### **1.4.2. 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 fœtus 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.

### **1.5. L'hématome retro-placentaire :**

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 hématurie, 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 la 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.

### **1.6. Le Placenta Prævia hémorragique :**

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 prævia :

- 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 recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical ; la variété recouvrante 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 recouvrante, 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.

### **1.7. Les Hémorragies du post partum immédiat :**

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

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

Ces malades ayant beaucoup saigné sont fragiles.

Le traitement doit prendre en compte la correction de la perte sanguine, le traitement de la cause, la prévention des complications thrombo-emboliques mais aussi comporter une antibiothérapie. Ces parturientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

## **2. TORSION D'ANNEXE:**

La torsion d'annexe est l'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].

### **2.1. 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 pré pubertaire).

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.

## **2.2. 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.

## **2.3. 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.

## **2.4. 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.

### **2.5. 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 son 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 cœlioscopie.

## **3. LES INFECTIONS URO-GENITALES :**

### **3.1. 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 [26]. 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 (*colibacilles*, *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 en 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 partenaire(s) 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.

### **3.2. 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<sup>ème</sup> heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

#### **4. 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 [37] 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 d'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.

#### **4.1. L'éclampsie :**

Complication 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 [32].

## **5. LE PALUDISME GRAVE ET GROSSESSE :**

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 gravido-puerpérales et des nouveau-nés [34].

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 pernicieux 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'anti palustre : 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, antiémétiques, 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 gravidique aux amino-4 quinoléines : la Chloroquine, Sulfadoxine / pyrimetamine, l'Amodiaquine.

La chloroquine est actuellement abandonnée en raison d'une grande résistance du parasite à ce produit. Notre pays a opté pour la SP.

La dose efficace pour adulte était 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. Dans tous les cas, il est permis d'espérer dans un avenir très proche que des populations entières en zones d'endémie et parmi elle les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti paludéen.

**6. VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES GRAVES:**

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse. Ils sont de deux types :

- Les vomissements simples, sans retentissement sur l'état général
- Les vomissements gravidiques graves, ils succèdent très souvent aux vomissements simples et évoluent en deux phases :

La phase émétisante : ils seront plus abondants mais gardent le reste des signes de vomissements simples.

La phase de dénutrition : C'est une phase dans laquelle s'installe des troubles métaboliques et électrolytiques entraînant une déshydratation importante.

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils peuvent entraîner par leur propre fait :

- une atteinte hépatique
- une atteinte neurologique (demyélinisation entraînant des douleurs atroces)
- une atteinte encéphalique (le syndrome de Korsakoff)

Leur traitement repose :

- Isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, seule, moins du bruit) ;
- Mise en confiance ;
- Sédatifs, calmants, tranquillisants, antiémétiques ;
- Réhydratation (Sérum salé isotonique, Sérum glucosé 5%) ; électrolytes (le potassium en particulier, complexe B1-B12).

## **7. 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 mécanique, que l'obstacle soit 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.

### **7.1. DYSTOCIES D'ORIGINE FŒTALE**

#### **7.1.1. La disproportion fœto-pelvienne**

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

## **7.1.2. Les présentations anormales :**

### **7.1.2.1. Présentations céphaliques défléchies :**

- **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).

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

La présentation de la face va de paire 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 fœtal 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.

### **7.1.2.2. La présentation du siège :**

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

On distingue, par ordre de fréquence, les :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- les variétés 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.

### **7.1.2.3. 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.

## **7.2. DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE :**

### **7.2.1. 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 :

#### **7.2.1.1. 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.

**7.2.1.2. 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 tétanisation ;
- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

**7.2.1.3. 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.

**7.2.1.4. 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.

**7.2.2. 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 innominée 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.

### **8. 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.

### **9. La souffrance fœtale aiguë:**

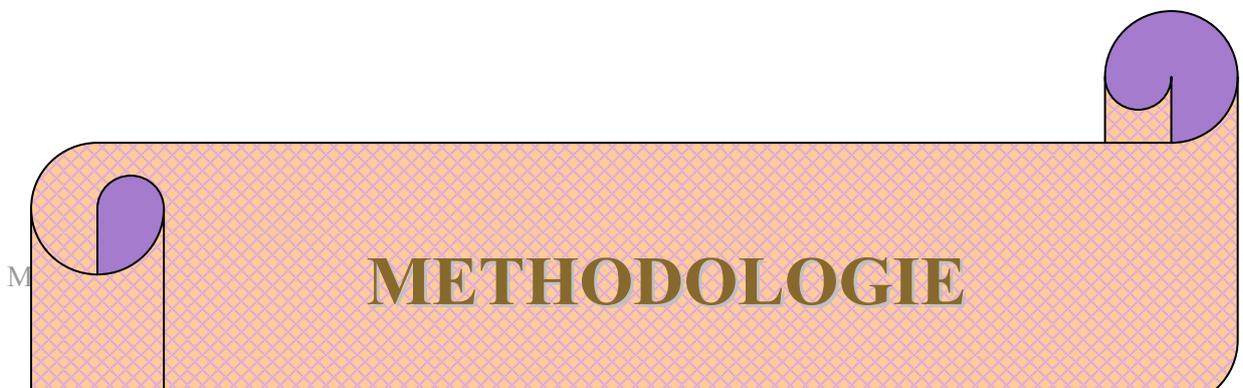
Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse. Elle peut apparaître à n'importe quel stade de la dilatation, mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf, et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion.

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.



## METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude :

#### 1.1. Historique :

Créé en 1903 après la pénétration française, Koutiala est une déformation de « koulé Dianka » ce qui signifie en minianka *le village des fils de koulé*.

Ce vieux village malien devenu ville au XIX<sup>e</sup> siècle, connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966.

Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 (Koutiala –Alençon).

#### 1.2. Aspect géographique :

### **1.2.1. Situation géographique :**

Au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et la République de la Côte d'Ivoire, Koutiala est le chef lieu du cercle situé à 129 Km de Sikasso, siège de la 3<sup>e</sup> région économique du Mali.

Il est limité :

- au nord et au nord-ouest par le cercle de San et de Bla (région de Ségou)
- au sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso,
- à l'est par le cercle de Yorosso,
- à l'ouest par le cercle de Dioila.

Il a une superficie de 12270km<sup>2</sup> et a six arrondissements plus la commune de Koutiala.

### **1.2.2. Relief :**

La ville est située dans une plaine au site verdoyant.

### **1.2.3. Climat :**

Le climat est de type soudanais avec des précipitations importantes atteignant 900 à 1000mm de pluie par an.

La savane constitue l'essentiel de la végétation.

Les essences dominantes sont entre autres : le karité, le néré, le baobab, le cailcedrat, le tamarinier, le balanzan, le kapokier et le fromager.

### **1.2.4. Hydrographie :**

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise par quelques cours d'eau négligeables alimentant les affluents du fleuve Niger.

On peut citer comme rivières : le Pimpedogo et le Koni qui s'écoulent du sud vers le nord.

### **1.2.5. Voies de communication :**

Elles sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

- 1- Axe Ségou - Koutiala - Bobodioulasso
- 2- Axe Mopti- Koutiala- Sikasso.

Une centrale téléphonique (depuis 1987) et la téléphonie mobile

L'existence de sept radios libres (Kayira, Yèrèdon, Jamana, Wassa , Wessou, Koulé FM et Miankala) contribue à l'IEC en santé des habitants du cercle de Koutiala

#### **1.2.6. Population :**

Koutiala est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako avec une population de 529 349 habitants repartis en 240 villages et un taux d'accroissement de 2.7; soit une densité de 30 habitants/km<sup>2</sup>. Koutiala compte 36 communes dont une urbaine.

Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et plus particulièrement les miniankas (majoritaire, autochtone) et les dionka, les bobos et les senoufo.

Le dialecte de la majorité est le minianka tandis que le bambara demeure en fait la langue de liaison la plus repartie.

#### **1.2.7. Religion :**

Trois cultes dominent la religion du cercle. Il s'agit (par ordre de priorité) de l'Islam, du Christianisme et de l'Animisme.

#### **1.2.8. Economie – Finance :**

Le cercle de Koutiala a une économie rurale particulièrement agro- pastorale.

Le cercle est souvent présenté comme étant la capitale malienne du coton (ou or blanc) qui joue depuis l'indépendance un rôle très important dans l'évolution économique des paysans du cercle de Koutiala.

#### **1.2.8. Industrie- commerce :**

L'installation des deux grandes unités industrielles : la CMDT (usines d'égrenage) et L'HUI COMA est liée à la production cotonnière.

La FAMAB : Fabrique malienne d'aliment bétail

Usine de fabrication de pneus

En plus une brasserie de boissons sucrées, une laiterie et quelques boulangeries modernes.

L'installation des banques (BNDA, BDM, BIM, BOA) et des caisses d'épargne (cafo jiguineu et condo jiguima...) et les facilités de transport ont favorisé le développement du commerce.

Koutiala est devenu une plaque tournante dans une région agricole prospère.

### **1.3. Infrastructure socio- sanitaire :**

Sur le plan sanitaire, le cercle en plus d'un Centre de santé de référence (CSRef) est divisé en 42 aires de santé dont quatre (4) aires urbaines et deux (2) périurbaines (ville de Koutiala).

La ville dispose en outre : de deux cliniques médicales privées et d'un cabinet médical privé, d'un dispensaire du souvenir (ancien combattant), d'un centre médical inter entreprise, d'un cabinet dentaire ; d'un centre hospitalier mère-enfant confessionnel.

Il existe aussi dix (10) officines de pharmacie privée, un dépôt de médicament de la pharmacie populaire du Mali (structure étatique chargée de ravitailler le cercle en médicament essentiel).

Sur les 42 aires de santé, 32 étaient fonctionnelles en 2006, ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de santé de premier échelon fonctionnel appelé centre de santé communautaire (CSCOM)

La gestion des CSCOM est assurée par les communautés à travers les associations de santé communautaire ASACO qui sont « propriétaires ». Toutes les aires de santé gravitent autour du centre de santé de référence (hôpital de district) qui se trouve dans la ville de Koutiala.

**2. Type d'étude :** Il s'agit d'une étude descriptive, transversale à collecte prospective.

**3. Période d'étude :** Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 juin 2006.

**4. Population d'étude :** Il s'agit de toutes les patientes reçues dans le service pendant la période d'étude.

**5. Echantillonnage :**

La 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) (15%) [38]

$$q = 1 - p$$

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

### **5.1. CRITERES D'INCLUSION :**

Il s'agit des patientes reçues en urgence à la maternité et prises en charge dans le service.

### **5.2. CRITERES DE NON INCLUSION :**

Il s'agit de toutes les patientes ne présentant aucune urgence gynéco-obstétricale.

**6. Collecte des données :** Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- du registre d'accouchement,
- du registre du bloc opératoire,
- des dossiers des malades.

**7. Traitement informatique :** Les données ont été portées ; analysées en utilisant les logiciels Microsoft Word et Epi info version 3.3.2.



**RESULTATS**

**RESULTATS****I- FREQUENCE**

Pendant la période d'étude nous avons enregistré **2154** patientes dont **344** cas d'urgences gynécologiques et obstétricales; soit une fréquence de **16%**.

**II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES****Tableau I** : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

<b>Tranche d'âge (ans)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 19	61	17.7
<b>20 - 29</b>	<b>161</b>	<b>46.8</b>
<b>30 - 39</b>	<b>103</b>	<b>29.9</b>
≥ 40	19	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

Les âges compris entre 19-39 ans ont le plus grand pourcentage soit 76.7%.

**Tableau II** : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariée</b>	<b>319</b>	<b>92.7</b>
Célibataire	18	5.2
Veuve	6	1.7
Divorcée	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**Tableau III** : Répartition des patientes en fonction de leur occupation principale

<b>Occupation principale</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>298</b>	<b>86.6</b>
Elève	32	9.3
Fonctionnaire	9	2.6
Aide Ménagère	5	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

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

<b>Profession du procréateur</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cultivateur</b>	<b>179</b>	<b>56.1</b>
Commerçant	68	21.1
Ouvriers ou Autres*	37	11.5
Employé	35	10.8
<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100</b>

\*= Transporteur : 12 cas (3.7%)      Entrepreneur : 02 cas (0.6)      Berger : 06 cas (1.9)  
 Les Cultivateurs ont constitué 51.6%

**Tableau V** : Répartition des patientes en fonction de la provenance

<b>Lieu de provenance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ville de Koutiala	188	54.7
Cercle de Koutiala	155	45.1
Autres*	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

\*= Cercle de Yorosso : 1 cas (0.3%)  
 Les patientes venues de la ville de Koutiala sont les plus nombreuses : 188 cas soit 54.7%

**Tableau VI** : Répartition des patientes en fonction des moyens de transport utilisés pour arriver à l'hôpital

<b>Moyen de transport</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ambulance</b>	<b>134</b>	<b>39.0</b>
Moto	95	27.6
Transport en commun / Taxi	93	27
Véhicule personnel	22	6.4
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**Les antécédents :****Tableau VII :** Répartition des patientes en fonction de la gestité

<b>Gestité</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	68	19.8
<b>Pauci geste</b>	<b>117</b>	<b>34.0</b>
Multi geste	159	46.2
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII :** Répartition des patientes en fonction de la parité

<b>Parité</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	70	20.3
Primipare	40	11.6
<b>Pauci pare</b>	<b>112</b>	<b>32.6</b>
Multipare	76	22.1
Grande multipare	46	13.4
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**Nota Bene :** Nous avons retrouvé chez 18.0% de nos patientes (62 cas) des antécédents d'avortement.

**Tableau IX :** Répartition des patientes en fonction des types d'antécédent médicaux

<b>Types d'antécédent</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Anémie clinique	10	2.9
HTA	08	2.3
Diabete	04	1.2
Autres*	12	3.5
Aucun	310	90.1
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

\*=Insuffisance cardiaque : 3 cas (0.9%)      Epigastralgie : 5 cas (1.4%)  
 Ulcère gastrique : 1 cas (0.3%)              Bilharziose : 2 cas (0.6%)  
 Tuberculose : 1 cas (0.3%)

**Tableau X** : Répartition des patientes en fonction des types d'antécédent chirurgicaux

<b>Types d'antécédent</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Curetage	21	6.1
Césarienne	29	8.4
Autres*	10	2.9
Aucun	284	82.6
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

\* = Prolapsus génital : 6 cas (1.7%) Myomectomie : 1 cas (0.3%)  
Appendicectomie : 3 cas (0.9%)

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

<b>CPN</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>172</b>	<b>53</b>
1 - 2	97	29.8
3 - 4	38	11.7
≥ 5	18	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>100</b>

**III. DONNEES CLINIQUES :****1. Mode d'Admission :****Tableau XII :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Evacuées</b>	<b>190</b>	<b>55.2</b>
Auto référées	84	24.4
Référence interne	70	20.3
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**NB :** 260 patientes ont été référées sur 344 (75.6%)

**Tableau XIII :** Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent ayant organisé l'évacuation ou la référence

<b>Qualification de l'agent</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Infirmier</b>	<b>105</b>	<b>40.4</b>
Médecin	59	22.7
Sage femme	59	22.7
Matrones	25	9.6
Autres (Aides-soignants)	12	4.6
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV :** Répartition des patientes évacuées selon le type de document d'accompagnement

<b>Type de document</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Partogramme</b>	48	25.3
<b>Fiche d'évacuation</b>	<b>116</b>	<b>61.1</b>
Lettre	10	5.3
<b>Sans document</b>	16	8.4
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

**Tableau XV** : Répartition des patientes en fonction du délai d'évacuation (durée de transport)

<b>Temps en heures</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Demi-heure	61	32.4
<b>1 - 2</b>	<b>89</b>	<b>47.3</b>
3 - 4	37	19.7
> 4	01	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

Le délai moyen d'évacuation est sensiblement égal à 2 heures.

**Tableau XVI** : Répartition des patientes en fonction de la durée de transport par rapport aux moyens de transport utilisés pour arriver à l'hôpital

<b>Durée de transport</b>	<b>&lt; 3 heures</b>		<b>&gt; 3 heures</b>		<b>Total</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moyens de transport</b>						
<b>Automobile</b>	133	83.1	10	35.7	141	75
<b>Moto</b>	27	16.9	18	64.3	47	25
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

Khi<sup>2</sup> non corrigé : 29.42      P : 0.0000001

Une relation statistiquement significative existe entre la durée de transport et les moyens de transport utilisés pour arriver à l'hôpital (P < 0.05). Plus le temps est long, plus les moyens de transport deviennent médiocres.

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes auto-référées en fonction du motif ou des signes fonctionnels

<b>Motif ou signes fonctionnels</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Douleur abdomino-pelvienne</b>	<b>49</b>	<b>58.3</b>
Métrorragie sur aménorrhée	19	22.6
Douleur pelvienne + métrorragie	5	6
Crise convulsive	4	4.8
Autres*	7	8.3
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

\* = Vomissement gravidique grave : 1 cas (1.2%)      Céphalées : 2 cas (2.3%)  
 Perte des eaux : 3 cas (3.6%)  
 Traumatisme génitale : 1 cas (1.2%)

**Tableau XIX** : Répartition des patientes évacuées selon les causes ou motifs d'évacuation

<b>Causes ou Motifs d'évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dystocie</b>	<b>82</b>	<b>43.2</b>
Métrorragie sur aménorrhée	18	9.5
Eclampsie	11	5.8
SFA	14	7.4
Hémorragies de la délivrance	6	3.2
Pelviaigie	21	11.1
GEU	9	4.7
CUD	23	12.1
Anémie sur grossesse	4	2.1
Autres*	2	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

\* = RPM : 2 cas (1.1%)

## 2. Etat Général :

**Tableau XX** : Répartition des patientes en fonction de leur état général à l'admission

<b>Etat général</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	185	53.8
Passable	137	39.8
Altéré	22	6.4
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

### 3. Pathologies Retrouvées :

**Tableau XXI** : Répartition des patientes en fonction du type d'urgence

	Type d'urgence	Effectif absolu	Pourcentage
<b>Obstétricaux</b>	<b>Dystocies mécaniques*</b>	<b>57</b>	<b>16.6</b>
	<b>Présentations dystociques</b>	<b>51</b>	<b>14.8</b>
	<b>Hématome rétro placentaire</b>	<b>48</b>	<b>14.0</b>
	<b>Rupture* + Pré rupture utérine**</b>	<b>45</b>	<b>13.1</b>
	Souffrance fœtale aigue	20	5.8
	Eclampsie	13	3.8
	Placenta praevia	12	3.5
	Menace d'accouchement prématuré	12	3.5
	Hémorragies de la délivrance	12	3.5
	Pré-éclampsie	06	1.7
	Procidence* du cordon et / ou des Membres	03	0.9
	Rupture prématurée des membranes	02	0.6
	Rétention de la tête dernière	01	0.3
	<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>82.1</b>
	<b>Gynécologiques</b>	Avortement spontané en cours	16
GEU		14	4.1
Endométrite aigue		10	3.0
Infections* sur grossesse		08	2.3
Avortements compliqués		03	0.9
Grossesse molaire		03	0.9
Torsion de kyste		02	0.6
Infection puerpérale		02	0.6
Menace d'avortement spontanée		02	0.6
Vomissement gravidique grave		01	0.3
Pelvipéritonite		01	0.3
Traumatisme génital		01	0.3
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>18.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>	

-Rupture utérine\* 15 cas soit 4.4% ; Pré rupture\*\* 30 cas soit 8.7%

-Rétention placentaire\* 1 cas soit 0.3% ; Hémorragies de la délivrance 11 cas soit 3.2%

Les dystocies mécaniques sont représentées par :

-Les bassins dystociques : BGR : 10 cas (2.9%) ; Bassins limites :18 cas (5.2%) ; Bassins asymétriques :03 cas (0.9%);  
Disproportions fœto-pelviennes : 20 cas (5.8%); Dilatations stationnaires (cicatriciel) :06 cas (1.8%)  
Les Présentations dystociques : présentations transversales : 36 cas (10.4%) ;  
Présentations de l'épaule : 02 cas (0.6%) ; Présentations céphaliques défléchies : 13 cas (3.8%).  
-les infections sur grossesse\* : VIH sur grossesse : 4 cas (1.2%) ; Paludisme grave sur grossesse : 03 cas (0.9%) ;  
Diarrhées aiguës sur grossesse : 01 cas (0.3%).

**IV- TRAITEMENT****Tableau XXII :** Répartition des patientes en fonction du type de traitement institué

Type de traitement	Effectif absolu	Pourcentage
<b>Traitement chirurgical</b>	<b>294</b>	<b>85.5</b>
Traitement médical	50	14.5
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX :** Répartition des patientes selon le mode thérapeutique appliqué

Thérapeutique appliquée	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	213	62
Hystérorraphie	15	4.4
Forceps / Ventouse	13	3.8
Curage	07	2.0
Version par manœuvre interne et externe	05	1.5
Suture de la brèche ( parties moles)	06	1.7
Hystérectomie*	01	0.3
Cerclage du col	01	0.3
Utilisation des tocolytiques	14	4.1
Anticonvulsivants + Antihypertenseurs	13	3.8
Antihypertenseurs	06	1.7
Curetage	17	5.0
Salpingectomie	14	4.1
Kystectomie	02	0.6
Antibiothérapie + Utérotoniques	10	3.0
Antipaludiques	04	1.2
Antibiothérapie	02	0.6
Réhydratation parentérale + antiémétiques	01	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

**NB\*** : Nous avons pratiqué une hystérectomie subtotala pour placenta percreta.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes en fonction des indications de la césarienne

<b>Indications de la césarienne</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dystocies mécaniques</b>	<b>52</b>	<b>24.4</b>
<b>HRP</b>	<b>48</b>	<b>22.5</b>
<b>Présentations dystociques</b>	<b>46</b>	<b>21.6</b>
Pré rupture	30	14.1
Placenta praevia	12	5.6
SFA	14	6.6
Eclampsie	06	2.9
Pré-eclampsie	03	1.4
Procidence du cordon battant	02	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

**NB** : La rupture utérine a été découverte fortuite dans 02 cas au cours d'une césarienne (rupture silencieuse).

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

<b>Durée d'hospitalisation (jours)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
$\leq 1$	28	8.1
2 - 7	270	78.5
8 - 14	33	9.6
$\geq 15$	13	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation est 2 jours.

**V- PRONOSTIC****1. Maternel****1.1. Morbidité****Tableau XXV** : Répartition des patientes en fonction de la nature de la complication morbide post opératoire

<b>Nature de la complication morbide</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Anémie</b>	<b>27</b>	<b>56.3</b>
Suppuration et lâchage pariétale	10	20.8
Endométrite	08	16.7
Septicémie	01	2.1
Pelvipéritonite	02	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

L'anémie a été la plus fréquente des complications avec 27 cas soit 56.3%.

**Tableau XXVI** : Répartition des patientes en fonction des complications par rapport à la durée de transport

<b>Complications</b> <b>Durée de Transport</b>	<b>Complicqués</b>		<b>Non complicqués</b>		<b>Total</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; 3 heures</b>	16	33.3	115	81	131	69
<b>&gt; 3 heures</b>	32	66.7	27	19	59	31.1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

Khi2 non corrigé : 46.45 P < 0.05

Une relation statistiquement significative existe entre les complications et la durée du transport (P < 0.05)

**Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction du besoin de transfusion**

<b>Besoin de transfusion</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	66	20.87
Non	250	79.11
<b>TOTAL</b>	<b>316</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de l'état de transfusion**

<b>Etat de transfusion</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Satisfait	54	81.9
<b>Non satisfait</b>	<b>12</b>	<b>18.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**1.2. Mortalité :****Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction de leur devenir**

<b>Devenir</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Guérie	337	98.0
Décédée	07	2.0
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

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

<b>Cause de décès</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Septicémie	01	14.3
Arrêt cardiaque	02	28.6
Choc hémorragique	01	14.3
Anémie	03	42.9
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>100</b>

L'anémie a constitué la première cause de décès : 03 cas soit 42.9% suivit d'arrêt cardiaque soit 28.6 % des cas.

**Tableau XXXI** : Répartition des patientes en fonction de leur devenir par rapport à la durée de transport

Devenir des Patientes Durée de transport	Guéries		Décédées		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 3	115	62.8	02	28.6	117	61.6
> 3	68	37.2	05	71.4	73	38.4
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

Fisher : 0.08      P &gt; 0.05

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le devenir des patientes et la durée de transport (P > 0.05)

**Tableau XXXII** : Répartition des patientes en fonction de leur devenir par rapport à la CPN

Devenir des patientes CPN	Guéries		Décédées		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
<b>OUI</b>	156	49.1	05	71.4	161	49.5
<b>NON</b>	162	71.8	02	28.6	164	50.5
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100</b>	<b>07</b>	<b>100</b>	<b>325</b>	<b>100</b>

Khi<sup>2</sup> : 0.48 (corrige de Yates)      P : 0.49

On remarque assez de décès chez les patientes qui n'ont effectué aucune CPN ; Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le devenir des patientes et la CPN (P : 0.49)

## 2. Foetal

**Tableau XXXIII** : Répartition des nouveaux-nés en fonction de leur état à la naissance

Etat du nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Vivant	189	70.8
Mort-né	73	27.3
Décès néonatal	05	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIV** : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état par rapport au mode d'admission

Etat des nouveau-nés	< 7		> 7		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
<b>Mode d'admission</b>						
<b>Evacuées</b>	164	78.5	42	72.4	206	77.2
<b>Non évacuées</b>	45	21.5	16	27.6	61	22.8
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>267</b>	<b>100</b>

Khi<sup>2</sup> non corrigé : 0.94      P : 0.33

Les mort-nés et les nouveau-nés morbides occupent le plus grand pourcentage des évacuées.

Mais aucune relation statistiquement significative n'existe entre l'état des nouveau-nés et le mode d'admission des patientes (P : 0.33)

**Tableau XXXV** : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état par rapport à la durée de transport

Etat du nouveau-né Durée de Transport	< 7		> 7		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 3 heures	21	13.2	95	88	116	43.4
> 3 heures	138	86.8	13	12	151	56.6
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>267</b>	<b>100</b>

Khi<sup>2</sup> : 146.28 (non corrigé) P < 0.05

Il existe une relation statistiquement significative entre l'état des nouveau-nés et la durée de transport (P < 0.05).

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

Apgar	Effectif absolu	Pourcentage
1 - 4	04	2.1
5 - 7	111	57.2
≥ 8	79	40.7
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>100</b>



**COMMENTAIRES  
ET DISCUSSIONS**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### I. LA FREQUENCE

La fréquence des urgences gynéco-obstétricales dans notre service est de 16% sur un total de 2154 patientes enregistrées en 12 mois.

Cette fréquence s'explique par le fait que le cercle de Koutiala couvre assez de CSCOM (32) d'une part et sa superficie (12270 km) d'autre part.

Notre fréquence est sensiblement inférieure à celle de SIDIBE D. [39] : 17.15%.

Elle est nettement inférieure à celle de DOUGNON F. [20] : 28.5%. Par contre notre taux est supérieur à celui de SAMAKE Y. [35] : 8.12%.

Cette baisse progressive des urgences est le témoin d'une amélioration des infrastructures socio sanitaires entres autres la création de nouveaux CSCOM, l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local, le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

### II. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

#### 1. Age

La tranche d'âge de 19-39 ans est la plus nombreuse dans notre étude (76.7%).

Elle correspond à la période d'activité génitale.

#### 2. Niveau socio-professionnel

92.7% de nos patientes étaient mariées,

86.6% de nos patientes sont des ménagères. Cela s'explique par le fait que la majeure partie de nos femmes subissent le mariage de façon précoce.

#### 3. Facteurs de risque

##### 3.1. La parité

Les nullipares représentent 20,3% dans notre étude.

Les grandes multipares représentent 13.4% dans notre série. Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et

rapprochées. Notre taux est inférieur au taux de SIDIBE D. [39] : 23.71%, par contre supérieur à celui de THIERO M. [42] : 11.9%.

### **3.2. Caractéristiques obstétricales**

52.9% de nos patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale d'après le tableau XI ; 29.8% de nos patientes avaient fait 1 à 2 CPN contre 11.7% pour 3 à 4 CPN. Ce résultat peut s'expliquer par les problèmes économiques et socioculturels.

Notre taux est supérieur à celui de SIDIBE D. [39] qui a trouvé un taux de 43.03%.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des CPN constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et un risque identique au cours de l'accouchement.

## **III. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RETROUVEES SONT :**

### **1. Les hémorragies :**

La fréquence de l'avortement spontané est de 0.6% de l'ensemble des accouchements. Notre taux plus bas d'avortement s'explique par le fait que la plupart de nos femmes ne se rendent à l'hôpital qu'en cas de complications.

Ce taux est comparable à celui de SAMAKE Y. [35] : 0.46% ; mais inférieur aux 1.28% de SIDIBE D. [39] et aux 1.89% de DOUGNON F. [20].

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

Quant à la grossesse extra-utérine, sa fréquence est de 0.5% de l'ensemble des accouchements du service. Nous n'avons déploré aucun décès maternel et les suites ont été simples.

Notre résultat obtenu est confirmé par Lopredo et collaborateurs [50] qui signalent ces 20 dernières années une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopique. Notre pourcentage est nettement inférieur à ceux de N'GUESSAN K. et COLL. [32], DOUGNON F. [20], DIALLO F.B. et COLL. [14] SIDIBE D. [39] avec respectivement : 4.92%; 3.24%; 2.38%; 1.06%. Notre

fréquence est superposable à celles trouvées par SAMAKE Y. [35] et CISSE M.L. et COLL. [9] avec respectivement : 0.68%; 0.4%.

Cette réduction de la mortalité par GEU s'explique par le fait que l'examen anodin l'échographie a été donné devant tous cas de syndrome douloureux du pelvis associé ou non à une métrorragie d'où le diagnostic très vite posé et une prise en charge adéquate.

Par contre celle de la rupture utérine est de 0.6% sur l'ensemble des accouchements dans notre étude. La Rupture utérine est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine. Notre fréquence est proche de celles de SIDIBE D. [39], SAMAKE Y. [35], DICKO S. [18] avec respectivement : 0.8%; 0.68% et 0.61 %. Des fréquences élevées ont été trouvées par les auteurs comme DOUGNON F. [20] : 2.02 %; TRAORE Y. [44] : 3.8 %.

Dans notre étude, il existe assez de grandes multipares, terrain favorable à la rupture utérine à cause de la fragilité du muscle utérin.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème sérieux de santé publique engendrant une lourde mortalité et morbidité feoto-maternelles.

Dans notre étude la fréquence du placenta praevia est de 0.47 % de l'ensemble des accouchements effectués dans le service. Le placenta praevia se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âges supérieurs à 30 ans [17]. Cette fréquence est nettement inférieure à celle de DOUGNON F. [20] : 2.16 % et superposable à celles de SIDIBE D. [39] : 0.98% et de SAMAKE Y. [35] : 0.62 %. MACALOU B. [27] a trouvé une fréquence de 7.79 %; donc supérieure à la notre.

Notre taux de mortalité foetale 11.51 % est nettement inférieur au taux de SIDIBE D. [39] : 42.31%; inférieur à celui de DICKO S. [18] : 24 % et superposable aux taux cités par AYOUBI D.J.M. et PONS J.C. [3] qui est de

l'ordre de 5-10 %, Selon ces auteurs le placenta praevia survient dans moins de 1 % des grossesses.

La fréquence des hémorragies de la délivrance sur l'ensemble des accouchements du service est de 0.50 %. Cette fréquence est superposable à celles de DOUGNON F. [20] : 0.58 %, de DIALLO D. et COLL. [13] : 0.58 % et de SIDIBE D. [39] 0.30%. Des fréquences élevées ont été rapportées par LANKOANDE J. et COLL. [24] et ABOULETH A.R. et COLL. [6] avec respectivement 2.2 % et 1.36 %.

Malgré cette réduction progressive de la fréquence des hémorragies de délivrance; elle constitue jusqu'à nos jours une situation qui mérite une attention particulière, parce que au cours de notre étude, l'hémorragie vient en première position des états morbides.

## **2. Les dystocies**

### **2.1. Les bassins dystociques**

Ils sont représentés par les BGR, les bassins limites et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentent 9% dans notre étude. Cela peut s'expliquer par l'amélioration des conditions alimentaires et la lutte contre la poliomyélite dans notre région. Ce pourcentage est inférieur à ceux de SAMAKE Y. [34] 15.36 %, et de DOUGNON F. [20] : 19.49 %. Notre pourcentage est superposable à ceux de SIDIBE D. [39] (10.09%); de DICKO S. [18] (9.35%) et de CAMARA S. [7] (9.09%); KANTE F. [23] a trouvé 22.68 % des causes dystociques.

### **2.2. Les présentations dystociques**

Il peut s'agir de présentation transversale, de présentation oblique, de présentations céphaliques défléchies. Sa fréquence sur l'ensemble des accouchements du service est de 1.98 %.

Notre pourcentage de 14.8% des urgences est supérieur à ceux de SIDIBE D. [39] : 7.45% et de CAMARA S. [7] : 6.97% mais inférieur à celui de BERTHE S. [4] : 41.25%.

### **3. L'hypertension artérielle et ses complications :**

#### **3.1. L'éclampsie**

Au cours de notre étude, 13 cas d'éclampsie ont été enregistrés soit 0.5% des accouchements. La mortalité maternelle et fœtale sont très basses avec respectivement : 0.3 % et 00 %.

Notre fréquence de 0.5 % est superposable à celle de SIDIBE D. [39] : 0.45 mais inférieure à celles de HYJAZI et COLL. [22] : 1.07%, de DOUGNON F. [20] : 0.81 %, LANKOUANDE et COLL. [24] qui ont trouvé 0.89 %, DIARRA N et COLL. [16] : 1.8%, KANTE F. [23] : 0.70 %, Moro Y. [31] a trouvé 0.66 % à l'hôpital Gabriel TOURE.

#### **3.2. L'hématome rétro placentaire**

La fréquence obtenue par rapport à l'HRP sur l'ensemble des accouchements est de 19 %.

Notre taux de mortalité fœtale est de 28.21%. KANTHA MANI à MANDRAS cité par COULAU JC et UZANS [10] rapportent une mortalité maternelle de 4.28 % pour une série de 110 HRP.

Le taux de mortalité fœtale est nettement inférieur à ceux de SIDIBE D. [39] : 100% et d'AKPADZA K et COLL. [2] : 75.45%.

### **4. La souffrance fœtale aiguë**

Sur l'ensemble des accouchements du service une fréquence de 0.54% a été obtenue par rapport à la SFA. Par contre la fréquence globale de césarienne pour cette pathologie au cours de notre étude est de 6.6 %. Ce taux est supérieur au taux retrouvé par SIDIBE D. [39] : 4.83% et largement inférieur à ceux de DIALLO Y. et COLL. [15] qui ont trouvé 23.5 %, GANDZIE et COLL. [21] : 17.3 % et de NGOM PM et COLL. [33] : 18.9 %.

La mortalité maternelle est de 28.57 % et la mortalité fœtale est de 15.38 %. Notre taux de mortalité néonatale de 15.38 % est largement supérieur au taux de DIALLO Y. et COLL. [15] : 9.1 %. Cependant des taux plus élevés que le nôtre

ont été trouvés au Mali : DOUGNON F. [20] : 40 % ; DICKO S. [18] : 29.4 % et SIDIBE D. [39] : 21.4%.

Ce taux élevé dans notre série peut s'expliquer par le retard dans la prise de décision des structures périphériques.

#### **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 mis en place.

Dans 294 cas soit 85.47% la prise en charge a été chirurgicale. Parmi les urgences obstétricales, les interventions les plus pratiquées ont été :

- La césarienne 213 cas soit 62%
- L'hystérorraphie 15 cas soit 4.4%
- Forceps / ventouse 13 cas soit 3.8%

Notre taux de césarienne est supérieur à ceux de THIERO M. [42] : 57.5% et de SIDIBE D. [39] : 43.16%.

Parmi les urgences gynécologiques, les interventions les plus pratiquées ont été :

- Le Curetage 17 cas soit 5%
- La Salpingectomie 14 cas soit 4.1%

Confrontés à la littérature, on trouve que les taux de curetage et de salpingectomie sont inférieurs aux 12.16% ainsi qu'aux 8.52% de SIDIBE D. [39].

Dans 50 cas soit 14.53% la prise en charge a été médicale.

Toutes les patientes ayant subi une révision utérine ont reçu l'ocytocine.

Sur un total de 66 cas dont le besoin en transfusion a été exprimé en urgence, 12 n'ont pas été satisfait soit 18,18 %.

#### **V. LE PRONOSTIC**

##### **1. Pronostic maternel**

### **1.1. Morbidité**

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques rares cas de complications ont été enregistrés avec 48 cas soit 14% de nos patientes.

Elles sont dominées par l'anémie 56.3 %, la suppuration et le lâchage pariétale 20,8%, les endométrites 16.7 %, la pelvipéritonite 4.2 %.

Notre taux d'endométrite est nettement inférieur à celui retrouvé par DISSA L. [19] soit 28.21%.

Le taux de suppuration et lâchage pariétales retrouvé par DISSA L. [19] : 46.15% est largement supérieur à celui retrouvé dans notre série 20.8%. Cela pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité de l'asepsie.

### **1.2. Mortalité**

Dans notre étude nous avons enregistré 07 décès maternels soit 2.03% contre 11.25% de DICKO S. [18] et 11.95% chez DOUGNON F. [20].

L'état général altéré aggravé des patientes par les conditions difficiles de la référence et parfois le manque de sang expliquent le taux élevé de la mortalité maternelle. Ce taux est inférieur à ceux de SIDIBE D. [39] : 4.61% et de THIERO M. [42] : 7.5%.

Les principales causes de décès ont été : les hémorragies première cause de mortalité maternelle dans notre étude soit 57.2 %. Elles comprennent :

Les hémorragies de la délivrance : 58.33 % ; le placenta praevia : 58.33% ; les ruptures utérines : 46.67 %; Après les hémorragies, l'HTA gravidique et ses complications : 53.85 %; l'anémie : 42.9 % ; les infections : 33.33 %. Notre étude est comparable à celle de SEPOU A. et COLL. [39] dont les hémorragies de la délivrance constituent la première cause de mortalité maternelle soit 29.75 %, suivies des ruptures utérines 21.63 %.

## **2. Pronostic foetal**

### **2.1. Morbidité**

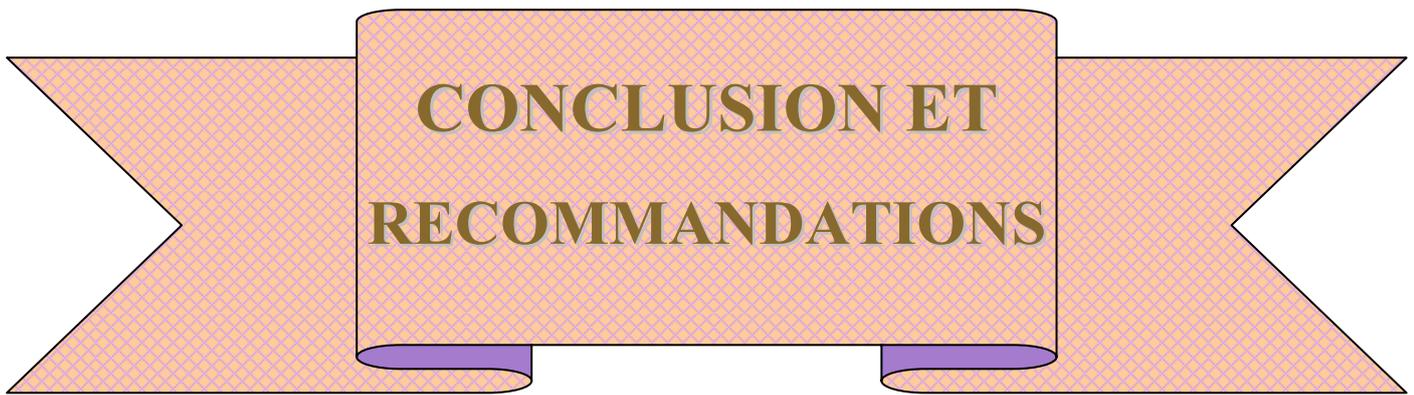
Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 59.3%. Tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

### **2.2. Mortalité**

78 cas de mort-né et de décès néonatal ont été enregistrés sur un total de 257 accouchements effectués soit 30.35%. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par :

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

Cette prévalence est nettement inférieure à celles de SIDIBE D. [39] : 45.79% et de DOUGNON F. [20] : 35.34%.



**CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS**

## CONCLUSION

De juillet 2005 à juin 2006, nous avons enregistré 344 urgences gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 16%.

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

L'âge (19-39 ans) : 76.7%; la parité (paucipares) avec 32.6%; les conditions d'évacuation (distance à parcourir, moyen de transport, le retard à l'évacuation).

Parmi les 344 urgences, les références constituent 75.5%.

Les principales pathologies rencontrées sont :

- les dystocies mécaniques : 16.6% ;
- les présentations dystociques : 14.8% ;
- l'hématome rétro placentaire : 14.0% ;
- la pré-rupture utérine : 8.7% ;
- la souffrance fœtale aigue : 5.8% ;
- les avortements spontanés en cours : 4.7%;
- la rupture utérine : 4.4% ;
- la grossesse extra utérine : 4.1% ;
- l'éclampsie : 3.8% ;
- le placenta praevia, les hémorragies de la délivrance, la menace d'accouchement prématuré : 3.5% ;
- l'endométrite aigue : 3.0%; la pré éclampsie : 1.7%.

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée au cours de notre étude avec 213 cas soit 62%.

Nous avons recensé 07 décès maternels soit une mortalité maternelle globale de 2.03%.

La mortalité fœtale globale est de 22.97%.

Les hémorragies, occupent la première place parmi les causes de mortalité maternelle liées à la pathologie gynéco- obstétricale.

## RECOMMANDATIONS

### 1. Au Ministère 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 du centre en vue d'une prise en charge rapide des cas urgents.
- Doter les centres de santé de référence en ambulance (équipé de rac), afin d'assurer les évacuations simultanées.
- Assurer la disponibilité de sang « mini- banque de sang » dans le Centre de Santé de Référence pour des possibilités transfusionnelles rapides car de nos jours, l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.

### 2. Aux autorités municipales

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

### 3. Au médecin chef du CSref

- Assurer la formation continue 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.
- Permettre une connaissance précoce de l'ampleur et des causes de mortalité materno-foetale par l'enregistrement rigoureux des naissances et des décès.

### 4. Aux sages femmes

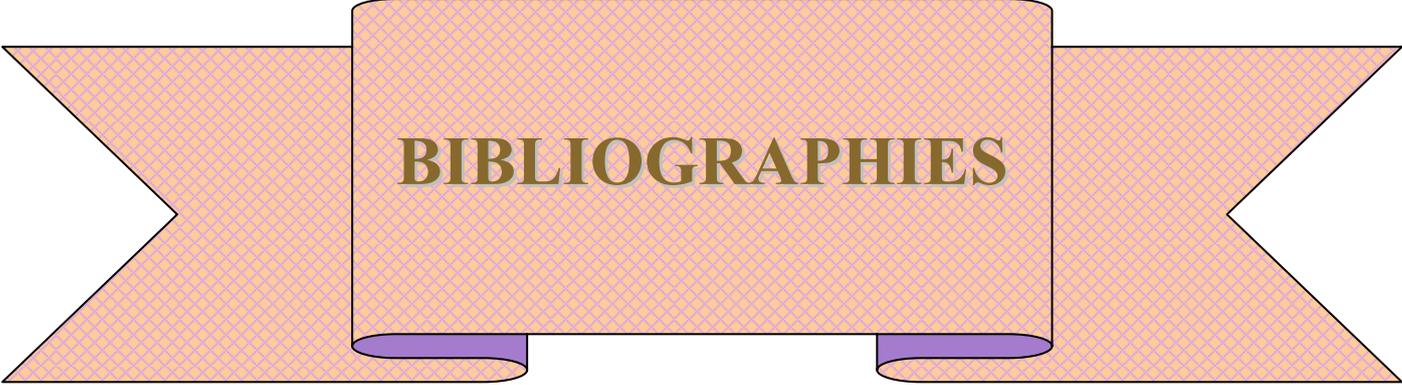
- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse ;
- Evacuer les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic ;
- Référer / Evacuer à temps les patientes.

### **5. Aux médecins et aux sages femmes**

- Promouvoir l'IEC pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement, aux accouchements à domicile, et à la méconnaissance des risques de complication de la grossesse.
- Organiser des audits internes devant tous cas de décès maternel et tous les autres cas compliqués ;
- Redynamiser le système de suivi de référence et de contre référence par l'enregistrement rigoureux des différents cas ;
- Actualiser la garde de chirurgie afin de permettre une prise en charge assez rapide des urgences.

### **6. 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 dont le but est de prévenir la survenue des complications mortelles surtout chez les multi pares .



**BIBLIOGRAPHIES**

## **BIBLIOGRAPHIES**

### **1. ADELMAN S., BENSON CD, HERTIER J. H.**

Surgical lesions of the ovary in infant and childhood.

Surg-gynécol-obst-1975, 141, 219-22P3.

### **2. AKPADZA k. et COLL. :**

L'hématome rétro 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<sup>e</sup> 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. BOHOUSSOU M. K.; AW O.T.; ANONGBAS et COLL.**

La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum.

Etude hospitalière Afr Medecine, 1986,25,239,(125 – 130 )

### **6. ABOULETH 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<sup>e</sup> janvier 2000 – 28 février 2001

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

### **7. CAMARA S. :**

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude.

Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714.

**8. CISSE C.T. et COLL. :**

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

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

**9. CISSE M.L et COLL. :**

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

Recueil des résumés : VIIe Congrès de la SAGO Iie Congrès de la SOMAGO du 12-17-/01/2003 Bamako.

**10. COULAU J. C. et UZANS :**

Hématome retro placentaire ou DPPNI :

Encycl. Méd. Chir. (Paris – France) obstétrique 5071 A<sup>10</sup> 6 1985, 10 P.

**11. CORREA P et COLL. :**

Paludisme et grossesse

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

**12. CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 2002.**

Enquête démographique et de santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA.

**13. DIALLO D. et COLL. :**

Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar.

Recueil des résumés. 4<sup>e</sup> congrès de la SAGO, 3<sup>e</sup> 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 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<sup>e</sup> congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 à Bamako – Mali.

**16. DIARRA NAMA A.J., O. ANGBO, M.N. KOFFI, M.K KOFFI, T.K. YAO, C. WELFFENS EKRA:**

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

**17. DIARRA O. :**

Les urgences obstétricales dans le service de gyneco-obstetrique de l'hôpital du Point G. Thèse Med. Bamako 2000 n°177, 81p.

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. DISSA L. :**

Etude epidemio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas. Thèse Med. Bamako 2005 n°110,68p

**20. 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

**21. GANDZIEN P.C, EKOUNZOLA J.R :**

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

**22. HYJAZI Y. et COLL. :**

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

Guinée Médical 2002

**23. 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

**24. LANKOANDE 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<sup>e</sup> congrès de la SAGO 3<sup>e</sup> congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

**25. 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<sup>e</sup> congrès de la SAGO, 3<sup>e</sup> congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 à Abidjan.

**26. LANSAC J., C. BERGER, G. MAGNIN et AL :**

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

**27. MAGALOU B. :**

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine 2002 N°: 142

**28. MERGER R.:**

Précis d'obstétrique\_ 6<sup>e</sup> ed.\_ Paris ; Melau, Barcelone, Masson, 1995.\_583 ;  
ill. ; 25 cm

**29. MILLIER J. :**

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

**30. Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées.**

Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population 1990.

**31. 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.

**32. 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

**33. NGOM P.M. et COLL.:**

Aspects épidémiologiques et qualité des césariennes au CHU Le DANTEC de Dakar du 1<sup>e</sup> juillet au 31 décembre 2001.

**34. OMS :**

Rapport sur la santé dans le monde 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »

**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 Paris : Maloine :1983. n° 4903 \_ 263 P ;

**38. SEPOU A. et COLL. :**

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

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

**39. SIDIBE D. :**

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas. Thèse de médecine 2006

**40. 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.

**41. SOMBIE I. :**

Mortalité néonatale maternelle en milieu rural au Burkina Faso, année 2001. Indicateurs de base pour un programme d'intervention pour une maternité à moindre risque dans le district sanitaire de Houndé.

**42. 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

**43. 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.

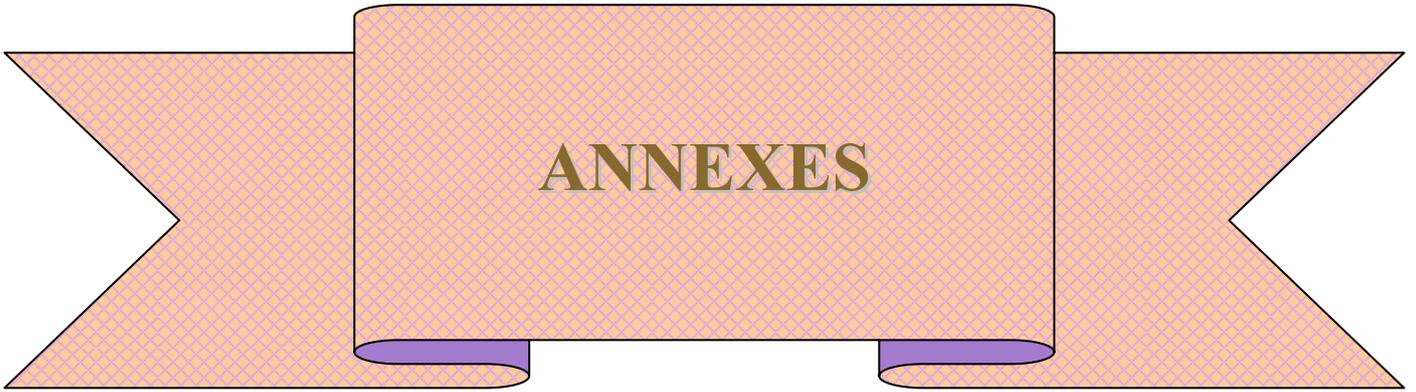
Thèse de Médecine Bamako 2001, 93 page, 14

**44. TRAORE Y. :**

Les ruptures utérines à l'hôpital national de Point « G ». Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas. Thèse de médecine Bamako 1996 N : 27

**45. WESTROM L :**

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



**Annexe 1 : Fiche d'enquête**

**Thème :** Les Urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas.

**Identification de la patiente**    Nom :.....    Prénom :.....

**Q-1 – âge en année**    N°.....

1 : ( $\leq 18$ ) ; 2 : (19 –29)    3 : 30 – 39    4 :  $\geq 40$

**Q-2 – Ethnie** 1 : Mianka ; 2 : Bambara ; 3 : Sénoufo ; 4 :Sarakolé ; 5 : Malinké  
6 : Dogon 7 : Peulh ; 8 : Bobo ; 9 : Songhraï; 10 : Bozo    11 : Autres

**Q-3 Nationalité**    1 : Malienne    2 : Autres    Si autres préciser

**Q-4 Résidence**    1 : Koutiala ville    2 : Koutiala extension (à préciser)

**Q-5 Profession de la patiente** 1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante

3 : Fonctionnaire; 4 : Aide ménagère

**Q-6 Profession du conjoint** : 1 : cultivateur ; 2 : commerçant ;

3 : Fonctionnaire ; 4 : ouvrier ou autres

**Q 7 Statut matrimonial** 1 Marié ; 2 : célibataire; 3 : Divorcé ; 4 : Veuve

**Q-8 Revenu par mois du foyer** : 1 : extrême    2 : moyen    3 : minimum

**Q-9 Mode d'admission** : 1 : Evacuée ; 2 : Venue d'elle même;

3 : référence interne

**Si évacuée ; motif :**

1 Dystocie ; 2 : Hémorragie; 3 : Eclampsie ; 4 : SFA; 5 : Hémorragie de la délivrance; 6 : Douleur pelvienne; 7 : GEU    8 : Anémie sur grossesse  
9 : CUD 10 : Autres

**Si évacuée , temps mis a destination en heures :** 1 : Demi- heure; 2 : (1-2) ;

3 : (3-4 ) ; 4 : >4

**Si venue d'elle même ; motif :**

1 : CUD, 2 : hémorragie; 3 : Douleur pelvienne; 4 : Crise convulsive ;

5 : Autres

**Q-10- Système d'alerte** : 1 : Rac ; 2 :Téléphone ; 3 : Autres

**Q-11- Moyen ou condition d'évacuation :**

1 : Ambulance 2 : véhicule collective ou taxi 3 : véhicule personnel

**Q12- support de référence :** 1: Partogramme, 2 : fiche d'évacuation , 3 : lettre  
4 : sans documents

**Q-13 Provenance**

**Q-14-a** Koutiala ville: 1 : INPS, 2 : CSCOM, 3 : clinique, 4 : Autres

**Q-11- b** Koutiala extension : 1 : CSCOM 2 : Autres à préciser

**Q15- Agent de l'évacuation ou de la référence**

1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmiers 4 : Matrone 5 : autres.

**II- Données cliniques :**

**Q16- Antécédent médicaux**

1: HTA, 2 : Anémie 3 : bilharziose; 4 : Diabète; 5 :Tuberculose;  
6 : Autres

**Q17 –Antécédents chirurgicaux**

1 : Appendicectomie; 2 : péritonite; 3 : Césarienne; 4 : Myomectomie ;  
5 : Curetage; 6 : Autres

**Q-18 Antécédent gynéco-obstetricaux**

1 : Fibrome utérin; 2 : Salpingectomie; 3 : kystectomie; 4 : Infection  
générale; 5 : Avortement; 6 : Plastie tubaire; 7 : Malformation génitale

**Q 19 Gestité**

1 : Primigeste ; 2 : Paucigeste ; 3 : Multigeste ; 4 : Grande multigeste

**Q 19 Parité :**

1 : nullipare ; 2 : Primipare; 3 : Paucipare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande  
multipare

**Q-20 Nombre d'enfant vivants**

1 : ( $\leq 1$ ) 2 : ( 2-3 ) 3 : ( 4-5 ) 4 : ( $\geq 6$ )

**Q-21 Nature de la grossesse actuelle :**

1 : pathologique ; 2 : non pathologique

**Q-22 age gestationnel**

1 : premier trimestre ; 2 : deuxième trimestre ; 3 : troisième trimestre

**Q-23 Nombre de CPN : 1 : (0) 2 : (1-4) 3 : ( $\geq 5$ )**

**III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE**

**3-1 Signes généraux**

**Q 24 Etat général :** 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

**Q 25 Coloration des conjonctives :** 1 : colorées; 2 : pâles

**Q-26 Fièvre :** 1 : (37,5-38,5) 2 : ( $\geq 39$ ) 3 : Pas de fièvre

**Q-27 Pelvialegie** 1 : Modérée 2 : Intense 3 : très intense

**Q-28 Hypotension artérielle** 1 : Oui 2 : Non

**Q-29 HTA** 1 : Modérée 2 : sévère 3 : Pas d'HAT

**Q-30 Pouls :** 1 : 100 bts / mn, 2 : (100 - 120 ) 3 : Filant 4 : imprenable

**Q-31 Toucher Vaginal**

1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

**Q-32 -Examen au spéculum ; Col sain :** 1 Oui 2 : Non

**Q-33 Métrorragie**

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 : Très abondante 5 : Non

**3-2 SIGNES CARDIO –VASCULAIRES**

**Q-34 Tachycardie** 1 : oui 2 : Non

**Q-35 Etat de choc** 1 : oui 2 : Non

**3.3- signes neurologies**

**Q-36 Agitation** 1 : oui 2 : Non

**Q-37 Obnubilation** 1 : oui 2 : Non

**Q-38 Coma** 1 : oui 2 : Non

**3.4 - Etat de la femme en travail :**

**Q-39- Durée du travail en heures :**

1 : ( $\leq 12$ ) 2 : (13 –18 ) 3 : ( 19 –24 ) 4 : (25 –48 ) 5 : >48

6 :inconnue

**Q-40 –Phase du travail d'accouchement**

1 : phase de latence                      2 : phase active                      3 : phase expulsive

**Q-41 Niveau de la présentation :**                      1 : engagée                      2 : non engagée

**3-5 Etat de l'enfant pendant le travail**

**Q - 42 présentation**

1 : Céphalique                      2 : Transverse ou épaule                      3 : Siège front

4 : Face

**Q-43 BDCF :**

1 : présent < 120    2 : 120-160    3 : > 160    4 : absent

**Q-44 – Etat des membranes :**

1 : intactes                      2 : Rompues dans le service;                      3 : rompues hors de service (préciser délais)

**Q-45 –Aspect du liquide**

1 : clair;    2 fluide;    3 : méconial, épais;    4 : Hématique

**Q-46 Nombre de fœtus :**

1 : Mono fœtal                      2 : Gémellaire                      3 :  $\geq 3$

**IV Examens complémentaires :**

**Q 47 Tx d'Hémoglobine en urgence**

1 : normale    2 : bas                      3 : effondré    4 : non fait

**Q-48 Groupage- rhésus en urgence**    1 : oui                      2 : non

**Q-49 Echographie :** préciser résultat (anomalie): -----

-----

**Q-50 test dUCG en urgence :**    1: positif    2 : négatif

**V- Diagnostic**

**Q-51- Diagnostic retenu**

1 : SFA                      2 : rupture utérine                      3 : PPH                      4 : HRP

5 : hémorragie de la délivrance                      6 : lésion des parties molles

7 : présentation dystocique                      8 : DFP                      9 : dystocie

10 : éclampsie

11 : procidence du cordon

12 : GEU

13 : torsion de kyste

14 : Avortement

15 : préciser

## **VI Modes thérapeutiques**

### **Q-52 - hémorragie de la délivrance**

1 : Révision utérine                      2 : examens sous valve    3 : transfusion sanguine

4 : perfusion de macromolécules    5 : administration d'utérotoniques

### **Q-53- Lésion des parties molles :**

1 : suture sous anesthésie    2 : perfusion de soluté    3 : transfusion sanguine

4 : suture sans anesthésie

### **Q-54- éclampsie**

1 : administration d'anti-convulsivant    2 : administration d'anti-hyper tension

3 : césarienne

4 : réanimation

### **Q-55- PPH ou HRP**

1 : amniotomie                      2 : perfusion d'ocytocine    3 : césarienne

### **Q-56- SFA**

1 : forceps    2 : Césarienne ; si oui type d'anesthésie -----

perfusion de soluté -----

transfusion sanguine-----

**Q-57-GEU :** 1:laparotomie                      2 : perfusion de soluté                      3 : transfusion de sang

**Q-58- torsion de kyste**    1 : antalgique (préciser )                      2 : perfusion de soluté    3 : laparotomie

**Q-59-Avortement :**    1 :Expulsion spontanée                      2 : Curage /curetage

3 : administration d'ocytocique

**VII- Evolution et pronostic :**

**Q- 60-** pour l'enfant ; 1 : vivant      2 : Mort-né      3 : décès néonatal

**Si vivant , APGAR à la naissance :** 1 : (1-4)      2 : (5-7 ) 3 : ( $\geq 8$  )

**Q-61-** réanimé : 1 : suites bonnes      2 : décès néonatal

**Si mort né cause :**

1 : SFA      2 : RU      3 : PPH      4 : HRP      5 : éclampsie

6 : procidence      7 : présentation dystocique

**Q 62-** Etat physique de l'enfant 1 : normal      2 : Mal formé

**Q- 63 :** Pour la mère :

1 : vivante      2 : Suites simples      3 : suites compliquées

**Q-64** Nature des suites de couche :

1 : Endométrite      2 : Anémie      3 : Septicémie      4 : Thrombophlébite

5 : Suppuration + lâchage      6 : péritonite      7 : pelvipéritonite

**Q-65–** Mère décédée, cause :

1 : hémorragie      2 : Anémie      3 : Arrêt cardiaque      4 : HTA et complication

5 : septicémie

**Q-66-** Voie d'accouchement des mères décédées :

1 : voie basse      2 : voie haute      3 : Avant accouchement

**Q-67-** Durée de l'hospitalisation en jour

1 : 1      2 : (2-7 )      3 : (8-14 )      4 : > 15

**Q-68-**Besoin de transfusion      1 : oui      2 : non

**Q-69** Besoin satisfait      1 : oui      2 : non

**Q-70-** Si oui besoins satisfait en quantité par ml de sang :

1 : 500      2 : 1000-1500      3 :  $\geq 2000$

ANNEXE 2 : FICHE SIGNALETIQUE

NOM : COULIBALY

PRÉNOM : MOUSTAPHA Souleymane

TITRE DE LA THESE : les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas.

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEURS D'INTERET : Gynécologie, obstétrique, santé publique.

RÉSUMÉ : Notre étude descriptive, transversale à collecte prospective s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de Koutiala du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 juin 2006 soit 12 mois.

L'objectif principal est d'évaluer les urgences gynéco-obstétricales dans notre service.

Nous avons enregistré 344 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 16%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (13-48 ans).

Les urgences gynéco-obstétricales sont dominées par les hémorragies 36.3%, les dystocies 31.4%, la SFA 5.8% et l'HTA et ses complications (éclampsie et pré-eclampsie) 5.5%.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans les urgences d'ordre obstétrical soit 62%.

Dans les urgences gynécologiques, le curetage a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué avec 5% soit 17 cas pour notre série.

La mortalité fœtale est de 22.97% et la mortalité maternelle de 2.03%.

En fonction de ces taux nous pouvons dire que la mortalité maternelle et/ou fœtale a baissé contrairement à l'année 1989 (thèse de Dougnon F.) où la mortalité maternelle et fœtale était respectivement 11.95% et 35.84%.

Les parturientes d'âges compris entre 19 et 39 ans, les paucipares, et les conditions de références (distances à parcourir, moyen de transport, le retard à la référence) constituent les facteurs de risque des urgences gynéco-obstétricales.

Pour éviter et réduire considérablement le drame lié aux urgences ; il faut nécessairement :

- la formation continue du personnel médical et paramédical,
- un équipement des centres de santé,
- une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses.

Mots clés : urgences, gynécologiques, obstétricales, mortalité, hémorragies, dystocies.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail,  
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure.**