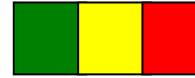


*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

MINISERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple Un but –Une foi



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

Année universitaire 2007-2008

Thèse N°.....

TITRE

**PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC
DES URGENCES OBSTETRIQUES A
L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO
DE MOPTI A PROPOS DE 281 CAS**

THESE

Présenté et soutenue publiquement le/...../2008.....

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

PAR

Mr SEKOU AMADOU CISSE

Pour Obtenir le Grade de Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : **Professeur DOLO AMADOU**
MEMBRE : **Professeur DIALLO ABDOULAYE**
CO-DIRECTEUR : **Docteur KANE FAMAKAN**
DIRECTEUR DE THESE: **Docteur MOUNKORO NIANI**

DEDICACES

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Je dédie ce travail

- **D'abord à DIEU le tout puissant et miséricordieux** de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

- A NOTRE PROPHETE MOHAMED

Salut et Paix sur Lui, à toute Sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père feu Oumar Cissé

C'est l'heure pour moi de me prosterner devant ta tombe et de te faire honneur. Comme tu auras aimé voire ce jour. Mais dommage, nul ne peut résister au temps puisse ce travail te donner satisfaction dans ta dernière demeure

A mes mamans : feue Fatoumata Bah dite Gogo; feue fatoumata cissé dite Waby ; Fatoumata Timbo dite Ata ; et Tacko

J'ai toujours trouvé auprès de vous amour, tendresse et compréhension.

Vous vous êtes toujours souciées de la réussite de tous les fils de la grande famille Cissé. Vos conseils m'ont servi de guide durant toutes ces années d'études, trouvez dans ce travail une récompense méritée et soyez assurées de ma reconnaissance et mon respect infini comme je l'ai toujours appris avec vous.

A mes tantes :

L'amour et l'attention particulière avec les quels vous m'aviez traité depuis mon enfance, resteront gravés dans ma petite mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder encore le plus longtemps que possible en vie et en bonne santé auprès de nous.

A mes oncles

En remerciement pour l'éducation dont j'ai bénéficié auprès de vous tous. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite, soyez assurés de ma reconnaissance et mon respect.

A mes frères, sœurs, nièces et neveux

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

A mes cousins, cousines, beaux frères et belles soeurs

Tous mes remerciements et encouragements à vous tous. Que le bon DIEU vous récompense.

A tous mes tuitaires

J'ai bénéficié auprès de vous tous : amour, tendresse, éducation et respect. Je vous remercie tous de m'avoir supporté lors de mon séjours auprès de chacun de vous tous, et de m'avoir traité pendant ce temps en : fils, frère et cousin. Soyez rassuré de ma reconnaissance et respect.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

A ma fiancée : Adiza Cissé

Les mots me manquent pour te qualifier. Je te demanderai tout simplement d'être courageuse, je prie le bon DIEU qui nous a guidé l'un vers l'autre ; d'éclairer le chemin que nous avons choisi de parcourir ensemble et je te dis merci pour ta patience.

Remerciements :

A Dr BOUBACAR DIALLO,

Directeur de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Pour m'avoir accepté dans votre structure pendant toute la période d'étude. Je ne saurais par de simples mots vous remercier pour tous les services rendus.

Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.

A tous les Médecins de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti

Pour vos conseils et l'enseignement théorique et pratique de qualité que j'ai bénéficié de vous dans la joie et dans le respect mutuel.

A tous les autres personnels de l'H S D de Mopti

Pour vos conseils et bonne collaboration pendant ce temps que nous avons eus a passé ensemble.

A Dr Django Djibo : chef de service adjoint d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré

Cher grand frère merci infiniment de m'avoir supporter et assister durant ces moments inoubliables de ma vie

A mes camarades de l'école fondamentale, du lycée et à tous mes amis

Je dis à vous tous merci infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie

A mes aînés de service

Dr Saye Moussa

Dr Guirou Boukary

Dr Coulibaly Adama

Dr Doumbia Oumar

Merci de vos conseils et votre bonne collaboration

A mes camarades et promotionnaires internes à Mopti

Dr Koné Mamadou

Dr Niangaly Sékou

Dr Kané Cheibou

Dr Souleymane Cissouma

Dr Dolo Kounindiou

Konaré Fousseny

Cissé Oumar

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Bocoum Bareima

Mariko Broulaye

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et bonne collaboration

Aux sages femmes, infirmières obstétriciennes, et matrones de toutes les structures sanitaires de la région de Mopti.

Aux Dr : Traoré Youssouf ; Tékété Ibrahima pour votre soutien

A L'AFRIQUE TOUTE ENTIERE

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A MON PAYS NATAL, LE MALI :

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction.

Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Pour la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié de vous.

A toutes les gestantes et parturientes de mon échantillon

D'avoir accepter et de répondre toutes les multiples questions que je leur ai adressé, dans le respect et la bonne collaboration.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DUJURY

Professeur AMADOU INGRE DOLO,

❖ **Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique, à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie**

❖ **Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier-universitaire (CHU) de Gabriel Touré,**

❖ **Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO),**

❖ **Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM).**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Que le tout puissant vous accorde, la santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de Gynécologie Obstétrique.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur ABDOULAYE DIALLO

❖ **MEDECIN COLONEL**

❖ **MAITRE DE CONFERENCE EN ANESTHESIE-
REANIMATION A LA FACULTE DE MEDECINE DE
PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

❖ **CHEF DE SERVICE D'ANESTHESIE-REANIMATION DU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE**

Honorable Maître, nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail malgré vos multiples occupations.

Veillez accepter cher maître nos sentiments de reconnaissance et de respect

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur KANE FAMAKAN

❖ GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

**❖ CHEF DE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE
DE L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

**❖ COORDINATEUR DU PROJET MERE-ENFANT DE LA VILLE
DE MOPTI**

Cher maître, ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des futurs bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour moi un grand frère adorable. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur MOUNKORO NIANI

**❖ ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE EN GYNECO-
OBSTETRIQUE A LA FACULTE DE MEDECINE DE
PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

**❖ GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE**

Cher maître vous me faites un grand honneur en me confiant ce travail
Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre
premier contact nous resterons toujours en mémoire.

Vos cours théoriques et pratiques resteront gravés dans nos mémoires.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AG = Anesthésie Générale

ALR = Anesthésie Locorégionale

ATCD = Antécédent.

BDCF = Bruits Du Cœur Fœtal

BGR = Bassin Généralement Rétréci.

CHU= Centre Hospitalier Universitaire

Cm = Centimètre.

CPN = Consultation Périnatale.

DFP = Disproportion Fœto-Pelvienne.

Dr = Docteur.

FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Gr = Gramme.

Hg = Mercure.

HGT = Hôpital Gabriel TOURE.

HNPG = Hôpital National du Point « G ».

HRP = Hématome Rétro Placentaire.

HRSD = Hôpital Régional Sominé DOLO

HTA = Hypertension Artérielle.

ICor = Intervalle de Confiance de l'Odds Ratio.

IIG = Intervalle Inter Génésique

J1= premier jumeau

J2= deuxième jumeau

IMSO = Incision Médiane Sous Ombilicale.

Kg = Kilogramme.

LA = Liquide Amniotique.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

LRT=Ligature et Résection des Trompes

MAP= Menace d'Accouchement Précoce

MDM = Médecins Du Monde

MSF = Médecins Sans Frontière

MFIU : Mort Fœtale In Utero.

Mm = Millimètre.

OR = Odds Ratio.

P = Probabilité.

PP = Placenta Prævia.

PPN = Petit Poids de Naissance.

RA = Rachianesthésie

RCIU = Retard de Croissance Intra Utérin.

RPM = Rupture Précoce des Membranes.

RU= Rupture Utérine

SFA = Souffrance Fœtale Aiguë.

SP = Sulfadoxine Pyriméthamine

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
OBJECTIFS:	3
GENERALITES :	4
METHODOLOGIE :	33
RESULTATS :	43
COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	68
CONCLUSION :	80
RECOMMANDATIONS :	82
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	84

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont de causes multiples et s'expriment par des tableaux cliniques divers qui ont en commun l'urgence thérapeutique.

Elles ont toujours posé des problèmes de santé dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur prévention que par leur prise en charge.

Les urgences obstétricales constituent un véritable problème de santé publique par leur fréquence élevée : DICKCO S **[19]** :7,01% à Kayes en 2001; DOUGNON F **[22]** :28,21% à l'hôpital national du point G.

Grâce au progrès de la technologie (notamment dans la surveillance de la grossesse et en anesthésie et réanimation) les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux; mais on peut toujours dire à l'heure actuelle que si l'accouchement n'est plus pour la femme << la grande aventure>>, le nouveau-né, lui, reste un rescapé de la naissance et surtout de la grossesse car trop d'inconnues subsistent encore. C'est à dire que l'Afrique qui n'a pas atteint ce stade de technicité paye un lourd tribut **[35]**.

Au Mali la mortalité maternelle est de 582 décès pour 100000 naissances vivantes **[EDS 2001]**.

L'OMS a estimé que chaque année dans le monde entier au moins plus d'un demi millions de femmes meurent suite aux complications obstétricales **[40]**. Ces mêmes sources affirment que 30% des décès se produisent en Afrique, contre 6000 décès enregistrés dans les pays développés par an.

Ces complications obstétricales justifient les nombreuses évacuations sanitaires d'une maternité vers un centre mieux équipé. Elles peuvent parfois être la conséquence d'une prise en charge insuffisante :

☞ Manque de moyens thérapeutiques

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

☞ Manque de personnels qualifiés

☞ Retard à l'évacuation.

Le Mali à l'instar des autres pays en voie développement n'échappe guère à ce phénomène crucial, mais les stratégies nationales valables en la matière sont insuffisantes et les seules données existantes sont en général d'origine hospitalière.

A Mopti aucune étude n'a été consacrée à ce sujet. C'est pour cela que nous avons initié le présent travail.

Pour le mener à bien, nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL

Evaluer la place des urgences obstétricales à l'hôpital régional Sominé
Dolo de Mopti

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales
- 2- Décrire le profil sociodémographique des patientes
- 3- Préciser la nature des urgences obstétricales
- 4- Déterminer le mode de prise en charge
- 5- Déterminer le pronostic maternel et foetal

GENERALITES

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des urgences obstétricales.

Les principales raisons évoquées sont :

L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence / évacuation ;

La mauvaise organisation des services ;

L'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel

Le sous équipements (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, absence d'unité de réanimation intensive etc....) au niveau de nos formations sanitaires ;

Les difficultés d'accessibilité géographique et financière.

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

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que foetal réservé.

La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme.

Les urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et le pré éclampsie.

I - PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de **28** semaines d'aménorrhée (SA) [35].

Un accouchement avant 37 S A est dit prématuré.

- L'accouchement naturel est celui qui se déroule sous l'effet de la seule physiologie
- L'accouchement dirigé : encore appelé l'accouchement médical ; on y intervient pour corriger une anomalie afin de le maintenir dans son cadre évolutif .On peut faire appel pour cela à trois types d'interventions :
 - <La rupture des membranes
 - <L'oxygénation
 - < La thérapeutique médicamenteuse.

Le but de l'accouchement dirigé est aussi celui d'abrèger la durée de l'accouchement naturel afin de prévenir certaines complications qui pourraient survenir et /ou de diminuer l'intensité des phénomènes douloureux

- L'accouchement artificiel : est celui qui se termine grâce à une intervention.
- L'accouchement provoqué est celui qui est induit par une thérapeutique, l'indication est une pathologie

I-1 Déroulement de l'accouchement :

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active ; les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

I-1-1 Phénomène dynamique :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; les œstrogènes augmentent le potentiel des membranes et la progestérone a un effet contraire aux œstrogènes. Les contractions utérines ont pour effet [35] :

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

I- 1-2- Phénomène mécanique :

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

Le bassin osseux se compose de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire à l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et diamètre transverse médian.

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

I-2 Le travail d'accouchement

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et entraînant une modification du col (raccourcissement et ouverture).

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique arrêtera les contractions d'un faux travail.

L'accouchement normal est divisé en 3 périodes :

- ❖ **1^{ère} Période** : ou période du travail : Elle va du début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare. C'est la période d'effacement et de dilatation.
- ❖ **2^{ème} Période** : Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus : c'est la période d'expulsion.

Présentation céphalique

- la tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur
- La tête fœtale en descendant décrit une rotation intra pelvienne pour orienter son plus grand axe du bassin.
- Les différentes variétés :

OIGA : (Occipital Iliaque Gauche Antérieur)

OIDP : (Occipital Iliaque Droite Postérieur)

OIDA : (Occipital Iliaque Droit Antérieur)

OIGP : (Occipital Iliaque Gauche Postérieur)

- la tête se dégage de la vulve, puis les épaules, puis le corps

- Durée d'expulsion: 30 minutes pour une primipare et 15 minutes pour une multipare.

❖ **3^{ème} Période** : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

- Rémission: C'est le repos physiologique (contraction indolore)
- Phase de migration du placenta (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse)
- Phase d'expulsion du placenta et des membranes (sort par la face lisse), et c'est une hémorragie de 300 à 500cm³.
- Il faut surveiller l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (globe de sécurité), l'absence d'hémorragie (sinon révision utérine aux doigts ou curette)

Il faut surveiller la TA et la fréquence cardiaque, la température, la coloration, l'importance des saignements, la bonne rétraction de l'utérus.

La parturiente reste allongée et pourra regagner sa chambre dans les 1 à 2 heures.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet :

- de réduire la durée du travail
- de corriger certaines anomalies mineurs dès leur apparition
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- de faire le pronostic qui prend en compte:

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

- **Pronostic mécanique** : Il est basé sur l'étude du bassin et le volume du fœtus dont l'échographie sera d'un secours appréciable, il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

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

- **Pronostic fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à l'intervalle régulier par la même personne sur un partogramme.

II- LE PARTOGRAMME :

-1 Définition :

L'OMS donne du partogramme la définition suivante :

(Enregistrement graphique de la progression du travail d'accouchement et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus)

La revue de la littérature et l'analyse des pratiques par les professionnels concernés font apparaître que le partogramme peut se définir comme étant :

- Le schéma de la progression du travail d'accouchement ;
- La synthèse des éléments de surveillance maternelle et fœtale durant le travail ;
- Un outil d'aide à la décision et à la communication pour les professionnels
- Un document medico légal;
- Un support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques.

IL permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant empêcher le déroulement normal de l'accouchement.

Le partogramme concerne le travail d'accouchement, de la délivrance et des suites de couches immédiates.

2 Description et remplissage du partogramme

Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinctes :

- ❖ la phase de latence qui va jusqu'à 4cm ;
- ❖ la phase active (à partir de 4cm jusqu'à la dilatation complète).

Le remplissage du tracé :

Il consiste à placer les points de la dilatation et aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes (tensions artérielles, rythme cardiaque fœtal, fréquence des

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

contractions, état de la poche des eaux, engagement de la présentation et les soins prodigués à la parturiente).

2-1 **En phase de latence :**

Le premier point se place toujours à la jonction des lignes.

Un carreau correspond à 2 heures.

La phase de latence ne doit pas dépasser 8 heures.

2-2 **En phase active :**

Deux lignes obliques déterminent trois zones qui sont :

La première est la ligne d'alerte ;

La deuxième est la ligne d'action ;

❖ La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone d'évolution normale du travail.

❖ La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte ;

❖ La zone à droite de la ligne d'action est la zone d'action.

La dilatation normale est de 1cm par heure en moyenne

Un carreau représente une heure d'évolution.

L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Quand le tracé devient anormal, la courbe s'horizontalise. Si elle franchit la ligne d'alerte, on rentre dans la zone d'alerte, il faut en ce moment réagir en fonction des moyens dont dispose la formation sanitaire où l'on se trouve.

Si la courbe franchit la zone d'alerte, on rentre dans la zone d'action il faut agir.

Elle dure 8 heures, pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre 10cm (dilatation complète). Lorsque le tracé du partogramme atteint la ligne d'alerte il peut s'agir soit d'un obstacle praevia soit de la brièveté du cordon soit d'un excès du volume foetal auquel on doit prêter attention ou d'une mauvaise contraction utérine.

L'obstétricien << aux mains nues >> selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques **(12)**.

2-3 Les éléments de surveillance du travail d'accouchement

- **Les contractions utérines** : une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition des contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers.

Elles sont involontaires. La femme les subit et ne peut les empêcher. Toutefois certains états émotionnels peuvent les inhiber provisoirement.

Elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes), puis de plus en plus court (2 ou 3 minutes à la fin de la période de dilatation).

Elles sont progressives dans leur durée, qui de 15 à 20 secondes au début, atteignent 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité, qui croît du début à la fin de la dilatation.

Elles sont totales, se propageant comme une onde au fond de l'utérus à sa partie basse.

Elles sont douloureuses .on dit parfois que la douleur n'est que le fruit de la civilisation qu'en fait la contraction devrait être indolore c'est aller très loin .Le vrai c'est d'abord que la douleur ne commence qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de la contraction ; elle disparaît complètement dans l'intervalle des contractions ; c'est ensuite que la perception douloureuse subit des variations individuelles considérables en rapport avec l'état psychique de la parturiente. Elle augmente avec la crainte et l'angoisse.

Elle est dominée parfois complètement, par un bon équilibre psychique (v. préparation à la naissance, p.475).

Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Son siège

est en général abdominal et pelvien, parfois lombaire au début du travail.

- Les modifications du col

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

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

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale (14).

- L'évolution de la présentation.

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

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

- L'état du fœtus.

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

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

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

III- LES PATHOLOGIES OBSTETRIQUES :

1- Les DYSTOCIES

La dystocie du grec << dystakos >> désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées-en :

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

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

1-1 LES DYSTOCIES D'ORIGINE FOETALE :

1-1-1 La disproportion foeto-pelvienne :

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

Selon Delecour M. une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie (14). La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne (14).

1-1-2 Les présentations dystociques :

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

- La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est

classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour M. (14), 18% au centre de Foch.

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

- La présentation de la face :

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

- La présentation du front :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne.

- La présentation transversale et oblique :

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

1-2- Dystocies d'origine maternelle :

1-2-1 La dystocie dynamique :

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

- d'une anomalie par excès de la contractibilité utérine ou hypercinésie.

- d'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypokinésie
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractibilité utérine apparemment normale.

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

1-2-2 Bassins pathologiques :

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

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

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

Pour un enfant de poids normal si :

- . Le promonto- rétro pubien à moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.
- . Le promonto-retro pubien est entre 8 – 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

- o La femme doit être en travail
- o Le col dilaté (3 à 4cm)

- o La présentation doit être céphalique.

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

L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne.

Les dystocies peuvent être responsables :

➤ Chez la mère de :

- Rupture utérine
- Hémorragie de la délivrance
- Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

< Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale
- Mort fœtale *in utero*
- Mortalité néonatale précoce

2 La Procidence du cordon :

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

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

3- La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial.

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

4 - LES HEMORRAGIES :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels [8]. Les étiologies des hémorragies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

4-1- La rupture utérine :

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

Urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés qui disposent des moyens de surveillance perfectionnés du travail d'accouchement, des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées.

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

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

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

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

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue, accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient le plus souvent chez une multipare relativement âgée. C'est l'intervention de sécurité dans certains cas.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (conservation des ovaires), une intervention conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésion de voisinage, intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle

4-2 L'hématome Rétro Placentaire : H.R.P

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

La cause de l'hématome rétro - placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la pré éclampsie, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H.R.P.:

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant à confusion avec le placenta praevia.
- Les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Les formes latentes peuvent passer inaperçues, les signes cliniques étant discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.
- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

- troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.
- de nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.
- thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'H.R.P il faut :

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

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

4-3 Le Placenta *praevia* Hémorragique :

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

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne lieu à des accidents hémorragiques très souvent redoutables.

Anatomiquement nous avons trois variétés de P.P :

- ☞ la variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col
- ☞ la variété marginale : il arrive au bord supérieur du canal cervical
- ☞ la variété centrale : il recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous en distinguons deux types :

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

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

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

Le cas du placenta central est particulier : il donne des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un

accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive.

4-4 L'hémorragie de la délivrance :

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

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

5 L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET SES COMPLICATIONS :

5-1- LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE ECLAMPSIE :

La société Internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse défini en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm de mercure et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure. Cette mesure des chiffres doit être réalisée dans un certain nombre de conditions :

- .Au repos et aux deux bras;
 - .Brassard adapté à la corpulence de la femme;
 - .En position demi- assise et si la tension est élevée il faut la vérifier en décubitus latéral gauche.
- La protéinurie se défini comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 2 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

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

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

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

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- ☞ mettre la patiente au repos.
- ☞ donner du sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utéro-placentaire.
- ☞ donner de la dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance.
- ☞ hospitaliser la patiente en cas de complications.

5-2 L'ECLAMPSIE :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement des suites de couches.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

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

- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la Dihydralazine ou la clonidine et les diurétiques.

⇒ Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta : J.MILLIEZ [33].

6 -LE PALUDISME AU COURS DE LA GROSSESSE:

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis plus de 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravido-puerpérale et des nouveau-nés.

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente. Une chimioprophylaxie correcte est donc indispensable.

- La grossesse aggrave le paludisme:

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès perniciose mortels que la femme non enceinte.

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

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

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

- Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et les suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes).

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

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par une aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : CORREA P. et Coll. (13)

- **le traitement du paludisme**: il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage trans-placentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

➤ **Le traitement curatif :**

- Le traitement médical : consiste à l'administration d'antipalustres : les sels de quinine, les dérivés phénoliques (quinimax).

- Le traitement obstétrical :

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

- Au cours du dernier trimestre :

- la femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtale s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.

- la femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

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

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

➤ **Le traitement préventif :**

- Protection contre les piqûres de moustiques par exemple l'usage de moustiquaires imprégnés

- Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravidique.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

- Sulfadoxine pyréméthamine (SP) = 3 CP en prise unique à la 16^e SA de la grossesse et à renouveler cette dose à la 28^e SA.

- La vaccine préventive : pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zones d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti-palustre.

IV THERAPEUTIQUES OBSTETRIQUES :

1 La césarienne :

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

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

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée :

Les principales indications sont :

- ✓ Les bassins généralement rétrécis
- ✓ Le placenta praevia hémorragique
- ✓ Les présentations dystociques
- ✓ L'éclampsie et la toxémie gravidique
- ✓ L'hématome rétro placentaire

Nous avons d'autres indications :

- ✓ La procidence du cordon
- ✓ Disproportion foeto-pelvienne
- ✓ L'excès du volume fœtal
- ✓ Utérus cicatriciel plus bassin limite
- ✓ Les bassins asymétriques
- ✓ La souffrance fœtale

2 Le Forceps :

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

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

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

3 La ventouse [34] :

La ventouse obstétricale encore appelée *vacum extractor* est un instrument comme le forceps et les spatules qui permet d'aider la femme à accoucher par les voies naturelles

C'est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite.

Elle présente donc des caractéristiques communes aux instruments d'extraction permettant de saisir la tête du fœtus et de la faire progresser vers l'extérieur en lui faisant suivre les axes du pelvis avec flexion, rotation, déflexion.

Il est impératif de connaître parfaitement l'ensemble des forces qui s'appliquent sur et à l'intérieur du trio fœtus- instrument- pelvis sous l'action de l'opérateur.

4 Quelques manœuvres Obstétricales :

❖ La manœuvre de MAURICEAU :

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

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend

de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

❖ **La manœuvre BRACHT :**

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

❖ **La grande extraction du Siège :**

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

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

- **2^{ème} Temps :** L'accouchement du Siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

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

En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

- **3^{ème} Temps** : Accouchement des épaules.

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

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

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

- **4^{ème} Temps** : Accouchement de la tête dernière.

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

III METHODOLOGIE

1 CADRE D'ETUDE

1-1. LA REGION DE MOPTI :

1- 1-1. Caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79 017 km², est la 5^{ème} région administrative du Mali. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro – écologiques, qui sont:

La zone exondée, située en grande partie à l'Est et comprenant les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la plaine.

La zone inondée ou delta intérieur du Niger, est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenekou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 1 540 899 habitants, soit plus de 15% de la population totale et la plupart des ethnies y sont représentées : 26% de Bambara, 23% de Peulhs et Rimaïbé, 18% de Songhaï, 11% de Bozo, 9% de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,20%. Près de 50% de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage. L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger. Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose, en effet,

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné avec sa grande Mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En termes d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose d'atouts importants: le réseau routier est bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles à l'exception de Youwarou disposent de radios rurales FM. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et 3 fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et mises en place depuis 1999 avec la politique de décentralisation du Mali.

1-1-2. La ville de Mopti :

De façon générale la région est considérée comme parmi les plus pauvres du Mali. Il a été estimé en 1994 que le revenu annuel moyen par an par habitant était de 56 672 FCFA, niveau inférieur de moitié à la moyenne nationale (120 874 FCFA). En 1998, l'indice de développement humain de la région de Mopti est le plus bas du Mali.

Mopti est la quatrième ville du pays avec le nombre d'habitants qui s'élève à 113005 derrière Bamako le district ; Ségou ; Sikasso avec respectivement 930960 habitants ; 171630 habitants ; 122570 habitants [DNSI 1998]. La densité de la population est de plus de 400 habitants par km², regroupée en grande partie sur la berge du fleuve Niger qui est surpeuplée et très insalubre.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

La commune de Mopti est divisée en deux parties, Mopti ville (78 000 habitants) au bord du fleuve et Sevaré (14 500 habitants), quartier de Mopti situé à 13 kilomètres de Mopti, sur l'axe Bamako- Mopti- Gao.

La configuration géographique de Mopti par rapport à son quartier de Sevaré n'est pas sans importance : Mopti est au bout d'une digue de 15 km localisée au bord du fleuve, sur un axe perpendiculaire à la route bitumée qui va de Sevaré à Gao. Cette configuration géographique de la ville de Mopti va justifier, outre les considérations relatives à l'expansion du quartier de Sevaré, tant du point de vue démographique que sociologique et économique, le choix de la localisation à Sevaré du futur hôpital régional de la région de Mopti

1-2 DESCRIPTION DE L'ETAT ACTUEL DE L'HOPITAL REGIONAL DE MOPTI

1-2-1. L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI :

1-2-1-1 La situation

L'hôpital de Mopti baptisé hôpital **SOMINE DOLO le 1^{er} Mai 1995**, est excentré par rapport au cœur de la ville et des activités à forte densité de population. Situé dans une zone administrative, son accessibilité est rendue difficile par l'unique accès que constitue la route à double sens mais d'une largeur insuffisante pour permettre le croisement de deux véhicules. Celle-ci est construite sur la levée en bordure du fleuve longée de grands arbres.

1-2-1-2 Le terrain

L'hôpital est bâti sur un terrain d'une superficie totale de 2,9 hectares situé dans une zone inondable au bord du fleuve Niger. Le terrain est divisé en 4 zones fonctionnelles distinctes. Les parties Nord et Sud sont réservées aux logements d'astreinte (le logement du chirurgien au nord et ceux du directeur et du gynécologue-obstétricien au Sud) ; la

partie Est constitue la réserve foncière non viabilisée (cette partie est un bas fond à -1,5 m du niveau du sol de la partie construite de l'hôpital). La partie centrale Ouest est occupée par les services techniques de l'hôpital. La partie viabilisée du terrain est sécurisée au Nord, Sud et Ouest par un mur et à l'Est par un grillage. La partie non viabilisée est plantée d'arbres.

L'hôpital dispose d'une adduction d'eau de la ville et d'un château d'eau hors d'usage. Il possède un branchement électrique de l'Energie du Mali (EDM) et dispose d'un groupe électrogène de 82 KVA.

1-2-1-3. Les bâtiments

Les bâtiments sont construits sur un remblai de 2 mètres d'épaisseur et occupent plus de la moitié du terrain sur la partie avant (du côté de l'entrée de l'hôpital). La partie arrière du terrain est inondable sur plus du tiers de sa superficie (soit environ 1 hectare).

Les différents services de l'hôpital sont répartis dans des bâtiments de type pavillonnaire à rez-de-chaussée ou à un étage, le bloc technique occupant une position centrale.

L'hôpital a fait l'objet de travaux ponctuels d'amélioration et d'extensions successives au gré des financements disponibles. Il a fait l'objet d'une rénovation en 1986 par *Médecins du Monde* qui a modifié la distribution intérieure des locaux. Elle a concerné principalement la disposition actuelle de l'hospitalisation, la création de bureaux dans le pavillon de chirurgie et gynéco-obstétrique le morcellement du bloc technique. Au cours des dernières années, les investissements en terme d'infrastructures ont été limités. Toute fois, des travaux de réaménagement du bloc opératoire, du service d'ophtalmologie et des urgences ont été effectués de 2001 à 2003 par MSF et MDM.

L'hôpital est constitué de 4 bâtiments principaux qui sont :

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

- Le pavillon de médecine/pédiatrie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 430 m² comprenant :
 - Les salles d'hospitalisation de médecine et de pédiatrie,
 - Le service d'ophtalmologie,
 - Le bureau de consultation de la pédiatrie
 - Le bureau de consultation médicale
 - Le bureau pour le counseling,
 - La salle de garde et de soins,
 - Des toilettes à l'étage,
 - Les salles de garde des chauffeurs et du personnel de surface,

- Le pavillon de chirurgie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 390 m² comprend :
 - Des salles d'hospitalisation de la chirurgie générale et de la gynéco-obstétrique,
 - La salle de garde des sages femmes
 - le bureau du gynécologue obstétricien
 - le bureau du chirurgien,
 - le bureau des anesthésistes,
 - le bureau du surveillant général,
 - Le bureau du surveillant de la chirurgie,
 - la salle de pansement,
 - des toilettes à l'étage

- Le bloc technique sur un niveau d'une surface utile d'environ 350 m² comprenant :

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

- Le bloc opératoire (deux salles d'opérations : une septique, une aseptique),
- la salle d'accouchement avec une seule table d'accouchement un lit, trois boites d'accouchement, deux boites d'épisiotomie une boite de forceps comprenant deux paires ; et la solution de décontamination.
- La salle réservée aux soins intensifs,
- La salle de garde des infirmiers du bloc opératoire
- Le laboratoire,
- La radiologie,
- Le cabinet dentaire

La salle de réanimation

➤ A l'ouest sur une surface totale utile de 255 m² :

- La salle de télé médecine
- le bureau de consultation médicale
- le bureau de la comptabilité
- le bureau de consultation chirurgicale
- le bureau des entrées
- la salle des urgences (1 salle de soins et 1 salle de garde).

.La salle des agents de sécurité et la toilette

Ces bâtiments de type colonial, construits dans les années 50, présentent tous d'importantes fissures, avec des infiltrations d'eau au niveau de la toiture pendant l'hivernage. Ceci entraîne des suintements d'eau de pluie partout dans l'hôpital notamment au bloc opératoire et au cabinet dentaire. Le travail devient ainsi inconfortable.

Toutefois, construits sur du remblai, certains murs de séparation des locaux, notamment dans le bloc technique, présentent des fissures importantes. Bien que ces désordres ne mettent pas en cause la stabilité des ouvrages, leur réhabilitation future nécessitera la reprise et le renforcement des bétons de formes et des dallages.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

De nombreuses traces d'infiltration d'eau sont visibles au niveau des toitures et le doublage récent de celles-ci par des petites dalles en ciment qui évite l'ensoleillement ne résout pas le défaut d'étanchéité. Des infiltrations sont également présentes au niveau des planchers des blocs sanitaires complètement délabrés et inutilisables à l'étage (médecine et chirurgie) et rendent les locaux sous-jacents insalubres. Ainsi la seconde œuvre devra être revue dans son ensemble, notamment en ce qui concerne l'électricité et la plomberie. Ces bâtiments devront être maintenus et transformés dans tout projet de réaffectation et de restructuration.

L'hôpital est constitué de bâtiments secondaires à rez-de-chaussée, de construction plus récente, de moindre importance par leur taille ou l'intérêt de leur structure, et qui constituent des services complémentaires et les services généraux.

Ce sont :

- le bâtiment administratif d'une surface totale utile de 55 m² abritant la direction, la salle d'échographie et sa toilette. Le bâtiment abritant la buanderie, la pharmacie et la cuisine d'une surface totale utile de 255 m².
- le bâtiment abritant le bureau de consultation de MDM pour les fistules uro-génitales et la morgue d'une surface totale d'environ 120 m²
- les auvents abritant les cuisines des accompagnants d'une surface totale d'environ 60 m²
- les hangars abritant les accompagnants d'une surface totale d'environ 300 m² ainsi que des blocs de latrines.

Ces bâtiments disséminés sur le pourtour des pavillons et du bloc technique pourront être réhabilités et réaménagés. En dehors des infrastructures de l'hôpital, les 3 logements de fonctions d'une surface totale d'environ 355 m² nécessitent également des rénovations.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Les infrastructures de l'hôpital de Sominé Dolo à Mopti représentent au total une surface utile d'environ 2850 m² pour une surface hors œuvre d'environ 3 225 m².

1-2-2 Fonctionnement du service de Gynéco- obstétrique :

Le service de Gynéco-obstétrique a cinq jours de consultation externe et un jour d'activité chirurgicale par semaine. La visite des malades hospitalisées dans les locaux du service de chirurgie a lieu tous les jours ouvrables.

Les activités sont assurées par deux gynécologues obstétriciens dont un malien (le chef de service) et une cubaine.

Cinq (5) thésards.

Une (1) sage femme recrutée dans le cadre du fond P. P. T. E (pays pauvre très endetté)

La garde est assurée par un gynéco-obstétricien un thésard plus la sage femme qui a un rythme d'un jour sur trois.

2 TYPE D'ETUDE

Notre travail est une étude d'observation de type prospective ayant porté sur 281 cas.

3 PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée du 1er Janvier 2006 au 31 Décembre 2006, soit une période de 12 mois.

4 POPULATION D'ETUDE

Notre étude a porté sur toutes les femmes enceintes et/ou ayant accouché et qui ont été admises à l'hôpital pour urgence obstétricale et ayant bénéficié une prise en charge

5- ECHANTILLON

1- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude :

❖ Toutes les femmes admises en urgence référées ou non à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pour un problème obstétrical et ayant bénéficié une prise en charge

2- Critères de non inclusion

Non pas été inclus dans l'étude :

- ❖ Les femmes admises à l'hôpital pour un problème non obstétrical;
- ❖ Les gestantes et /ou les parturientes dont la lecture du dossier ne révèle aucune information sur le caractère urgent de la pathologie obstétricale ;
- ❖ Les gestantes admises pour une intervention obstétricale programmée ;
- ❖ Les décès constatés à l'arrivée.

6 COLLECTE DES DONNEES

6-1 Support et technique de collecte des données

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers obstétricaux, des dossiers d'urgence, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire ; ensuite par consignations des informations sur la fiche d'enquête correspondante.

6-2 Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel EPI INFO 6, et analysées sur le même logiciel. Pour le calcul de distribution nous avons utilisé le test statistique CHI carré ; valeur de significativité de $P=0,05$.

IV-RESULTATS

1°) La fréquence :

Dans notre étude nous avons colligé 281 dossiers d'urgences obstétricales sur un total 995 accouchements en 12 mois. Ainsi notre fréquence est de **28,24%**.

2°) Les caractéristiques sociodémographiques:

2-1. ETHNIE

TABLEAU I : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETHNIE

ETHNIE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE (%)
Peulh	93	33.1
Dogon	44	15.66
Bambara	25	8.89
Bozo	53	18.87
Sonrhai	29	10.32
Sarakolé	19	6.76
Malinké	4	1.42
Sénoufo	5	1.78
Autres	9	3.2
TOTAL	281	100

Autres: Bobo (2) ; Mianka(2) ;Tamachek(3) ;Mossi(2)

2-2. AGE

TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE

AGE (ANNEE)	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
≤ 19	31	11.03
20 -24	80	28.47
25-29	90	32.03
30-34	70	24.91
≥ 35	10	3.56
TOTAL	281	100

L'âge moyen est de 26 ans ; les extrêmes sont 14 et 45 ans.

2-3 GESTITE

TABLEAU III : REPARTITION SELON LA GESTITE

GESTITE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
1	82	29.2
2 et 3	75	26.7
4 et 5	53	18.9
≥ 6	71	25.26
TOTAL	281	100

TABLEAU IV : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PARITE

PARITE	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
0	84	29.9
1	44	15.7
2 et 3	71	25.3
4 et 5	36	12.8
≥ 6	46	16.4
TOTAL	281	100

2-4. NOMBRE D ENFANTS VIVANTS

**TABLEAU V : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NOMBRE
D'ENFANT VIVANT**

NOMBRE D'ENFANT	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
0	117	41.64
1	38	13.52
2 à 3	80	28.47
4 à 5	32	11.39
≥ 6	14	5
TOTAL	281	100

2-7. ANTECEDENTS MEDICAUX

**TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTES SELON
L'ANTECEDENT MEDICAL (ATCD ME)**

ATCD ME	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
HTA	11	50
Diabète	1	4.55
IC	5	22.72
Asthme	3	13.64
Drépanocytose	2	9.09
TOTAL	22	100%

2-8 ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

TABLEAU VII : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ANTECEDENT CHIRURGICAL (ATCD CH)

ATCD CH	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Césarienne	32	80
Kystectomie	1	2.5
Cure de FVV	5	12.5
Laparotomie pour RU	2	5
TOTAL	40	100

32 patientes avaient comme antécédent chirurgical, la césarienne dont 3 cas d'utérus bicatriciel.

2-9. STATUT MATRIMONIAL

TABLEAU VIII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE STATUT MATRIMONIAL

STATUT	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
MATRIMONIAL		
Mariée	270	96.1
Célibataire	10	3.6
Divorcée	1	0.4
TOTAL	281	100

2-10. PROVENANCE

TABLEAU IX : REPARTITION SELON LA PROVENANCE

PROVENANCE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE en %
Mopti ville	143	50.89
Autres localités du cercle de Mopti	112	39.86
Bandiagara	4	1.42
Bankass	6	2.14
Djenné	3	1.07
Douentza	2	0.71
Koro	1	0.35
Ténenkou	6	2.13
Youwarou	4	1.42
TOTAL	281	100

2-11. PROFESSION DE LA FEMME

TABLEAU X : REPARTITION SELON LA PROFESSION DE LA FEMME

PROFESSION	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Ménagère	266	94.7
Elèves/Étudiantes	4	1.4
Commerçantes	2	0.7
Fonctionnaires	5	1.8
Aide ménagères	1	0.4
Vendeuses	3	1
TOTAL	281	100

2-12. NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES

TABLEAU XI : REPARTITION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Non Scolarisée	165	58.72
Primaire	76	27.05
Secondaire	10	3.56
Ecole coranique	30	10.67
TOTAL	281	100

2-13. PROFESSION DU PROCREATEUR

TABLEAU XII : REPARTITION SELON LA PROFESSION DU PROCREATEUR

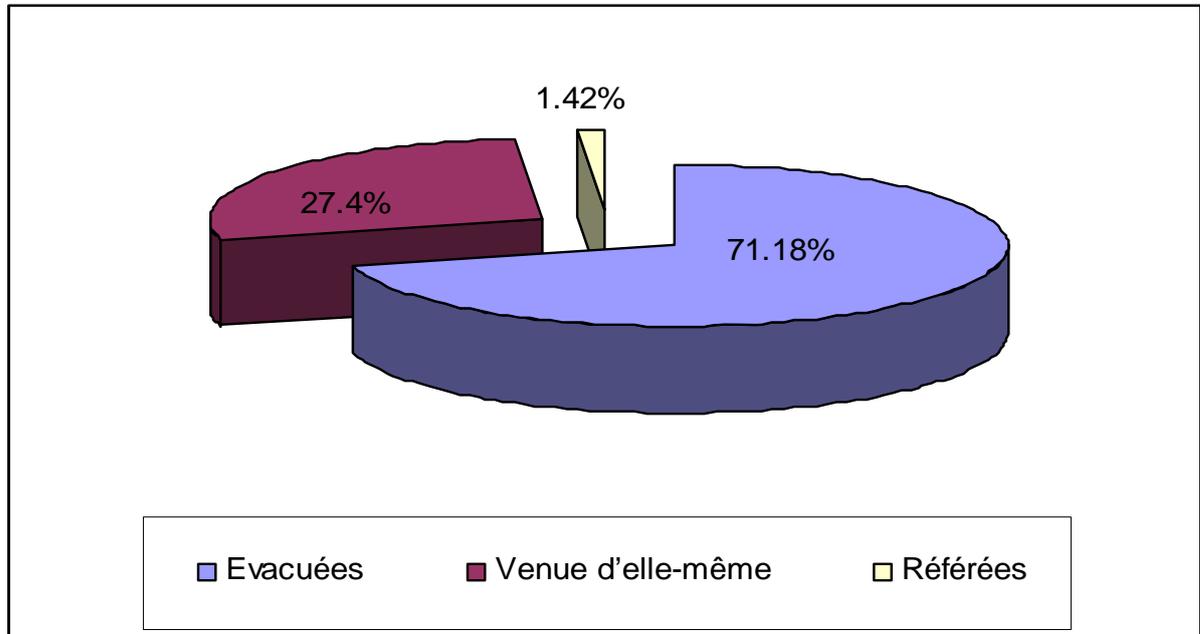
PROFESSION	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Pêcheur	30	10.68
Eleveur /Berger	28	9.96
Cultivateur	67	23.84
Commerçant	76	27.04
Fonctionnaire	14	4.98
Ouvrier	37	13.17
Autres	29	10.32
TOTAL	281	100

Ouvriers: (Soudeurs, Tailleurs, Maçon Menuisier)Autres:
Chauffeur(12), Marabout (10) et Elèves /Etudiants (7)

3°) ADMISSION

3-1. MODE D'ADMISSION

Figure 1: REPARTITION SELON LE MODE D'ADMISSION



3-2. MODE DE REFERENCE /EVACUATION

TABLEAU XIII : REPARTITION DES PATIENTES EVACUEES/REFEREES SELON LES STRUCTURES DE PROVENANCE

Origine de la REFERENCE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
CSCOM	126	61,76
CSRef MOPTI	69	33,82
CSC	8	3,92
CLINIQUE PRIVEE	1	0.50
TOTAL	204	100%

**TABLEAU XIV : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOTIF
 DE REFERENCE /EVACUATION**

MOTIF	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
Dystocies	20	9.80
H R P	32	15.69
PP	63	30.88
Eclampsie+Pré-Eclampsie	33	16.18
S F A	18	8.82
Hémorragie de la Délivrance	5	2.45
Rupture utérine	4	1.96
M A P	3	1.47
Non précisé	26	12.74
TOTAL	204	100%

**TABLEAU XV: REPARTITION DES PATIENTES SELON LE
 SUPPORT DE REFERENCE/EVACUATION**

SUPPORT	FREQUENCE	FREQ.RELATIVE
Partogramme	37	18,14
Fiche +parto	158	77,45
Lettre	2	0,98
Sans document	7	3,43
TOTAL	204	100

3-3. CARACTERISTIQUES GENERALES:

3-3-1. L'ETAT GENERAL A L'ADMISSION

TABLEAU XVI : REPARTITION SELON L'ETAT GENERAL A L'ADMISSION

ETAT GENERAL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Bon	198	70.47
Passable	69	24.55
Mauvais	14	4,98
TOTAL	281	100

3-3-2. LA TAILLE

TABLEUA XVII : REPARTITION SELON LA TAILLE

TAILLE (cm)	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
◀ à 150	36	12.81
≥ 150	245	87.19
TOTAL	281	100

La taille moyenne est de 165cm avec des extrêmes 132 cm et 176 cm.

3-3-3.INDICATION DE L'URGENCE OBSTETRIQUE

TABLEAU XVIII: REPARTITION DES PATIENTES SELON LE DIAGNOSTIC RETENU A L'ADMISSION

URGENCE OBSTETRIQUE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
SFA	35	12.45
Rupture +Pré Rupture	33	11.74
PPH	26	9.25
Hémorragie Délivrance	8	2.85
Présentation vicieuse	30	10.67
Dystocie Dynamique	30	10.67
Dystocie Mécanique	21	7.47
HTA et complications	40	14.23
Procidence cordon battant	9	3.20
HRP	23	8.19
Anémie décompensée	7	2.49
Paludisme et grossesse	9	3.20
M.A.P	10	3.56
TOTAL	281	100

TABLEAU XIX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE TAUX D'HEMOGLOBINE EN URGENCE

Taux d'hb en urgence	Effectif	FREQ.RELATIVE
(7-10,5) g/dl	112	39,86
► 10,5 g/dl	89	31,67
◄ 7g/dl	80	28,47
TOTAL	281	100%

A noter que 48,4% de nos patientes n'étaient pas groupés à l'admission soit 136.

3-4. CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES

3-4-1. LE SUIVI PRENATAL

TABLEAU XX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE SUIVI PRENATAL

CONSULTATION PRENATALE	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
0	104	37.01
1-2	52	18.51
≥ 3	125	44.48
TOTAL	281	100

3-4-2. QUALIFICATION DES PRESTATAIRES DE C.P.N

TABLEAU XXI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA QUALIFICATION DES PRESTATAIRES DE CPN

QUALIFICATION DES PRESTATAIRES DE C.P.N	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Sage femme	117	66.10
Infirmière obstétricienne	24	13.56
Matrone	26	14.69
Interne	6	3.39
Gynécologue obstétricien	4	2.26
TOTAL	177	100

3-4-3 TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETAT OBSTETRICAL

ETAT OBSTETRICAL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
EN TRAVAIL	266	94,66
ACCOUCHEES	8	2,85
NON EN TRAVAIL	7	2,49
TOTAL	281	100

3-4-4. ETAT DU COL

**TABLEAU XXIII : REPARTITION DES PATIENTES EN TRAVAIL
SELON L'ETAT DE DILATATION DU COL**

DILATATION DU COL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Complète	93	34.96
Incomplète	173	65,04
TOTAL	266	100

3-4-5. ETAT DE LA POCHE DES EAUX A L'ADMISSION

**TABLEAU XXIV : REPARTITION DES PATIENTES EN TRAVAIL
SELON L'ETAT DE LA POCHE DES EAUX A L'ADMISSION**

ETAT POCHE DES EAUX	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Poche des eaux rompues	196	73.68
Poche des eaux intactes	70	26.32
TOTAL	266	100

3-4-6. ETAT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

**TABLEAU XXV : REPARTITION DES PATIENTES EN TRAVAIL
SELON LA NATURE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE A L'ADMISSION**

NATURE	DU	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
L.A			
Clair		77	28,94
Méconial		133	50
Hématique		36	13,53
Purulent		20	7,52
TOTAL		266	100

3-4-7. ETAT DU BASSIN

**TABLEAU XXVI : REPARTITION DES PATIENTES EN TRAVAIL
SELON L'ETAT CLINIQUE DU BASSIN**

ETAT DU BASSIN	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Bassin Normal	245	92,10
Bassin Gén. Rétréci	13	4,89
Bassin Limite	7	2,63
Bassin Asymétrique	1	0,38
TOTAL	266	100

3-4-8. ETAT DES BRUITS DU CŒUR FOETAL

**TABLEAU XXVII : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETAT
DES B.D.C FOETAL A L'ADMISSION**

B.D.C/FOETAL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
◀ 120	26	9.77
120 – 160	131	49.25
▶160	16	6.02
Absent	93	34.96
TOTAL	266	100

3-4-9. VOIE D'ACCOUCHEMENT

**TABLEAU XXVIII : REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE
D'ACCOUCHEMENT**

TYPE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Voie Basse	55	19.57
Césarienne	207	73.67
Laparotomie pour R U	19	6.76
TOTAL	281	100

- ☛ 55 parturientes ont accouché par la voie basse dont 30 par forceps (10,68%)
- ☛ A noter que l'hôpital ne disposait pas de ventouse obstétricale.

TABLEAU XXIX

REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PRISE EN CHARGE

MODE THERAPEUTIQUE	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE %
Césarienne	207	73,67
Forceps	30	10,68
Hystérorraphie	5	1,78
Hystérectomie d'hémostase	14	4,98
Amniotomie + perfusion d'ocytocine	15	5,34
Utilisation de tocolytique	10	3,55
TOTAL	281	100%

Les anti convulsivants ont été administrés dans tous les cas d'éclampsie et les anti hypertenseurs dans les cas d'HTA et ses complications.

3-4-10. INDICATION DE LA CESARIENNE

**TABLEAU XXX : REPARTITION DES PATIENTES CESARISEES
SELON L'INDICATION DE CESARIENNE**

INDICATION DE CESAR.	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Dystocie Dynamique	24	11.59
Dystocie Mécanique	46	22,22
Pré Rupture Utérine	22	10.62
Eclampsie	18	8.70
Souffrance Fœtale Aiguë	43	20.77
Procidence du cordon battant	4	1.93
Placenta Prævia Hémorragique	19	9.18
HRP	22	10.63
Autres Diagnostics	9	4.35
TOTAL	207	100

Autres : - siège sur utérus cicatriciel = 4
 -Grossesse gémellaire avec J1 en siège = 3
 - Rétention de J 2 =2

3- 4-11. QUALIFICATION DE L'OPERATEUR

**TABLEAU XXXI : REPARTITION DES PATIENTES OPEREES
SELON LA QUALIFICATION DE L'OPERATEUR**

QUALIFICATION	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Gynéco-Obstétricien	92	40.71
Médecin Généraliste	27	11.94
Interne	107	47.35
TOTAL	226	100

3-4-12 APPLICATION DE FORCEPS

TABLEAU XXXII : REPARTITION SELON L'INDICATION DE FORCEPS

INDICATION DE FORCEPS	DE EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
Insuffisance d'Efforts Expulsifs	22	73,33
S F A	8	26,67
TOTAL	30	100%

3-4-13 APPLICATEURS DE FORCEPS

TABLEAU XXXIII : REPARTITION SELON L'APPLICATEUR DE FORCEPS

APPLICATEURS	EFFECTIFS	FREQ.RELATIVE
Gynéco-Obstétricien	5	16.67
Interne	25	83.33
TOTAL	30	100%

3-4-14. INTERVENTION ASSOCIEE A L'ACTE CHIRURGICAL

TABLEAU XXXIV : REPARTITION DES PATIENTES SELON L'INTERVENTION ASSOCIEE A LA CESARIENNE ET LA LAPAROTOMIE

ACTE CHIRURGICAL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
L.R.T	35	64.81
Hystérectomie Totale	14	25.93
Hystérorraphie pour RU	5	9.26
TOTAL	54	100

**TABLEAU XXXV : REPARTITION SELON LE NOMBRE DE
 PATIENTES TRANSFUSEES**

TRANSFUSION	EFFECTIF	FREQ RELATIVE
OUI	50	17.8
NON	231	82.20
TOTAL	281	100%

Sur 99 cas le besoin de sang a été exprimé en urgence, 49 n'ont pas été satisfaits soit 49,5%.

**TABLEAU XXXVI : REPARTITION PATIENTES TRANSFUSEES
 SELON LE NOMBRE DE POUCHES HONOREES**

NOMBRE DE POCHE	EFFECTIF	EFFECTIF CUMILE	FREQ, RELATIVE
1	20	20	21,05
2	17	34	35,79
3	12	36	37,89
5	1	5	5,26
TOTAL	50	95	100

La moyenne est égale à 1,9

**TABLEAU XXXVII : REPARTITION DES PATIENTES OPEREES
 SELON LE DELAI ECOULE ENTRE LA DECISION ET LE DEBUT DE
 L'INTERVENTION**

DELAI EN MN	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
≤ 30	20	8.84
31-45	30	13.27
46-60	50	22.12
61-90	80	35.40
91-120	30	13.27
▶ à 120	16	7.08
TOTAL	226	100

Délai moyen est de 40 minutes; les extrêmes sont 10 et 180 minutes,

**TABLEAU XXXVIII : REPARTITION SELON LE DELAI ECOULE
 ENTRE L'INCISION ET L'EXTRACTION AU COURS DE LA
 CESARIENNE**

DELAI ECOULE EN FREQUENCE MN	FREQ.RELATIVE EN %
≤ 5	82.12
6 à 10	14.00
11 à 15	3.86
TOTAL	100

**TABLEAU XXXIX : REPARTITION DES PATIENTES OPEREES
 SELON LE TYPE D'ANESTHESIE**

TYPE D'ANESTHESIE	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
Anesthésie Générale	125	55,31
Rachianesthésie	80	35,40

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Conversion	15	6,64
Anesthésie Péridurale	6	2.65
TOTAL	226	100

L'hôpital dispose de 3 assistants médicaux en anesthésie réanimation et ne dispose d'aucun médecin anesthésiste-réanimateur

4. PRONOSTIC MATERNO-FCETAL

4-1. PRONOSTIC MATERNEL

TABLEAU XL : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE PRONOSTIC MATERNEL

PRONOSTIC MATERNEL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Vivantes	250	89.97
Décédées	31	11.03
TOTAL	281	100

**4-2. TABLEAU XLI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA
CAUSE DE DECES MATERNEL**

CAUSE DE DECES MATERNEL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Hémorragies de la Délivrance	4	12.90
Rupture Utérine	4	12.90
Placenta Prævia Hémorragique	3	9.68
Anémie Décompensée	7	22.58
HTA et complications	8	25.81
Infections	5	16.13
TOTAL	31	100

4-3. PRONOSTIC FOETAL

**TABLEAU XLII: REPARTITION DES NNES SELON L'ETAT A LA
NAISSANCE**

PRONOSTIC FOETAL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
N-Nés vivants	193	66.55
Morts Nés frais	67	23.10
Morts Nés macérés	30	10.35
TOTAL	290	100

**TABLEAU XLIII : REPARTITION DES NEES VIVANTS SELON
L'APGAR A LA NAISSANCE**

APGAR	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
0	97	33,45
10	33	11.38
7-9	40	13.79
≤ 6	120	41.38
TOTAL	290	100

**TABLEAU XLIV : REPARTITION DES NNEES SELON L'ETAT APRES
LA REANIMATION**

Nnés REANIMES	FREQUENCE	FREQ.RELATIVE EN%
Suite bonne	108	90
Décès néonatal	12	10
TOTAL	120	100

**TABLEAU XLV : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA CAUSE
 DE LA MORTALITE FOETALE**

CAUSE	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
S F A	16	16.49
Rupture utérine	18	18.55
P P H	8	8.25
HRP	20	20.62
Eclampsie	13	13.40
Procidence du cordon	5	5.15
Circulaire du cordon	3	3.09
Présentation Dystocique	14	14.43
TOTAL	97	100

5. ETUDE BIVARIEE

5-1. PRONOSTIC MATERNEL ET MODE D'ADMISSION

**TABLEAU XLVI : REPARTITION SELON LE PRONOSTIC
 MATERNEL ET LE MODE D'ADMISSION**

PRONOSTIC MATER/MODE	DECEDEES	VIVANTES	TOTAL
Evacuées	22(11%)	178(89%)	200
Venues d'elles-mêmes	8(10,39%)	69(89,61%)	77
Référées	1(25%)	3(75%)	4
TOTAL	31	250	281

khi= 0,94 ; p = 0,815973

5-2. DECES MATERNEL ET VOIE D'ACCOUCHEMENT

TABLEAU XLVII: REPARTITION DES DECES MATERNEL SELON LA VOIE D'ACCOUCHEMENT

DECES MATER/VOIE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Voie Basse Naturelle	12	38.71
Voie Haute	17	54.84
Forceps	2	6.45
TOTAL	31	100

5-3. PRONOSTIC FCETAL

TABLEAU XLVIII : REPARTITION DES NNEs SELON LE SUIVI PRENATAL ET LE PRONOSTIC FCETAL

PRONOSTIC FCETAL/C.P.N	Mort-nés	Nouveau-nés vivants	TOTAL
C.P.N Faites	37(20,90%)	140(79,10%)	177
CPN non Faites	60(53,10%)	53(46,90%)	113
TOTAL	97	193	290

P : 0,000001 ; CHI² :32,11 ; DL : 1

6. EVOLUTION

6-1. LES SUITES DE COUCHES

TABLEAUX XLIX : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES SUITES DE COUCHES

SUITES DE COUCHES	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Simple	210	74,74
Décédées	31	11,03
Endométrite	5	1.78
Anémie	22	7.83
Suppuration pariétale	9	3.20
Septicémie	4	1.42
TOTAL	281	100

Les cas d'endométrites et de suppurations pariétales ont bénéficié de l'antibiothérapie plus un pansement biquotidien pour les suppurations pariétales

6-2. DUREE D'HOSPITALISATION

TABLEAU XLX : REPARTITION DES CAS SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION

DUREE D'HOSPITALISATION en jour	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
≤ 4	204	72.6
5 à 8	69	24.56
9 à 15	4	1.42
≥ 16	4	1.42
TOTAL	281	100

7-COUT DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTES

TABLEAU XLXI : REPARTITION SELON LE COUT TOTAL DE LA PRISE EN CHARGE

COUT EN FCFA	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
GRATUIT	198	70.46
▶ 7500	5	1.78
(7500- 100000)	19	6.76
(10005-15000)	40	14.23
(15005- 20000)	10	3.56
≥ 20005	9	3.21
TOAL	281	100

Le coût moyen est 2398 FCFA, les extrêmes : 0 FCFA et 28400 FCFA

8-OPINION

TABLEAU XLXII : REPARTITION SELON LA SATISFACTION DES PATIENTES PAR RAPPORT A LA PRISE EN CHARGE

Satisfaction	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Oui	235	83.63
Non	15	5.34
NE SAIS PAS	31	11.03
TOTAL	281	100

La principale raison évoquée pour la non satisfaction est la difficulté d'accès de l'hôpital.

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont permis un certain nombre de commentaires que nous avons discutés :

1) La fréquence :

Au cours de cette étude nous avons enregistré 281 urgences obstétricales sur un total de 995 accouchements en 12 mois soit une fréquence de **28,24%**.

Confronté aux données de la littérature ce taux est plus élevé que ceux retrouvés par :

. KODIO S en 2006 [30] :7,98% à l'hôpital national du point G soit 160 urgences obstétricales sur 2004 accouchements de 2004 à 2005.

.DISSA L dans une étude concernant la période 2002/2003 au centre de santé de référence de la commune V (10,16%) soit 1235 urgences sur 12448 accouchements [20].

.Thiero M en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré (11,50%) soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [46]

.DIARRA O en 2000 [18] :25% à l'hôpital national du point G soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois.

2) Les caractéristiques socio-démographiques :

En ce qui concerne la résidence, nous avons constaté que 90,75% de nos patientes résidaient dans le cercle de Mopti, 50,89% étaient de Mopti ville et 9,5% de nos patientes venaient des autres localités de la Région.

Cette répartition hétérogène est la conséquence du nombre important des patientes évacuées et/ou référées (72,59%).

Les distances parcourues par les patientes et le mauvais état des routes peuvent assombrir le pronostic materno-fœtal.

58,72% de nos femmes étaient non scolarisées ; 27,05% de niveau primaire ; 3,56% de niveau secondaire et 10,68% de l'école coranique.

- En ce qui concerne le statut matrimonial, 96,10% de nos femmes étaient mariées; 3,6% de célibataires et 0,4% divorcée.

- Pour ce qui concerne la profession, 94,7% de nos femmes sont des ménagères c'est-à-dire sans revenu mensuel contre 1,8% des fonctionnaires.

-En ce qui concerne l'âge, la tranche d'âge 25- 29 est la plus fréquente avec 32,03% ; et 60,50% de nos femmes avaient l'âge compris entre 20 et 29 ans, une tranche d'âge qui correspond à la période d'activité obstétricale intense. Ce taux est inférieur à celui rapporté par DICKO S 67,26% à Kayes en 2001 [19]

Trente une patientes (11,03%) avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la précocité de l'activité sexuelle de même que la survenue de grossesse précoce; ce taux est inférieur à ceux apportés par :

DISSA L [20] :24,2% et DIARRA O [18] :34,4%

- En ce qui concerne les ethnies, 33,10% de nos femmes sont des Peulhs contre 18,9% des Bozos ; 15,7% des Dogons ; 10,3% des Sonrhais et 8,9% des Bambaras. Cette répartition est comparable à celle de la population générale.

3) Les facteurs de risque :

Il faut noter que la primiparité constitue un facteur de risque à l'accouchement, ainsi que la grande multiparité.

Dans notre étude :

.Les nullipares ont représenté 29,9% Ce taux est inférieur à ceux rapportés par DIARRA O [18] :34,6% et de DISSA L [20] :36,9%.

.Les primipares : 15,7% et les grandes multipares 16,4% contre 16,7% pour les primipares et 10,48% pour les grandes multipares rapporté par KODIO S [30] ; 41,5% et 20% rapporté par DICKO.S [19] en 2001 à l'hôpital régional Fousseini Daou de Kayes.

L'analyse de nos résultats permet d'affirmer que les nullipares et les primipares sont beaucoup concernées pour les urgences obstétricales ; mais peuvent survenir également chez les grandes multipares. Les autres parités sont également concernées, 12,8% pour les multipares, 25,3% pour les paucipares.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

La prédominance des nullipares s'explique par l'immaturation du bassin, la grossesse précoce et le travail non surveillé.

Lorsque la taille est inférieure à 150 cm, elle constitue un facteur de risque pour l'accouchement par voie naturelle.

Dans notre étude 12,81% de nos femmes ont une taille inférieure à 150 cm. Ce taux est supérieur à celui rapporté par DICKO S : 8.1% [30]. La plus petite taille est de **132** cm et la plus grande est de **176** cm.

Nous constatons sur le tableau (**XX**) que 37,01% de nos femmes n'ont fait aucune consultation prénatale et 44,48% ont fait 3 consultations prénatales et plus.

Cependant chez KODIO S [30] dans une étude réalisée à l'hôpital régional du point G : 45,45% des gestantes n'ont fait aucune consultation prénatale et 15,50% ont fait 3 consultations prénatales et plus.

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

En effet 73.68% de nos patientes en travail avaient une rupture de la poche des eaux avant leur admission dans le service.

Nous constatons sur le tableau (**XXV**) que dans 57,52% des cas le liquide amniotique était teinté à l'admission, et hématique dans 13,53%.

Pour ce qui concerne la dilatation du col, dans 65,04% des cas la dilatation du col était incomplète (\ll 10 cm) ; et dans 34,96% elle était complète.

Dans 34,96% des cas les bruits du cœur foetal n'étaient pas perçus au stéthoscope de Pinard.

Ce taux élevé de mortalité anténatale se voit chez les patientes évacuées et/ou référées, n'ayant fait aucune consultation prénatale, avec une poche des eaux déjà rompue depuis plus de 6 heures de

temps, un liquide amniotique teinté et la durée du travail depuis plusieurs heures avant d'arriver à l'hôpital régional de Mopti.

Les facteurs qui expliquent cet état de fait sont :

- Le retard dans la prise de décision par le personnel.
- Le retard dans l'organisation de l'évacuation.
- L'insuffisance ou absence de ressources financières.
- Le mauvais état des routes.

Dans notre étude, 7,83% de nos femmes avaient une pathologie associée à la grossesse. Parmi ces pathologies l'HTA et l'insuffisance cardiaque étaient les plus fréquentes avec respectivement 50% et 22,72% des cas.

4) Les aspects cliniques :

✓ Les hémorragies ont représenté 35,59% de notre étude et ce pourcentage est comparable à 35,01% retrouvé chez DICKO S. [19] et supérieur à 1,6% en France.

- Les ruptures utérines : 19 cas soit 6,76% ce taux est supérieur à ceux retrouvés par certains auteurs notamment :

.KODIO S [30] à l'hôpital national du point G qui est de 4,76%.

.DISSA L au centre de santé de référence de la commune **V** dans une étude concernant la période 2002/2003 qui était de 4,90% [20].

Cependant notre taux est comparable à celui rapporté par DEMBELE B T en 2001 au centre de santé de référence de la commune **V** qui était de 7% [14].

Notre taux est inférieur à ceux retrouvés par :

.LANKOANDE à OUAGADOUGOU [30] : 23%.

.DICKO S : 8,75% à Kayes [19]

Parmi les 19 cas de rupture utérine, nous avons réalisé une hystérorraphie chez 5 parturientes et une hystérectomie chez les 14 autres.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

La rupture utérine, complication redoutable constitue chez nous un problème sérieux de santé publique, exposant à une lourde mortalité et morbidité foëto-maternelle.

Quatre (04) de nos patientes sont décédées dans un tableau de choc hémorragique car il n'existait pas de banque de sang fonctionnelle à Mopti.

Notre taux de mortalité maternelle due à la rupture utérine : 21,05% est inférieur à ceux de :

- . DIARRA O. [18] :33,33%
- .DICKO S. [19] à Kayes : 27,78%
- . LANKOANDE à Ouagadougou : 35% [34]
- . KANE M. [28] :36%

Cependant ce taux est supérieur à ceux rapportés par KODIO S : 5,26%(30) et A.PICAUD et COLL à Libreville [25] : 6,5%.

La mortalité foëtale : 94,74% est supérieure à 55,55%chez KODIO S [30] ; 56,2% Chez A. PICAUD [25] au Gabon. et 62% chez DIARRA O [18]; 80% chez DOUGNON F. [22] ; 83,45% KANE M. [28] ; et 90,24% rapporté par DIAKITE M. [14] ;

Notre taux est comparable à 95% chez DICKO S.

- Placenta Prævia Hémorragique : 26 cas soit 9,25%

Ce taux est supérieur à ceux trouvés par DISSA L [20] :6,17% ; DIARRA. O : 8% [18] et 0,4% France et comparable à 9,05% rapporté par KODIO S [30]

Cette pathologie se voit chez les femmes d'âge supérieur à 30 ans ; les multipares.

Cet accident est rare en Europe en témoignant les chiffres qui varient entre 0,28% et 0,50%.

En Asie les taux varient entre 0,41% et 1% [18]

Sur le continent Africain le PPH reste relativement rare, les chiffres varient entre 0,33% et 0,99% [16].

Sept (07) de nos parturientes ont accouché par voie basse, après rupture artificielle de la poche des eaux. Dans dix neuf [19] cas la

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

césarienne a été pratiquée. La transfusion indiquée dans douze (12) cas a été réalisée dans huit (8) cas les Quatre autres ne l'ont pas été par non disponibilité de sang.

Nous avons déploré trois (03) cas de décès maternel soit 11,54%.

La mortalité fœtale est de 30,77%. Ce taux est supérieur à ceux de KODIO S [30]: 15,38% ; DIARRA O. [18] : 25% et inférieur à celui de DOUGNON F. [22] : 54,27%.

- Hématome Rétro Placentaire : 23 cas soit 8,18% est supérieur à 4,51% chez DISSA L [18] ; 4,7% chez DIARRA O. [18] ; 6,19% chez KODIO S [30] et inférieur à celui de TOURE [47] au CHU de Trechiville 93%.

Une (01) de nos parturientes a accouché par la voie basse après rupture artificielle de la poche des eaux. En fait c'était un hématome non important dont le diagnostic a été posé après l'accouchement.

Nous n'avons noté aucun décès maternel. Cependant COLAU JC et V ZANS [11] cités par DIARRA O. [18] ont rapporté un taux de mortalité maternelle de 04,28% sur une série de 810 HRP. KODIO S a rapporté 7,69%. Cependant DISSA L [20] a eu un taux de décès de 8,77% (5 cas pour 57 cas d'HRP)

Notre taux de mortalité fœtale 86,95% est supérieur à ceux de KODIO S [30] : 30,77% ; DIARRA O [18] : 80% et DOUGNON F [22] : 80% et beaucoup plus élevé que celui de COLAU JC et V ZANS [11] en France.

- Hémorragie de la Délivrance : Huit (08) cas soit 2,85% ayant accouché par voie basse. Quatre (04) de nos patientes ont eu des suites favorables car ayant été transfusées à temps.

Nous avons déploré Quatre (04) cas de décès maternel 50%.

Ce taux est supérieur à ceux rapportés par : KODIO S [30] : 40% ; DIARRA O en 2000 [18] : 40%

Pour CAMARA S [9] à Abidjan les hémorragies représentaient une des premières causes de la mortalité maternelle.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Dans une étude 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans DIALLO A et Coll. Trouvent que l'hémorragie occupe la première place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%.

Par contre chez DOUGNON F. [22] les infections occupent la première place avec 72%.

Notre pourcentage d'infection 6,40% soit 18 cas est inférieur à ceux de DIARRA O. [18] : 26,66% et DOUGNON F. [22] : 68,42%. Cela peut s'expliquer par l'amélioration dans la prévention des infections par l'antibioprophylaxie, l'asepsie au bloc opératoire.

Notre taux de mortalité due à l'infection est de 27,78%.

En Cote d'Ivoire au CHU de Cokody 15% des décès sont liés à l'hémorragie alors que dans les zones rurales 60% à 70% des décès sont imputables à l'hémorragie soit quatre fois plus.

Nous constatons que la mortalité par hémorragie est un problème crucial dans tous les pays avec une prédominance dans les pays en voie de développement.

Le dépistage systématique des grossesses à haut risque ainsi que les soins obstétricaux d'urgence permettent de lutter contre la mortalité maternelle et fœtale.

- Menace d'accouchement prématuré: 10 cas soit 3,56%

Cinq de nos femmes ont accouché : l'une à 37 S A et les quatre autres prématurément à 30, 32,34 et à 35 S A. La grossesse a continué son évolution normale chez les Cinq autres après leur mise au repos absolu au et administration de bêtamimétiques en perfusion continue et elles ont finalement accouché normalement. Les cinq (05) prématurés ont été transférés en pédiatrie. Nous ne déplorons aucun décès maternel ni fœtal à l'hôpital.

✓ Les Dystocies mécaniques : 51 cas soit 18,15%.

Ce sont les bassins généralement rétrécis, les bassins limites, les bassins asymétriques, les présentations vicieuses et les disproportions fœto pelviennes.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Le taux de dystocies mécaniques qui représentait 18,15% dans notre série est plus élevé que ceux retrouvés dans les études de CAMARA S [9]. à Abidjan 9% ; THIERO A.F [46] : 13,8% et KODIO S [30] :16,25%.

Par contre notre taux est inférieur à celui de DIRRA O en 2000 [18] : 30%.

En Europe les déformations pelviennes sont rares grâce au dépistage précoce et à l'augmentation du niveau socio-économique et aux nouvelles méthodes thérapeutiques.

La césarienne a été la sanction thérapeutique dans 100% des Bassins Généralement Rétrécis.

✓ Dystocies Dynamiques : 30 cas soit 10,67%

Grâce à la perfusion de syntocinon nous avons assisté à 4 cas d'accouchement par voie basse sans intervention instrumentale.

Deux (2) de nos parturientes ont accouché par forceps et dans les autres cas, la césarienne a été effectuée sans problème.

Les dystocies dynamiques ont représenté chez CAMARA S à Abidjan 7%(9). TRAORE. A : 7,6% [51].et 2,38% chez KODIO S [30] en 2006 à l'hôpital national du Point G

Ce pourcentage élevé dans notre étude peut tout simplement s'expliquer par l'utilisation abusive d'ocytocique dans les maternités périphériques qui perturbe la dynamique utérine.

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel ni foetal.

✓ La souffrance fœtale aigue: 51 cas soit 18,15%

Huit (08) de nos parturientes ont accouché par forceps

Les quarante trois (43) ont été césarisées, soit une fréquence de 20,77% de césarienne pour souffrance fœtale.

Le taux de mortalité fœtale périnatale (mortinatalité et mortalité foetale précoce) est de 16,50% et ce taux est inférieur à celui de KODIO. S en 2006 [31] qui était de 20,51%.

Ce taux élevé s'explique par le retard dans la prise de décision des structures périphériques.

✓ Procidence du cordon: 9 cas soit 3,20%

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Notre taux est supérieur à celui retrouvé par KODIO S [30] : 2,38%

Dans quatre (04) cas, l'accouchement par voie basse autorisé en raison de l'absence de battement au cordon a abouti à 4 mort-nés frais.

Une patiente à dilatation presque complète avec procidence du cordon a accouché par voie basse ramenant un nouveau né vivant

Dans quatre (04) cas la césarienne a été pratiquée en urgence et nous avons enregistré un décès néonatal après réanimation; les suites ont été simples chez les trois (03) autres.

Donc au total, la mortalité fœtale due à la procidence du cordon est de 5,15% soit cinq (05) cas et une fréquence de 1,93% de césarienne pour procidence du cordon battant.

✓ L'HTA et ses complications : 36 cas soit 12,81%

Le pré éclampsie : 4 cas soit 1,42%

Ce pourcentage est inférieur à celui de DOUGNON.F : 3.77% [22].

L'éclampsie : 32 cas soit 11,39% supérieur à 3,7% chez DIARRA .O [18].et inférieur à 23,75% retrouvé par KODIO S [30].

Toutes les patientes ont été mises sous anti-hypertenseurs : Nepressol (Dihydralazine) ou Catapressan (clonidine) et anti-convulsivant. Notre taux de mortalité fœtale 36,11% est inférieur à celui de DOUGNON.F 40% [22] et à celui de DIARRA .O : 54%. Le taux de mortalité maternelle 22.22% est supérieur à 16,66% chez DOUGNON .F [22] Cette pathologie est fréquente chez les primipares et les jeunes (16ans).

5) Mode de prise en charge :

Dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par plusieurs heures voire plusieurs jours de travail ; l'attitude de notre service est de pratiquer la césarienne pour un sauvetage maternel et ou fœtal. Ainsi 73,67% de nos femmes ont accouché par césarienne.

Notre taux de césarienne est relativement supérieur à ceux de :

KODIO S [30] : 48,13% ; THIERO A.F [46] : en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré soit 57,5% ; DICKO S. [19] : 57,98% ; DIARRA O. [18] : 62% Et

ce taux élevé peut s'expliquer par la gratuité de cette intervention pour les parturientes.

47,34% de nos césariennes ont été pratiquées par des étudiants faisant fonction d'internes ; 40,71% par un gynéco-obstétricien et 11,94% par des médecins généralistes

La fréquence du forceps s'élève à 10,68% supérieure à celle retrouvée par DIARRA O. [18] : 8% ; Le forceps a été appliqué dans 83,33% des cas par des étudiants faisant fonction d'internes et seulement 16,67% par un gynéco-obstétricien.

La fréquence de laparotomie pour rupture utérine (hystérorraphie et hystérectomie) a été de 7,76% ce taux est supérieur à 5% retrouvé par KODIO S [30] et 3,3% retrouvé par DIARRA O [18] en 2000 à l'hôpital national du point G.

Toutes les hystérectomies ont été pratiquées par un gynéco-obstétricien.

L'anesthésie générale a été pratiquée dans 55,31% de nos interventions.

Le besoin transfusionnel a été satisfait dans seulement 50,50% des cas.

6) Pronostic maternel :

14,23%(soit 40 cas) de nos femmes ont développé des complications. Ces complications sont surtout dominées par les infections (endométrite, suppuration pariétale, septicémie) et les hémorragies nécessitant une transfusion sanguine (la rupture utérine, l'hématome retroplacentaire, et le placenta praevia hémorragique)

Nous avons enregistré 31 cas de décès maternel soit 11,03% contre 9,05 chez KODIO S [30] ; 11,25% chez DICKO S. [19] et 11,95% pour DOUGNON F. [22].

Les jeunes femmes, les grandes multipares, les évacuées sont celles qui ont le plus succombé. Les principales causes des décès ont été (l'éclampsie, les hémorragies, et les infections). La plupart de ces

décès sont évitables d'où la nécessité d'une action conjointe des différentes interventions dans le domaine de la santé maternelle.

7) Pronostic fœtal :

Le pronostic néonatal (morbidité et mortalité) s'apprécie pendant les premiers jours de la vie.

La morbidité est encore difficile à définir mais par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme décrit par de nombreux auteurs ; 41,38% (soit 120 cas) dans notre étude. Ces cas de morbidité ont fait l'objet d'une réanimation puis référés à la pédiatrie.

Notre taux de mortalité fœtale : 33,45% est inférieur à celui retrouvé par DICKO S 47,5% [19] à Kayes ; DOUGNON F [22]: 35,34% et supérieur à ceux retrouvés par KODIO S en 2006 [30] :26,14% et de DIARRA O : 31,4% [18].

Ce taux élevé de mortalité fœtale s'explique par le retard dans la prise en charge et certaines complications prévisibles.

La gratuité pour les patientes a représenté 70,46%, avec un coût moyen de 2398 FCFA par patiente, les extrêmes sont : 0 FCFA et 28400 FCFA

83,63% de nos patientes se sont déclarées satisfaites par rapport à la prise en charge contre 5,34% non satisfaites (pour raison la difficulté d'accès de l'hôpital)

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1 CONCLUSION

Les urgences obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique.

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré 281 urgences obstétricales durant 12 mois d'étude.

La fréquence estimée des urgences obstétricales par rapport à l'ensemble des accouchements enregistrés pendant cette période est de **28,24%**.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées constituant des facteurs de risque. La distance parcourue, les conditions d'évacuation, les facteurs socio-démographiques : l'âge, la parité, la gestité, la profession, le niveau d'instruction.

Dans notre étude nous avons été frappés par le jeune âge des parturientes ; 71,53% de nos parturientes (soit 201) ont moins de 30 ans.

Nous avons constaté que 50,89% de nos patientes sont de Mopti (soit 143cas) ; Et que 49,11% sont hors de Mopti.

- Les évacuations ont représenté 71,17% soit 200 cas. Et les hémorragies représentent 52,42% de ces évacuations.
- Les référées ont représenté 1,42% soit 4 cas.
- Les nullipares avec 84 cas soit 29,90% étaient les plus nombreuses.
- Les motifs d'évacuation les plus fréquents ont été les hémorragies 52,45% ; l'HTA et ses complications 16,18% et les Dystocies avec 9,80%.

La majorité de nos patientes étaient non scolarisée 58,72% ; le niveau d'instruction est important et justifie le comportement des femmes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement ; par exemple le suivi des consultations prénatales.

207 femmes ont subi une césarienne soit un taux de 73,67%.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Le besoin transfusionnel n'a pas été satisfait dans 49,5% des cas.

L'anesthésie générale a été utilisée dans 55,31% des interventions.

La mortalité maternelle a représenté 11,03% de notre étude, et la mortalité fœtale : 33,45%

La gratuité pour les parturientes a représenté 198 cas sur 226 cas d'interventions obstétricales majeures soit un taux de 87,61%.

235 femmes se sont déclarées satisfaites par rapport à la prise en charge soit un taux de satisfaction de 83,63%.

2 RECOMMANDATIONS

❖ Aux autorités

Elles doivent :

- Favoriser l'accès aux structures sanitaires de la région de Mopti, en désenclavant la zone inondée ;
- Améliorer le niveau socio-économique et éducationnel de la population ;
- Intensifier la formation des agents de santé aux soins obstétricaux d'urgence ;
- Doter la région de Mopti d'une unité de réanimation néonatale.
- Doter la région d'une banque de sang avec du sang testé en permanence pour les besoins de transfusion.

❖ Aux personnels de santé

Ils doivent :

- Mieux organiser le système de référence et évacuation ;
- Faire un suivi prénatal de qualité tout en dépistant les facteurs de risque ;
- Faire une surveillance de qualité du travail d'accouchement tout en restant vigilant par rapport aux complications qui peuvent en découler ;
- Utiliser correctement et systématiquement les partographes pour la surveillance du travail d'accouchement.

❖ A la population

Elle doit :

- Fréquenter les consultations prénatales ;
- Eviter les accouchements à domicile ;
- Fréquenter la consultation post natale ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé pour un changement de comportement rapide ;
- Soutenir les efforts faits pour la mise en place du système de référence et évacuation en mettant en place des mutuelles pour payer les frais de transport.

-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Amadd

Manuel sur l'utilisation des indicateurs de processus des Nations Unies en matière de services obstétricaux d'urgence 2003

2. Anonyme

Conférence sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara. Rapport final.

Bull Info OMS Niamey-Niger 1989 30 janvier-3 février

3. Alihonou E,

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle foetale.

République populaire du Bénin.

Séminaire de CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

CHÂTEAU DE LONGCHAMP. Paris 1988, 3-7 Octobre.

4. Akotiongo M. et collaborateurs

Les ruptures utérines à la maternité de CHN-YO Aspect épidémiologique et clinique.

Méd. D'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508-51

5. Alihonou. F. T.AKPARA

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle en

République Populaire du Bénin

Centre national de l'enfance, octobre 1988 éditions INSERM..

6. Barrier G.

Anesthésie-Réanimation en obstétrique

Encyl. Méd. Chir. (Paris, France) Anesthésie 36595 c10, 3, 24 p.

7. Bayo A,

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 1991 n° 4

8. Bouvier Collaborateurs M.A.

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. Revue du Centre international de l'enfance.

Paris, 1990 n° 187/188 (1) = 6

9. Camara S, (Epouse Kaba)

Les Evacuations sanitaires d'urgences en obstétriques, bilan de 2 années d'études au CHU de Cocody.

Thèse méd. D'Abidjan 1986 n° 714 151p

10. Colav JC et V Zans

Hématome Retro-placentaire ou DPPNI

Enc. Méd. Chir. (Paris, France) Obstétrique 5071 A 106 1985

11. Correa P, et Collaborateurs

Paludisme et grossesse

J. gynécol Obst. Biol. Repr. 1982, n°1 11p

12. Delecour M et Collaborateurs

Abrégé illustrés de Gynéco-obstétrique.

Paris : Masson, 1979-IX-570p

13 .Dembélé B .T

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

Thèse de Med. Bamako 47-1985 no_15.

14. Diakite M,

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à l'hôpital du Point-G Bamako.

Thèse méd. Bamako, 1985 n° 15, 122p

15. Diallo A-O

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 56 cas.

Thèse méd. Bamako 1989 n°11,78p

16. Diallo M. S ; Sidibé M ; Keïta N.

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en 7 ans
à la maternité Ignance –Deen de Conakry (Rep. De Guinée
Rev Fr. Gynéco obstet 1996; 91p :7-5

17. Diarra F. L,

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence à l'HGT
Thèse méd. Bamako 2001 n°91, 58p

18. Diarra O.

Les urgences Obstétricales dans le service de Gyneco-obstétrique de
l'hôpital du Point G.

Thèse de méd. Bamako 2000 n° 117, 81p

19. Dicko S.

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital
Régional Fousseyni DAOU de Kayes. A propos de 160 cas.

Thèse de méd. Bamako 2001 n° 101, 65p

20. DISSA L

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé
de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas

Thèse de Med. Bamako 2005 No 110. 68p.

21. Dolo A. Keïta B, Diabaté F. S. Maïga B

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas
observés au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital National du
Pont G

Med d'Afrique Noire 1991 ; 38 (2) :133-134

22. Dougnon F, (épouse Ouologuem)

Contribution des urgences Gynéco-obstétricales à la maternité de
l'Hôpital National du Point G.

Thèse méd Bamako 1989 n°64, 109 p

23. Drabo A.

Les ruptures utérines de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas.

Thèse méd. Bamako 2000 n° 17, 132p

24. Faguer C,

Rupture utérine par placenta accreta à 22 semaines de grossesse. A propos d'une observation.

J.Gynécol.obstét.Biol.Réprod.1988,17-646-649. Masson

25. Faye A, Picaud A, Ogwet I, Nlome NRA, Nicolas Ph:

Eclampsie au Centre hospitalier de Libreville à propos de 53 cas pour 41285 accouchements de 1985-1989.

Rev. Fr. Gynécol.Obstét 1991 ; (86) : 7-9, 503-510.

26. Gazli M, et collaborateurs

Placenta praevia et pronostic fœtal à propos de 200 cas.

Revue Française de Gynéco et obstétrique 1998 93 (6) 457-463.

27. Hodonou E. K,

Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu Africain à Dakar.

Thèse de méd. Dakar 1968 n° 18, 82p

28. Kané M,

Les ruptures utérines. A propos de 61 cas observés à l'Hôpital National du Point G.

Thèse Méd. Bamako, 1979, n° 10, 68p

29. Keitinum et Collaborateurs

Urgence obstétricale et la maternité maternelle sévère.

Paris 25 mars 1994, colloque national

30. KODIO S.

Urgences gynéco obstétricales dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G. de 2004 à 2005 à propos de 210 cas

Thèse de Med 2006 M 188

31. Koné F,

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 56 cas.

Thèse de méd. Bamako 1989, n° 48, 64p

32. Kouma A,

Les hystérectomies dans le service de gynécologie-obstétricale de l'hôpital National du Point G à propos de 315 cas.

Thèse de méd. Bamako 2000, n° 98, 84p

33 .LANKOANDE J et COLLABORATEURS.

Mortalité maternelle à la maternité du centre Hospitalier National de Ouaga à propos de 123 cas colligés en 1995

Medecine d'Afrique noire 1998 5 (3) 187.190.

34. Mabounga N. R.A, (Epouse Fonseca)

Placenta praevia hémorragique Aspect épidémiologique-clinique au Centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse Méd: Bamako, 2003 n° 42, 69p

35. Merger R et collaborateurs

Précis d'obstétrique

Edition Masson Paris 1995.

36. Miliez J,

Hypertension artérielle pendant la grossesse

Revue du gynécologue-obstétricien, 3, 1989.

37. MINISTERE DE LA SANTE DU MALI

L'approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali, décembre 2000

38. Moue J.R,

Placenta praevia : antépartum conservateur management, impatient versus out patient.

Am – J – Obstétrique Gynécologique 1994 (6) 170 ; PP. 1683 - 1686

39. OUATTARA M. A

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Hématome rétro placentaire : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thèse Med. Bamako 2000.59p.no126

40. Pambou O. et collaborateurs

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (à propos de 100 cas) de 1996

Médecine d'Afrique Noire 1999,46

41. Rachdi R. Fekih M.H. Mouelhi C, Massoudi L. Brahim H.

Les ruptures utérines à propos de 52 cas

Revue française Gynéco-Obstétrique, 1994 , 89 , 2 , 77-80

42. Rivière M,

Mortalité maternelle au cours de l'état gravido- puerpéral avortement excepté, introduction générale

Revue française Gynéco-obstétrique, 1 1959 ; (11) 16 = 141 – 143;

43. Sangaré A.G,

HTA gravidique et éclampsie à Bamako.

Thèse de Méd. Bamako 1985 N° 15, 70p

44. SAYE.M

Contribution à l'étude des urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas

Thèse de Med. Bamako 2004 M 120

45. Soumaré M.D,

HTA et grossesse : pronostic fœto-maternel dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G à propos de 296 cas.

Thèse de Méd. Bamako 1996 , n° 44, 83p

46. Thiero A.F,

Etude des complications Obstétricales et la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse méd. 1989 Bamako, n° 46

47. Touré Coulibaly K. Kouakou F. Koffi D. Adijabier

Les hystérectomies d'hémostase en obstétrique. Etude de 84 cas observés à la maternité de CHU de Treichville (Abidjan)

Médecine d'Afrique Noire 1995-42 (12)

48. Touré H,

Les urgences obstétricales en milieu rurale dans la région de Bamako
Thèse de Med 1976 n° 21

49. Touré M,

Les hystérectomies de sauvetage et les ruptures utérines : formation des matrones rurales

Afrique Medicale 1975 ; 14(126) 35-38

50. Traoré B. M,

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynéco-obstétrique à l'hôpital National du Point G de Mai 1984 – Avril 1986.

Thèse méd. Bamako 1986, n° 14 95p

51. Traoré A. N,

Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales au centre hospitalier et Universitaire de Dakar

Thèse de Med Dakar 1989

52. Traoré Y,

Les ruptures utérines à l'hôpital national du Pont G

Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos 180 cas.

Thèse de méd. Bamako 1996, n° 27 146p

53. UNICEF/OMS/FNUAP

Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgence au Mali

1996 ; 14p

Fiche d'enquête

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti

- Q₁** : Fiche N° :.....
- Q₂** : Dossier N° :.....
- Q₃** : Date d'entrée :.....
- Q₄** : Nom et Prénom :.....
- Q₅** : Age en année : /...../
- Q₆** : Ethnie : /...../
- 1 : Peulh ; 2 : Dogon ; 3 : Bambara ; 4 : Bozo ; 5 : Sonrhai ; 6 : Sarakolé ; 7 : Malinké ; 8 : Sénoufo ; 9 : Minianka ; 10 : Bobo ; 11 : Autres.
- Q₇** : Nationalité : /...../ 1 : Malienne ; 2 : Autres
- Q₈** : Résidence : /...../
- 1 : Mopti ; 2 : Bandiagara ; 3 : Koro ; 4 : Douentza ; 5 : Djenné ; 6 : Bankass ; 7 : Youwarou ; 8 : Ténenkou
- Q₉** : Profession de la femme : /...../
- 1 : Ménagère ; 2 : Elève/Étudiante ; 3 : Commerçant ; 4 : fonctionnaire ; 5 : aide ménagère.
- Q₁₀** : Profession du conjoint : /...../
- 1 : Pêcheur ; 2 : Eleveur ; 3 : Cultivateur ; 4 : Commerçant ; 5 : Fonctionnaire ; 6 : Ouvrier ; 7 : autres (à préciser).
- Q₁₁** : Statut matrimonial : /...../ 1 : Mariée ; 2 : célibataire ; 3 : divorcée ; 4 : veuve.
- Q₁₂** : Mode d'admission : /...../ 1 : Évacuée ; 2 : venue d'elle-même ; 3 : référée
- Si évacuée motif : /...../
- 1 : Dystocie ; 2 : HRP ; 3 : PP ; 4 : Pré éclampsie ; 5 : SFA ; 6 : Hémorragie de la délivrance ; 7 : Rupture utérine ; 8 : avortements ; 9 : MAP ; 10 : autres (à préciser).
- Q₁₃** : Moyens de transport : /...../
- 1 : Ambulance ; 2 : Taxi ; 3 : Véhicule personnel ; 4 : pirogue ; 5 : autres (à préciser)
- Q₁₄** : Coût du transport (en CFA) :
- Q₁₅** : Support de référence : /...../
- 1 : Partogramme ; 2 : fiche ; 3 : sans document ; 4 : lettre ; 5 : autres (à préciser).
- Q₁₆** : Provenance : /...../ 1 : Cscm ; 2 : Csc ; 3 : centre de référence ; 4 : clinique ou INPS.
- Q₁₇** : Agent de l'évacuation ou de la référence : /...../ 1 : Médecin ; 2 : interne ; 3 : sage femme ; 4 : matrone ; 5 : infirmière ; 6 : autres à préciser
- Q₁₈** : Si venu d'elle-même motif : /...../
- 1 : CUD ; 2 : hémorragie antépartum ; 3 : RPM ; 4 : crise convulsive ; 5 : autres à préciser.
- Q₁₉** : Antécédents médicaux : /...../
- 1 : HTA ; 2 : diabète ; 3 : drépanocytose ; 4 : autres ; 5 : aucun.
- Q₂₀** : Antécédents chirurgicaux : /...../
- 1 : Césarienne ; 2 : myomectomie ; 3 : kystectomie ; 4 : cure de FVV ; 5 : autres à préciser.
- Q₂₁** : Antécédents obstétricaux : /...../
- a) Gestité : /...../
- b) Parité : /...../

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

- c) Nombre d'enfant vivant : /...../
d) Nombre d'avortement : /...../
e) Intervalle inter génésique : /...../
f) Nombre de césarienne : /...../
g) Délai de la dernière césarienne :
Q₂₂ : Nature de la grossesse actuelle : /...../ 1 : pathologique ; 2 : non pathologique
Si pathologique la quelle :
Q₂₃ : Age gestationnaire : /...../ 1 : Premier trimestre ; 2 : 2eme trimestre ; 3 : 3eme trimestre.
Q₂₄ : CPN : /...../ 1 : oui ; 2 : non.
a) Nombre : /...../
b) Qualification de l'auteur :
c) Lieu :
d) VAT : /...../ 1 :   jour ; 2 : non   jour
e) Prophylaxie anti palustre : /...../ 1 : oui ; 2 : non

II- Examen clinique à l'entrée

1-Signes généraux :

- Q₂₅ : Etat général : /...../ 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré.
Q₂₆ : coloration des conjonctives : /...../ 1 : colorées ; 2 : légèrement p les ; 3 : très p les
Q₂₇ : Température : /...../ 1 : inf ou= à 37.5  C ; 2 : sup.à 37.5  C
Q₂₈ : Chiffres tensionnels : /...../ 1 : inf à 14/9 ; 2 : entre 14/9 et 16/10 ; 3 : sup.à 16/10
Q₂₉ : Pouls : /...../ 1 : inf à 100 pulsations/mn ; 2 : entre 100 et 120 ; 3 : filant ; 4 : imprenable.

2-Signes cardio-vasculaires

- Q₃₀ : Tachycardie : /...../ 1 : Oui ; 2 : non
Q₃₁ : Etat de choc : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

3-Signes neurologiques

- Q₃₂ : Agitation : /...../ 1 : Oui ; 2 : non
Q₃₃ : Obnubilation /...../ 1 : Oui ; 2 : non
Q₃₄ : Coma : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

4-Examen obstétrical :

- Q₃₅ : Hauteur utérine(en cm) : /...../
Q₃₆ : Etat du col : /...../ 1 : sain ; 2 : non
Q₃₇ : Dilatation du col(en cm) : /...../
Q₃₈ : Métrorragie : 1 : absente ; 2 : minime ; 3 : moyenne ; 4 : abondante ; 5 : très abondante.

5-Etat de la femme en travail

- Q₃₉ : Durée du travail d'accouchement : /...../
1 : (inf.ou=12h) ; 2 : (13h-18h) ; 3 : (19h-24h) ; 4 : (25h-48h) ; 5 : sup.  48h ; 6 : inconnue.
Q₄₀ : Hauteur utérine : /...../ 1 : inf.à 36cm ; 2 : sup. Ou=36cm.
Q₄₁ : BDCF : /...../ 1 : présents et inf.   120 ; 2 : entre 120-160 ; 3 : sup ou=160 ; 4 : absents.
Q₄₂ : Nombre de contraction utérine pendant 10 minutes : /...../
Q₄₃ : Dilatation : /...../ 1 : incomplète ; 2 : complète.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

Q44 : Etat des membranes : /...../ 1 : Intactes ; 2 : rompues dans le service ; 3 : rompues hors du service.

Q45 : Aspect du liquide : /...../ 1 : clair ; 2 : teinté ; 3 : hématisé ; 4 : autres (à préciser).

Q46 : Examen clinique du bassin : /...../ 1 : normal ; 2 : pathologique.

Q47 : Présentation : /...../ 1 : sommet ; 2 : siège ; 3 : transverse ; 4 : front ; face.

Q48 : Niveau de la présentation : /...../ 1 : engagée ; 2 : non engagée.

Q49 : Phase du travail d'accouchement : /...../ 1 : Phase de latence ; 2 : phase active ; 3 : phase expulsive.

Q50 : Nombre de fœtus : /...../

III- Examens complémentaires

Q51 : Taux d'hémoglobine en urgence : /...../ 1 : Normal ; 2 : bas ; 3 : effondré ; 4 : non fait.

Q52 : Groupage rhésus en urgence : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

Q53 : TC : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

Q54 : TS : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

Q55 : Echographie : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

IV- Diagnostic

Q56 : Diagnostic retenu : /...../

1 : SFA ; 2 : rupture utérine ; 3 : PPH, 4 : hémorragie de la délivrance ; 5 : lésion des parties molles ; 6 : présentation dystocique ; 7 : DFP ; 8 : dystocie dynamique ; 9 : éclampsie ; 10 : procidence du cordon ; 11 : HRP ; 12 : avortement incomplet ; 13 : grossesse arrêtée ; 14 : autres (à préciser).

V- Prise en charge

Q57 : Hémorragie de la délivrance : /...../

1 : Révision utérine ; 2 : examen sous valve ; 3 : transfusion sanguine ; 4 : perfusion des macromolécules ; 5 : administration d'utérotoniques.

Q58 : Lésion des parties molles : /...../

1 : Suture sous anesthésie ; 2 : perfusion de soluté ; 3 : transfusion sanguine ; 4 : suture sans anesthésie.

Q59 : Avortement incomplet : /...../ 1 : aspiration ; 2 : curetage ; 3 : autres (à préciser)

Q60 : Rupture utérine : /...../ 1 : Hystérorraphie ; 2 : Hystérectomie ; 3 : autres (à préciser)

Q61 : Eclampsie : /...../ 1 : amniotomie ; 2 : perfusion d'ocytocine ; 3 : césarienne.

Q62 : Grossesse arrêtée : /...../ 1 : Oui ; 2 : non

Si oui

CAT :

Q63 : SFA : /...../

1 : forceps

2 : ventouse :

3 : Réanimation in utéro

4 : Césarienne

Si oui : type d'anesthésie : /...../ 1 : rachis ; 2 : AG 3 : péridurale, 4 : conversion

Perfusion de soluté : /...../ 1 : oui ; 2 : non

Transfusion sanguine : /...../ 1 : oui ; 2 : non

Q64 : Pour l'enfant : /...../ 1 : vivant ; 2 : mort-né ; 4 : décès néo-natal ; 5 : décès

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

intra-partum.

Si vivant : /...../ 1 : Apgar à la naissance : 2 : inf. ou=6 ; 3 : entre 7 et 9 ; 4 : 10.

Q₆₅ : Réanimé : /...../ 1 : oui ; 2 : non.

Si oui : /...../ 1 : suite bonne ; 2 : décès néonatal.

Q₆₆ : Si mort-né cause : /...../

1 : SFA ; 2 : RU ; 3 : PPH ; 4 : HRP ; 5 : éclampsie ; 6 : procidence du cordon ; 7 :
circulaire du cordon ; 8 : présentation dystocique.

Q₆₇ : Etat physique de l'enfant : /...../ 1 : normal ; 2 : malformé (à préciser)

Q₆₈ : Pour la mère : /...../ 1 : vivante ; 2 : décédée.

Q₆₉ : Nature des suites de couches : /...../

1 : Endométrite ; 2 : anémie ; 3 : septicémie ; 4 : thrombophlébites ; 5 : suppuration
pariétale ; 6 : lâchage.

Q₇₀ : Décès maternel : /...../ 1 : oui ; 2 : non

Si oui cause : /...../

1 : Hémorragie ; 2 : anémie ; 3 : arrêt cardiaque ; 4 : HTA et complications ; 5 :
infection.

Q₇₁ : Voie d'accouchement des mères décédées : /...../

1 : Voie basse ; 2 : voie haute ; 3 : avant accouchement.

Q₇₂ : Durée de l'hospitalisation en jour : /...../

Q₇₃ : Coût de la prise en charge : /...../

1 : Gratuit ; 2 : inf. à 10000f CFA ; 3 : entre 10000 et 25000 fcfa ; 4 : entre 25000 et
50000 fcfa ; 5 : entre 50000 et 100000 fcfa ; 6 : sup à 100000 fcfa.

Opinion

Q₇₄ satisfaction : 1 : OUI ; 2 : non si non pourquoi ?

FICHE SIGNALETIQUE :

Nom : CISSE

Prénom : SEKOU AMADOU

Titre de la thèse: Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Sominé DOLO de Mopti à propos de 281 cas

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé :

Les urgences obstétricales occupent une place importante dans l'activité globale de l'hôpital régional Sominé DOLO de Mopti en particulier dans le service de Gynéco-Obstétrique. Notre travail est une étude prospective basée sur 281 urgences obstétricales que nous avons enregistré durant 12 mois.

Parmi ces 281 urgences obstétricales près de la moitié est hors de Mopti.

Les évacuations ont représenté 71,17% et les référées 1,42%.

Les urgences obstétricales les plus importantes ont été : les hémorragies, les dystocies, l'HTA et ses complications la souffrance fœtale aigue avec respectivement 35,59% ; 28,82% ; 14,23% et 12,45%.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 73,66%. Les forceps représentent 10,68%, la laparotomie 6,76%, les accouchements dirigés (syntocinon) 6,05% autres (révision utérine+utérotoniques, tocolise suture des parties molles etc):2,85%.

La mortalité fœtale est de 33,45% ; la mortalité maternelle 11,03%.

Les primipares, les femmes jeunes , les grandes multipares , les évacuées, les analphabètes, les conditions socio-économiques défavorables constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

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

- Une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses.
- Une meilleure planification familiale.
- Un recyclage du personnel médical et para médical.
- Un équipement des centres médicaux.

Mots clés : Urgences, Obstétricales, mortalité, infection, hémorragie.

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*

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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 dès la conception.

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

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

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

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

Je le jure !

*PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES
A L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI*