



**Ministère des enseignements
Secondaire, supérieur et de la
Recherche scientifique**

République du Mali

Un Peuple- un But- une Foi

Université de Bamako



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

Année : 2007 - 2008

N° :.....

Thèse

**Mortinaissance
au Centre de Santé de Référence
et
à l'Hôpital de Tombouctou
à propos de 65 cas**

Présentée et soutenue publiquement le

.....

**devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par M. Abdoul-Aziz YEHIA

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

Jury:

- . Président : Pr. SY Assitan SOW**
- . Membre : Dr. Alassane A DICKO**
- . Codirecteur de thèse: Dr. Abdramane TOGO**
- . Directeur de thèse : Pr. Mamadou TRAORE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008**

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO - MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: SÉKOU SIDIBÉ - MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBÉLÉ - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL -
CONTRÔLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie. Pathologie. Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag Rhaly	Médecine Interne
Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa Sanogo	Chimie Analytique

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
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdel Kader Traoré dit Diop	Chirurgie Générale

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBÉ	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORÉ J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie -Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco -Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale

Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie- Obstétrique
Mr Yousouf Sow	Chirurgie Générale
Mr Djbo Mahamane Diango	Anesthésie - Réanimation
Mr Moustapha Touré	Gynécologie

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 DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	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 ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo Dolo	Entomologie moléculaire médicale
Mr Mouctar Diallo	Biologie parasitologie
Mr Abdoulaye Touré	Entomologie moléculaire médicale
Mr Boubacar Traoré	Parasitologie. Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bocary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa Fané	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 TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORÉ	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 Sidibé

Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA

Pneumo- Phtisiologie

Mr Abdel Kader TRAORÉ

Medicine Interne

Mr Siaka SIDIBÉ

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. Kéita

Radiologie

3. MAÎTRES 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 TOURE

Radiologie

Mr Idrissa A. CISSE

Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA

Cardiologie

Mr Anselme KONATE

Hépto-gastro-entérologie

Mr Moussa T. DIARRA

Hépto-gastro-entérologie

Mr Souleymane DIALLO

Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY

Psychologie

Mr Soungalo DAO

Maladies infectieuses

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane Doumbia
Mr Elimane Mariko

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**
Pharmacie chimique
Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. Maiga

Matières Médicales
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Yaya KANE
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya Coulibaly

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Hammadoun Aly Sango
Mr Seydou Doumbia
Mr Samba Diop
Mr Akory AG Iknane

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie médicale
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Bio statistique
Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

Prière du Soignant

ALLAH

- 🕒 Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins
- 🕒 Donne à mon coeur 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 réconfortent
- 🕒 Donne à mon esprit le désir de partager
- 🕒 Donne moi, ALLAH

Le courage d'accomplir ce travail ardu et fais que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen.

DEDICACE

A ma chère et tendre mère : **Maimounatou TALEYE**

Maman, tu n'a ménagé aucun effort pour peaufiner ma personnalité et pour la réalisation de ce travail qui est le tien.

Si tes genoux continuent à s'user dans la prière, c'est sûrement pour moi.

Puisse Dieu te combler au delà de toute attente.

A mon père : **YEHIA MADOU**

Cette thèse est le fruit de tes efforts et prières, reçois toute ma reconnaissance.

Les mots ne suffiront pas pour t'exprimer ce que tu représentes pour moi.

Que le bon Dieu te prête longue vie et t'accorde sa grâce.

A mes frères et sœurs

Ce travail est le vôtre, retrouvez là toute ma profonde reconnaissance.

Puissions nous rester une seule et même famille où règnent l'amour et l'entente.

A monsieur Mohamed Gallah DICKO

Sache que vous êtes plus qu'un oncle pour moi .Cette thèse est le fruit de votre soutien moral et financier.

Vous m'avez protégé à l'ombre de vos ailes pour que mes études ne souffrent d'aucun aléa. Dans le doute vous avez guidé mes pas pour que je sois médecin, aujourd'hui votre rêve s'est réalisé.

Merci pour l'amour sans faille et Dieu saura vous récompenser au delà de toute espérance. Amen

**A mes chers amis Moulaye.O .OULEGUEM; Abdrouhamane.Y.
DIALLO ; Abdoul -Razack.A. DICKO**

Comme on le dit couramment, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on reconnaît ses vrais amis et vous avez toujours été au rendez vous.

Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que vous représentez pour moi.

Je vous dirais tout simplement grand merci.

A monsieur Mahamadou Mohamed BELLO

Voici des années que tu prends soins de moi et de mes études .Ta sérénité, ta fermeté religieuse et tes aptitudes de bon croyant m'ont comblé.

Trouves là ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS :

A mes oncles : feu Abdoulaye Madou, feu Hamidou Madou, feu Seydou Taleye et Abdourhamane Taleye.

A mes tantes : feu Rahamatou Madou ; Haoua Madou ; Adizatou Taleye.

A mes grands frères : Abdoul Karim Yéhia à Diabali (Kourouma)

Mahamadou Abdoulaye dit kolondieba à BADJI

A mes beaux frères (Halidou Hamidou, Attaher Minkeilou, Ayouba Alousseini, Mahamadou Elhadj, et leurs épouses)

A tout le village de BADJI-GOURMA

A Mme Bello Aicha Bazi retrouves ici toute ma reconnaissance, puisse Allah te donne la foi le courage de supporter nos caprices, merci chère sœur du fond du cœur.

A Mme Dicko Adizatou Hamadi dite Diza merci tantie ; trouves ici l'expression de ma profonde reconnaissance, tu m'a aimé comme ton fils ; ton soutien moral et financier ne m'ont jamais fait défaut.

A tes filles chéries Aminata et Nima.

A Mohamed Ousmane Dicko dit Hama et sa chère épouse Mme Dicko Nima B DICKO au petit Mohamed Salia

A Mme Dicko Aicha Hachimi et ses enfants

A Maman Bouba et famille à Ansongo

A Mlle Fatoumata I Maiga à l'I F M de GAO

A Abdrahamane Dicko et famille agent de saisie à l'IHERIAB de Tombouctou

A tout le personnel de l'IHERIAB de Tombouctou

A Samba Boncane et famille M S C à Tombouctou

A Mlle Fatoumata Y Cisse dite Fanta : chère petite sœur, trouve ici toute ma profonde reconnaissance

A mon oncle Colonel Younoussou Barazi Maiga Commandant de la région militaire de Tombouctou

A mon cousin Adama Y TOURE à Magnanbougou

A la famille Mahalmdane Touré Sareikeina Tombouctou

A mon frangin Halidou Koné et son épouse Fanta Bamba, à ses filles Tené et Ramata

A Nana Touré à ATT Bougou

A mes amis (Mohamed Jibba, Abdoul-Aziz Alhousseini ; Hamidou Aboubacar ; Mohamed Cisse dit djibo ; Ousmane Kouata ; Mohamed Coulibaly ; Kalifa Ouattara ; Mahamoud Diarra ; Pascal Coulibaly ; Adizatou Sankare ; Aboubacar M Bello ; Samba Hachimi à la FSJP ; Mahamane Mahalmdane interne Nana oumou Toure Aicha Adiawiakoye Aissata Traore , Aminata Coulibaly dite bebe , Dazia Arby, Safietou Toure, Fatouma Elmoctar, Mah Diarra, Rose Diarra, Sali Traore, Mamou Sidibe, Halima Traore dite Lima, Nafissa Maiga dite florinda,) merci pour tout ce que vous m'avez offert comme sympathie.

A Mme Touré Niamoye Wangara et la famille Wangara à Hamabangou TBT

A Mlle Fatoumata KOINA dite FLORENCE étudiante à l'INFSS et toute la famille Koina à Sans fil Tombouctou ainsi qu'à Niamoye KOINA étudiante à la FLASH.

A Youssouf Maiga et son épouse à Abaradjou Tombouctou

A Mr Sidi lamine Kounta

A Mohamed Lamine Dicko dit Lamine merci pour tout ce que tu as fait pour ma modeste personne.

A Mlle Oumou Sidibé et toute la famille Sidibé à kalaban coura ACI
A Mr Abdoulaye Magassa à la DRS de Tombouctou chargé de SIS
A tout le personnel de l'hôpital particulièrement à Mr seydou Bassaloum
surveillant général de l'hôpital
Docteur Albouhari Toure médecin chef du CSRef Tombouctou
Dr Jerome Dakoua DG Hôpital de TOMBOUCTOU
Mr Mahamoud Baba anesthésiste
A tout le personnel du Centre de Santé de Référence
A Mme Togo Ami N'diaye
A Docteur Boubacar Dicko à la FENASCOM et famille
A mes amies et nièces Souada Seydou ; Adizatou Sadidi ; et Hajara
Seydou
Au professeur Mallé a la FENASCOM
A Mlle Hawa S. Dé, sage femme et ses sœurs Aiché S Dé et Mariam
A mes camarades de promotion (Dr Mohamed Z Toure ;Dr Djibrilla
Issiaka ;Dr Aboubacrine Maiga ;Dr Moussa Maiga Dr Yousseuf A
TOURE,Dr Cheick Badi Diallo Dr Yanta I Maiga)
A Mr Diagayete et son épouse Malado Diagayete
A mes aînés (Dr seydou Alassane Maiga ; Dr Soumeila Abdou Maiga)
A Oumar Bonzeye Dicko
A la famille Boncana MAIGA à kalaban coura
A tous les élèves et corps professoral de l'école de santé le BOUCTOU
Enfin à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de
cette thèse et dont les noms n'ont pas été mentionnés ; qu'ils en soient
remerciés.

A

Notre Maître et président de jury

Professeur Sy Assitan Sow

Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la
FMPOS

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie
Obstétrique (SA.MA.GO.) ;

Chef de service de l'unité de gynécologie - obstétrique
Centre de Santé de Référence de la commune II

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en
acceptant de présider cette thèse, nous reconnaissons en
vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux.

Nous apprécions en vous l'Homme de science modeste
et vous restez un des espoirs de cette faculté.

Votre simplicité, votre abord facile, vos connaissances
scientifiques et vos qualités humaines font de vous un
maître inoubliable et hautement respecté.

A

Notre Maître et juge

Docteur Alassane A Dicko

Maître assistant de Santé Publique à la FMPOS

Charge de cours d'épidémiologie à la FMPOS

Responsable unité épidémiologie au D.E.A.P.

Chercheur au MRTC

Cher Maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre simplicité, et votre humanisme sont des atouts qui nous ont fasciné.

Nous sommes fier d'être compte parmi vos élèves. C'est un plaisir pour nous de vous manifester notre profonde gratitude et notre sincère admiration pour tous les enseignements reçus.

Soyez rassuré de notre respect et profonde reconnaissance.

A

Notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Abdramane TOGO

Gynécologue -obstétricien a l'hôpital de Tombouctou

Chef de service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital
de Tombouctou

Cher Maître,

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous
avez faite en nous proposant ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre
humanisme, votre respect et votre combat quotidien
pour l'émancipation de la femme font de vous un
exemple à suivre .Nous avons beaucoup appris a vos
côtés.Les mots nous manquent pour exprimer les
sentiments qui nous animent aujourd'hui, après toutes
ces années passées ensemble.

Cher Maître, veuillez accepter notre humble
remerciement pour la qualité de l'encadrement et les
conseils prodigués tout au long de ce travail

A

Notre Maître et directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE
Professeur agrégé de Gynécologie obstétrique à la
FMPOS
Maître de conférences à la FMPOS
Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de
Gynécologie Obstétrique (SAGO)
Membre du Réseau National de la Lutte Contre la
Mortalité Maternelle
Médecin chef du centre de santé de référence de la
commune V du district de Bamako
Chef de service de gynécologie obstétrique du Centre de
Santé de Référence de la Commune V de Bamako

Cher Maître,
la ponctualité et la rigueur scientifique qui vous
caractérisent ont force notre admiration.
Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité et
d'humilité.
Honorable Maître, l'honnêteté, le souci constant du
travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens
social élevé, la rigueur, la facilité d'écoute font de vous un
médecin hautement respecté et admiré par tous.

GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

ABREVIATIONS :	SIGNIFICATIONS :
ATCD	Antécédent
BAT.	Battement
B W	Berdet Wassermann
C.I.V.D.	Coagulation intra vasculaire disséminée
CPN	Consultations prénatales
CSRéf.	Centre de santé de référence
D.P.P.N .I .	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
HNP	Hôpital National du Point G
HGT	Hôpital Gabriel Touré
HRT	Hôpital Régional de Tombouctou
HTA	Hypertension artérielle
Inf.	Inférieur
LED	Lupus érythémateux disséminés
Mn.	Minute
M.F.I.U.	Mort fœtale in utero
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
P F	Planning familial
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
R.C.U.I.	Retard de croissance intra utérine
R.P.M.	Rupture prématurée des membranes
S.A	Semaine d'aménorrhée
S.A.G.O.	Société Africaine de Gyneco-Obstetrique
SOMAGO	Société Malienne de Gyneco-Obstetrique
SUP	Supérieur
T.C	Temps de coagulation
T.S	Temps de saignement
V.I.H =HIV	Virus de l'immunodéficience humaine
V.S	Vitesse de saignement
%	Pourcent
o /oo	Pour mille

SOMMAIRE

I - introduction et objectifs-----	1
II- généralités-----	3
III- Méthodologie-----	17
IV Résultats -----	22
V : Commentaires et discussion-----	36
VI : conclusion et recommandations-----	48
VII- Références bibliographiques-----	51
VIII- Annexes	

I- Introduction et objectifs :

A- Introduction :

L'ampleur de la mortinatalité est un problème qui est mal connu en particulier dans les pays en voie de développement. Elle constitue un problème majeur de santé publique.

La naissance est un évènement heureux qui masque très souvent le risque encouru par le fœtus dès sa conception, pendant la grossesse lors de l'accouchement et les premiers jours de sa vie.

Un nouveau né en Afrique de l'ouest, court un risque de mourir vingt fois supérieur pendant le premier mois de la vie qu'un nouveau né en Europe Healthy New Born Partner Ships [29]

Selon l'OMS la mortalité néonatale en 1996 était de 35 ‰ au Sénégal, 50 ‰ en Côte d'Ivoire, 38 ‰ en Mauritanie ,65 ‰ au Cameroun ,en Guinée et en Afrique du Sud [30].

D'après Léon I. [41] la tendance actuelle est de considérer la mort fœtale in utero comme le décès d'un membre de la famille à part entière.

La mort fœtale in utero est très fréquente dans les pays en voie de développement.

Elle ne constitue pas cependant une fatalité, ses étiologies sont variables, certaines prévisibles et d'autres non.

La revue de la littérature note une diminution régulière et importante du taux de mortinatalité dans le monde.

Cependant Meda N. [49] en a rapporté 5% en France au début du siècle et une diminution progressive jusqu'à 0.80‰ en 1980.

Au centre FOCH, Merger R. [50] a retrouvé cette tendance.

Aux Etats-Unis Meda N. [49] a rapporté 7,7‰ de mortalité.

En Afrique les taux sont plus élevés ainsi on a :

- Baeta S. [6] au Togo 19.51‰
- Koffi A. [36] en RCI 25,05‰
- Katile M. [54] au Mali 30‰

Au Mali, le taux de mortinatalité a presque doublé de 1960 à 1975 [10]. Il est passé de 17,39‰ à 30‰ [54].

En 1995 il était de 40,88‰ à l'hôpital du point G contre 30,7‰ en 2000 dans la même structure sanitaire [54].

En 2003 Koné Y. [38] rapporte un taux de 30,7‰ à Sikasso, cette disparité des fréquences entre les pays développés et les pays non développés montre la pleine mesure des progrès à accomplir pour la prise en charge des grossesses à risque.

Malgré que le problème de la mortinatalité soit posé avec autant d'acuité, peu d'études lui ont été consacrées au Mali, en particulier dans la région de Tombouctou où aucune étude n'a été réalisée.

Nous avons alors initié ce travail en nous fixant comme objectifs :

B- Objectifs :

- Objectif général :

Etudier la mortinatalité au centre de santé de référence et à l'hôpital régional de Tombouctou.

- Objectifs spécifiques :

- 1-** Déterminer la fréquence de la mort fœtale in utero au centre de santé de référence et à l'hôpital de Tombouctou,
- 2-** Déterminer les facteurs de risques,
- 3-** Identifier les circonstances de survenue de la mortinatalité.

GENERALITES

I-DEFINITION :

Tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance est considéré mort-né selon l'OMS [60].

On distingue :

- les morts ante-partum qui surviennent avant le déclenchement du travail
- les morts per-partum ou intra-partum survenant au cours du travail
- la mort foetale précoce : le décès survient entre la conception et la 27eme semaine révolue d'aménorrhée ou 180 jours correspondant à la limite légale de la viabilité foetale [12].
- la mort foetale tardive : le décès intervient après le début de la 28eme semaine d'aménorrhée ;ce seuil d'âge gestationnel correspond à un poids foetal minimal de 1000 grammes et ou une taille supérieure ou égale à 35 centimètre [12] .
- la mortalité néonatale : elle porte sur les décès des nouveau-nés survenant pendant les 28 premiers jours de vie.

Elle a deux composantes :

- la mortalité néonatale précoce : le décès survient entre la naissance et le 7^{ème} jour de vie après la naissance.
- la mortalité néonatale tardive : le décès survient après le 7^{ème} jour et avant le 29^{ème} jour de vie.
- mortalité post-néonatale : elle concerne les décès des enfants survenant entre le 29^{ème} jour de vie et le premier anniversaire.

II- FACTEURS DE RISQUES

Ils imposent une surveillance rapprochée au cours des CPN, une intervention plus appropriée. On distingue les facteurs maternels et les facteurs fœtaux.

1- Facteurs fœtaux :

1-1 Le sexe du fœtus :

Les garçons sont les plus atteints Merger R [50]

1-2 Les grossesses multiples :

La mortalité fœtale in utero des grossesses gémellaires est quatre fois plus élevée que celle des grossesses uniques et le risque augmente avec le nombre de fœtus [38].

2- Facteurs maternels :

2-1 Age de la mère :

Le taux de mortinatalité est plus élevé chez les nouveaux nés de mères très jeunes ou très âgées [12].

2-2 Le nombre de grossesse :

Le taux est plus bas pour les deuxième, troisième et quatrième fœtus que pour le premier. Il est plus élevé à partir du sixième.

2.3 Antécédents :

Il existe un caractère répétitif de la mort fœtale ainsi qu'une augmentation du risque dans le cas d'antécédents obstétricaux - pathologiques : -Le risque est multiplié par deux s'il y'a eu mort néonatale au cours de la grossesse précédente.

-Le risque est multiplié par trois à quatre s'il y'a eu mort fœtale pendant la grossesse précédente.

- Le risque est 50% plus élevé si l'enfant né de la grossesse précédente présentait un retard de croissance intra-utérine (RCIU) [38].

2.4 Les consultations prénatales :

Le nombre réduit de CPN combiné à la faible qualité des prestations effectuées augmentent autant le risque.

2-5 L'âge gestationnel :

Le risque est plus élevé entre vingt huit et trente une semaines d'aménorrhée.

2-6 Les conditions socio-économiques :

Le risque est plus important chez les femmes appartenant à un milieu socio-économique défavorisé.

Il est théoriquement possible d'intervenir sur d'autres facteurs de risques maternels comme le tabagisme, l'alcool, la consommation de médicament ou de drogue ainsi que les conditions de travail et les activités physiques intenses.

III - LES ETIOLOGIES

1- Les causes maternelles :

1-1 Les Syndromes vasculo-rénaux : Ils comprennent :

1-1-1 Les néphropathies gravidiques pures : (toxémie gravidique pure ou dysgravidie)

Elles se caractérisent par un syndrome vasculo-rénal induit par la grossesse, survenant au cours du troisième trimestre chez une primipare indemne de toute pathologie vasculo-rénale antérieure à la grossesse et guérissent sans séquelles après l'accouchement.

Dans la dysgravidie nous observons des lésions placentaires (lésions d'ischémie, infarctus hypotrophie placentaire). Ces lésions placentaires sont responsables d'une insuffisance placentaire avec diminution des

échanges sanguins foeto-placentaires (oxygène, éléments nutritionnels). Il en résulte une souffrance chronique avec hypotrophie fœtale pouvant entraîner le décès de l'enfant. Elles sont quelque fois responsables d'éclampsie et d'hématome retro-placentaire.

1-1-2 Les néphropathies gravidiques surajoutées :

Il peut s'agir :

- d'hypertension artérielle latente
- de lésions rénales ou vasculaires dans le cadre d'une maladie générale (diabète IED)
- de glomérulonéphrite.

Elles se rencontrent le plus souvent chez la multipare âgée. L'évolution peut se faire vers le maintien ou l'aggravation des lésions après l'accouchement. Elle peut récidiver au cours des grossesses ultérieures. Les signes apparaissent souvent plutôt au deuxième trimestre de la grossesse.

L'évolution se fait vers une ischémie placentaire, un infarctus placentaire entraînant une souffrance fœtale et par la suite la mort fœtale in utero.

1-1-3 Néphropathies gravidiques récidivantes :

Elles se manifestent vers le 5^{ème} ou le 6^{ème} mois de la grossesse, disparaissant après l'accouchement récidivant au cours des grossesses ultérieures.

1-1-4 Néphropathie préexistante à la grossesse :

Un certain nombre d'affections vasculo-rénales existent avant la grossesse et peuvent être aggravées au cours de celle-ci. On citera :

- L'hypertension artérielle chronique ;
- La polykystose rénale.

1-2 Le diabète :

Les types de diabète observés au cours de la grossesse sont :

1-2-1 Les diabètes préexistants à la grossesse :

Ils sont connus avant le début de la grossesse. Il peut s'agir :

- de diabète insulino-dépendant (type I)
- de diabète non insulino-dépendant (type II)
- d'une intolérance aux hydrates de carbone.

1-2-2 Les diabètes gestationnels :

Il s'agit d'une intolérance aux hydrates de carbone d'importance variable apparaissant ou révélée pour la première fois au cours de la grossesse.

En cas de déséquilibre du diabète, des complications peuvent survenir :

- Un syndrome vasculo-rénal favorisé par l'existence de lésions reno-vasculaires maternelles d'origine diabétique ,
- Un hydro amnios de signification péjorative ,
- Un retard de croissance intra-utérine ,
- L'avortement spontané ,
- La macrosomie fœtale ,
- L'hypotrophie fœtale plus rare .

La malformation fœtale et les altérations vasculaires sont responsables de décès fœtaux.

Les morts fœtales in utero et la mortalité périnatale, sont les complications les plus fréquemment rencontrées en cas de diabète mal équilibré.

1-3 les anémies :

Les principales causes d'anémies rencontrées chez les femmes en grossesse en particulier celles qui sont issues de milieu démographique

défavorisé sont : la malnutrition, le poly-parasitisme intestinal et sanguin et la drépanocytose.

1-4 Les grossesses prolongées :

Le risque de mort fœtale in utero est accru au cours des grossesses prolongées et serait dû à la sénescence placentaire. Celle - ci est responsable d'une altération des mécanismes d'échanges foeto-placentaires.

1-5 Les maladies infectieuses :

Un certain nombre d'infections maternelles peuvent être responsables de la mort fœtale in utero et ceci par la transmission de l'infection de la mère au fœtus (infection materno-fœtale) ou par l'effet néfaste d'une hyperthermie maternelle importante sur celui-ci.

Il existe particulièrement deux voies de contamination fœtale :

- La voie trans-placentaire : l'infection maternelle atteint le fœtus par voie hématogène, c'est le mécanisme le plus fréquent (paludisme, septicémie)
- La contamination du fœtus à partir d'un foyer endometrial (voie endometriale).

Le foyer endometrial peut être secondaire soit à une septicémie maternelle, soit à une infection ascendante à point de départ vaginal ou vertical. Les germes en cause sont le plus souvent :

➤ d'origine bactérienne :

- *Escherichia Coli* ,
- *Bacteroides fragilis* ,
- *Listeria monocytogènes* ,
- Les bacilles gramme plus et moins (G+ et G-) ,
- *Les trichomonas* ,

- *Les chlamydiaes*,
- *Les tréponèmes pâles*

➤ d'origine parasitaire :

- Paludisme à *Plasmodium falciparum*
- ankylostome ,
- oxyurose.

1-6 Causes maternelles accidentelles :

1-6-1 Les traumatismes :

La survenue d'un traumatisme chez la femme enceinte peut être la cause d'une mort fœtale. Il existe au cours des traumatismes plusieurs mécanismes responsables de la mort fœtale in utero :

- le décollement partiel ou total du placenta. Celui -ci entraîne une souffrance fœtale aiguë (anoxie par réduction de la surface d'échanges)
- le traumatisme fœtal direct (coup direct) ;
- le choc maternel avec choc hémorragique ou vasoplegique entraînant une chute brutale du débit sanguin materno-fœtal ;
- La perforation directe de l'utérus exposant le fœtus en péritoine libre.

1-6-2 Les toxiques : Ce sont :

- la chloroquine
- les cyanures
- les barbituriques
- l'oxyde de carbone
- le plomb (saturnisme)

2- Les causes foeto-annexielles :

2-1 Causes fœtales :

2-1-1 Malformations fœtales :

Un certain nombre de malformations fœtales sont incompatibles avec la vie, et entraîne la mort in utero. Il s'agit essentiellement d'atteintes organiques graves :

- Anomalie cardiovasculaires
- Anomalies cérébrales
- Anomalies rénales (polykystose rénale)
- Poly malformations
- Agénésies d'organes vitaux

Ces malformations peuvent être secondaires à une maladie infectieuse maternelle pendant la grossesse (embryopathie ou foetopathie) à une anomalie génétique (trisomie 21), à une prise médicamenteuse. Leurs étiologies sont souvent inexpliquées.

2-1-2 Grossesses multiples :

La mort fœtale in utero est plus fréquente au cours des grossesses gémellaires par rapport aux grossesses uniques. Cette grossesse gémellaire est favorisée par :

- La multiparité
- L'âge avancé de la gestante
- L'hérédité
- La stimulation ovarienne
- La fécondité in vitro

Elles peuvent se compliquer :

- ◆ d'avortement
- ◆ d'hydro amnios

- ◆ de malformation foetale
- ◆ d'accouchement prématuré
- ◆ d'hypotrophie foetale
- ◆ de toxémie gravidique
- ◆ de placenta praevia
- ◆ de mort foetale in utero, d'un ou de deux foetus.

La mort in utero au cours des grossesses gémellaires est due au syndrome de « transfuseur - transfusé », secondaire à l'existence d'anastomose vasculaire entre les deux systèmes vasculaires foetaux. Ils s'observent essentiellement dans les grossesses mono-choréales où peuvent exister des anastomoses vasculaires (il n'existe pas d'anastomose vasculaire dans les grossesses bichoréales). Il y'a un passage de sang foetal du jumeau transfuseur au jumeau transfusé. Ainsi le transfuseur mourra par anémie avec hypotrophie.

2-2 Les causes annexielles (placentaires et finiculaires) :

2-2-1 Causes placentaires :

2-2-2 Placenta praevia :

Le placenta praevia se définit par une insertion anormalement basse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Cette anomalie se rencontre le plus souvent :

- Au cours des grossesses gémellaires,
- En cas d'altération de la muqueuse utérine (cicatrices utérine, antécédent d'avortement ou de curetage)
- Malformation utérine ;
- En cas de fibrome utérin ;
- Chez les patientes ayant des antécédents de placenta préavia.

Lors des contractures utérines le placenta préavia inextensible va présenter des décollements responsables des saignements et par la suite entraîner des complications secondaires maternelles (anémie) et fœtales « anoxie » aboutissant à la mort fœtale.

2-2-1-2 Hématome retro-placentaire (H.R.P) ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) :

C'est un accident paroxystique du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Il correspond à un décollement plus ou moins important du placenta normalement inséré avec constitution d'un hématome entre la face placentaire maternelle et la paroi de l'utérus. Les mécanismes à l'origine d'un HRP peuvent être :

- un traumatisme abdominal à l'occasion d'un accident de la voie publique, d'une chute, d'une tentative de version par manœuvre externe ;
- d'une toxémie gravidique ;
- des lésions des artères utéro-placentaire pouvant être liées au diabète à des malformations vasculaires. L'hématome retro-placentaire survient lors d'une ischémie aiguë favorisée par une poussée hypertensive ou un spasme ;
- les anomalies funiculaires à type de brièveté du cordon ;
- un déficit en acide folique qui provoquerait un défaut de placenta simple à l'origine d'un hématome retro-placentaire.
- parfois aucune étiologie n'est trouvée.

2-2-2 Causes funiculaires :

Certaines anomalies du cordon ombilical peuvent entraîner le décès fœtal in utero. Ainsi on a :

2-2-2-1 Anomalie de la longueur du cordon :

➤brièveté du cordon : un cordon mesurant moins de 35 cm dû soit primitivement à l'arrêt de développement, soit secondairement à la formation de nœuds, de circulaires peut entraîner une perturbation des échanges foeto-maternels. Ainsi le décès foetal survient par décollement placentaire sous traction ou par chute du débit sanguin (nœuds).

➤trop long : un cordon dépassant 65 cm de long favorise la constitution de brides circulaires et/ou de nœuds.

2-2-2-2 Anomalie d'anatomie :

➤Anomalie vasculaire :

- l'artère ombilicale unique
- les thromboses du cordon
- les tumeurs du cordon

➤Anomalies de position du cordon ombilical :

- les circulaires du cordon sont des enroulements du cordon ombilical autour du cou
- les bretelles du cordon sont des enroulements du cordon autour du foetus.
- les torsions excessives du cordon : elles se localisent le plus souvent à l'extrémité foetale et sont sources d'hypoxie foetale par compression vasculaire entraînant la mort foetale in utero ;
- le procubitus, la latero-cidence, mais surtout la procidence du cordon sont des causes funiculaires fréquentes de mort in utero [48 ; 70].

2-2-2-3 Anomalie de la gelée de Wharton :

Une absence ou une anomalie de composition de la gelée de Wharton peut être source de décès foetal in utero.

3-Autres causes :

3-1 Incompatibilité sanguine foeto-maternelle :

C'est l'incompatibilité rhésus anti-D qui est le plus souvent en cause. Elle se rencontre lorsque la mère est de rhésus négatif et le fœtus de rhésus positif. Il s'agit d'une immunisation acquise caractérisée par la présence chez la mère d'agglutinines anti-D.

Ces anti-corps anti-D traversent la barrière placentaire provoquant une hémolyse des hématies fœtales (maladie hémolytique).

Il n'existe pas à l'état normal d'agglutinines anti-rhésus. Leur apparition nécessite une stimulation antigénique préalable : représentée par le contact entre les hématies fœtales porteuses de marqueurs de surfaces rhésus positif et le sang maternel.

3-2 les maladies immunitaires maternelles :

Elles peuvent être responsables de mort fœtale in utero et sont caractérisées par la présence d'anti-corps maternels.

Les maladies immunitaires maternelles peuvent compliquer la grossesse soit par action d'immuns complexes circulants qui peuvent se déposer au niveau de la paroi des vaisseaux utero placentaires favorisant l'agrégation plaquettaire et l'activation des facteurs de la coagulation à l'origine d'obstruction vasculaire entraînant une mort fœtale. Soit par action des manifestations fœtales et notamment de décès in utero.

4- les causes inconnues :

Aucune étiologie n'est retrouvée dans certains cas.

IV- EXAMEN CLINIQUE

1- Les signes cliniques :

Les signes cliniques fournis par l'interrogatoire et l'examen ne sont en fait que des éléments de présomption qui doivent être confirmés par des examens complémentaires.

1-1 Les signes subjectifs :

- disparition des mouvements actifs fœtaux : cette disparition est souvent le signe qui inquiète la parturiente et l'amène à consulter ;
- l'apparition d'une montée laiteuse ou d'une sécrétion cholestrale ; mais n'est pas toujours un signe de mort fœtale in utero ;
- apparition d'un écoulement vaginal anormal ou même de perte de sang ;
- perte de poids.

1-2 Les signes objectifs :

- L'absence des bruits cardiaques fœtaux (stéthoscope de Pinard) : les bruits cardiaques fœtaux jouent un grand rôle dans la surveillance de la grossesse qu'au cours de l'accouchement. Ils sont entendus du côté du dos fœtal et leur fréquence varie de 120 à 160 battements par minute.
- L'arrêt du développement de l'utérus : la mesure de la hauteur utérine permet de constater une discordance entre le volume utérin qui est réduit par rapport au terme,
- parfois lorsque la tête est au segment inférieur, le toucher vaginal peut déceler la crépitation osseuse, un chevauchement des os du crâne.

V- LES EXAMENS PARACLINIQUES :

Ils permettent d'avoir la certitude de la mort fœtale in utero et doivent en conséquence être systématiques.

1- L'échographie :

Elle confirme le diagnostic et recherchera une anomalie morphologique foetale, la localisation placentaire et la présentation. Elle guidera éventuellement un prélèvement de liquide amniotique pour caryotypage foetal.

2 - La Radiologie du contenu utérin :

Elle est moins intéressante car les signes radiologiques apparaissent avec un certain décalage selon l'ancienneté de la mort foetale. On peut noter :

- les chevauchements des os du crâne (signe de Spalding I)
- l'angulation de la colonne vertébrale (signe de Spalding II)
- le halo péri céphalique (signe DEVEL)
- les bulles gazeuses dans les cavités cardiaques et les gros vaisseaux (signe de ROBERT)

D'autres examens peuvent être demandés, ce sont : amnioscopie, amniocentèse, dosage d'oestriol, dosage de l'hormone placentaire, dosage de l'alpha foeto-protéine.

VI- CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MORT FCETALE IN UTERO :

La mort foetale in utero (ou anté-partum) survient avant tout début de travail. Elle relève des causes essentiellement maternelles et exceptionnellement foetales, qui orientent le bilan étiologique. Elle peut être à l'origine de complications maternelles parfois graves qui conditionnent la conduite obstétricale à tenir. Nous distinguons:

- la méthode médicale

L'ocytocine est utilisé au 3^{ème} trimestre de la grossesse lorsque le col est favorable par voie intraveineuse (5 UI dans 500 ml soluté glucosé), à débit initial faible et augmenté progressivement en fonction des

contractures. Il est contre indiqué en cas de surdistension utérine, disproportion foeto-pelvienne.

-la méthode mécanique :

La sonde de Folley permet un déclenchement du travail par une perfusion extra amniotique de sérum physiologique (10 à 20gouttes par minute) à terme supérieur à 24 semaines d'aménorrhée

-les méthodes chirurgicales :

La césarienne, son indication est dictée par l'urgence : complications hémorragiques, par chocs, par l'existence de contre indication absolue aux autres méthodes : présentation transverse avec échec de version, placenta praevia, césarienne antérieure avec suites compliquées.

VII- COMPLICATIONS MATERNELLES DES MORTS FŒTALES IN UTERO

1- Troubles de la coagulation et hémorragie :

Les troubles de coagulation et l'hémorragie s'observent que biologiquement en cas d'hématome retro-placentaire ou rétention fœtale prolongée.

Les troubles de la coagulation ne peuvent se manifester que biologiquement ou entraîner des accidents hémorragiques surtout au moment de la délivrance.

Ils correspondent d'abord à une CIVD due au passage dans la circulation maternelle de facteurs coagulants type thromboplastine d'origine fœtale, puis apparaissent secondairement une défibrination par consommation des facteurs coagulants et du fibrinogène. Dans le cas de l'hématome retro-placentaire il s'agit d'une défibrination aiguë.

En cas de rétention prolongée la coagulation survient après quatre à cinq semaines. Elle se constitue lentement avec la baisse progressive des

différents facteurs de la coagulation. Elle est d'autant plus importante que la durée de rétention est prolongée.

Devant un HRP, une rétention fœtale prolongée, un accident hémorragique, un bilan sanguin maternel s'impose : TS,TC, fibrinogène, NFS-VS, numération des plaquettes.

Dans les cas graves, on transfuse les patientes avec du sang frais. On administre des vitamines K1 et/ou adrénoxyl en IM. Une évaluation utérine rapide est souhaitable et se fera soit par voie basse soit par césarienne.

2- Complications psychologiques :

Devant une mort fœtale in utero, il existe toujours un retentissement psychologique tant du côté de la mère que de l'entourage. Le retentissement maternel est plus ou moins important selon l'état d'avancement de la grossesse, le degré du désir d'enfant. Il est essentiel de retrouver l'étiologie du décès fœtal car une mort fœtale inexplicquée étant plus difficile à supporter. De même, un décès fœtal survenant inopinément au cours d'une grossesse bien déroulée sans problème, est moins bien accepté que celui qui apparaît au cours d'une grossesse pathologique.

3- Infection amniotique après rupture des membranes :

Lorsque les membranes sont rompues, il existe un risque d'infection amniotique, pouvant aller jusqu'au choc infectieux. Il est nécessaire d'envisager une prévention d'infection bactérienne dès la rupture des membranes.

VIII - PREVENTION DES MORTS FCETALES IN UTERO

Cette prévention est le souci constant de tout obstétricien et se situe à trois niveaux :

- Prévention d'une mort fœtale survenant en cas de pathologie foeticide :
- Prévention d'une récurrence ;
- Prévention d'une mort fœtale dite inopinée.

Prévention dans un contexte de pathologie foeticide :

- La prévention est ici l'extraction fœtale avant l'accident avec des risques tels que :

.Ne pas méconnaître la pathologie en cause.

.Décider du terme de l'extraction, en mettant en balance les risques de la prématurité.

METHODOLOGIE

I- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans les maternités du centre de santé de référence et de l'hôpital de Tombouctou.

II- PRESENTATION :

1- Présentation de l'hôpital de Tombouctou :

◆ Historique :

L'hôpital régional de Tombouctou, appelé avant les années 1946, infirmerie hôpital, était un hôpital militaire avec comme personnels deux médecins dont un des troupes coloniales qui s'occupait des militaires et l'autre médecin hors cadre qui s'occupait des civils.

De 1953 – 1992, l'infirmerie subit des innovations :

- 1953 la construction d'une maternité (actuel pavillon d'hospitalisation de la pédiatrie).
- En 1958 la construction du pavillon d'hospitalisation de la chirurgie, ainsi que le bloc chirurgical, la pharmacie hospitalière.
- En 1988 la construction des locaux de la pédiatrie.
- Enfin c'est en 1992 que cet embryon d'hôpital se transforme en actuel hôpital de Tombouctou grâce à un crédit accordé par la banque africaine de développement (BAD).

Situé au sud de la ville de Tombouctou, l'hôpital est encadré par 4 voies principales.

L'accès à l'hôpital est facilité par deux portes d'entrée (porte permanente et celle des urgences).

Ouvert le 10 août 1992, l'hôpital joue le rôle de 2^{ème} niveau de référence pour la dite région.

Conformément à la politique sectorielle de la santé dans le système de référence et évacuation, l'hôpital reçoit les références et évacuations des cercles qui sont :

- Goundam à 97km ;
- Diré à 135km ;
- Gourma rharous à 160km ;
- Niafunké à 200km ;
- Tombouctou (commune urbaine).

La plupart de ces patients arrivent dans un tableau compliqué.

Cette situation peut être due :

- Mauvaise organisation du système de référence et évacuation.
- Instabilité du personnel qualifié.

♦De sa date d'ouverture le 10 août 1992 à 2007, l'hôpital régional de Tombouctou comporte 11 services techniques tous fonctionnels, dont le service de gynéco-obstétrique qui est dirigé depuis Avril 2005 par un gynécologue obstétricien malien.

Le reste du personnel est constitué de :

- Un gynécologue obstétricien cubain
- Deux infirmières obstétriciennes
- Une matrone
- Deux étudiants en médecine (faisant fonction d'internes)
- Trois aides soignants (stagiaires)
- Un manœuvre

Le service compte 10 lits repartis en trois salles d'hospitalisation.

- Un bureau pour les infirmières obstétriciennes
- Une salle de planning familial et soins après avortement
- Une salle d'accouchement équipée d'une table.

- Un bureau pour les deux gynécologues
- Une salle des garde commune pour les infirmières obstétricienne et aides soignantes
- Une salle de consultation externe et de prévention de la transmission mère enfant (PTME).

Le service offre 5 jours de consultations externes, deux jours d'activités chirurgicales pour les patientes programmées. Les urgences sont assurées à tout temps.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne.

Le service assure une garde autonome.

Le service de gyneco-obstetrique partage l'unique bloc opératoire de l'hôpital équipé de deux tables opératoires, avec le service de chirurgie générale.

2- Présentation du centre de santé de référence :

◆ Historique :

Il a été construit en 1989 par le gouvernement du Mali dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire du cercle.

Le centre sert de référence pour 12 aires de santé opérationnelles.

◆ Composition :

Le centre n'a pas de services techniques spécialisés, mais par contre comporte :

- Des unités de consultation de médecine générale
- Un laboratoire d'analyse
- Un dépôt de médicament
- Un service d'hygiène
- Une maternité

Ce centre est dirigé par un médecin chef.

L'unité de la maternité est dirigée par une sage femme.

Le personnel se répartit comme suit :

- Deux (2) sages-femmes
- Six (6) infirmières obstétriciennes
- Onze (11) matrones

Le service compte 11 lits repartis en 3 salles d'hospitalisation pour tout le centre.

- Un bureau pour la sage femme maîtresse
- Une salle de garde commune (sage femme, infirmière obstétricienne, matrone)
- Une salle de PF et PTME
- Une salle d'attente équipée de trois (3) lits ;
- Un bloc opératoire
- Une salle d'accouchement équipée de 3 tables

La maternité offre une consultation externe quotidienne. Elle assure une garde quotidienne autonome.

III -ECHANTILLONAGE ET METHODES :

1- Méthode :

♦ Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective et transversale effectuée dans les maternités du centre de santé de référence et de l'hôpital régional de Tombouctou sur une période de 12 mois, de Novembre 2006 à octobre 2007.

♦ Recueil des données :

Les données ont été recueillies à partir des supports suivants :

- Carnets de CPN

- Dossiers d'accouchement ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Fiches de partogramme ;
- Dossiers hospitalisation

♦ **Technique de collecte des données :**

Un questionnaire individuel anonyme a été fait pour chaque parturiente et dont les renseignements ont été pris dans les documents sus cités.

♦ **Les variables étudiées sont :**

- L'âge maternel ;
- La profession de la parturiente ;
- L'état matrimonial ;
- La profession du conjoint ;
- La parité ;
- La gestité ;
- Les antécédents obstétricaux ;
- Les consultations prénatales ;
- L'âge gestationnel ;
- Mode d'admission ;
- Les circonstances de survenue ;
- Les bruits du cœur fœtal ;
- Le mode d'accouchement ;
- Le poids du fœtus ;
- Le sexe.

♦ **Plan d'analyse et traitements des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi6 Info.

Les tableaux et les figures ont été réalisés sur les logiciels Microsoft Excel 2007 et la saisie sur Microsoft Word 2007.

2- ECHANTILLONAGE :

- Les critères d'Inclusion :

Ont été incluses dans notre étude :

Les parturientes ayant présenté une mort fœtale in utero dont l'âge de la grossesse est supérieur ou égal à 28 SA et ayant accouché dans les maternités du CSréf. et de l'hôpital de Tombouctou.

- Les critères de non inclusion :

Les dossiers inexploitable ou incomplets ;

Les accouchements à domicile ou au cours du trajet.

Les parturientes ayant une grossesse d'âge inférieur à 28 SA

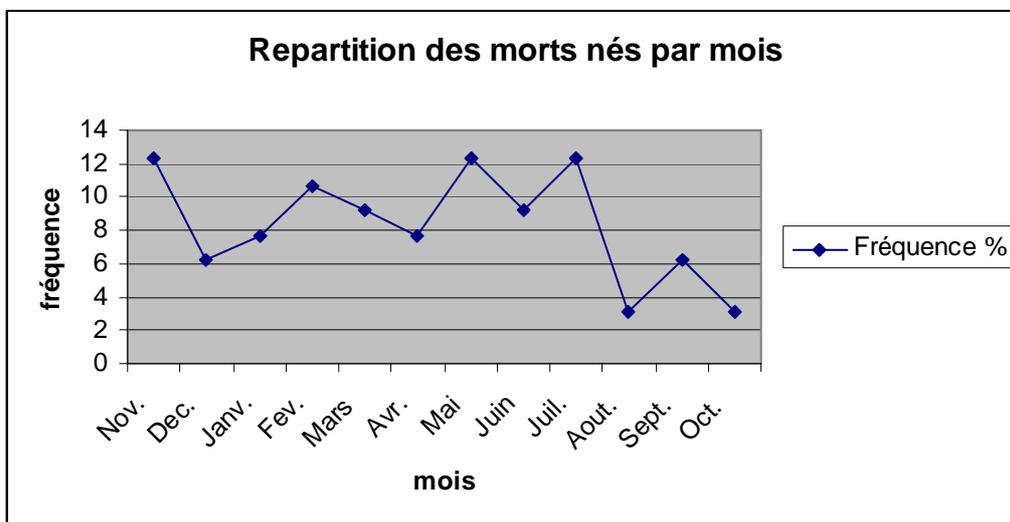
Résultats :

1-Frequence de la mortinaissance :

Pendant notre étude, nous avons effectué 1010 accouchements et enregistré 65 morts nés soit une fréquence de 64.4‰ .

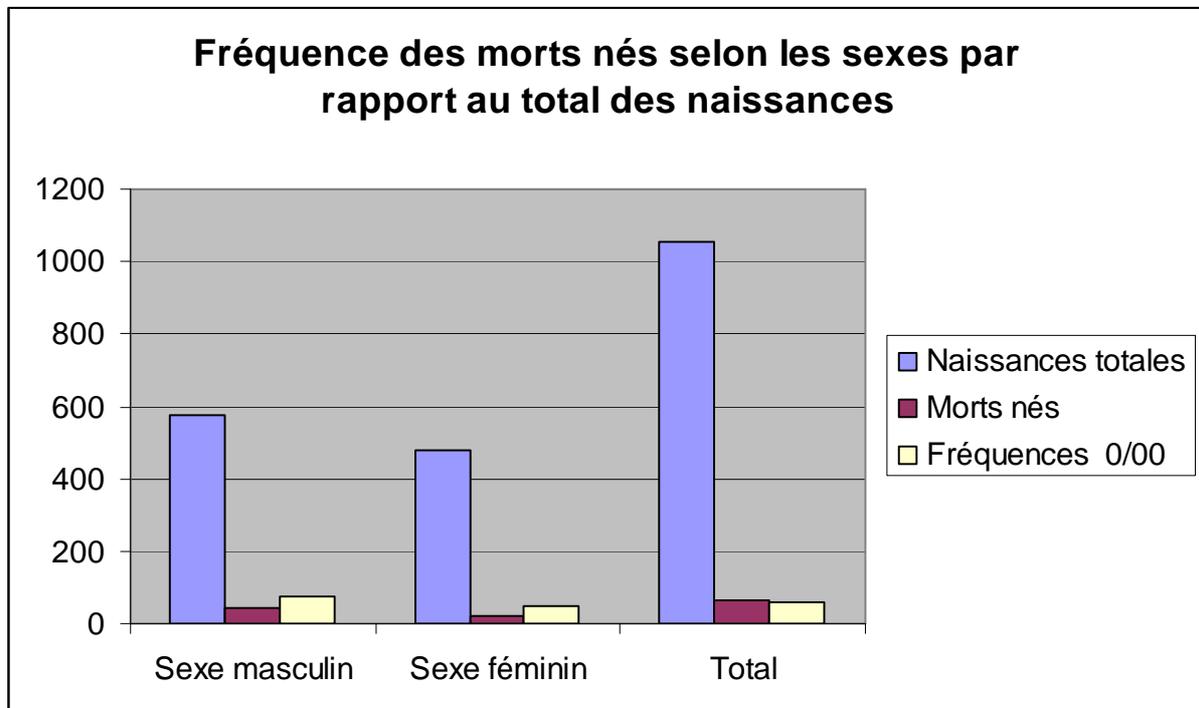
Pendant la même période, nous avons enregistré 1055 naissances, soit une fréquence de 61.6 ‰ des morts nés.

Figure I : Répartition des morts nés par mois



Nous avons enregistré 12.3 % de morts nés les mois de novembre, mai et juillet

Figure II : Fréquence des mort-nés selon le sexe par rapport au total des naissances



Le sexe masculin était le plus représenté avec 72.7 %

2- Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des mort-nés selon l'âge maternel

Age (année)	Effectifs	Fréquence (%)
14-19	16	24.6
20-24	8	12.3
25-29	14	21.5
30-34	15	23.1
35-39	7	10.8
39 et plus	5	7.7
Total	65	100

NB : les ages extrêmes : 14 ans et 42 ans

L'âge moyen était de 27.1 ans et l'âge médian était 29 ans, écart type de 7.9

La tranche d'âge 14 - 19 ans était la plus fréquente avec 24.6 %

Tableau II : Répartition des mort-nés selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	Fréquence (%)
Mariées	53	81.5
Célibataires	7	10.8
Divorcées	3	4.6
Veuves	2	3.1
Total	65	100

81.5% de nos parturientes étaient mariée

Tableau III: répartition des mort-nés selon la profession des mères

Profession	Effectifs	Fréquence (%)
Ménagère	39	60
Commerçantes / vendeuses	12	18.4
Elèves/étudiantes	8	12.3
Autres	4	6.2
Salariées	2	3.1
Total	65	100

Plus de la moitié de nos parturientes étaient des ménagères avec 60 %.

Tableau IV: Répartition des mort-nés selon la profession des conjoints

Profession	Effectifs	Fréquence (%)
Cultivateurs	17	26.2
Eleveurs	14	21.5
Salariés	12	18.5
Commerçants	8	12.3
Elèves/étudiantes	6	9.2
Autres	8	12.3
Total	65	100

26.2% des conjoints étaient de cultivateurs pour $\chi^2 = 4.88$ et $P = 0.7700$.

3- Les antécédents :

a- les antécédents obstétricaux :

Tableau V: Répartition des mort-nés selon la gestité

Gestité	Effectifs	Fréquence (%)
Primigeste	18	27.7
Pauci geste	13	20
Multi geste	19	29.2
Grande multi geste	15	23.1
Total	65	100

Nous avons enregistré 18 primigestes. 29.2 % étaient des multi gestes.

Primigeste (1) ; Paucigeste (2 à 3) ; Multigeste (4 à 6) ; Grande Multigeste (sup ou égal à 7) ;

Tableau VI : Répartition des mort-nés selon la parité

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Nullipares	20	30.7
Primipare	4	6.2
Pauci pare	16	24.6
Multipare	17	26.2
Grande multipare	8	12.3
Total	65	100

Les nullipares constituaient la fréquence la plus élevée avec 30.7 %.

Tableau VII : Répartition des mort-nés selon l'intervalle intergenesique

Intervalle intergenesique (an)	Effectifs	Fréquence (%)
Inf. ou égal à 2ans	20	42.6
3-4 ans	15	31.9
Plus de 4 ans	12	25.5
Total	47	100

Plus l'intervalle intergenesique était avancé plus le risque était moindre

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les ATCD de morts nés

Morts nés	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	42	35.4
Non	23	64.6
Total	65	100

35.4% de nos parturientes avaient des antécédents de mort- nés

b- Les antécédents gynécologiques :

Tableau IX: Répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement

Avortement	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	44	67.7
Non	21	32.3
Total	65	100

67.7 % des parturientes avaient un antécédent d'avortement

c- Les antécédents chirurgicaux :

Tableau X : Répartition des parturientes selon les antécédents de césarienne

Césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	5	7.7
Non	60	92.3
Total	65	100

7.7 % des parturientes avaient un antécédent de césarienne

4- Suivi de la grossesse :

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Fréquence (%)
Zéro	37	56.9

1-3	10	15.4
4 et plus	15	27.7
Total	65	100

56.9 % des parturientes n'avaient effectué aucune CPN.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les affections au cours de la grossesse

Affections	Effectifs	Fréquence (%)
Affections urogénitales	6	21.4

Anémie	4	14.3
HTA	11	39.3
Drépanocytose	2	7.1
Diabète	1	3.6
Métrorragies	2	7.1
HIV	1	3.6
Paludisme	1	3.6
Total	28	100

L'HTA était l'affection la plus fréquente avec 39.3 % des cas

5- Mode d'admission :

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Fréquence (%)
------------------	-----------	---------------

Venue d'elle-même	19	29.2
Référée	15	23.1
Evacuée	31	47.7
Total	65	100

47.7 % de nos parturientes étaient admises par évacuation

Tableau XIV : Répartition des parturientes évacuées selon la provenance

Provenance	Effectifs	Fréquence (%)
Tombouctou ville	8	25.8
Hors de la ville de Tombouctou	23	74.2
Total	31	100

74.2% de nos parturientes évacuées étaient hors de la ville de Tombouctou.

6- Examen à l'admission :

Tableau XV : Répartition des mort-nés selon les bruits du cœur foetal à l'admission

BCF	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	19	29.2

Non	46	70.8
Total	65	100

Les BCF étaient absents chez 70.8% des fœtus au stéthoscope de Pinard.

Tableau XVI : Répartition des mort-nés selon la coloration du liquide amniotique

Liquide amniotique	Effectifs	Fréquence (%)
Verdâtre	16	24.6
Hématique	14	21.5
Jaunâtre	12	18.5
Clair	11	16.9
Non précisé	12	18.5
Total	65	100

Dans 24.6% des cas le liquide amniotique était verdâtre

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	Effectifs	Fréquence (%)
28-32	17	26.1
33-37	21	32.3

38-42	25	38.5
43 et plus	2	3.1
Total	65	100

Age gestationnel moyen était de 35.7 SA

Tableau XVIII : Répartition des mort-nés selon le type de grossesse

Type de grossesse	Naissances	Mort-nés	Fréquence (‰)
Grossesse multiple	19	4	21.1
Grossesse monofoetale	1036	61	58.9
Total	1055	65	61.6

Dans 58.9 ‰ des cas la grossesse était monofoetale

7 - circonstances de survenue

Tableau XIX : Répartition des mort-nés selon les circonstances de survenue

Circonstances de survenue du décès	Effectifs	Fréquence (%)
Paludisme	4	6.2
Drépanocytose	2	3.1
Anomalie funiculaire	2	3.1

Incompatibilité sanguine	2	3.1
Rupture utérine	12	18.4
Diabète	4	6.2
HTA-Eclampsie	14	21.5
Dystocie	3	4.6
Rupture prématurée des membranes	8	12.3
Hématome retro-placentaire	4	6.2
HIV	1	1.5
Anémie	8	12.3
Malformation	1	1.5
Total	65	100

Les HTA-Eclampsie constituaient l'étiologie la plus fréquente avec 21.5 %.

8- Accouchements :

a- Mode d'accouchement :

Tableau XX : Répartition des mort-nés selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Fréquence (%)
Voie basse	42	64.6

Césarienne	11	16.9
Laparotomie (rupture utérine)	12	18.5
Total	65	100

La plupart des parturientes avaient accouché par voie basse soit 64.6%.

b- Examen du nouveau né :

Tableau XXI : Répartition des mort-nés selon le sexe

Sexe	Effectifs	Fréquence (%)
Masculin	42	64.6
Féminin	23	35.4
Total	65	100

Le sexe masculin était le plus fréquemment rencontré avec 64.6%.

Tableau XXII: Répartition des morts nés selon le poids (gramme)

Poids (g.)	Effectifs	Fréquence (%)
Inf. à 2500	29	44.6
2500-3000	15	23.1
Sup.3000	21	32.3

Les naissances de poids inférieurs à 2500g étaient les plus fréquentes avec 44.6%.

Tableau XXIII : Répartition selon la nature des morts nés

Nature des morts nés	Effectifs	Fréquence (%)
Morts nés frais	19	29.2
Morts nés macérées	46	70.8
Total	65	100

Nous avons enregistré 70.8 % de morts nés macérés

Commentaires et discussion :

Notre étude a été prospective et s'est déroulée sur une période de 12 mois

(Novembre 2006 à Octobre 2007) au Centre de Santé de Référence et à l'hôpital de Tombouctou.

1-Fréquence :

Notre taux de mortalité de 61.6 ‰ est statistiquement significatif à ceux de :

Koné Y. [38] à Sikasso au Mali, 30.02‰ en 2003

Koffi A. [36] en RCI 25.05 % en 1998

Ces taux africains élevés s'expliquent par le fait que la plupart de ces pays ont presque le même niveau de développement sanitaire.

En Europe les taux de mortalité sont plus faibles .En effet Line .C.L [45] a Nice en 1996 ; Issam .M. [32] à Lille en 1989 ont rapporté des taux nettement inférieurs au nôtre.

Ces résultats assez disparates entre pays développés (France) et pays en voie de développement montrent tout l'effort qui reste à faire dans la prévention de la mort fœtale in utero qui demeure encore un réel problème de santé publique.

2- Age maternel :

Les parturientes âgées de 14 à 19 ans ont été les plus représentées dans notre série avec 24.6% .la moyenne d'âge était de 27.1 ans avec des extrêmes de 14 et 42 ans.

Ceci est en accord avec les données de certains auteurs [42 ; 44] qui trouvent des taux plus élevés chez les primigestes jeunes (âge inf à 18 ans) où âgées (age sup. à 35 ans).Line.C.L.[45] a rapporté un taux de

mort foetale utero de 31.1% chez les parturientes de moins de 25 ans, 30% chez celles de 25 à 34 ans et 18.9% si l'âge est supérieur à 35 ans.

Nous pensons que cette tranche d'âge correspond à la période de pleine activité

génitale et non à la tranche d'âge où il y a plus de risques de grossesse.

La moitié des cas de mort foetale in utero a été relevée chez les parturientes de plus de 45 ans dans la série de Issam .M.[32], alors que Kallenga .M.K.[34] a rapporté un taux de 12.6%.

3 - Situation matrimoniale :

La majorité de nos parturientes 81.5% étaient des femmes mariées contre 10.8% des célibataires. Des auteurs ont rapporté des taux presque similaires au notre ainsi on a :

Koné .Y. [38]: 79.3% ; Line .C.L. [45] 68.9% ; N'diaye B[10] :78.4%

Par contre ; Wales .B. [77] pense que la situation matrimoniale n'interfère pas sur les risques d'apparition de mort in utero. Nous avons constaté au cours de notre étude que, dans la mesure où une célibataire peut faire une mort foetale in utero pour le non ou mauvais suivi de sa grossesse quelque soit le motif, une femme au foyer peut également faire sa mort foetale in utero par suite d'une situation socio-économique précaire ou de charge familiale élevée (par exemple polygame).

4 - Profession des parturientes

Dans notre étude nous avons retenu cinq principales occupations dans la répartition des parturientes:

Les femmes au foyer occupaient le 1^{er} rang avec 60% contre 40% pour toutes les autres occupations réparties comme suit : 18.4% de commerçantes/vendeuses 12.3% élèves /étudiantes ; 3.1% de

fonctionnaires 6. 2% autres .

Koné .Y. [38] trouve le bas niveau socio-économique ; corollaire de l'absence de profession est l'explication donnée dans la plupart des cas . Il associe les efforts physiques intenses responsables d 'accouchement prématuré, donc de risque de mort foetale.

5 - Profession du conjoint:

La profession du conjoint est un paramètre très important dans le milieu socio-économique des parturientes et peut contribuer à l'évaluation du risque de mort foetale in utero.

Notre étude comporte 6 groupes distincts avec, cependant des degrés de similitude avec d'autres études :

26.2 % sont des cultivateurs ;

21. 5 % sont des éleveurs ;

18 .5 % sont salaries ;

12. 3% sont commerçants ;

9 .2 % sont élèves /étudiants ;

12. 3 % autres (gardiens, chauffeurs etc.).

Des revenus faibles et irréguliers et un niveau d'instruction très faible du conjoint caractérisent ces groupes, et contribuent à l'entretien de la paupérisation de cette couche sociale.

La profession du conjoint, son niveau d'instruction, son niveau de vie et de revenus semblent liés au taux de mort foetale in utero. Et cela a été confirmé par diverses études [47, 52].

6 - Mode d'admission :

Dans notre étude nous avons 47.7 % des parturientes évacuées contre 29.2 % venue d'elles même .Ce taux est inferieur a ceux de :

Koné Y.[38] pour 69 %:

Frieda.A.[27]:67.3%

N'diaye B. [10]: 60. 4 %

Notre étude : 47.7 %.

La majorité de nos parturientes ont été évacuées des structures hors de la ville de Tombouctou soit 74.2 %, avec des infrastructures routières défectueuses (quelques fois plus de 100 km).ce taux est trois fois plus élevé que celui des gestantes venues d'elles même. Koffi .A. [36] relève que la mortalité est 3.36 fois plus importantes chez les parturientes évacuées que chez les non évacuées.

Lankoande .J. [40], dans une étude consacrée aux évacuations en gyneco-obstetrique a noté qu'en cas d'évacuation plus d'un accouchement sur quatre aboutissait a une mortalité.

7 - Gestité :

Les groupes les plus représentés dans notre étude ont été les multi gestes et les primigestes avec respectivement 29.2 % et 27. 7 %. Notre taux de 27.7 % des cas de mort fœtale chez les primigestes est proche de ceux de : Koné Y. [38] et Frieda .A. [27] . En général le risque de mort fœtale in utero est présent au décours de toute grossesse quel que soit le nombre.

8 - Parité :

Les nullipares ont un taux de mortalité plus élevé dans notre étude avec 30.7 %. Ce fait est retrouvé dans l'étude de Kallenga M.K.[34] ,qui a noté 34.8 % et 27.5% en cas de primiparité et de secondiparité. La plupart des auteurs ont rapportés des fréquences moins élevées chez les grandes multipares [6 ,36 ,44], fait relevé dans notre série.

Nous avons noté 26.2 % de mortalité associée à la multiparité. Seule,

elle ne pourrait être un facteur de mort in utero déterminant.

9 - Age gestationnel :

L'âge gestationnel moyen de survenue de la mortinatalité dans notre étude est de 35.7 semaines d'aménorrhée contre 33 semaines en France [52]. Frieda A. [27] a rapporté un âge moyen de survenue de la mort in utero de 33 semaines avec un pic à 36 semaines d'aménorrhée. Le facteur âge gestationnel n'explique pas à lui seul la mort fœtale. Il est associé à d'autres facteurs péjoratifs (pathologie en cause et les facteurs de risques classiques, tels que le diabète, l'anémie, les pathologies hypertensives gravidiques et funiculaires).

10 - Les antécédents obstétricaux:

Plusieurs études consacrées à la prise en charge de la mort fœtale in utero mettent un accent particulier sur le risque encouru par les femmes ayant des antécédents obstétricaux de mort fœtale [42, 53 ,61]. Notre étude trouve 64.6 % des parturientes sans aucun antécédent de mort in utero contre 35.4 % des parturientes avec au moins un antécédent de mort fœtale in utero. Nos résultats affichent les même tendances que ceux de :

Frieda A. [27] : 78.33 %,

Issam. M. [32] : 83 %.

Par contre, Koné Y. [38] a rapporté 52.6 % des parturientes avec un antécédent de mort fœtale in utero. Dans notre étude nous avons enregistré 67.7% des parturientes qui ont un antécédent de fausses couches spontanées.

Selon Schinder R. [66] un antécédent de mort fœtale in utero quadruple le risque d'en présenter une autre, et qu'un antécédent de fausse couche multiplie le risque par 2.

11- Les circonstances de diagnostic :

Plus de la majorité de nos parturientes soient 70.8% des cas, les BCF n'étaient pas entendus à l'admission. Ce taux est inférieur à celui de Koné Y.[38] 80.17% des cas. N'diaye B. [10] a rapporté 63.6% des parturientes avec BCF non entendus. 19 parturientes ont été admises avec BCF altérés à type de bradycardie marquée entre 70 et 100 Bat. /mn. L'insuffisance de prise en charge d'altération du rythme cardiaque pendant le trajet qui est long dans la plupart des cas, la difficulté de mise en route de la prise en charge de nos parturientes ont contribué à augmenter le taux de mort fœtale dès l'admission.

12- Le sexe du Fœtus :

Beaucoup d'auteurs ont rapporté des taux de mort in utero plus élevés chez le fœtus de sexe masculin [27 ; 10 ; 38].Ainsi nous avons :

Koné Y. [38] :62.1%, Frieda A. [27] :62.1%, N'diaye B.[10] :56%, notre taux 64.6%.

La prédominance du sexe masculin suscite des interrogations et doit faire l'objet de recherche plus poussée. Nous n'avons pas trouvé d'explication particulière à cette situation.

13- Le poids fœtal :

Dans notre étude nous avons enregistré 29/65 des cas soit 44.6% de morts fœtales in utero qui avaient un poids de naissance inférieur à 2500 g. Ce taux est inférieur à ceux de Koné Y. [38] :63.79% et Frieda A. [27] :51.6%.

La durée de la rétention, l'intervalle de temps entre le diagnostic de mort fœtale et l'expulsion, les pathologies maternelles au cours de la grossesse et les déficiences nutritionnelles maternelles peuvent expliquer ce faible poids de naissance.

Beaucoup d'auteurs trouvent qu'il existe une relation entre le poids de naissance et le risque de mort né in utero [36 ; 45 ; 63].

14 - Les consultations prénatales :

Il est admis par plusieurs auteurs [74 ; 68] que le taux de la mortalité néonatale précoce et celui de la mortinatalité augmentent de façon significative en l'absence de C P N.

Le nombre, mais surtout la qualité des C P N sont importants pour diminuer la fréquence de la mortinatalité Lau T. [43].

Selon Line C. L. [45] ce serait à partir de 4 C P N que les risques sont moins importants. Dans notre étude 56. 9% des parturientes n'avaient pas effectué de CPN .Ce ci peut dénoter, une méconnaissance des CPN par les gestantes d'une part , mais aussi l' impact des facteurs socioculturels de la région d'autre part .

15 - Les étiologies :

15- 1 Causes prévisibles:

Les dystocies : elles sont liées au bassin osseux et à la présentation du fœtus

Selon la littérature, la prévalence de la dystocie dynamique parmi les morts nés est élevée en Afrique.

Beaucoup d'auteurs ont rapportés des taux nettement supérieurs à notre taux. Ainsi on a :

Meda N. [49] : 49 %

Baeta S. [7] :18. 5 %

Notre étude 4 .6 %

Les ruptures utérines ou syndrome de pré rupture ont été responsables de mort fœtale dans 18.4% des cas dans les dystocies .Ici la mort fœtale s'explique en cas de rupture par extravasation sanguine.

L'hypercontractilité utérine avec son corollaire de diminution du flux sanguin utéro placentaire est le mécanisme incriminé en cas de mort fœtale dans la pré rupture.

Traoré Y. [71] a rapporté un taux de mort fœtale dans 84.1 % en cas de rupture utérine. Il souligne alors le caractère hautement foeticide de cette pathologie. Monnier J.[53] en France Dubois J.[22] rapportent des taux extrêmement faibles de rupture utérine .Ils expliquent cela par un plateau technique effectif et un système de prise en charge obstétricale bien organisé.

-Anémie :

Avec 12.3 % (8 /65) cas dans notre étude ; ce taux est largement supérieur à ceux de :

N'diaye B. [10]:1.6 %

Koffi A. [36] :1.28 %

Frieda A. [27] :3.89 %

Baeta S. [6] relève un taux de 19.8 % d'anémie associée à la mortalité. Ces cas d'anémie surviennent presque toujours sur un terrain socio-économique précaire.

Le manque de C P N et la supplémentation martiale systématique des femmes enceintes seraient dus au fort taux enregistré.

-HTA/ Eclampsie :

Dans notre étude nous avons 21.5% des cas d'étiologies ; taux supérieur à ceux de :

Baeta S. [6] : 6.16 %

Issam M. [32] :7.11 % de mort fœtale due à l'HTA.

L'éclampsie ; affection grave survenant enfin de grossesse chez les parturientes jeunes ; complique le plus souvent le tableau de toxémie gravidique et pouvant se solder par la mort fœtale.

Nous pensons, que la faible qualité des CPN est en rapport avec le taux élevé d'HTA parmi les étiologies de mort fœtale

-Le paludisme:

Pathologie endémique dans nos contrées ,6 .2% de mort fœtale in utero sont dus au paludisme au cours de notre étude .Ce taux est supérieur à ceux de :Frieda A.[27] et Katile M.[54] qui ont rapporté des fréquences respectives de 11 .11 % et 25 %.Nous pensons ,que ces taux importants seraient dus d' une part à la situation géographique et à l'irrégularité ou à l'absence des CPN et d'autres part à une baisse relative de l'immunité au cours de la grossesse, qui s'associe à la malnutrition et à l'anémie. Cette menace vitale sur le fœtus due à la malaria serait d'après Nathawani D.[56] une caractéristique des pays en voie de développement.

-H I V :

Nous avons noté dans notre étude 1 .5 % de séropositivité au VIH associée à la mort fœtale .Notre taux est inférieur à celui de Koné Y. [38] :5 %, mais supérieur a celui de Frieda A. [27] :0.56 % des cas.

Selon Langsten cité par Frieda A.[27] les parturientes séropositives présentent un risque accru de mort in utero .En effet l'infection VIH entraîne une immunodépression qui expose la parturiente à un grand nombre de pathologies hautement foeticides.

-La rupture prématurée des membranes :

La RPM est une cause fréquemment associée à la mort fœtale.

Notre étude a noté 12 .3 % de R P M associée à la mort fœtale .Elle est

responsable de procidence du cordon [48 ;70] ,d'infection amniotique toutes contribuant à des degrés divers à altérer le pronostic foetal.

-Drépanocytose :

Les hémoglobinopathies en générale, et la drépanocytose en particulier sont responsables d'anémie chez la femme enceinte. Notre taux de 3. 1% est supérieur à ceux de Baeta S. [6] : 1.63 % et Koné Y. [38] :0.38 %.

Baeta S. [6] rapporte 4 cas de drépanocytose SS et un cas de drépanocytose SC

I LOKI.L.H [31] a rapporté un taux de 50 %de mort in utero lie a l'association drépanocytose homozygote et grossesse.

Nous n'avons pas de typage d'électrophorèse ; seul le test d'Emmel a été faisable dans notre service.

-Incompatibilité foeto-maternelle dans le système rhésus:

Le taux de 3.2 % d'incompatibilité rhésus foeto-maternelle retrouvé dans notre étude est en accord avec ceux de :

Frieda A. [27] : 5 %

Rudigaz R. [64] :2 .63 %

Monnier J. [52] : 6 %.

Nous pensons que la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline spécifique anti-D pourra réduire le risque lie à cette complication.

-Diabète:

Dans notre étude 6.2 % de mort foetale in utero sont imputable au diabète. Notre taux est supérieur à ceux de :

Dubois J. [22]:0.58 %

Koné Y. [38]: 1. 67 %

Frieda A. [27] : 2.7 %.

Nous pensons, comme plusieurs auteurs que le risque fœtal est fonction de la qualité de la surveillance du diabète tout au long de la grossesse, qui ne concerne le plus souvent que les femmes des grandes villes.

15-2 Causes imprévisibles:

-Anomalies funiculaires:

Au cours de notre étude 3.1% de ces décès fœtaux étaient dus à des anomalies funiculaires.

Il s'agissait de nœuds et de procidence du cordon. Rudigaz R. [64] rapporte un taux de 3.2 %.

Certains auteurs [48 ; 70] s'accordent sur la responsabilité des procidences du cordon dans la mort fœtale in utero.

D'autres pensent que le diagnostic des anomalies funiculaires à l'échographie pourrait éventuellement aboutir à leur prévention. Ces décès fœtaux sont presque toujours de diagnostic tardif et imprévisible.

-Hématome retro-placentaire:

Nous avons noté 6.2 % de mort fœtale dans notre étude .C'est une pathologie gravissime, de survenue paroxystique observée au cours de la grossesse. Son caractère foeticide est reconnu par tous [2 ; 22 ; 17 ; 18].

Les taux suivants ont été retrouvés dans la littérature avec de fréquences variables :

Dubois J. [22]:5.81 %

Baeta S. [6] : 7.79 %

Monnier J. [53] :14.28 %

Papiernik E. [61] :19.2%

La mort fœtale en cas d' H R P est due au décollement expansif du placenta entraînant l'anoxie.

-Malformations:

Le pourcentage de malformations majeures a été de 4 à 20 % lors de mort fœtale in utero [42 ; 62], mais la responsabilité des malformations n'est pas toujours claire [62].

Le seul, cas d'hydrocéphalie dans notre étude 1.5% a été détecté à échographie.

C'est dire ici toute l'importance de l'échographie dans le diagnostic anténatal des malformations.

16-Accouchements:

Après un interrogatoire soigneux, et un examen clinique, un bilan biologique de la crase sanguine est demandé à chaque parturiente. Ce bilan se compose de :

-la numération formule sanguine et vs ;

-TS-TC ;

-le groupage rhésus ;

-et le bilan étiologique est également demandé en fonction de l'orientation clinique.

Celui-ci comprend : glycémie, albumine /sucre dans les urines, sérologie toxoplasmose, sérologie BW, sérologie VIH.

L'accouchement a été fait sous perfusion d'ocytocine. le misoprostol a été utilisé quelque fois pour une maturation du col avant la pose de perfusion d'ocytocine en cas de rétention fœtale.

Dans 16.9% des cas, l'accouchement a été fait par césarienne contre 64.6 % par voie basse.

L'HTA/Eclampsie, les hémorragies importantes par HRP et les dystocies ont été les principales indications de césarienne.

Nous avons noté 12 cas de ruptures utérines qui ont nécessité une laparotomie. Elles ont constitué 18.4% des cas.

CONCLUSION

La mortinaissance n'est pas rare dans notre milieu. L'étude de la mort foetale in utero au Centre de Santé de Référence et à l'hôpital de Tombouctou nous a permis de noter certaines causes qui peuvent être prévisibles ou non.

Le taux de mortinatalité dans nos structures sanitaires était très élevé 61.6‰ pour mille.

Les différences d'enregistrement d'une structure à l'autre commandent d'être prudent dans l'interprétation des taux publiés dans la littérature.

Cependant, dans des pays où les données sur les naissances sont fiables, le taux de mortinatalité, mieux que celui de mortalité infantile, peut présenter l'indicateur de l'efficacité des soins offerts à la mère et à l'enfant.

L'amélioration de la qualité des soins, des conditions sociodémographiques constitue les éléments essentiels pour la lutte contre la mortinaissance.

RECOMMANDATIONS :

Au vu de nos résultats ; nous recommandons ce qui suit :

AUX AUTORITES: de ;

- Doter les structures de santé de matériel adéquat pour une prestation de qualité ;
- Instaurer des programmes de formation continue pour les personnels ayant en charge les CPN et les accouchements ;
- Doter l'hôpital de Tombouctou de personnels soignants (sages femmes, pédiatre, réanimateur et infirmières obstétriciennes)
- La mise en place des mesures sociales en faveur des femmes enceintes en particulier celles de familles défavorisées.
- De construire un service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Tombouctou avec un système d'oxygénation en salle d'accouchement et d'hospitalisation.

AUX PERSONNELS DE SANTE : de ;

- Rechercher à chaque CPN, les facteurs de risques de MFIU (grossesses et accouchements à haut risque) surtout HTA sur grossesse ;
- Insister sur la prophylaxie anti palustre ;
- Référer à temps vers les structures spécialisées les femmes ayant des antécédents de mort in utero ou portant une grossesse à haut risque ;
- Mener des activités d'I.E.C sur la grossesse et l'accouchement, au niveau des centres de santé et auprès des femmes en âge de procréer ;
- La sensibilisation des populations sur le planning familial et la lutte contre l'excision.

A LA POPULATION :

-De systématiser le suivi des CPN qui permettra de détecter :

**les pathologies pouvant compromettre l'évolution normale de la grossesse et assurer leur prévention ;

** les dystocies ;

**d'orienter les grossesses à risque vers les structures appropriées ;

-Bannir les accouchements à domicile ;

-d'observer une hygiène de vie propice au déroulement normal de la grossesse.

Références

1-Adisson S. Impact des dystocies d'expulsion sur la morbidité et la mortalité périnatale ;

Abstracts des résumés des 7^{ème} congrès de la SAGO et 2^{ème} congrès de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 à BAMAKO

2- Adisson S. Hématome rétro placentaire :

Facteur de risque, pronostic maternel et foetal :

Abstracts des résumés des 7^{ème} congrès de la SAGO et 2^{ème} congrès de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 à BAMAKO

3- Ananth C. Hypertensive disorders of pregnancy and still birth in NORTH CAROLINA ,1988 to 1991

Acta obstet gynecol, scand, 1995, 74,788-793

4-Attal D. Les morts in utero à propos de 34 cas en série continue .diagnostic, conduite à tenir.

REV .FR .GYNECOL.OBSTET.1982, 77, 11,725-730

5-Babson S.G.,Benson R .C. Le foetus à haut risque et les facteurs associés dans la pratique du haut risque obstétrical et néonatal

MASSON -EDIT : PARIS 1974

6- Baeta S. Etiologie des morts foetales in utero a propos de 308 cas observés de janvier 1984 à juin 1985

PUBLICATION MEDICALE AFRICAINE n0118 ,14-22

7- Baeta S. Les facteurs socioculturels: facteurs de risques, de mortalité à partir de 308 cas de mort foetale in utero

Publications médicales africaines n° 120

8- Sangare S. Morbidité et mortalité néonatale dans le service de pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE

Etude de facteurs de risque, Thèse med .BAMAKO 1991 n ° 4

9 - Bethnod M et Coll . Evolution des enfants nés avec un très petit poids de naissance

Pédiatrie 1979, Tome XXXIV n° 6 P 537 - 593

10 - N'diaye B. : La mortinatalité à la maternité de l'HGT.

Thèse de médecine Bamako 1995 N° 95 M- 18

11 - Blondel B. ; Breart G. Mortinatalité et mortalité néonatale.

Description, facteurs de risque et évaluation des soins.

Encycl. Med. Chir (Paris - France) Pédiatrie 4002F 50 1994 - 6P

12 - Blondel B . Mortalité foeto - infantile, évolution, causes, méthodes d'analyses . Encycl. Med. Chir (Paris - France) Pédiatrie 4002F50 1990 - 12P

13 - Blondel B.: Mortinatalité et mortalité néonatale : Description, facteurs de risque et évaluation des soins.

Encycl. Med. Chir 5 - 077 - C - 20 - 4 - 002 - F - 50

14-Bonkougou et coll

Morbidité et mortalité hospitalière des nouveaux-nés prématurés à BOBO DIOULASSO (Burkina Faso)

Communication présentée au IIème congrès annuel APANF 97
BAMAKO 04-05-06 décembre 1997

15- Borrel U. Influence of uterine contraction on the utero placenta blood flow at term .

Am j gynecol obstet,93;44-57,1965

16-Bouillin D.; Sepou A., Sangare M. ; Diadhiou D. ; Martin S.L. et Coll.

Etude de la mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de DAKAR (Sénégal)

Communication présentée au 2^{ème} congrès de la SAGO.

Livre résumé des communications (LOME-TOGO) décembre 1990

17- Cisse G. Contribution à l'étude de DPPNI et ses complications sur 70 cas à l'HGT

These med, BAMAKO, E.N.M.P.1986

18- Coulibaly P: Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au MALI

These medecine BAMAKO E.N.M.P. 1986

19- Cossard F:La grossesse chez la diabétique

J gyneco .obstet .biol.reprod.1982, 11,495-504

20- Dehan M et Coll:

Devenir des prématurés de moins de 33semaines d'âge gestationnel: résultats d'une enquête menée en 1985 dans la région parisienne

21- Diallo M. S. ; Diallo F.B. ; Diallo Y. ; Onivogui G.; Diallo A.B ; Camara A.Y.; Diow S.T.:

Mortalité et facteurs de risque lies au mode de vie.

Rev .fr.gynecol.obstet 1996, 91,7-9,400-403

22- Dubois J :

Les morts foetales en fin de grossesse

J gyne obstet.biol. reprod 1988,17,295-304,47-452

23- D .Y.Atrakouma :

Mortalité néonatale hospitalière dans le service de pédiatrie du centre hospitalière régional de SOKODE (TOGO) en 1994-1995

Médecine d'Afrique noire 1995 ,45

23'-EDS

Enquête démographique et de santé 1995-1996, Rapport de synthèse

Cellule de planification et de statistique

Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées BAMAKO - MALI

24- Eurostat

Statistique démographique, office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg, 1991

25- Foster D.:

The impact of prenatal care on foetal and neonatal deaths for uninsured patients :a "natural experiment "in WEST VIRGINA.

Obstet.gynecol 1992, 79,40-45

26- Frattini M:

Etude des causes des interruptions thérapeutiques de grossesse, de mortinatalité et mortalité en région BRETAGNE année 1991

J.gynecol .obstet. biol. Reprod 1993, 22,856-863

27-Frieda A:

La mortinatalité a la maternité de l' HPG

Thèse de médecine BAMAKO 2000 n°113

28- Haddad Ghassan :

Contribution à la détermination de l'incidence des facteurs de risques dans l'accouchement du siège issu des grossesses uni fœtales

These med RCI 1979-1989 n °261

29-Heathly New Born Partner Ships :

(Un très grand nombre de décès de nouveau-né)

30- Forum sur la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre, Vision 2010

31- I-Loki L .H Drépanocytose homozygote et grossesse a propos de 12 cas observes au CHU de BRAZAVILLE (Congo)

Revue française de gynécologies obstétriques 1996,91, 5,243-246

32- Issam M :

La mort fœtale in utero : aspects étiologiques a propos de 42 cas.

Thèse médecine à l'université de LILLE II ,1989

33- Johnson N. et Coll :

Foetal monitoring with pulse oximetry,

Br. J.obstet gynocol, 1991, 98,36-41

34- Kallenga M.K, et Coll

Considérations épidémiologiques sur les accouchements de mort-nés à la maternité de GECAMINES SENDEWE de LUBUMBASHI (Congo-démocratique ex ZAIRE)

Rev .fr.gyneco .obstet 1992, 871,26-29

35- Khrouf M. et Coll:

Les grossesses gémellaires : fréquences, développement foetal et mortalité périnatale

J.gynecol.obstet.biol. reprod. 1983, 12,619-623

36- Koffi A:

Mortinatalité:facteur de risque à propos de 780 cas colliges en 2 ans à la maternité d' ABOBO SUD à ABIDJIAN

Résumé des rapports et communications au 5^{ème} congrès de la SAGO à DAKAR décembre 1998

37- Koko J., Difillot D., Gahoum D.A.; Moussavou A.:

Facteurs de mortalité des prématurés dans le service de pédiatrie de l'hôpital pédiatrique d'OWENDO-LIBREVILLE(GABON)

Communication du II^{ème} congrès annuel APANF'97 BAMAKO 04-05-06 décembre 1997

38- Kone Y :

Mortinaissance dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital régional de SIKASSO à propos de 116 cas

These medicine Bamako 2003 n °97

39- Lacomme :

L'influence de l'âge maternel dans la mortalité périnatale:

Rubrique obstétricale MASSON (PARIS) 1960

40- Lankoande J. :

Grossesse et accouchement des femmes de 40 ans et plus à la maternité du centre hospitalier national YALGADA OUEDRAGO de OUAGADOUGOU (Burkina Faso)

Résumés des rapports et communications des premières journées de gynécologie et obstétrique de BAMAKO février 1994

41- Leon I. :

The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss :a multidimensional model

Am.J.psychiatry.1992,149,1464-1472

42- Lansac J.:

L'accouchement d'un enfant mort in utero.

Pratique de l'accouchement

43- Lau T. :

A perinatal audit of still birth in a teaching hospital in HONG KONG

Aust. N .Z.J.obstet. gynecol.1994,34,416-,421

44- Leridon H.

La mortalité foetale spontanée:rôle de l'âge de la mère, de la parité et des antécédants d'avortements

J .gynecol.obstet.biol.reprod.1987, 16,425-431

45- Line C. L.

La mort in utero à propos de 152 cas à l'université de NICE SOPHIA ANTIPOLIS pour une période de février 1988 au 31decembre 1996

These medécines NICE 1996

46- Ly B.

Mortinatalité dans le service de maternité gynécologie du centre hospitalier de NOUAKCHOTT:facteur de risque

Abstracts des résumes des 7èmes congrès de la SAGO et 2^{ème} congrès de la SOMAGO du 12 au 17janvier 2003 à BAMAKO

47- Maiga B.

Etude épidémiologique, clinique et pronostic des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 114 cas

Abstracts des résumes des 7^{ème} congrès de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 à Bamako

48- Maiga B.

Etude épidémiologique, clinique des accidents funiculaires au cours de l'accouchement au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO

Abstracts des résumes des 7^{ème} congrès de la SAGO et 2^{ème} congrès de la SOMAGO du 12au 17 janvier 2003 à BAMAKO

49- Meda N., Toure G.S, Meda H.A., Curtis V., Cousens S.N., Matens et.

La mortinatalité au BURKINA FASO :

Facteurs de risque en milieu urbain de BOBO DIOULASSO

50 - Merger R

Précis de l'obstétrique 5^{ème} édition

51- Mezghani M. et Coll.

Etude de la morbidité fœtale et de la mortalité dans l'épreuve de travail
TUNISIE MEDICAL 1987 ,65(12) ; 799-62

52 - Monnier J.

Avenir obstétrical des femmes ayant un antécédent de mort in utero 62
cas relèves de 1977à 1982

Rev fr gyneco obstet 1983, 78, 12,781-784

53- Monnier J.

Aspects actuels des étiologies des morts fœtales in utero ,70 cas relèves
de 1977à 1982

Revue française de gynéco obstétrique 1983, 78,11.697-701

54- Katile M.

Facteurs de risques de la mortinatalité dans le service de gynéco
obstétrique de l'HNPG de 1978 à 1996

Thèse de médecine Bamako 1999

55 Moyo Laure Nadege.

Morbidité et mortalité néonatale dans le service de réanimation
pédiatrique de l' HGT

Thèse de médecine Bamako 2004, M110, P 109.

56- Nathwani D.

Plasmodium falciparum, malaria imprenancy :

Review br.J.obstet.gnecycol.1992, 99,128_191

57- Ouattara T.

Les accouchements gémellaires dans la ville de OUAGADOUGOU :
aspects pronostiques

Abstracts des résumés des 7^{ème} congres de la SAGO et 2^{ème} de la
SOMAGO du 12 AU 17 janvier 2003 à BAMAKO

58- Ouedrago A.

Les éclampsies à la maternité du CHNYO de OUAGADOUGOU
(BURKINA FASO)

Aspects clinique, thérapeutiques, évolutif, et facteur de risque

Abstracts des résumés des 7^{ème} congrès de la SAGO et 2^{ème} congrès de la
SOMAGO du 12 AU 17 janvier 2003 à BAMAKO

59- Ouedrago A.

Morbidité et mortalité périnatale à la maternité du CHNYO de
OUAGADOUGOU -BURKINA FASO

Abstracts des résumés des 7^{èmes} congrès de la SAGO et 2^{ème} de la
SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 à BAMAKO

60- OMS

Déclaration mondiale sur la lutte anti palustre

Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme

AMSTERDAM ,26-27 octobre 1992

61-Papiernik E.

Epidémiologie des morts fœtales avant le travail dans l'enquête
périnatale de la SEINE SAINT DENIS

J.gynecol. obstet .biol. reprod1996,26,153-159

62- Pauli R:

Lower meso dermal defects:a common cause of foetale and early
neonatal death

Am. J.med. genet.1994,50,154-172

63- Pikin R.

Foetal death

Clim.obstet.gyneco.1987,30,251-361

64- Rudigaz R.

Table ronde la mort du foetus in utero

Rev .fr.gynecol.obstet.1986, 81, 11,613-626

65- Sangare Y.

Etude épidémiologique du poids de naissance dans les maternités de la commune VI du district de BAMAKO

These de medicine BAMAKO 1995

66- Schnider R .

Repeated pregnancy loss

Obstet. Gyn. 1,16-20 1972

67- SY T

Hématome rétro placentaire : aspect épidémiologique, clinique et pronostique a la clinique gynécologique et obstétricale du CHU IGNACE DEEN

Abstracts des résumés des 7èmes congres de SAGO et 2^{ème} de la SOMAGO du 12 au 17 janvier 2003 à BAMAKO

68- Senecal J. et Coll.

Etude de la mortalité néonatale précoce dans le département d'Iik VILAINÉ en 1972-1973-1974

69- Touris. H :

Gynécologie et observation 4 édition Masson, PARIS, New York, Barcelone, MILAN, 1979

70 - Traore .Y :

Pronostique fœtal dans la providence du cordon.

A propos de 47 cas colliges dans le service de gynéco obstétrique du CHU de TREICHVILLE

Mémoire de certification d'étude spéciale - Gynécologie- obstétrique
Abidjan, 2002, N° 100

71 - Traore .Y :

Les ruptures utérines à l'HNPG, facteur influençant le pronostic maternel foetal et mesures prophylactique (à propos de 180 cas)

Thèse médecine, Bamako ,1996 N° 27

72 - Traore .M .S ; Keita M ; Berthe S.S ; Sidibe T ; Diallo A T ; Cisse M.B., Coulibaly H.T.

Morbidité et mortalité néonatale dans le service de pédiatrie de l'HGT.

Etude et facteurs de risques.

II^{ème} congrès annuel de l'APANT 97 Bamako .04-05-06 décembre 1997

73- Tshibangu K. :

L'absence du CPN facteur de hauts risques foetaux en Afrique Centrale

Communication 5^{ème} congrès médecine du SAHARA novembre 1984

74- Varrangot J.

Progrès en obstétrique par Jacques VARRANGOT et collaborateurs
Paris, Edition Flammarion.1970 (collection progrès de médecine)

75- Vockaer et Coll

La souffrance foetale, les grands syndromes presse universitaire (Paris)
1998 (6). 140 P

76- Voacher R. et Coll

TRAITE d'observation tome 2

Grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Edition MASSON
.PARIS , New-York, MILAN, MEXICO , SAOPAULO 1985

77- Wales B.:

Maternal health , lare program and markers for foetal death.

Acta obst- Gynécol. Scand. 1994, 73, 773-778

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : YEHIA

PRENOMS: Abdoul-Aziz

TITRE DE LA THESE : Mortinatalité au Centre de Santé de Référence et à l'hôpital de Tombouctou.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie d'Odonto-Stomatologie

SECTEURS D'INTERET : Gynécologie obstétrique.

RESUME :

La mort fœtale in utero est une pathologie fréquente avec une prévalence de 61.6 pour mille .Elle est toujours un drame pour les parents et un échec pour l'obstétricien.

Elle est évitable, car le plus souvent une étiologie est retrouvée justifiant une attitude préventive des facteurs de risques.

Les principaux facteurs de risques ont été, l'insuffisance des CPN, les conditions socio-économiques défavorables .les antécédents d'avortements ont été retrouvés chez 67.7% des parturientes.

Les principales étiologies ont été HTA/ECLAMPSIE 21.5 % ; dystocies 23 % dont 18.4 % de ruptures utérines ; les RPM et anémies occupaient la 3^{ème} place (12.3%) chacune.

Enfin, le retentissement psychologique est souvent important nécessitant une prise en charge adaptée (sage femme, assistance sociale, psychologues) pour l'accompagnement à distance des couples.

MOTS CLES :

Mortinatalité, mortalité néonatale précoce, mort fœtale in utero.

FICHE D'ENQUETE : MORTINAISSANCE

I. IDENTIFICATION DE LA PARTURIENTE

- Date d'entrée :...../...../...../

- Numéro d'ordre:.....

- Nom et Prénom :.....

- Age :.....

- Adresse :.....

- Type de foyer :

1. Monogamie

2. Polygamie

- Statut Matrimonial :

1. célibataire

3. Veuve

2. Mariée

4. Divorcée

- Profession :

1. Ménagère

3. Salariée

2. Commerçante/vendeuse

4. Autres

- Mode d'admission :

1. Evacuée

2. Référée

3. Venue d'elle-même

- Niveau d'Instruction :

1. Analphabète

3. Secondaire

2. Primaire

4-superieur/université

- Niveau d'Instruction du conjoint :

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 1. Analphabète | 3. Secondaire |
| 2. Primaire | 4. Supérieur/Université |

- Profession du conjoint :

- | | |
|----------------|------------|
| 1. Cultivateur | 3. salarie |
| 2. Eleveur | 4. Autres |

- PROVENANCE :.....

- Structure d'admission :

1. Hôpital régional
2. Centre de santé de référence

- MOTIF DE REFERENCE/EVACUATION :.....

- QUALIFICATION DE L'AGENT ORDONNATEUR :.....

II- ATCD=ANTECEDENTS

❖ ANTECEDENTS OBSTETRICIAUX :

Gestite :..... ----

Parité :.....

- Nombre de Naissance Vivantes :.....

- Nombre de mort-nés :.....

- Avortement :.....

- Résultat de la dernière grossesse :

1. Enfant Vivant
2. Mort - né
3. Avortement

- Résultat de la grossesse actuelle.....

- Intervalle Intergénésique :..... /Mois

- Qualification de l'accouchement :.....

❖ ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

- Césarienne OUI NON

Si oui combien :.....

Date dernière césarienne :.....

- Autres ATCD

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Myomectomie | 3. Plastie tubaire |
| 2. Rupture utérine | 4. Autres |

Si autre précisés :.....

❖ ANTECEDENTS-MEDICAUX

HTA :.....OUI NON

Diabète :..... OUI NON

Contraception :..... OUI NON

Néphropathie :.....OUI NON

Infections pelviennes :.....OUI NON

Infections ovulaire :.....OUI NON

Hémoglobinopathie :.....OUI NON

Cardiopathie :.....OUI NON

Autres :.....OUI NON

Si oui préciser :

III - SUIVIE DE LA GROSSESSE

La Parturienne - a- t- elle suivi CPN :.....

OUI NON

Si oui nombre de CPN :.....

Age de la grossesse en trimestre à la 1^{ère} CPN :.....

Age de la grossesse en trimestre à la 2^{ème} CPN :.....

Facture de risques dépistes à la CPN :.....

- Nature de la grossesse

1. Unique

2. Multiple :

- Qualifications de l'agent ayant effectué CPN :.....

1. matrone

2. Infirmière

3. Infirmière obstétricienne

4. Sage femme

5. Médecin :

6. Gynécologue obstétricien

7. infirmier de second cycle :

8. Interne en médecine

- Maladies et Symptômes détectés :.....

1. Paludisme

2. Anémie

3. Leucorrhée

4. Oedemes

5. Métrorragies

6. HTA

7. Diabète

8. Hémoglobinopathie

9 Cardiopathie

Autres à préciser :

- Chimio prophylaxie en cours :.....

1. A la chloroquine

2. Sulfadoxine Pyrémethamine

- Prévention de l'anémie au fer acide folique :

OUI

NON

Autres médicaments OUI

NON

Préciser les médicaments :.....

IV- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Age de la grossesse :en SA

Hauteur utérine :cm

BDCF... OUI non BDCF...../mm

Température :°C

Coloration des conjonctives oui non

Coloration du liquide amniotique :

Rupture précoce de la poche des eaux oui non

- Présentation :

1. Céphalique

3. Frontale

2. Siège

4. Transversale

5. Autres

Si autres préciser le type de présentation :

- Durée du travail en heure :/heure

Si COMPLICATION :

Césarienne OUI NON

Forceps : OUI NON

Ventouse : OUI NON

MEDICAMENTS ADMINISTRES :

1.

2.

3.

4.

V. EXAMENS DU FŒTUS

- Poids :g -

PC : cm

- Taille :cm -

Malformation :

- Sexe :

Nœud cordon OUI NON

Bride cordon OUI NON

VI- DELIVRANCE

Heure :Durée..... Type.....

VII- EXAMEN DE LA PARTURIENTE

- Eclampsie OUI NON

- Hémorragie durant l'accouchement OUI NON

- Infections OUI NON

Si oui préciser

- Rhésus négatif NON

- Paludisme OUI NON

- HTA OUI NON

- Diabète OUI NON

- Cardiopathie OUI NON

- Hémoglobinopathie OUI NON

- Autres OUI NON

Si oui à préciser-----

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 sa conception.

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

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

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

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