

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

NATIONALE

=====

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2006 - 2007

N°.....



**LES GROSSESSES A RISQUE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE
BAMAKO A PROPOS DE 182 CAS EN 2006.**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 26 / 06 / 2007

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Par

Mr BOCARY SIDI KONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président :	Professeur	Sidi	YAYA	SIMAGA
Membres :	Professeur	Salif		DIAKITE
	Docteur	Issa		DIARRA
Directeur :	Professeur	SY	Assitan	SOW

Les grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako à propos de 182 cas .

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les risques liés à la grossesse et à l'accouchement constituent de nos jours une hantise tant pour les femmes, que pour les obstétriciens. Cette situation explique sans doute la nécessité de poursuivre les recherches afin de réaliser les conditions les meilleures et d'assurer une issue favorable à la grossesse et à l'accouchement [8].

C'est en 1850 que la notion de grossesse à risque a été évoquée par HALBAN et le premier qui l'a formulée a été TURPAIN près d'un siècle après [8].

Ce sont des grossesses au cours desquelles le fœtus et/ou la mère courent un risque accru de mortalité et de morbidité avant, pendant ou après la naissance [4].

Le diagnostic précoce des grossesses à risque passe nécessairement par la fréquentation des centres de santé par les gestantes où elles bénéficieront des soins de qualité et d'un suivi prénatal adéquat, chose rare dans les pays en voie de développement du fait de :

- l'ignorance des patientes (analphabétisme) ;
- la négligence ;
- la pauvreté ;
- le manque d'information.

Il a été constaté que la prévalence de la grossesse à risque varie d'un continent à l'autre et d'un pays à l'autre.

La prévalence mondiale de la létalité liée à la grossesse à risque est de 1,5 à 3% [45].

Les mortalités maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest sont les plus élevées de par le monde avec 70 pour 100000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances vivantes [4].

Ces décès dans 80% des cas selon l'OMS sont liés aux causes obstétricales directes surtout :

- les hémorragies ;
- l'infection ;
- les dystocies ;
- l'hypertension artérielle et les avortements provoqués [8].

La morbidité maternelle est 6 à 10 fois plus fréquente que la morbidité néonatale, et conduit non seulement à la mort mais aussi aux handicaps [8].

Certains de ces handicaps exposent la femme au rejet social comme le cas de la fistule vésico- vaginale.

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100000 naissances vivantes alors que le taux de mortalité néonatale est de 60 pour 1000 naissances vivantes [4], ce qui fait de ces pathologies un problème prioritaire de santé publique.

Plusieurs études réalisées au Mali ont prouvé que la prévalence des grossesses à risque n'était pas négligeable malgré les efforts consentis par les organismes de prise en charge. De nos jours aucune étude n'a été effectuée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako sur le thème, d'où l'idée d'initier ce travail visant les objectifs suivants :

❖ Objectif général

Etudier les grossesses à risque observées au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako en 2006.

❖ Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer la prévalence des grossesses à risque pendant la période d'étude.
- 2- Etudier le profil socio-demographique des gestantes.
3. Décrire les caractéristiques cliniques des gestantes.
4. Décrire les caractéristiques liées à la grossesse actuelle et à son évolution.
5. Décrire les caractéristiques des nouveau-nés.
- 6 -Evaluer le pronostic fœto-maternel.

GENERALITES

I DEFINITION.

Il s'agit des grossesses au cours desquelles le fœtus et /ou la mère courent un risque accru de mortalité ou de morbidité, avant, pendant ou après la naissance [4].

Le danger se concrétise pour la mère :

- par l'aggravation d'une pathologie préexistante,
- Par l'apparition d'une pathologie nouvelle,

Pour le fœtus, ce danger est triple :

- la prématurité ;
- le retard de croissance intra utérin et la souffrance fœtale chronique ;
- la mort in utero.

Les progrès réalisés ces dernières années en matière de mortalité néonatale sont essentiellement le fruit de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses dites à risque [45].

La surveillance des grossesses à risque est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire (Obstétricien, neonatologue, diabétologue, cardiologue etc.)

En réalité la notion de grossesses << à haut risque >>, ou << à risque élevé >> a pris beaucoup d'importance. Elle couvre sans nul doute la quasi-totalité de la pathologie obstétricale et ses limites sont floues. Sous peine de répétition on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes, pour s'attacher à sa signification et à ses conséquences pratiques [47].

II. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FŒTALES

NEONATALES ET MATERNELLES

A. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FŒTALES ET NEONATALES

- **La prématurité** : constitue aujourd'hui la cause essentielle de mortalité au cours du travail et surtout après l'accouchement

(les complications respiratoires expliquant plus de la moitié de ces morts)

La prématurité est responsable de 60% des morts fœtales et néonatales.

- **La toxémie gravidique et les autres syndromes vasculo-rénaux :**
sont responsables de 25% des morts fœtales.

Les autres causes de mort foetale sont :

- **Le diabète :** dont la fréquence augmente régulièrement ;
- **Les incompatibilités rhésus fœto- maternelles.**

La mort fœtale peut aussi être due aux causes suivantes :

- Placenta praevia ;
- Hématome rétro placentaire ;
- Pathologies du cordon ;
- Dépassement du terme.

Ces étiologies exposent particulièrement à une mort fœtale au cours du travail.

Les malformations congénitales, qu'elles soient génétiques, infectieuses (surtout virales), entraînent aussi fréquemment des morts fœtales et néonatales [45].

B. LES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE

1) les principales causes de décès maternel pendant la grossesse et l'accouchement sont :

- les syndromes hémorragiques et les états de choc.

Ils représentent la première cause de mort maternelle :

- placenta praevia ;
- ruptures utérines ;
- les accidents d'anesthésie pendant le travail sont de plus en plus rares.

- Les syndromes vasculo-rénaux,

Ils sont responsables de 23% des morts maternelles : essentiellement au cours des crises d'éclampsie et de l'hématome retroplacentaire [45].

2) Les causes de mortalité maternelle dans les suites de couches

Sont principalement :

- les hémorragies du post -partum, elles représentent la première cause de décès maternels quel que soit le contexte dans le monde ;
- l'infection puerpérale (8% des décès maternels) ;
- les accidents thromboemboliques (10% des décès maternels)[45].

3) Enfin, les maladies maternelles antérieures à la grossesse.

Sont responsables de 27% des décès, les cardiopathies sont responsables de 10% des décès [45].

III. LE DEPISTAGE DES GROSSESSES A RISQUE.

Il est réalisé grâce aux consultations prénatales obligatoires [45].

Les consultations prénatales (CPN) apparaissent ainsi comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies gravido-puerpérales pouvant être causes de morbidité et/ou de mortalité materno-fœtales [4].

Objectifs des CPN :

- faire le diagnostic de la grossesse ;
- surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- surveiller le développement du fœtus ;
- dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- préparer l'accouchement, en faire le pronostic ;
- éduquer et informer les mères [4].

Calendrier de CPN

Les normes et procédures recommandent au moins quatre (4) CPN [4]

-1^{ère} CPN avant 3 mois ;

-2^{ème} CPN vers le 6^{ème} mois;

-3^{ème} CPN vers le 8^{ème} mois;

-4^{ème} CPN vers le 9^{ème} mois [4].

En effet la fréquence des consultations prénatales dépend du type de grossesses. En France on examine les femmes chaque mois au cours de la grossesse car la multiplication des examens permet le dépistage précoce des grossesses à risque [36].

Les activités préventives :

❖ *La vaccination antitétanique*

Elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49% à Bamako (Mali) alors que l'objectif du programme élargi de vaccination (PEV) était de 80% en 1995[4].

❖ *Le dépistage du VIH*

Le counseling est systématique.

La transmission mère enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en voie de développement, contre 15 à 25 % dans les pays industrialisés [4].

Le dépistage permet de réduire de façon significative ces taux par l'administration (selon le protocole du programme de la prévention de la transmission mère –enfant du VIH au Mali : PTME) :

A la mère

- dès la 28^è semaine de la grossesse de 600mg d'AZT toutes les douze heures.
- dès le déclenchement du travail, cette posologie sera de 2 comprimés d'AZT (1200mg) et 1 comprimé de Nevirapine en prise unique, puis 1 comprimé d'AZT toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon

Au nouveau-né

L'association Nevirapine et AZT comme suit :

- Nevirapine suspension buvable

- poids du nouveau-né inférieur à 3000 g : 0.5 ml en prise unique dans les 48 heures de la naissance
- poids du nouveau-né supérieur à 3000g : 1 ml en prise unique dans les 48 heures de la naissance
- AZT suspension buvable :
 - poids du nouveau-né <3000 g : 0.6 ml toutes les 8 heures durant 4 semaines soit trois (3) fois par jour
 - poids du nouveau-né supérieur à 3000g : 1,2 ml toutes les 8 heures durant 4 semaines

❖ La Supplémentation

L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité périnatales.

Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme estimés de 2000 à 2500 kilocalories par jour.

La Supplémentation au cours de la grossesse améliore en outre le poids de naissance et la qualité du lait maternel. Le développement du fœtus et de l'utérus au cours de la gestation entraîne un accroissement des besoins en nutriments notamment le fer et l'acide folique, les oligoéléments, les vitamines (A, D, C) qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces éléments ne sont pas couverts, il s'en suit une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé d'accouchements prématurés ou de morts fœtales in utero.

Les besoins en fer pendant toute la durée de la grossesse sont estimés à 1200 grammes.

Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration du fer et de l'acide folique, exceptionnellement la transfusion sanguine dans les formes sévères et décompensées.

Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses anémiantes, comme

la bilharziose et l'ankylostomiase.

Au Mali, les normes et procédures recommandent 120 milligrammes de fer par jour plus 500 milligrammes d'acide folique de la première consultation au sixième mois après l'accouchement ; 3 comprimés en prise unique de sulfadoxine-pyriméthamine (comprimé de 500/25mg) au quatrième mois (20^{ème} semaine d'aménorrhée) à renouveler au huitième mois (36^{ème} semaine d'aménorrhée) pour la prophylaxie anti paludique [4].

❖ Le bilan prénatal

Il existe deux catégories d'examens complémentaires [4] :

- **les examens complémentaires obligatoires** constitués par :

- le groupe sanguin –rhésus standard ;
- le taux d'hémoglobine ;
- le test d'Emmel ;
- albuminurie-glycosurie ;
- la Serologie syphilitique.

- **les examens complémentaires facultatifs**

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer :

- la numération de la formule sanguine (NFS) ;
- la sérologie rubéole ;
- la sérologie toxoplasmose ;
- la goutte épaisse + frottis mince ;
- l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ;
- le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme ;
- la protéinurie de 24heures ;
- la glycémie à jeun ;
- le test de Coombs indirect ;
- l'échographie .Il est recommandé de faire au moins trois échographies :

- a) une première échographie, dite de datation (avant la douzième semaine d'aménorrhée) ;
- b) une seconde échographie, qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations (entre la 19^{ème} et la 22^{ème} semaines) ;
- c) une échographie de troisième trimestre (entre les 30^{ème} et 32^{ème} semaines) qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètres).

Cette dernière échographie, combinée à l'examen clinique, permet de faire le pronostic de l'accouchement.

-l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale ;

-la radiopelvimétrie...

La précocité de ce dépistage prévient souvent:

- une mort fœtale in utero ;
- une souffrance aiguë au cours du travail d'un fœtus fragile ;
- des complications maternelles.

Le dépistage des grossesses à risque repose essentiellement sur un examen clinique complet.

Il doit toujours comporter : un interrogatoire, un examen général et un examen obstétrical [45].

A. L'INTERROGATOIRE

1) il doit d'abord rechercher l'existence d'affections médicales antérieures à la grossesse :

-les cardiopathies (le rétrécissement mitral et les cardiopathies congénitales principalement);

- l'hypertension artérielle

-le Diabète ;

-les néphropathies, les insuffisances respiratoires, infections urinaires à répétition, affection thyroïdienne etc....[36]

2) Les antécédents gynéco –obstétricaux

Ils doivent être aussi précisés :

-avortements à répétition (malformations utérines, béance cervico- isthmique) ;

-mort fœtale in utero (toxémie, diabète) ;

-mort néonatale (accouchement prématuré, traumatisme obstétrical, malformation fœtale) ;

-existence d'un utérus cicatriciel (césarienne antérieure ou laparotomie pour rupture utérine, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine) ;

-immunisation rhésus.... [47]

3) Rechercher les autres antécédents chirurgicaux.

4) L'interrogatoire recherche enfin les facteurs suivants qui augmentent les risques de souffrance fœtale :

- âge, inférieur à 20 ans ou supérieur à 40 ans,

- multipartite : (à partir de cinq accouchements),

-obésité maternelle,

-poids de la femme inférieur à 45 kg

-taille inférieure à 1m 50,

-stérilité de longue durée,

-conditions de vie difficiles [36].

B. L'EXAMEN GENERAL

- Les signes généraux comme la fièvre, la pâleur conjonctivale, l'ictère, l'œdème seront recherchés.

- La recherche du trépied toxémique par la prise de la tension artérielle:

-excès pondéral ou œdème ;

-hypertension artérielle ;

-albuminurie.

- Le dépistage du diabète :

-recherche de glycosurie

- La découverte d'une cardiopathie :

- signes fonctionnels (dyspnée)

-auscultation cardiaque (souffle, arythmie).....

C. L'EXAMEN OBSTETRICAL

1) l'existence de contractions utérines douloureuses, d'une modification de l'état du col raccourci ou ouvert, signe la menace d'avortement avant 28 semaines d'aménorrhée ; entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée révolues on parlera de menace d'accouchement prématuré, mieux appréciée par l'indice de menace d'accouchement prématuré proposé par BAUMGARTEN

Indice	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Métrorragies peu importantes	Métrorragie		
Dilatation du col	0	1	2	3	4 ou plus

Lorsque cet indice est inférieur ou égal à 3, la menace est légère.

Lorsque cet indice est supérieur à 6, la menace est sévère [47].

2) l'apparition de métrorragies même minimales peut faire évoquer :

-une affection cervicale ;

-un placenta praevia ;

- un hématome retroplacentaire ;
- une rupture utérine [45].

3) L'écoulement brutal et spontané de liquide clair, non sanglant par la vulve fait soupçonner :

- une rupture prématurée des membranes (RPM) ;

La rupture prématurée des membranes se complique le plus souvent :

- d'accouchement prématuré,
- de chorioamniotite [45].

4) La mensuration soigneuse de la hauteur utérine ainsi que la palpation permettent de reconnaître :

➤ un excès de volume utérin, lié à :

- un hydramnios (diabète, malformation fœtale, gémellité) ;
- une grossesse multiple (risque de prématurité) ;
- une macrosomie (risque de dystocie),
- une masse abdominale et/ ou pelvienne associées à la grossesse [45].

➤ un défaut de développement utérin, au cours de l'hypotrophie fœtale par exemple.

5) Enfin, l'examen obstétrical comporte toujours la palpation utérine et le toucher vaginal, permettant le dépistage :

- d'une présentation fœtale dystocique (oblique, transversale) ;
- d'un bassin osseux pathologique [45].

IV. LA CONDUITE À TENIR AU COURS DES GROSSESSES A RISQUE.

1. SURVEILLANCE CLINIQUE.

La surveillance stricte de la grossesse permet d'apprécier l'importance du risque pour la mère et le fœtus et d'établir le pronostic.

Elle s'effectue en consultation ou en hospitalisation suivant les cas.

Elle permet la recherche des signes de gravité chez la mère tels que :

- la défaillance cardio- respiratoire ;
- le déséquilibre d'un diabète ;
- la décompensation d'une néphropathie etc....

Elle permet aussi de suivre l'évolution d'une toxémie gravidique traitée avec amélioration des courbes de tension artérielle, de poids, et de l'albuminurie.

La mensuration régulière de la hauteur utérine permet d'apprécier le développement du fœtus.

La surveillance stricte des contractions utérines et de l'état du col permet d'apprécier la gravité de la menace d'accouchement prématuré. [45]

2. SURVEILLANCE PARACLINIQUE

En plus de l'échographie obstétricale simple d'autres examens complémentaires sont envisagés au cours des grossesses à risque pour évaluer la vitalité et la mensuration du fœtus.

-L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est, avec l'échographie le meilleur moyen de surveillance du fœtus. Il est utilisé de façon répétitive au cours de la grossesse et tout au long du travail.

Sa généralisation et la rigueur qu'il apporte à la surveillance du fœtus ont entraîné une meilleure qualité de la naissance et une baisse de la mortalité périnatale [47].

La courbe de rythme peut être obtenue à partir de différents signaux :

- Le phonocardiogramme :

Il a été le premier signal utilisé .Il est recueilli sur l'abdomen de la mère au foyer de perception des bruits du cœur, et a l'avantage d'être employé pendant la grossesse .Il traduit ce que l'oreille entend à l'auscultation ; il reproduit les fuseaux classiques des deux bruits du cœur, permet la mesure de la systole et de la diastole, donc de chaque période cardiaque. Mais le capteur microphonique

étant très sensible, est souvent perturbé par des bruits parasites .La définition du signal est médiocre et son obtention plus difficile dans certaines circonstances : grossesse jeune, femme agitée fœtus très actif, obésité, excès de liquide [47].

- L'électrocardiogramme direct :

Est le meilleur signal .Après l'ouverture de l'œuf, une électrode bipolaire , à spiral,ou à agrafe ,placée directement sur la présentation ,fournit un signal pure ;bien défini, constant. Ces qualités en font le signal de choix pour alimenter les appareils de mesure, mais n'est utilisable que pendant le travail.

Des électrodes externes cutanées placées sur l'abdomen de la mère avaient permis d'avoir des tracées après élimination du complexe maternel grâce à des artifices électroniques, mais leur obtention n'était possible que dans deux tiers des cas [47].

- L'ultrasonogramme à effet doppler :

Est un signal complexe, dont la qualité varie avec le type capteurs (monofoyer ou multifoyer) et la largeur du faisceau ultrasonore [47].

❖ ANALYSE DES TRACES.

L'analyse du tracé du rythme cardiaque doit tenir compte de deux éléments : le rythme cardiaque de base et ses variations.

- Le rythme de base :

Le rythme cardiaque fœtal « de base" est la fréquence enregistrée entre deux contractions ou deux mouvements fœtaux, ou entre les variations épisodiques lorsqu'elles existent.

Le rythme cardiaque fœtal normal est en moyenne de 130 à 140 battements par minute au cours du troisième trimestre .Les limites normales sont 120-160.

Les tachycardies se définissent par une fréquence supérieure à 160 battements par minute. Elles sont modérées de 161 à 180 battements par minute, marquées au-delà de 180 battements par minute.

Les bradycardies se définissent par une fréquence inférieure à 120 battements

par minute. Elles peuvent être faibles (100-119 battements par minute) ou marquées (≤ 99 battements par minute.)[28].

-Les variations :

Elles sont nombreuses, en raison de leur complexité nous ne pourrions que les citer dans ce document. Il s'agit essentiellement :

- ✓ des variations prolongées (la fréquence de base peut se modifier de façon prolongée, hors des limites normales) ;
- ✓ des variations transitoires de courte durée (30 secondes à 2- 3 minutes) qui sont très fréquentes, surtout pendant le travail .Suivant leur sens, on les désigne sous le nom d'accélération ou de décélération.
- ✓ des variations rapides ; elles caractérisent la variabilité et sont représentées par les irrégularités permanentes autour de la fréquence de base. La ligne de base, fictive, n'est pas rectiligne. La physiologie réside au contraire dans l'instabilité du rythme [28].

❖ CONCLUSION : INTERPRETATION

Pour interpréter les modifications du rythme cardiaque fœtal, il faut non seulement les analyser mais les intégrer dans leur moment d'apparition, dans leur évolution, dans leur association. Doivent également être pris en compte l'âge de grossesse et le stade du travail. (Voir tableaux ci-dessous).

EVALUATION DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL PENDANT LA GROSSESSE (tracé d'au moins 30 minutes) [47]

Normal	Suspect	Pathologique
FB 120-160	FB 100-120, isolée	FB < 100 ou >160 en dehors d'une médication
et oscillations > 5bpm (petites, moyennes ou grandes) et ≥ 2 cycles et Accélération sporadiques Bien que : Ral. Sporadiques liés aux mouvements actifs ou 1 ral .Postural ou 1 ou 2 Ral. Variables non résiduels	Osc .Minimes (3-5 bpm) ou en dehors d'une médication Persistent plus de 30 mn. ou < 2 cycles ou Absence d'Accélération ou <2 par minutes ou Ral. Variables répétés non résiduels ou Ral. de posture répété.	ou Rythmes plats (≤ 2 bpm) Plus de 10 minutes ou Ral.Tardifs, quelle soit Leur amplitude ou Ral.Variables Résiduels. ou Ral. . Variables non résiduels Marqués réguliers.

Ral. : Ralentissement

Osc : oscillation

FB : fréquence de base

Bpm : battement par minute

EVALUATION DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL EN COURS DE TRAVAIL [47]

Dilatation	Début	Vers 5 cm	Fin
Normal	<p>←-----</p> <p>←-----</p> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de ralentissements 	<ul style="list-style-type: none"> • FB 120-160 et • Oscillation >5bpm <p>bien que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ral. précoces Ou variables non résiduels <p>} faibles</p>	<p>-----→</p> <p>-----→</p> <p>bien que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ral. précoces faibles ou modérés • Ou variables faibles non résiduels
Suspect	<ul style="list-style-type: none"> • FB 120-100 < 100 et 3 à 10 mn 160-180 isolée, et sans médication ou • Osc. Minimales (3-5bpm) plus de 30mn, mn, sans médication ou • Ral. précoces ou variables non résiduels faibles ou modérés 	<ul style="list-style-type: none"> • FB 120-100 < 100 et 3 à 10 mn 160-180 isolées, sans médication ou • Osc. minimales >30 mn, continue sans médication ou • Ral variable non résiduels /irréguliers Ral variable répètes, modérer ou marqués 	<ul style="list-style-type: none"> • FB 120-100 < 100 et 3 à 10 mn ou • Osc. minimales plus de 30 mn ou • Ral. var. résiduels faibles Ral. var. non résiduels répétés Ral. précoces marqués répétés
Pathologique	<ul style="list-style-type: none"> • FB <100 plus de 10 mn 160-180 associées à d'autre anomalie >180 plus de 10mn ou • Ral. tardifs Ral. variables résiduels Ral. variables non résiduel marqués Ral. précoces marqués répétés 	<ul style="list-style-type: none"> • FB <100 plus de 10 mn 160-180 plus 10 mn associées >180 ou • Rythmes plat plus de 10 mn ou • Ral. tardifs Ral. variables résiduels faible ou modérés Ral. variables non résiduel marqués répétés 	<ul style="list-style-type: none"> • FB <100 plus de 10 mn 160-180 plus 10 mn associées >180 ou • Rythmes plat plus de 10 mn ou • Ral. tardifs Ral. variables résiduels modérés ou marqués

-L'examen du liquide amniotique.

Il est possible grâce à l'amniocentèse, qui permet d'apprécier la maturation et la vitalité fœtales dans ces grossesses à risque. Elle permet de plus, dans l'iso immunisation foeto-maternelle de mesurer le degré d'atteinte fœtale selon le taux de bilirubine amniotique [34]

-L'amnioscopie.

Son principe est simple : il consiste à regarder à travers le canal cervical le pôle inférieur de l'œuf et à apprécier grâce à la transparence des membranes l'état du liquide amniotique, son abondance, sa coloration, la présence ou non de vernix caeosa.

On vérifie alors :

*La présence ou l'absence de vernix : petits flocons blancs nacrés, flottants dans le liquide lorsqu'on mobilise la présentation.

*La couleur du liquide : normalement claire et opalescente.

Elle peut devenir verte, verdâtre, jaune ou rouge dans les cas pathologiques. Cette coloration anormale est appréciée au mieux lorsque la lumière se réfléchit sur le vernix. Si le vernix apparaît bien blanc à travers une épaisseur suffisante de liquide on peut être sûr que celui-ci est bien clair. Si l'on ne dispose que de la présentation et surtout s'il s'agit du scalp, ou si la lame de liquide est mince, une coloration légère peut passer inaperçue.

AVANTAGES :

- simplicité : elle peut être répétée facilement et pratiquée de façon ambulatoire.
- indolence : avec un peu d'expérience, elle n'est pas plus douloureuse qu'un simple toucher vaginal.
- innocuité : car les risques hémorragiques d'un placenta praevia méconnu, les risques infectieux ou de rupture accidentelle des membranes, sont évités grâce à des précautions élémentaires de techniques et d'asepsie.

Cette méthode a révolutionné la surveillance de certaines grossesses pathologiques au cours desquelles on peut craindre une souffrance foetale par

hypoxie avec émission de méconium par le fœtus [34].

- **Le score biophysique de MANNING :**

Cinq paramètres sont étudiés sur une période de 30 minutes à l'échographie pour l'établissement de ce score, ils sont cotés 2 s'ils sont normaux et 0 s'ils sont anormaux.

- Les mouvements respiratoires fœtaux sont étudiés sur une coupe échographique longitudinale incluant le thorax et l'abdomen ; le diaphragme effectue les mouvements de descente, suivis d'un retour à la position initiale. Ces mouvements sont intermittents, des salves de mouvements rapides étant séparées par des phases d'apnée .Le test est considéré normal quand l'activité des muscles respiratoires a été observée pendant au moins 30 secondes.
- Les mouvements fœtaux correspondent à des mouvements n'intéressant qu'une partie du corps , notamment les mains et les bras .Le test est normal quand on peut observer au cours des 30 minutes au moins trois épisodes de mouvements.
- Le tonus fœtal est apprécié par la présence de mouvements plus vifs tels que extension de la colonne vertébrale, ouverture de la main et retour à la position initiale .La visualisation de l'ouverture de la main n'est pas un critère obligatoire pour affirmer que le tonus est normal ; par contre il est anormal de constater une main qui est ouverte pendant les 30 minutes d'observation.
- La quantité de liquide amniotique est évaluée par la mesure de la flèche de la plus grande citerne qui doit normalement être supérieure à 2 cm .La mesure ne doit pas être faite sur une citerne qui contient des boucles de cordon..
- La courbe de fréquence cardiaque fœtale sert à apprécier la réactivité dont la normalité peut être affirmée sur la présence d'au moins deux

épisodes d'accélération, ayant une amplitude de plus de 15 battements par minute, durant au moins 15 secondes et en rapport avec des mouvements fœtaux.

Comme le score d'Apgar, le score de MANNING est donc coté de 0 à 10. Certains auteurs ont proposé de légères modifications de score, en particulier VINTZILEOS a introduit une valeur intermédiaire à 1, pour la quotation de chaque paramètre.

Le score de MANNING présente donc un intérêt incontestable dans l'évaluation de la vitalité fœtale. Il convient cependant de rappeler que certaines circonstances peuvent le modifier et risquent d'être causes d'erreur.

- a) La grande prématurité diminue la réactivité fœtale et la fréquence des mouvements respiratoires. Cette variation s'observe jusqu'à 32-33 semaines d'aménorrhée.
- b) Diverses influences pharmacologiques peuvent modifier les mouvements du fœtus. Les mouvements respiratoires peuvent être diminués par le tabac. Certaines drogues, les narcotiques notamment, diminuent la mobilité fœtale.
- c) Enfin, certaines pathologies fœtales peuvent modifier également les paramètres du score sans nécessairement être associées à une souffrance fœtale chronique. L'Oligoamnios accompagne habituellement certains types de malformations. La pathologie musculaire (maladie de Steinert) entraîne une diminution des mouvements fœtaux. Ainsi lorsque la mobilité fœtale est diminuée, de manière isolée, une enquête génétique familiale doit être faite [28].

-la vélocimétrie doppler

Le doppler permet une étude hémodynamique du fœtus et de la circulation utero- placentaire. Il rend donc possible une exploration physiopathologique de la souffrance fœtale chronique qui devrait permettre de mieux cerner le

pronostic.

Le but du doppler est d'explorer la circulation à partir de la réflexion d'ondes ultrasonores envoyées sur un vaisseau. Deux modes d'émission du signal, pulsé ou continu, sont utilisables

L'index de Stuart, obtenu par le rapport fréquence systolique maximale (S) sur la fréquence télédiastolique maximale (D), est utilisé par la plus part des auteurs anglo-saxons.

Les francophones utilisent, l'index de résistance de Pourcelot $IR = S - D / D$.

Dans le bilan de surveillance des grossesses, et particulièrement celles à risque les dopplers suivants sont les plus recherchés pour le pronostic [28].

- **Le doppler ombilical**

Comme le cordon peut être facilement isolé, son exploration est toujours possible, même avec un appareil à doppler continu.

Au cours de la grossesse normale, l'amplitude relative du flux diastolique tend à augmenter avec l'âge gestationnel, ce qui se traduit par une diminution progressive de l'index de résistance placentaire

A l'état actuel des connaissances, on peut dire que la constation d'une diastole nulle doit être considérée comme un signe de gravité quasi certain, mais ne constitue pas à elle seule une indication à intervenir. Par contre, le « réserve flow » est un élément de gravité qui doit conduire à une intervention si la maturité fœtale le permet [28].

- **Le doppler utérin**

L'artère utérine est explorée au niveau de sa crosse, soit par voie abdominale, soit par voie vaginale.

Quelle que soit la technique employée, l'exploration doit être faite de façon bilatérale.

Comme pour l'artère ombilicale, différents index ont été définis, faisant intervenir les paramètres (S) et (D).

Le profil vélocimétrique d'une artère utérine pathologique est caractérisé par deux éléments :

- une vitesse en diastole abaissée (rapport S/D est supérieur à 2,6);
- une modification du profil du spectre du fait de la présence d'une incisure protodiastolique, appelée « notch ».Ce notch se présente sous la forme d'une cassure avec présence d'une encoche au niveau du 2^e changement de pente.

Couplé au doppler ombilical, le doppler utérin paraît donc un bon moyen de surveillance des grossesses compliquées d'hypertension artérielle .Cependant cet examen n'est pas de mise en œuvre facile.

Les vaisseaux sont petits et les repères anatomiques peu précis. On risque, en particulier, de prendre le spectre des vaisseaux avoisinants pour celui d'une artère utérine pathologique. Toutefois, cette erreur ne risque pas d'avoir de graves conséquences puisque ce résultat ne sera pris en compte que si l'anomalie du doppler utérin s'accompagne d'une anomalie du doppler ombilical [28].

- **Le doppler cérébral**

Au cours de la grossesse normale, l'index de résistance cérébrale, calculée de manière analogue à l'index de résistance placentaire, présente des caractéristiques différentes de ce dernier. Il est égal à 1 jusqu'à 25 semaines au lieu de 18 semaines, par la suite il diminue mais reste toujours situé au dessus de l'index de résistance placentaire et sa diminution, de 25 semaines jusqu'au terme, se fait suivant une pente plus forte.

En cas d'hypoxie fœtale, on observe une augmentation du flux diastolique cérébral conséquence d'une diminution des résistances vasculaires et donc une diminution de l'index des résistances cérébrales .Ainsi, à l'inverse de l'index placentaire, les valeurs pathologiques se situent au dessous de la courbe de normalité.

Considérant que la grande dispersion des valeurs normales de ces deux index est en partie due aux différences de fréquences cardiaques fœtales, Arbeille et

collaborateurs ont proposé, pour réduire les variations individuelles et améliorer la sensibilité de la méthode, de calculer le rapport de l'index cérébral sur l'index placentaire. Normalement supérieur à 1, celui-ci serait pathologique au dessous de cette valeur.

Le fait que ce rapport soit inférieur à 1 indiquerait qu'une redistribution des flux est en cours même si chaque index considéré isolément reste dans les limites de la normale.

L'intérêt de la prise en compte systématique des résultats du doppler ombilical et du doppler cérébral pour la prédiction du retard de croissance intra utérin a été confirmé par différents auteurs qui lui attribuent une sensibilité supérieure à 70% [28].

En conclusion.

L'utilisation systématique du doppler paraît justifiée dans les grossesses à risque de souffrance fœtale chronique.

La vélocimétrie ombilicale explore le versant fœtal de la circulation placentaire et donc, dans une certaine mesure, le potentiel de croissance fœtale. La vélocimétrie utérine étudie le versant maternel de la circulation placentaire. Elle devrait, théoriquement, être modifiée plus précocement que la vélocimétrie ombilicale en cas d'hypotrophie d'origine vasculaire. Schématiquement, on peut considérer que, si la mesure de l'index du flux ombilical a un but diagnostique de retard de croissance intra utérin, la mesure du doppler utérin poursuit un but prédictif et permettrait d'individualiser les grossesses qui verront apparaître, secondairement, un retard de croissance intra utérin [28].

V. LES TRAITEMENTS AU COURS DES GROSSESSES A RISQUE.

1. Traitement médical.

a : En cas de menace d'accouchement prématuré :

-  Le repos
-  Les progestatifs

- ✚ Les antispasmodiques
- ✚ Les bêta—mimétiques
- ✚ Les inhibiteurs calciques
- ✚ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- ✚ Les corticoïdes

Ce traitement sera associé si possible à un traitement étiologique [45]

b : En cas de diabète

- ✚ Les mesures hygiéno-diététiques
- ✚ L'insulinothérapie.

-Ces mesures permettent l'équilibration du diabète chez la femme enceinte [45].

c : En cas d'hypertension artérielle associée à la grossesse :

- ✚ Les régimes
- ✚ Le repos
- ✚ Les anti-hypertenseurs : antihypertenseurs centraux, les inhibiteurs calciques, les bêtas bloquants, les alpha- bloquants [36].

NB : les diurétiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont contre-indiqués chez la femme enceinte [45].

Ces mêmes précautions hygiéno-diététiques s'appliquent aux cardiopathies [47].

2. Traitement obstétrical

L'accouchement avant terme est envisagé sur :

- les antécédents,
- l'état de la mère et la gravité de l'affection causale,
- la maturation et la croissance fœtale,
- L'existence de souffrance fœtale telle que :
 - Anomalies du rythme cardiaque fœtal ;
 - modification de la couleur du liquide amniotique, qui devient teinté [45].

Cependant, cet accouchement ne peut être envisagé qu'après avoir apprécié la maturation fœtale :

- la date des dernières règles,
- date du décalage thermique,
- date des premiers mouvements actifs,
- présence de points de BECLARD au contenu utérin (présents à 36 semaines).

La décision ne peut être prise, qu'après évaluation précise des risques, que constitue le maintien du fœtus in utero et ceux, que représente la prématurité.

La confrontation entre obstétriciens et pédiatres est fondamentale.

L'accouchement est le plus souvent obtenu par césarienne.

Elle évite en effet le traumatisme obstétrical chez cet enfant fragile [36].

Dans certaines circonstances particulières (multipartite, examen obstétrical favorable) l'accouchement peut être tenté par voie basse [45].

L'accouchement de cette grossesse à risque doit être surveillé :

✚ surveillance obstétricale clinique :

- Contrôle de la couleur du liquide amniotique par amnioscopie avant rupture de la poche des eaux
- Etude du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines par monitoring ; les bradycardies tardives qui surviennent après l'acmé de la contraction utérine sont en faveur d'une souffrance fœtale aigue.
- Le contrôle de l'équilibre acido- basique fœtal est effectué par étude du PH du sang fœtal.
- Dès que la poche des eaux est rompue, on prélève une goutte de sang sur le cuir chevelu, l'acidose est un signe de souffrance fœtale (PH inférieur à 7,20).

A la naissance de cet enfant précieux et fragile, tout doit être prêt pour une éventuelle réanimation néonatale [45].

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE.

1. Cadre d'étude.

Notre étude a eu pour cadre le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

1- 1.Situation géographique et services :

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- au nord par le pied de la colline du point G.
- au sud par le fleuve Niger ;
- à l'est par le marigot de Korofina ;
- à l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut ophtalmologique tropical d'Afrique : IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs).

Elle comporte 12 (douze) quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil : TSF, zone industrielle, N'GOMI).

Le centre de santé se trouve à Missira.

Il comporte plusieurs services :

- l'administration ;
- la pharmacie ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service de Médecine ;
- le service de gynécologie obstétrique ;**
- le service d'odontostomatologie ;
- le service de pédiatrie ;

-le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination).

1-2 Description du cadre d'étude.

Le service gynécologie –obstétrique occupe le rez de chaussée.

A l'étage se trouvent l'administration et certains services)

Il comporte :

Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement,

Une salle d'attente et de suites de couche immédiate avec trois (3) lits

Une salle de garde pour les sages femmes

Une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes

Un bureau pour la sage femme maîtresse

Une toilette externe pour le personnel

Une unité de consultation prénatale

Une unité de planning familial

Une unité post natale

Une unité de PTME (prévention de la transmission mère enfant du VIH)

Une salle d'échographie

Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque

Trois (3) salles d'hospitalisation

Le personnel comprend :

Un professeur en gynécologie –obstétrique, qui est le chef de service

6 médecins

La sage femme maîtresse

19 étudiants faisant fonction d'interne

26 sages-femmes

4 infirmières obstétriciennes

20 aides soignantes

4 chauffeurs

5 manœuvres

Fonctionnement

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par le professeur deux jours par semaine (lundi et mercredi). Les consultations des autres jours ouvrables sont assurées par les médecins à compétence gynécologique et les étudiants faisant fonction d'interne.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement .Elle est composée de quatre (4) étudiants faisant fonction d'interne , d'une sage femme , d'une infirmière obstétricienne , d'une aide soignante , d'un chauffeur et d'un manœuvre

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par le professeur ou à son absence par un médecin à compétence gynécologique et obstétricale.

On note depuis le 29 décembre 2006 l'ouverture d'un bloc opératoire et l'arrivée de 5 médecins en étude de spécialisation en gynécologie et obstétrique pour appuyer les équipes de garde.

2. Type d'étude.

Nous avons réalisé une étude longitudinale descriptive.

3. Période d'étude.

Notre étude s'est déroulée de janvier 2006 à juin 2006, soit une période de 6 mois.

4. Population d'étude.

Gestantes vues en consultation prénatale pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage.

❖ Critères d'inclusion :

- Gestantes vues en consultation prénatale, dont la grossesse comporte un risque et qui ont été suivies jusqu'à l'accouchement.
- Gestantes référées au service pour grossesse à risque et suivies jusqu'à l'accouchement.

❖ Critères de non inclusion :

Etaient exclues de notre étude :

- Gestantes vues en consultation prénatale ne présentant pas de risque.

Au Total : 182 gestantes ont été incluses dans l'étude.

Définitions opératoires :

Dans ce contexte les facteurs de risque suivants ont été retenus :

Tranche d'âge

- inférieure ou égal à 15 ans.
- supérieure ou égal 40 ans.
- Primipare âgée supérieure ou égale à 30 ans.

Antécédents

- Antécédent d'avortements à répétition supérieur ou égal à 2.
- Antécédent d'accouchements prématurés à répétition supérieur ou égal à 2.
- Antécédent de morts nés à répétition supérieur ou égal à 2.
- Antécédent de morts néonatales précoces entre 0-8 jours.
- Intervalle intergénésiq ue < 24 mois.
- Grande multigestité supérieure ou égale à 6 grossesses.
- Grande multiparité supérieure ou égale à 6 accouchements.
- Grossesse suite à une stérilité involontaire.
- Grossesse sur utérus cicatriciel.

Morphologie générale

- Poids de la femme inférieur à 45 kg.
- Poids de la femme supérieur à 90 kg.
- Taille inférieure à 1m 50cm.

Les grossesses pathologiques

- Grossesse multiple supérieure ou égale à 2.
- Grossesse cerclée.
- Grossesse et pathologies du liquide amniotique (Oligoamnios ou hydramnios).
- Grossesse à terme et présentation vicieuse (siège, transverse).
- Grossesse à terme avec hauteur utérine excessive supérieure à 36 cm.
- Grossesse intra utérine évolutive et métrorragie du premier trimestre.
- Grossesse et métrorragie du 3^e trimestre.
- Grossesse avec terme dépassé supérieur à 42 semaines d'aménorrhée.

Les pathologies associées aux grossesses

- Grossesse et anémie avec taux d'hémoglobine < 10g / dl
- Grossesse et paludisme
- Grossesse et hémoglobinopathies
- Grossesse et infection urinaire
- Grossesse et masse pelvienne et /ou abdominale
- Grossesse et diabète
- Grossesse et hypertension artérielle avec, systolique ≥ 14 cmHg et ou diastolique ≥ 9 cmHg
- Grossesse et cardiopathie
- Grossesse et néphropathie
- Grossesse et sérologie VIH
- Grossesse et syphilis

- Grossesse et toxoplasmose
- Grossesse et rubéole
- Grossesse et anomalies du bassin
- Menace d'accouchement prématuré
- Souffrance fœtale chronique.

Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des fiches d'enquête portées en annexes.

Analyse des données.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel Epi info version 6.1.

RESULTATS

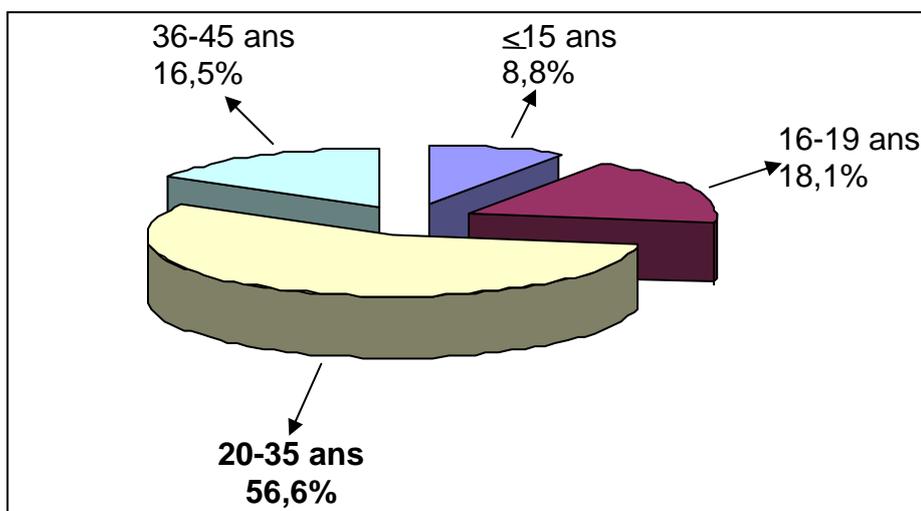
RESULTATS

I. PREVALENCE :

Durant la période d'étude, sur 840 gestantes vues en consultation prénatale, 182 ont présenté une grossesse à risque soit une prévalence de 21,6%.

II. PROFIL SOCIO- DEMOGRAPHIQUE DES GESTANTES.

Tableau I : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge.



Les adolescentes [14-19 ans] ont représenté plus du quart de l'échantillon avec 26,9%.

Tableau II : Répartition des gestantes selon la taille

Taille (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
≥ 150	147	80,8
< 150	35	19,2
Total	182	100

19,2% des gestantes avaient une taille inférieure à 150 cm

Tableau III : Répartition des gestantes selon la profession.

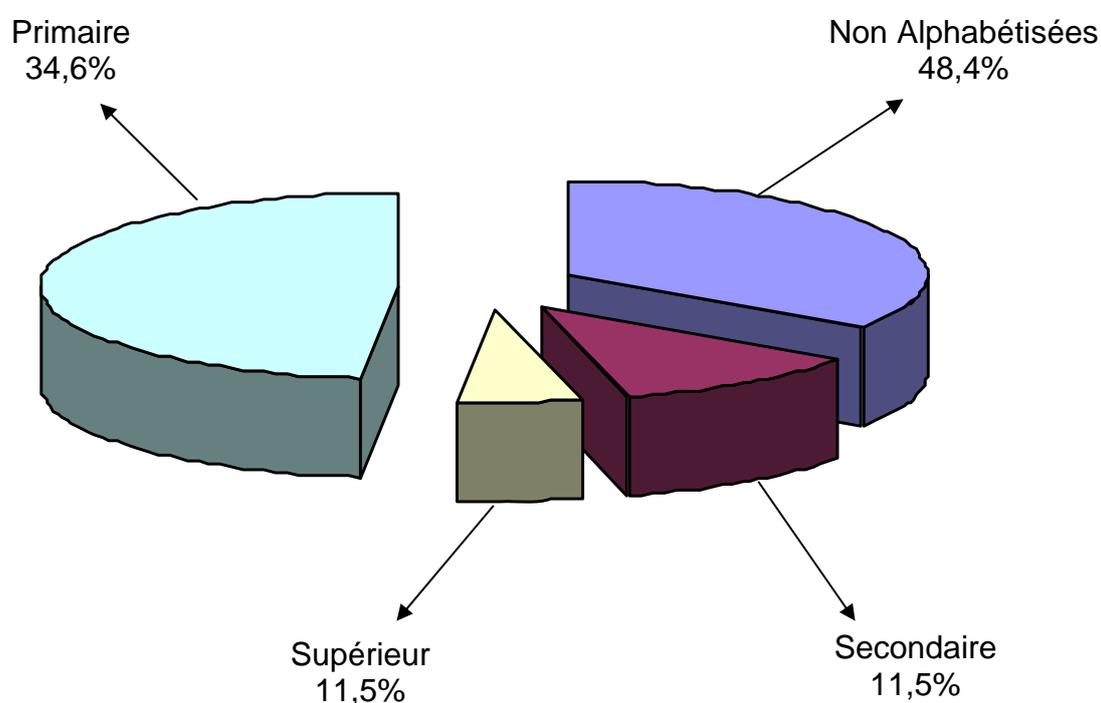
Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	99	54,4
Aide ménagère	19	10,4
Artisane	17	9,3
Elève	17	9,3
Etudiante	12	6,6
Commerçante	10	5,5
Fonctionnaire	8	4,4
Total	182	100

Les gestantes ménagères avaient représenté 54,4%.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	150	82,4
Célibataire	26	14,3
Divorcé	3	1,6
Veuf	3	1,6
Total	182	100

82,4% des gestantes étaient mariées contre 14,3% célibataires.

Tableau V : Répartition des gestantes selon le niveau d'alphabétisation.

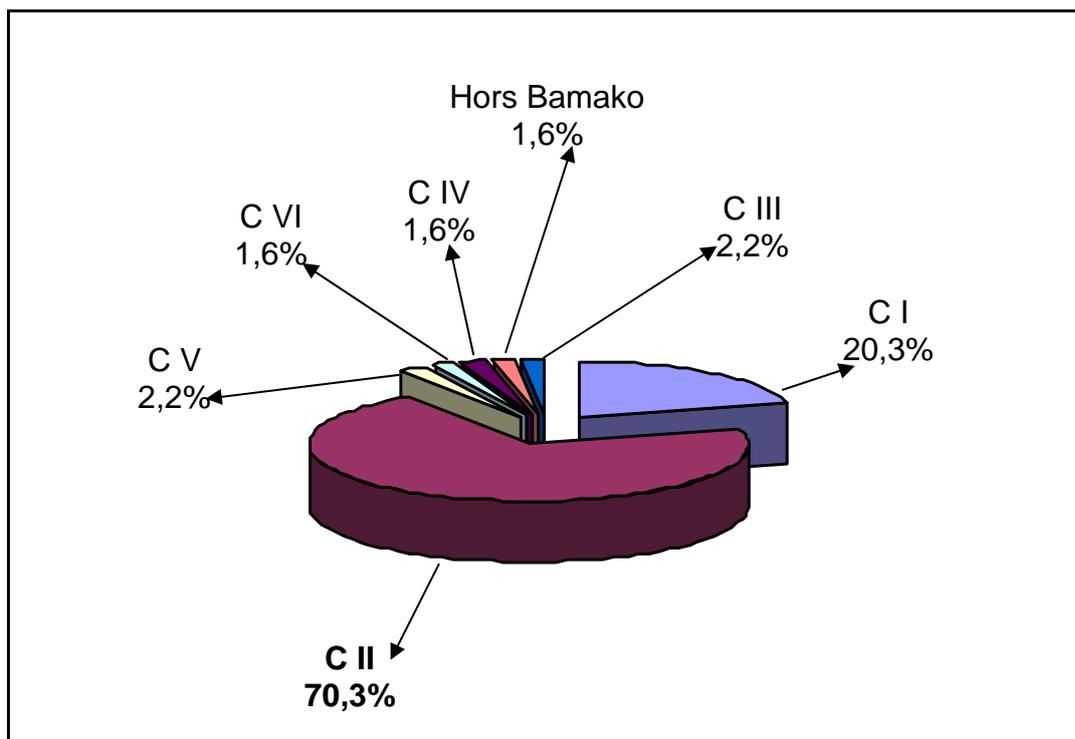
Les gestantes non alphabétisées étaient majoritaires avec 48,4%.

Tableau VI : Répartition des gestantes en fonction de l'existence d'une source de revenu.

Existence d'une source de revenu	Effectif absolu	Pourcentage
Non	107	58,8
Oui	75	41,2
Total	182	100

58,8% des gestantes n'avaient aucune source de revenu personnelle.

Tableau VII : Répartition des gestantes selon le lieu de résidence.



Les gestantes venant de la commune II étaient majoritaires avec 70,3%

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la profession du conjoint.

Profession du conjoint	Effectif absolu	Pourcentage
Commerçant	76	41,8
Ouvrier	38	20,9
Indéterminée	31	17
Fonctionnaire	15	8,2
Cultivateur	11	6
Non précisée	9	4,9
Elève/Étudiant	2	1,1
Total	182	100

Non précisée :

Artiste : 3 Pasteur : 1

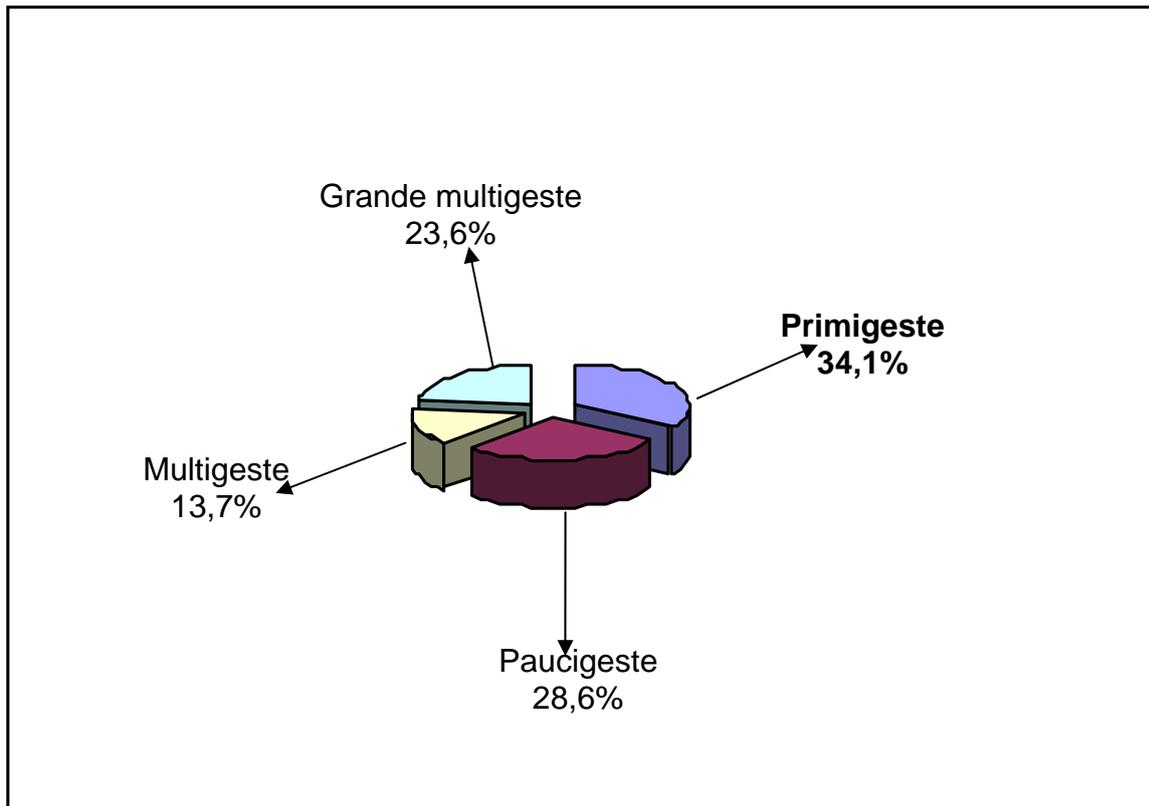
Marabout : 5

Les conjoints commerçants ont représenté 41,8%.

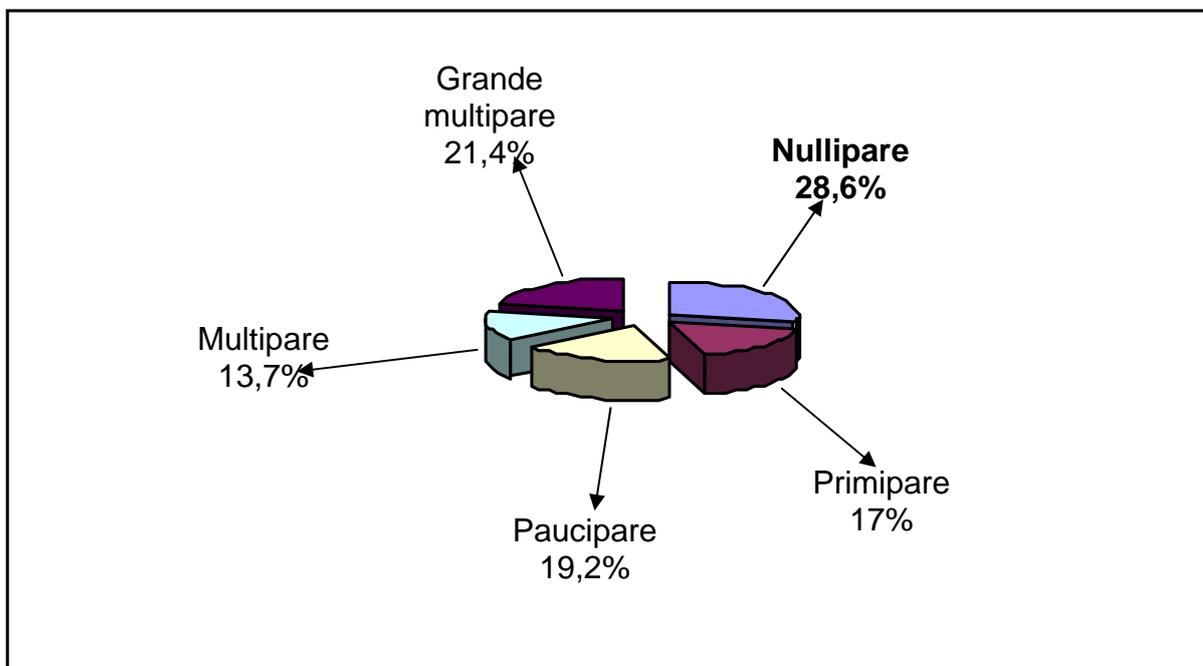
III. CARACTERISTIQUES CLINIQUES.

1. Antécédents.

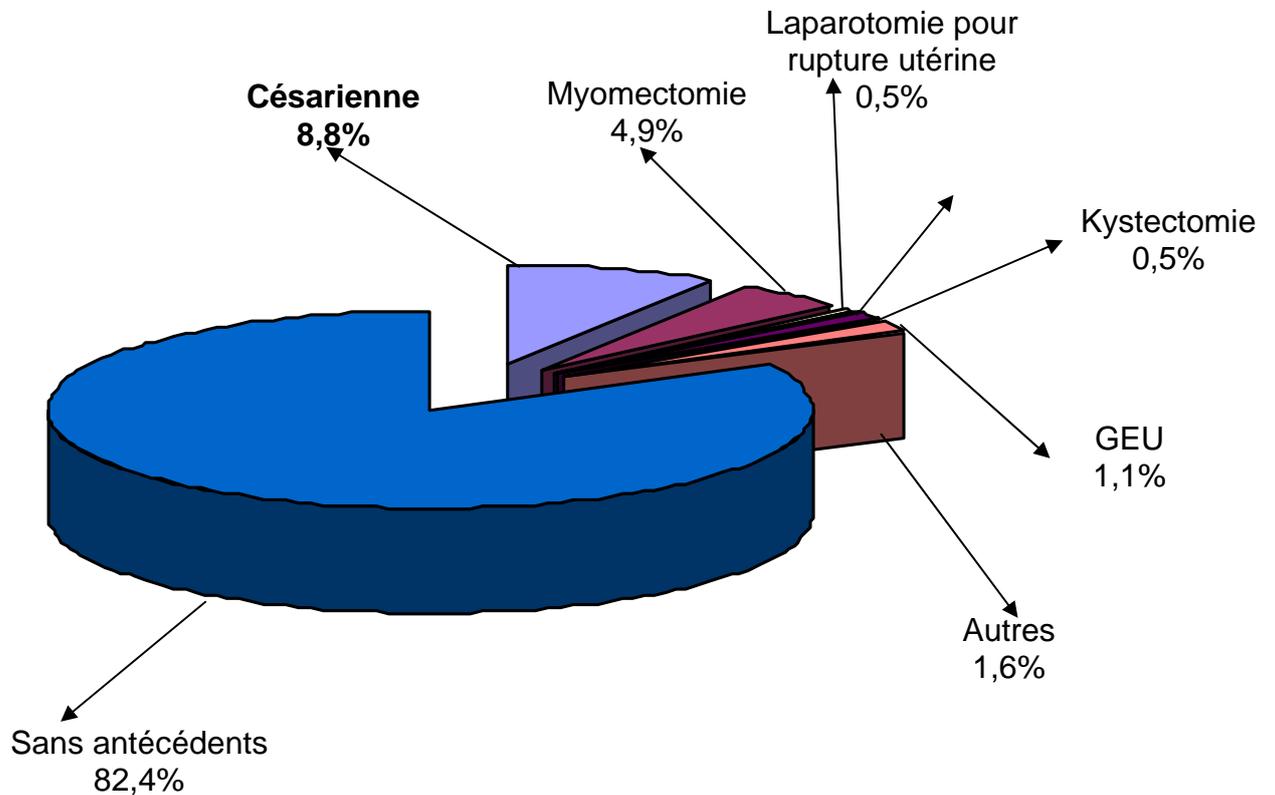
Tableau IX : Répartition des gestantes selon la gestite



Les primigestes ont dominé notre échantillon avec 34,1%

Tableau X : Répartition des gestantes selon la parité

Les nullipares étaient les plus représentées avec 28,6% de l'échantillon.

Tableau XI : Répartition des gestantes selon les antécédents chirurgicaux.

Autres :

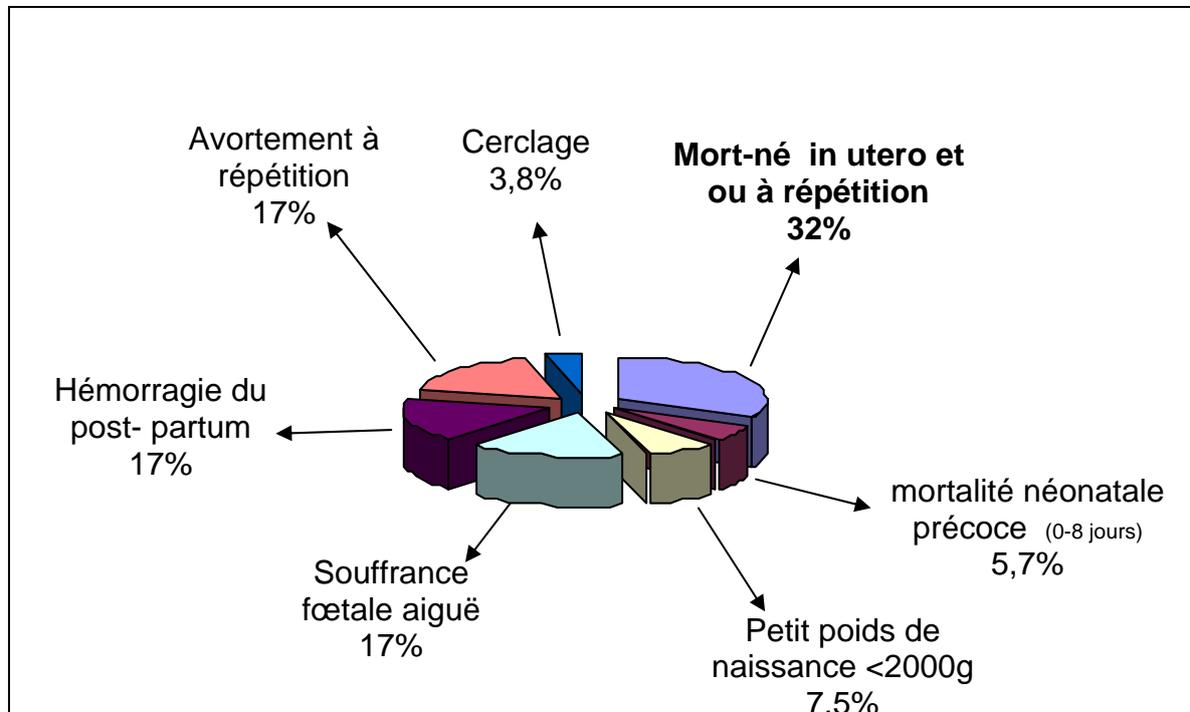
Porteuse de valves artificielles : 1

Appendicectomie : 1

Thyroïdectomie : 1

8,8% des gestantes avaient été césarisées au moins une fois.

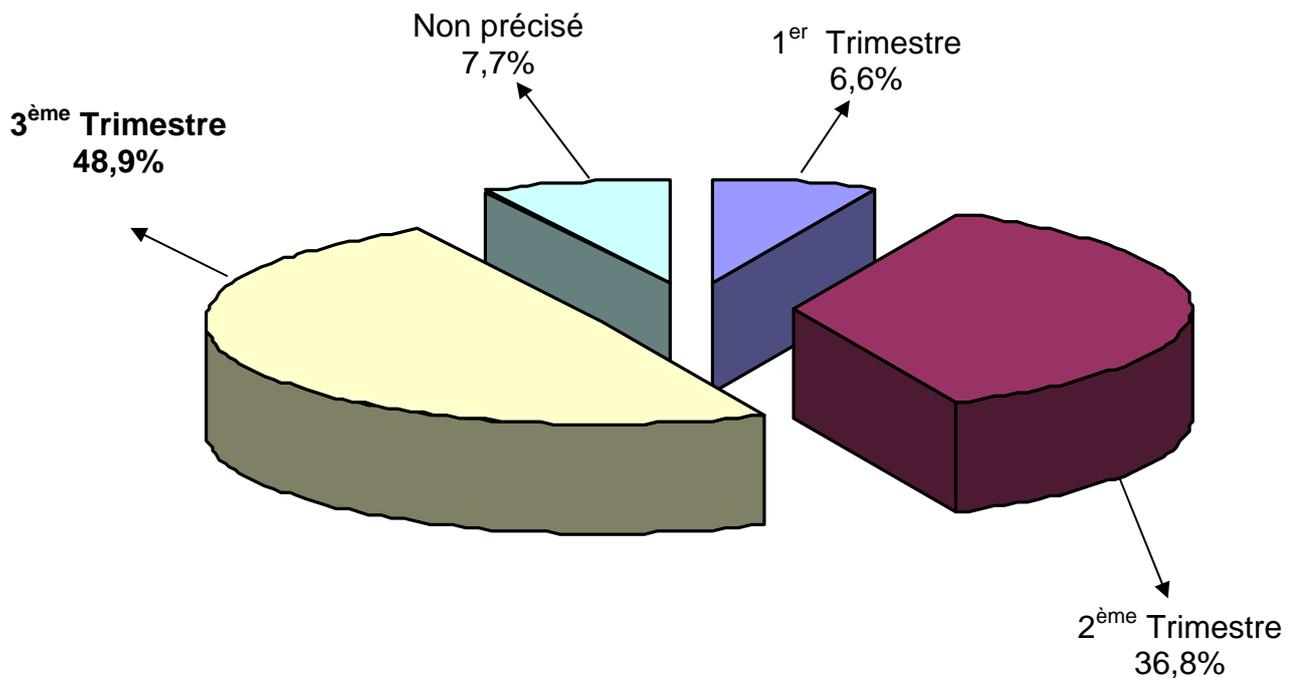
Tableau XII : Répartition des gestantes selon les antécédents obstétricaux non chirurgicaux



Les gestantes recrutées pour antécédents de mort-nés à répétition ont été les plus représentées sur cet échantillon avec 32%

2. Caractéristiques de la grossesse actuelle.

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse à la 1^{ère} consultation prénatale.



48,9% des gestantes ont été vues pour la première fois au troisième trimestre de la grossesse.

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon l'intervalle inter-génésique en année.

Intervalle inter-génésique (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
<2	24	20
≥2	96	80
Total	120	100

L'intervalle intergénéésique était dans 20% des cas inférieur à 2 ans.

Tableau XV: répartition des gestantes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.

Nombre de CPN effectuées	Effectif absolu	Pourcentage
1	25	13,7
2	12	6,6
≥3	145	79,7
Total	182	100

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon le terme de la grossesse au moment de la référence.

Terme de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	5	4,2
2 ^e trimestre	20	16,6
3^e trimestre	90	75
Inconnu	5	4,2
Total	120	100

Les références ont été faites dans 75% des cas au dernier trimestre de la grossesse.

Les grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako à propos de 182 cas .

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon l'auteur de la CPN avant la référence.

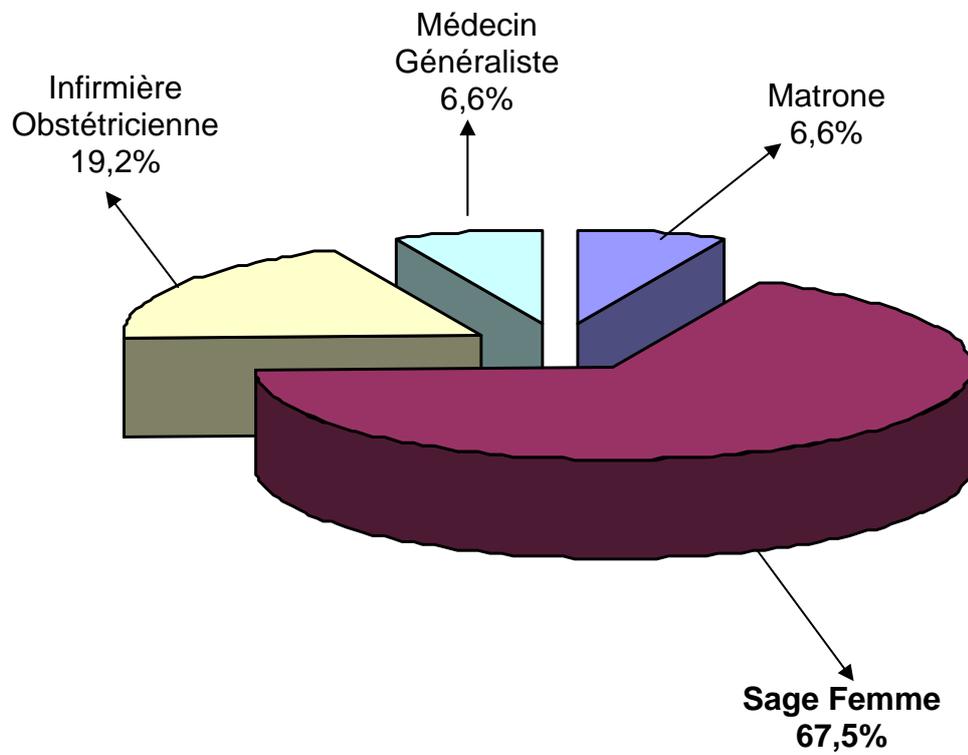


Tableau XVIII : Répartition des gestantes selon le poids.

Poids (kg)	Effectif absolu	Pourcentage
<45	6	3,3
45-90	160	87,9
>90	16	8,8
Total	182	100

Les femmes dont les poids étaient inférieurs à 45 kg et supérieurs à 90 kg ont représenté respectivement 3,3 % et 8,8 %.

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon le traitement reçu au cours de la grossesse.

Traitement reçu au cours de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
Supplémentation martiale	110	60,4
Prophylaxie antipaludéenne	108	59,3
Vaccin antitétanique	106	58,2
Autres	60	33

Autres :

Antihypertenseur : 36

Bêtamimétique : 7

Corticoïde : 7

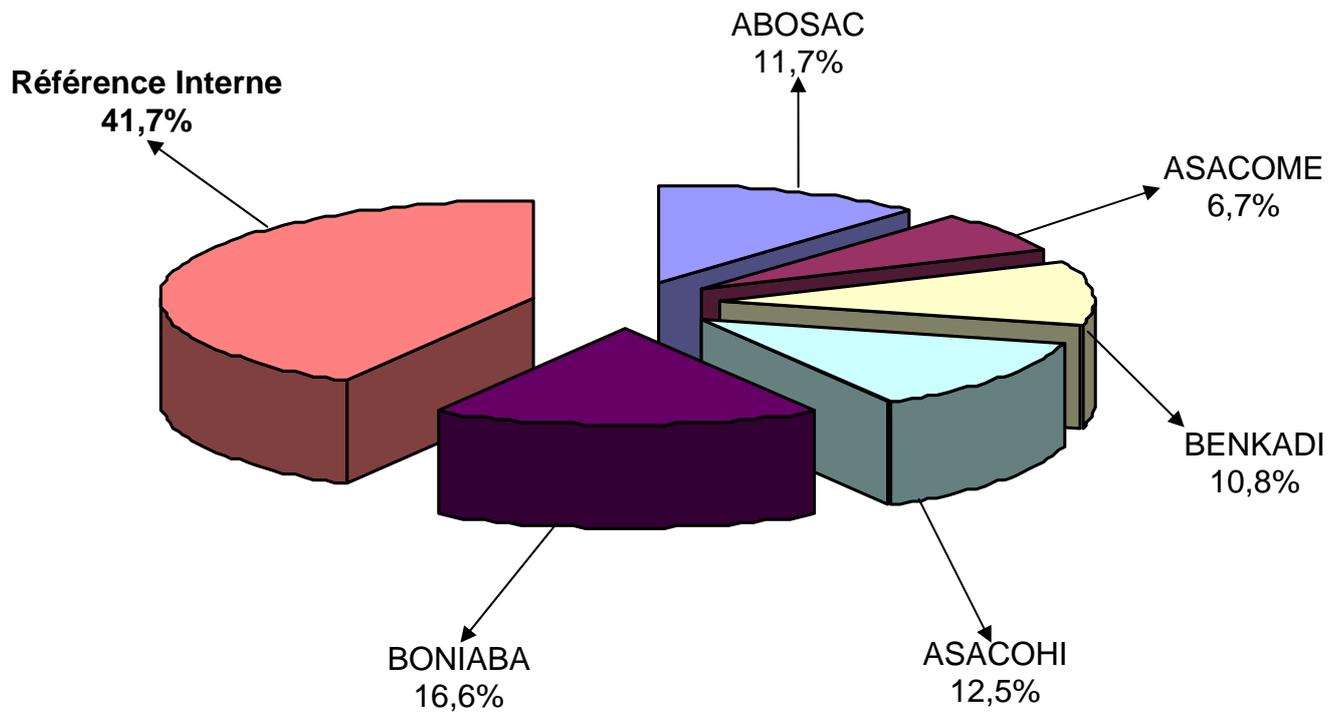
Antibiotique : 10.

Tableau XX : Répartition des gestantes selon les autres facteurs de risque retrouvés lors de la CPN.

Facteurs de risque	Effectif absolu	Pourcentage
Toxémie gravidique	40	21,9
Paludisme	20	11
Grossesse gémellaire	17	9,3
Age <15 ans	13	7,1
MAP	11	6
Hémorragie du 3 ^{ème} trimestre	10	5,5
Béance cervico-isthmique	10	5,5
Infection urinaire	10	5,5
Primipare âgée	8	4,4
Terme dépassé	6	3,3
Hémorragie du 1 ^{er} trimestre	6	3,3
Hydraminios	4	2,2
VIH	4	2,2
Grossesse+anémie	3	1,6
Oligoamnios	3	1,6
Cardiopathie	3	1,6
Grossesse+ fibrome	2	1,1
Diabète	1	0,5
Toxoplasmosse	1	0,5
Rubéole	1	0,5
Syphilis	1	0,5

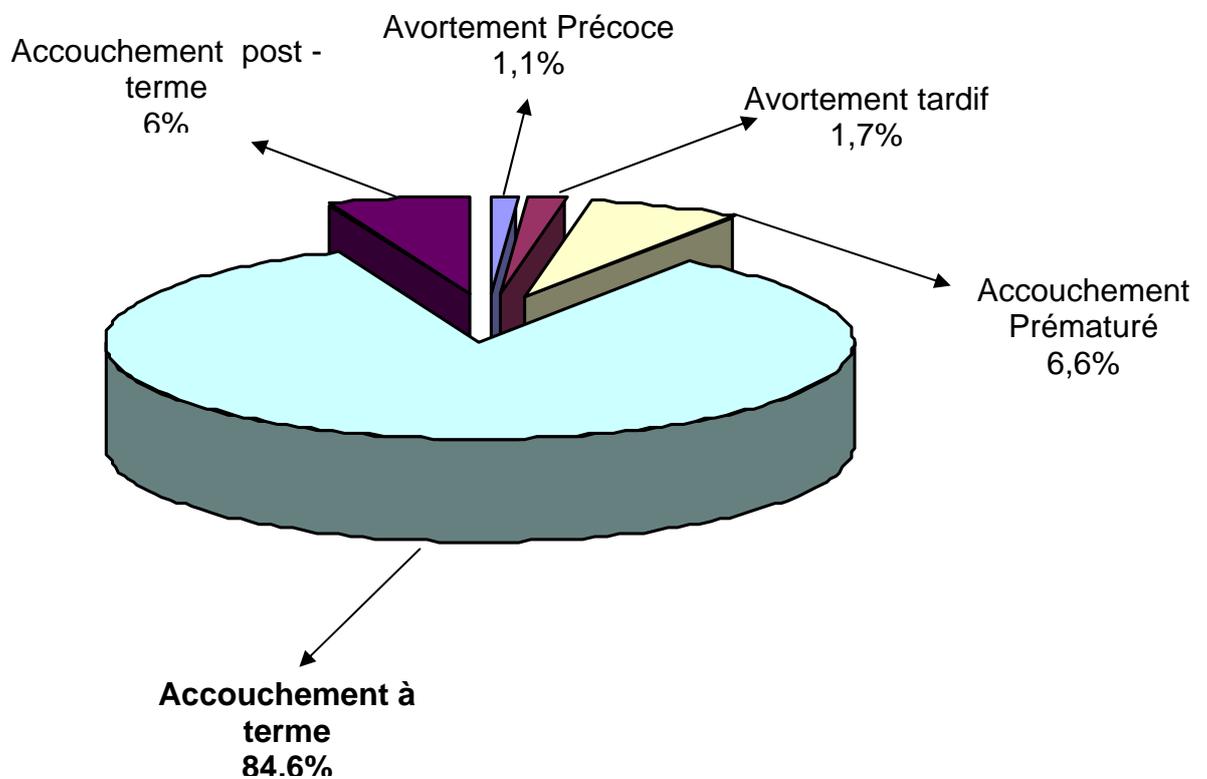
La toxémie gravidique a été retrouvée dans 21,9% des cas dans notre série.

Tableau XXI : Répartition des gestantes en fonction des structures de référence.



3. Evolution de la grossesse actuelle.

Tableau XXII: Répartition des gestantes selon l'issue de la grossesse.



84,6% des gestantes avaient mené leur grossesse à terme.

IV. CARACTERISTIQUES LIEES A L'ACCOUCHEMENT.

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon l'état général.

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	170	96
Mauvais	7	4
TOTAL	177	100

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon les valeurs de la tension artérielle systolique et diastolique.

Valeurs de la T.A	Systolique	Diastolique
Effectif		
125	< 14	
52	≥ 14	
120		< 9
57		≥ 9

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon l'état des muqueuses.

Etat des muqueuses	Effectif absolu	Pourcentage
Bien coloré	158	89,3
Moyennement coloré	16	9
pâle	3	1,7
TOTAL	177	100

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le délai de la rupture de la poche des eaux par rapport à l'accouchement en heure.

Délai de rupture de la poche des eaux (heures)	Effectif absolu	Pourcentage
≤12	114	64,4
12-24	50	28,2
>24	13	7,3
Total	177	100

64,4% des femmes avaient la poche des eaux intacte à l'entrée de la salle d'accouchement.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine en salle d'accouchement.

Hauteur utérine en salle d'accouchement (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
<36	139	78,5
≥ 36	38	21,5
Total	177	100

21,5% des parturientes avaient une hauteur utérine supérieure ou égale à 36cm.

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique.

Coloration du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Anormale	48	27,1
normale	129	72,9
Total	177	100

27% des parturientes avaient un liquide teinté.

Tableau XXIX : répartition des parturientes selon le type de présentation du fœtus.

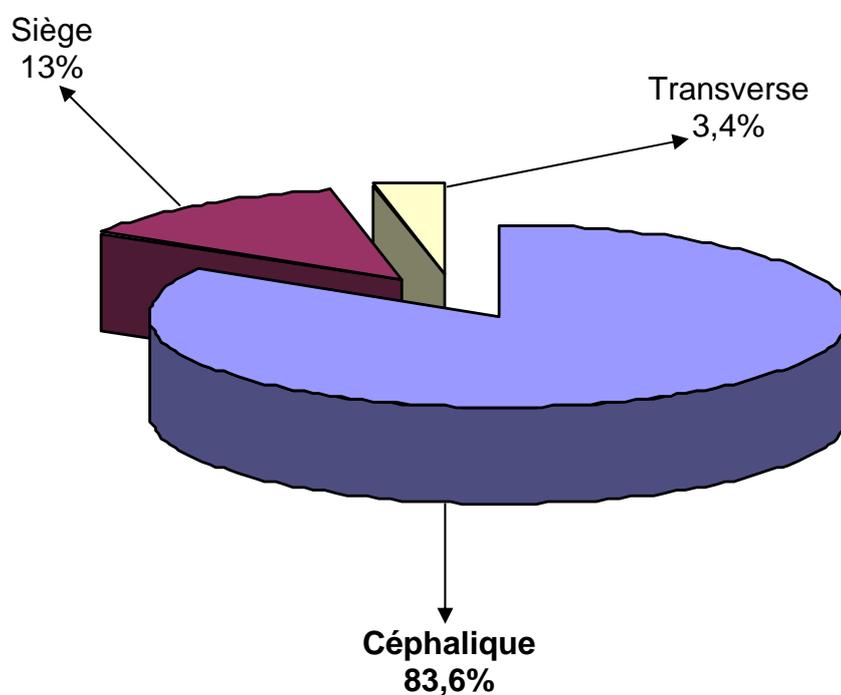


Tableau XXX: répartition des parturientes selon le type de bassin

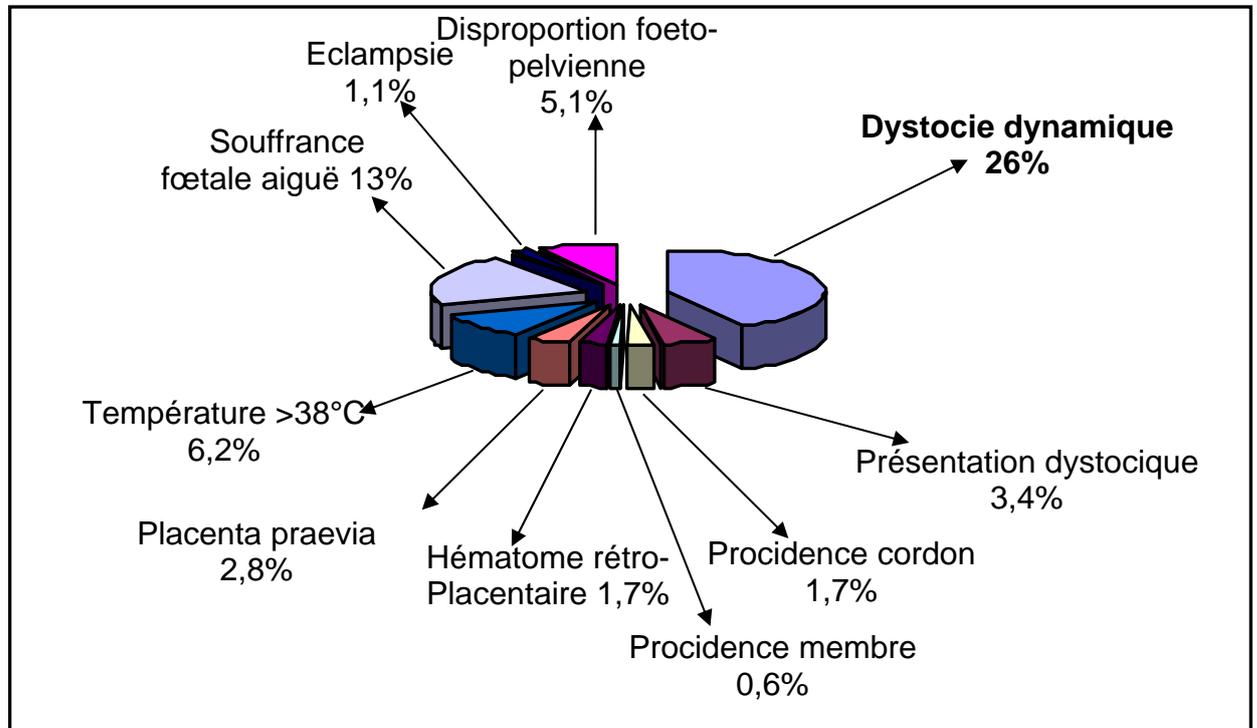
Type de bassin	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	147	83
Limite	15	8,5
Généralement rétréci	10	5,7
Asymétrique	5	2,8
Total	177	100

Tableau XXXI: Répartition des parturientes selon rythme des BDCF à l'admission.

Rythme des BDCF	Effectif absolu	Pourcentage
<120	26	14,7
120-160	141	79,7
>160	10	5,6
Total	177	100

Les anomalies des BDCF (< 120/ mn et > 160 / mn) ont représenté respectivement 14,7% et 5,6%.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon les anomalies retrouvées au cours du travail d'accouchement.

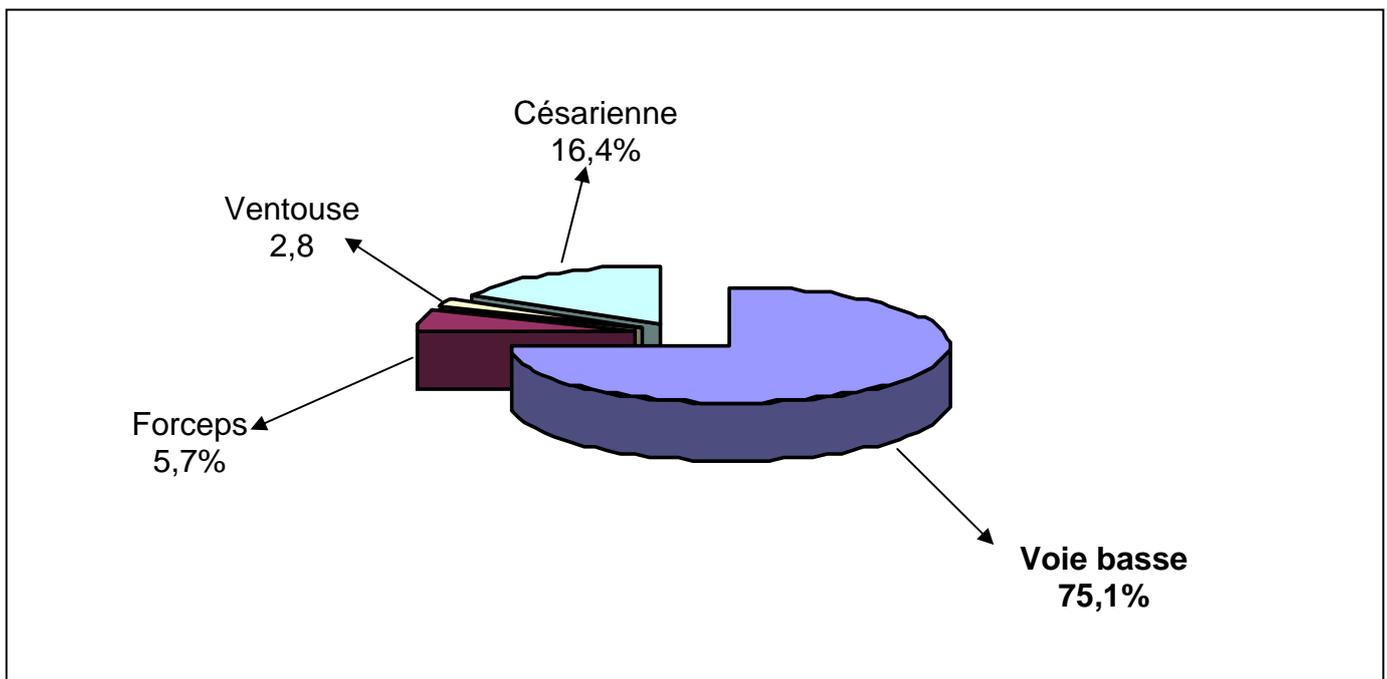


La dystocie dynamique a dominé les anomalies au cours du travail d'accouchement avec 26%.

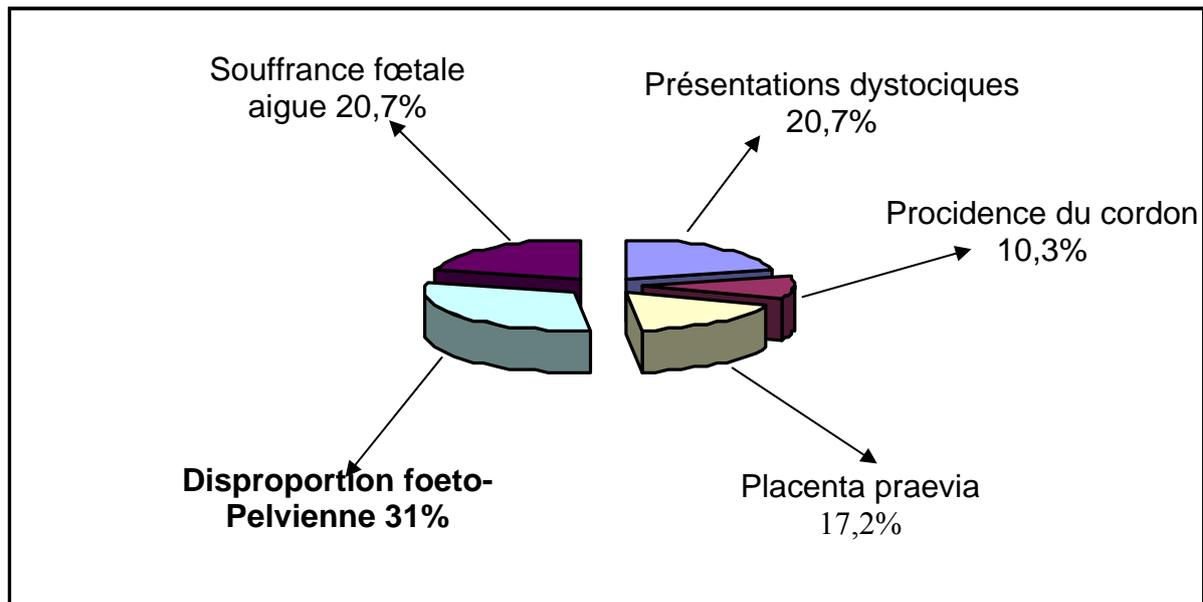
Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon la durée du travail.

Durée du travail (heure)	Effectif absolu	Pourcentage
<12	132	74,6
12-24	45	25,4
Total	177	100

25,4% de nos parturientes ont eu une durée du travail entre 12-24 heures

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement

Les parturientes ont accouché par la voie basse spontanée dans 75,1% cas.

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon les indications de la césarienne

Les parturientes césarisées pour disproportion fœto-pelviennne étaient majoritaires avec 31% Dans notre série.

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon les parties molles lésées.

Parties molles lésées	Effectif absolu	Pourcentage
Sans lésions	136	76,8
Périnée	17	9,6
Vagin	15	8,5
Col	9	5,1
Total	177	100

Les déchirures cervicales ont représenté 5,1%.

Tableau XXXVII : Répartition des femmes selon la pratique de l'épisiotomie.

Episiotomie	Effectif absolu	Pourcentage
Faite	29	16,4
Non faite	148	83,6
Total	177	100

L'épisiotomie a été réalisée chez 16,4% des parturientes.

V. DELIVRANCE

Tableau XXXVIII : Répartition des femmes selon le mode de délivrance.

Mode de délivrance	Effectif absolu	Pourcentage
Active dirigée	144	81,3
Artificielle	23	13
Naturelle	10	5,7
Total	177	100

Tableau XXXIX : Répartition des femmes selon l'existence des complications de la délivrance.

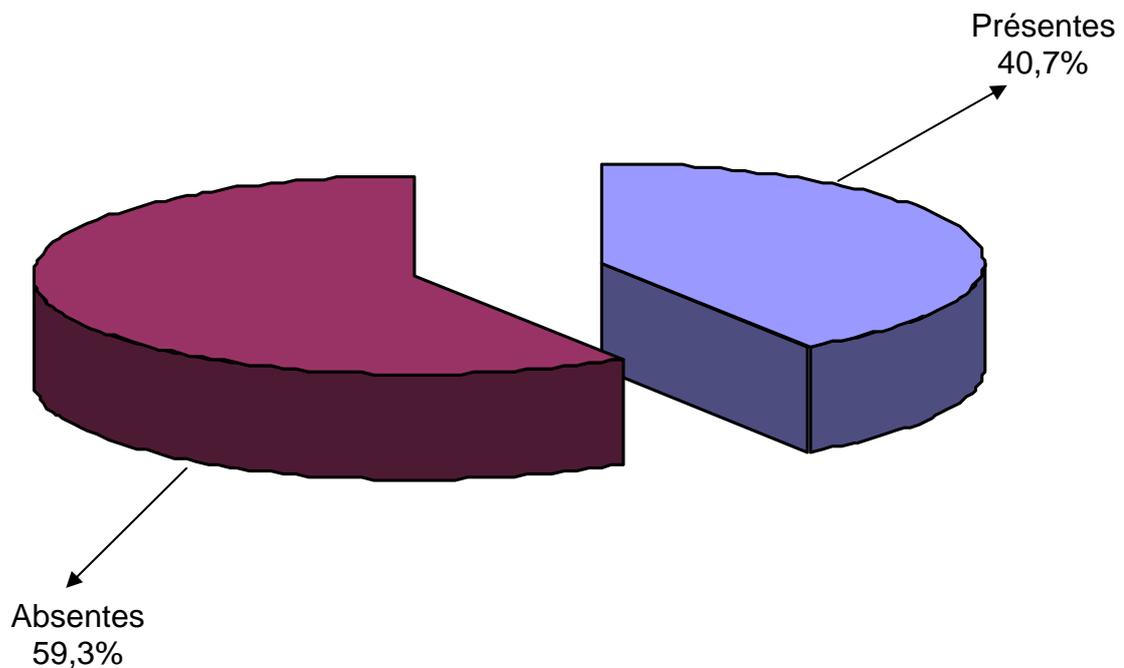


Tableau XXXX : Répartition des femmes selon le type de complication de la délivrance

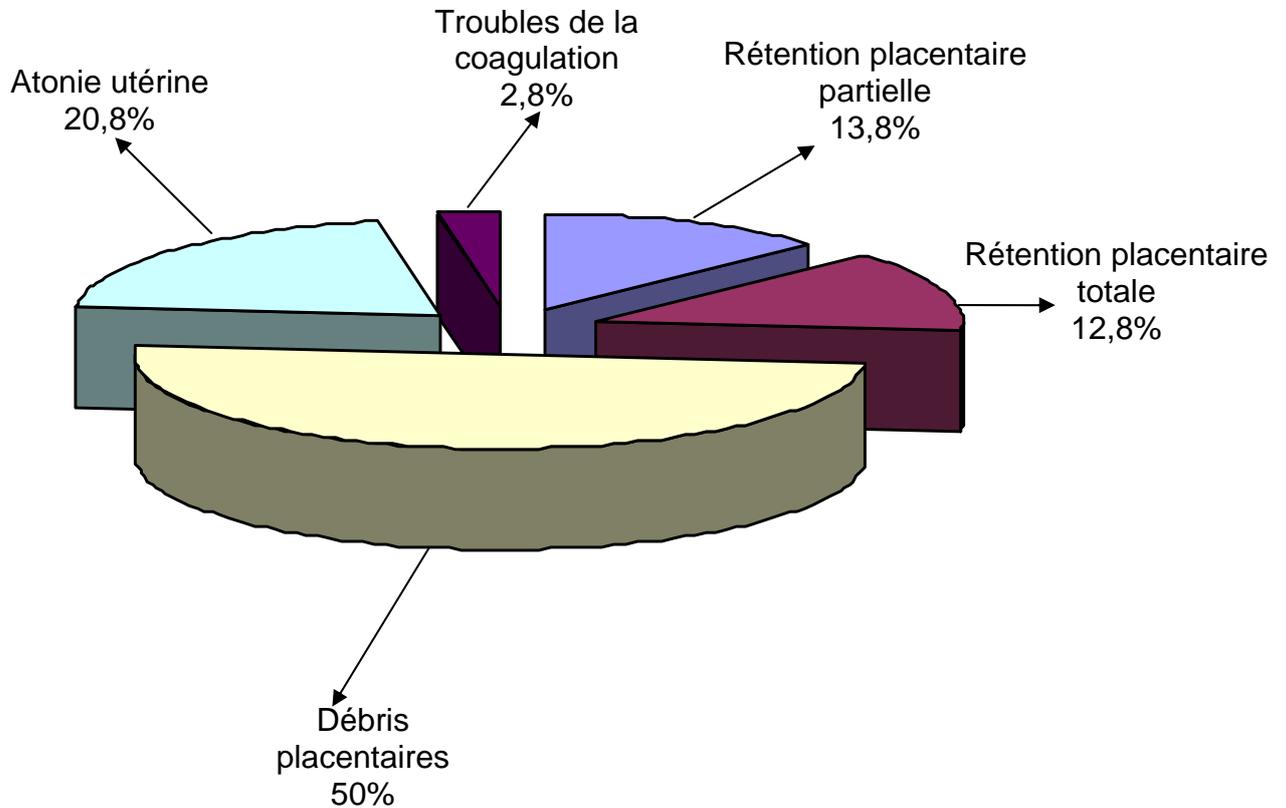


Tableau XXXXI : Répartition des femmes selon la notion de référence ou évacuation.

Notion de référence/Evacuation	Effectif absolu	Pourcentage
oui	40	22,6
Non	137	77,4
TOTAL	177	100

Tableau XXXXII : Répartition des femmes selon le motif de référence/évacuation.

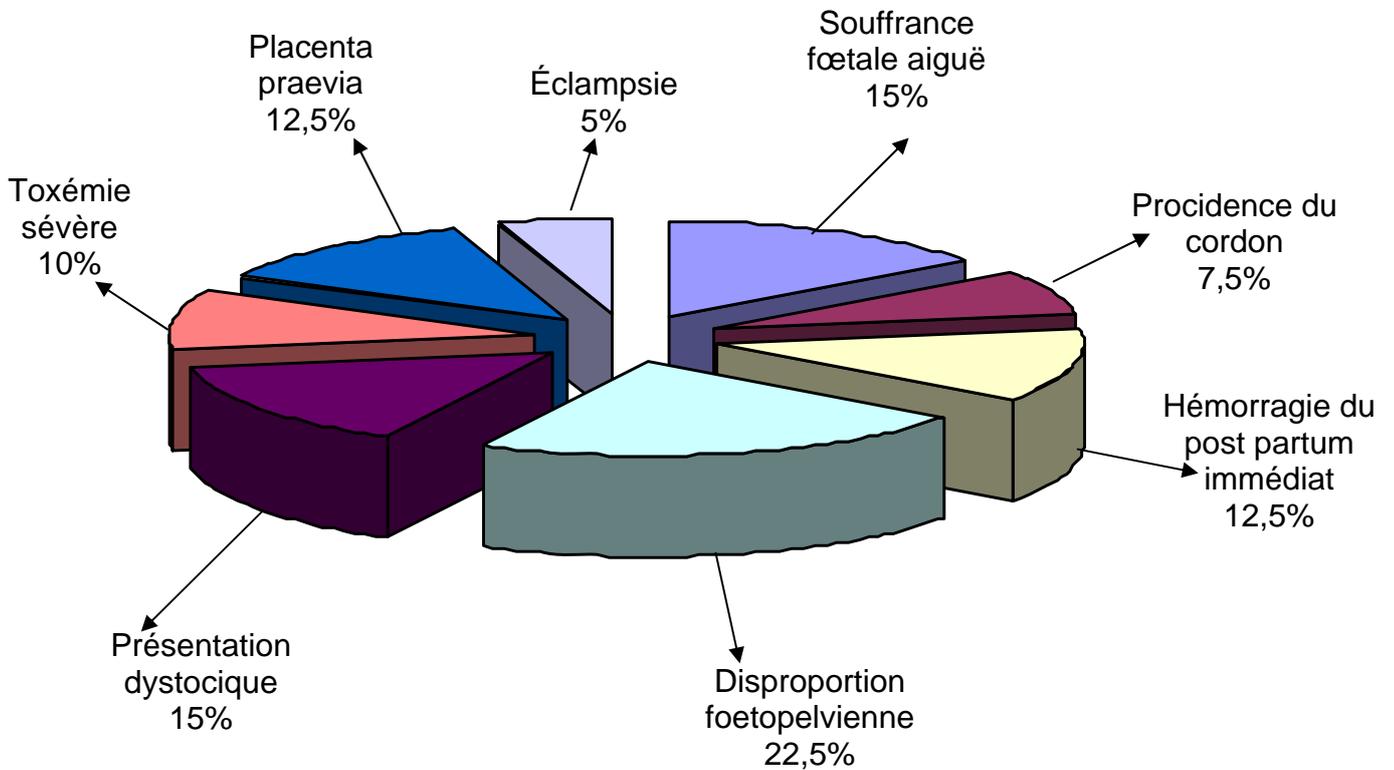
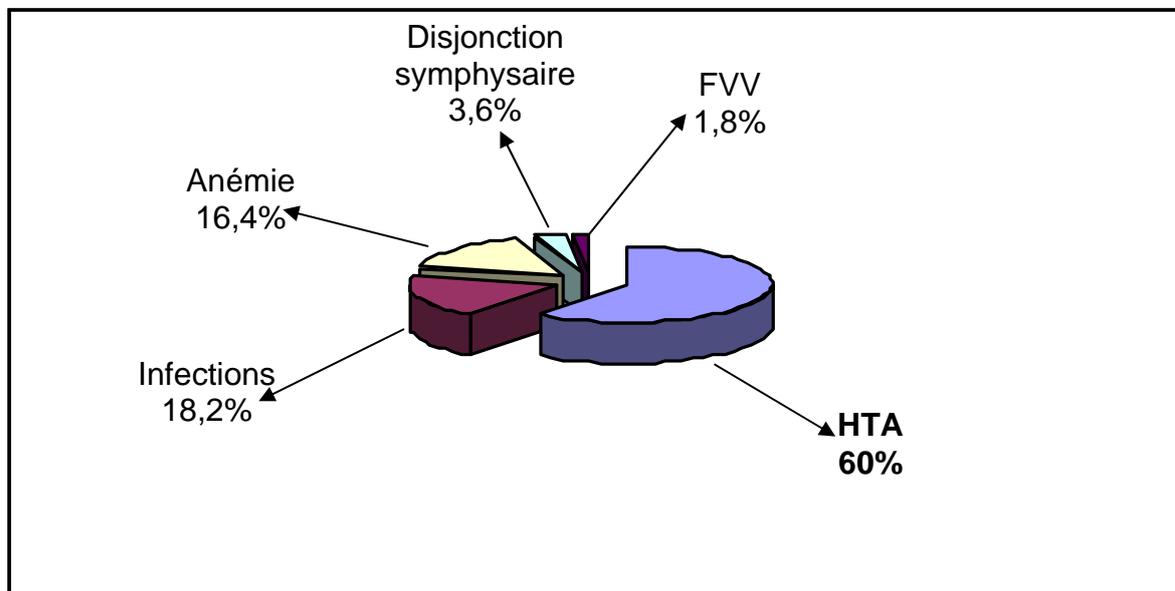


Tableau XXXXIII : Répartition des femmes selon l'existence de la morbidité maternelle.

Existence de séquelles	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	55	31,1
Non	122	68,9
Total	177	100

Tableau XXXXIV : Répartition des femmes selon le type de séquelles maternelles.



Sur l'effectif des femmes ayant présenté des séquelles morbides, nous avons noté 60% d'hypertension artérielle.

VI CARACTERISTIQUES DES NOUVEAU- NES

Tableau XXXXV : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar 1^{ère} minute	Effectif absolu	Pourcentage
0	16	8,2
1- 4	14	7,2
5- 7	30	15,5
> 7	134	69,1
TOTAL	194	100

Le score d'Apgar nul a été retrouvé chez 8,2 % des nouveau-nés à la première minute.

Tableau XXXXVI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar 5^{ème} minute	Effectif absolu	Pourcentage
< 7	30	15,5
≥7	164	84,5
Total	194	100

15,5% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute.

Tableau XXXXVII : Répartition des nouveau-nés selon leurs poids à la naissance.

Poids (g)	Effectif absolu	Pourcentage
<2500	38	19,6
2500-3999	146	75,3
≥ 4000	10	5,1
Total	194	100

75,3% des nouveau-nés avaient un poids de naissance normal compris entre 2500 et 3999 g.

Tableau XXXXVIII: Répartition des nouveau-nés selon la taille

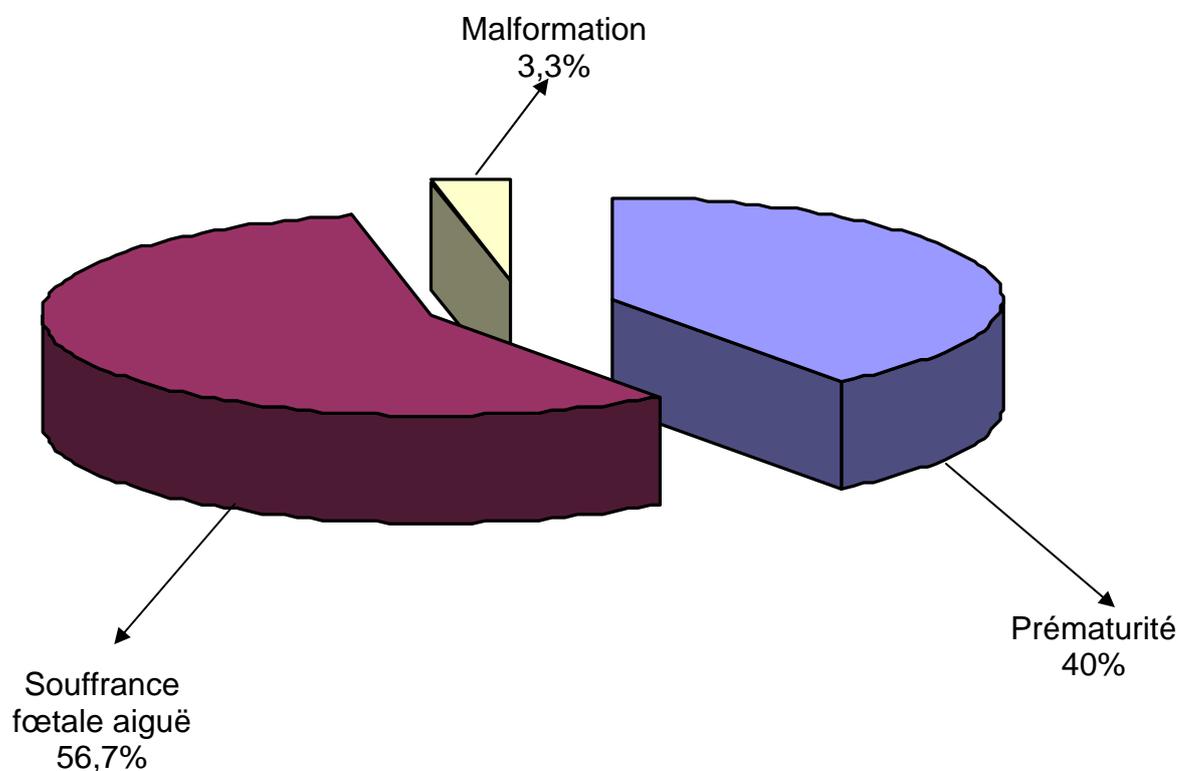
Taille (cm)	Effectif absolu	Pourcentage
< 47	23	11,9
47-50	129	66,5
>50	42	21,6
Total	194	100

66,5% des nouveau-nés avaient une taille comprise entre 47 - 50 cm.

Tableau XXXXIX: Répartition des nouveau-nés selon l'existence de la référence en pédiatrie.

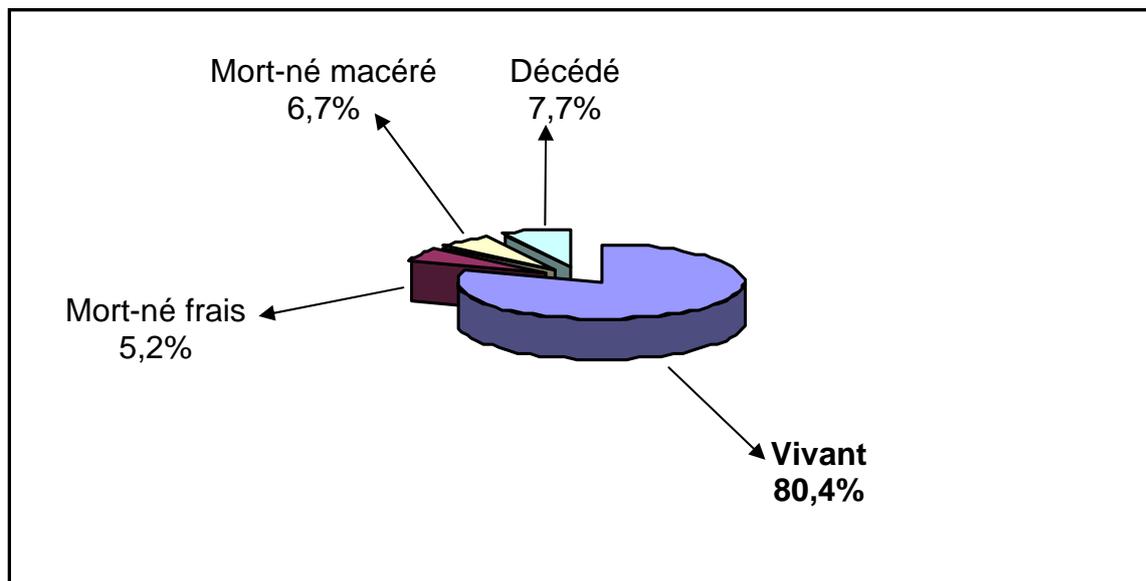
Existence de la référence	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	30	15,5
Non	164	84,5
Total	194	100

Tableau XXXXX: Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en pédiatrie.



VII PRONOSTIC FŒTAL.

Tableau XXXXXI : Répartition des nouveau-nés selon le devenir immédiat (0 -6 heures).



Le mauvais pronostic a été retrouvé chez 19,6% des nouveau-nés, constitués de mort-nés frais, mort-nés macérés et de décès néonataux

Tableau XXXXXII : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Mortinatalité :		
• Mort in utero	13	6,6
• Mort au cours du travail	10	5,1
Mortalité néonatale précoce (0-6 jours)	15	7,6
Mortalité néonatale tardive (7-28 jours)	17	8,7
Vivant	139	72
Total	194	100

Tableau XXXXXIII : Répartition des nouveau- nés selon les causes de mortinatalité.

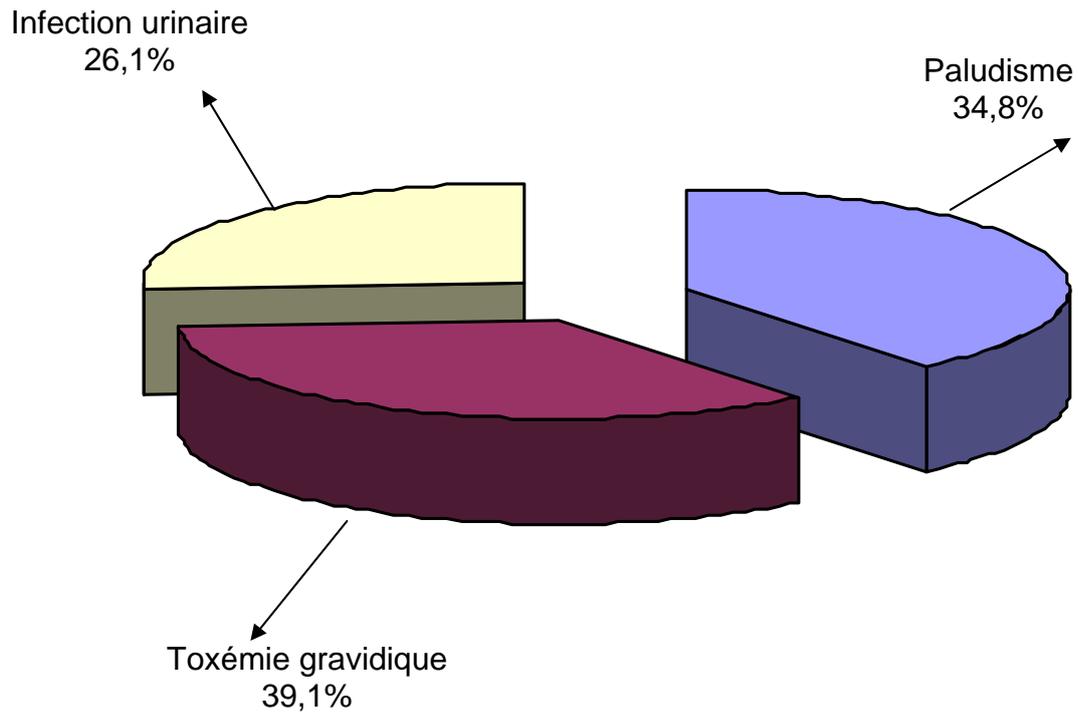


Tableau XXXXXIV : Répartition des nouveau- nés selon les causes de mort néonatale précoce (0-6 jours).

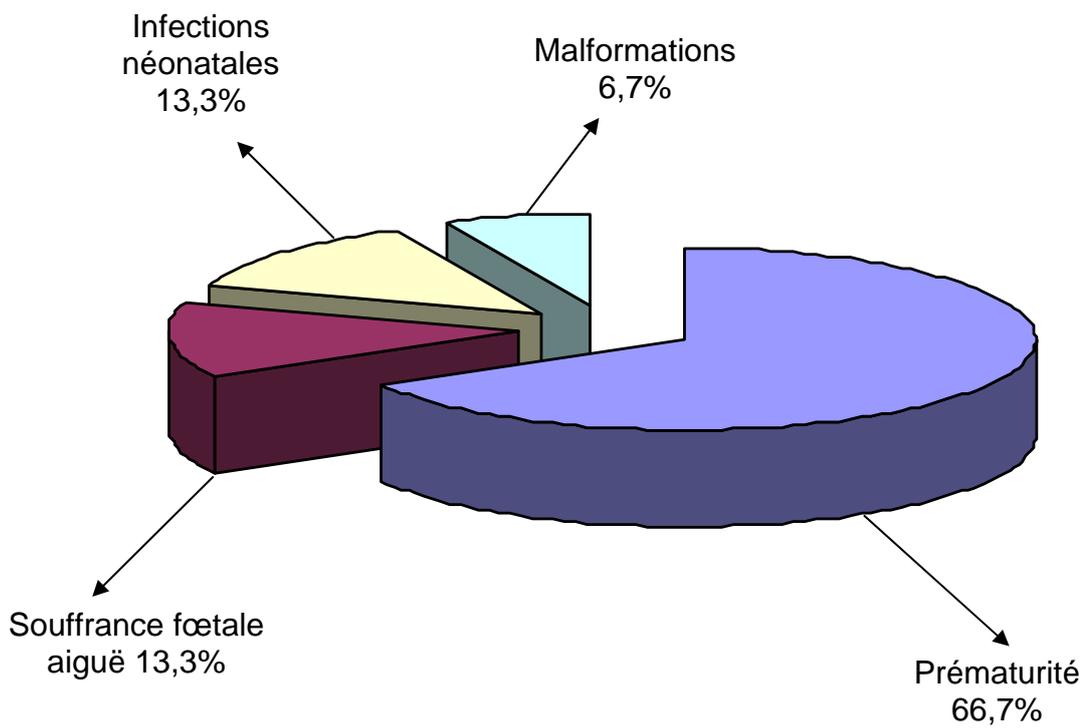
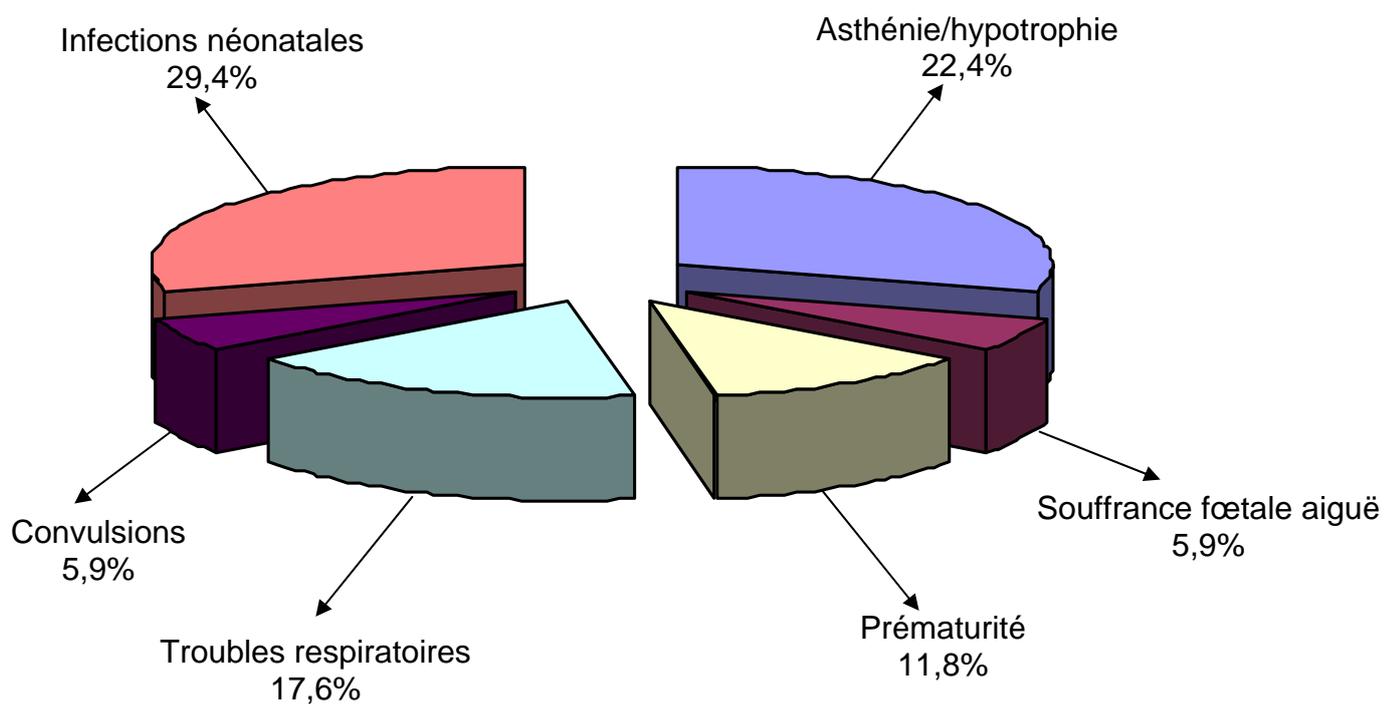


Tableau XXXXXV: Répartition des nouveau-nés selon les causes de mort néonatale tardive (entre 7 - 28 jours)



COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. PREVALENCE.

De janvier 2006 à juin 2006, soit 6 mois, sur 840 gestantes vues en consultation prénatale, 182 ont présenté une grossesse à risque soit une prévalence de 21,67%.

Notre taux est supérieur à celui de PERRIN. R et collaborateurs au Bénin qui ont trouvé 14,9% en 1998[27] et inférieur à celui de B.COULIBALY qui a trouvé 51,51% en 2004 au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako [8].

2. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE.

Tranche d'âge.

L'âge des gestantes variait entre 14 et 45 ans soit une moyenne d'âge de 30 ans.

Les gestantes dont l'âge variait entre 20-30 ans avaient été majoritaires avec 56,6% suivies des adolescentes(14-19 ans) avec 26,9% enfin les gestantes entre 36-45ans avec 16,5%.

En effet la procréation à un âge précoce expose à plusieurs risques dont les syndromes vasculo-renaux à cause semble t-il de l'immaturation des vaisseaux utérins [57].

Après 35 ans, la grossesse peut s'associer à certaines complications maternelles comme le placenta praevia, les ruptures utérines et les hémorragies du post partum immédiat [8].

Quant aux risques fœtaux on peut énumérer le retard de croissance, la prématurité et certaines malformations comme la trisomie 21 [36].

COULIBALY.B [8], DECAM.C et collaborateurs [13] ont trouvé respectivement 21,26%-10,9% d'adolescentes et 15,87% -10,5% de gestantes de plus de 35 ans.

3. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ACTUELLE.

a. Terme de la grossesse à la première consultation

Dans notre échantillon 6,6% des gestantes ont été vues pour la première fois en consultation prénatale au premier trimestre, 36,8% au deuxième trimestre de la grossesse et 48,9% des gestantes au troisième trimestre de la grossesse.

Au décours de ces résultats, nous nous sommes rendus compte que les gestantes ignorent l'importance de la consultation prénatale en début de grossesse et trouvent coûteux et inutile de consulter dès le premier trimestre de la grossesse.

Pour COULIBALY.B 31,33% des gestantes avaient débuté leur consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse ; 48,42% au deuxième trimestre ; 16,77% au troisième trimestre et 3,48% ignoraient l'âge de la grossesse à la première consultation [8].

TOURE. F a rapporté que 18% de ses gestantes ont consulté au premier trimestre ; 52,9% au deuxième trimestre ; 28,1% au troisième trimestre et 0,2% ne connaissait pas l'âge exact de leur grossesse à la première consultation [61].

Quant à DECAM.C et collaborateurs, l'âge moyen de la grossesse lors de l'inclusion dans leur étude était de 28 semaines d'aménorrhée [13].

b. Exécution et nombre de consultations prénatales.

Dans notre étude, 13,7% des gestantes ont effectué une consultation prénatale, 6,6% deux consultations prénatales et 79,7% des gestantes ont fait plus de trois consultations prénatales.

La couverture des consultations prénatales dans le District de BAMAKO se situe au tour de 76,53% [23]. Ce chiffre devrait être supérieur si on tient compte de l'existence des structures et du personnel au niveau des centres de santé de Bamako.

COULIBALY.B avait une couverture de 94,61% au Centre de Santé de Référence de la Commune IV [8].

c. La Référence.

Au cours de notre étude 120 gestantes nous ont été référées, soit 65,9%. Ce taux

met en exergue l'importance des consultations prénatales au cours desquelles le dépistage des grossesses à risque est fait.

La référence interne c'est-à-dire celle d'une autre unité pour le service de gynéco obstétrique était majoritaire avec 41,7 % sur l'ensemble des références.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de COULIBALY.B chez qui 70,6 %des malades étaient venues d'elle-même [8].

Dans 67,5 %des cas, ces références ont été faites par des sages femmes.

Nos résultats sont comparables à ceux de COULIBALY.B, chez qui les références étaient faites dans 53,06% par des sages femmes [8].

Nous avons au cours de notre étude constaté que 75% des références ont été faites au 3^e trimestre, rendant difficile la qualité de la prise en charge.

d. Facteurs de risque retrouvés lors de la consultation prénatale

Le facteur majoritaire était la toxémie gravidique avec 21,9%, suivie du paludisme 11%, la gémellité avec 10,5%, l'âge maternel inférieur ou égal à 15 ans était de 7,1%, la menace d'accouchement prématuré avait représenté 6 %. Le taux de toxémie gravidique élevé dans notre étude serait lié au taux de primigestes qui, augmente les risques d'ischémie des vaisseaux utérins.

Pour COULIBALY.B, la menace d'accouchement prématuré a dominé avec 19,76%, ensuite les syndromes vasculo- rénaux 14,07% [8].

PERRIN.R et Collaborateurs ont trouvé comme principaux risques l'anémie avec 14,1%, la gémellité avec 5,5%, le bassin vicié 3,6%, les hémorragies du troisième trimestre 3%, les excès de volume utérin (hauteur utérine =40cm) avec 2,7% [27].

e. Evolution de la grossesse

Dans notre étude, 84,6% des gestantes avaient mené leur grossesse à terme, 6,6% des gestantes avaient accouché prématurément, 6% des gestantes ont fait un dépassement du terme, 1,1% gestantes avaient avorté spontanément précocement et 1,7% avaient avorté spontanément tardivement.

4. ANOMALIES RETROUVEES AU COURS DU TRAVAIL

Les anomalies retrouvées étaient par ordre de fréquence : les dystocies dynamiques 26%, la souffrance fœtale aiguë 13%, l'association présentations dystociques et disproportion fœto-pelvienne 8,5%, , fièvre en cours de travail 6,2% , les hémorragies au cours du travail (hématome retroplacentaire et placenta praevia) 4,5% .

Par contre B COULIBALY a retrouvé 12,27% de souffrance fœtale aiguë, présentation dystocique 9,88%, accouchement prématuré 9,58%, dystocie dynamique 3,89 % [8].

5. ACCOUCHEMENT.

a. Type d'accouchement.

La majorité de nos femmes ont accouché par voie basse avec 75,1 %, ensuite viennent la césarienne avec 16,4 % ; l'accouchement par forceps 5,7% et l'accouchement par ventouse 2,8%.

Les patientes césarisées et celles qui ont bénéficié d'un accouchement instrumental ont été référées ou évacuées selon le contexte sur L'HGT ou le Centre de Santé de Référence de la commune I du District de BAMAKO.

B. COULIBALY avait eu 60,48% d'accouchements par voie basse, 33,53% de césariennes et 0,3% d'accouchement par forceps [8].

Quant à BERTHE S, l'accouchement par voie basse était de 55,60% et l'accouchement dystocique était de 43,97% dont 6 cas de forceps [6].

Pour C DECAM la voie basse spontanée était de 98,2%, la césarienne 1,5%, et 0,3% ont nécessité une manœuvre obstétricale ou un forceps [13].

Nos taux sont en deçà de ceux de la littérature, qui dit que l'accouchement eutocique est de 95% de l'ensemble du total des accouchements, cela peut s'expliquer par le fait que notre étude s'est intéressée uniquement aux grossesses à risque.

b. Indications de la césarienne.

Les parturientes césarisées pour disproportion fœto-pelvienne étaient majoritaires avec 31% sur l'ensemble des césariennes, puis viennent la souffrance fœtale aiguë et les présentations dystociques avec 20,7% pour chacune.

6. PRONOSTIC MATERNEL

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel au cours de l'étude, que se soit durant la grossesse, au cours de l'accouchement ou dans le post-partum immédiat ou tardif (30 jours dans le post partum).

Le post partum s'est compliqué pour 55 patientes soit 30,2%.

Il s'agit sur cet échantillon de la persistance de l'hypertension artérielle avec 60% ; de l'infection dans le post-partum avec 18,2% ; de l'anémie avec 16,4% de la disjonction symphysaire avec 3,6%.

Nos résultats sont différents de ceux de :

- COULIBALY.B qui a observé au cours de son étude 9 cas de décès maternel dont les causes étaient les chocs hypovolémiques, les chocs hypovolémiques+infection, la septicémie, l'éclampsie et l'hématome retroplacentaire [8];

-DECAM.C et Collaborateurs qui ont enregistré 9 décès dus aux hémorragies du post-partum et sur rupture utérine, infection post opératoire, infection du post partum, accouchement prématuré sur VIH, avortement à 21 semaines d'aménorrhée, hémorragie + infection sur avortement de 20 semaines d'aménorrhée. Aussi ils ont constaté 28,5% de morbidité maternelle [13].

7. NOUVEAU-NES.

Un score d'Apgar inférieur à 7 a été retrouvé chez 30,9% des nouveau-nés : nous avons observé chez 8,2% de nos nouveau-nés un score d'Apgar nul à la première minute, chez 7,2% un score se situant entre 1 et 4, chez 15,5% un score entre 5 et 7.

A la première minute un score d'Apgar supérieur à 7 a été observé chez 69,1% des nouveau-nés.

Par contre, à la cinquième minute, le score était revenu respectivement chez 15,5% et 84,5% des nouveau-nés inférieur 7 et supérieur ou égal à 7.

Pour B. COULIBALY, le score d'Apgar à la première minute était inférieur ou égal à 7 chez 27,76% des nouveau-nés et supérieur à 7 chez 59,21% ; à la cinquième minute le score d'Apgar était inférieur ou égal à 7 chez 5,1% et supérieur à 7 chez 81,87 % [8].

La mortinatalité a été observée chez 11,9% des nouveau-nés, représentée par 5,2% de nouveau-nés mort-nés frais, 6,7% de nouveau nés mort-nés macérés.

La mort néonatale précoce immédiate (0 à 6 heures après l'accouchement) était de 7,7%.

Pour ces nouveau-nés, les causes essentielles de décès étaient :

La toxémie gravidique, les infections (notamment le paludisme et l'infection urinaire), la prématurité et ses corollaires et la souffrance fœtale aiguë.

Dans les suites de couches tardives nous avons observé 8,8% cas de décès néonataux [précoces (0- 6 jours) et tardifs (7-28 jours)] dûs à la souffrance fœtale aiguë (ces nouveau- nés avaient un score d'Apgar mauvais à la naissance), infection néonatale, à la prématurité, asthénie/ hypotrophie, troubles respiratoires, convulsion, malformation.

Ces décès dans 90% des cas ont lieu au service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude longitudinale descriptive réalisée de janvier à juin 2006, concernant les grossesses à risque nous avons recensé une prévalence de 21,6%.

Le facteur de risque majoritaire était la toxémie gravidique avec 21,9%.

Les parturientes ont accouché par césarienne dans 16% des cas.

La morbidité maternelle a été marquée par la persistance de l'hypertension artérielle dans 60%des cas.

Nous n'avons observé aucun cas de décès maternel.

Le mauvais pronostic a été observé chez 19,6% de nos nouveau-nés dans les six heures de l'accouchement.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement au :

➤ **Ministre de la santé.**

- en plus de la gratuité de la césarienne, réduire le coût des consultations prénatales et le bilan prénatal afin d'assurer une participation active des gestantes.
- doter les services d'obstétrique de pharmacie d'urgence et de mini banque de sang.

➤ **Directeur régional de la santé**

- Accentuer la formation continue du personnel de santé (matrones, infirmières obstétriciennes, sages femmes, médecins) pour leur permettre d'effectuer des consultations prénatales de meilleure qualité.

➤ **Prestataires (médecins, sages femmes, infirmières obstétriciennes, matrônes).**

- promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par les medias et les élus locaux pour une meilleure adhésion aux consultations prénatales.
- organiser davantage les systèmes d'évacuation et de référence de la périphérie vers les centres plus spécialisés avec une rétro-information.

➤ **Gestantes :**

- consulter systématiquement devant toute aménorrhée afin de faire le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficiente ;
- être assidues aux consultations prénatales afin de réduire les risques

- faire correctement les examens complémentaires demandés lors des consultations prénatales ;
- participer aux activités de planification familiale pour une meilleure santé de la mère et de l'enfant.

➤ **Population :**

- permettre une plus grande scolarisation des enfants en particulier les jeunes filles.

REFERENCES

REFERENCES

1. AGUESSY.B, ALIHONOU.E, DESOUZA. J, PERRIN. R, COCOUVI. E, TAKPARA. I, MEGNINBETO.A, GANDOHO.J.

Les hémorragies de la délivrance. Etude statistique et étiologique (à propos de 151 cas recensés en 5ans).

Publications médicales 1992, 121, 5-11.

2. ALIHONOU. E, PERRIN. R, AGUESSY.B, HELAPAZA. A, ZANFONHOUEDEC.M, ATCHADE.A.

Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Afrique médicale, 1982, 21, 203, 533 –538.

3. PRURAL. A.

Grossesses et accouchements en Afrique de l'ouest .Une maternité à haut risque.

Pregnancy and delivery in West Africa a high risk mother hood.

Santé publique 1999. Volume 11 n°2 Page 155-165.

4. BAGAYOKO. N. S.

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-temoins dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thes. med. BAMAKO n°39 ,2004.

5. BAUDET. J. H , AUBARD. Y.

Les hémorragies du 3è trimestre de la grossesse.

Revue du praticien (PARIS) : 1994, 44, 12, 1665- 1670.

6. BERTHE. S.

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

Thes. med. Bamako, 1983, N° 9.

7. BOISSELIER. P.H, MAGHIORACOSP. K, MARPEAUL. F, HADJALI. B, BARRAT. J.

Evolution dans les indications de césarienne de 1977-1983.

A propos de 19605 accouchements.

8. COULIBALY. B.

Les grossesses et accouchements à risque au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de BAMAKO à propos de 334 cas.

Thes. med. BAMAKO, 2004, n°85.

9 .CHAULTALAC. M, RAIMBAULT. A. M.

La grossesse chez l'adolescente.

Développement et santé 98, 1992, 23- 25.

10. CISSE. C, BASA. T, N'DIAYE. M.F, DIOUF. D, DIADHIOU. F, DIOUF. S.M, BA. O.

Hypertension artérielle de la femme enceinte en Afrique noire Sem-hop.

PARIS 1995, 71, n° 56, 167-177.

11. COULIBALY. D. M. (Epouse DIARRA).

Etude de la protéinurie au cours de la grossesse à propos de 59 cas.

Thes. med. Bamako, 2001, n° 551.

12. COULIBALY. F.

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 cas cliniques.

Thes. med. Bamako, 2000, n°52.

13. DECAM. C, DUPONCHEL. J. L, HUGUET. D.

Enquête multicentrique sur la morbidité maternelle grave en Afrique de l'ouest.

Rapport préliminaire du MALI 1995.

14. DELCROIX. M, ZONE.V, CHERONT. C, ADAM. M. H, DUQUESNE. G, NOEL. A.M.

L'infection urinaire de la femme enceinte

Revue française Gynécol. – Obstet 1994, 89, 5, 277 – 284.

15. DEMBELE. H. A.

Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec l'anémie et petit poids de naissance à BOUGOULA – HAMEAU (Sikasso, MALI)

Thes. med. Bamako, 1995, n°29.

16. DEMBELE. S. A.

Etude statistique des groupes ABO et rhésus dans la population malienne, enquête préliminaire.

Thes. med. Bamako, 1994, n° 5.

17. DESSAINT.H.P, GAUCAERAN. D, BAGOU. G

Grossesse et utérus cicatriciel.

Encycl. médicale, Chir. Obst 5030 A20, 1992, 12p.

18. DIADHIOU. F, DIALLO. M, FAYE O.E.

Mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne : situation et tendance gynécologique et obstétricale. Dakar (Sénégal). 2005, 15-17.

19. DIAKITE. S.

Réflexion sur la scolarisation des filles au Mali.

Revue Trimestrielle. 2002, 2-12.

20. DIALLO. D, TCHERNIA. G, SIDIBE. H, KODIO. B, DIAKITE. S.

Place de la carence martiale dans l'anémie de la femme enceinte au MALI.

Rev-Fr gynecol- Obst 1995, 90, 3,142-147.

21. DIALLO.C.H.

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 106 cas de service de Gyneco-Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE du 1^{er} Octobre au 30 Septembre 1990.

Thes. med. Bamako, 1990, n° 37.

22. DIARRA. N.

Etude des accouchements à domicile en commune V du District de Bamako à propos de 128 cas.

Thes. med. Bamako, 2001, n°48.

23. KOUAMO. I.

Couverture de la consultation prénatale et l'utilisation de critères de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako, Octobre 1996.

24. DRAVE. A.

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de Gyneco-Obstétrique de l'hôpital du point G de 1991 à 1994 (à propos de 103 cas).

Thes. med. Bamako, 1996, n°39.

25. E.D.S

Mortalité maternelle au Mali et dans d'autres pays Africains, 1995-1996.

26. EL HADI. M, BERTHE. J, VENDITELLI. F, TABESTA. J.L.

Evaluation de la valeur diagnostique de la hauteur utérine et de la prise de poids maternelle pendant la grossesse sur la prédiction de la macrosomie.

Rev-Fr gynéco- Obstet, 1996, 91, 12,24-26.

27. GKOMONGUI. D, OBEYMEGNIGBETO. A, LOKOSSOU. A, DEGBE. A, PERRIN R, ALIHONOU. E.

Grossesse à risque élevé à COTONOU, bilan et stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

SAGO- SOGOB, 2000, 108-109.

28. GPONTONNIER. G, SARRAMON. M. F, FOURNIE. A, GRANDJEAN. H.

La souffrance fœtale chronique.

Encyclopédie medico-chirurgicale (Paris) 5077 A₁₀ - 10, 1990.

29. GOUFODJI S.S

Contribution à l'étude de l'hématome retroplacentaire.

A propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou.

Thes. med. Bamako, 1986 n°288.

30. GREIG. P. C, VIELLE. J. C, MORGAN. T, HENDERSON.D.

The effect of presentation and mode, of delivery on neonatal out come in second twin.

Am j Obstet Gynecol 1992 , 167 , 901 – 906.

31. GUELLIER. X, LARUEL. Y, BARRAT. J.

Drépanocytose majeure et grossesse. Transfusions prophylactiques systématiques. À propos de 13 cas.

Gynecol –Obstet , biol reprod, 1992, 21, 701-704.

32. GUIVARC.H, LEVEQUE. A, POULAIN. P, LEVEQUE. J, ALLANNIC. A, GIRAUD. J. R, CORALL. JY.

La grossesse de la femme diabétique, incidence des malformations, de la macrosomie, mise à jour sur la conduite obstétricale.

Gynecol – Obstet. biol. reprod. 1992, 21, 697- 700.

33. HOFMANN H, TAURELLE. R.

Cardiopathies et grossesse. Encycl. Med chir. (Paris - France)

Obstétrique, 5044 ,A₁₀ – 1987, 7P.

34. JZORN. R, SUREAU. C.

Diagnostic et traitement de la souffrance fœtale au cours de la grossesse.

Encyclopédie medico-chirurgicale (Paris) 5077 A₂₀ – 11,1976.

35. JANNET. D, TRUCAET. F, MIVIE. Z.

Les indications du cerclage.

Gynecol –Obstet. biol. reprod, 1994, 23-592.

36. JANCEL. M, LUTON. D, SIBONY. O.

Collection, préparation au concours d'internat en gynécologie et obstétrique.

Edition 1997.

37. KANE. B.

Contribution à l'étude des grossesses à risque élevé en zone rurale

Thes. med. Bamako, 1986, n° 23

38. KANTE. F. (Epouse SANGARE).

Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 723 cas.

Thes. med. Bamako, 1997, n° 24.

39. KEITA. A.

La menace d'accouchement prématuré : Aspects socio –épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à la maternité de RENE CISSE d'Hamdallaye du District de Bamako à propos de 150cas

Thes. med. Bamako, 2003, n°45

40. KONE. A. (épouse DEMBELE).

Accouchements multiples dans le service de Gyneco-Obstétrique de l'hôpital du point G.

Thes. med. Bamako, 2001, n°12

41. KOUAM.L, KAMDOM. M. J.

Les facteurs de risque fœtal dans les accouchements gémellaires .Une analyse critique de 265 cas.

Rev fr Gynecol- Obstet, 1995, 90, 3, 155-163.

42. LEFEBVRE. G, THAIN. L, STELLA. V, VAUTHIERD. D, SFOGGIA. D, GOULON. V, DARBOIS. Y.

Grossesse et obésité à propos d'une étude cas témoins de 140 cas.

Gyneco-Obst, Biol. reprod, 1992, 21, 563-567

43. LEUNG. A & AL.

Risk factors associated with utérine rupture during trial of labor after césarien section delivery: a case – control study. Am J Obst –Gynecologie , 1993 , 168-5:1358-1363.

44. MBYE. K, YADENGAZA. J.C, FERRE. J.

Les infections dans les suites opératoires de césarienne .Etude comparative suivant l'antibiotique employé dans deux maternités de Centrafrique.

Rev fr Gyneco-Obst 2005, 125-129.

45. MEMMERGUES. M, AUDIBERT F. , MATHIEU-CAPUTO. D, MITTANCHEZ. D, DUMEZ. Y.

Obstétrique, module 2

2002-2003 C.M.E.M 2

Faculté de médecine de Necker Enfants malades.

46. MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J.

Précis d'obstétrique, édition 4, 1979, Masson, Paris, 745-750

47. MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J.

Précis d'obstétrique, édition 6, 1995, Masson (Paris, Milan, Barcelone)

48. MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J.

Précis d'obstétrique, édition 5, 1993, Masson, Paris, 755-780

49. MOUNIER .V.C, VALAT- RIGOT.A.S, VAAST. P, PUECH. F, CARRE. A.

Évaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse

Gynéco- Obstet, Biol., reprod. 1994,23 ,303 –307

50. NIARE. F. (EPOUSE DEMBELE).

Aspect clinique de la crise d'éclampsie à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 65 cas.

Thes. med. Bamako, 1995, n° 35.

51. NICOLSSO. E, DIERCOLEC. C, AZOULAYE. N, CRAVELLO L, BOUBLIL. B.

Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique.

Rev. Fr. Gyneco-Obst Biol. reprod, 1994, 23, 303-07.

52. NJAH. M, MARZOUKI. M, HADJFRED. A.

Recours aux visites prénatales dans le contexte Tunisien : Barrières et facteurs de motivation.

Rev -fr Gynécologie -Obstet 1993, 88, 225-229

53. OUATTARA. Z.

Contribution à l'étude des anémies de la femme enceinte dans le District de Bamako (à propos de 138 cas)

Thes. med. Bamako, 1981, n°116.

54. PRURAL. A, SANOGO.O, HUGET. D, DIALLO.F.S, N'KAKAPEN. W.

Prévention de l'anémie de la grossesse à Bamako (1ere journée du service de gynecologie-obstetrique de l'hôpital Gabriel TOURE). 1995.

55. SERRES. X, GRALL J.Y, LEMARE.C, BODENT A, LEMEEF. J.

La grossesse après 40 ans à propos de 136 cas, revue de la littérature.

Gynecol .Obst Biol. Reprod, 2004.

56. SIDIBE. H.

L'anémie du couple mère /nouveau-né, place de la carence en fer et en acide folique (à propos de 217 couples)

Thes. med. Bamako, 1996, n°62

57. SOUMARE. M. D.

Hypertension artérielle et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de Gyneco-Obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 296 cas.

Thes. med. Bamako, 1996, n°44.

58 TALL. M. (Epouse KABA).

Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du District de Bamako à propos de 813 cas.

Thes. med. Bamako, 1996, n°31

59. TEGUETE .I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G de 1991-1993. A propos d'une étude cas – témoin de 1544 cas.

Thes. med. Bamako, 1996, n°17.

60. TERZI. B, CIAN. J, MIDA. M, DAVID. E , WEBERL.F, BOULANGER. J. C, VISTEM. K.

Bilan des menaces d'accouchement prématuré ; étiologie, conduite à tenir, résultats.

Rev – Fr Gynecol- Obstet, 1990, 85, 12, 673- 677.

61. TOURE. F. (Epouse KOITA).

Internet de la CPN sur la santé de la mère et de l'enfant à propos de 1872 cas (gestantes).

Thes. med. Bamako, 2003, n°56.

62. TRAORE. A. F.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle a l'hôpital Gabriel TOURE.

Thes. med. Bamako, 1988, n°20

63. TRAORE. F.

Conséquence des grossesses précoces en milieu urbain de Bamako

Thes. med. Bamako, 2002, n°103.

64. YATASSAYE. A.

*L'accouchement chez l'adolescente à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE.
Thes. med. Bamako, 1998, n°74.*

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE
QUESTIONNAIRE DE THESE

(Les grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako à propos de 182 cas en 2006).

N°

Date.....

I IDENTIFICATION

Q1 Nom :

Prénom :.....

Q2 Age :.....ans

Q3 TailleCm

Q4 Profession :.....

a : femme au foyer b : fonctionnaire c : artisane d : élève
e : étudiante f : commerçante g : bonne, ménagère h : autre

Si autre préciser.....

Q5 Statut matrimonial :.....

a : mariée b : divorcée c : veuve d : célibataire

Q6 Niveau d'alphabétisation :.....

a : primaire b : secondaire c : supérieur d : analphabète

Q7 Source de revenu :

a : oui

b : non

Q8 Lieu de résidence :

Q9 Profession du conjoint :.....

II ANTECEDANTS

Q10 Gestité

a : primigeste b : Paucigeste c : Multigeste d : Grande multigeste

Q11 Parité :.....

a : nullipare b : primipare c : Paucipare d : multipare e : grande multipare

Q12. Accouchements précédents avec mort néOUI.....NON...

Q13. Accouchements précédents avec mort entre 0 – 8 jours ...
OUI.....NON...

Q14. Ancien cas d'une dystocie à la maternité ... (Forceps , ventouse , manœuvres obstétricales)

Q 15. Chirurgie gynécologiqueOUI..... NON.....

(Fibrome, GEU, kyste ovarien etc.)

Q16. Utérus cicatriciel OUI.....NON.....

(Césarienne, rupture utérine etc....)

Q 17. Antécédent de petit poids de naissance (moins de 2000 g)..OUI
NON

Q 18. Antécédent de souffrance fœtale aigue...OUI..... NON....

Q 19. Antécédent d'hémorragie du post partum ...OUI.....NON....

Q 20. Antécédent de pathologie néonatale chez plus d'un enfant
OUI..... NON...

Q 21. Avortement à répétition ...OUI.....NON...

(Supérieur ou égal à 2)

Q 22. Antécédent de cerclage...OUI..... NON...

III HISTOIRE GROSSESSE ACTUELLE

Q 23 Age de grossessesemaines d'aménorrhée OUmois

Q 24. Age de la gestante inférieur à 15 ans ...OUI.....NON....

Q 25. Age de la gestante supérieur à 40 ans...OUI.....NON

Q 26. Primipare âgée ...OUI.....NON.....

Q 27 Multiparité (plus de 6 accouchements) OUI.....NON.....

Q 28 Grossesse suite à une période de stérilité OUI.....NON...

Q 29 Poids inférieur à 45 Kg ...OUI.....NON...

Q 30 Poids supérieur à 90 Kg ...OUI.....NON....

Q 31 Bassin asymétrique.....OUI.....NON.....

(Poliomyélite, femme bossue ou boiteuse)

Q 32. Bassin limite.....OUI..... NON.....

Q 33. Hémorragie du premier trimestre...OUI.....NON...

Q 34 Hémorragie du troisième trimestre ...OUI.....

Q 35. Grossesse et masse pelvienne ou abdominale OUI.....NON....

(Fibrome, kyste ovarien etc.....)

Q 36 Présentation du siègeOUI.....NON.....

Q 37 Présentation transversale...OUI.....NON

Q 38 Grossesse multiple.....OUI.....NON

Q 39 Hydramnios.....OUI.....NON

Q 40 Oligoamnios OUI..... NON

Q 41 MacrosomieOUI.....NON.

Q 42 Retard de croissance intra-utérin...OUI.....NON....

Q 43 Souffrance fœtale chronique ...OUI.....NON...

Q 44. Dépassement du terme ...OUI..... NON

Q 45. Grossesse cerclée OUI..... NON.....

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Q 46 Sérologie VIH positive...OUI... NON.....

Q 47 Sérologie syphilitique positive...OUI.....NON.....

Q 48 Sérologie toxoplasmose positive (Ig M et Ig G) OUI... NON.....

Q 49 Sérologie rubéole positive (IgM et IgG) ...OUI....NON.....

Q 50 Hémoglobinopathie ...OUI.....NON.....

Q 51 Glycémie élevée (supérieure à 6,1 mini mol/ L)...OUI... NON...

Q 52 Présence de sucre dans les urines ...OUI.....NON.....

Q 53 Tension artérielle diastolique supérieure à 90 mm Hg...OUI...NON...

Q 54 Tension artérielle systolique supérieure à 140 mm Hg...OUI.. NON

Q 55 Albuminurie associée à un oedeme et / ou à une HTA OUI...NON...

Q 56. Infection urinaire récidivante OUINON...

Q 57 Anémie même légère (taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl).

OUI.....NON.....

Q 58 Signe de décompensation cardiaque...OUI.....NON.....

Q 59. Signe d'insuffisance respiratoireOUI.....NON.....

Q 60 Maladie grave maternelleOUI.....NON.....

(Tuberculose ; syndrome néoplasique etc.)

Q 61 Traumatisme notoire au cours de la grossesse...OUI..... NON....

(CBV, AVP, Accidents domestiques)

EVOLUTION DE LA GROSSESSE

Q 62 Avortement précoceOUI.....NON....

Q 63 Avortement tardif.....OUI.....NON.

Q 64 Accouchement prématuré ...OUI.....NON.....

Q 65 Accouchement à terme.....OUI.....NON...

Q 66 Accouchement post terme ...OUI.....NON.....

DEROULEMENT DU TRAVAIL

Q 68 Présence BDCF à l'entrée ... OUI..... NON...

Q 69 Poche des eaux rompues

a: inférieure à 24 H b : supérieure à 24 H

Q 70. Liquide amniotique.....a : teinté b : normal

Q 71 Dystocie dynamique.....OUI.....NON

Q 72 Fièvre supérieure à 38°C au cours du travail...OUI..... NON

Q 73 Souffrance fœtale aiguë...OUI.....NON...

Q 74 Procidence du cordon...OUI.....NON

Q 75 Procidence des membres.....OUI.....NON....

Q 76 Hématome retroplacentaire.....OUI.... .NON....

Q 77 Placenta previae hémorragique...OUI NON.....

Q 78 Rupture utérine...OUI NON.....

.Q 79 Disproportion fœto-pelvienne...OUI..... NON

Q 80 Syndrome de pré rupture...OUI.....NON..

Q 81 Tête mal fléchie.....OUI.... .NON

Q 82. Présentation du front...OUI..... NON.

Q 83. Présentation de face en mento- sacré...OUI.....NON...

Q 84. Désunion de l'ancienne cicatrice ...OUI.....NON

Q 85. HTA.....OUI... NON.

Q 86. Eclampsie.....OUI.....NON...

Q 87 Durée du travail.....

a : inférieure à 12H b : supérieure à 12H c : supérieure à 24 H

MODALITE DE L'ACCOUCHEMENT.

Q 88 Voie basseOUI.....NON.....

Q 89. Ventouse.....OUI.....NON.....

Q 90. Forceps.....OUI.....NON...

Q 91 Césarienne prophylactique...OUI.....NON

Q 92. Césarienne d'urgence...OUI NON...

DELIVRANCE

Q 93. Durée : a : inférieure à 45 mn b : supérieure à 45 mn

Q 94. Placenta :

a : complet b : incomplet c : rétention placentaire

Q 95 Hémorragie

a : oui b :non

Q 96. Déchirure des parties molles.

a : périnée.oui non.....

b : coloui non.....

c : vagin..... oui non... .

PARAMETRES DU / DES NOUVEAU-NE(S)

1^{ER} NOUVEAU-NE

2^e NOUVEAU-NE

Q 97 Score d'Apgar 1^{ère} minute : .. **Q 97** Score d'Apgar 1^{ère} minute :....

a : inférieur à 7 b : supérieur à 7 a : inférieur à 7 b : supérieur à 7

Q 98 Score d'Apgar 5^{ème} minute... **Q 98** Score d'Apgar 5^{ème} minute...

a: inférieur à 7 b: supérieur à 7 a: inférieur à 7 b: supérieur à 7

Q 98 a Taille :.....cm.

Q 98 a Taille :.....cm.

Q 98 b Poids :.....g**Q 98 b Poids** :.....g**Q 98 c Sexe** :.....**Q 98 c Sexe** :.....

a : féminin b : masculin

a : féminin b : masculin

Q 98d malformé : oui... non... **Q 98d malformé** oui.... non....**Q 98e Mort né frais** oui... non... **Q 98e Mort né frais** oui... non...**Q98f Mort né macéré** oui.... non... **Q98f Mort né macéré** oui... non...**PARAMETRE DE LA MERE****Q99. Vivante** a : oui b : non**Q99a. Tension artérielle****Q 99b Etat de la conscience** a : bonne b : mauvais**Q99c Hémorragies** a : oui b : non**Q99d. Fièvre** a : oui b : non**Q 99e Transfusée** a : oui b : non**.Q99 f Transférée**

a : réanimation b : chirurgie c : médecine

Q 99g. Décédée.....a : oui b : non**Si décédée, cause du décès :****Q 99g 1. Hémorragie** : oui... non...**Q 99g 2. Hypertension artérielle** : oui... non...**Q 99g 3. Infection** : oui... non...**Si autre à préciser**.....**Moment du décès****Q 99g 4 Avant l'accouchement** : oui... non...**Q 99g 5 Au moment de l'accouchement** : oui... non...

Q 99g 6 Apres l'accouchement : oui... non...

à préciser enheures

PRONOSTIC DE LA MERE ET/OU DES NOUVEAU-NE(S) DANS LE POST PARTUM (20 jours)

MERE

Q 100 Vivante : Oui..... non.....

Si décédée, combien de jours dans le post partumjours

Q 100 a HTA persistant après l'accouchement oui..... non.....

Q 100 b Hémorragie oui..... non.....

Q 100c Fièvre oui..... non.....

Q 100 d Essoufflement oui..... non.....

Q 100 e Fistule vésico-vaginale oui..... non.....

Q 100 f Phlébite oui..... non.....

Q 100 g Syndrome de compression oui..... non.....

NOUVEAU-NE(S)

1^{er} NOUVEAU-NE

2^e NOUVEAU-NE

101 Vivant oui..... non.....

Vivant oui non

Si décédé à quel age en (.....jours)

Si décédé à quel age en (.....jours)

Cause du décès :

Cause du décès :

101a Souffrance fœtale oui..... non **101a** Souffrance fœtale oui...non...

101bInfection oui..... non..... **101b** Infection oui..... non.....

101cAsthénie/ hypotrophie oui.. non... **101c** Asthénie/ hypotrophie oui...n...

101d Fièvre oui..... non..... **101d** Fièvre oui..... non.....

101e Prématurité oui..... non..... **101e** Prématurité oui..... non.....

101f Troubles respiratoires oui..... non... **101f** Troubles respiratoires oui..... non.....

101g Ballonnement oui..... non..... **101g** Ballonnement oui..... non.....

101h Convulsion oui..... non..... **101h** Convulsion oui..... non.....

101i Ictère oui..... non..... **101i** Ictère oui..... non.....

101j Malformation Oui..... non..... **101j** Malformation Oui..... non.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KONE.

Prénom : Bocary Sidi.

Titre de la thèse : Grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako à propos de 182 cas en 2006.

Année universitaire : 2006-2007.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : MALI.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Gynéco-Obstétrique, Santé publique.

Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006. Elle a concerné 840 gestantes dont 182 présentaient une grossesse à risque soit 21,6%.

L'âge des gestantes variait entre 14 – 45 ans avec une moyenne de 30 ans.

Les gestantes référées ont dominé notre échantillon avec 65,9%.

Les principaux facteurs de risque étaient : la toxémie gravidique avec 21,9%, le paludisme avec 11%, les grossesses multiples avec 9,3%, l'âge maternel inférieur à 15 ans avec 7,1%.

L'accouchement a été réalisé par voie haute chez 16,4% des parturientes.

Aucun cas de décès maternel n'a été réalisé durant l'étude. La morbidité maternelle a dominé par la persistance de l'hypertension artérielle avec 60% des cas. 30% des nos nouveau-nés ont bénéficié d'une référence sur le service de pédiatrie.

La mort néonatale précoce due à la prématurité a été de 66,7%.

La mort néonatale tardive suite aux infections néo-natales a été de 29,4%.

MOTS CLES : grossesse à risque, consultation prénatale, mortalités maternelles et néonatales, morbidité maternelle.

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 leurs pères.

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

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

Je le jure !