

Ministère des Enseignements secondaire,
Supérieur et de la Recherche scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



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

Année Universitaire 2007 - 2008
N° ____/

Thèse

TITRE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE
DES URGENCES OBSTETRIQUES AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE IV A PROPOS DE 293 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../
2008

devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Par

Monsieur *Dramane COULIBALY*

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT : Pr Tiéman COULIBALY

MEMBRE : Dr Broulaye TRAORE

CO-DIRECTEUR : Dr Moustapha TOURE

DIRECTEUR DE THESE : Pr Salif DIAKITE

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

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

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

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

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

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Brehima COULIBALY	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie-Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie, Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation

Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé- Publique- **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique
Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Hamadoun Aly SANGO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP
Mr Akory Ag IKNANE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Biostatistique
Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Yaya COULIBALY
Mr Lassine SIDIBE

Botanique
Bactériologie
Physique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Législation
Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr Amadou Papa DIOP
Pr Lamine GAYE

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie
Physiologie

**AU NOM D'ALLAH, LE TOUT MISÉRICORDIEUX, LE TRÈS
MISÉRICORDIEUX.**

“ Louange à Allah, Seigneur de l'univers, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Maître du jour de la Rétribution. C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours. Guide-nous dans le chemin droit, le chemin de ceux que tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.”

SEIGNEUR

Donne à mes yeux, la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur, la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains, l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles, la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres, les mots qui reconfortent ;

Donne à mon esprit, le désir de partager ;

Donne moi seigneur le courage la force, l'intelligence d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

Au prophète Mahomed (paix et salut sur lui) et à toute la Ummah islamique
« Lis au nom de ton seigneur qui a créé, qui a créé l'homme d'une adhérence.
Lis ! Ton seigneur est le très noble, qui a enseigné par la plume le [calame], a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas ».

Sourate 96 Verset 1-5.

DEDICACES

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

Je dédie cette thèse :

A Mon père : **Feu Bakary dit Sitin COULIBALY** (paix et salut sur lui),

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruits, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense. Amen !

A Ma mère adoptive : **Hawa dite Bougou COULIBALY**,

Douce mère - Tendre mère - Vénérable mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que moi, ton enfant adoptif, réussisse, tu as toujours été là quand j'avais besoin de toi, ton amour et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut, tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi. J'espère être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garder longtemps à mon côté, pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices. Amen !

A Ma mère : **Sitan dite Thiénourou COULIBALY,**

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, puisse **ALLAH** le tout puissant te bénisse et te donne encore une longue vie pour qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifices.

A Mon fils : **Bakary et Sékou,**

A Mes Sœurs,

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A Ma Femme : **Soukoba SISSOKO,**

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien inestimable. Qu'**ALLAH** le tout puissant vous récompense.

A **Dr SIDIBE Moro et Dr KAMISSOKO Abdoulaye,**

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour vos soutiens et vos inlassables conseils.

A **Dr KOKAÏNA Chaka,**

Cher maître, j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute ma gratitude.

A **Dr Benoît B SARRIA et famille,**

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Mes remerciements infinis.

A toute la famille de **feu Auguste Moro SIDIBE** à Lafiabougou Bamako,

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille pour la poursuite de mes études.

A Mr **Gabriel Alexandre SIDIBE**,

Vous avez été pour moi un Frère digne de ce nom ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH le tout puissant** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas, Amen!

A ma cousine **Oumou COULIBALY et famille**,

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A tout le personnel du **service de Cardiologie B de l'HPG**,

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A Mr **Mamadou SYLLA**,

Vous avez été pour moi un Ami, un Frère exemplaire ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH le tout puissant** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas, Amen!

A **Fatoumata DOUMBIA et famille**,

Merci pour vos conseils.

A mes amis de Sévaré : **Mama DJENEPO, Bocar DJENEPO, Ogazit Ag AGAZOUM, El Moctar Ag MOHAMOUD, Seyba et Moussa MAGASSA, Alpha O HAÏDARA, Abdoulaye TOURE, Oumou MAÏGA, Idrissa A HAÏDARA, Boubacar Talibo MAÏGA, Ibrahim KEÏTA.**

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences .je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMPOS : **Dr Seyni KANTA, Dr Boubacar DICKO, Dr Yacouba SANGARE, Dr Sory DICKO, Dr Yacouba GUINDO, Dr Oumar GUINDO, Dr Bourehima KELLY, Dr Fousseïni KONARE, Dr Nampouzanga Anselme DEMBELE, Bilaly COULIBALY, Makan KOUMA, Hamadoun DIAKITE, Boubacar KEÏTA, Issa Kassoum DIAKITE, Aminata BERTHE, Ladji N'DAO, Drissa KONE,**

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci pour tous.

A mes aînés de la FMPOS : **Dr Souleymane DIARRA, Dr Fantamady CAMARA, Dr Souleymane DAGNOKO, Souleymane DIALLO.**

Merci pour vos conseils.

A Madame **Kandia SOUKOUNA et Famille SYLLA,**

Merci pour tous ce que vous avez fait pour la réalisation de cette thèse.

A Mr **Moulaye HAÏDARA et famille à Bamako Hamdallaye ACI 2000,**

Je vous dis merci pour tout.

A Mr **Siriman SAMAKE et famille,**

Merci infiniment pour votre soutien à la réalisation de cette thèse.

A tous mes collègues du CSREF CIV : **Zoumana TRAORE, Dr Lamine CAMARA, Dr Missiri SISSOKO, Dr Abdoulaye TEME, Lassine DIAKITE, Dr Soumaïla CAMARA, Sékou DOUMDIA, Faran SINABA, Sidiki TANGARA, Bakary YORO.**

Merci pour ces moments passés ensemble.

A mes cadets du service : **Mohamed N'DIAYE, Samba TOUNKARA, Boubacar DIARRA, Aminata TRAORE, Adama BAGAYOKO, Lassine KEÏTA.**

Je vous encourage et vous exhorte à travailler d'avantage.

Au médecin chef et tout le personnel du C.S.REF de la commune IV,

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre.

A tous ceux qui ont été omis et qui ont apporté leur soutien moral ou matériel pour la réalisation de ce travail.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tiéman COULIBALY

- **Maître de conférences en traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS**
- **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel TOURE.**
- **Membre de Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique(SMCOT).**
- **Membre de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SICOT).**
- **Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SMACOT et SOTCOT).**
- **Membre de l'Association des Orthopédistes de Langue Française (ADLF).**
- **Membre de la Société Africaine d'Orthopédie (SAFO).**

Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous.

Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.

**A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY
Docteur Broulaye TRAORE**

- **Praticien hospitalier,**
- **Chef de service de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de l'Association Malienne de Lutte contre la Déficience Mentale chez l'Enfant (AMALDEME),**
- **Chargé de cours à l'institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS).**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi les membres de ce jury.

Votre disponibilité et surtout votre abord facile ont forgé notre admiration.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Moustapha TOURE

- **Diplômé de gynécologie et obstétrique,**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,**
- **Titulaire du certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de Bale en suisse,**
- **Titulaire de certificat de procréation médicalement assistée de Hambourg en Allemagne,**
- **Titulaire du master en recherche sur les systèmes de santé de l'université libre de bruxelle,**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako,**
- **Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto – Stomatologie,**
- **Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré.**

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse **DIEU** le tout **PUISSANT** vous rendre au centuple vos bienfaits.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ATCD:** Antécédent
- **BDCF:** Bruits du Cœur Foetal
- **Cm:** Centimètre
- **CPN :** Consultation prénatale
- **CSA/Cercle:** Centre de Santé d'Arrondissement ou de Cercle
- **CSCOM:** Centre de Santé Communautaire
- **CSRéf:** Centre de Santé de Référence
- **DER:** Département d'Etude et de Recherche
- **DFP:** Disproportion Foeto-Pelvienne
- **EDS:** Edicateur Démographique et Sanitaire
- **EPU:** Etude Post-Universitaire
- **ESS:** Ecole Secondaire de la Santé
- **FMPOS:** Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
- **H:** Heures
- **HGT:** Hôpital Gabriel Touré
- **HPG:** Hôpital du Point G
- **HRP:** Hématome Retro-Placentaire
- **HTA:** Hypertension Artérielle
- **IMCM:** Institut Malienne de Conseil en Management
- **INFSS :** Institut National de Formation en Sciences de la Santé
- **Mn:** Minute

- **OAP:** Œdème aigu du poumon
- **OMS:** Organisation Mondiale de la Santé
- **PPH:** Placenta Praevia Hémorragique
- **PDS :** Programme de développement sanitaire
- **SFA:** Souffrance Fœtale Aigue
- **TA:** Tension Artérielle
- **RU:** Rupture Utérine
- **ND :** Non défini
- **%:** Pourcentage
- **<:** Inférieur à
- **>:** Supérieur à
- **≤:** Inférieur ou égal à
- **≥:** Supérieur ou égal à

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	2
III.	GENERALITES.....	3
IV.	METHODOLOGIE.....	20
V.	RESULTATS.....	28
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	47
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	56
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	59

ANNEXES

I/ INTRODUCTION

Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications obstétricales parfois mortelles et souvent imprévisibles. Le dépistage prénatal n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront des complications. Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant parties des groupes à "**risque élevé**" peuvent cependant présenter des complications obstétricales [15].

Les complications obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Elles sont fréquentes dans les pays **en voie de développement** où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité foeto-maternelle élevée [18].

Dans ces pays les femmes enceintes sont très souvent exposées à des risques graves dont l'évolution se fait vers une issue fatale ; cela est étroitement liée aux facteurs suivants :

- **L'insuffisance** des structures hospitalières
- Le bas **niveau** d'instruction et le bas **niveau socio-économique** de la population.

L'OMS a estimé que, chaque année dans le monde, au moins un demi million de femmes meurent suite aux complications obstétricales [44]. La même source affirme que plus de **30%** de décès se produisent en **Afrique** et **7%** en **Amérique Latine** ; par contre dans les pays **développés**, **6.000** décès sont enregistrés par an.

Au Mali, selon l'EDS IV (EDS IV 2007) le taux de mortalité maternelle est estimé à **485 décès pour 100.000 naissances vivantes**.

Des études faites par THIERO. M [44] en **1995** à l'hôpital Gabriel TOURE, par DIARRA. O [15] en **2000** à l'hôpital du Point G et par DISSA. L [17] en **2005** au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako ont trouvé une fréquence des complications obstétricales respectivement de **11,5%**, **25%**, et **10,16%**. Compte tenu de l'importance du drame que peuvent entraîner les complications obstétricales, nous avons entrepris cette étude qui vise les objectifs suivants :

II/ OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques-cliniques des urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales
- Etudier le profil socio-démographique des patientes
- Décrire les aspects cliniques des patientes
- Rapporter les modes de prise en charge des patientes
- Evaluer le pronostic foeto-maternel.

III/ GENERALITES

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement dues entre autres à des facteurs d'insuffisance d'infrastructure socio - sanitaire et le bas niveau d'instruction.

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

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et au non respect de la surveillance du travail d'accouchement par le partogramme.

Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré-éclampsie.

1. Physiologie de l'accouchement :

« L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) ». Si l'expulsion de l'œuf se fait avant le terme de 6 mois, on parle d'avortement. L'accouchement prématuré se produit entre la 28^{ème} semaine et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

S'il se produit entre la 38^{ème} semaine et la 42^{ème} semaine, il est dit à terme.

L'accouchement est eutocique par la seule influence des phénomènes naturels conduisant à l'expulsion de l'enfant par voie basse. L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [35]. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément

statistique: le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active (les contractions utérines). L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes: dont l'un phénomène dynamique et l'autre mécanique.

1.1. Phénomène dynamique :

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

Les contractions utérines ont pour effet :

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

1.2. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne, le mobile fœtal doit franchir 3 obstacles : le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ou détroit moyen et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose :

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

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

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

1.3. Le travail de l'accouchement :

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux, il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et dilatation). Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses, l'administration d'un antispasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail. Le travail de l'accouchement est divisé en trois périodes:

1^{ère} Période :

Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

2^{ème} Période :

Elle commence à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de l'enfant et dure en moyenne chez la primipare 1 à 2 heures. Dans l'intérêt du fœtus l'expulsion ne doit pas dépasser 45 minutes. Chez la multipare elle est plus rapide et excède rarement 15 minutes.

3^{ème} Période :

C'est la délivrance. Elle va de la naissance de l'enfant à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes. La surveillance active du travail d'accouchement permet :

- De réduire la durée du travail
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition
- De contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- De faire les pronostics :

1.3.1. Pronostic mécanique : il est basé sur l'étude du bassin et du volume fœtal dont l'échographie sera un recours appréciable. Il faut identifier aussi la présentation et la variété de position.

1.3.2. **Pronostic dynamique** : il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col, l'ampliation du segment inférieur, l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtale.

1.3.3. **Pronostic Fœtal** : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à intervalles réguliers par la même personne sur un partogramme. Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

L'obstétricien « aux mains nues » selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques [10].

- Les contractions utérines
- Les modifications du col

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

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

La poche des eaux à un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté, jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le fœtus.

Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance fœtale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité fœtale [2].

- L'évolution de la présentation :

L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur. Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant

par les deux bosses pariétaux. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagée lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médium introduits dans le plan sagittal entre la tête et la concavité sacrée : c'est le signe de FARABEUF.

- L'état du fœtus:

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

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

2. Les pathologies obstétricales

2.1. Les dystocies :

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle ;

Les dystocies sont divisées en :

- Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine.
- Dystocie mécanique en relation avec :
 - Un rétrécissement de la filière pelvienne.
 - Un obstacle praevia ou anomalie des parties molles.

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

2.1.1. Les dystocies d'origine fœtale :

2.1.1.1. La disproportion foeto-pelvienne :

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

Selon Delecour une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4 000 g à défaut d'échographie. La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne.

2.1.1.2. Les présentations dystociques :

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

- **La présentation du siège :** La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour, 18% au centre foch. Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon le pronostic fœtal est incertain.
- **La présentation de la face :** C'est la présentation de la face défléchie. L'accouchement de la face à un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front, les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.
- **La présentation du front :** C'est une présentation intermédiaire du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.
- **La présentation transversale ou présentation de l'épaule :** Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

2.1.2. La procidence du cordon :

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

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

2.1.3. La souffrance fœtale :

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

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

2.1.4. Dystocies d'origine maternelle :

2.1.4.1. La dystocie dynamique :

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

- D'une anomalie par excès de la contractilité utérine ou hypercinésie.
- D'une anomalie par insuffisance de contractilité utérine ou hypocinésie.
- D'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale.

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

2.1.4.2. Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocies mécaniques. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins

rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail, pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse, on peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en trois (3) catégories selon l'état de leur bassin :

- Celles dont l'état nécessite une césarienne
- Celles chez lesquelles l'épreuve du travail est indiquée
- Celles pour lesquelles on autorise l'accouchement par voie basse.

Pour un enfant de poids normal si :

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

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont [35] :

- La femme doit être en travail
- Le col dilaté à 4 cm
- La présentation doit être céphalique.

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

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

Les dystocies peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - Rupture utérine.
 - Hémorragie de la délivrance
 - Travail prolongé avec infection du liquide amniotique

- Chez le fœtus :
 - Souffrance fœtale
 - Mort fœtale in utero
 - Mortalité néonatale précoce.

2.2. Les hémorragies : [6 ; 9 ; 15 ; 17; 19 ; 25 ; 29; 39; 41]

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause de décès maternels. Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

2.2.1. La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine [35]. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

C'est l'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare si non exceptionnelle dans les pays développés ou industrialisés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées.

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

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou pendant le travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel.

La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'une des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le travail chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par la correction du choc hypovolémique et par la prévention de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et

de choisir la modalité de l'intervention. Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage ; rupture confuse, irrégulière et étendue, accompagnée de lésions vasculaires ; rupture datant de plus de 6 heures même lorsqu'elle est moins grave. Elle survient chez une multipare relativement âgée, c'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires et trompes laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants.

2.2.2. L'hématome rétro-placentaire : H.R.P :

Cette pathologie réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse, ou du travail, caractérisé par un état hémorragique allant du simple éclatement d'infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [35].

La cause de l'hématome rétro-placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire. Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP.

- Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtent à confusion avec le placenta praevia.
- Les formes moyennes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.
- Les formes latentes, peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

- Les formes traumatiques : version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

- L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, d'hémorragie incoercible par définition moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Elle peut se compliquer aussi de nécrose corticale : sur le plan hémodynamique, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro – placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire. Celle-ci va provoquer une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

En présence de l'H.R.P il faut :

- Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.

- Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.

- Effectuer une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

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

2.2.3. Placenta previa hémorragique: P.P.H :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus.

Il s'attache tout en entier sur la muqueuse corporeale devenue caduque ou déciduale pendant la grossesse.

Le placenta previa apparaît au 3^e trimestre de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement.

C'est une extrême urgence obstétricale pour pronostic fœtal et maternel.

Il est reconnu cliniquement par une hémorragie rouge vif, abondante, indolore et inopinée.

En présence d'un PPH : il faut

- Prendre une voie veineuse efficace
- Rompre les membranes à but d'arrêt d'hémorragie
- Extraire le fœtus le plus rapidement possible si vivant ou si le pronostic maternel est menacé.

2.2.4. Les hémorragies du post-partum immédiat :

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

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

2.3. L'utérus cicatriciel :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturé ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide, c'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta previa.

2.4. L'hypertension artérielle et ses complications :

2.4.1. La toxémie gravidique ou pré éclampsie :

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90 mm de mercure.

La protéinurie se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à 3 croix au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs [35] décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et indolores. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux.

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

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

2.4.2. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail, ou plus rarement les suites de couches. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu

du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accident iatrogène lié au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

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

- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la nifédipine (Epilat) et les diurétiques si post-partum.

3. Thérapeutiques obstétricales :

3.1. La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué. La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée. La césarienne segmentaire est la plus pratiquée.

Les principales indications sont :

- 3.1.1. Les présentations dystociques
- 3.1.2. Le placenta praevia hémorragique
- 3.1.3. L'hématome rétro-placentaire
- 3.1.4. L'éclampsie et la toxémie gravidique
- 3.1.5. La procidence du cordon
- 3.1.6. La disproportion foeto-pelvienne
- 3.1.7. L'utérus cicatriciel plus bassin limite
- 3.1.8. Les bassins généralement rétrécis et bassins asymétriques
- 3.1.9. La souffrance fœtale
- 3.1.10. Les dystocies cervicales ou dilatations stationnaires
- 3.1.11. Le gros siège

3.1.12. Primigeste plus siège.

3.2. Le forceps :

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

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale. D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5 cm, manque d'effort expulsif. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et le fœtus.

3.3. Quelques manœuvres obstétricales :

• La manœuvre de Mauriceau :

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

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant
abaïsser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire tout en relevant doucement le corps du fœtus.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent être exécutés sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus branchial, élongation médulleux-bulbaire).

• La manœuvre de Bracht :

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

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

• **La grande extraction du siège :**

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

1^{er} temps : c'est le temps d'abaissement d'un pied.

S'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible, ou les pieds et par traction douce l'amène à la vulve.

Pour le siège décomplété il faut chercher le pied jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} temps : L'accouchement du siège.

Il faut orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin par un mouvement de rotation des membres inférieurs. Au moment du dégagement orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche antérieure. La traction ensuite horizontale puis vers le haut, on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} temps : Accouchement des épaules.

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

parallèle à lui. Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. La main est introduite dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras antérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras postérieur devient antérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce 4^{ème} temps particulièrement indiquée.

IV/ METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

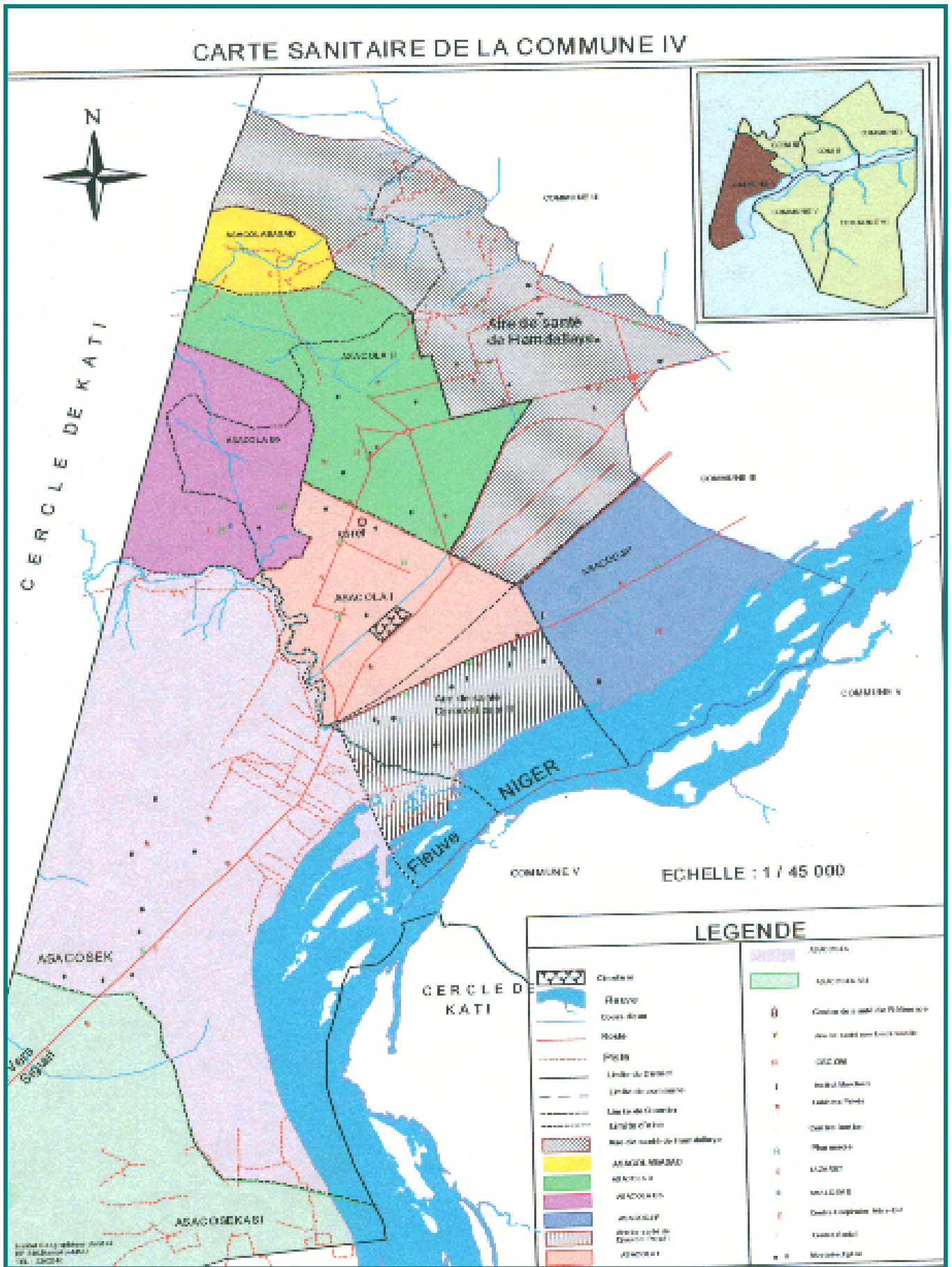
Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de **Bamako**.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune IV et environnant.

Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la république du Mali, est composée de six communes dotées chacune d'un centre de référence de deuxième niveau. Le Mali est un pays continental situé en Afrique de l'ouest, limité au sud-est par le Burkina-fasso, au sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry, à l'est le Niger, de l'Algérie au nord et au nord-est, à l'ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

Etude épidémiologique des urgences obstétricales au CSRETCM du district de Bamako





1.1. Historique de la commune IV :

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les **NIAKATES** sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/cm DU 18 AOÛT 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales ;

1.2. Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest de Bamako qui fait frontière avec cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001).

1.3. Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV.

La commune représente 17% de la population totale de Bamako et 2 % de la population, totale du Mali. La population totale de la commune IV en 2003, était estimée à 213653 habitants dont 51 % sont des hommes et 49 % des femmes.

Le quartier de lafiabougou est le plus peuplé avec 1673 habitants (Source PDS CIV Mars 2001).

1.4. Les structures sanitaires :

1.4.1. Structures communautaires de premier niveau (au nombre de huit) :

Il s'agit de L'ASACOSEK ; L'ASACOLAI ; L'ASACOLAB5 ; L'ASACOLAIII ; L'ASACODIP ; L'ASACOLABASAD ; L'ASACOSEKASI ; L'ASACODJENEKA ; Maternité René Cisse d'hamdallaye ; L'ASACOHAM

1.4.2. Structure communautaire de deuxième niveau : Centre de Santé de Référence de la commune IV (CSRéf CIV).

1.4.3. Niveau secteur privé (au nombre de vingt et deux)

Cabinet Stomadent ; cabinet Molo ; cabinet Bien être ; clinique Serment ; cabinet Maharouf ; cabinet Moctar théra ; clinique Lac Télé ; clinique Kabala ; clinique Faran samaké ; cabinet tati ; clinique lafia ; clinique fraternité ; cabinet Yéelen ; CMCR Pasteur ; santé plus ; cabinet Drissa Missa ; clinique croix du sud ; cabinet jigi ; clinique Mande kénèyan ; clinique éffica santé ; hôpital le Luxembourg ; clinique héla d'Iran ; clinique eurêka ; cabinet Dilly.

1.5. Le centre de santé de référence de la commune IV : Le centre de santé de référence de la commune CIV est situé en plein cœur de la commune à lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa création (en 1981) est érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

- Une unité de médecine générale,
- Une unité de chirurgie,
- Une unité d'ORL,
- Une unité de pédiatrie,
- Une unité de d'ophtalmologie,
- Une unité de DAT,
- Une unité de consultation prénatale et de planification familiale,

- Un cabinet d'odonto-stomatologie,
- Un laboratoire d'analyse,
- Une pharmacie,
- Une unité de CPN et de PF,
- L'unité de gynécologie et d'obstétrique,
- Une unité pour la prise en charge des Sidéens,
- La morgue.

1.5.1. La maternité :

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée. Le premier comporte :

- À l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements,
- À gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sage-femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes.
- Au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation,
- Au fond les deux blocs opératoires, septique et aseptique, séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une, servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

Ces différents services sont tenus par un certain nombre personnel (Voir tableau ci-dessous)

1.5.2. Le personnel de la maternité et du CSRéf CIV

Qualification	Nombre	
	Requis (PDDSSP 68)	Existant
Médecins généralistes	2	4
Médecins Généralistes à compétence anesthésiste	ND	2
Techniciens supérieurs en anesthésie	0	4
Pharmacien	1	0
Médecin santé publique	1	1
Gynécologue	0	1
Ophthalmologue	0	1
Chirurgiens	0	1
Infirmiers Diplômés d'Etat	4	9
Techniciens de laboratoire	1	1
Infirmiers de premier cycle	4	12
Sages Femmes	2	17
Infirmières Obstétriciennes	2	4
Assistant médical spécialisé en soins dentaires	0	1
Assistant médical spécialisé en ophtalmologie	0	3
Assistant Médical spécialisé en ORL	0	2
Assistant Médical spécialisé en biologie	0	2
Assistant Médical spécialisé en santé publique	0	3
Techniciens sanitaires	1	4
Laborantins	0	2
Comptables	1	2
Secrétaire Administratif	1	1
Gardiens	0	4
Chauffeurs	0	4
Manœuvres- Aides soignants	4	14
TOTAL	26	94

A ces personnels s'ajoute un nombre variable d'internes, selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CSRéf. Leur nombre est estimé à 25 en Avril 2008.

2. Type d'étude :

Notre travail est une étude transversale.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} décembre 2006 au 31 mai 2007.

4. Population d'étude :

Les patientes admises en urgence dans le service.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusions :

Patiente admise en urgence dans le service de gynéco-obstétrique pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et /ou fœtal.

5.2. Critères de non inclusion :

Patiente admise dans le service ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale. Au **total** nous avons retenu **293** patientes.

6. Collecte des données :

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuelles (fiches d'enquêtes) portées en annexe.

7. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies Microsoft word 2007 et analysées sur le logiciel **Epi Info Version 6**.

V/ RESULTATS

1. Fréquence :

Pendant la période d'étude nous avons noté **293** urgences obstétricales sur un total de **2393** accouchements soit une fréquence de **12,24%**.

2. Profil socio-démographique des patientes :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
< 16ans	11	3,8%
16-20ans	88	30,0%
21-25ans	68	23,2%
>25ans	126	43,0%
TOTAL	293	100,0%

- La plus jeune patiente avait 14 ans
- La plus âgée avait 48 ans

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de leur profession

Profession	Effectif absolu	Effectif absolu
Ménagère	251	85,7%
Sans emploi	11	3,8%
Salariée	8	2,7%
Libéral	1	0,3%
Autres	22	7,5%
TOTAL	293	100,0%

251 patientes étaient des ménagères soit une fréquence de 85,7%

Tableau III : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif absolu	Pourcentage
Analphabète	167	57,0%
Primaire	101	34,5%
Secondaire	18	6,1%
Supérieur	6	2,0%
Autres	1	0,3%
TOTAL	293	100,0%

167 patientes soit 57% n'ont jamais été à l'école

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la résidence.

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Commune I	1	0,3%
Commune II	6	2,0%
Commune III	17	5,8%
Commune IV	239	81,6%
Commune V	4	1,4%
Commune VI	2	0,7%
Hors de Bamako	24	8,2%
TOTAL	293	100,0%

24 patientes soit 8,2% résidaient hors de Bamako

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	271	92,5%
Célibataire	21	7,2%
Divorcée	1	0,3%
TOTAL	293	100,0%

92,5% de nos patientes sont mariées

3. Clinique :

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle-même	178	60,8%
Référée	72	24,6%
Evacuée	43	14,7%
TOTAL	293	100,0%

170 patientes soit 60,8% sont venues d'elles-mêmes

Tableau VII: Répartition des patientes en fonction des Antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Sans ATCD	217	74,1%
Césarienne	71	24,2%
GEU	3	1,0%
Autres	2	0,7%
TOTAL	293	100,0%

74,1% des patientes étaient sans antécédents chirurgicaux

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	87	29,7%
Paucigeste	65	22,2%
Multigeste	97	33,1%
Grande multigeste	44	15,0%
TOTAL	293	100,0%

Les multigestes ont représentés 33,1%

- Primigeste = 1 grossesse
- Paucigeste = 2-3 grossesses
- Multigeste = 4-5 grossesses
- Grande multigeste = 6 grossesses et plus

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	96	32,8%
Multipare	64	21,8%
Paucipare	63	21,5%
Primipare	47	16,0%
Grande multipare	23	7,8%
TOTAL	293	100,0%

96 patientes soit 32,8% étaient des nullipares

- Nullipare = 0 accouchement antérieur
- Primipare = 1 accouchement antérieur
- Paucipare = 2-3 accouchement antérieurs
- Multipare = 4-5 accouchement antérieurs
- Grande multipare = 6 accouchement antérieurs et plus

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des pathologies médicales associées

Pathologie associée	Effectif absolu	Pourcentage
Sans pathologie	279	95,2%
HTA	7	2,4%
Diabète	2	0,7%
Autres	5	1,7%
TOTAL	293	100,0%

279 patientes soit 95,2% n'avaient pas une pathologie médicale associée

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

Nombre de CPN effectué	Effectif absolu	Pourcentage
0	57	19,4%
1-3	162	55,3%
>3	74	25,3%
TOTAL	293	100,0%

57 patientes soit 19,4% n'ont pas fait de CPN

Tableau XII : Répartition des patientes référées/évacuées fonction du motif de référence

Motif de référence	Effectif absolu	Pourcentage
CUD	16	13,9%
Hémorragie	20	17,4%
Motif non notifié	7	6,1%
Autres	72	62,6%
TOTAL	115	100,0%

20 patientes soit 17,4% ont été référées /évacuées pour hémorragie

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du moyen de référence / évacuation

Moyen de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Véhicule collectif (taxi)	62	54,0%
Ambulance	35	30,4%
Véhicule personnel	18	15,6%
TOTAL	115	100,0%

Seulement 35 des patientes ont été admises à bord d'ambulance soit 30,4%

Tableau XIV : Répartition des patientes référées en fonction du type de document de référence/évacuation

Type de document de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Partogramme	88	77,0%
Fiche d'évacuation	20	17,3%
Sans document	7	5,7%
TOTAL	115	100,0%

88 patientes ont été référées/évacuées avec un partogramme soit 77%

Tableau XV : Répartition des patientes référées en fonction de la structure qui réfère/évacue

Structure	Effectif absolu	Pourcentage
CSCOM	64	55,6%
CSRéf	27	23,4%
CSA/Cercle	19	16,5%
Clinique ou cabinet	5	4,5%
TOTAL	115	100,0%

64 patientes soit 55,6% venaient des CSCOM.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'agent qui réfère/évacuée

Qualité de l'agent	Effectif absolu	Pourcentage
Infirmière obstétricienne	69	60,0%
Sage-femme	35	30,4%
Médecin	7	6,0%
Autres	4	3,6%
TOTAL	115	100,0%

69 patientes soit 60% ont été référées/évacuées par les infirmières

Tableau XVII : Répartition des patientes ayant consulté d'elles-mêmes en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Contractions utérines douloureuses	163	91,6%
Hémorragie	6	3,3%
Autres	9	5,1%
TOTAL	178	100,0%

91,6% avaient comme motif de consultation contractions utérines douloureuses

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	197	67,2%
Passable	92	31,4%
Altéré	4	1,4%
TOTAL	293	100,0%

4 patientes soit 1,4% avaient un état général altéré

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	132	45,1%
Légèrement pâles	158	53,9%
Pâles	3	1,0%
TOTAL	293	100,0%

158 patientes soit 53,9% avaient des conjonctives légèrement pâles

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'état cardio-vasculaire

Etat cardio-vasculaire	Effectif absolu	Pourcentage
Sans particularité	189	64,5%
Pouls entre 100-120	49	16,7%
TA \leq 8/5	40	13,6%
Pouls filant	15	5,2%
TOTAL	293	100,0%

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de l'état de conscience

Etat de conscience	Effectif absolu	Pourcentage
Conservé sans agitation	276	94,2%
Agitation	13	4,4%
Obnubilation	4	1,4%
TOTAL	293	100,0%

4 patientes soit 1,4% étaient obnubilées

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de l'état du BDCF

Etat du BDCF	Effectif absolu	Pourcentage
Absent	7	2,4%
<120	100	35,0%
120-160	172	59,9%
>160	8	2,7
TOTAL	287	100,0%

59,9% de nos patientes avaient un BDCF compris entre 120 et 160 batt/mn

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de l'état de la poche des eaux à leur admission

Poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
Rompue	147	50,2%
Non rompue	146	49,8%
TOTAL	293	100,0%

147 patientes avaient déjà rompue la poche des eaux soit 50,2%

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	152	53%
Meconial	39	13,5%
Teinté	58	20,3%
Hématique	38	13,2%
TOTAL	287	100,0%

53% avaient un liquide amniotique clair soit 152 patientes

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la nature de la présentation du fœtus

Nature de la présentation	Effectif absolu	Pourcentage
Sommet	238	83,0%
Epaule	27	9,4%
Front	13	4,5%
Siège	6	2,1%
Face (mento sacré)	3	1,0%
TOTAL	287	100,0%

La présentation du sommet a représenté 83%

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction de la phase du travail d'accouchement

Phase du travail	Effectif absolu	Pourcentage
Phase active	204	69,6%
Phase expulsive	48	16,4%
Phase de latence	35	11,9%
Après accouchement	6	2,0%
TOTAL	293	100,0%

204 patientes soit 69,6% étaient en phase active du travail d'accouchement

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de l'existence et l'importance de l'hémorragie

Hémorragie	Effectif absolu	Pourcentage
Pas d'hémorragie	204	69,6%
Minime	53	18,1%
Moyenne	32	10,9%
Abondante	4	1,4%
TOTAL	293	100,0%

30,4% des patientes présentaient une hémorragie

- Minime : moins de 500 ml
- Moyenne : entre 500 et 1000 ml
- Abondante : 1000 ml ou plus

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la durée du travail (en heure) enregistrée sur le partogramme

Durée du travail (en heures)	Effectif absolu	Pourcentage
≤12 heures	170	58,0%
13-24 heures	73	24,9%
>24 heures	50	17,1%
TOTAL	293	100,0%

58% soit 170 patientes ont une durée de travail supérieure ou égale à 12 heures

Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage
Dystocies dynamiques	75	25,6%
Souffrance foetale aigue	57	19,5%
Dystocies mécaniques	42	14,3%
Présentation de l'épaule	27	9,2%
Hématome retro-placentaire (HRP)	20	7,0%
Disproportion foeto-pelvienne	15	5,1%
Présentation de la face (mento-sacré)	13	4,4%
Procidence du cordon	12	4,1%
Placenta praevia hémorragique (PPH)	10	3,4%
Pré-rupture plus rupture uterine	8	2,7%
Hémorragie de la délivrance	6	2,0%
Présentation du siège	4	1,4%
Présentation du front	3	1,0%
Eclampsie	1	0,3%
TOTAL	293	100,0%

Souffrance foetale aigue a représenté 19,5% et les Dystocies dynamiques 25,6%

4. Modes de prise en charge :

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de la période du groupage et rhésus

période du groupage et rhésus	Effectif absolu	Pourcentage
En urgence	63	21,5%
Pendant les CPN	230	78,5%
TOTAL	293	100,0%

63 patientes n'étaient pas groupé soit une fréquence de 21,5%

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction de la nature de l'intervention

Nature de l'intervention	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	237	80,9%
Forceps	45	15,4%
Hystérorraphie	5	1,7%
Révision utérine	6	2%
TOTAL	293	100,0%

237 patientes soit 80,9% ont été césarisées

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction du type de l'anesthésie effectuée

Types de l'anesthésie Effectuée	Effectif absolu	Pourcentage
Anesthésie générale (AG)	273	93,2%
Rachi anesthésie	14	4,8%
Sans anesthésie	6	2,0
TOTAL	293	100,0%

93,2% ont subi l'anesthésie générale soit 273 patientes

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction de la pratique de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectif absolu	Pourcentage
Non transfusées	285	97,3%
Transfusées	8	2,7%
TOTAL	293	100,0%

8 patientes ont subi une transfusion sanguine soit une fréquence de 2,7%

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation en jour

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
1 jour	51	17,4%
2 à 7 jours	238	81,2%
8 à 14 jours	1	0,3%
15 jours et plus	3	1,0%
TOTAL	293	100,0%

Seulement 3 patientes ont séjournées plus de 14 jours dans notre service soit 1%

5. Pronostic maternel:

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon la nature des suites de couches

Nature des suites	Effectif absolu	Pourcentage
Vivante avec suites simples	287	98,0%
Vivante avec suites compliquées	3	1,0%
Décédées	3	1,0%
TOTAL	293	100,0%

3 patientes soit 1% sont décédées

Tableau XXXVI : Répartition des patientes en fonction de la nature de la complication des suites de couches

Nature de la complication	Effectif absolu	Pourcentage
Suppuration pariétale + lâchage	3	60,0%
Anémie	2	40,0%
TOTAL	5	100,0%

5 des patientes ont subi une complication dans les suites de couches soit 1,7%

Tableau XXXVII : Répartition des patientes décédées en fonction de la nature de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Voie basse	1	33,3%
Césarienne ou laparotomie	2	66,7%
TOTAL	3	100,0%

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes décédées en fonction de la cause du décès

Cause du décès	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie	2	66,7%
Arrêt cardio-vasculaire	1	33,3%
TOTAL	3	100,0%

66,7% des décès maternels sont dues à l'hémorragie soit 2 décès sur un total de 3 décès

6. Pronostic foetal:

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état

Etat nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Vivant	223	76,1%
Mort-né	28	9,6%
Décès intra-partum	2	0,7%
Décès néo-natal précoce	40	13,6%
TOTAL	293	100,0%

23,9% des nouveau-nés sont décédés soit (Mort-né ou Décès intra-partum ou Décès néo-natal précoce)

Tableau XXXX : Répartition des nouveau-nés décédés en fonction du motif de décès

Motif de décès	Effectif absolu	Pourcentage
Souffrance foetale aigue	32	46,0%
Pré-rupture plus rupture uterine	8	11,3%
Placenta praevia hémorragique (PPH)	7	10,0%
Procidence du cordon	5	7,1%
Malformation	6	8,5%
Hématome retro-placentaire	12	17,1%
TOTAL	70	100,0%

46% des nouveau-nés sont décédés suites a une souffrance foetale aigue

VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont suscité des commentaires et discussion:

1. Fréquence :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans notre service ; sur **2393** accouchements, nous avons enregistré **293** urgences obstétricales soit une fréquence de **12,24%**. Cette fréquence s'expliquerait par le fait que notre service est le seul qui prend en charge les urgences obstétricales dans notre commune et environnant et aussi par sa situation géographique (situé à Lafiabougou qui est le quartier le plus peuplé de la commune IV : Source PDS CIV Mars 2001).

Confrontée aux données de la littérature, ce taux se rapproche à celui retrouvé par :

- THIERO M en 1995 à l'HGT (11,5%) soit 520 urgences sur 4531 accouchements en 10 mois [44],

- DISSA L en 2005 au Centre Santé de Référence de la Commune V de Bamako (10,16%) soit 1265 urgences sur 12448 accouchements en 24 mois [17].

Par contre notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de :

- DIARRA O en 2000 à l'hôpital du point G (25%) soit 300 urgences sur 1200 accouchements en 18 mois [15].

Cette différence s'explique par le fait que l'hôpital étant la structure de 3^e référence effectue moins d'accouchement que la structure de 2^{ème} référence. Autrement dit l'écart entre accouchement et urgence au niveau l'hôpital est inférieur à celui du centre de référence.

2. Caractéristiques socio-démographiques :

2.1. Age :

- La tranche d'âge de 16-25 ans est la plus élevée dans notre série avec 53,2%. Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.

- 3,8% de nos patientes avaient moins de 16 ans. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par l'immaturation psychologique des patientes du jeune âge ainsi que le mariage précoce.

Dans l'étude effectuée par DISSA L en 2005 au CSRéf CV [17] 24,2% avaient moins de 18 ans.

2.2. Niveau socio-professionnel :

- 7,2% de nos gestantes étaient célibataires cela pourrait traduire le manque d'éducation sexuelle dans notre société.

- 57% des parturientes étaient des ménagères et 42,6% des élèves ou étudiantes.

Le taux élevé des élèves ou étudiantes montre une évolution dans la lutte des femmes pour leur droit c'est-à-dire avoir une grossesse ou se marier étant à l'école sans être pénalisées.

3. Facteurs de risque :

3.1. Parité :

Les nullipares ont représenté une tranche non négligeable de 32,8%. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité des femmes n'ayant aucune expérience de la parturition.

Il en est de même dans l'étude de DIARRA O en 2000 à l'HPG [15] et de DISSA L en 2005 au CSRéf CV [17] où les nullipares représentaient respectivement 34,6% et 36,9%.

Les grandes multipares représentaient 7,8% dans notre série. Le risque chez ces patientes est dû à la fragilité de l'utérus par suite de multiples grossesses et rapprochées.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé par THIERO M 11,9% [44] et de DISSA L 12% [17].

3.2. Caractéristiques obstétricales :

L'analyse de nos résultats a montré que 19,1% de nos patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales et cela pour des raisons économiques et

socioculturelles (grossesses non désirées, faible niveau d'instruction des patientes).

4. Caractéristiques de la référence :

Nous avons constaté que 39,2% de nos patientes ont été référées/évacuées, 55,6% d'entre elles ont été adressées par des CSCOM. Cela explique le respect du système de référence/évacuation recommandé.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA L 63% [17] et par DIARRA O 69% [15].

L'analyse de nos résultats a montré que 77% des références/évacuations ont été faites avec un partogramme, cela a facilité la prise de décision car la lecture du partogramme permettrait de situer l'anomalie.

Cette étude nous a permis également de constater certaines insuffisances dans le système de référence/évacuation tel que : le mauvais remplissage du partogramme et les références verbales.

5. Aspects cliniques :

5.1. Les principaux aspects cliniques enregistrés sont :

5.1.1. Dystocies : 39,9% (117 cas)

5.1.1.1. Dystocies mécaniques : 14,3% (42 cas)

Ce sont les bassins généralement rétrécis, les bassins limites et les bassins asymétriques. Le bassin généralement rétréci a constitué une cause de césarienne dans 100% des cas.

Le taux de dystocie mécanique qui a représenté 14,3% dans notre série est plus bas que celui retrouvé dans l'étude de : DIARRA O en 2000 (30%) [15]. Par contre notre taux est plus élevé que ceux retrouvés par CAMARA S en 1986 à Abidjan (9%) [6], DISSA L en 2005 au CSRéf CV (9,72%) [17] et THIERO M en 1995 à l'HGT (13,8%) [44].

Les pourcentages plus élevés à Bamako qu'Abidjan [6] s'expliquent par la fréquence des rétrécissements pelviens dans notre pays dû à la malnutrition et à la poliomyélite.

5.1.1.2. Dystocies dynamiques : 25,6% (75 cas)

Elles sont représentées par les hypercinésies de fréquence, les dilatations stationnaires et les hypocinésies sur utérus cicatriciel. La dynamique utérine est souvent perturbée dans les maternités périphériques par l'emploi abusif de l'ocytocine. Ce taux 25,6% est nettement supérieur à ceux retrouvés dans les études de :

- THIERO M à l'HGT 6,9% [44]
- CAMARA S à Abidjan 7% [6]
- TRAORE H 7,6% [48]
- DISSA L 10,99% [17].

Par contre notre taux est inférieur à celui retrouvé par DIARRA O en 2000 à l'HPG (28,6%) [15].

5.1.2. Souffrances fœtales aiguës (SFA) : 19,5% (57 cas)

La césarienne a été effectuée dans 6 cas soit 10,52% et le forceps a été appliqué dans 51 cas soit 89,48%. Ces indications de souffrance ont été posées en fonction de la couleur du liquide amniotique (meconial) et de la modification des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie).

Notre taux est supérieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O en 2000 soit 14,4% [15]. Tous ces nouveau-nés ont été réanimés. Le taux de mortalité fœtale (mortinatalité et néonatale précoce) est de 23,9%.

5.1.3. Procidence du cordon : 4,1% (12 cas)

La césarienne a été effectuée dans tous les cas de procidence du cordon battant sur présentation céphalique. Notre taux se rapproche à ceux retrouvés dans les études de DIARRA O en 2000 à l'HPG (5%) [15] et de DISSA L en 2005 au CSRéf CV (5,3%) [17].

5.1.4. Hémorragie :

5.1.4.1. Ruptures utérines : ont représenté 2,7% (8 cas) du total des urgences et 0,33% du total des accouchements. Elles sont la conséquence des dystocies

méconnues ou négligées, d'expressions abdominales dans les maternités périphériques et de l'emploi abusif d'ocytocine.

Ce taux est comparable à ceux retrouvés par certains auteurs notamment :

- DIARRA O en 2000 à l'hôpital du point G soit 4,30% [15]
- DEMBELE B T en 2001 au centre de santé de référence de la commune V soit 0,37% [12].

Par contre ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de LANKOANDE à Ouagadougou 23% [29].

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème de santé publique exposant à une lourde mortalité foeto-maternelle.

5.1.4.2. Placenta praevia hémorragiques (PPH): ont représenté 3,4% (10 cas) du total des urgences et 0,42% du total des accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [15].

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DIARRA O 8% [15] et à celui de DISSA L 6,7% [17].

Par contre il est supérieur à celui de MAMBOUGAN N au centre de santé de référence de la commune V soit 1% [34] et à celui de KONE F en 1989 2,16% [27].

Cet accident est rare en Europe en témoignent les chiffres entre 0,28% et 0,5% ; en Asie les taux varient entre 0,41% et 1% ; sur le continent américain le PPH reste relativement rare, les chiffres variant entre 0,33% et 0,99% [15].

5.1.4.3. Hématomes retro-placentaires (HRP) : ont représenté 7% (20 cas) des urgences et 0,83% du total des accouchements.

La prévalence retrouvée est supérieure à celle retrouvée par OUATTARA M A en 2000 [37] au Centre de Santé de Référence de la Commune V 0,85%, par TOURE au CHU de Treichville 0,93% [46], par DISSA L en 2005 au Centre de Santé de Référence de la Commune V 4,51% [17] et par DIARRA O en 2000 à l'HPG 4,7% [15].

Nous avons enregistré 1 cas de décès maternel soit 5% pour 20 cas d'HRP.

Cependant DIARRA O a eu un taux de mortalité maternelle de 7,14% soit 1 cas sur 14 HRP [15].

Colau JC et V Zan S [9] rapportent un taux de 4,28% (34 cas) pour une série de 810 HRP en France.

5.1.4.4. Hémorragies du post-partum immédiat : 2% (6 cas).

Les principales causes à ces hémorragies ont été :

- les lésions des parties molles (col, vagin et périnée) ayant nécessité des sutures.
- Les rétentions placentaires ou de débris placentaires ayant nécessité une délivrance artificielle ou une révision utérine.

Le taux de décès maternel retrouvé est de 66,7% soit 2 cas sur 3.

Les hémorragies occupent la première place suivie de l'arrêt cardio-vasculaire 33,3%. Ce qui est conforme aux résultats de beaucoup d'auteurs notamment :

- DISSA L en 2005 10,38% d'hémorragie et 17,5% d'anémie [17]
- DIARRA O en 2000 40% d'hémorragie et 26,66% d'infection [15].
- Pour CAMARA S à Abidjan [6] les hémorragies représentent une des premières causes de la mortalité maternelle.
- Dans une étude de 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans, DIALLO A et collaborateurs ont trouvé que l'hémorragie occupe la première place dans les causes obstétricales directes avec une fréquence de 43% [14].

Nous constatons que la mortalité maternelle par hémorragies est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

5.1.5. Hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie : a représenté 0,3% du total des urgences et 0,04% du total des accouchements. Elle a été retrouvée chez une gestante jeune qui n'a pas fait de CPN. Elle a été mise sous anti-hypertenseur (nifedipine). La prévalence retrouvée dans notre étude est égale à celle retrouvée par PAMBOU O et collaborateurs au CHU de Brazzaville de 1993 à 1996 (0,3%) [38].

Par contre elle est supérieure à celle retrouvée par FAYE et collaborateurs (0,12%) à Libreville (Gabon) [19] et inférieure à celle de nombreux auteurs notamment :

- DISSA L 4,35% [17]
- DIARRA O [15] et DOUGNON F [18] qui ont retrouvé chacune 3,7%.

5.2. Mode de prise en charge :

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité foetale et/ou maternelle, un système de kit opératoire était mise en place (kit césarienne, kit forceps) pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait. Ainsi :

- 80,9% de nos patientes ont été césarisées, ce taux est supérieur à celui retrouvé par DISSA L en 2005 au CSRéf CV 69,01% [17], à celui de DIARRA O en 2000 à l'HPG 62% [15] et à celui de THIERO M en 1995 à l'HGT 57,5% [44].
- Le forceps a été pratiqué dans 15,4% des cas. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA L en 2005 au CSRéf CV 17,9% [17] et supérieur à celui de DIARRA O en 2000 à l'HGT 8% [15].
- La fréquence de la laparotomie (hystérorraphie d'hémostase) est de 1,7%. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par DISSA L 4,9% [17] et par celui retrouvé par DIARRA O 3,3% en 2000 à l'hôpital du point G [15].
- 0,3% de nos patientes ont subi une suture des parties molles. Taux inférieur à celui de DISSA L 3,95% [17].
- La révision utérine et/ou délivrance artificielle ont été effectuées dans 1,7% des cas. Ces patientes ont reçu de l'ocytocine dont la voie d'administration et la posologie étaient fonction de l'état de chacune.

Au cours de cette étude 21,5% de nos patientes ont effectué un groupage sanguin et rhésus en urgence et 2,7% ont été transfusées.

5.3. Pronostic maternel :

Morbidité :

1% de nos patientes ont eu de suites de couches compliquées.

Elles sont dominées par:

- L'infection à type de suppuration pariétale 60%.
- L'anémie qui a nécessité la transfusion sanguine dans 2,7%.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de DISSA L en 2005 au CSRéf CV 5,80% [17] et à celui de DIARRA O en 2000 à l'HPG 18% [15]. Cela pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité de l'asepsie.

Mortalité :

L'état général altéré aggravé des patientes par les conditions difficiles de la référence explique ce taux de mortalité maternelle à 1%.

Ce taux est inférieur à ceux retrouvés dans les études de DISSA L en 2005 au CSRéf CV 3,16% [17], de DIARRA O en 2000 à l'HPG 5% [15] et de THIERO M en 1995 à l'HGT 7,5% [44].

Les principales causes de ces décès ont été: (Hémorragie 66,7% et Arrêt cardiovasculaire 33,3%).

5.4. Pronostic fœtal :

Morbidité :

Elle est encore difficile à définir mais par souci de confirmité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} minute comme décrit par de nombreux auteurs. Ces nouveau-nés ont été réanimés puis référés à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Mortalité :

Nous avons recensé 70 cas de décès fœtal sur 2393 naissances soit une fréquence de 2,92%. Ces décès pourraient s'expliquer par :

- Le retard dans la prise de décision de référence/évacuation.
- Certaines complications imprévisibles (HRP, PP, Rupture utérine).

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au CSREFCM du district de Bamako

Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par DISSA L (14,06%) en 2005 au CSRéf CV [17], celle de DIARRA O (31,4%) en 2000 à l'HPG [15] et à celle de DOUGNON F 35,34% à l'HPG [18].

VII/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

Ce travail est le résultat d'une étude transversale qui a lieu au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako du 1^{er} Décembre 2006 au 31 Mai 2007.

L'étude a porté sur 293 urgences obstétricales sur un total de 2393 accouchements effectués soit une fréquence de 12,24%.

L'objectif général était d'étudier les aspects épidémiologiques-cliniques des urgences obstétricales.

Les différents facteurs influant le pronostic de ces urgences sont constitués par : le jeune âge (14 à 25 ans) soit 57%, la parité (nullipares) avec 32,8%, les conditions socio-économiques défavorables et les conditions de référence (distance à parcourir, moyen de transport).

Les références externes ont présenté 39,2% de l'effectif absolu des urgences.

Les principales urgences obstétricales enregistrées sont représentées par les dystocies (39,9%), les souffrances fœtales (19,5%) et les hémorragies (15,1%).

Nous avons pratiqué une intervention chirurgicale chez 242 patientes dont 237 cas de césariennes et 5 cas de laparotomies pour RU.

Le taux de létalité maternelle de 1% et la mortalité de 23,9% sont issus dramatiques des complications obstétricales.

L'importance et la gravité des complications obstétricales relèvent surtout des conséquences liées à l'analphabétisme des femmes, au manque d'éducation sanitaire, à l'insuffisance d'infrastructure médicale ainsi que le manque de personnel qualifié.

2. RECOMMANDATIONS :

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

Au ministre de la santé

- Doter les centres de santé communautaire de compétences obstétricales et du matériel approprié pour réduire le taux de mortalité foeto-maternelle.
- Assurer la formation continue des sages - femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) pour améliorer la qualité de prise en charge des urgences.
- Organiser au niveau de chaque structure de référence un mini banque de sang.

A la municipalité

- Améliorer l'état des routes, les moyens de transports et les voies de communication pour faciliter l'évacuation des urgences.

Aux Sages Femmes

- Pratiquer les consultations prénatales correctement afin qu'elles puissent répondre à leur but de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies recherchées.
- Utiliser correctement le partogramme au cours de la surveillance du travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.
- Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales.

Aux médecins et aux sages femmes

- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'accouchement à domicile, le travail prolongé, les pratiques traditionnelles néfastes et la méconnaissance des signes de complications de la grossesse.

Aux gestantes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse dans le but de prévenir les complications.
- Eviter le plus possible l'accouchement à domicile dans le but de réduire la survenue des complications surtout chez les multigestes.

VIII/ REFERENCES

1. **ALTANATA S A :**
Les évacuations obstétricales reçues à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune I du district de Bamako.
Thèse de Med 2005 69 P n°
2. **Berland M :**
Le choc en obstétrique.
Enc Med chir. paris obst 1980. 65082 A 10
3. **BERTHE S :**
Condition à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako
Thèse Med 1983. n°2 Bamako
4. **Bertrand et collaborateurs :**
Souffrance fœtale aiguë au cours du travail
Précis d'obstétrique, Médecine, Science Flammarion
Edition septembre 1995-1143-1144
5. **Boutaleb Y et collaborateurs :**
Mortalité maternelle à l'hôpital de Casablanca (Maroc)
J Gynéco obst Boil Rep 1982 11 (1) 100-102
6. **CAMARA S :**
Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de deux ans d'études. Thèse Med Abidjan 1986 n°714
7. **Canable B.B :**
La maternité sans risque.
Forum Mondial de la santé OMS Genève 1978 volume 8 n°2164-170
8. **CISSE C.T et collaborateurs :**
Eclampsie en milieu africain, épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar
9. **COLAU JC et V Zan :**
Hématome rétro placentaire ou DPPNI
En Med Chir. (Paris France) obstétrique 5071 A 106 1985

10. CORREA P et collaborateurs :

Dystocie en milieu africain à la clinique gynécologique et obstétrique à Dakar.

Afrique Médecine 1981 20 (189) 215-221

11. Delecour M et collaborateurs :

Conduite à tenir au cours d'une dystocie.

Rapport du 27 congrès de gynécologie et obstétrique de la langue Française.

Rabat 21-24 mai 1978

12. DEMBELE B.T :

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.

Thèse de Med Bamako 2002 ; 87 P n°28

13. DIAKITE M :

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako.

Thèse Med Bamako 47-1985 n° 15.

14. DIALLO A.O:

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel TOURE

Thèse Médecine Bamako 1990 n°38

15. DIARRA O :

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse Médecine 2000 n°117 Bamako.

16. DIOUF A et collaborateurs :

L'hystérectomie obstétricale d'urgence.

Contraception fertilité sexualité 1998 26 (2) 167-172.

17. DISSA L :

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Thèse médicale Bamako 2005

18. DOUGNON F :

Contribution à l'étude des urgences gynéco-obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point G.

Thèse Médicale Bamako n°64 1989

19. Fernandez H :

Hémorragies grave en obstétrique : 35^{ème} congrès national d'anesthésie et réanimation, conférence d'actualisation.

Paris, Maisson, 1993 : 511-529

20. ferchiou M et collaborateurs :

L'éclampsie ; une urgence obstétricale toujours d'actualité Maghreb médical 1995.

21. Ghazli M et collaborateurs :

Placenta preavia et pronostic fœtal à propos de 200 cas.

Revue Française de gynécologie et d'obstétrique 1998-93 (6) 457-463.

22. Lloki LH :

Ruptures utérines en milieu africain : 59 cas colligés au CHU de Brazzaville.

Journal de Gyn obstétrique et Biol. de la reproduction ISSN 0368-2315.

23. KANE M :

Ruptures utérines à propos de 61 cas observé à l'hôpital du Point G de Bamako (du 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979)

Thèse Médicale Bamako 1979 n°10.

24. KEITA N et collaborateur :

Rupture utérine à propos de 155 cas observés à Conakry J gynéco-obstétrique Biol, Rep 1980 1041.

25. KEITA S :

Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco- obstétrique de l'HPG de 1991 à 2001.

Thèse Médicale Bamako 2003-99 p 47.

26. KEITI NUM S et collaborateurs :

Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère.

Paris 25 mars 1994 colloque national.

27. KONE F :

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

Thèse médicale Bamako 1990 n°48.

28. **KOTIONGA A M et collaborateurs :**
Ruptures utérines à la maternité du CHIN-YO :
Aspect épidémiologique et clinique.
Médecine d'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508-510.
29. **LANKOANDE J et collaborateurs :**
Mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de
Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995.
Médecine d'Afrique noire 1998 L5 (3) 187-190.
30. **MAGIN G et collaborateurs :**
La dystocie dynamique
Enc Med Chir. (Paris France) obstétrique 5064 n°51989-13P.
31. **MAGIN G et collaborateurs :**
La mortalité maternelle existe-t-elle encore ?
Revue de Med de tous 1982 16 (9-1) 1-331-333.
32. **MAGIN G :**
Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation diagnostique hôpital
Jean Bernard 86021 Poitiers.
Revue praticien (Paris) ISSN 0035 2640. Vol 47.
33. **Malinas Y :**
Pré éclampsie et éclampsie
Enc Méd. Chir. (Paris) urgences 24.208 A102 2984.
34. **MAMBOUGA N.R.A. :**
Placenta prévia hémorragique : Aspects Epidémiologiques et Clinique au
Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako à
propos de 334 cas.
Thèse de Médecine Bamako 2003 69P n°42.
35. **Merger R et collaborateurs :**
Précis d'obstétrique
6^e édition Masson Paris 1995.
36. **Moulinet M :**
Particularité de la grossesse et de l'accouchement en fonction de l'âge et les
conditions socio économiques.
Enc Med chir. Paris obstétrique 1977 12.5049 C 10.

37. OUATTARA M. A :

Hématome rétro placentaire : aspect épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2000 59P n° 126.

38. Pambou O et collaborateurs :

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville (a propos de 100 cas) de 1993) à 1996.

Médecine d'Afrique noire 1999 46.

39. Pelage JP et collaborateurs :

Prise en charge des hémorragies graves du post-partm par amبولisation artérielle.

J Gynéco-obstétrique, Biologie Reproduction 1999 ; 28 : 55-61.

40. Picaud A et collaborateurs :

La rupture utérine à propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville Gabon.

J Gyn Obst Biol Rep 1982 17 (1) 211-214.

41. Suzanne Fy et collaborateurs:

Hémorragies obstétricales grave (du post-partm immédiat).

Encyclo Médecine chirurgicale.

Précis d'obstétriques S103 A-10-12-1982.

42. SISSOKO M :

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerperalité.

Thèse Med Bamako 1980 n°190.

43. TALL F.S:

Contribution de la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement dans les Centres de Santé de cercle de la deuxième région.

Thèse Med 1980 Bamako n°154.

44. THIERO M:

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Med 1995 n°17 Bamako.

45. TOURE M :

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

Afrique médicale 1975 14 (126) 35-38.

46. TOURE et collaborateurs :

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré : pronostic foeto-maternel à propos de 1062 cas à la clinique du CHU de Treichville 1995.

Médecine d'Afrique Noire ISSN 0465-4668 vol 42.

47. TRAORE A.F :

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

Thèse Med Bamako 1989 n°46.

48. TRAORE B.M :

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie obstétrique à l'hôpital du Point G de Mai 1984 en Avril 1986.

Thèse Med. Bamako 1986 n° 14.

49. TRAORE H :

Les urgences obstétricales en milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse Med. Bamako 1976 n°21.

FICHE D'ENQUETE

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES URGENCES OBSTETRIQUES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

N° du dossier:.....

N° de fiche:.....

I/ Etat civil

-Nom et prénom:

-Age: 1=<16ans 2=16-20ans 3=21-25ans 4=>25ans

-Profession: 1= Salariée 2= Sans emploi 3= Libéral 4= Ménagère
5=Autre :.....

-Niveau d'instruction: 1= Analphabète 2= Primaire
3= Secondaire 4= Supérieur 5=Autres:.....

-Statut matrimonial : 1= Mariée 2=Célibataire 3=Divorcée
4=Veuve 5=Autres:.....

-Profession du conjoint : 1=Salariée 2=Sans emploi
3=Libéral Autres :.....

II/ Antécédents

-Gestités : 1= 0 2= 1-2 3= 3-5 4= > 5

-Parités : 1=0 2= 1-2 3= 3-5 4= > 5

-Avortements : 1= 0 2= 1-2 3= > 2

-Enfants Vivants : 1= 0 2= 1-2 3= > 2

-Enfants Décédés : 1= 0 2= 1-2 3= > 2

-Médicaux : 1= R.A.S. 2= H.T.A. 3= Diabète
4= Cardiopathie 5= Autres:.....

-Chirurgicaux : 1= R.A.S 2= Césarienne 3= G.E.U.
4 =Autres:.....

-Familiaux : 1= R.A.S. 2= H.T.A. 3= Diabète
4=Autres:.....

III/C.P.N. :

-Lieu : C.S.Réf C.S.COM Clinique INPS
Autres:.....

-Agent : 1= Médecin 2= Sage Femme
3=Infirmière Obstétricienne 4=Autres:.....

-Nombre : 1= 0 2=1- 3 3= > 3

IV/ Admission

-Statut : 1= Evacuée 2= Référée 3= Venue d'elle-même

-condition: 1= Ambulance 2= taxi 3= véhicule personnel
4= Autres:.....

-Motif : 1= C.U.D 2= Hémorragie 3= Autres :.....

-Provenance : Commune I Commune II Commune III CommuneIV

Commune V Commune VI Autres.....

-Date d'admission = -Heure d'admission =
-Heure du diagnostic = -Heure de décision =

V/ Examen clinique à l'entrée :

***Signes généraux :**

-Etat général= 1=Bon 2=Passable 3=Altéré

-Conscience= 1=Conservé sans agitation 2=Agitation
3=Obnubilation 4=Coma

-Coloration des conjonctives=

1=Colorées 2=Légèrement pales 3=Très pales

-Hypotension artérielle= 1=Oui 2=Non

-Hypertension artérielle= 1=Modérée 2=Sévère 3=Pas d'HTA

-Pouls (puls/mn)= 1= imprenable 2= (60-120) 3= >120

***Signes obstétricales :**

-Hauteur utérine en cm= 1=< 30 2= (30-36) 3= >36

-Toucher vaginal= 1=Dilatation incomplète 2= Dilatation complète

-Métrorragie= 1=Minime 2=Moyenne 3=Abondante
4=Très abondante 5=Non

-Poche des eaux= 1=Rompue à l'admission 2=Déjà rompu
3=Intacte

-Etat du liquide amniotique= 1=Clair 2=Teinté à la rupture
3=Meconial 4=Devenu teinté 5=Hématique 6=Aspect inconnu

***Etat du fœtus pendant le travail :**

-Présentation : 1=céphalique 2=Transverse ou Epaule 3=Face
4=Siège, Front

-BDCF : 1=Absent 2=<120 3= (120-160) 4=>160

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

-Phase du travail d'accouchement :

1=Phase de latence 2= Phase de Active 3= Phase de Expulsive

-Niveau de la présentation : 1=Non engagée 2=Engagée

VI/ Diagnostic retenu

1= SFA 2= Rupture utérine 3= PPH 4= HRP 5= Hémorragie de
délivrance 6= Lésion des parties molles 7= Présentation dystocique 8=

DFP 9= Dystocie 10= Eclampsie 11= Procidence du cordon 12=

Autres:.....

VI/ Qualification de l'agent ayant fait

- **La réception** 1= Médecin 2= Sage femme 3= Autres:.....

- **Le diagnostic** 1= Médecin 2= Sage femme 3= Autres:.....

- **L'intervention** 1= Médecin 2= Sage femme 3= Autres:.....

VII/ Intervention

- **Nature** :

- **Durée** :

- **Incidents Accidents** :

- **Délai de P.E.C.** :

- **Retard de P.E.C.** 1= Non 2= Oui

Si Oui, motif du retard 1= Financier 2= Médicaments

3= Bloc Opératoire 4= Autres:.....

- **Anesthésie effectuée=**

1=Anesthésie générale 2=Rachi anesthésie

- **Groupage rhésus** = 1=En urgence 2=Pendant les CPN

- **Transfusion sanguine=**

1=Non transfusée 2=Transfusée

VIII/ Issue Mère

- **Vivante** : 1= Oui 2= Non

- **Durée du séjour (en jours)** :

- **Complication** : 1= Non 2= Oui

si oui à préciser:.....

- **Décédée** : 1= Non 2= Oui

si oui Cause de la mort:.....

IX/ Issue Nouveau né

- **Enfant 1:**

- **Sexe** : 1= Masculin 2= Féminin

- **Vivant** : 1= Oui 2= Non

- **Durée réanimation (en mn)** :

- **Produits utilisés** : 1= Non 2= Oui

si oui à préciser:.....

- **Apgar** : M1: M2:

- **Poids** :

- **P.C. (en Cm)** : - **Taille (en Cm)** :

- **Décédé** : 1= Non 2= Oui

Si oui Cause de la mort:

- **Enfant 2:**

- **Sexe** : 1= Masculin 2= Féminin

- **Vivant** : 1= Oui 2= Non

- **Durée réanimation (en mn)** :

- **Produits utilisés** : 1= Non 2= Oui

si oui à préciser:.....

- **Apgar:** M1: M2:

- **Poids** :

- **P.C. (en Cm)** : - **Taille (en Cm)** :

- **Décédé** : 1= Non 2= Oui

si oui Cause de la mort:

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Dramane

Titre de la thèse : Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako

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'Odonto-Stomatologie.

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

Résumé :

Notre étude transversale s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako du 1^{er} Décembre 2006 au 31 Mai 2007 soit 6 mois.

L'objectif principal est d'étudier les aspects épidémiologiques-cliniques des urgences obstétricales dans notre service. Nous avons enregistré durant la période d'étude 293 cas d'urgences obstétricales soit une fréquence de 12,24%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (13 à 48 ans).

Les urgences obstétricales sont dominées par : les dystocies 39,9%, la souffrance fœtale 19,5%, les hémorragies 15,1%.

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 80,9%, le forceps 15,4%, la laparotomie 1,7%, les sutures des parties molles et la révision utérine 2,0%.

Les nullipares, les grandes multipares, les jeunes femmes, des conditions socio-économiques défavorables, les conditions d'évacuations constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

Les consultations prénatales de qualité, les soins obstétricaux d'urgences sont les éléments essentiels de ce véritable problème de santé publique.

Mots clés : dystocie ; hémorragie ; urgence obstétricale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure