

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

=====



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° / ___ /

**GROSSESSES A RISQUE DANS LE CENTRE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI A PROPOS DE 110
CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

De l'Université de Bamako

Par M. Mamadou T. KONE

Pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : Pr. Mamadou TRAORE

Membre : Dr. Issa DIARRA

Co-directeur : Dr. Niani MOUNKORO

Directeur : Pr. SY Aida SOW

I- INTRODUCTION

La grossesse est l'état de la femme enceinte, elle débute le jour de la fécondation et se termine le jour de l'accouchement.

Bien que physiologique, elle peut faire courir des risques à la gestante d'une part et au fœtus qu'elle porte d'autre part au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement.

Une grossesse à risque est une grossesse au cours de laquelle un état pathologique de la mère ou du fœtus peut faire craindre des complications pendant son cours au moment de l'accouchement (*petit Larousse*).

La grossesse à risque se définit comme une grossesse dont le déroulement est en tout point normal mais au cours de laquelle l'interrogatoire, la clinique et éventuellement les examens paracliniques, reconnaissent des indices révélateurs d'une probabilité supérieure à la moyenne de la population (bien portante) pour que survienne tel ou tel accident {YVE MALINAS}

Certains dangers pouvant apparaître lors des grossesses peuvent conduire au décès à la mère et/ou du fœtus d'où la nécessité d'une prise en charge correcte des grossesses.

Ainsi ; la mortalité maternelle est un sujet de préoccupation dans les pays en voie de développement où elle intervient pour 25% dans l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer... En effet, plusieurs millions de mères risquent de mourir pendant la grossesse et au moment de l'accouchement [30].

Environ 500000 femmes meurent dans le monde, selon les statistiques de l'OMS, pendant leur grossesse, leur accouchement ou dans le post partum immédiat, laissant derrière elles un million

d'enfants orphelins. Ce taux est très élevé et surtout dramatique dans les pays en voie de développement ou les taux enregistrés peuvent atteindre 15 à 20 fois les chiffres enregistrés dans les pays industrialisés [26].

Une étude réalisée en Ethiopie a montré que : chez les femmes en age de procréer, les décès maternels représentent 36% des mortalité féminines dont les 2/3 étaient liées a des causes obstétricales directes. Les risques au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement existent dans tous les pays mais varient d'un pays a un autre selon les conditions socio économiques.

Des études réalisées au mali ont permis de dire que l'association infection urinaire et grossesse représentent 07,99% [45].

Selon l'OMS, l'anémie atteint 30% à 70% des femmes enceintes, 80,99% des femmes ne reçoivent pas de supplément en acide folique au cours de la grossesse. L'association HTA et grossesse peut créer des complications paroxystiques si elle n'est pas bien prise en charge, ce cas représente 54,47% [39].

Le Mali est une zone d'endémie palustre, l'association paludisme sur grossesse représente 41,94% chez les femmes à niveau de vie socio économique très bas [12]

Le mariage précoce qui entre dans nos coutumes est lui aussi un facteur de risque.

Le statut matrimonial est également un facteur de risque, car les grossesses chez les célibataires sont très mal prises en charge^o; ce cas représente 44% [10].

Certaines complications sont aussi observées :

Les ruptures utérines, les pathologies obstétricales graves mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal.

La prématurité qui est la 1^{ère} cause des mortalités périnatales représentent 04,4% [43]

Tout ce-ci dénotent l'importance des risques rencontrés pendant la grossesse et au cours de l'accouchement dans notre pays, d'où la nécessité de la mise en place d'un système cohérent des CPN. Ces consultations ont pour objectif le dépistage de certaines anomalies au cours de la grossesse. Par contre, d'autres anomalies ne peuvent être dépistées qu'au cours du travail et après accouchement.

Jusqu'à maintenant malgré l'existence de nombreux risques aucune étude n'a été consacrée à ce thème au CSRef de Bougouni.

Ainsi il est apparu opportun pour nous de faire une étude sur ses grossesses et à risque dans le CSRef de Bougouni.

Alors nous nous sommes fixés ces objectifs suivants :

II- LES OBJECTIFS

I Objectif général :

Etudier les grossesses à risque à la maternité du CSRef de Bougouni du 04 janvier 2006 au 10 janvier 2007.

II Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des grossesses à risque dans le service pendant la période d'étude.
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des gestantes.
- Décrire les caractéristiques cliniques des gestantes.
- Rechercher les facteurs de risque les plus courants à la CPN.
- Décrire les caractéristiques liées à la grossesse actuelle et à son évolution.
- Décrire les caractéristiques des nouveaux nés.
- Déterminer le pronostic foeto-maternel

III- Généralité

I DEFINITION.

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

Le danger se concrétise pour la mère par :

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

Pour le fœtus, ce danger est triple :

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

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

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

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

II. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FŒTALES NEONATALES ET MATERNELLES

A. PRINCIPALES ETIOLOGIES DES MORTS FŒTALES ET NEONATALES

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

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

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

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

Les autres causes de mort foetale sont :

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

La mort foetale peut aussi être due aux causes suivantes :

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

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

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

B. LES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE

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

- les syndromes hémorragiques et les états de choc.

Ils représentent la première cause de mort maternelle :

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

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

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

Sont principalement :

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

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

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

III. LE DEPISTAGE DES GROSSESSES A RISQUE.

Il est réalisé grâce aux consultations prénatales obligatoires.

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

Objectifs des CPN :

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

Calendrier de CPN

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

- 1^{ère} CPN avant 3 mois ;
- 2^{ème} CPN vers le 6^{ème} mois;
- 3^{ème} CPN vers le 8^{ème} mois;
- 4^{ème} CPN vers le 9^{ème} mois.

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

Les activités préventives :

❖ *La vaccination antitétanique*

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

❖ *Le dépistage du VIH*

Le counseling est systématique.

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

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

A la mère

- dès la 28^{ème} semaine de la grossesse de 600mg d'AZT toutes

!Fin de formule inattendueLes douze heures.

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

Au nouveau-né

L'association Nevirapine et AZT comme suit :

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

❖ La Supplémentation

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

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

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

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

Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration

du fer et de l'acide folique, exceptionnellement la transfusion sanguine dans les formes sévères et décompensées.

Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses anémiantes, comme la bilharziose et l'ankylostomiase.

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

❖ **Le bilan prénatal**

Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

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

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

▪ **les examens complémentaires facultatifs**

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

On peut énumérer :

- la numération de la formule sanguine (NFS) ;
- la sérologie rubéole ;
- la sérologie toxoplasmose ;
- la goutte épaisse + frottis mince ;
- l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ;
- le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme ;
- la protéinurie de 24heures ;
- la glycémie à jeun ;

-le test de Coombs indirect ;

-l'échographie .Il est recommandé de faire au moins trois échographies :

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

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

-l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale ;

-la radiopelvimétrie...

La précocité de ce dépistage prévient souvent:

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

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

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

A. L'INTERROGATOIRE

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

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

- l'hypertension artérielle
- le Diabète ;
- les néphropathies, les insuffisances respiratoires, infections urinaires à répétition, affection thyroïdienne etc.

2) Les antécédents gynéco –obstétricaux

Ils doivent être aussi précisés :

- avortements à répétition (malformations utérines, béance cervico- isthmique) ;
- mort fœtale in utero (toxémie, diabète) ;
- mort néonatale (accouchement prématuré, traumatisme obstétrical, malformation fœtale) ;
- existence d'un utérus cicatriciel (césarienne antérieure ou laparotomie pour rupture utérine, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine) ;
- immunisation rhésus.

3) Rechercher les autres antécédents chirurgicaux.

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

- âge, inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans,
- multipartite : (à partir de cinq accouchements),
- obésité maternelle,
- poids de la femme inférieur à 45 kg
- stérilité de longue durée,
- conditions de vie difficile.

B. L'EXAMEN GENERAL

- Les signes généraux comme la fièvre, la pâleur conjonctivale, l'ictère, l'œdème seront recherchés.
- La recherche du trépied toxémique par la prise de la tension artérielle:
 - excès pondéral ou œdème ;
 - hypertension artérielle ;
 - albuminurie.

- Le dépistage du diabète :

- recherche de glycosurie

- La découverte d'une cardiopathie :

- signes fonctionnels (dyspnée

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

C. L'EXAMEN OBSTETRICAL

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

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

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

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

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

- une affection cervicale ;

- un placenta praevia ;

- un hématome retroplacentaire ;
- une rupture utérine.

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

- une rupture prématurée des membranes (RPM) ;

La rupture prématurée des membranes se complique le plus souvent :

- d'accouchement prématuré,
- de chorioamniotite.

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

➤ un excès de volume utérin, lié à :

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

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

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

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

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

1. SURVEILLANCE CLINIQUE.

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

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

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

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

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

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

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

2. SURVEILLANCE PARACLINIQUE

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

-L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal

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

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

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

- Le phonocardiogramme :

Il a été le premier signal utilisé .Il est recueilli sur l'abdomen de la mère au foyer de perception des bruits du cœur, et a l'avantage d'être employé pendant la grossesse .Il traduit ce que l'oreille entend à l'auscultation ; il reproduit les fuseaux classiques des deux bruits du cœur, permet la mesure de la systole et de la diastole, donc de chaque période cardiaque. Mais le capteur microphonique étant très sensible, est souvent perturbé par des bruits parasites .La définition du signal est médiocre et son obtention plus difficile dans certaines circonstances :

grossesse jeune, femme agitée fœtus très actif, obésité, excès de liquide.

- L'électrocardiogramme direct :

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

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

- L'ultrasonogramme à effet doppler :

Est un signal complexe, dont la qualité varie avec le type capteurs (mono foyer ou multi foyer) et la largeur du faisceau ultrasonore.

❖ ANALYSE DES TRACES.

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

- Le rythme de base :

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

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

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

Les bradycardies se définissent par une fréquence inférieure à 120 battements par minute. Elles peuvent être faibles (100-119 battements par minute) ou marquées (≤ 99 battements par minute.).

-Les variations :

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

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

❖ CONCLUSION : INTERPRETATION

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

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

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

Ral. : Ralentissement

Osc : oscillation

FB : fréquence de base

Bpm : battement par minute

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

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

-L'examen du liquide amniotique.

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

-L'amnioscopie.

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

On vérifie alors :

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

*La couleur du liquide : normalement claire et opalescente.

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

AVANTAGES :

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

Cette méthode a révolutionné la surveillance de certaines grossesses pathologiques au cours desquelles on peut craindre une souffrance foetale par hypoxie avec émission de méconium par le fœtus.

- Le score biophysique de MANNING :

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

- Les mouvements respiratoires fœtaux sont étudiés sur une coupe échographique longitudinale incluant le thorax et l'abdomen ; le diaphragme effectue les mouvements de descente, suivis d'un retour à la position initiale. Ces mouvements sont intermittents, des salves de mouvements rapides étant séparées par des phases d'apnée .Le test est considéré normal quand l'activité des muscles respiratoires a été observée pendant au moins 30 secondes.
- Les mouvements fœtaux correspondent à des mouvements n'intéressant qu'une partie du corps , notamment les mains et les bras .Le test est normal quand on peut observer au cours des 30 minutes au moins trois épisodes de mouvements.
- Le tonus fœtal est apprécié par la présence de mouvements plus vifs tels que extension de la colonne vertébrale, ouverture de la main et retour à la position initiale .La visualisation de l'ouverture de la main n'est pas un critère obligatoire pour affirmer que le tonus est normal ; par contre il est anormal de constater une main qui est ouverte pendant les 30 minutes d'observation.
- La quantité de liquide amniotique est évaluée par la mesure de la flèche de la plus grande citerne qui doit normalement être supérieure à 2 cm .La mesure ne doit pas être faite sur une citerne qui contient des boucles de cordon..
- La courbe de fréquence cardiaque fœtale sert à apprécier la réactivité dont la normalité peut être affirmée sur la présence d'au moins deux épisodes d'accélération, ayant une amplitude de plus de 15 battements par minute, durant au moins 15 secondes et en rapport avec des mouvements fœtaux.

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

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

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

-la vélocimétrie doppler

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

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

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

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

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

- **Le doppler ombilical**

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

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

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

- **Le doppler utérin**

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

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

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

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

- une vitesse en diastole abaissée (rapport S/D est supérieur à 2,6);

- une modification du profil du spectre du fait de la présence d'une incisure protodiastolique, appelée « notch ». Ce notch se présente sous la forme d'une cassure avec présence d'une encoche au niveau du 2^e changement de pente.

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

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

- **Le doppler cérébral**

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

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

Considérant que la grande dispersion des valeurs normales de ces deux index est en partie due aux différences de fréquences cardiaques fœtales, Arbeille et collaborateurs ont proposé, pour réduire les variations individuelles et améliorer la sensibilité de la méthode, de calculer le rapport de l'index cérébral sur l'index placentaire. Normalement supérieur à 1, celui-ci serait pathologique au dessous de cette valeur.

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

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

En conclusion.

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

La vélocimétrie ombilicale explore le versant fœtal de la circulation placentaire et donc, dans une certaine mesure, le potentiel de croissance fœtale. La vélocimétrie utérine étudie le versant maternel de la circulation placentaire. Elle devrait, théoriquement, être modifiée plus précocement que la vélocimétrie ombilicale en cas d'hypotrophie d'origine vasculaire. Schématiquement, on peut considérer que, si la mesure de l'index du flux ombilical a un but diagnostique de retard de croissance intra

utérin, la mesure du doppler utérin poursuit un but prédictif et permettrait d'individualiser les grossesses qui verront apparaître, secondairement, un retard de croissance intra utérin.

V. LES TRAITEMENTS AU COURS DES GROSSESSES A RISQUE.

1. Traitement médical.

a : En cas de menace d'accouchement prématuré :

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

Ce traitement sera associé si possible à un traitement étiologique.

B : En cas de diabète

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

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

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

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

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

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

2. Traitement obstétrical

L'accouchement avant terme est envisagé sur :

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

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

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

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

La confrontation entre obstétriciens et pédiatres est fondamentale.

L'accouchement est le plus souvent obtenu par césarienne.

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

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

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

 surveillance obstétricale clinique :

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

cuir chevelu, l'acidose est un signe de souffrance fœtale (PH inférieur à 7,20).

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

IV - METHODOLOGIE

1. *Cadre et lieu d'étude : Le CSRef du cercle de Bougouni.*

➤ *HISTORIQUE :*

L'une des plus vieilles villes du Mali et la capitale de la région de (Banimonotié). Le bani et le mono sont deux fleuves la traversant, (tié) qui veut dire entre. Selon une version, au départ, le village serait essentiellement constitué de multiple petites huttes ou de cases occupées par des patients et leurs proches venus en traitement médical, d'où cette appellation Bougouni (petite case) en bambara.

La présence des colonisateurs français remonterait à 1893. le 10 juillet 1894, le colon transféra la capitale administrative de faragouaran à Bougouni, village distant de 45km. Le 1^{er} administrateur fut le lieutenant Gouraud.

Bougouni est jumelée à la ville française d'Aurillac.

➤ *-ASPECTS GEOGRPHIQUES :*

Située entre le Bani et le Mono, bougouni est un véritable carrefour. La route nationale traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako, à 160km, et Sikasso, 210km.

Elle est limitée :

Au Nord par Bamako

Au Sud par le cercle de yanfolila

A l'Est par le cercle de Sikasso

A l'Ouest par la Guinée

La est située dans un bas fond et a une superficie de 70000 hectares.

-Climat et végétation :

Le climat est de type soudanien, comprenant une saison sèche, une saison pluvieuse. La savane arboreuse constitue essentiellement la végétation.

Les essences dominantes :

Le karité, le néré, le cailcédrat, le baobab, le kapokier, le fromager.

-Hydrographie :

Le réseau hydrographique est fourni par le bani et mono affluent des fleuves Niger et Sénégal respectivement.

- Les voies de communications :

Elles sont constituées essentiellement de :

Axe bamako-bougouni

Axe bougouni-sikasso-cote d'ivoire

Axe bougouni yanfolila –guinée

Et une centrale téléphonique depuis 1984

Et la téléphonie mobile (malitel orange)

En 2004, la ville comporte trois stations FM (kafokan, Banimonotié, badiana)

-Population :

C'est une ville cosmopolite à l'image du Mali. Les deux ethnies dominantes : les bambaras et les peulhs.

La population est de 251987 habitants repartis entre 481 villages et 26 communes

Le dialecte parlé est le bambara

- Religion

Trois cultes dominent la religion du cercle : il s'agit par ordre de priorité de l'islam, du christianisme, et de l'anémisme.

-Economie et finance :

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

Des ONG tels que l'HELVETAS et le GAGGES opèrent dans la zone dans les secteurs clé comme la décentralisation, la foresterie et l'hydraulique villageoise.

-Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la CMDT y possède 2 unités importantes. L'installation des banques (BNDA, BDM), des caisses d'épargnes et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce, bougouni est devenu un pôle d'attraction des investisseurs de par sa position géographique.

1-1-LES LOCAUX

Ce centre fut un dispensaire à partir de 1946 ensuite érigé en CSRef en 1996. Situé en plein centre ville de bougouni au bord droit de la route bitumée allant de Massabla coura au bureau de la préfecture.

L'accessibilité entre les CSCoM et le CSRef est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCoM à 175km du CSRef.

La situation des services se présente de la façon suivante :

- Un bloc d'hospitalisation médecine
- Un laboratoire
- Un bloc d'odontostomatologie
- Une salle de consultation
- Une salle de radiologie
- Deux blocs de chirurgies
- Un bloc administratif et une salle de réunion
- Une antenne santé mentale
- Une antenne d'ophtalmologie
- Trois dépôts de ventes de médicaments essentiels

-Un bloc de maternité

1-2-LE PERSONNEL:

4 médecins généralistes

6 faisant fonction interne

8 techniciens de santé

3 techniciens de labo

3 Sages femmes

4 infirmières obstétriciennes

3 matrones

Un assistant médical en santé mental

Un assistant médical en odontostomatologie

Un assistant médical en santé publique

Un assistant médical en anesthésie

Un technicien sanitaire un secrétaire dactylo

2 comptables et une caissière

2 chauffeurs

4 manœuvres

3 aides soignants

Les taches du personnel

Médecins : ils assurent

Les consultations gyneco-obstétricales,

La visite des malades hospitalisés

L'encadrement des étudiants

Les interventions chirurgicales

Les FF-internes : ils assurent

La garde d'urgence

Le suivi des malades hospitalisés

Les consultations externes

Major

Il supervise les soins pré et post opératoires, il s'occupe de la statistique des malades hospitalisés de l'encadrement des stagiaires (infirmiers et aides soignants), de la gestion des malades hospitalisés

Sages femmes : elles font

Les CPN

Le planning familial

Elles tiennent les statistiques des accouchements

Elles s'occupent de l'encadrement des stagiaires

Elles assurent la garde, l'accueil des femmes en travail, les accouchements.

Les infirmiers : ils assurent

La garde, les soins aux opérées, aux accouchées et aux nouveaux nés.

Manœuvre : le nettoyage des salles

Le transport des malades dans les salles

2-TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude transversale prospective

3-PERIODE D'ETUDE ;

Elle s'est étendue sur 12 mois (04 janvier 2006 au 10 janvier 2007)

4-POPULATION ETUDIEE : Les femmes enceintes

Critère d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- Toutes les gestantes venues d'elles-mêmes en consultation prénatale et dont la grossesse comporte un risque et qui ont été par ailleurs suivies jusqu'à l'accouchement.
- Toutes les gestantes référées au service pour grossesse à risque et suivies jusqu'à l'accouchement.

Nous avons retenu les facteurs de risque suivants :

I AGE :

- Inférieur ou à 18 ans.
- Supérieur ou égal à 40 ans
- Primipare âgée, supérieur à 30 ans.

II ANTECEDENTS

- Antécédent d'avortements à répétition supérieur ou égal à 3.
- Antécédents d'accouchements prématurés à répétition supérieur à ou égal 03
- Antécédent de morts nés à répétition supérieur ou égal à 03.
- Intervalle intergenesique <24 mois.
- Grande multigestivité supérieur ou égal à 07 accouchements.
- Grande multiparité supérieur ou égal 07 accouchements.
- Grossesse sur utérus cicatriciel.

III MORPHOLOGIE GENERALE

- Poids de la femme inférieur à 45 kg.
- Poids de la femme supérieur à 90 kg.

IV LES GROSSESSES PATHOLOGIQUES.

- Grossesse multiple supérieur ou égal à 2.
- Grossesse et pathologie du liquide amniotique (OLIGOAMNIOS OU HYDRAMNIOS)
- Grossesse à terme et présentation vicieuse (front, transverse).
- Grossesse a terme avec hauteur utérine excessive supérieur à 36cm.
- Grossesse intra utérine évolutive et métrorragies du premier trimestre.
- Grossesse et métrorragie du 3^{ème} trimestre
- Grossesse avec terme dépassé à 42 semaine d'aménorrhée.

V LES PATOLOGIES ASSOCIEES A LA GOSSESSE.

- Grossesse et anémie avec taux d'Hb < 11g/dl
- Grossesse et paludisme.
- Grossesse et infection urinaire.
- Grossesse et diabète.
- Grossesse et HTA avec, TA systolique supérieur ou égal à 14cm.hg et/ou diastolique supérieur ou égal 09cm.hg.
- Grossesse et sérologie HIV positive.
- Grossesse et sérologie syphilitique positive.
- Grossesse et toxoplasmose.
- Grossesse et rubéole
- Grossesse et anomalies du bassin
- Menace d'accouchement prématuré.
- Souffrance fœtale chronique.

Critère de non inclusion

Toute grossesse et accouchement identifié comme non à risque prise en charge dans le service

5-COLLECTE DES DONNEES :

Support des données :

Ils ont été :

Les questionnaires aux malades

Les dossiers obstétricaux

Les carnets de CPN

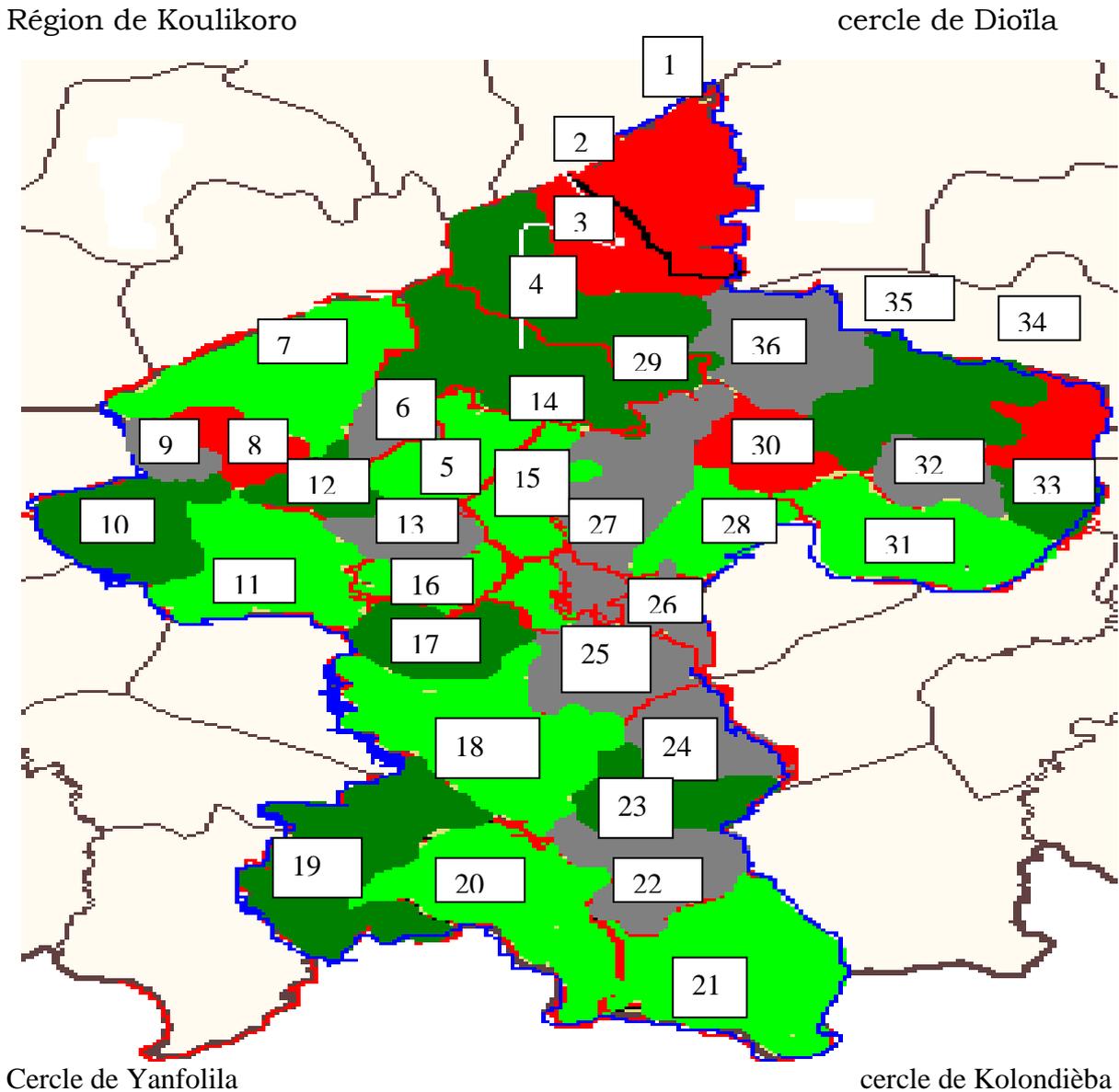
Les registres de CPN

Les registres d'accouchement

6-ANALYSE DES DONNEES

Les questionnaires ont été enregistrés analysés sur le logiciel SPSS version 12.0

Figure 1 : Carte sanitaire révisée de 2002 du cercle de Bougouni:



1 : Méridiéla	11: Faragouaran	21 : Bamba	31: Koumantou
2 : Diban	12 : Sakoro	22 : Bazana	32: Kola
3 : Dogo	13 : Kokélé	23 : Ouroumpana	33: Niamala
4 : Toba	14: Bougouni-Est	24: Dèfina	34: Wola
5 : Sido	15 : Bougouni-Sud	25 : Djinè	35: Sanso
6 : Banantoumou	16 : Bougouni-Ouest	26 : Kléssokoro	36 : Domba
7 : Kéléya	17 : Kologo	27 : Todougou kolondiè	
8 : Ouroun	18 : Garalo	28 : Zantiébougou	
9: Sientoula	19 : Mafèlè	29 : Mamissa	
10 : Tora	20 : Manankoro	30 : Dèbelin	

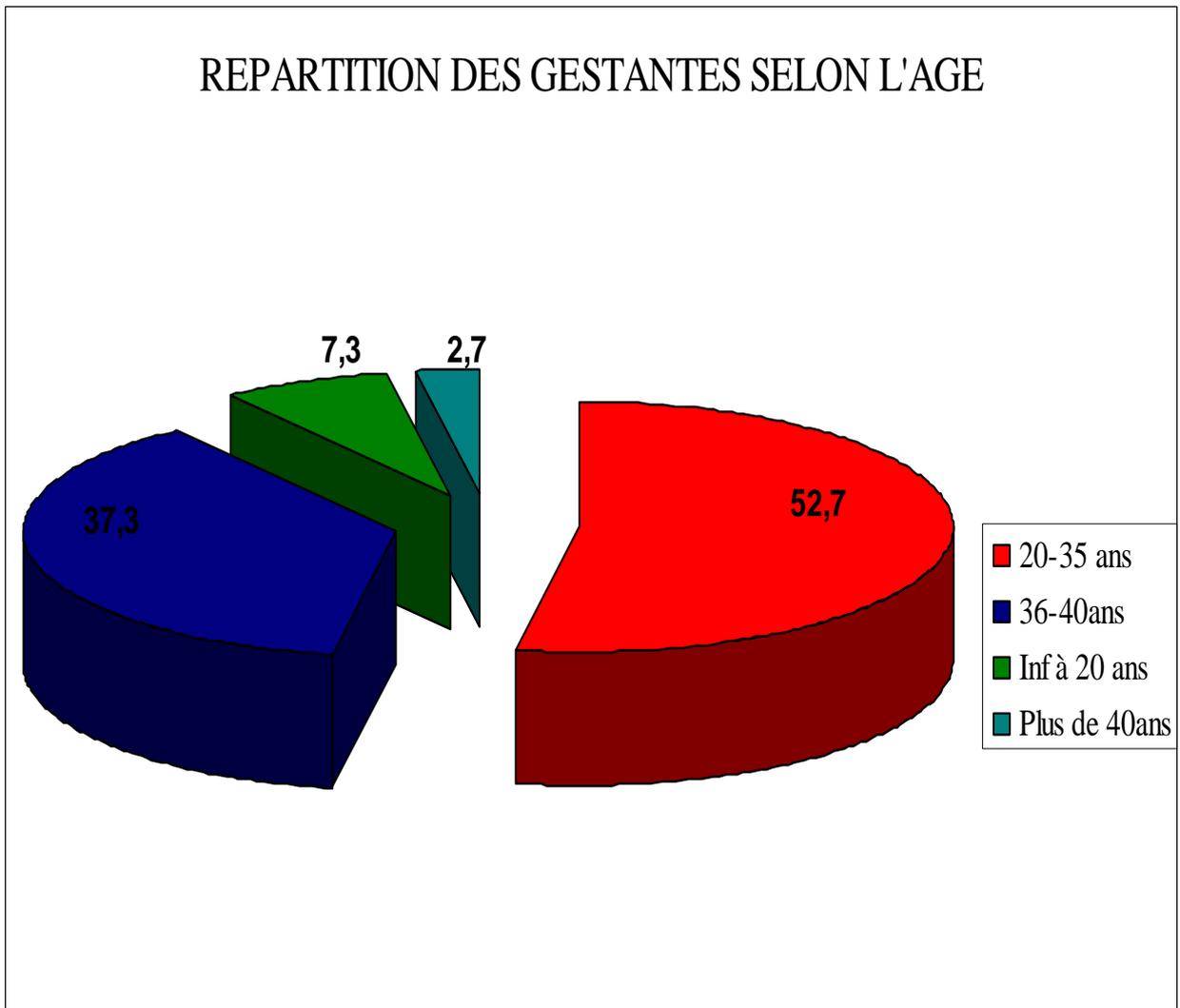
V- RESULTATS

FREQUENCE :

Du 04 janvier 2006 au 10 janvier 2007, 245 femmes ont été prises en charge au service de maternité du centre de santé de référence de Bougouni, parmi lesquelles 110 ont présenté une grossesse à risque soit une fréquence de 44,89%.

LES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES GESTANTES

Figure 1 : Répartition des gestantes selon l'âge

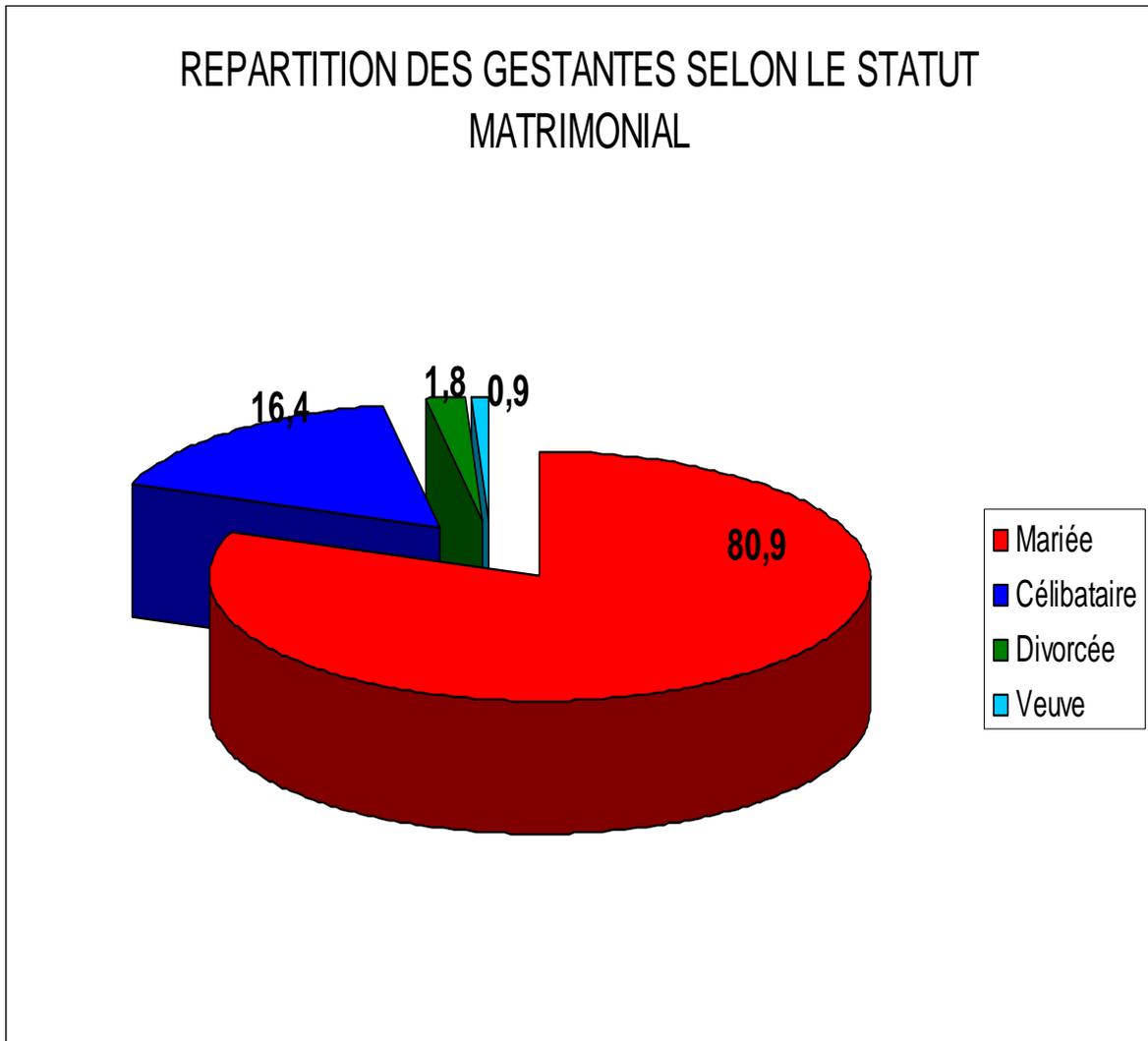


La tranche d'âge entre 20-35 ans a représenté 52,7%

Les âges extrêmes ont été de 17ans et 43ans

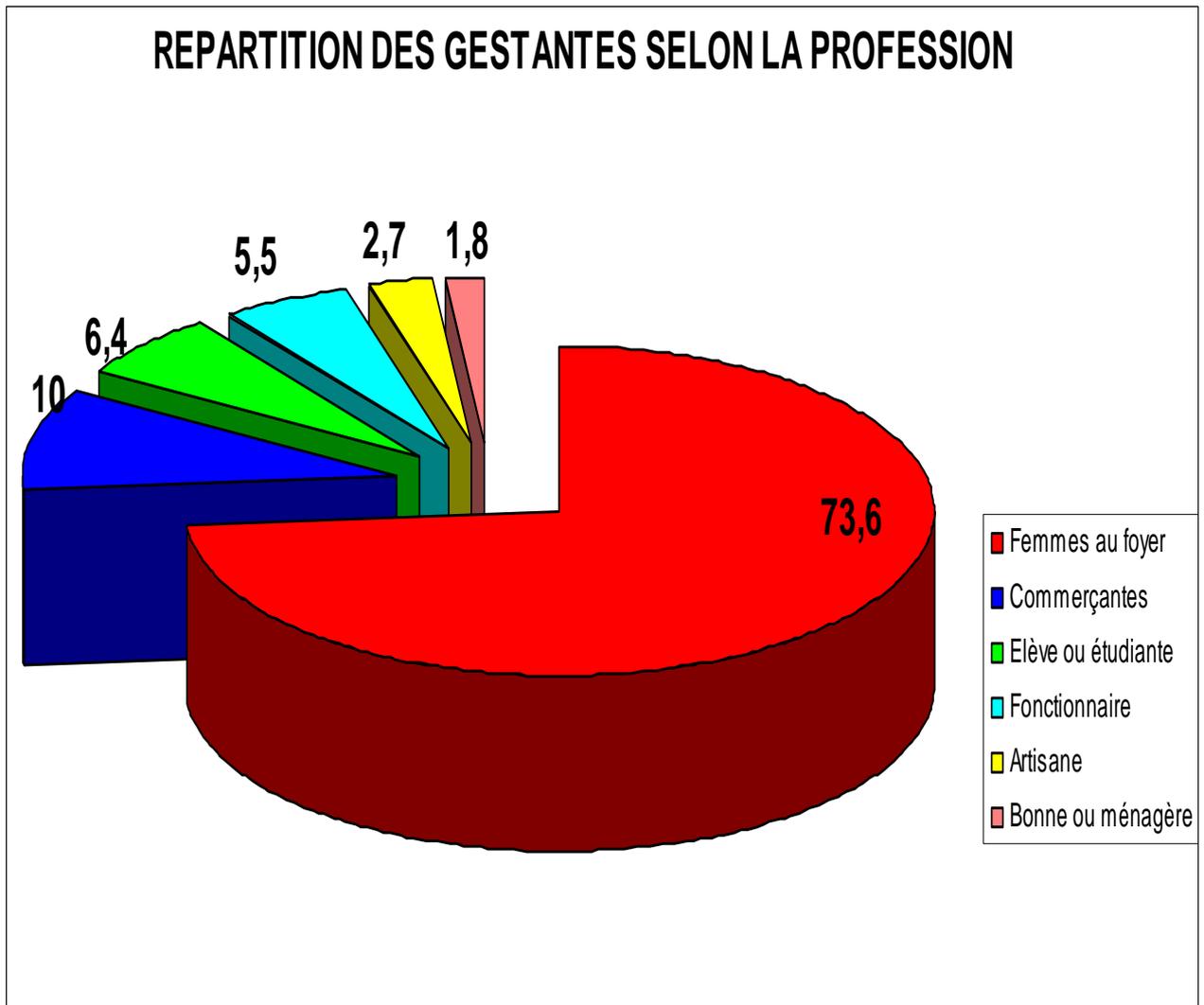
L'âge moyen était de 30ans

Figure2: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial.



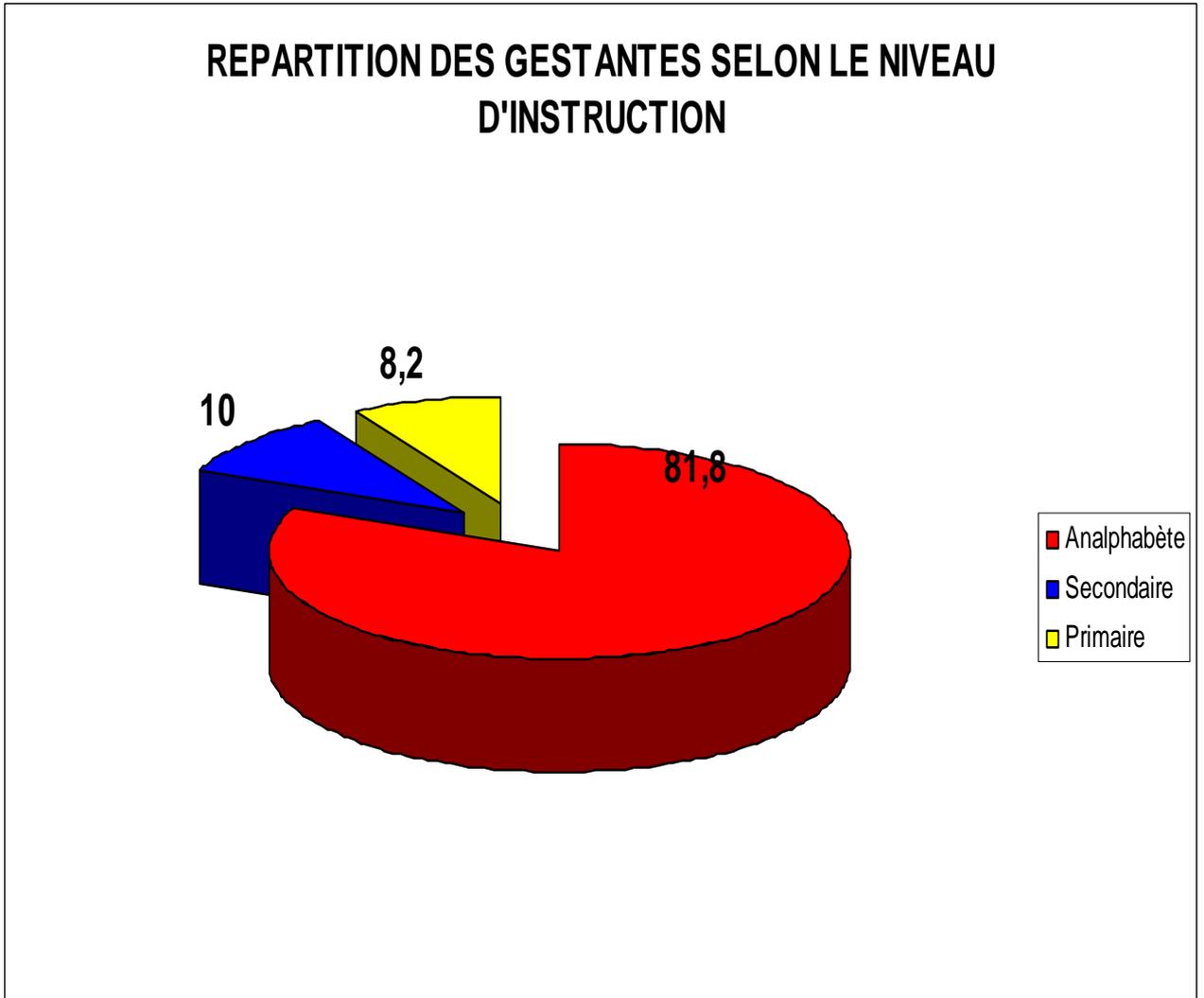
Les gestantes célibataires ont représenté dans ce lot 16,4%.

Figure3: Répartition des gestantes selon leur profession.



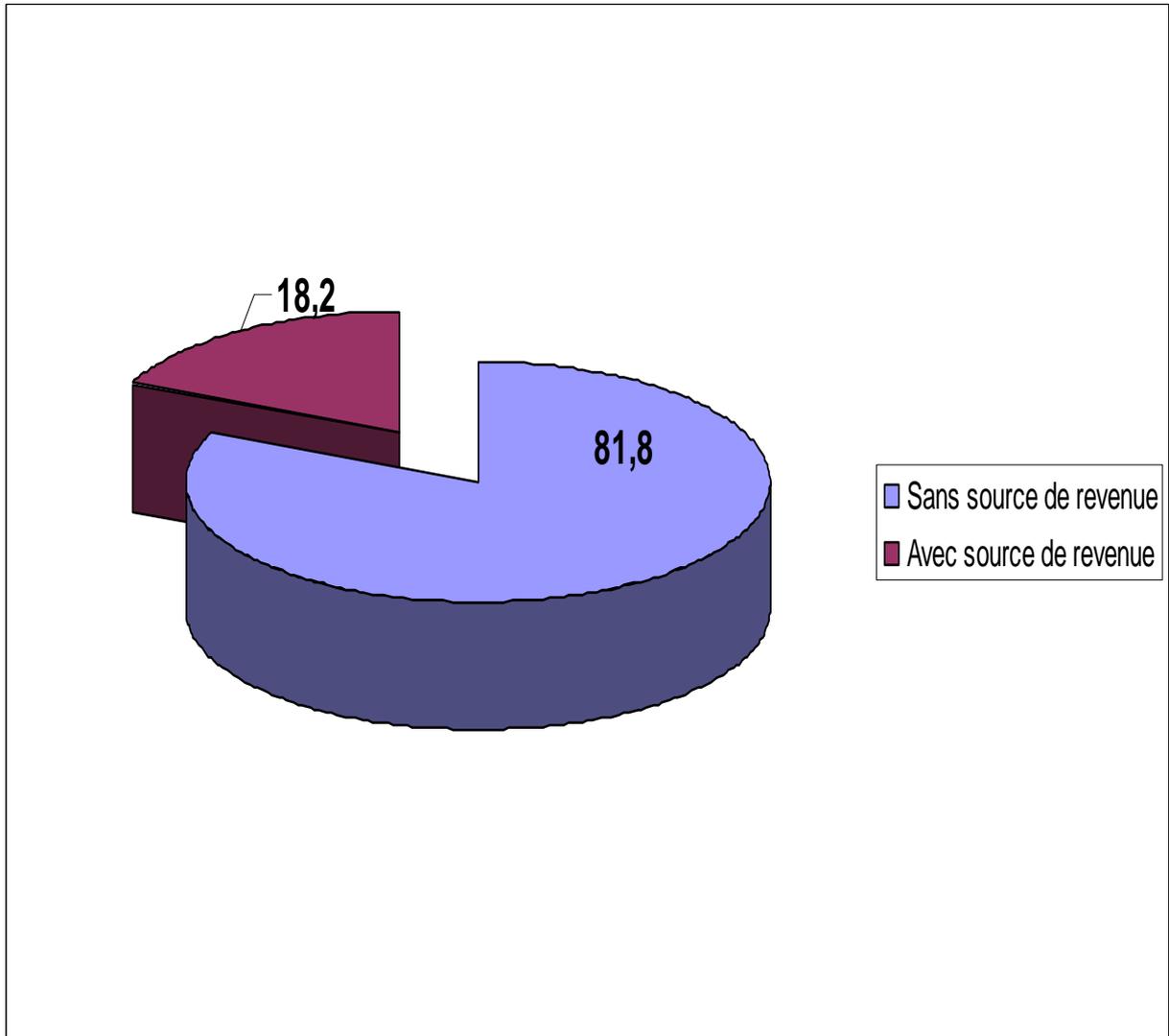
73,6% des gestantes étaient des femmes au foyer.

Figure 4: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.



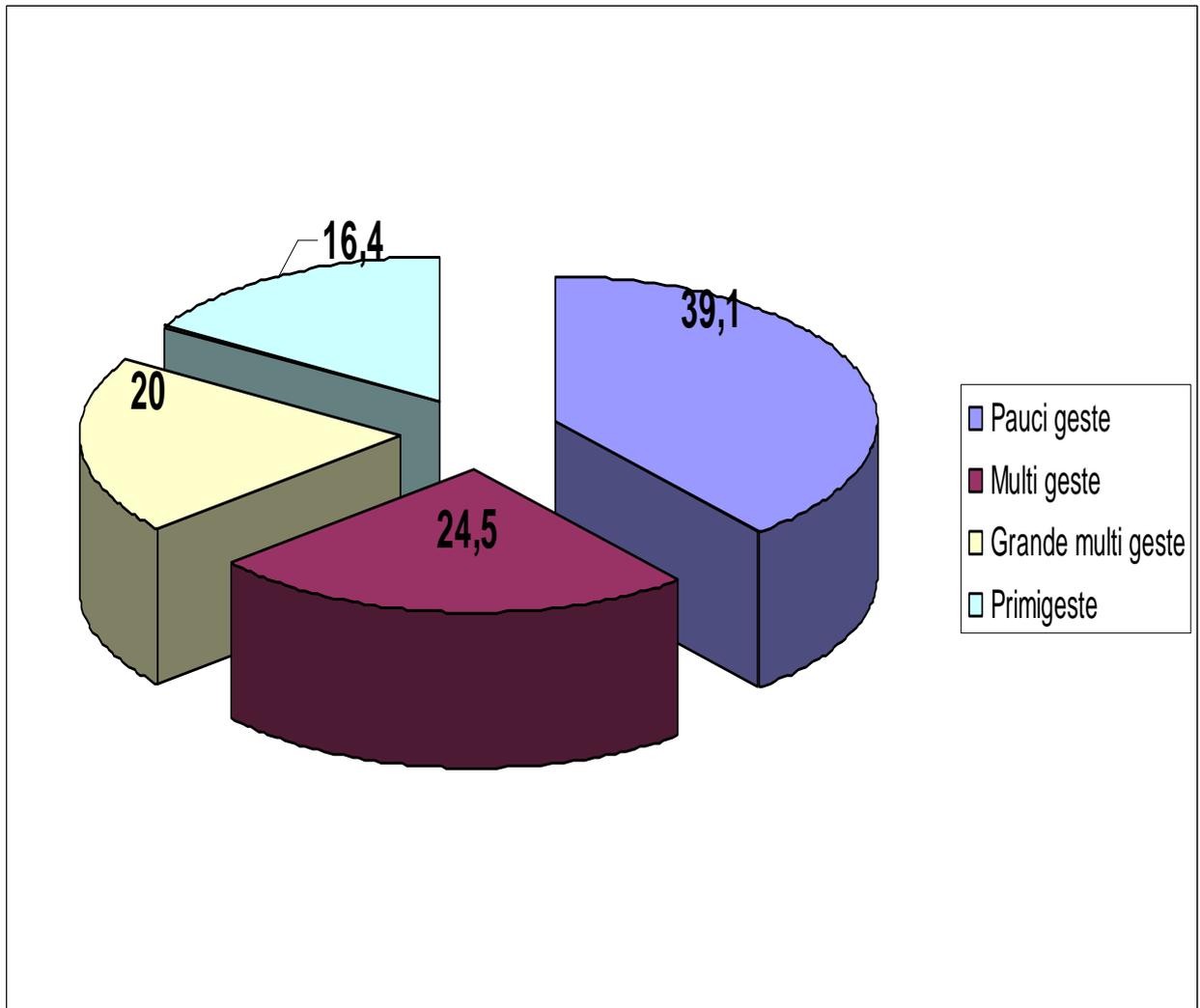
81,8% des gestantes étaient des analphabètes.

Figure 5: Répartition des gestantes selon la source de revenu.



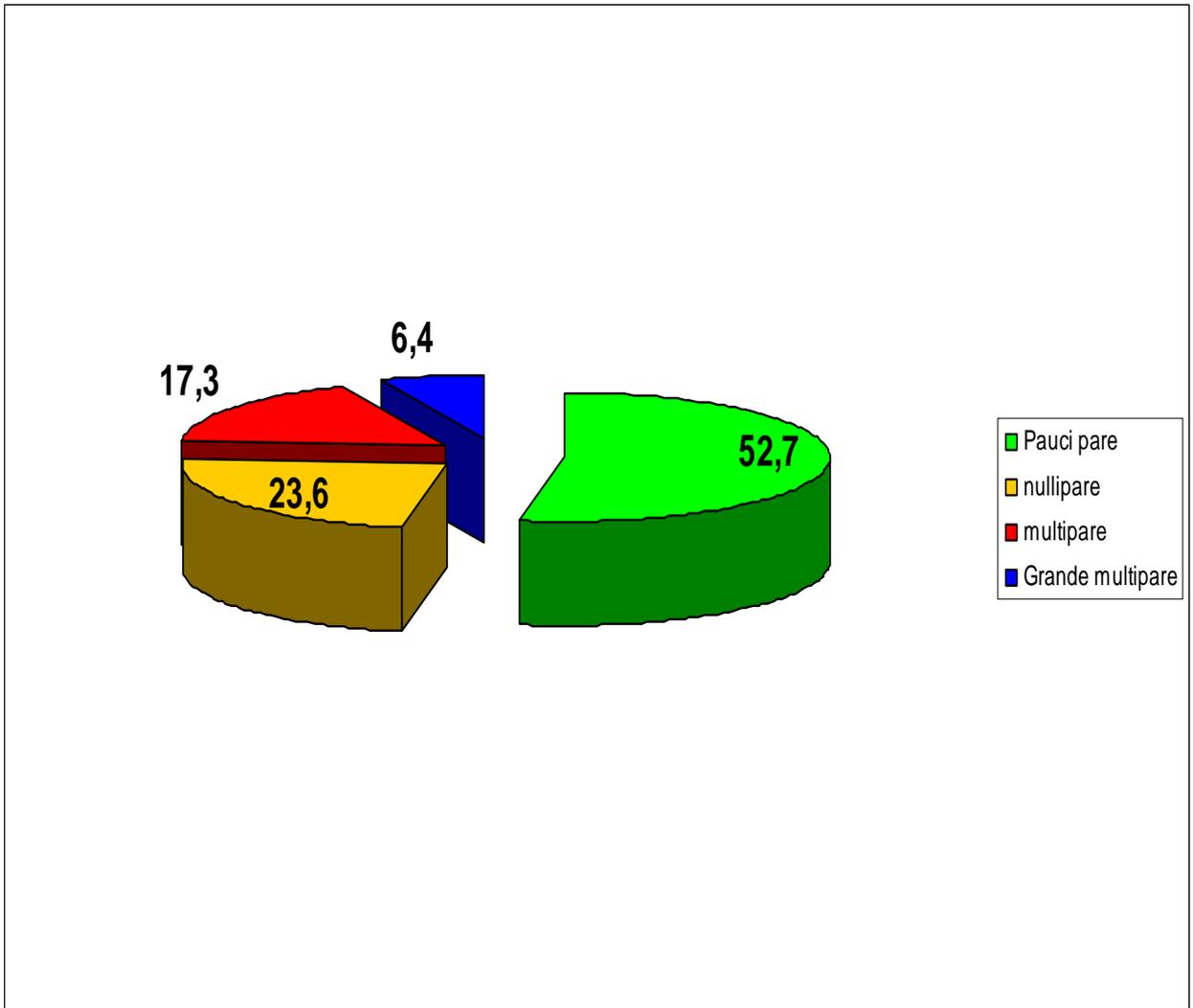
Les gestantes vivant sans source de revenu ont représenté 81,8%.

Figure 6: Répartition des gestantes selon la gestité.



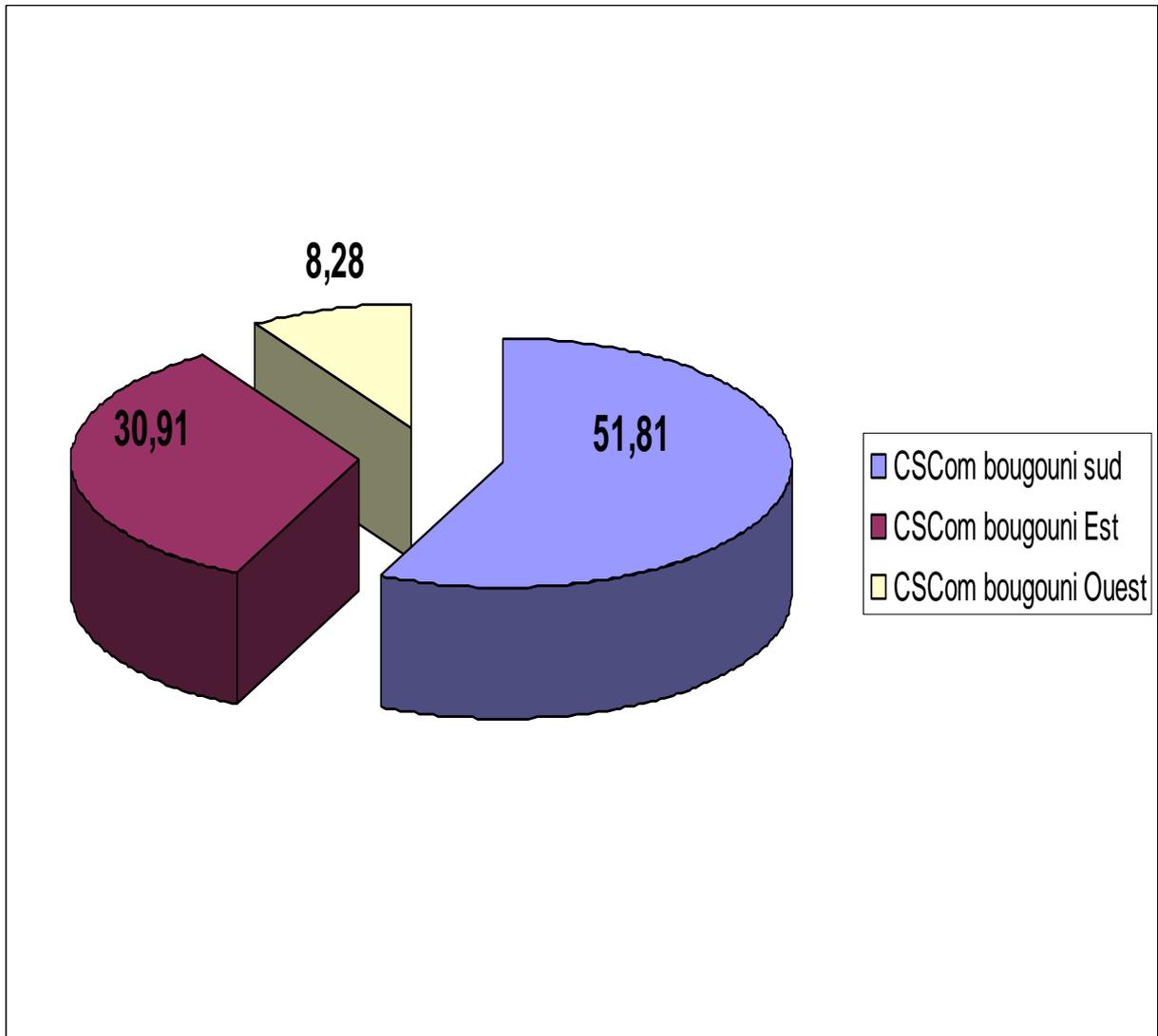
Les primigestes et les grandes multi gestes ont représenté respectivement 16,4% et 20%

Figure 7: Répartition des gestantes selon la parité.



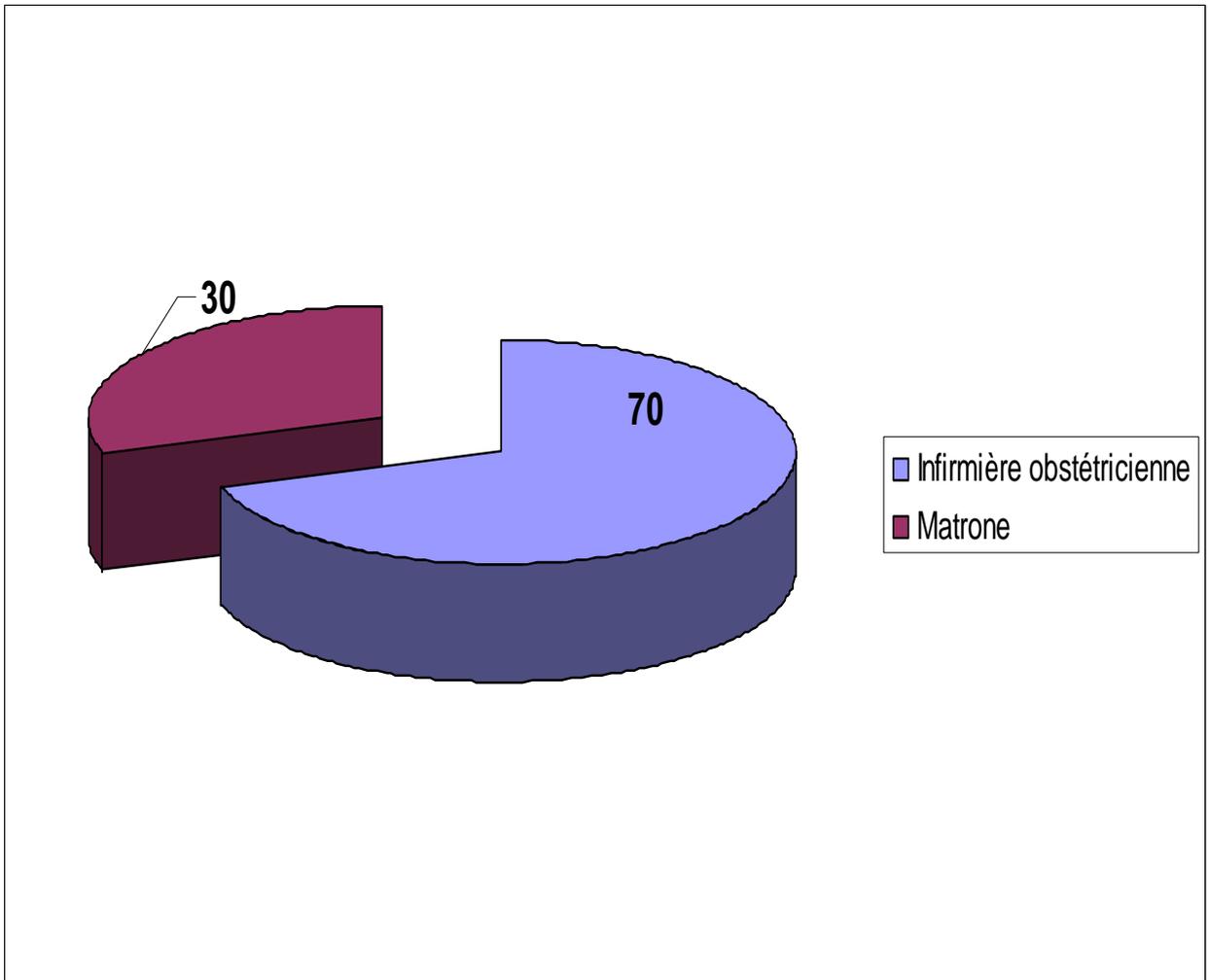
Dans cette série les pauci pares ont représenté 52,7%

Figure 8 : Répartition des gestantes en fonction de la provenance.



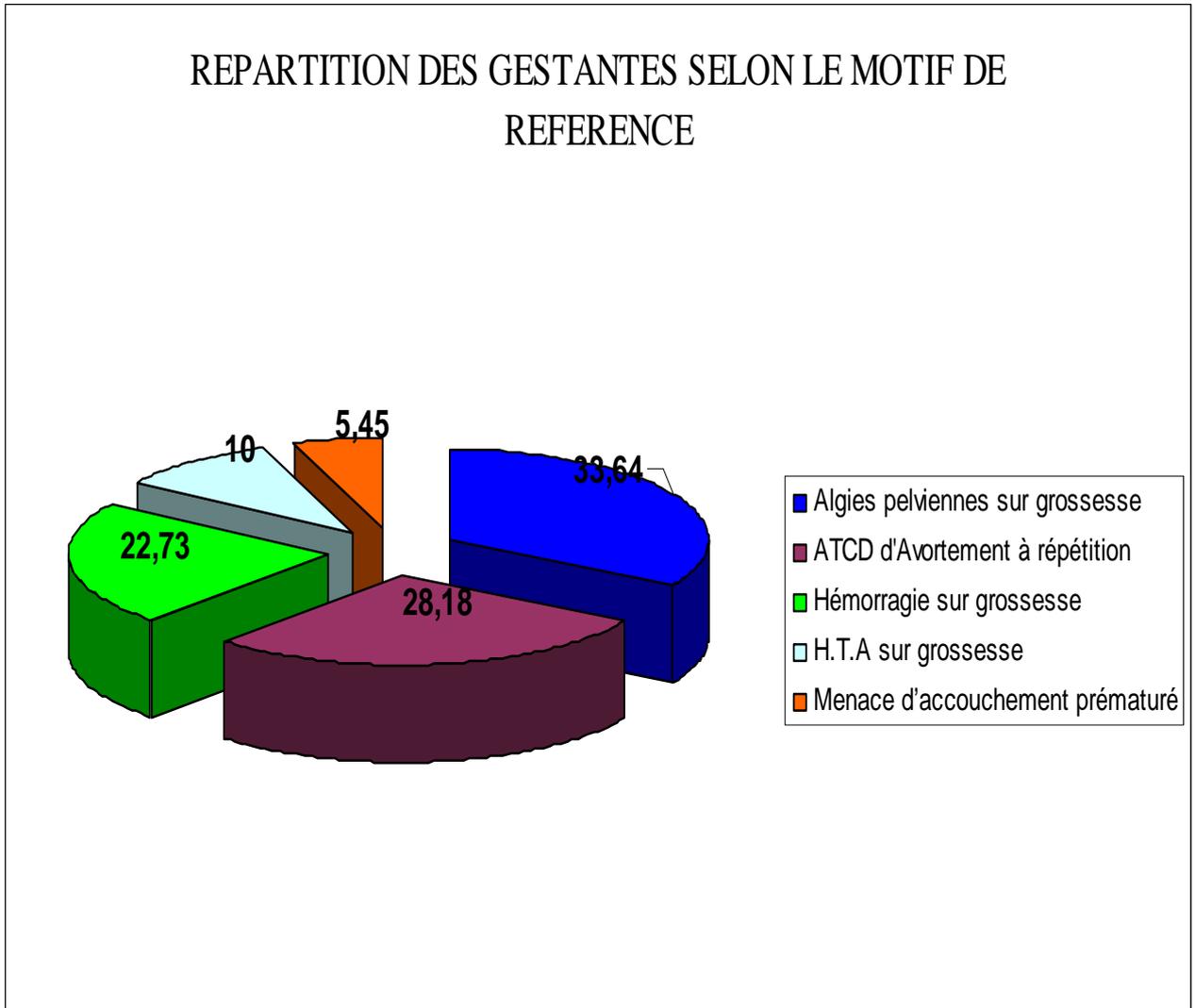
51,81% des femmes venaient du CSCom de bougouni sud.

Figure 9: Répartition des gestantes selon le profil de l'auteur de référence.



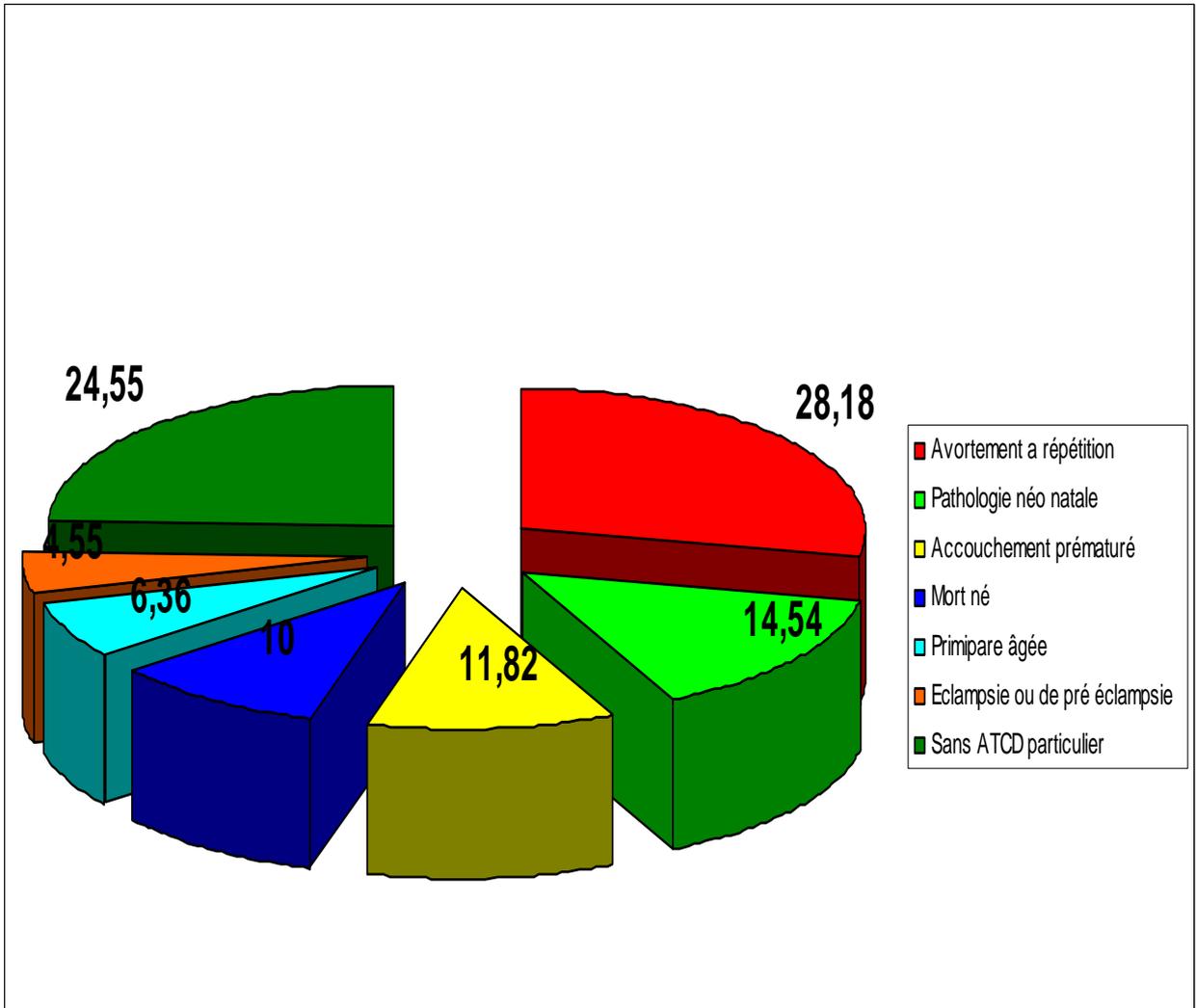
70% des femmes ont été référées ou évacuées par les infirmières obstétriciennes.

Figure 10: Répartition des gestantes selon le motif de référence.



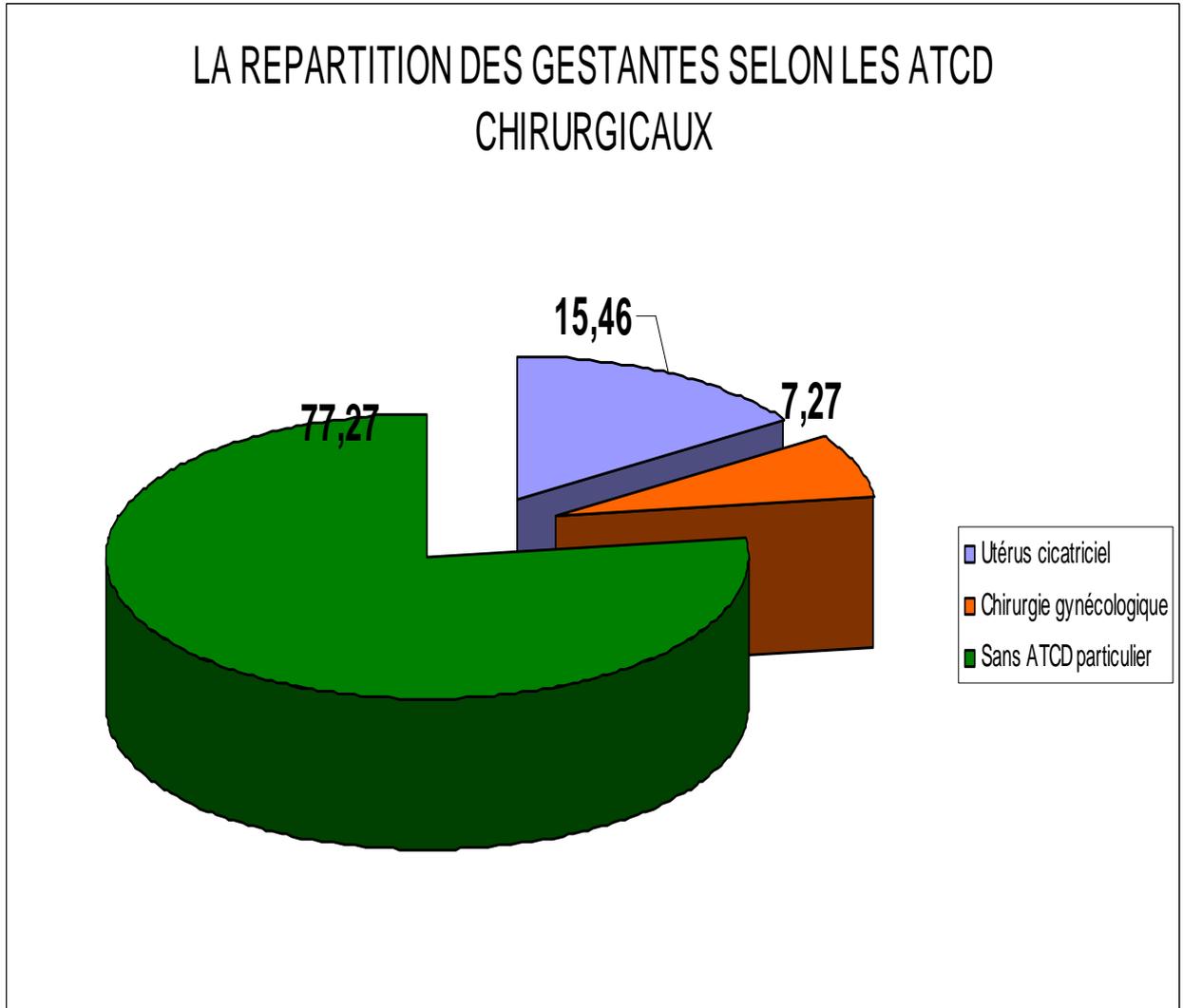
33,64% des gestantes étaient référées pour algies pelviennes.

Figure 11: Répartition des gestantes en fonction des antécédents obstétricaux



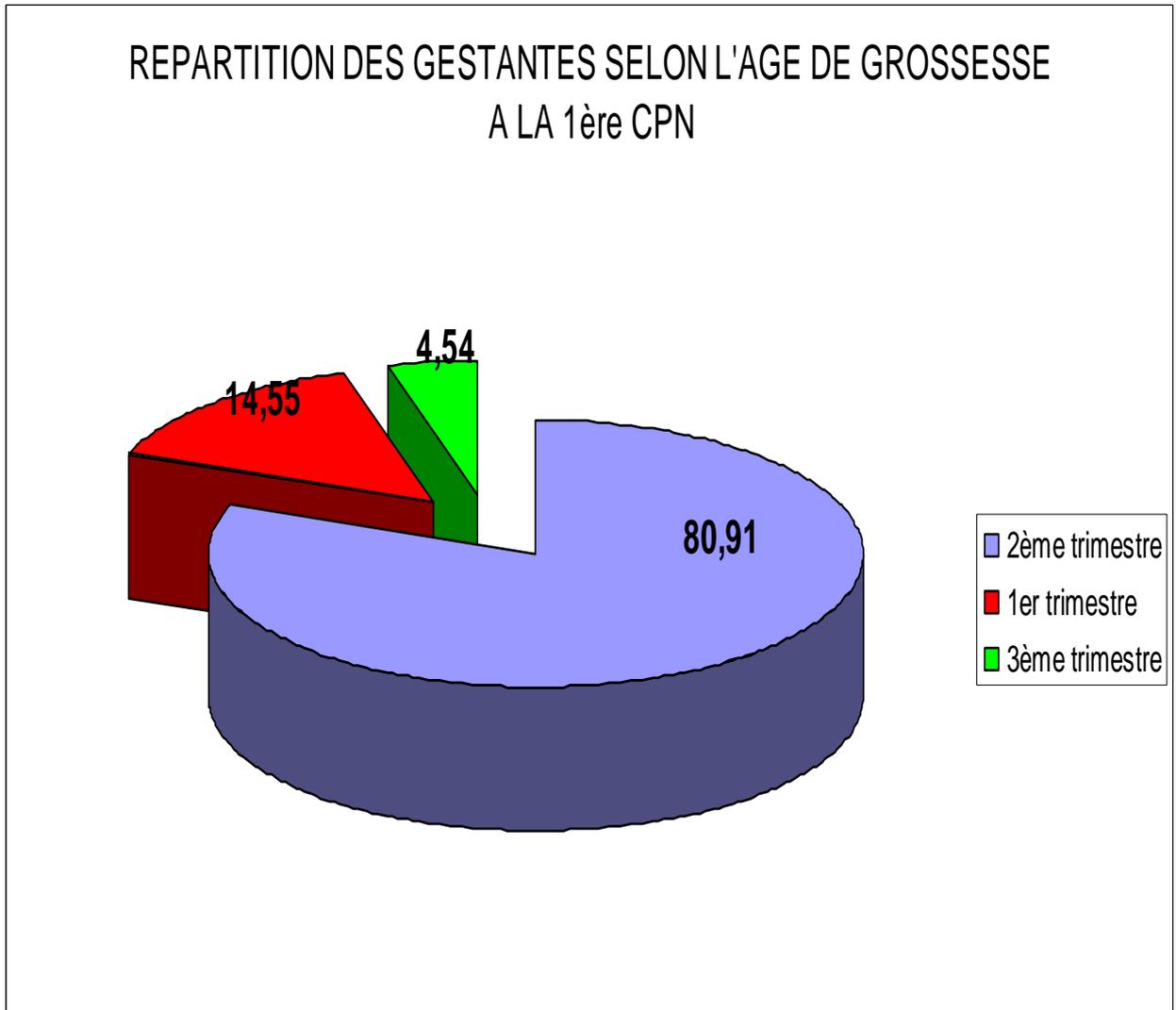
28,18% des gestantes avaient un ATCD d'avortement à répétition.

Figure 12: Répartition des gestantes selon les ATCD chirurgicaux.



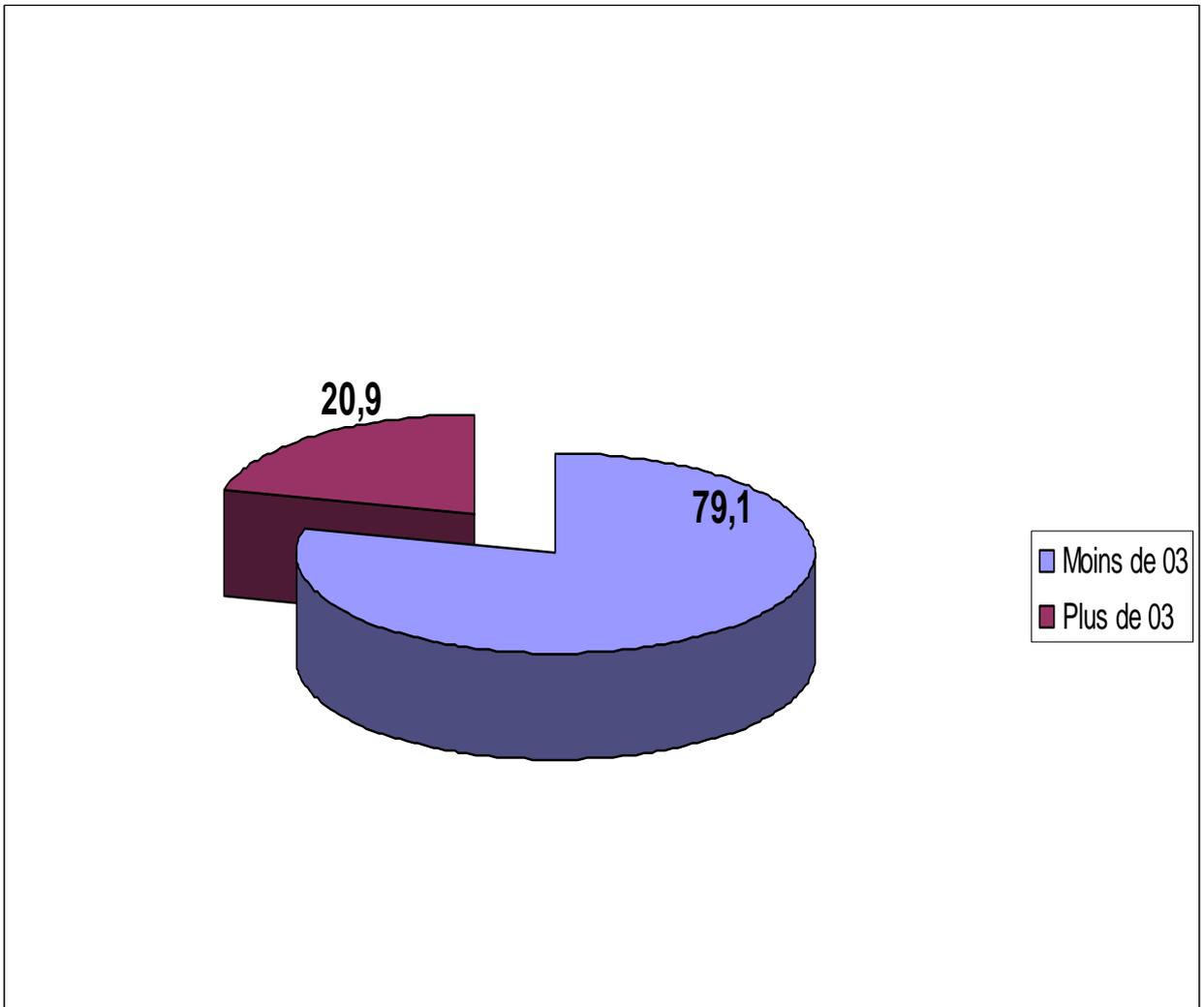
77,27% des gestantes étaient sans ATCD CHIRURGICAUX

Figure 13: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse à la première CPN.



80,91% des avaient fait leur première CPN au cours du 2^{ème} trimestre

Figure 14: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN fait.



Les femmes ayant fait moins de 03 CPN ont représenté 79,1% ;

Tableau I : Répartition des gestantes selon le bilan pré natal.

nombre	Effectif	pourcentage	Effectif	Pourcentage
Bilan	absolu		absolu	
	pourcentage		pourcentage	
	fait		Non fait	
Groupage rhésus	103/110	93,64	07/110	06,36
Sérologie BW	97/110	88,18	13/110	11,82
Sérologie toxoplasmose	97/110	88,18	13/110	11,82
ECBU	74/110	67,27	36/110	32,73
Sérologie HIV	63/110	57,27	47/110	42,73
Sérologie rubéole	97/110	88,18	13/110	11,82
Taux d'Hb	48/110	43,64	62/110	56,36

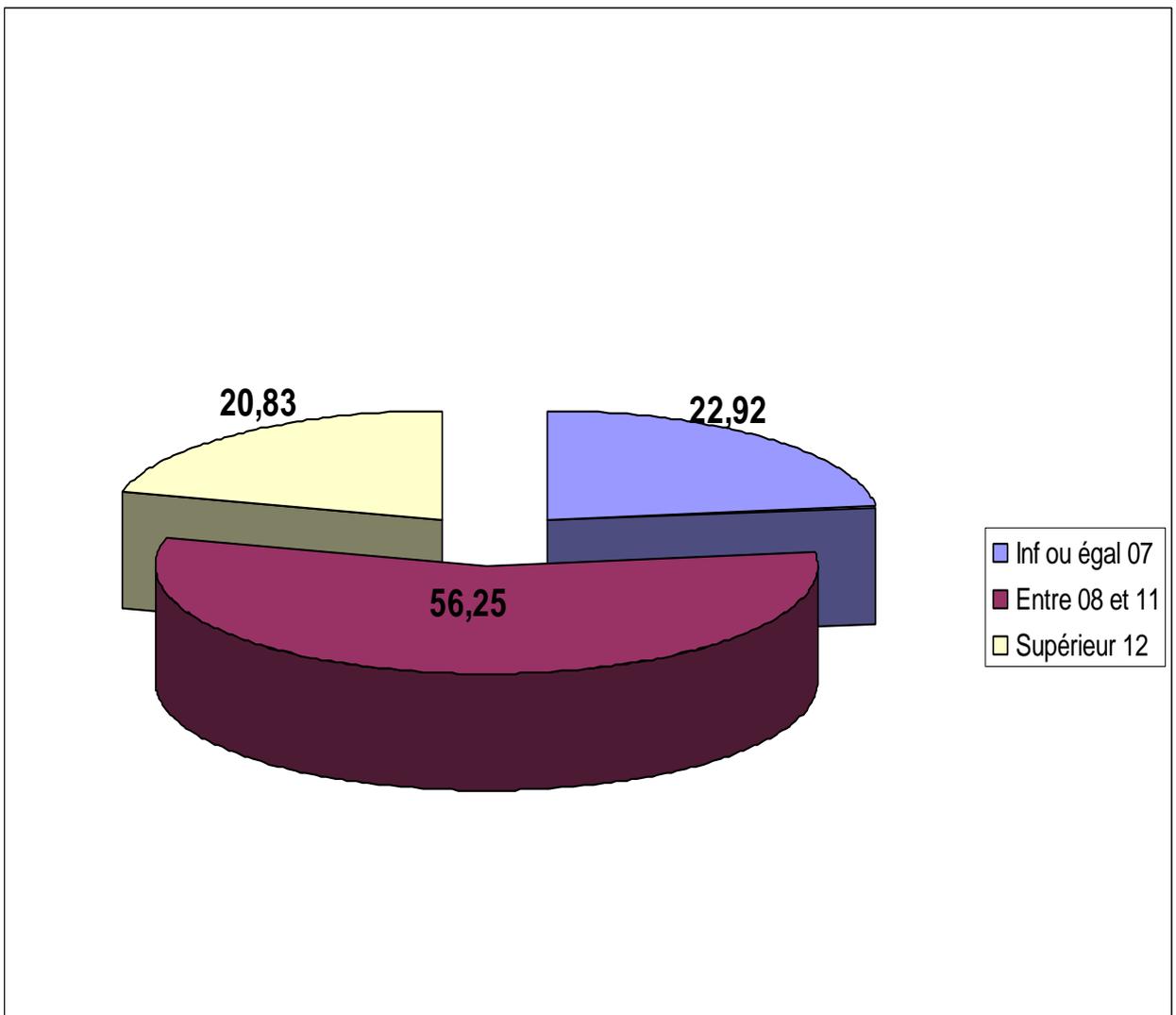
Le groupage rhésus a été fait à 93,64%

Tableau II : Répartition des gestantes selon le résultat des examens complémentaires.

Résultats	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
	Positif		Négatif	
Bilan				
Groupage rhésus	98	89,1	05	04,45
ECBU	35	31,82	39	35,45
Sérologie toxo	05	04,55	92	83,64
Sérologie HIV	03	02,73	60	55,55
Sérologie BW	02	01,82	95	86,36

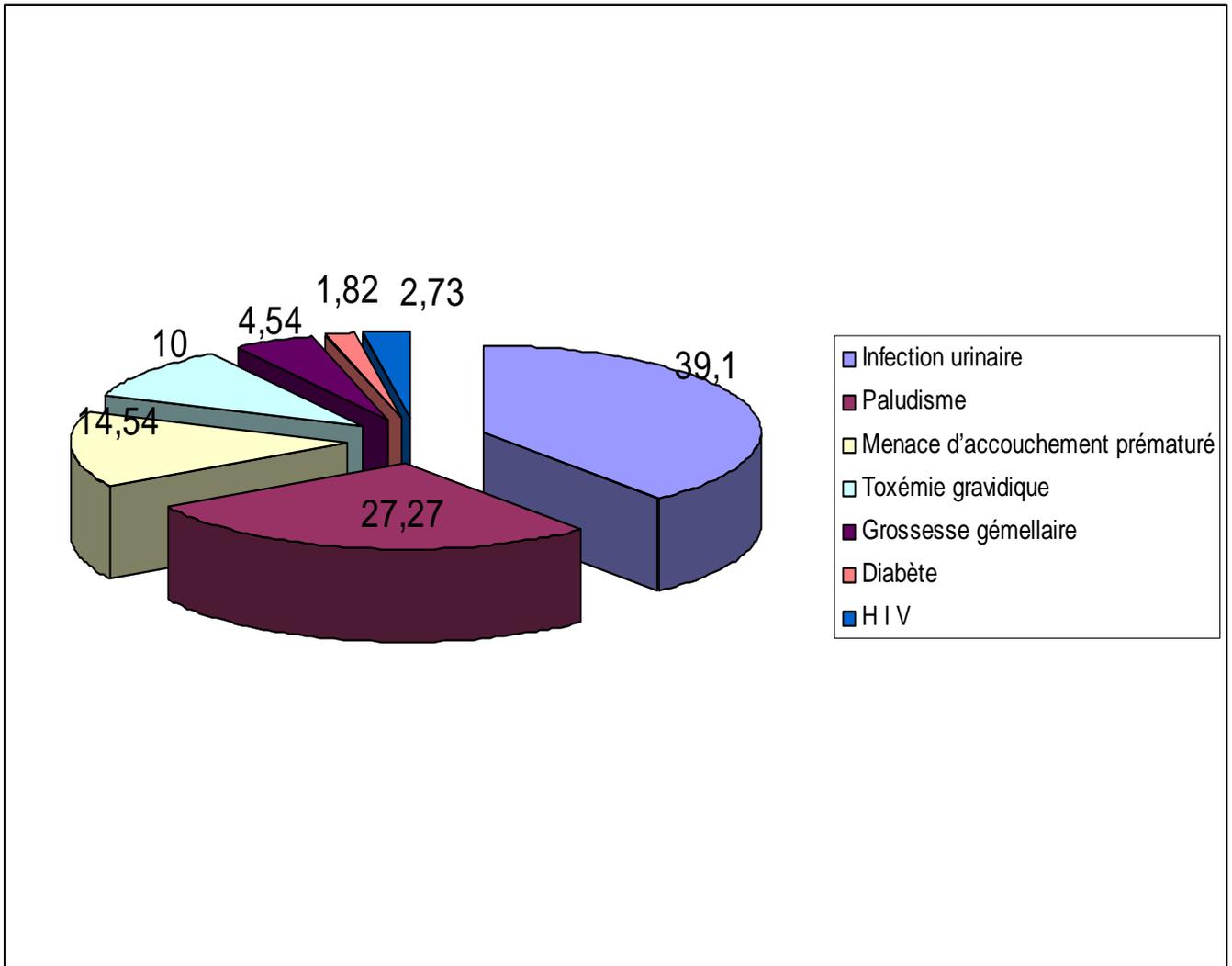
31,82% des gestantes avaient un ECBU positif.

Figure 16: Répartition des gestantes selon le résultat du taux d'Hb.



56,25% des femmes avaient un taux d'Hb compris entre 08 et 11g/dl .

Figure 17: Répartition des gestantes selon les facteurs de risque pathologiques retrouvés au cours de la grossesse actuelle.



Dans cette série les infections urinaires ont représenté 39,1% soit 43 femmes sur 110.

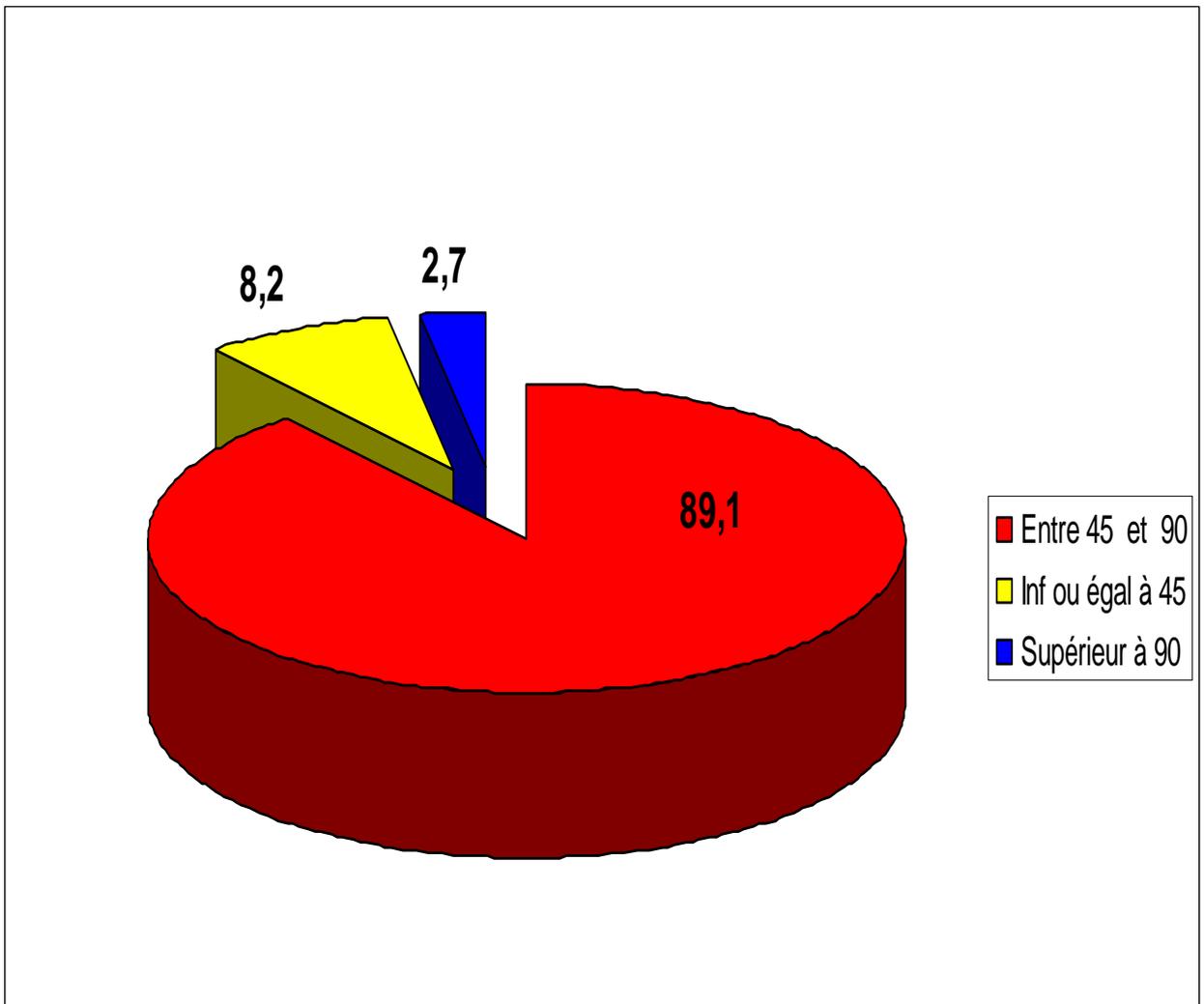
TABLEAU III : Répartition des gestantes selon les facteurs de risques retrouvés lors de la CPN.

Facteurs de risque pathologiques	Effectif absolu	Pourcentage
-infection urinaire	43	39,1
-paludisme	30	27,27
-menace d'accouchement prématuré	16	14,54
-toxémie gravidique	11	10
-Primipare âgée	07	06,36
-grossesse gémellaire	05	04,54
-HIV	03	02,73
-diabète	02	01,82
Anomalie de bassin	24	21,82
Antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
-ATCD d'avortement à - -répétition	31	28,18
-ATCD de pathologie néonatale	16	14,54
-ATCD d'acc.prematuré	13	11,82
-ANTCD de mort né	11	10
-ATCD d'éclampsie	05	04,54

L'infection urinaire et l'antécédent de mort né ont représenté respectivement 39,1% et 28,18% comme facteur de risques.

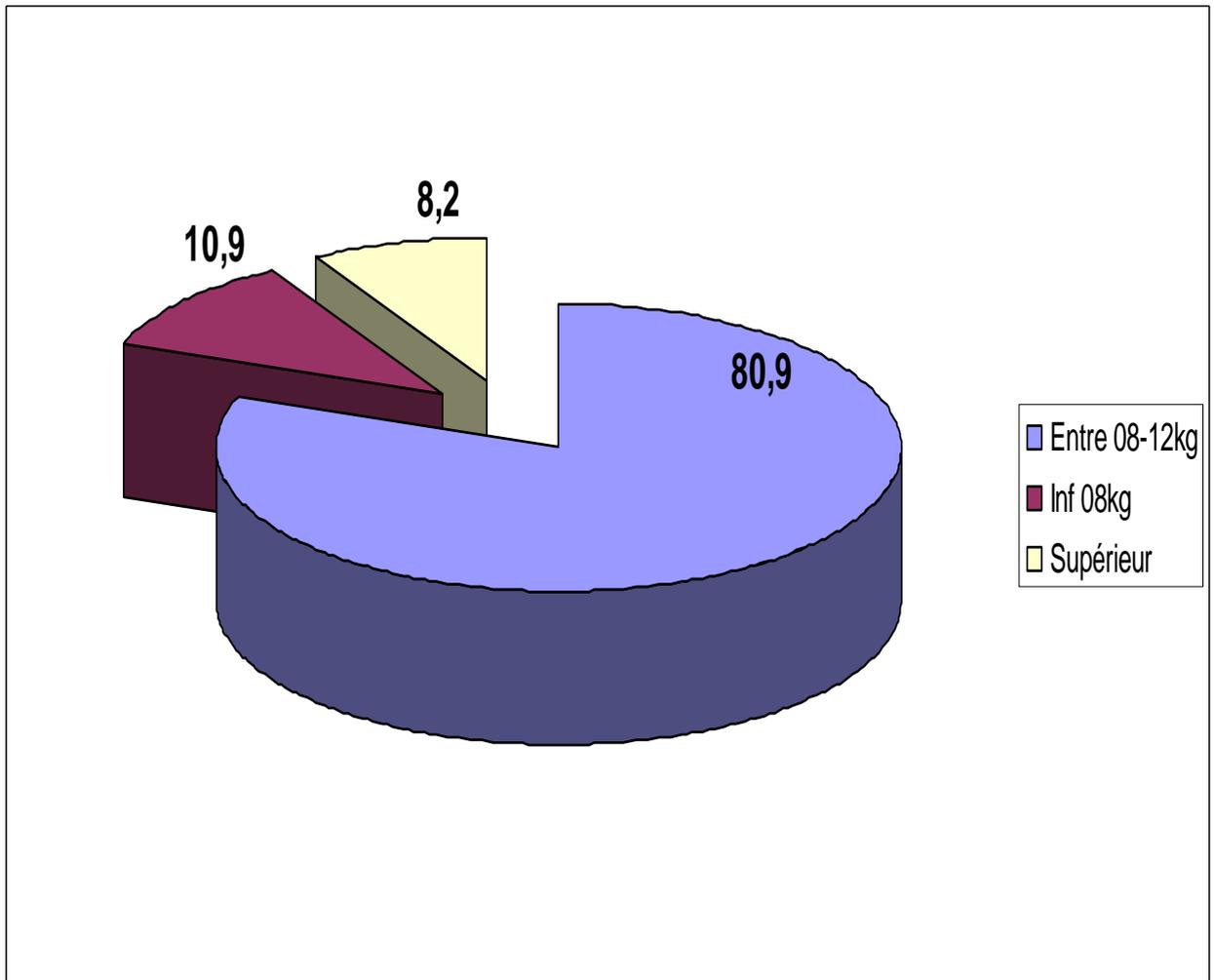
LES EXAMENS A L'ENTREE DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT.

Figure 19: Répartition des parturientes selon le poids.



89,1% des gestantes avaient un poids compris entre 45-90Kg

Figure 20: Répartition des parturientes selon le gain de poids au cours de la grossesse.



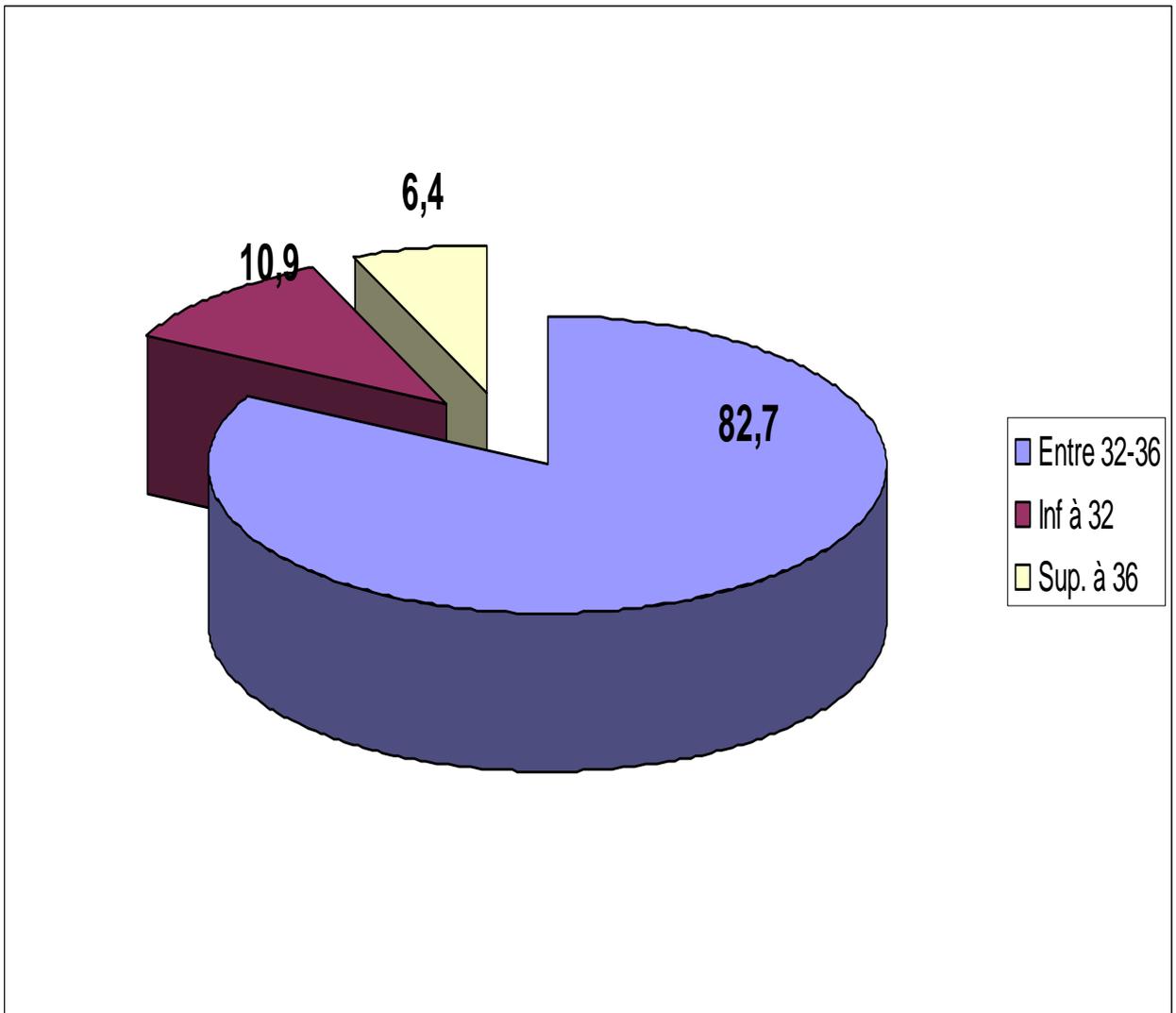
80,9%des femmes avaient un gain de poids au cours de la grossesse compris entre 08-12Kg

TABLEAU IV: Répartition des parturientes selon la tension artérielle.

TA en cmhg	Effectif		pourcentage	
	≤ 14	≥ 14	≤ 14	≥ 14
TAS	97	13	88,18	11,82
TAD	≤ 09	≥ 09	≤ 09	≥ 09
	94	16	85,45	14,55

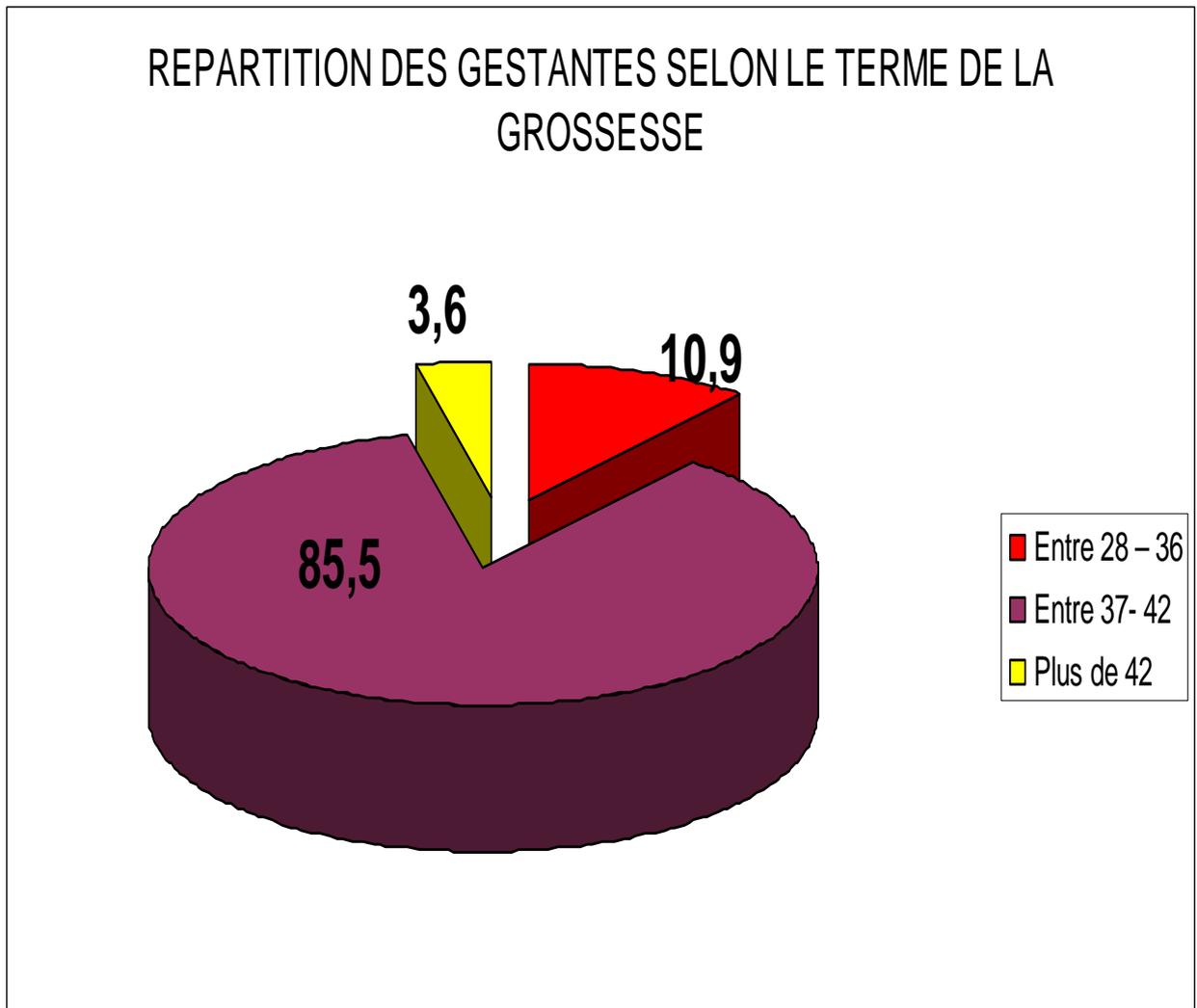
14,55% des parturientes avaient une TAD supérieur ou égal 09cm.hg et 11,81% avaient une TAS sup. ou égal. à 14

Figure 21: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine en Cm.



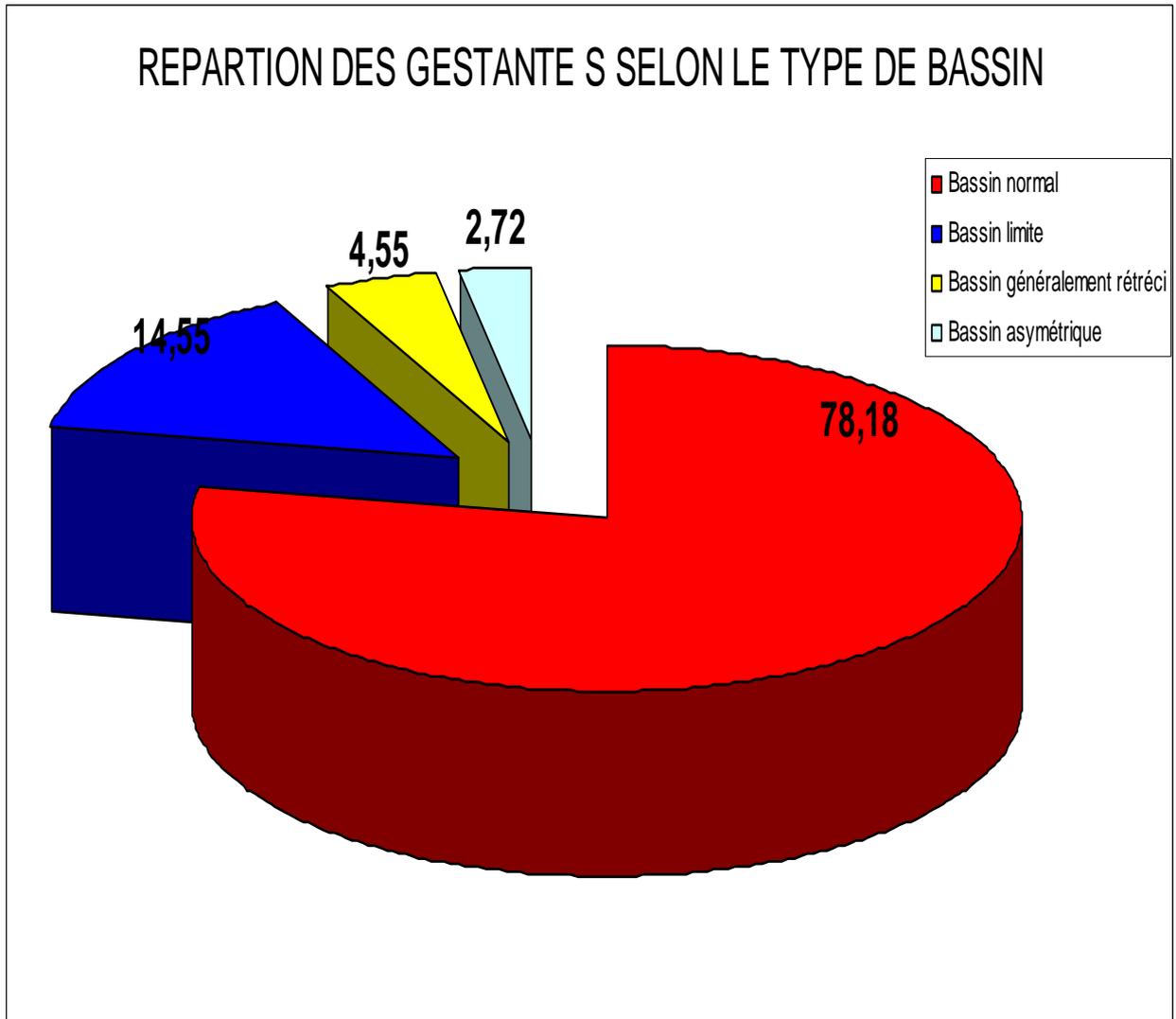
10,9% et 06,4% des parturientes avaient de façon respective une H.U inf à 32cm et Sup. ou égal à 36cm.

Figure 22: Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement en semaine d'aménorrhée.



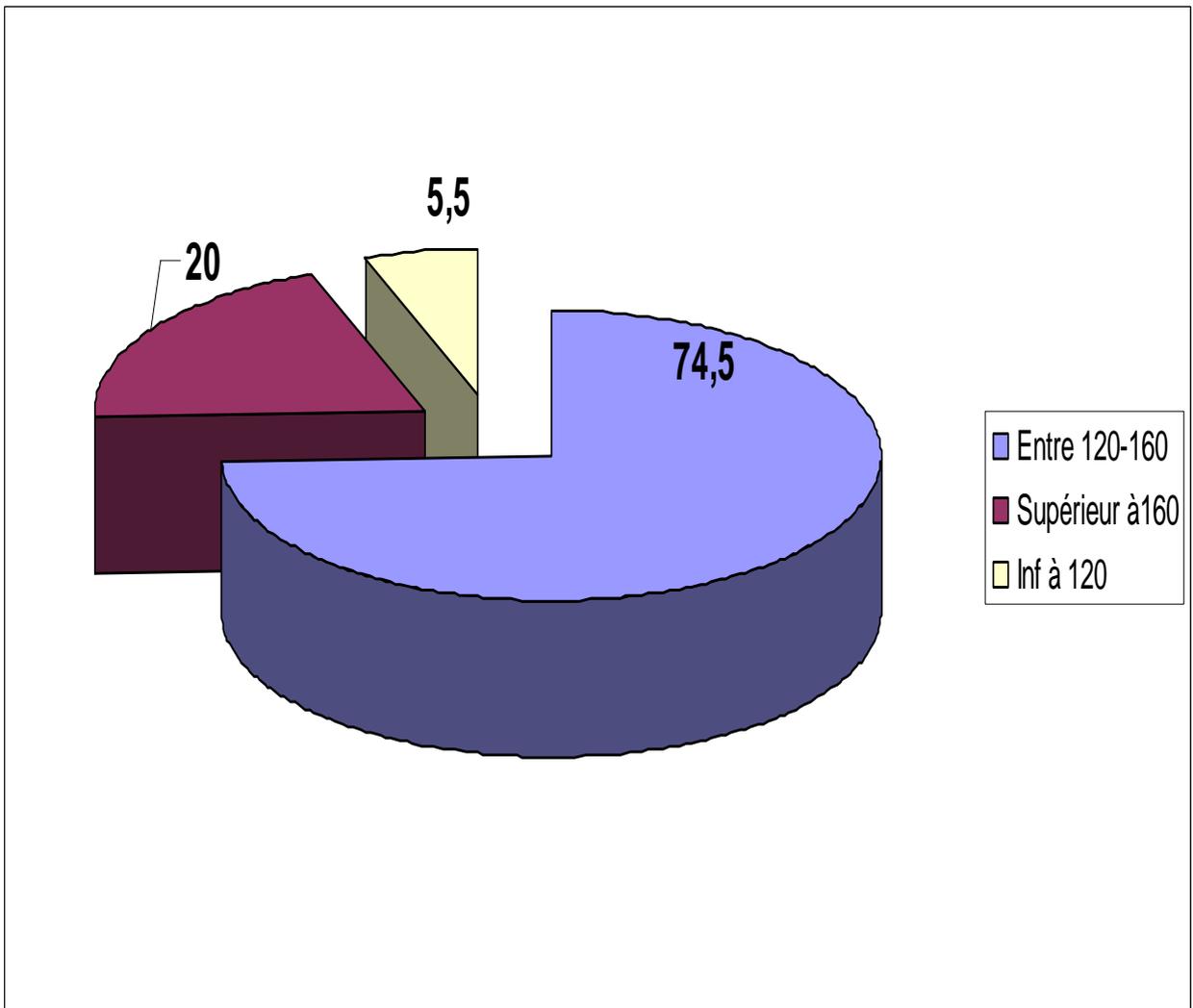
85,5%des grossesses sont arrivées à terme.

Figure 23: Répartition des parturientes selon le type de bassin.



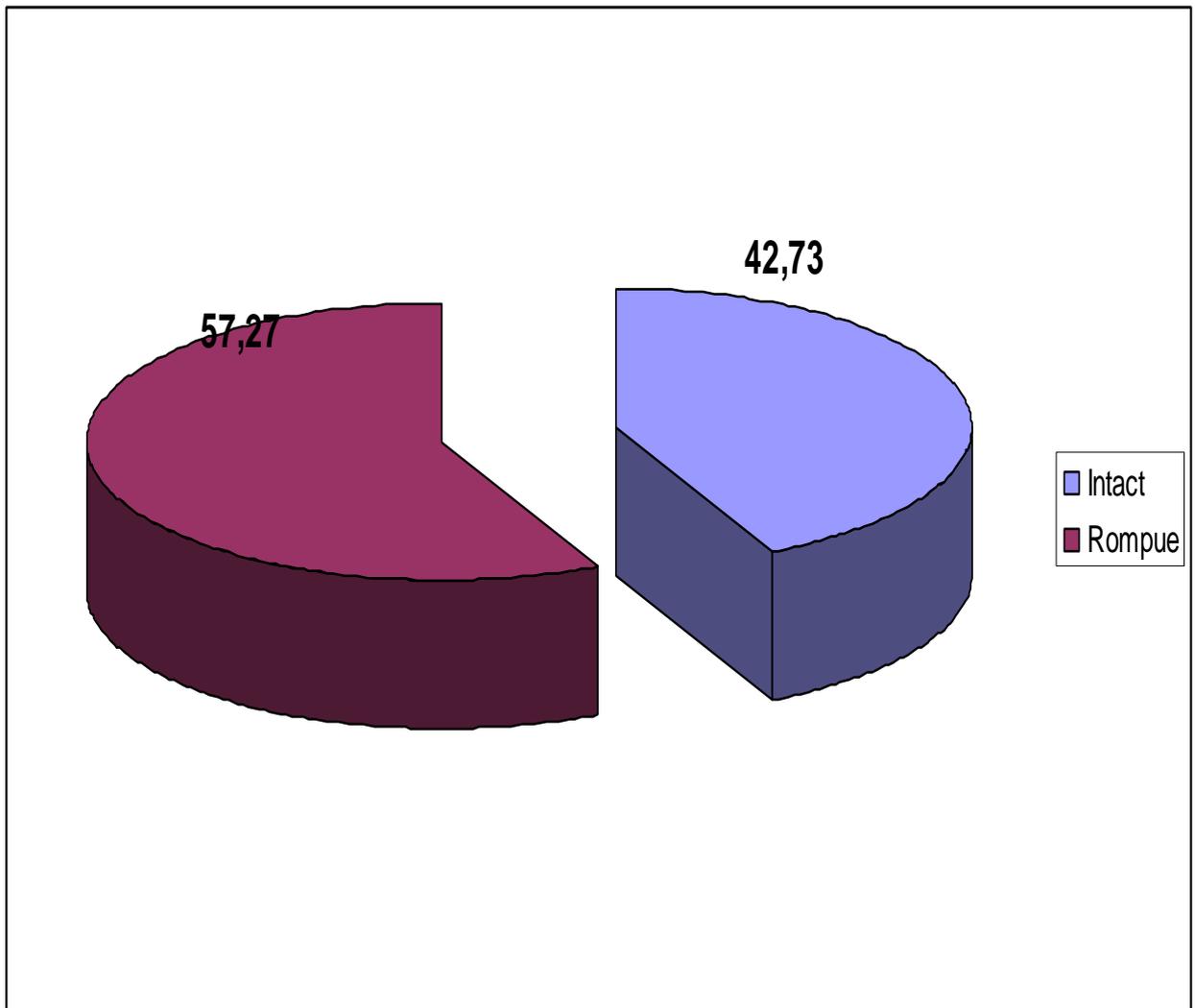
78,18% des femmes avaient un bassin normal.

Figure 24: Répartition des parturientes selon les caractéristiques du BDCF à l'entrée. En battement/mn



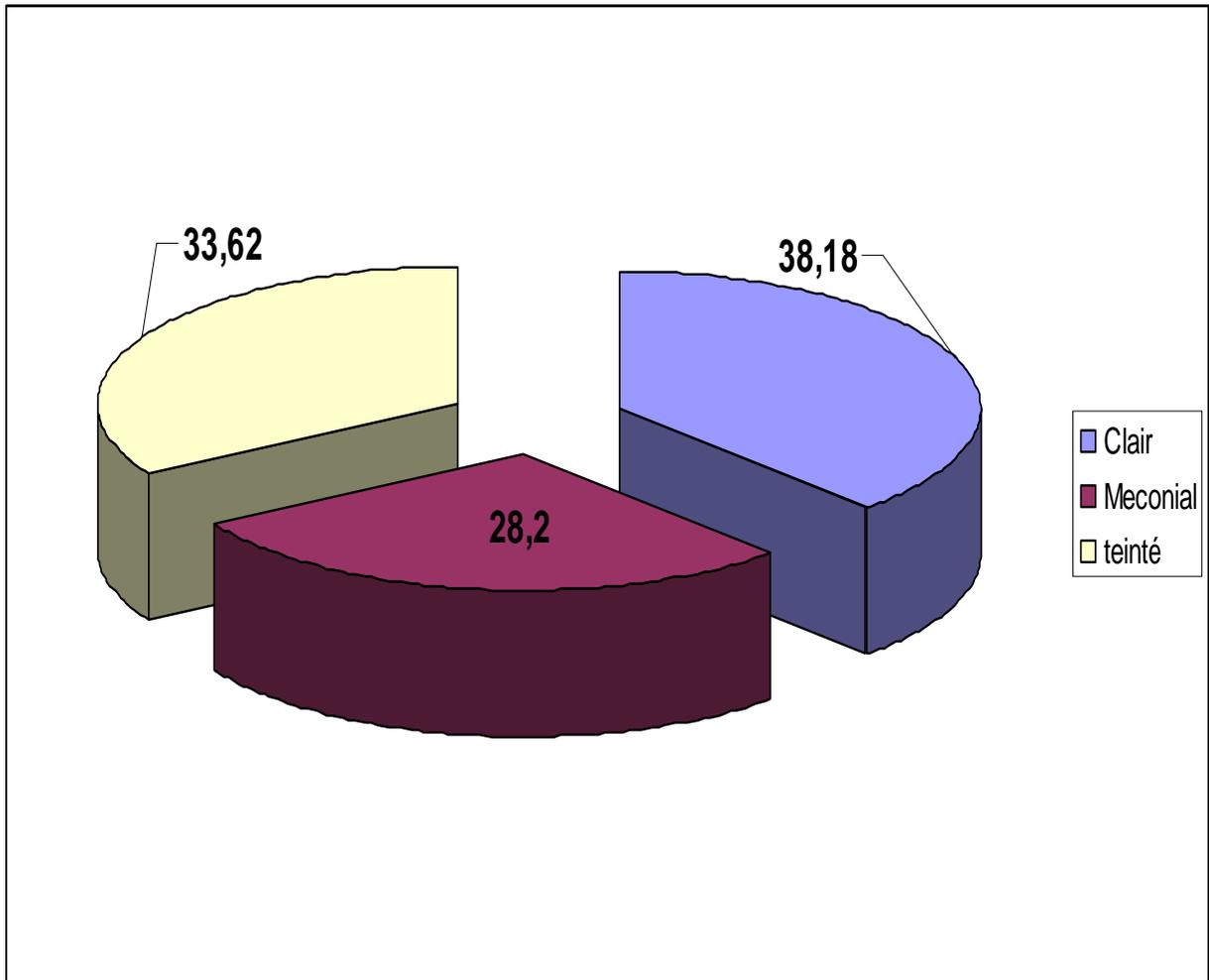
A l'entrée 20% des fœtus présentaient une tachycardie et 5,5% faisaient une bradycardie .

Figure 25: Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux (PDE).



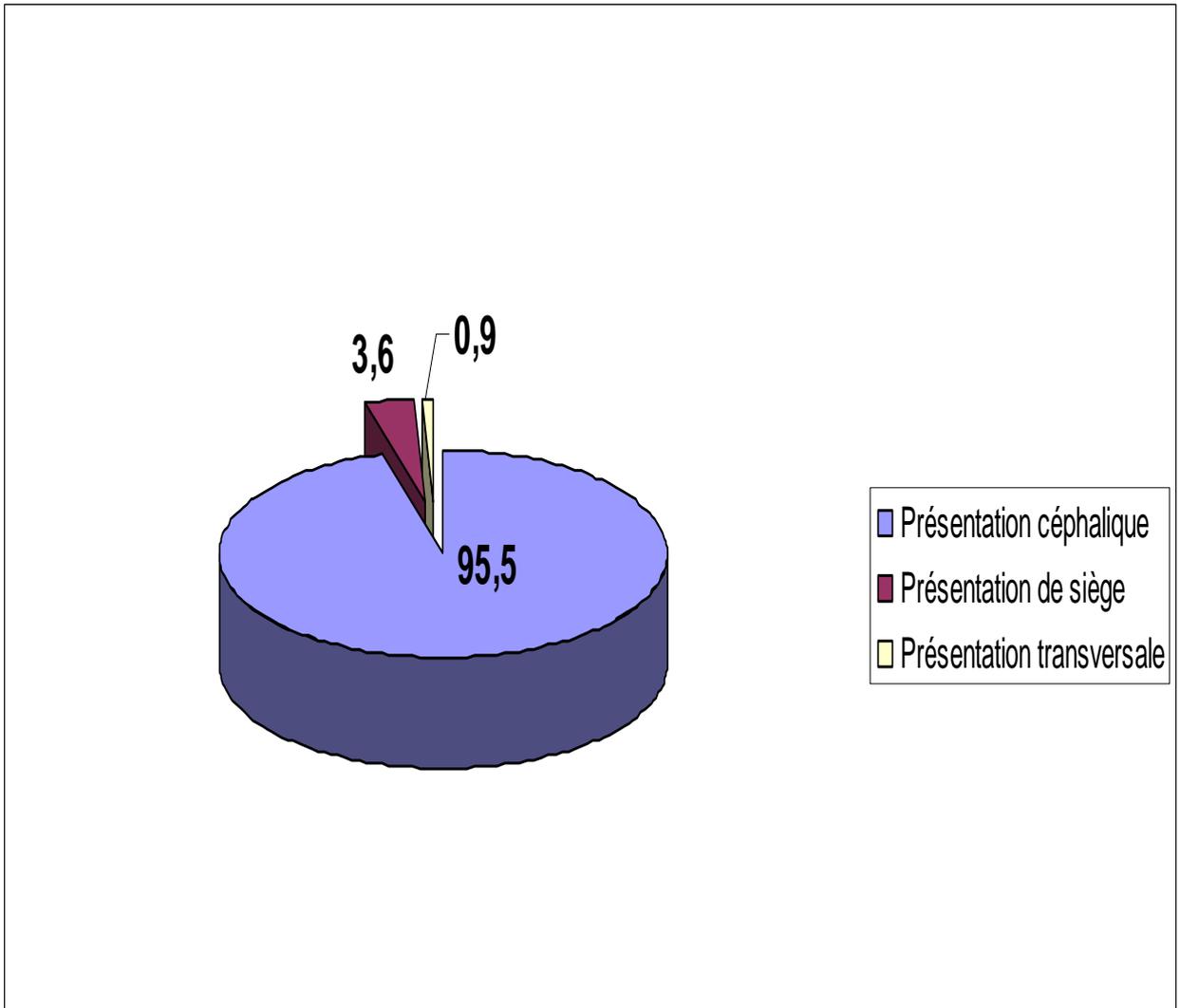
57,27%des parturientes avaient la poche des eaux rompue.

Figure 26: Répartition des parturientes selon la coloration du liquide amniotique.



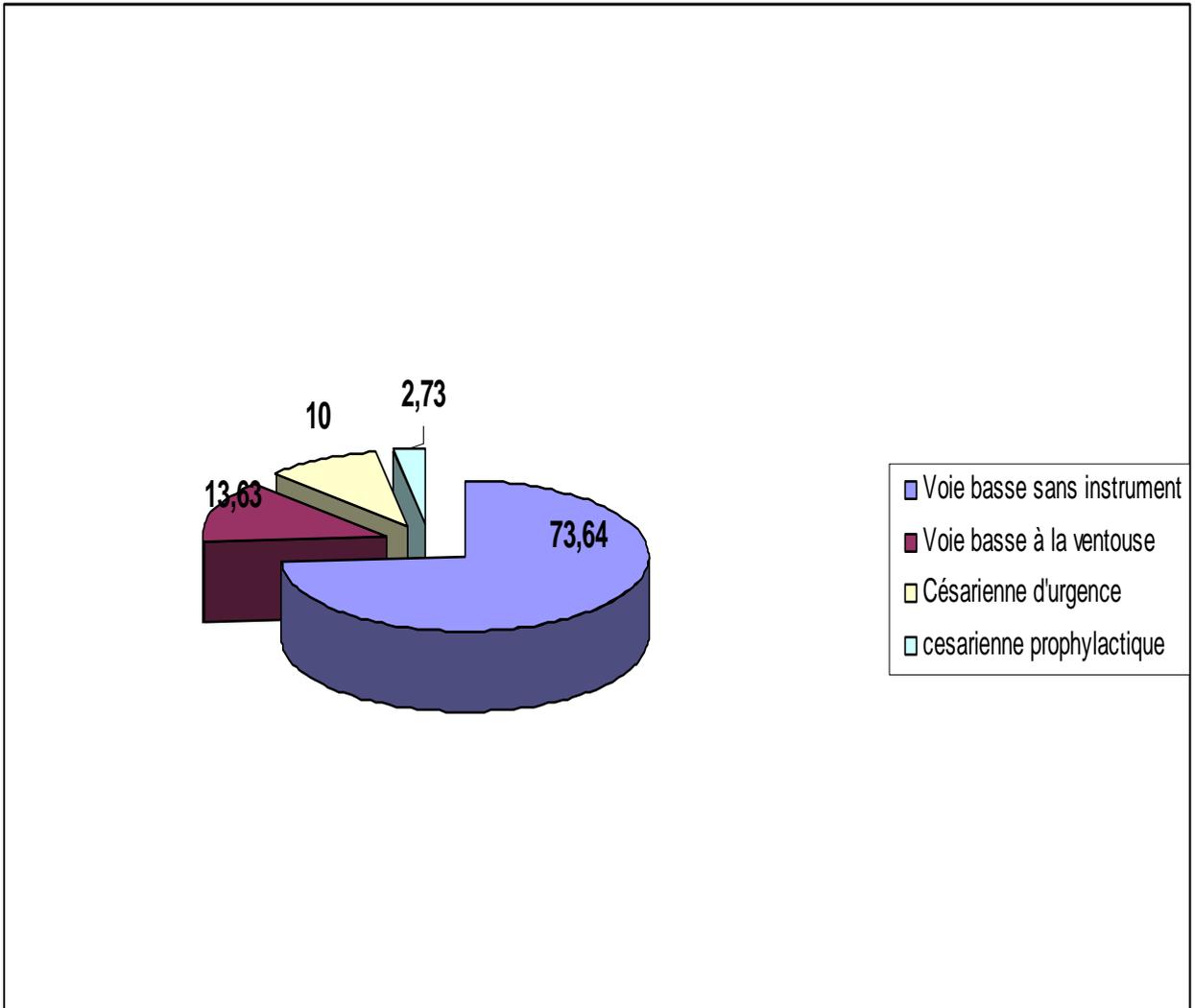
38,18% des parturientes avaient un liquide amniotique clair.

Figure 27: Répartition des parturientes selon la présentation du fœtus au cours du travail.



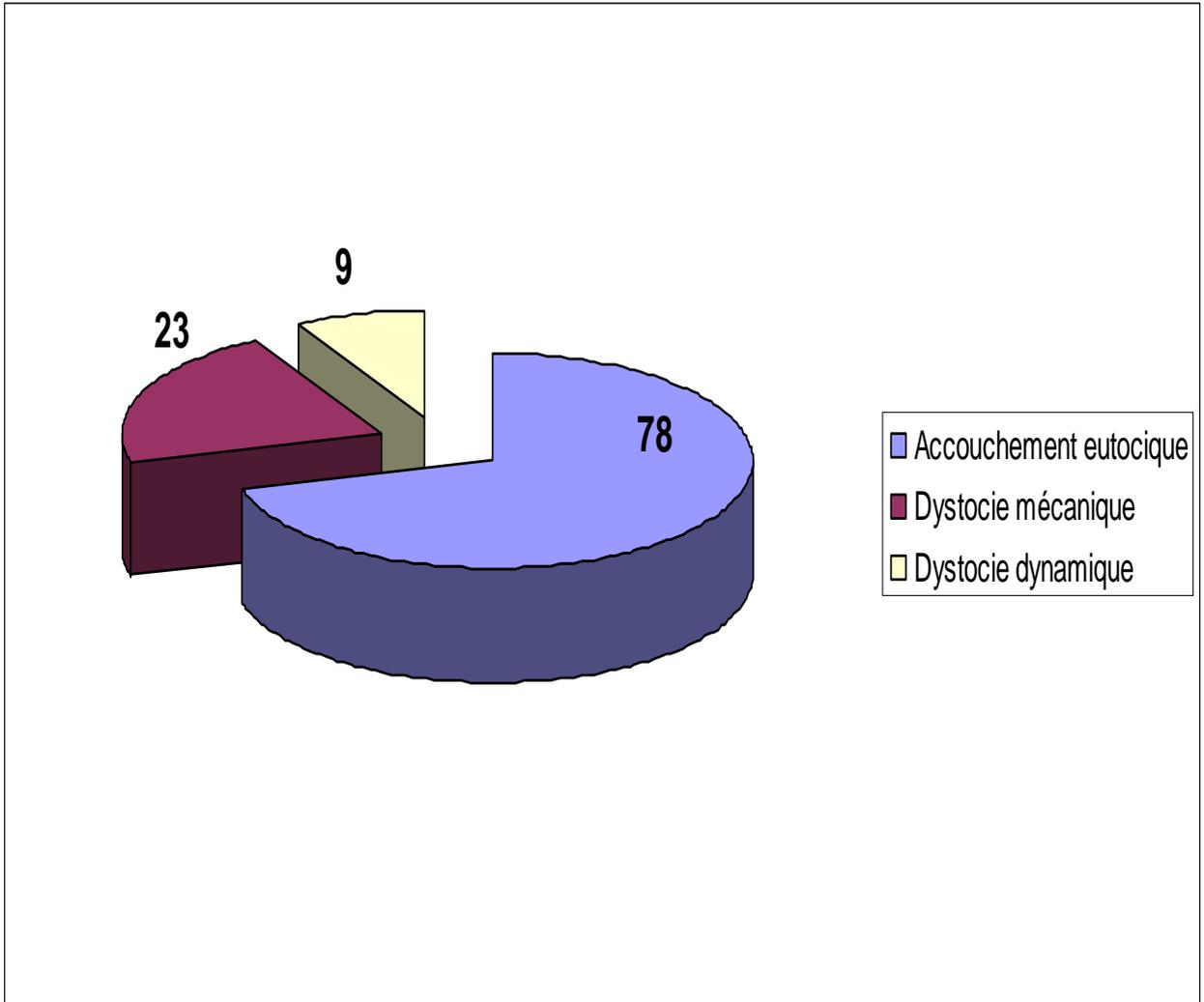
La présentation céphalique a représenté 95,5% des présentations.

Figure 28: Répartition des parturientes selon les voies d'accouchement.



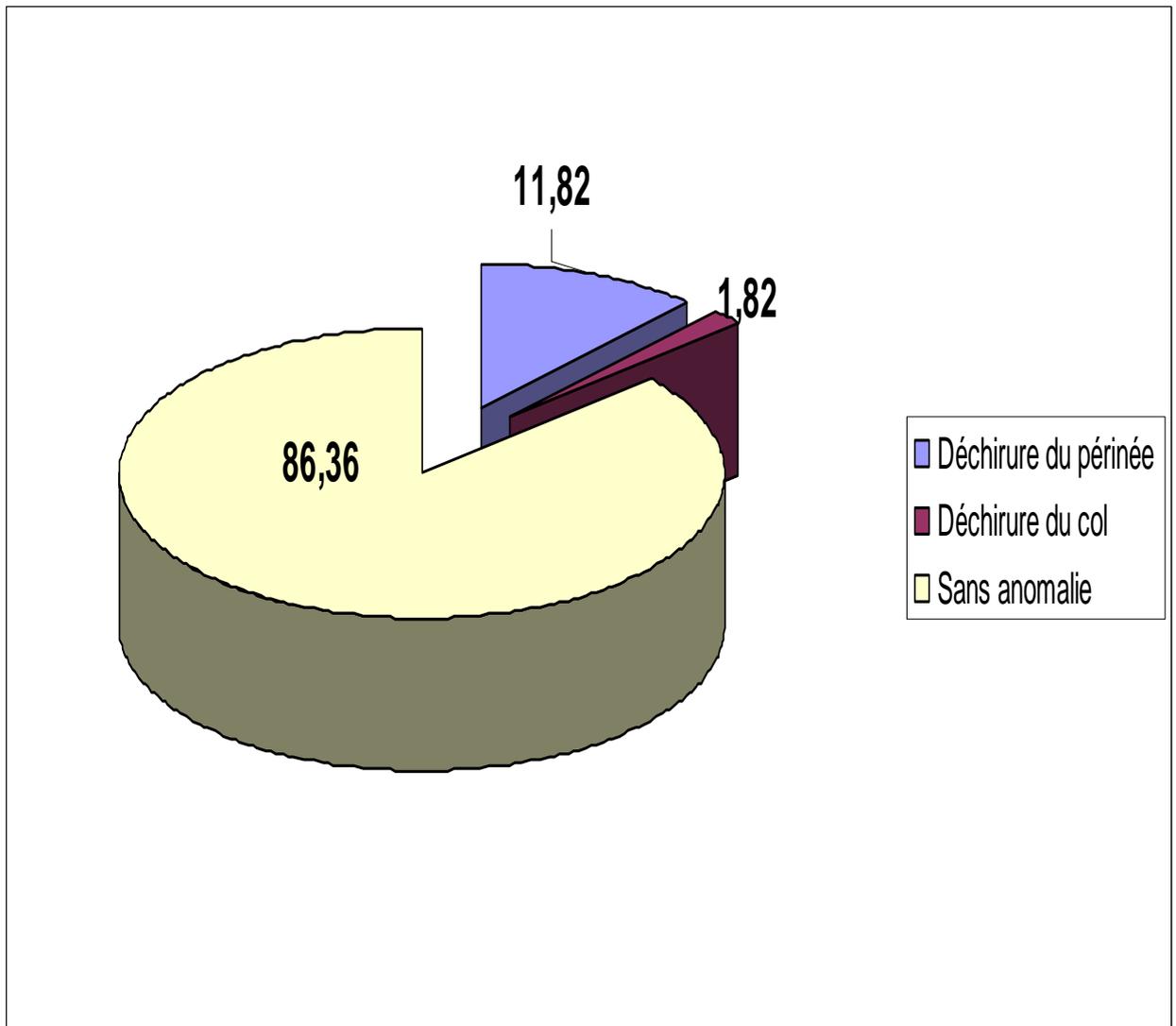
87,27% des accouchements ont été effectués par la voie basse

Figure 29: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement.



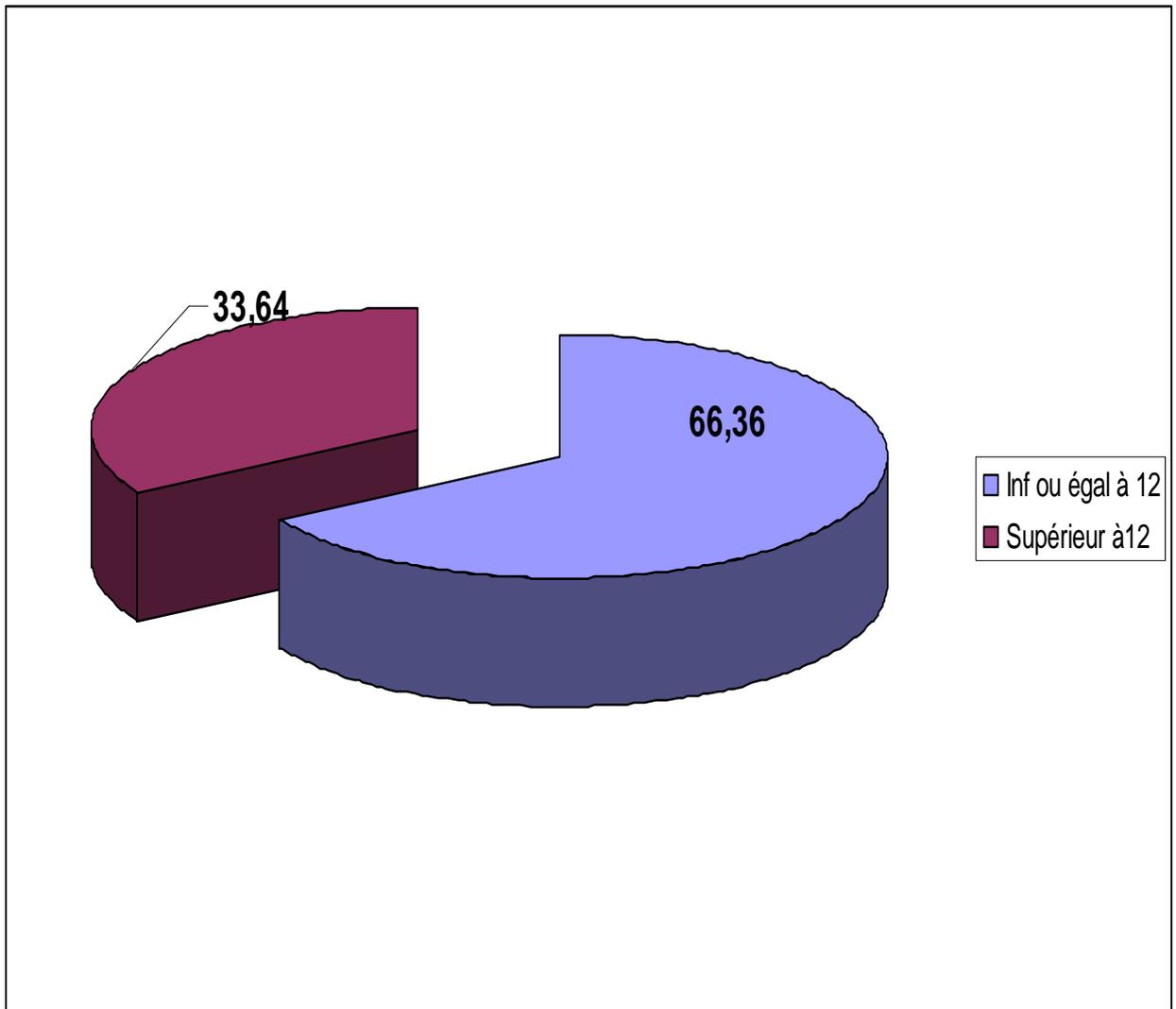
Les accouchements eutociques ont représenté 78%

Figure30: Répartition des parturientes selon les complications traumatiques des parties molles.



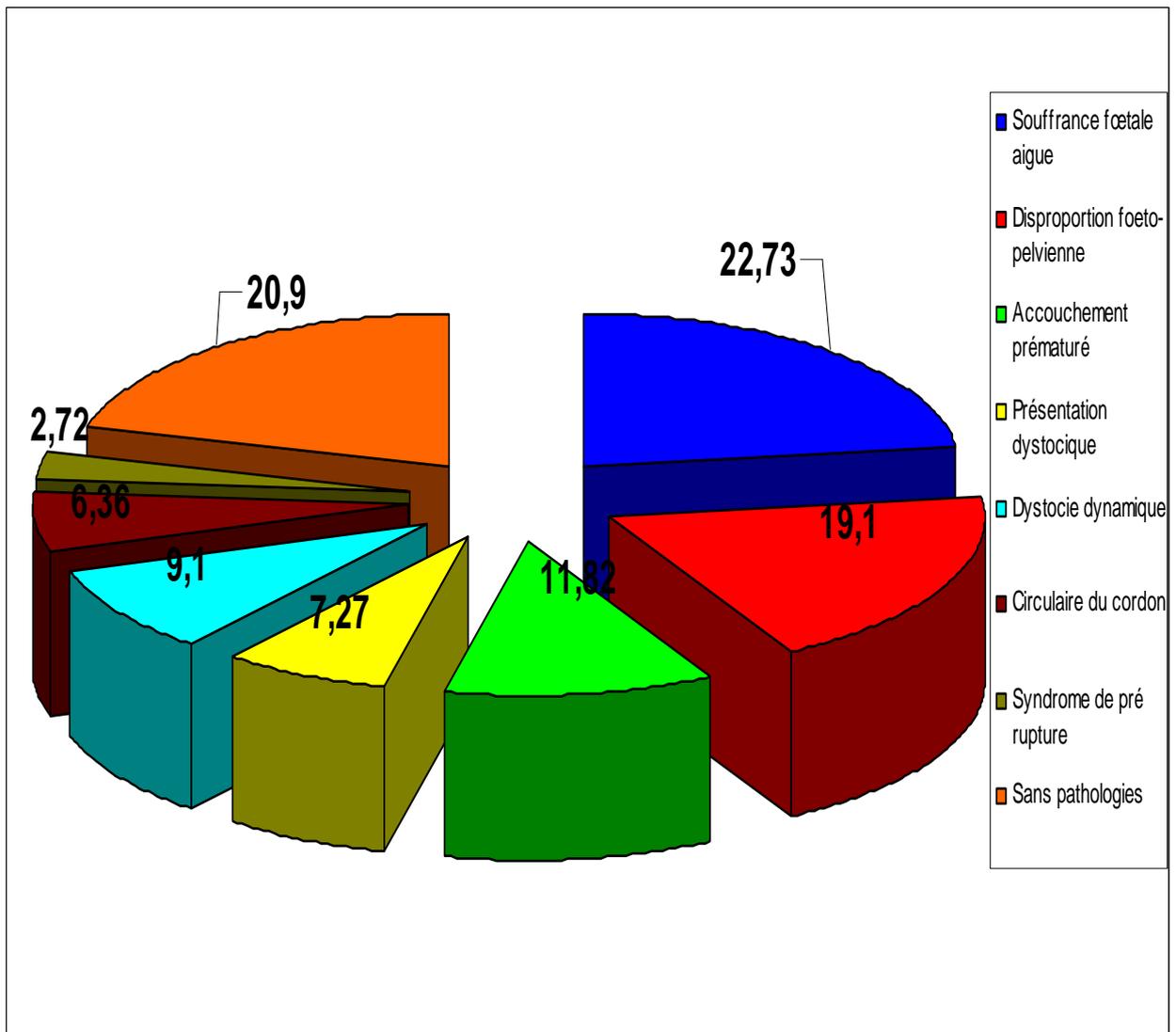
Dans cette série 11,82% des femmes ont eu une déchirure du périnée.

Figure 31: Répartition des parturientes selon la durée de travail.



66,36% des parturientes avaient une durée de travail inférieur ou égal. à 12H.

Figure 32: Répartition des parturientes selon les facteurs de risque pathologiques retrouvés au cours de l'accouchement.



La souffrance fœtale a représenté 22,73% comme facteur de risque pathologique au cours des accouchements.

Paramètres des nouveaux nés.

Tableau V : Répartition des nouveaux nés selon le score d'apgar.

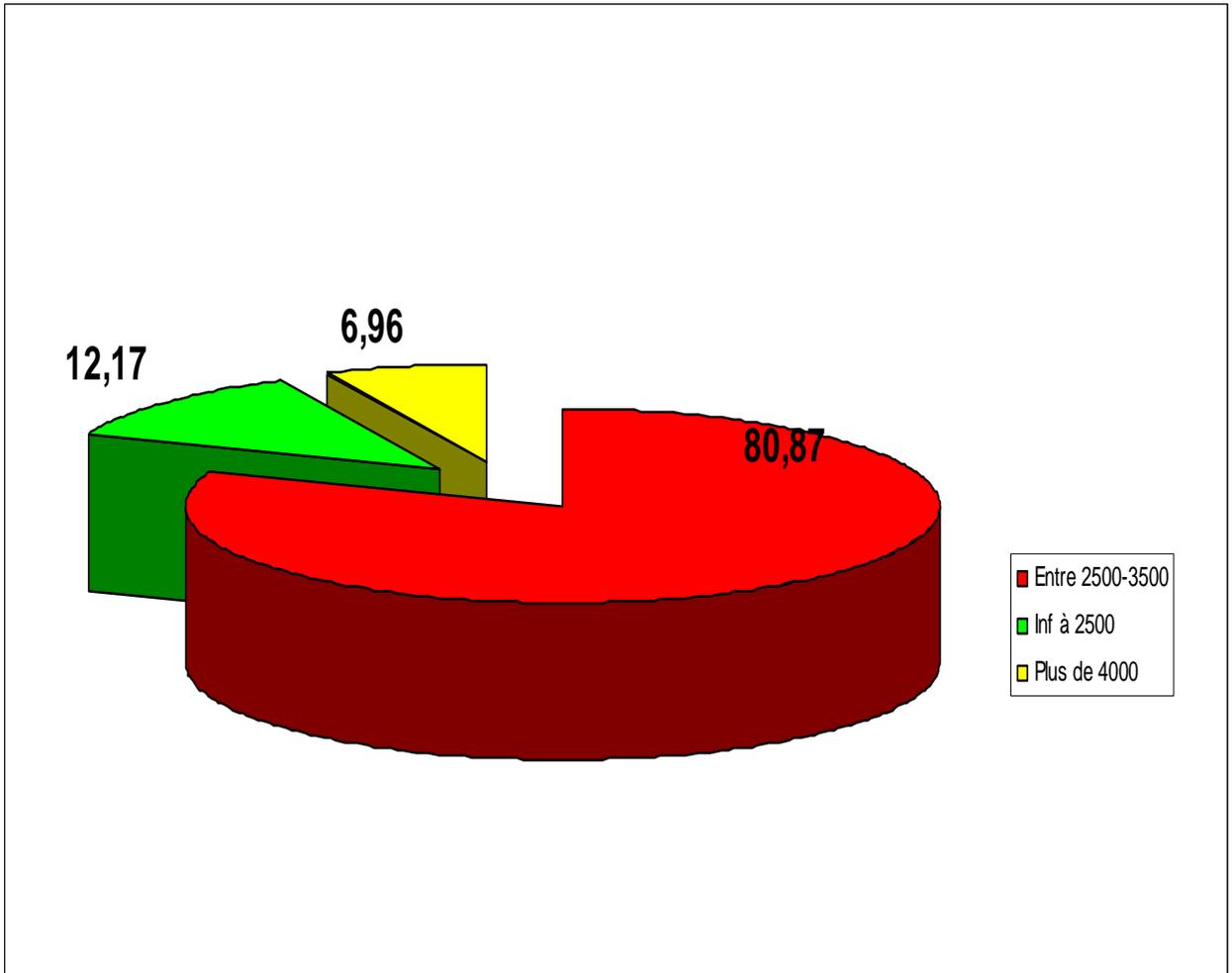
Apgar à la 1^{ère} mn	fréquence	Pourcentage
Inf à ou égal à 07	92	80%
Sup. à 07	23	20%
Total	115	100

A la 1^{ère} minute des naissances 80% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar inf ou égal à 07.

Apgar à la 5^{ème} mn	Fréquence	Pourcentage
Sup. à 07	97	84,35
Inf à ou égal à 07	18	15,65
Total	115	100

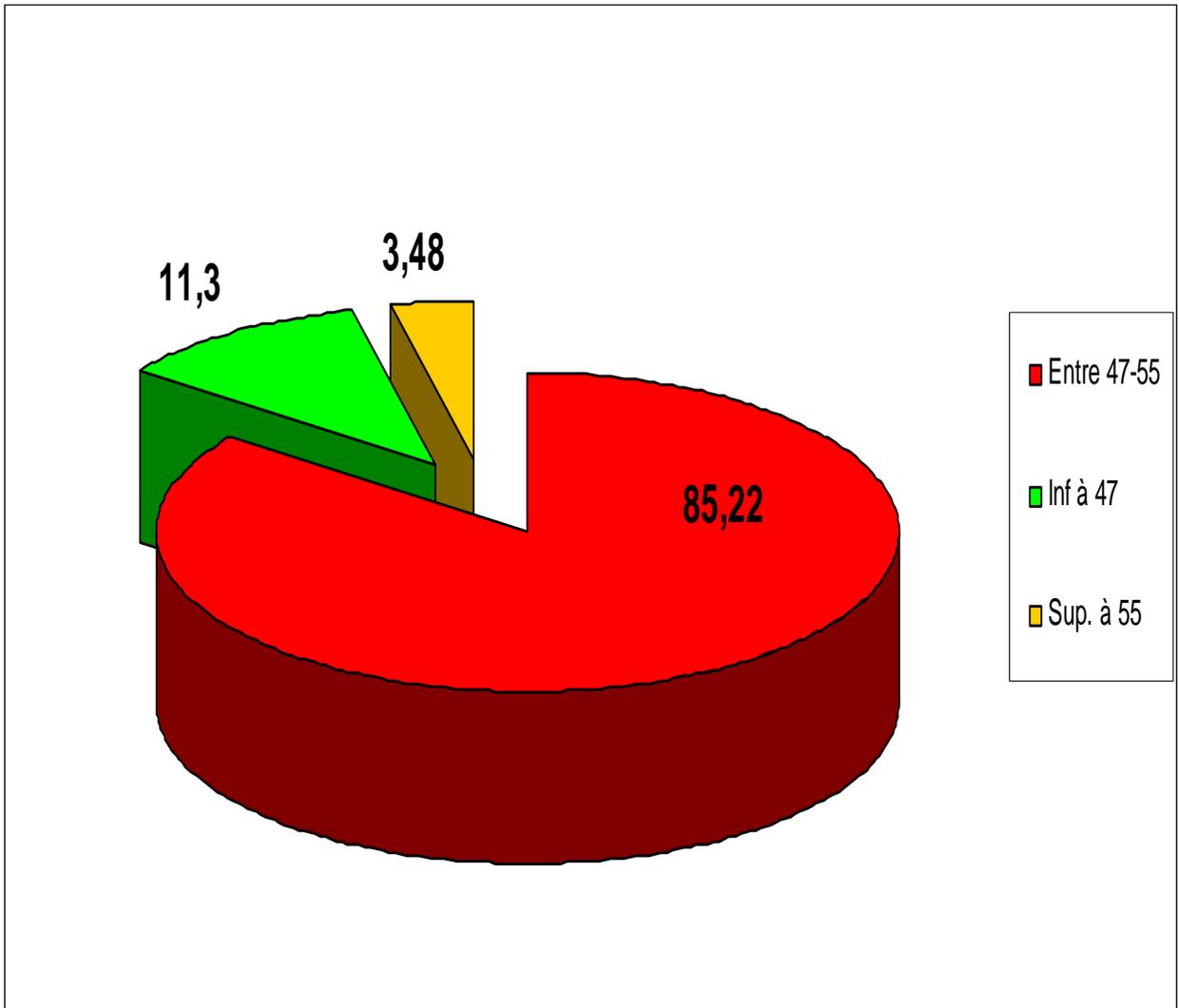
A la 5^{ème} minute des naissances 84,35% des nouveaux avaient un score d'Apgar supérieur à 07.

Figure 33: Répartition des nouveaux nés en fonction du poids.



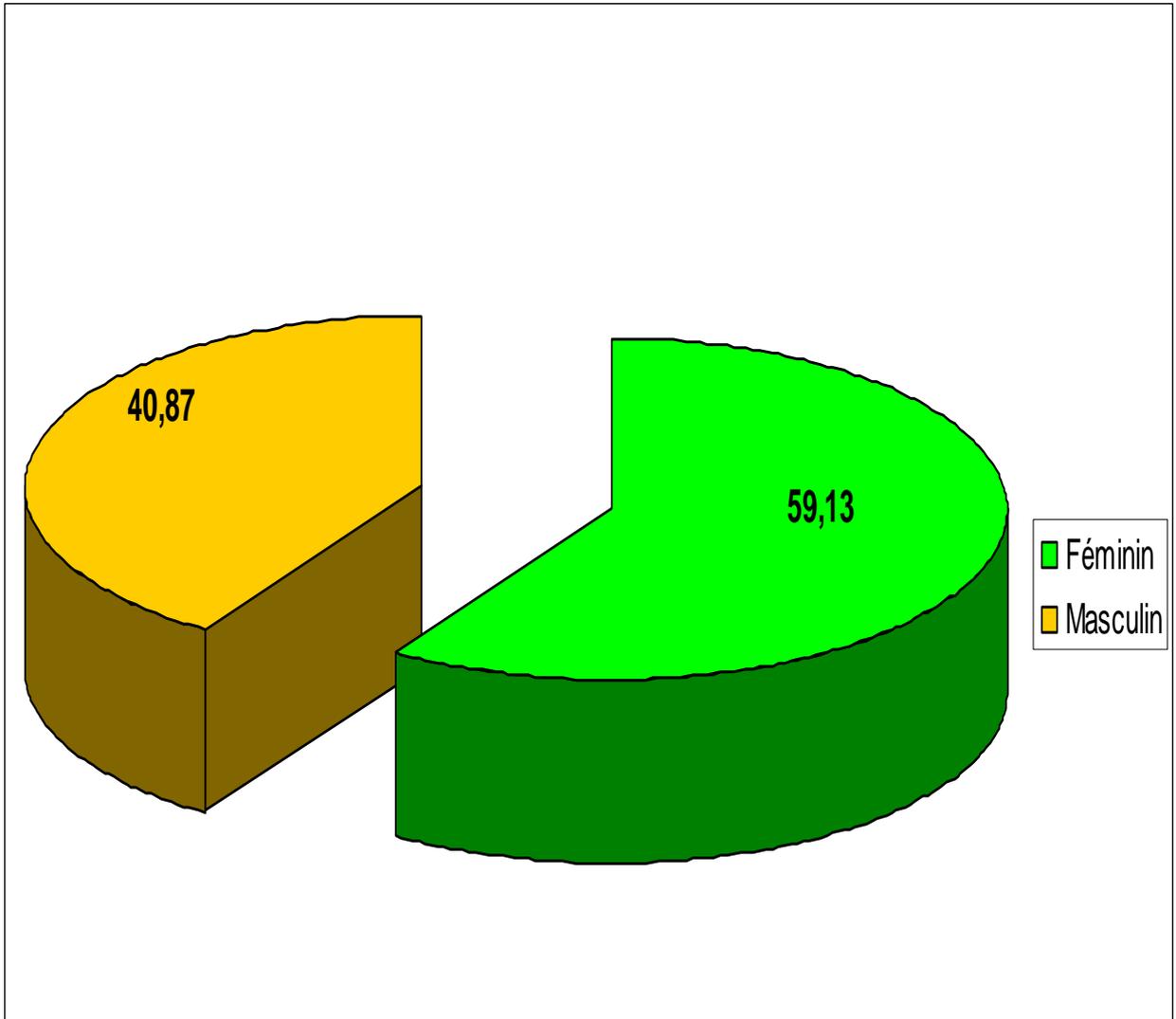
80,87% des nouveaux nés avaient un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g

Figure 34: Répartition des nouveaux nés en fonction de la taille.



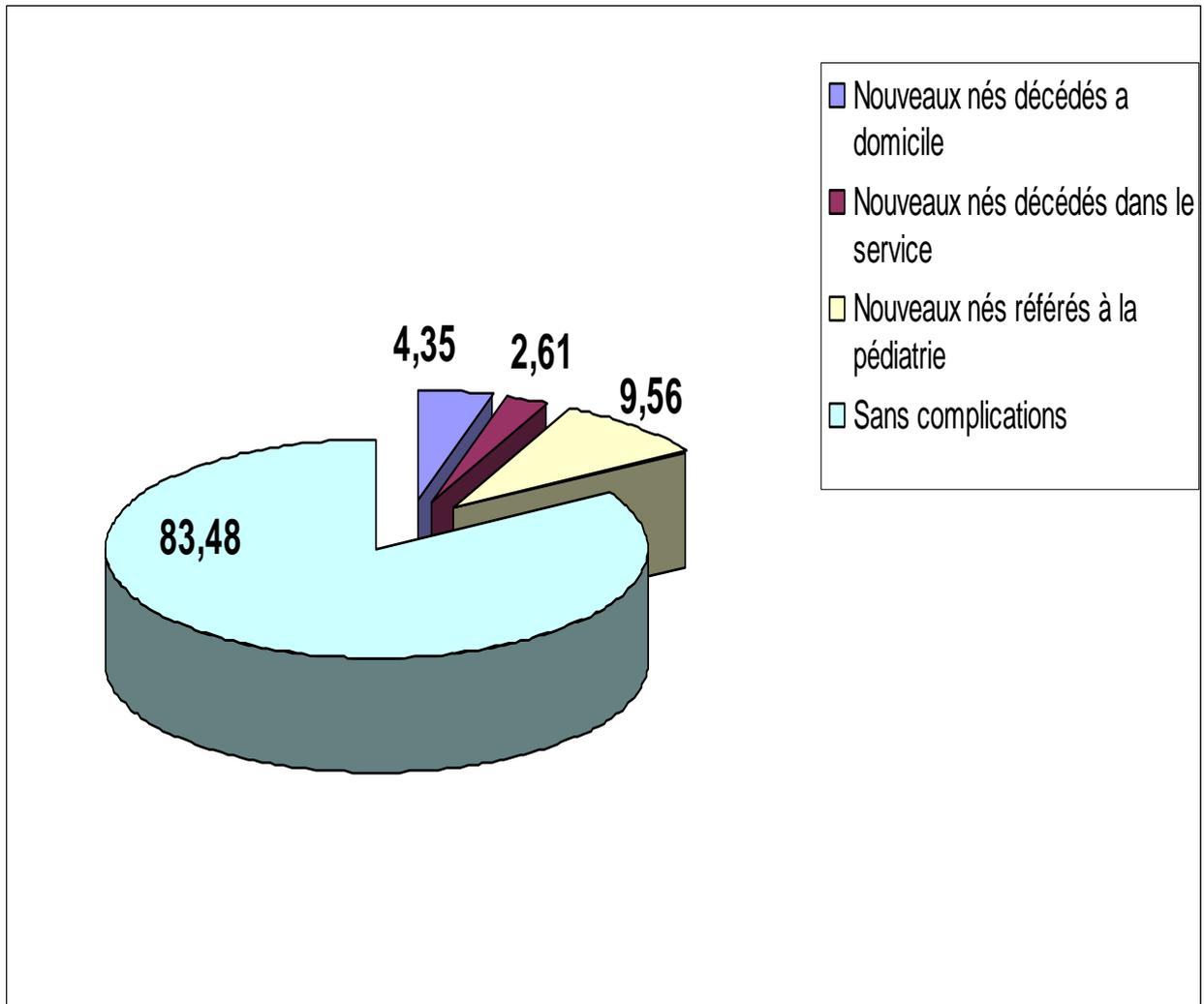
85,22% des nouveaux nés avaient une taille comprise entre 47cm et 55cm.

Figure 35: Répartition des nouveaux nés en fonction du sexe.



Le sexe féminin a représenté 59,13%.

Figure 36: Répartition des nouveaux nés en fonction la mortalité néo natale.



83,48%des nouveaux nés étaient sans complications

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I - Fréquence

Du 04 janvier 2006 au 10 janvier 2007 nous avons enregistré 110 cas de grossesse à risque soit une fréquence de 44,89% sur un total de 245 gestantes prises en charge. Nos taux sont inférieurs à ceux de KANTE F [23] en 1997 au point G qui a trouvé respectivement 65,86% et 30% et ces taux sont de façon respective inférieurs et supérieurs à ceux de COULIBALY B [10] en 2004 qui a trouvé 51,54% et 07,75% au CSRef de la commune IV.

Ces résultats démontrent le fait que les grossesses et accouchements à risque e sont encore d'actualité malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé mère enfant.

II- Caractéristiques socio-demographiques

➤ Age:

Dans notre étude 08 patientes soit une fréquence de 07,3% étaient âgées de moins de 18 ans. Les ages extrêmes ont été 17 et 43ans avec une moyenne de 30 ans.

Les ages extrêmes avant 18ans et après 35ans sont présentés dans la littérature comme à risque [14, 23, 1, 41].

COULIBALY B [10] a eu un taux supérieur au notre 21,26%.

BERTHE S [06] a trouvé 60,49%.

Pour KANTE F [23] les adolescentes représentent 16,32%.

En effet la procréation à un age précoce est un risque important à cause de l'immaturité physique.

03 gestantes avaient un âge supérieur à 40ans soit une fréquence de 02,7%. La grossesse après 40 ans est une situation à risque. Le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance.

Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le retard de croissance, certaines malformations, la prématurité.

Ainsi SERRE X et COLL [42] ont trouvé 14% de macrosomie, 06% d'hypotrophie fœtale et 06,6% de prématurité.

Dans notre étude nous avons trouvé 10% d'HTA, 11,82% de prématurés, 02,72% syndrome de pré rupture et deux cas de macrosomie fœtale soit 01,80%.

➤ **Statut matrimonial**

La fréquence de célibataire dans notre étude a été de 18/110cas soit 16,4%.

Ce taux est inférieur à celui rapporté par COULIBALY B [10] en 2002.

La place du statut matrimonial dans les grossesses à risque a fait l'objet de beaucoup d'études la plupart des auteurs s'accordent à dire que le célibat de la mère constitue un facteur de risque pour la grossesse.

Ce taux est en accord avec ceux rapportés par DRAVE.A [17] et KANTE F [23] qui sont respectivement de 12,62% et 11,89%. Par contre des taux plus élevés sont à signaler comme l'attestent ceux rapportés par DIALLO D [14] 42% en 1995 au centre de référence de la commune V BERTHE S [06] 44,10% en 1983 à propos de d'une étude multicentrique à Bamako. Cette différence peut avoir deux explications :

- Le mode de recrutement: En effet l'étude de DIALLO D n'a concerné que les adolescentes pour lesquelles il n'est pas étonnant de trouver un taux élevé de célibataires.

-la taille de l'échantillon :

En dehors du Mali notre taux de célibataire s'approche de celui rapporté par les auteurs dakarois en milieu hospitalier qui est de 09,2%

Quant aux taux de 44% rapporté par COULIBALY F [11] à HGT en 1995 nettement plus élevé que le notre, il s'explique par le fait que cet auteur n'a travaillé que sur les morts naturelles et confirme par là même le caractère risqué de la grossesse chez les célibataires.

Une explication à cette situation est l'inacceptation de la grossesse hors mariage dans notre pays créant du cou un conflit intra personnel et interpersonnel de ce fait il y a tendance à cacher la grossesse d'où un mauvais suivi et la menace d'interruption criminelle intempestive avec toute la cohorte de complication qui pourrais s'en suivre.

➤ **Niveau d'étude**

90 sur 110 des gestantes soit 81,8 % de notre échantillon étaient des analphabètes, 10% avaient un niveau secondaire.

COULIBALY B [10] a trouvé lors de son étude un taux de 59,69% inf au notre.

KANTE F [23] trouve 02,35% de cadres supérieurs.

Toutes le patientes de BERTHE S étaient des analphabètes et

COULIBALY F [11] en trouve 32%. Elle rapporte que le taux d'analphabétisme des femmes en age de procréer est de 85% au Mali en général. Ces taux attestent le problème de la scolarisation des filles dans notre pays.

II- ANTECEDENTS

➤ **ATCD de gynéco obstétriques:**

-ATCD de césarienne:

Dans notre série la fréquence des gestantes ayant au moins un ATCD de césarienne est de 15,46%.

Selon LEUNG et COLL [28] {l'antécédent de césarienne augmente le risque de rupture en cas d'excès d'ocytocine et lorsque l'antécédent est supérieur ou égal à 2}

COULIBALY B [10] a eu un taux inférieur au notre 14,07%.

TALIBO.A.M [44] dans son étude a trouvé 01,6% de cas d'ATCD de césarienne. Cette fréquence est inf à la notre.

- ATCD de morts nés:

L'ATCD de mort né est un facteur de risque. Les causes doivent être recherchées.

Dans notre étude nous avons eu 10% supérieur à celui de COULIBALY B [10] qui a été de 03,89%.

III- SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ACTUELLE :

Les consultations pré natales:

Dans notre étude toutes les gestantes avaient fait au moins une CPN alors que chez COULIBALY B [10] 94,61% avaient fait au moins une CPN.

Notre fréquence peut s'expliquer par la proximité à la population de 03 CSCom et un CSRef.

DRAVE A [17] dans son étude trouve que la non exécution des CPN par les gestantes constitue un facteur de risque.

61% des patientes décédées dans l'étude de DRAVE A [17] n'avaient fait aucune CPN.

Les CPN doivent être de qualité et de quantité, car certains risques ne sont décelés qu'au cours de la grossesse.

Ainsi dans notre étude 14,55% des parturientes avaient fait leur 1^{ère} CPN au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, 80,91% au 2^{ème} trimestre, 04,54% au 3^{ème} trimestre et 20,9% ont fait plus de 03 CPN.

COULIBALY B [10] a rapporté que 31,33% des parturientes ont débuté les CPN au 1^{er} trimestre de leur grossesse, 48,42% au 2^{ème} trimestre, 16,77% au 3^{ème} trimestre et 24,84% avaient fait plus de 03 CPN.

Au 10^{ème} cours d'épidémiologie [16] 36,50% ont commencé à consulter au 1^{er} trimestre, 39,50% au 2^{ème} trimestre, 15,13% au 3^{ème} trimestre et 08,40% n'ont pas pu répondre à la question.

Dans l'étude de NJAH.M [37] en Tunisie 62,5% ont consulté au 1^{er} trimestre, tandis que 25,3% n'ont consulté qu'à partir du 2^{ème} trimestre.

IV- PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

➤ Infections urinaires et grossesse.

La fréquence d'infections urinaires est de 39,1% supérieur à celui de COULIBALY B [10] qui est de 10,18%.

L'association infection urinaire et grossesse a été beaucoup étudiée, mais elle est assez fréquente parce que l'état gravidique en lui-même favoriserait cela.

L'âge de prédilection pour sa survenue est le 3^{ème} trimestre.

Sa fréquence est variée dans la littérature. Plusieurs facteurs interviennent à ce niveau : problème de définition, technique de prélèvement. Le tableau ci-dessous passe en revue les taux des auteurs :

Auteurs	Pourcentage	Année	Pays	Référence
CAMPBELL.BROWN	5 à 10	1987	USA	[08]
DELCROIX.M	04 à 7	1994	France	[12]
TOGO.A	07,99	1993	MALI	[49]
TALL.M	45,46	1996	MALI	[45]
KANTE.F	34,64	1997	MALI	[23]
COULIBALY B	10,18	2002	MALI	[10]
NOTRE ETUDE	39,10	2006	MALI	

Les différentes complications liées à l'association infection urinaire et grossesse que nous avons recensé dans notre étude sont : MAP, accouchement prématuré.

Il existe des formes cliniques et des formes latentes d'où la nécessité de la systématisation de l'ECBU dans le bilan pré natal.

➤ **Anémie et grossesse:**

Selon l'OMS une femme enceinte sur deux, et une femme non enceinte sur trois souffrent d'anémie nutritionnelle.

Différentes études effectuées au mali et à Bamako ont montré que 30 à 65% des femmes enceintes étaient anémiques [38,51].

L'anémie peut être due aux grossesses rapprochées, à la malnutrition, aux parasitoses (paludisme), drépanocytose etc., tous ces facteurs ajoutés à

l'anémie physiologique de la grossesse aggravent la situation de la femme enceinte.

Dans notre étude 79,17% ont un taux d'Hb inf à 12g/dl et 22,92% ont présenté une anémie sévère (taux d'hb inf 07).

COULIBALY B [10], BERTHE S [06] et SANOGO O [41] a rapporté respectivement 06,53%, 31,96% et 42% de leurs patientes présentaient une anémie.

Quant à DEMBELE.H [13] elle rapportait à Bougoula un taux prévalence de 42,2% en 1995. Elle précisait que les adolescentes (10-20) étaient les plus atteintes.

Cela est confirmé par DIALLO.M.S [] en Guinée Conakry qui signalait un taux de prévalence de 10,67% parmi lesquelles 76,08% étaient des adolescentes.

A Yaoundé et au Zaïre les auteurs cités par DIALLO.M.S ont rapporté les taux respectifs de 16,03% et 41,90%.

➤ **Menace d'accouchement prématuré:**

Sa fréquence a été de 14,54% dans notre étude.

KEITA.A [24] et COULIBALY B [10] ont trouvé respectivement des fréquences supérieures à la notre de 19,76% et 29% ces différences peuvent s'expliquer chez COULIBALY.B par la taille de l'échantillon et chez KEITA par le fait que son étude était portée uniquement sur les MAP

➤ **HTA et grossesse :**

L'association, HTA et grossesse est grave de par ses complications maternelles et/ou fœtales avec un pronostic fœtal sévère.

Elle représente 10% dans notre échantillon. Des études effectuées au Mali ont rapporté des fréquences respectives :

BERTHE S [06] 15,22%, COULIBALY B [10] 14,07 et SOUMARE M.D [43] 07,05

Ces différentes fréquences peuvent s'expliquer d'une part par le taux de femme referée pour HTA sur grossesse et d'autre part par le taux non négligeable de primipares jeunes et des patientes d'âge supérieur à 40ans, tous ceux-ci étant des groupes exposés à l' HTA. Des chiffres ont été rapportés par certains auteurs africains. C'est ainsi que, CISSE et COLL [09] en 1995 a Dakar 05,60%, il a aussi signalé que cette fréquence était de 04,6% à Abidjan la même année.

L'association HTA et grossesse n'est pas seulement l'apanage des pays en voie de développement, des études effectuées en France ont montré cette association variait entre 09,3 et 37,7% [35], et entre 05 et 10% [36].

CISSE dans son étude a rapporté qu'elle était à 10,8% aux royaumes unis et varie entre 10 et 15% aux USA.

➤ **Grossesse gémellaire.**

Sa fréquence est de 04,54% dans notre échantillon, elle est de 10,18% dans l'étude de COULIBALY B [10] donc supérieure à celle de notre série.

Notre taux est supérieur à celui de KANTE.F [23] 04,15%.

D'autres études effectuées au Mali ont rapporté des taux plus bas que le notre par exemple celui rapporté par KONE A [25] qui est de 01,92%.

Au Nigeria FAKEYE.O [19] a trouvé une fréquence de 03,5%

L'accouchement prématuré est le principal risque rencontré au cours de notre étude. Cependant la grossesse gémellaire peut être cause de présentations dystociques, PP, de toxémie gravidique, de prématurité, etc.

➤ **Paludisme et grossesse:**

Dans notre étude nous avons trouvé 30% de cas de paludisme sur grossesse.

Plusieurs études attestent que les femmes les plus vulnérables au paludisme sont celles dont le niveau socio économique est bas [13,]. DEMBELE H [13] trouve une fréquence de 41,94% pour celles qui ont un niveau socio économique et 09,8% de niveau socio économique élevé. Cette fréquence est de 10,20% pour BERTHE.S [06] TAMNOURA BA ALTI [46] a trouvé que 02,3% des placentas examinés sont infectés par le plasmodium falciparum.

➤ **Les présentations dystociques:**

Les anomalies de la présentation ont représenté 04,50%.

Notre taux est inférieur à ceux rapportés par TEGUETE I [48] en 1996 avec fréquence de 21,8% et COULIBALY B [10] en 2004 avec fréquence de 09,88%.

Cette différence avec le taux de TEGUETE I peut s'expliquer par le fait que son étude n'a porté que sur les césariennes, il n'est donc pas surprenant d'avoir un tel taux de présentations dystociques, celles-ci étant l'une des indications de la césarienne.

- **Présentation du siège:**

Le principal risque de la présentation est la rétention de la tête dernier. Les auteurs français tels que BOISSELIER et COLL [52] trouvent une fréquence de 14,2%.

MBIYE.KAMUNA et COLL [31], DIALLO .C.H [15] ont trouvé respectivement des fréquences 02,13%, 01,9%, 10,41%.

Notre fréquence 03,6% est inférieur à celle des français et de KANTE F, supérieur à celles de MBIYE.KAMUNA et DIALLO.C.H

V - EXAMEN DE LA PARTURIENTE A L'ENTREE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT:

Poids:(*obésité et grossesse*)

Le gain pondéral au cours de grossesse varie habituellement entre 08 kg et 12kg.

89,1% des parturientes avaient des poids qui variaient entre 37et 127kg.

Nous avons pris comme critère d'obésité toute femme enceinte dont le poids est supérieur à 90kg.

Cette fréquence est de 02,7% dans notre échantillon.

L'obésité constitue un facteur de risque car elle expose la patiente à l'HTA, au diabète, à la césarienne etc. Le fœtus cours des risques de macrosomie.

C'est ainsi que LETHAIN et COLL [27] trouvent 25% de poids supérieur ou égal 4000g, un taux de césarienne augmenté à 25%.

➤ **Hauteur utérine: H.U**

La H.U normale chez une femme enceinte a terme varie entre 32- 35cm.

Une H.U supérieur ou égal à 36cm fait suspecter une macrosomie.

06,40% des nos parturientes avaient une H.U sup. ou égal à 36cm

Cette corrélation a été retrouvée dans d'autres études, c'est ainsi que EL-HADI.M et COLL [18] ont trouvé une forte corrélation entre la, HU et le de naissance du nouveau né.

➤ **Les types de bassin:**

Les anomalies du bassin interviennent dans 21,82% avec 14,55% de bassin limite, 04,55% de bassin généralement rétréci et 02,72% de bassin asymétrique dans notre échantillon.

Elles représentaient 30,70% pour COULIBALY B [10] en 2004, 41,73 pour KANE B [22] et 37,6% pour TEGUETE I [48] en 1996 .ces différences de fréquence peuvent s'expliquer par : l'étude de TEGUETE n'a porté que sur les césariennes et celles de KANE B a été menée dans une zone purement rurale ou la plus part des populations est dénutrie. Les dystocies mécaniques dans la plupart des cas sont causes de souffrance fœtale aigue et à l'extrême des ruptures utérines si elles demeurent méconnues.

LONGOMBE et COLL [29] en 1990 au Zaïre a rapporté 37% cas de dystocies mécaniques et dynamiques. Quant à DIALLO.C.H [15] à l'HGT il trouve 20,12%.

-1^{ère} cause de dystocie osseuse: BGR

C'est l'indication la plus fortement associée à la césarienne.

TEGUETE I [48] dans son étude a signalé 18,08%, cette fréquence est supérieure à la notre qui est 04,55%. La voie basse n'est exceptionnellement acceptée qu'en cas de grande prématurité, d'hypotrophie sévère et généralement mort fœtale

-2^{ème} cause de dystocie mécanique: B.L

Nous avons eu 14,55% dans notre étude contre 18,35% pour COULIBALY B [10] et 17,1% pour TEGUETE I [48].

- Le bassin asymétrique est la 3^{ème} cause de dystocie mécanique :

Avec 02,72% dans notre série contre 01,27 pour COULIBALY B [10] et 01,6% chez TEGUETE.I [48]

VI PATHOLOGIES DE L'ACCOUCHEMENT

➤ La souffrance fœtale aigue:

Elle a représenté la pathologie la plus fréquente du travail dans le service de maternité 22,73%, elle est de 12,27% chez COULIBALY B [10] et 18,03% pour KANTE F [23].

➤ L'accouchement prématuré:

L'accouchement prématuré est la cause de mortalité périnatale 65% [53]
 La fréquence des accouchements prématurés varie d'un auteur à un autre
 (voir tableau ci-dessous)

Tableau :

Auteur	Pourcentage	Année	Pays
ALI HONOU [01]	06,5	1982	Bénin
JOHNSON [54]	05	1990	Angleterre
MERGER R [53]	08	1993	France
BERTHE S [06]	13,2	1983	Mali
KANTE F [23]	12,22	1996	Mali
COULIBALY B [10]	09,58	2002	Mali
Notre étude	11,82	2007	Mali

Notre taux peut s'expliquer par la grande fréquence des infections urinaires 39,1% du paludisme 30%, des MAP 14,54% de la toxémie gravidique 10% ; tous ces facteurs sont causes d'accouchement prématuré.

VI MODALITES D'ACCOUCHEMENT :

La voie basse a été la plus fréquente avec 73,64 dans notre étude suivie par l'accouchement à la ventouse avec 13,64% puis la césarienne avec 12,73%.

KANTE F a trouvé [23] à HNPG 52,42% d'accouchement normal, 36,38% de césarienne.

Quant à BERTHE S. [06] il a trouvé 55,60% d'accouchement normal 43,97% d'accouchement dystocique dont 06 cas de forceps, 01 cas de décès maternel, si dans la littérature les accouchements eutociques représentent 95% des accouchements en général, dans notre étude ils représentent seulement 70,91%.

TEGUETE I [48] en 1996 trouve une fréquence de 24,04% de césarienne. Les fréquences sont respectivement pour DIALLO C H [15] en 1989 à l'HGT, KOUAM et COLL [26] à Yaoundé.

VII- CONCLUSION

Notre étude sur les grossesses à risque dans le service de maternité du CSRef de bougouni nous a permis d'avoir un aperçu général sur celles ci, leur suivi, les complications survenues et les conséquences sur le produit de conception.

La fréquence des grossesses à risque a été de 44,89% parmi les quelles on a enregistré 09,38% d'accouchement à risque.

La tranche d'âge de 20-35 ans étaient la plus représentées 52,7%

Pendant la grossesse : la MAP, le paludisme, les infections urinaires, la toxémie gravidique, l'anémie, les grossesses gémellaires ont été les 1^{er} facteurs de risque rencontrés dans le service.

Au cours de l'accouchement c'est la souffrance fœtale, les présentations dystociques et l'accouchement prématuré ont été les trois principaux facteurs de risque rencontrés dans nos salles d'accouchement.

La voie basse a été représentée majoritairement avec 73,64%.

80% des nouveaux nés ont subi une réanimation et un taux de mortalité périnatale de 06,96% et 09,56% de nouveaux ont été référés à la pédiatrie pour prise en charge correcte.

Les principales causes de décès des nouveaux nés ont été : la prématurité, l'hypotrophie fœtale et les infections néonatales

VIII- RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités :

- Faire une formation continue du personnel de la santé (accoucheuses traditionnelles, matrone, infirmières obstétriciennes, sages femmes, médecins) pour les permettre d'effectuer les CPN de meilleure qualité,

dépister les grossesses à risque, les référées ou les évacuées à temps sur les centres plus spécialisés.

- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les médias et les élus locaux pour une meilleure adhésion aux CPN.
- Doter les services de maternité d'une pharmacie d'urgence et d'une mini banque de sang.
- Organiser le système d'évacuation et de référence de la périphérie vers les centres plus spécialisés avec rétro information.

Aux prestataires de santé : - Renforcer l'éducation pour la santé en insistant sur :

- Les avantages des CPN et du bilan pré natal.
- Les risques des accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Etendre le dépistage des grossesses à risque aux examens complémentaires biologiques.
- Utilisation adéquate du partogramme un outil important qui permet une prise de décision adéquate.
- Monitoring des bruits du cœur fœtal chez toutes les femmes dans la salle d'accouchement pour déceler les souffrances fœtales à temps.
- Respecter scrupuleusement les règles d'asepsie dans la salle d'accouchement.

Aux femmes enceintes :

- Suivre régulièrement et précocement les CPN
- Faire les examens demandés lors des CPN.
- Espacer les naissances.

IX- REFERENCES.

1. Aiman J

X-Ray pelvimetry of pregnant adolescent pelvic size and the frequency of contraction. Obstet. Gynécol. -1976.

2. Alihonou. E

Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans traitement de la menace d'accouchement prématuré. Afrique médicale, 1982, 21, 203, 533-538.

3. A.Pruai :

Grossesses et accouchements en Afrique de l'ouest. Une maternité à haut risque.
Pregnancy and delivery in West Africa A high risk mother hood.
Volume 11, n°2 Page 155-165

4. Baudet.J.H, Aubard Y:

Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse- Rev-prat. (Paris) 1994, 44, 12, 1665-1670.

5. Bayo.A :

Les ruptures utérines à propos de 58cas recensés à l'HGT thèse de médecine Bamako, 1991, N°4.

6. Berthe S :

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse médecine : Bamako 1983, N°

7. Blanchot J :

Fièvre au cours du travail. Evaluation du risque d'infection materno-foetale et réflexions à propos des mesures prophylaxies à partir d'une prospective sur 6305 accouchements.

8. Campell.Brown M.ME Fadyeni.R:

Bacturiuria in pregnancy treated with a single dose of cephelexin.

9. Cisse C.T .Basa, N'Diaye MF, Diouf D. Diadhiou F, Diouf S.M, Bah D:

HTA de la femme enceinte en Afrique noire Sem hop. Paris 1999 ; 71 ; n°56.167-177.

10. Coulibaly B :

Etude des grossesses et accouchements à risque dans le CSRef de la commune IV à propos de 334 cas. Thèse de médecine Bamako, 2002.

11. Coulibaly F

Etude qualitative des causes de mortalité maternelles à Bamako à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse de med : Bamako MALI, 1995

12. Delcroix M, Zone V, Cheront C Adam MH Duquesne G, Noel AM :

L'infection urinaire de la femme enceinte. Rev-Fr Gynecol-obst 1994, 89, 5, 277-284.

13. Dembele H A

Paludisme et grossesse, saisonnalité et relation avec anémie et petit poids de naissance à buogoula-hameau (Sikasso, Mali) thèse de médecine 1995 Bamako Mali , n°29.

14. Diallo.D

L'accouchement en milieu péri urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au SSSC V thèse de med. Bamako 1995 N°48

15. Diallo CH :

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 106 cas dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1^{er} octobre au 30 septembre 1990. Thèse de médecine Bamako, 1990, n°37

16. Dixième cours supérieur d'épidémiologie :

Couverture pré natale et l'utilisation de critère de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako, octobre 1996.

17. Drave A :

Etude rétro spective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco obstétrique de l'HGT de 1991 à 1994. A propos de 103 cas, thèse de médecine 1996-93p n°39

18-El Hadi M .Berthe J, Venditrlli.F, and Tabesta J.L:

Evaluation de la valeur diagnostic de la hauteur utérine et de la prise de poids maternelle. Rev –FR gynecol obstet 1996, 91, 12, 24-26.

19. Fakeye O

Twin birth weight discordancy in Nigeria. Int j. gynecol 1986, 24, 235-238

20. Goufodji S.S:

Contribution à l'étude de l'HRP. A propos de 227 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou thèse de médecine bénin 1986 N°288

21. Guirvac'H, Leveque A. Poulain P, Leveque J. Allannic.A.Giraud, J.R, Corall.J.Y :

La grossesse de la femme diabétique, incidence des malformations, de la macrosomie, mis à jour sur la conduite obstétricale. J-Gyneco-biol-reprod, 1992, 21, 697-700.

22. Kane B

Contribution à l'étude des grossesses à risque élevée en zone rurale thèse de médecine. Bamako 1986 n°23

23. Kante F :

Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG a propos de 723 cas. Thèse médecine Bamako 1997 N°24

24. Keita A :

La menace d'accouchement prématuré : aspect socio démographique, clinique et thérapeutiques à la maternité René Cisse d'hamdalaye du district de Bamako à propos de 150 cas.

Thes. med. Bamako, 2003, n°45

25. Kone A :

Accouchements multiples dans le service gynéco obstétrique de l'HNPG.
Thèse de médecine Bamako 2001-N°12.

26. Kouam L, Kamdom Mayo J

Les facteurs de risque fœtal dans les accouchements gémellaires. Une analyse critique de 265 cas. Rev.Fr gynécol, 1995, 90, 3, 155, 163.

27. Lethain, Lefebvre.G, Stella V, Vauthierd, Sfoggia D, Goulon V, Darbois Y

Grossesse et obésité. A propos d'une étude cas témoins de 140 cas
J.Gynécol obstet biol. reprod, 1992,21, 563-567.

28. Leung A & Coll:

Risk factor associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean section delivery: a case-control study. Am obst gynecol, 1985; 5:1358-1363.

29. Lomcombe A.O, Wood PB, Dix.R:

Cesarean section: indication and risk in rural Zaire.

30. Mahler M

Maternal and child: report by director general.

Presented at the world health assembly, Geneva, April 3. 1979

31. Mbye Kamuma, Yandegaza J.C, Ferre J :

Infection dans les suites opératoires de césarienne. Etude comparative suivant l'antibiotique employé dans deux maternités de centrafrique. Rev Fr. gynecology obst 2005, 125-129

32. Merger R, Levy J, Melchior J:

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

33. Merger R, Levy L, Melchoir J:

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

34. Moubarack S

La maternité, une fin et un moyen forum mondial de la santé. VOL. 10, 1989 Maternité sans risque.

35. Mounier Vehier C, Valat R A.S Vaast.P puech. F, Carre.A:

Evaluation et surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse. J. gynéco obst, reprod.1994, 23,303-307.

36. Niare F

Aspect clinique de la crise d'éclampsie à l'HGT à propos de 65cas. Thèse de med Bamako 1995 40p, n°35

37. Njah M Marzouki, M Handi, W Hadjfred A

Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien :
Barrières et facteurs de motivations. Rev Fr. gynéco obst 1993, 88,4, 225-229.

38. Ouattara Z :

Contribution à l'étude des anémies de la femmes enceinte dans le district de Bamako (à propos de 138cas) thèse de med ENMP 1981 N°16

39. Prual A, Sanogo O, Huguet, Diallo D, N'Kakapen W

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

40. Sangaré A G

HTA gravidique et éclampsie à Bamako thèse de med Bamako 1985 N°15

41. Sanogo O

Evaluation du système de prévention de l'anémie chez la femme enceinte à Bamako, thèse de med 1996 N°43

42. Serres X, Grall. J.Y LE, Marec, Luaj, Lemeef :

La grossesse après 40 ans à propos de 136cas et revue de la littérature. J. gynéco obst biol. Reprod, 2004

43. Soumare.M.D

HTA et grossesse : pronostic foeto-maternel dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG à propos de 296 cas. Thèse de med Bamako N°62

44. Talibo A M

Contribution de la CPN dans l'identification et de préventions de facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de med 1998 N°29

45. Tall M

Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du district de Bamako à propos de 813 cas. Thèse de med Bamako, 1996 N°31

46. Tamboura BA alti :

Environnement de la grossesse et poids de naissance à propos d'une étude prospective dans 5 maternités du Mali, thèse de med. Bamako, 1985 N°4

47. Tchang G S

Aspect socio démographiques et obstétricaux de la prématurité dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG
Thèse de med : Bamako, mali, 1995, N°29

48. Teguede I

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'HNPG de 1991 à 1993, à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas, thèse de med 1996 N°17

49. Togo

Etude de l'infection urinaire et grossesse dans le service de gynéco obstétrique de l'HNPG à propos de 61cas. Thèse de med

50. Traoré Y

Les ruptures utérines à l'HNPG facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et des mesures prophylactiques, à propos de 180 cas thèse de med : Bamako, 1996, n°27

51. Boisselier & Coll

Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 19605 accouchements.

52. Merger R, Levy J, Melchior J

Précis d'obstétrique Paris, Masson 1993, 755p, 25, 5cm, 5ème édition

53. Randrian J & Coll

Intérêt de l'examen anatomopathologique du placenta dans les zones d'endémie palustre et de faible niveau socio-économique.

J.gynecol. obstet, reprod, 1994, 23, 825-829.

X-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE QUESTIONNAIRE DE THESE

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

N°.....

Date.....

I IDENTIFICATION

Q1 Nom :

Prénom :.....

Q2 Age :.....ans

Q3 TailleCm

Q4 Profession :.....

a : femme au foyer

b : fonctionnaire

c : artisane

d : élève

e : étudiante

f : commerçante

g : bonne, ménagère

h : autre

Si autre préciser.....

Q5 Statut matrimonial :.....

a : mariée

b : divorcée

c : veuve

d : célibataire

Q6 Niveau d'alphabétisation :.....

a : primaire

b : secondaire

c : supérieur

d : analphabète

Q7 Source de revenu :

a : oui

b : non

Q8 Lieu de résidence :

Q9 Profession du conjoint :.....

II ANTECEDANTS

Q10 Gestité

a : primigeste

b : Pauci geste

c : Multi geste

d : Grande multi geste

Q11 Parité :.....

a : nullipare

b : primipare

c : Pauci pare

d : multipare

e : grande

multipare

Q12. Accouchements précédents avec mort né OUI.....NON...

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

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

- Q 15.** Chirurgie gynécologiqueOUI..... NON.....
(Fibrome, GEU, kyste ovarien etc.)
- Q16.** Utérus cicatriciel OUI.....NON.....
(Césarienne, rupture utérine etc....)
- Q 17.** Antécédent de petit poids de naissance (moins de 2000 g)..OUI
NON
- Q 18.** Antécédent de souffrance fœtale aigue...OUI..... NON....
- Q 19.** Antécédent d'hémorragie du post partum ...OUI.....NON....
- Q 20.** Antécédent de pathologie néonatale chez plus d'un enfant
OUI..... NON...
- Q 21.** Avortement à répétition ...OUI.....NON...
(Supérieur ou égal à 2)
- Q 22.** Antécédent de cerclage...OUI..... NON...
- III HISTOIRE GROSSESSE ACTUELLE**
- Q 23** Age de grossessesemaines d'aménorrhée OUmois
- Q 24.** Age de la gestante inférieur à 15 ans ...OUI.....NON....
- Q 25.** Age de la gestante supérieur à 40 ans...OUI.....NON
- Q 26.** Primipare âgée ...OUI.....NON.....
- Q 27** Multiparité (plus de 6 accouchements) OUI.....NON.....
- Q 28** Grossesse suite à une période de stérilité OUI.....NON...
- Q 29** Poids inférieur à 45 Kg ...OUI.....NON...
- Q 30** Poids supérieur à 90 Kg ...OUI.....NON....
- Q 31** Bassin asymétrique.....OUI.....NON.....
(Poliomyélite, femme bossue ou boiteuse)
- Q 32.** Bassin limite.....OUI..... NON.....
- Q 33.** Hémorragie du premier trimestre...OUI.....NON...
- Q 34** Hémorragie du troisième trimestre ...OUI.....
- Q 35.** Grossesse et masse pelvienne ou abdominale OUI.....NON....
(Fibrome, kyste ovarien etc.....)
- Q 36** Présentation du siègeOUI.....NON.....
- Q 37** Présentation transversale...OUI.....NON

- Q 38 Grossesse multiple.....OUI.....NON*
Q 39 Hydramnios..... OUI.....NON
Q 40 Oligoamnios OUI..... NON
Q 41 MacrosomieOUI.....NON.
Q 42 Retard de croissance intra-utérin...OUI.....NON....
Q 43 Souffrance fœtale chronique ...OUI.....NON...
Q 44. Dépassement du terme ...OUI..... NON
Q 45. Grossesse cerclée OUI..... NON.....

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

- Q 46 Sérologie VIH positive...OUI... NON.....*
Q 47 Sérologie syphilitique positive...OUI.....NON.....
Q 48 Sérologie toxoplasmose positive (Ig M et Ig G) OUI... NON.....
Q 49 Sérologie rubéole positive (IgM et IgG) ...OUI.... ..NON.....
Q 50 Hémoglobinopathie ...OUI.....NON.....
Q 51 Glycémie élevée (supérieure à 6,1 mini mol/L)...OUI... NON...
Q 52 Présence de sucre dans les urines ...OUI.....NON.....
Q 53 Tension artérielle diastolique supérieure à 90 mm Hg...OUI...NON...
Q 54 Tension artérielle systolique supérieure à 140 mm Hg...OUI.. NON
Q 55 Albuminurie associée à un oedeme et / ou à une HTA OUI...NON...
Q 56. Infection urinaire récidivante OUINON...
Q 57 Anémie même légère (taux d'hémoglobine inférieur à 10 g /dl).
OUI.....NON.....
Q 58 Signe de décompensation cardiaque...OUI.....NON.....
Q 59. Signe d'insuffisance respiratoireOUI.....NON.....
Q 60 Maladie grave maternelleOUI.....NON.....
(Tuberculose ; syndrome néoplasique etc.)
Q 61 Traumatisme notoire au cours de la grossesse...OUI..... NON....
(CBV, AVP, Accidents domestiques)

EVOLUTION DE LA GROSSESSE

- Q 62 Avortement précoceOUI.....NON....*
Q 63 Avortement tardif.....OUI.....NON.

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

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

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

DEROULEMENT DU TRAVAIL

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

Q 69 Poche des eaux rompues

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

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

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

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

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

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

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

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

Q 77 Placenta praviae hémorragique... OUI NON.....

Q 78 Rupture utérine... OUI NON.....

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

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

Q 81 Tête mal fléchié.....OUI.... .NON

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

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

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

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

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

Q 87 Durée du travail.....

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

MODALITE DE L'ACCOUCHEMENT.

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

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

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

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

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

DELIVRANCE

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

Q 94. Placenta :

a : complet b : incomplet c : rétention placentaire

Q 95 Hémorragie

a : oui b : non

Q 96. Déchirure des parties molles.

a : périnée.oui non.....

b : coloui non.....

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

PARAMETRES DU / DES NOUVEAU-NE(S)

1^{ER} NOUVEAU-NE

2^e NOUVEAU-NE

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

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

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

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

Q 98 a Taille :cm.

Q 98 a Taille :cm.

Q 98 b Poids :g

Q 98 b Poids :g

Q 98 c Sexe :

Q 98 c Sexe :

a : féminin b : masculin

a : féminin b : masculin

Q 98d malformé : oui... non... Q 98d malformé oui.... non....

Q 98e Mort né frais oui... non... Q 98e Mort né frais oui... non...

Q98f Mort né macéré oui.... non... Q98f Mort né macéré oui... non...

PARAMETRE DE LA MERE

Q99. Vivante a : oui b : non

Q99a. Tension artérielle

Q 99b Etat de la conscience a : bonne b : mauvais

Q99c Hémorragies a : oui b : non

Q99d. Fièvre a : oui b : non

Q 99e Transfusée a : oui b : non

.Q99 f Transférée

a : réanimation b : chirurgie c : médecine

Q 99g. Décédée.....a : oui b : non

Si décédée, cause du décès :

Q 99g 1. Hémorragie : oui... non...

Q 99g 2. Hypertension artérielle : oui... non...

Q 99g 3. Infection : oui... non...

Si autre à préciser.....

Moment du décès

Q 99g 4 Avant l'accouchement : oui... non...

Q 99g 5 Au moment de l'accouchement : oui... non...

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

à préciser enheures

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

MERE

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

Si décédée, combien de jours dans le post partumjours

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

Q 100 b Hémorragie oui..... non.....

Q 100c Fièvre oui..... non.....

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

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

Q 100 f Phlébite oui..... non.....

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

NOUVEAU-NE(S)

1^{er} NOUVEAU-NE

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

Si décédé à quel age en (.....jours)

Cause du décès :

101a Souffrance fœtale oui..... non

101b Infection oui..... non.....

2^e NOUVEAU-NE

Vivant oui non

Si décédé à quel age en (.....jours)

Cause du décès :

101a Souffrance fœtale oui...non...

101b Infection oui..... non.....

- 101c** *Asthénie/ hypotrophie oui.. non...* **101c** *Asthénie/ hypotrophie oui...n...*
101d *Fièvre oui..... non.....* **101d** *Fièvre oui..... non.....*
101e *Prématurité oui..... non.....* **101e** *Prématurité oui..... non.....*
101f *Troubles respiratoires oui..... non...* **101f** *Troubles respiratoires oui..... non.....*
101g *Ballonnement oui..... non.....* **101g** *Ballonnement oui..... non.....*
101h *Convulsion oui..... non.....* **101h** *Convulsion oui..... non.....*
101i *Ictère oui..... non.....* **101i** *ictère oui..... non.....*
101j *Malformation Oui..... non.....* **101j** *Malformation Oui..... non.....*

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KONE.

Prénom : MAMADOU T KONE.

Titre de la thèse : Grossesses à risque au Centre de Santé de Référence de Bougouni à propos de 110 cas en 2006.

Année universitaire : 2007-2008.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : MALI.

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

Secteurs d'intérêt : Gynéco Obstétrique, Santé publique.

Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 04 janvier 2006 au 30 juin 2006. Elle a concerné 245 gestantes dont 110 présentaient une grossesse à risque soit 44,89%.

L'âge des gestantes variait entre 17 – 43 ans avec une moyenne de 30 ans.

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

Les principaux facteurs de risque étaient : Les infections urinaires avec 39,1%, le paludisme avec 27,27% les menaces d'accouchement prématurés avec 14,54%, la toxémie gravidique avec 10%, l'âge maternel inférieur à 18 ans avec 7,3%.

L'accouchement a été réalisé par voie haute chez 12,73% des parturientes.

Aucun cas de décès maternel n'a été réalisé durant l'étude. 09,56% des nos nouveaux-nés ont bénéficié d'une référence sur le service de pédiatrie.

La mort néonatale a été de 06,96%.

MOTS CLES : grossesse à risque, consultation prénatale, facteurs de risque.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !