

Ministère des l'Enseignements Secondaire

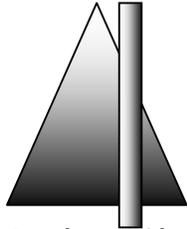
République du Mali

Supérieur et de la recherche Scientifique



Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako



Année académique : 2008-2009

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

N°.....

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA DILATATION STATIONNAIRE
DU COL AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE AU CHU DU POINT G.**

DU 1^{er} JANVIER 2006 AU 30 AVRIL 2008

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le...26.../ 2.... /2009

Devant la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Par

Mme BAGAYOKO Korotoumou BAGAYOkO

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Salif Diakité

Membre : Pr SAHARE FONGORO

CO-DIRECTEUR : Dr Samba Touré

DIRECTEUR : Dr Bouraïma Maïga



Dédicaces

- **A Allah**

Bissimilahi Rahmani Rahime

Au nom d'Allah le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux.

« Gloire à vous ! Nous n'avons de savoir que ce que vous nous avez donné. Certes c'est vous l'omniscient, le sage ».

Louange et Gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant. Que votre volonté soit faite.

Amen !

- **A notre prophète Mohamed**

Salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

- **A la mémoire de mon père Biologique : Moussa Bagayoko (Paix à son âme)**

Je m'incline devant la volonté divine qui t'a arraché à l'affection de ceux qui t'ont connu. Tu as guidé mes pas sur les sentiers de la réussite, me forgeant à ces principes qui fondent l'essence de notre société : le courage, la rigueur, la dignité, l'humilité et la détermination dans le travail.

Nous prions Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis.

Amen !

- **A mon père : Mamadou Bagayoko.**

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que la curiosité et le travail fournissent les réponses à toutes les questions.

Tu as su créer en nous l'amour du travail bien fait. Tes nombreux conseils ont porté fruit. Tu m'as guidé avec rigueur mais aussi avec amour ; sans toi nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien font de toi un digne père et sans pareil. Que Dieu te récompense et te garde encore plus longtemps parmi nous. Cher père le bout du tunnel est très proche, inshallah, je te rendrai heureux sous peu, c'est une promesse ferme

Amen !

- **A ma Mère Salimata Kanté**

Maman, les formulations me manquent pour t'exprimer mes sentiments de tous les jours. Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants devenions meilleurs.

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel.

Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé.

Maman qu'est-ce qu'une fille peut offrir à sa mère en signe de gratitude et reconnaissance que son affection ? Tu me répétais sans cesse que l'avenir n'est point chose dont on mérite que pour l'avoir construit.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir. Qu'Allah le Miséricordieux fasse que tu savoures avec nous les fruits de tes sacrifices.

Puisse Dieu te garder encore plus longtemps à nos côtés.

Amen !

- **A ma tante : Aïssata Diakité**

Les mots me manquent pour te qualifier. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse ce travail témoigner l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance. Que Dieu te récompense et te donne une longue vie parmi nous.

Amen !

- **A mon cher et tendre époux : Dr Fadama Moussa Bagayoko.**

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

Nos chemins se sont croisés au moment où j'avais besoin d'un homme pour poursuivre la protection que je recevais de ma famille. Ton attention, ton amour et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut pendant la réalisation de ce travail. Je voudrais que tu croies à mon amour et à ma reconnaissance. Que Dieu nous accorde une vie paisible, d'amour et pleine de bonheur

« Amen ».

- **A mon fils : Moussa Fadama Bagayoko :**

Tu es le plus beau cadeau que Dieu m'ait donné ; tu es la joie de ma vie. Tu as illuminé et donné un sens à ma vie. Ce travail est pour toi Bébé. Puisse tu faire mieux dans l'avenir ? Longue vie et santé à toi

« Amen ».

- **A mon oncle Famoussa Bagayoko**

Du primaire au supérieur, ton soutien tant matériel que moral ne m'a jamais fait défaut. Ton souci constant pour la bonne fin de cette thèse l'atteste puisse-t-elle être une source de fierté pour toi. Puisse le tout puissant resserrer nos liens davantage.

Amen !

- **A mon oncle Bourama Bagayoko :**

Voici le fruit de vos longues années de sacrifice. Vous vous êtes battu jour et nuit pour ma réussite dans cette vie.

Je prie Dieu pour qu'il nous donne longue et heureuse vie.

Amen !

REMERCIEMENT

Remerciement

- **A mes oncles et tantes**

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissante. Je prie pour le repos éternel de ceux qui ne sont pas parmi nous.

- **A ma chère tante : Tata Bagayoko**

C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur pour m'avoir dorlotée.

- **A mes frères, sœurs, cousins et cousines**

Tenin Bagayoko, Ousmane Bagayoko, Aïssata Bagayoko, Aminata Bagayoko, Souleymane Bagayoko, Moussa Bagayoko, Maman Bagayoko, Mariam Sidibé, Diénéba Traoré et Maman Camara.

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessés de m'apporter pendant tant d'années d'étude.

Recevez par ce travail, le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. J'ai toujours pu compter sur vous quelque soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de

nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

- **A Mes mères**

Les mots me manquent pour vous qualifier. Merci pour tous les sacrifices consentis à mon éducation. Puisse ce travail vous témoigner l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

- **A nos maîtres de la Gynécologie Obstétrique du Point- G.**

Dr Bouraïma Maïga

Dr Samba Touré

Dr Ongoïba

Dr Sima Mamadou

Dr Coulibaly

Ainsi que les autres

Puisse Allah nous permettre d'être à la hauteur de vos attentes.

- **A mes Aînés :**

Moussa Balla Traoré, Etienne Togo, Sidi Konaté, Abdoulaye et Abdel.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

- **A mes collègues et amis du service.**

Chers amis et collègues acceptez avec plaisir mes remerciements les plus sincères pour tout ce que j'ai appris avec vous et aussi pour vos encouragements interminables.

Thèse de Korotoumou BAGAYOKO (CHU Point G)

- **A Dr Mamadou Sima**

Tu m'as considérée comme une sœur. Tu as été notre aîné lors de mes premiers pas dans le monde de l'obstétrique, tu as contribué énormément à notre formation avec attitude simple et réaliste. Nous t'en serons éternellement reconnaissants.

- **A mes cadets du service**

Je vous souhaite beaucoup de courage.

- **A tout le personnel du service de Gynécologie Obstétrique du Point G**

Merci pour votre collaboration.

- **A mon beau père : Moussa Bagayoko**

Pour ton soutien qui ne m'a jamais fait défaut. Trouve dans cet ouvrage toutes mes reconnaissances.

- **A mes belles mères**

C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur. Merci.

- **A ma grand-mère : Aïssata Diabaté**

Tu nous as vus grandir et as su nous guider dans la voie à suivre. Tu as su illuminer notre vie avec beaucoup d'amour et de bonheur. Tu as tout enduré dans la vie sans te plaindre un instant, nous espérons être dignes de toi. Que Dieu te donne une longue vie.

Amen !

- **A tous mes enseignants depuis le primaire :**

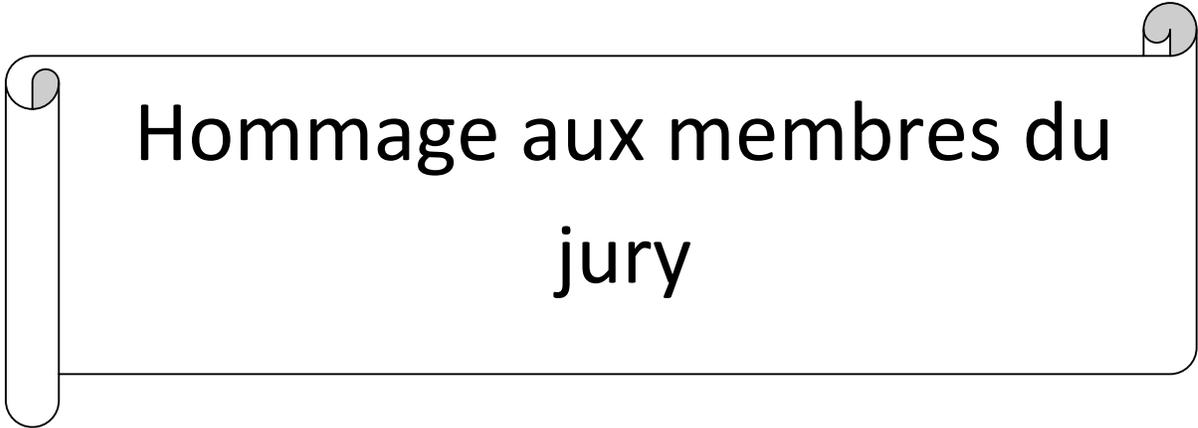
Sans vous je ne serai pas là aujourd'hui. Merci

- **A tous mes amis et camarades de promotion de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie.**

Votre sens de l'amitié, du pardon, de l'écoute, m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.

- **Tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici.**

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.



Hommage aux membres du
jury

A notre maître et président du jury

Professeur Salif Diakité

- **Gynécologue obstétricien**
- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)**
- **Praticien infatigable**

CHER maître :

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

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile. Nous avons été très impressionné par votre simplicité, et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout Puissant vous accorde longue vie (amen).

A notre maître et membre du jury

Professeur FONGORO SAHARE

- Maître de conférences en Néphrologie à la FMPOS
- chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Cher maître :

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très touchés par votre accueil.

Votre simplicité votre pragmatisme et votre détermination ont fait de vous un maître remarquable et admiré de tous.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur SAMBA TOURE

- Gynécologue obstétricien
- Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G

Cher maître :

Ce travail est le vôtre .Le souci constant du travail bien fait , le respect de la vie humaine , le sens social élevé , la faculté d'écoute ,sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin .

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

A notre maître et directeur de thèse

Docteur BOURAÏMA MAÏGA :

- Gynécologue obstétricien
- Maître assistant
- Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décernée par le ministre de la femme, de l'enfant, et de la famille
- Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997
- Chevalier de l'ordre national du Mali
- Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point - G

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail.

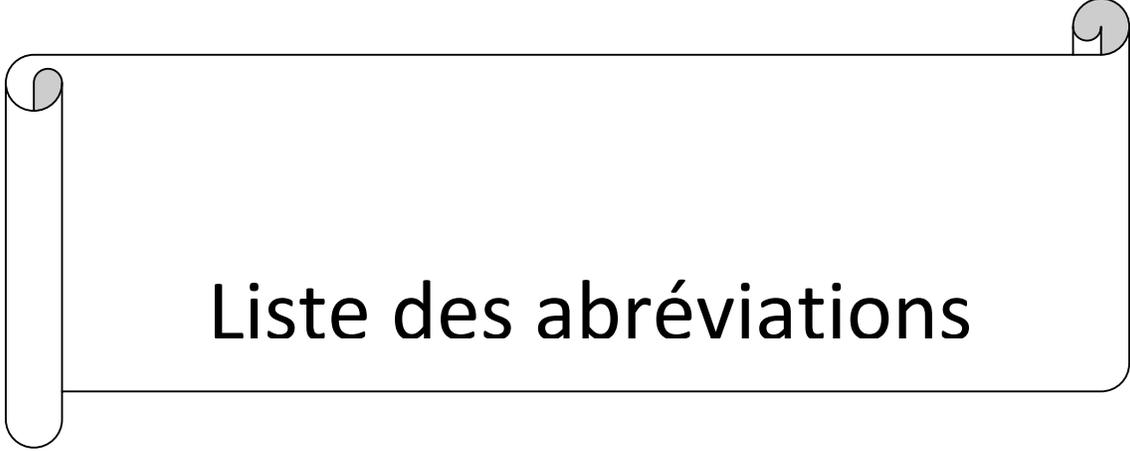
Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique fait de vous un grand maître aimé et admiré de tous

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité d'humilité et du travail bien fait

Nous sommes fiers et très heureux d'être comptés parmi vos élèves.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (amen).



Liste des abréviations

Liste des Abréviations

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BPN : Bilan Prénatal

C : Commune

CPN : Consultation Prénatale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique

DS : Dilatation Stationnaire

DME : Dilatation en Marche d'Escalier

DNS : Direction Nationale de la Santé

DR : Docteur

DFP : Disproportion Fœto - Pelvienne

DDR : Date des Dernières Règles

ESS: Ecole de Santé Secondaire

GR: Gramme

HGT: Hôpital Gabriel Touré

HU : HAUTEUR UTERINE

HRP: Hématome Rétro Placentaire

IM: Indice de Magnin

KG: Kilogramme

L5: Dernière vertèbre lombaire

LA: Liquide Amniotique

Méd.: Médecine

Mn: Minute

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PSP: Promonto Sus Pubien

PRP : Promonto Rétro- Pubien

P: Probabilité

PMA : Paquet Minimum d'Activité

S1: Première vertèbre sacrée

SF: Souffrance Fœtale

SFA : Souffrance Fœtale Aiguë



Sommaire

SOMMAIRE

I- Introduction.....	1-3.
1-Généralités.....	4-24
A-Definition.....	5
B-Rappel anatomique.....	5
C-Historique du partogramme	9
D-Etiologies de la dilatation stationnaire.....	18
E-manifestations cliniques de la dilatation stationnaire.....	19
F-Complications de la dilatation stationnaire.....	22
III- Méthodologie.....	25-30
IV- Résultats.....	31-47
V-Commentaires et discussions.....	48-53
VI-Conclusion.....	54-55

VII-Recommandations....	56-57
VIII-Références bibliographiques.....	58-60
IX-Annexes.....	61-71



Introduction

I- Introduction

La mécanique de l'accouchement fait intervenir [10] 4 éléments :

- Utérus.
- Col utérin.
- Fœtus.
- Filière pelvienne.

L'utérus par le biais des contractions, pousse le fœtus vers le bas à travers le col et lui fait franchir la filière pelvienne [8].

L'ensemble de cette progression peut être perturbé par une anomalie de l'un et ou des quatre éléments.

La filière pelvigénitale de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il franchit aisément et sans risque majeur à condition que ses dimensions soient normales mais aussi que les dimensions et la forme du canal osseux soient suffisamment vastes et compatibles avec les adaptations successives (bassin gynécoïde – bassin androïde – Bassin anthropoïde et bassin platypelloïde [12].

La dilatation stationnaire est l'un des accidents qui survient le plus souvent de manière prévisible et ou imprévisible chez une femme en travail.

Les anomalies de la dilatation regroupent un vaste chapitre de la pathologie obstétricale. Certaines sont extrêmement importantes à connaître en raison de leur fréquence, de leur traduction clinique propre en particulier en ce qui concerne les répercussions fœtales et maternelles et de leur traitement spécifique [9].

D'autres au contraire peuvent être considérées comme mineures en raison de leur exceptionnelle rareté.

Au Mali il n'y a pas eu d'études concernant la dilatation stationnaire. D'où l'intérêt de cette étude qui pourrait contribuer à la détection rapide des causes de la dilatation stationnaire et aussi l'utilité du partogramme au cours du travail.

Objectif Général

Etudier le partogramme sous l'aspect de la dilatation stationnaire au service de Gynéco obstétrique du CHU du Point G.

Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence de la dilatation stationnaire.
- ❖ Analyser les paramètres épidémiologiques de la dilatation stationnaire.
- ❖ Analyser les paramètres cliniques de la dilatation stationnaire
- ❖ Décrire la conduite à tenir

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

- ❖ Déterminer le pronostic maternel et fœtal



Généralités

II- GENERALITES

A- Définition :

La dilatation stationnaire se définit comme :

- Un arrêt de progression de la dilatation cervicale se traduisant sur le partogramme,
- Soit par une absence d'évolution de celle-ci lors de la phase de latence au bout de 4 H de temps
- Soit par un rythme de dilatation <1 cm par heure en phase active

B) Rappel anatomique :

- Anatomie du pelvis : [6]

La ceinture pelvienne forme la base du tronc et constitue les assises de l'abdomen. Elle réalise la jonction entre le rachis et les membres inférieurs.

C'est un anneau ostéo-articulaire symétrique constitué de quatre pièces osseuses et de quatre articulations.

Les quatre pièces osseuses sont :

- Les deux os coxaux (l'os coxal est pair et symétrique, constitué par la fusion de trois os : os iliaque, ischion et pubis) ;
- Le sacrum, impair et symétrique bloc vertébral, formé par la soudure de cinq vertèbres sacrées ;

La première vertèbre sacrée (S1) s'articule avec la dernière vertèbre lombaire (L5) en formant une forte saillie appelée angle sacro vertébral ou promontoire.

Le coccyx.

Les quatre articulations très peu mobiles sont :

Les deux articulations sacro-iliaques réunissant le sacrum à chaque os iliaque, ce sont des diarthroses condyliennes.

La symphyse pubienne réunissant en avant les deux os pubiens. C'est une articulation dont la mobilité est quasiment nulle ;

L'articulation sacro coccygienne.

La filière pelvienne comprend trois étages :

Un orifice d'entrée ou détroit supérieur ;

Une excavation dont les dimensions sont habituellement supérieures aux dimensions de la tête fœtale ;

Un orifice inférieur à grand axe sagittal, c'est le détroit inférieur.

La connaissance de la morphologie de la filière pelvienne à une importance capitale dans le pronostic de l'accouchement [12].

1-1 Détroit supérieur :

1-1-1 Aire du détroit supérieur :

L'aire du détroit supérieur est circonscrite par une ligne qui part en arrière de l'angle sacro vertébral, suit les bords antérieurs des ailerons sacrés, puis les lignes innommées pour se terminer en avant à la partie supérieure de la symphyse pubienne.

- Diamètres du détroit supérieur :

Les principaux diamètres du détroit supérieur sont :

Le transverse maximal : il réunit les deux points les plus éloignés des lignes innominées, mesure 13,5 cm. Il n'est pas utilisable par la présentation car trop proche du promontoire qui fait saillie dans le plan du détroit supérieur ; Le transverse médian ou diamètre utile : parallèle au transverse maximal, il passe par le milieu du diamètre antéropostérieur (promonto-rétro-pubien). Il mesure

12,5 cm ;

- Le promonto-sus-pubien : va du promontoire à l'extrémité supérieure du pubis,

mesure 11 cm ;

- Le promonto-rétro-pubien (PRP) : c'est le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur au niveau du plan des lignes innominées. Il part en avant du point retro pubien (margelle) et aboutit en arrière sur la face antérieure de la première pièce sacrée. Il mesure 10,5 cm ;

- Le promonto – sous – pubien : part du promontoire et se termine en avant en dessous de la symphyse pubienne, il mesure 12 cm ;

- Les diamètres obliques (droit et gauche) : vont d'une éminence iliopectinée en avant à l'articulation sacro-iliaque du côté opposé en arrière. Ils mesurent

12 cm ;

- Les diamètres sacro cotyloïdiens : vont du promontoire à la Région acétabulaire. Ils mesurent 9 cm.

1.1.3 Indice du détroit supérieur :

L'indice de MAGNIN est le plus utilisé en France il est égal à la somme' du diamètre promonto-rétro-pubien et du diamètre transverse médian (IM=PRP+TM).

Le pronostic obstétrical est jugé bon si l'indice de MAGNIN est supérieur à 23. Il est favorable jusqu'à 22. Le risque de dystocie mécanique est grand pour un indice de MAGNIN inférieur à 20.

1.1.4 Forme du détroit supérieur :

Classification morphologique :[12] On distingue :

- Le bassin gynécoïde : (forme arrondie, 50 % des cas) ; c'est un bassin de forme normale. Le détroit supérieur est plus large transversalement que dans le sens antéropostérieur.
- Le bassin androïde : (forme triangulaire 23 % des cas).

Le diamètre transverse maximal est reporté en arrière. Le diamètre transverse médian est inférieur de 2cm ou plus au diamètre transverse maximal ;

- Le bassin anthropoïde. (Forme ovale allongée d'avant en arrière, 25 % des cas) ; c'est un bassin caractérisé par une réduction de ses diamètres transverses, aussi bien au détroit supérieur qu'au niveau de l'excavation et du détroit inférieur.

Cette réduction généralement modérée est compensée par un agrandissement du diamètre antéropostérieur ;

- le Bassin platypelloïde : (bassin plat, 2 % des cas), le diamètre antéropostérieur plus ou moins diminué, est très
- inférieur au diamètre transverse.

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

Classification anatomique :

- Bassins asymétriques : Les bassins asymétriques sont caractérisés par une inégalité de longueur des diamètres sacro cotyloïdiens (diamètre allant du milieu du promontoire au point situé en regard de la cavité cotyloïdienne, longueur normale = 0 cm) dont la différence est supérieure à 1 cm :

On distingue [3]

L'Asymétrie légère quand la différence est de 1 à 2 cm

L'Asymétrie moyenne quand la différence est de 2 à 3 cm

L'Asymétrie forte quand la différence est supérieure à 3 cm.

- Bassins symétriques :

- Bassin transversalement rétréci : Le diamètre transverse médian mesure moins de 11,5cm ;
- Bassin généralement rétréci : L'ensemble des diamètres est diminué de façon proportionnelle et la morphologie générale du bassin est préservée ;
- Bassin aplati : Le diamètre promonto-rétro-pubien est diminué.

Le promontoire est projeté en avant. La saillie du promontoire diminue les diamètres sacro cotyloïdiens et rend peu utilisables les sinus sacro-iliaques.

1.2 Excavation pelvienne

Située entre le détroit supérieur et l'orifice inférieur du bassin, l'excavation est formée par la face antérieure du sacrum et du coccyx et par la face postérieure du pubis.

Les diamètres de l'excavation pelvienne sont compatibles avec les dimensions d'une tête fœtale, même très modérément fléchie :

- . Transverse bi cotyloïde : 12 cm ;
- . Antéropostérieur : 12 cm ;
- . Oblique : 11 cm ;
- . Transverse bi sciatique : 10 cm.

1.3 Déroit inférieur

C'est l'orifice inférieur du canal pelvien, défini comme l'espace compris entre le détroit moyen et les parties molles.

Le volume de cet espace est modifiable par l'effacement du coccyx et la retropulsion du sacrum lors du mouvement de mutation

Les diamètres du déroit inférieur sont :

- . Le sous coccyx sous pubien : 8,5 cm modifié à 11,5 cm par la rétro pulsion du coccyx ;
- . Le sous – sacro – sous pubien : 11,5 cm ;

Le bi-isciatique : 11 cm [12].

Afin de pouvoir évaluer l'évolution de travail et poser le diagnostic de la dilatation stationnaire, il faut définir clairement le partogramme et les observations consignées au partographe.

C) HISTORIQUE DU PARTOGRAMME

1 °) DEFINITION :

Le partogramme est l'impression graphique de parties ou de l'ensemble des éléments et données qui concourent à l'appréciation de l'évolution du travail en permettant d'appréhender à temps utile et opportune toute anomalie susceptible de compromettre l'issue favorable de l'accouchement [5].

En 1954, après une étude portant sur un grand nombre de femmes aux Etats-Unis d'Amérique, **FRIEDMAN EA.** A établi le schéma d'une dilatation normale du col [4].

FRIEDMAN a divisé le fonctionnement le travail en deux phases. La première dite phase de latence, dure 8 à 10 heures au cours desquelles la dilatation du col progresse jusqu'à atteindre 3 cm environ. Elle est suivie d'une phase active caractérisée par une accélération de la dilatation qui passe de 3 à 10 cm après quoi s'installe une phase de décélération. Ce travail a été pris pour base dans les études ultérieures.

En 1969, **HENDRICH** et **AL** ont démontré que pendant la phase active du travail normal, le taux de dilatation du col chez les primigestes et chez les multi gestes varie peu et il n'y a pas de phase de décélération à la fin de la première étape du travail [11].

Dans le cadre d'études extensives sur les primigestes en Afrique centrale et en Afrique méridionale, PHILPOTT a construit un nomogramme de la dilatation du col, dans la population observée il a pu observer et il a pu identifier les écarts par rapport à la normale et permis d'appuyer sur une base scientifique solide toute décision d'intervention précoce visant à éviter un travail prolongé [2]. Des lors, divers auteurs ont élaboré des nomogrammes similaires dans d'autres régions géographiques. Aucun de ces nomogrammes n'a permis de constater l'existence de différences sensibles entre les divers groupes ethniques [2].

2°) LE PARTOGRAMME : MODELE DE L'OMS

2.1 PRINCIPE :[9]

Le modèle de l'OMS a été établi par un groupe de travail formel qui a examiné la plupart des travaux publiés sur le partogramme et sur leur conception. Il correspond par certains côtés à un compromis synthétisé et simplifié qui emprunte à plusieurs partogrammes ce qu'ils ont de meilleur. Il est fondé sur les principes suivants :

- . La phase active du travail commence lorsque la dilatation du col atteint 3 cm. . La phase de latence du travail ne devrait pas durer plus de 8 heures.
- . Pendant la phase active le rythme de la dilatation du col ne devrait pas être supérieur 1 cm/heure.
- . L'intervalle de 4 heures entre le ralentissement du travail et le moment où il est nécessaire d'intervenir n'est sans doute pas de nature à mettre en danger le fœtus ou la mère et éviter les interventions injustifiées. Cet intervalle avait été

ramené à 3 H lors de l'activité d'adaptation du partogramme de L'OMS aux Normes et Procédures et l'étude faite au CS Réf CV en 1992.

. Il faut éviter de multiplier les touchés vaginaux et se borner au minimum voulu pour la sécurité.

. Les Sages-femmes ou les autres personnes qui assistent les patientes peuvent éprouver des difficultés à tracer elles mêmes les lignes d'alerte et d'action et il vaut mieux utiliser un partogramme sur lequel ces lignes sont déjà tracées bien que le trop grand nombre de lignes puisse être de nature à accroître la confusion.

2.2 COMPOSANTES :

Comme les autres, ce partogramme est essentiellement une représentation graphique des étapes du travail par rapport au temps passé (en abscisse). Il comprend 3 éléments :

La progression du travail ;

L'état du fœtus ;

L'état de la mère.

Il peut être utilisé pour tous les accouchements à l'hôpital. A la périphérie il ne serait utilisé que pour les cas à faible risque dans lesquels on s'attend à un accouchement spontané par les voies naturelles. Les patientes à haut risque devraient être transportées immédiatement à l'hôpital [10].

2.2.1 LA PROGRESSION DU TRAVAIL

Dans cette partie, l'essentiel est le graphique de la dilatation du col en fonction du temps dans lequel on distingue une phase de latence et une phase active. La phase de latence

La phase de latence du travail est celle qui va du début du travail jusqu'au moment où la dilatation atteint 3 cm. Si cette phase dure plus de 8 heures et s'il y a au moins 2 contractions en l'espace de 10 mn, la probabilité s'accroît de voir apparaître des problèmes. Par conséquent, si la femme se trouve dans un centre de santé, il faut la transporter à l'hôpital, si elle est à l'hôpital une évaluation critique de la situation s'impose et il faut décider de la conduite à tenir [9].

La phase active

- Lorsque la dilatation a atteint 4 cm, le travail entre dans sa phase active.
- Chez 90 % environ des primigestes, le col se dilate au rythme de 1 cm/heure ou plus vite encore dans la phase active.
- La ligne d'alerte qui va de 4 à 10 cm représente le rythme de dilatation du col. Si la courbe passe à droite de la ligne d'alerte, cela veut dire que la dilatation est lente et que le travail est retardé. Si la femme se trouve dans un centre, il faut la transporter à l'hôpital et si elle est à l'hôpital il faut la surveiller de plus près.

La ligne d'action est située à 4 heures de distance de la ligne d'alerte. Si la courbe de la dilatation franchit cette ligne il semble souhaitable de procéder à une évaluation critique de la cause du retard et de décider des mesures à prendre pour le compenser [9].

Ce partogramme est conçu pour pouvoir être utilisé dans tous les services de maternités mais sa fonction diffère selon le niveau de soins. Dans un centre de soins périphérique, l'essentiel est d'avertir le plus tôt possible de l'allongement probable du travail et de la nécessité de transporter la patiente à l'hôpital (fonction de la ligne d'alerte). Dans le cadre hospitalier, tout déplacement de la courbe à droite de la ligne d'alerte sert à appeler l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue, mais c'est la ligne d'action qui marque le point critique à partir duquel il faut prendre des décisions concernant la conduite de l'accouchement.

D'autres observations d'une importance essentielle pour la surveillance de la progression du travail sont également enregistrées dans le partogramme. Il importe en particulier de noter la descente de la tête du fœtus dans la cavité pelvienne et la qualité de l'activité utérine.

2.2.2 ETAT DU FOETUS :

Le partogramme permet de surveiller étroitement le fœtus en observant régulièrement le rythme cardiaque fœtal, le liquide amniotique et le modelage du crâne fœtal [5].

2.2.3 ETAT DE LA MERE :

L'état de la mère est régulièrement contrôlé par l'enregistrement de la température, du pouls, de la tension artérielle et des analyses d'urine régulières. Le partogramme prévoit également toute administration de médicaments, de perfusions d'ocytocique si on veut accélérer le travail.

3°) EMPLOI DU PARTOGRAMME :

Pour utiliser le partogramme, il faut disposer d'un système d'orientation recours qui fonctionne et qui soit à même d'assurer les services obstétricaux essentiels. De son côté, l'emploi de cette méthode devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des services de maternité.

Le partogramme proposé et les indications qui l'accompagnent concernant la conduite à adopter ne peuvent être utilisés que si la femme se présente dans un

Centre de santé au moment du travail et si le personnel a reçu un minimum de formation [2].

Le personnel doit en effet :

Avoir reçu la formation obstétricale voulue pour être capable de surveiller et de diriger un travail et un accouchement normal.

Etre capable de procéder aux touchers vaginaux nécessaires pendant le travail et d'évaluer avec exactitude la dilatation du col.

Etre capable de tracer avec précision la courbe de la dilatation du col en fonction du temps.

Il semble être prouvé que des sages-femmes auxiliaires ayant reçu une formation tout à fait élémentaire est capable de remplir ces fonctions et il devrait par conséquent, être possible de faire adopter l'emploi du partogramme à la périphérie du système officiel de soins. L'intérêt fondamental du partogramme est alors d'indiquer à partir de quel moment il convient d'orienter la parturiente vers un autre niveau de soins.

Il est toutefois indispensable, lorsque l'on décide d'adopter cette méthode de mettre en place un programme de formation, de supervision, d'encouragement et suivi des utilisateurs.

4°} **HISTORIQUE DU PARTOGRAMME AU MALI**

Au Mali, les 1^{es} études sur le partogramme ont été réalisées à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du point. G en 1986[10].

En 1991, la direction régionale de la santé de Bamako à travers la division santé familiale et communautaire a élaboré un formulaire d'accouchement [2].

Pendant plusieurs années un effort de standardisation de la prise en charge de l'accouchement fut mis en route à Bamako. C'est ainsi qu'une fiche d'accouchement avec partogramme mise au point à la maternité de Quartier Mali en collaboration avec une université de Rochester (New York, Etats Unis) fut introduite dans les maternités de 1^{er} échelon de Bamako[2].

En 1994, le gouvernement du Mali à travers la DSF-C en collaboration avec le CS Réf. CV a élaboré un programme national de périnatalité dont l'objectif était de réduire de moitié les taux élevés de mortalité maternelle et néo-natale [2].

L'une des approches de ce programme a été l'introduction du

partogramme comme moyen de prévention des anomalies du travail.

Après quelques années d'utilisation, les résultats n'étaient toute fois pas à la hauteur des espérances. Le principal problème résidait au niveau des évacuations tardives. Ces retards d'évacuation avaient de multiples causes parmi lesquelles de longs délais de décision liés à l'imperfection du partogramme. Une révision des outils de travail s'imposait donc. La maternité du centre de santé de référence de la commune V (CSRef.CV) a été retenue comme site de l'étude du partogramme car elle bénéficiait de la présence d'un gynéco obstétricien et préparait activement l'ouverture d'un bloc opératoire. D'autre part, des réunions de staff étaient quotidiennement organisées avec le personnel de la maternité sur les accouchements des 24 dernières heures. Un tel contexte permettait d'envisager la mise au point d'un système de référence complet après l'élaboration d'un support adapté de suivi de l'accouchement. Dans ce travail le partogramme a subi de nombreuses transformations qui le rendirent beaucoup plus pratique. Ces transformations aboutirent au partogramme actuel.

Il faut noter que lors de ce travail la participation des sages femmes a été très active de même que la collaboration de la D.R.S.P et l'avis de plusieurs organismes ressources (le projet de la Maternité Sans Risque de E.S.S et U.N.I.C.E.F).

5°) DIFFERENCES ENTRE LES DEUX PARTOGRAMMES[[2]

Le partogramme que nous utilisons est beaucoup plus simple d'utilisation que celui de l'O.M.S. Il contient également plus de renseignements sur la parturiente, le fœtus et le nouveau-né que celui de l'O.M.S n'en contient.

Plus simple d'utilisation.

Bruit du cœur fœtal :

Pour le contrôle du rythme cardiaque fœtal notre partogramme présente une seule ligne de carreaux où l'on peut mettre tous les chiffres. Le partogramme de l'O.M.S, par contre compte huit lignes de carreaux où on ne peut mettre que les BDC allant de 100 à 180.

Toucher vaginal :

Le partogramme de l'O.M.S préconise un toucher toutes les 4 heures dans la phase de latence. Le nôtre prévoit un toucher vaginal toutes les 2 heures dans la phase de latence.

Rythme des contractions utérines et la tension artérielle.

- La partie réservée aux contractions utérines est constituée de 5 lignes de carreaux dans le partogramme de l'O.M.S alors que le nôtre ne prévoit qu'une seule ligne de carreaux où on peut mettre tous les chiffres.
- La partie réservée à la tension artérielle est composée dans le partogramme de l'O.M.S de 12 lignes de carreaux et d'une ligne de carreaux dans le nôtre. Dans le partogramme de l'O.M.S il n'y a pas de place prévue pour tous les chiffres tensionnels.

Plus riche en renseignements

Identification des parturientes :

Dans notre partogramme nous pouvons recueillir des renseignements sur la provenance des parturientes (région, cercle ou commune). Cela n'existe pas dans le partogramme de l'OMS ; il y a tout juste le numéro de l'hôpital [2].

6°) LES OBSERVATIONS CONSIGNÉES AU PARTOGRAPHE [9]

Les observations et notes seront expliquées selon la séquence suivante : Le progrès du travail

- Dilatation cervicale
- Descente de la tête fœtale
- Palpation abdominale pour déterminer la position de la tête fœtale au-dessus du détroit supérieur
- Contractions utérines
- Fréquence par 10 minutes
- Durée (montrée par l'ombrage différentiel)

La condition fœtale

- Le rythme cardiaque fœtal
 - Membranes et liquide amniotique
 - Moulage du crâne fœtal

La condition maternelle

- Pouls, tension artérielle et température
- Urine (volume, protéine, acétone)
- Médicaments et liquides IV

- Régime d'ocytocine

6.1 Le progrès du travail [11]

6.1.1 Les phases latente et active du travail :

La première phase du travail est divisée en deux phases, soit latente et active.

- Commencer le partographe :

Le partogramme ne doit être ouvert que lorsque la femme est en travail. Vous devez vous assurer de la présence de contractions adéquates avant d'ouvrir le partographe.

– Durant la phase latente

- Il doit y avoir 1 contraction ou plus en 10 minutes, chacune d'au moins 20 secondes

– Durant la phase active

- Il doit y avoir au moins 1 contraction en 5 minutes, chacune d'au moins 20 secondes.

– **Dilatation cervicale**

Le taux de dilatation cervicale change entre les phases latente et active du travail. La phase latente (période de dilatation cervicale lente) va de 0-3 cm avec le rétrécissement graduel du col.

La phase active (période de dilatation cervicale plus rapide) va de 3-10 cm (dilatation complète du col).

Au centre du partographe se trouve un graphique. Du côté gauche, les chiffres de 0-10 sont contre des carrés : chaque carré représente 1 cm de dilatation. Au

Etude épidémio-clinique de la dilatation stationnaire

bas du graphique paraissent les chiffres 0-24 : chaque carré représente 1 heure. La dilatation du col est mesurée en centimètre (cm)...

La dilatation du col est notée avec un «X ». L'examen vaginal initial, lors de l'admission, comporte une évaluation du bassin et les résultats sont notés. Dans la phase de latence l'examen vaginal est réalisé toute les deux heures. Dans la phase active l'examen vaginal est réalisé chaque 1 heures.

D ETIOLOGIE DE LA DILATATION STATIONNAIRE

Fœtus [9]

- Disproportion Fœto pelvienne
- Mauvaises présentations
 - Face
 - Front
 - Epaule/bras – Présentation transverse
 - Siège
 - Présentation mixte
- Mauvaise position
 - Occipito-postérieure persistante
 - Occipito-transversale persistante
- Malformations
 - Hydrocéphalie
 - Tumeurs abdominales (p. ex. tumeur de Wilms)
 - Lymphangiome kystique
 - Siamois
- La pathologie funiculaire accidentelle [10] :

Survenant habituellement au troisième trimestre de la gestation, plus fréquente qui a essentiellement pour conséquence un arrêt de la progression

de la dilatation. A cette difficulté mécanique s'associent des signes de souffrance fœtale [10].

Mère : [9]

- Petit bassin
- Malnutrition de l'enfance
- Bassin contracté ou déformé
- Tumeurs des tissus mous du bassin
- Tissus utérins fibroïdes
- Tumeurs ovariennes
- tumeurs rectales

E°) MANIFESTATION CLINIQUE DE LA DILATATION

STATIONNAIRE [9]

La non prise en charge rapide de la Dilatation stationnaire se caractérise cliniquement par :

- Déshydratation

La déshydratation est due à l'activité musculaire en l'absence d'un apport hydrique adéquat. Parmi les signes et symptômes, retenons une peau chaude et sèche, avec perte de turgescence tissulaire_

- Oligurie

L'état de déshydratation de la patiente entraîne une diminution de la diurèse.

- Céto-acidose

L'accumulation d'acide lactique produit par les contractions prolongées de

L'utérus et des muscles squelettiques provoquent une acidose métabolique. Un apport calorique inadéquat entraîne une dégradation des tissus et le catabolisme des graisses en l'absence de glucides entraîne la production de cétones laquelle augmente encore l'acidose. La déshydratation aggrave l'acidémie en raison de l'accumulation des anions résultant de la diurèse diminuée. En vue de rétablir l'équilibre acido-basique, il y a mobilisation du potassium des cellules, ce qui diminue l'activité des muscles involontaires.

Les signes cliniques de la Céto-acidose sont : pouls rapide associé à une respiration profonde et rapide, accompagné d'une pyrexie. On note la présence d'acétone dans les urines ; l'intestin est souvent distendu et atonique en raison de l'hypokaliémie.

- État septique

L'infection est souvent déjà installée lorsque survient l'arrêt de la progression d'un travail prolongé, surtout si les membranes sont rompues depuis longtemps. Les agents pathogènes sont souvent introduits lors d'examen vaginaux ou de gestes effectués dans les conditions non aseptiques.

Même en l'absence d'interventions au niveau du vagin, l'infection se développe dans la filière génitale en cas de dilatation stationnaire prolongée.

- État l'utérus

Chez les multi gestes, la dilatation stationnaire entraîne un accroissement de la fréquence et de la puissance des contractions utérines au niveau du segment supérieur alors que le segment inférieur continue de se rétracter, et déjà aminci par la dilatation circonferentielle produite lors du premier stade du travail, s'allonge et s'amincit de plus en plus. Au fil des contractions, le segment inférieur continue de se rétracter et de s'amincir et l'anneau de jonction entre

les segments inférieur et supérieur remonte progressivement, souvent jusqu'au niveau de l'ombilic. Cet anneau pathologique est appelé anneau de Bandl.

Chez la parturiente primigeste, l'arrêt de la progression du travail se produit en général avant la dilatation complète du col de l'utérus. S'il n'est pas pris en charge, les événements suivants se produisent :

L'activité prolongée de l'utérus peut entraîner une réduction du débit sanguin inter villositaire et l'asphyxie du fœtus

- Traumatisme fœtal

Nécrose avasculaire due à la pression exercée par la présentation fœtale. Elle évolue en anneau au point d'obstruction et provoque une escarrification du segment inférieur de l'utérus et du col.

La palpation de l'utérus et l'observation des contractions donnent de précieuses informations. L'arrêt de la progression du travail peut entraîner initialement l'apparition de contractions utérines vigoureuses et fréquentes, espacées de temps de repos très réduits. Il s'ensuit un spasme continu, l'utérus étant dur, uniformément convexe et douloureux au palper, en particulier au niveau du segment utérin inférieur distendu. En général, la douleur n'est pas constante mais la patiente éprouve une gêne permanente.

Lorsque la progression du travail est arrêtée, le fœtus peut mourir par asphyxie dans l'utérus avant que la patiente n'ait le temps de se faire soigner. L'asphyxie

Résulte de la perturbation de l'échange gazeux placentaire fœto-maternel due aux contractions utérines vigoureuses et fréquentes qui se produisent sur une période de temps prolongée, ou à la contracture de l'utérus.

Rupture de l'utérus (moins fréquente)

- État de la vessie

Durant le travail, la vessie sortie du bassin devient palpable au-dessus de la symphyse pubienne. Lorsque la vessie est comprimée entre la symphyse et la présentation, il se peut que son évacuation par la patiente et le sondage vésical soit impossible à réaliser. La vessie forme une poche gonflée et douloureuse au-dessus de la symphyse recouvrant le segment utérin inférieur étiré. La dépression transversale à la jonction entre le bord supérieur de la vessie et le segment inférieur de l'utérus peut être interprétée comme un anneau de rétraction pathologique.

Une compression prolongée ayant un effet traumatisant sur la vessie, la présence de sang dans les urines, courante en cas d'arrêt de la progression du travail, n'est pas nécessairement un signe de rupture de l'utérus.

- État de vagin

La dilatation stationnaire provoque souvent un œdème au niveau de la partie inférieure du vagin et de la vulve. L'état septique associé entraîne souvent l'apparition d'un écoulement vaginal épais fétide. Le saignement est particulièrement préoccupant puisqu'il indique généralement la rupture de l'utérus.

- État du col

La dilatation stationnaire provoque souvent un œdème du col. Lorsque la progression de travail est arrêtée, la bosse séro-sanguine rend l'identification de la présentation et de la position du fœtus difficile. Dans le cas d'une présentation de l'épaule ou mixte, la dilatation du col n'est pas totale puisque la présentation est bloquée à un niveau supérieur.

Dans le cas d'une présentation du sommet, une grosse bosse séro-sanguine au sommet d'un crâne extrêmement modelé peut atteindre la sortie alors que le plus grand diamètre se trouve toujours au dessus du détroit supérieur. Il est donc préférable de se fier à l'examen de l'abdomen pour déterminer la hauteur ou la position de la tête

F°) Complication de la dilatation stationnaire [9]

Mère :

- Rupture de l'utérus
- Fistule vésico-vaginale
- Infection puerpérale
- Escarrification étendue suivie d'une fibrose évoluant vers une sténose quasi totale du vagin et une dyspareunie/apareunie.
- Ostéite du pubis : - infection du pubis consécutive à une lésion du périoste et du cortex superficiel due à une nécrose avasculaire

Fœtus :

- Asphyxie / paralysie cérébrale
- État septique néonatal
- Mort

6- TRAITEMENT

Prévention

Dans le plus part des cas, les mesures suivantes permettent de prévenir la dilatation stationnaire [9]:

Bonne nutrition pendant l'enfance

Promotion de soins prénatals appropriés et accessibles dispensés par un personnel soignant formé aux techniques de L'interrogatoire et de l'examen médical

Utilisation d'un partogramme par le service de soins lorsque le travail a débuté
Établissement de systèmes d'orientation recours efficaces.

Une fois le diagnostic de la dilatation stationnaire est prononcé, la pratique normale est de réaliser une césarienne [1].

Prolongement ou absence de prise en charge d'une dilatation stationnaire

- Si le fœtus est vivant – Préparer la patiente en vue de l'accouchement tout en portant son attention sur les séquelles d'un travail prolongé [9].

→ Déséquilibre hydrique

→ Enrayement des infections par l'instauration d'une antibiothérapie à large spectre et d'une prophylaxie antitétanique

- Si le fœtus est mort — On peut envisager une manœuvre de destruction, surtout si l'état de la mère est morbide. Il est essentiel de réanimer la mère avant de lancer la manœuvre de destruction [7].

La réanimation comprendra :

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

- Correction du déséquilibre hydrique

-Enrayement de l'infection

- Préparation en vue de la prévention ou du traitement d'une hémorragie post partum

Rupture de l'utérus

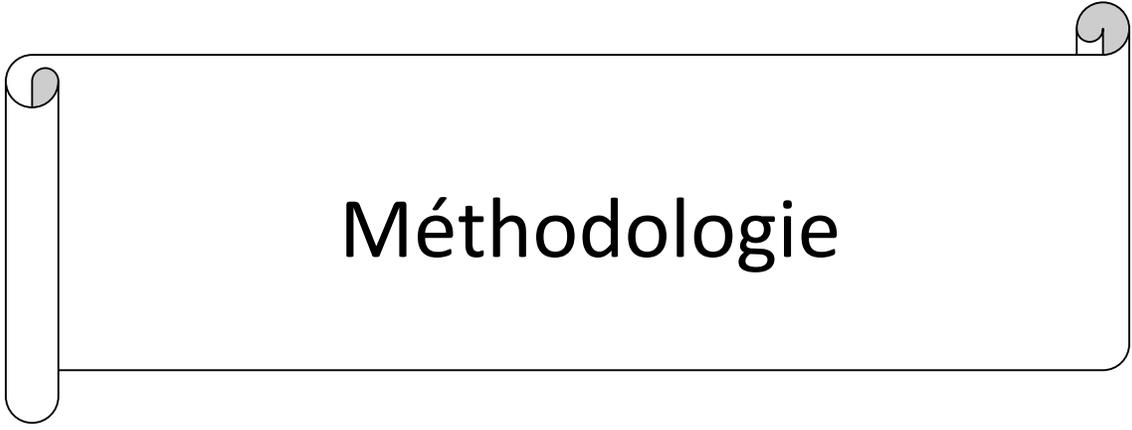
- Prise en charge rapide de l'hypovolémie
- Laparotomie :

Enlever le fœtus et le placenta

- Assurer l'hémostase :

Selon des données rapportées par Raksha Amura, sur 33 patientes ayant subi une manœuvre destructrice, la craniotomie était l'opération la plus courante, la principale indication étant l'hydrocéphalie[7].

La manœuvre de destruction du fœtus doit être réalisée dans une salle d'opération équipée en vue de la pratique immédiate d'une laparotomie.



Méthodologie

III METHODOLOGIE

1- CADRE D'étude

Notre étude a été réalisée au CHU du Point. G dans le service de gynéco obstétrique

– Description du CHU du Point G.

L'Hôpital du Point. G a été construit en 1906.

Centre à vocation hospitalo-universitaire, le CHU du Point -G est situé au Nord-ouest de la ville de Bamako sur la colline à laquelle il a emprunté son nom.

Sa situation géographique rend son accès difficile pour la population, alors qu'il abrite les plus grands services de spécialités médicales et cliniques du mali.

B. Description de service de gynéco obstétrique du CHU du Point G.

Le service de gynéco obstétrique a été créé en 1912. Il a été dirigé successivement par :

1970 Professeur Rougerie chirurgien français

Thèse de Korotoumou BAGAYOKO (CHU Point G)

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

1970 -1912 Professeur Foucher chirurgien français

1970 — 1975 Professeur Bocar Sarr Traumatologue Malien

1975 — 1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré chirurgien
généraliste Malien

1978 — 1983 Docteur Colomard chirurgien français

1984 — 1985 Docteur Marc Jarraud chirurgien français

1985 — 1986 Docteur Henri Jean Philippe chirurgien
français 1987 Docteur Etienne Steiner chirurgien
française

1987 — 2001 Professeur Amadou Dolo gynécologue obstétricien

Malien 2001 — 2003 Docteur Niani Mounkoro gynécologue
obstétricien Malien

2003 à nos jours Docteur Bouraïma Maïga gynécologue obstétricien Malien
qui a été en 1980 chef de service Adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a
pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Unité mixte, le service de gynéco obstétrique est un centre de référence de
troisième niveau qui reçoit plus particulièrement les urgences obstétricales
et gynécologiques évacuées de différentes localités du Mali.

Le travail commence par le staff dirigé par le chef de service ou l'un de ses
assistants. Il a pour but de discuter des dossiers des malades reçues pendant la

garde. En effet le service de gynéco — obstétrique du Point- G est actuellement en pleine restructuration pour faire face à sa mission.

Le service assure la coordination de la formation des agents socio sanitaires du Nord : il s'agit de la prise en charge de la formation de deux équipes chirurgicales par cercle dans le cadre du programme santé maternelle Nord Mali.

Un nouveau service à 2 étages est déjà construit en conformité avec les nouvelles missions fixées à savoir la création des nouvelles unités :

- Unité de P.M.A
- Unité de cœlio chirurgie
- Unité d'oncologie gynécologique

Il existe un organigramme de fonction se présente comme suit :

2- PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2006 au 30 avril 2008 soit une durée de 28 mois

3- TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 259 parturientes ayant présenté une dilatation pathologique au cours du travail.

Les données en rapport avec les caractéristiques épidémiologiques et cliniques ont été étudiées.

4- SUPPORTS POUR LA COLLECTE DES DONNEES

- les partogrammes
- les registres d'accouchement et de référence
- les protocoles opératoires
- les dossiers des malades

5- CRITERES D'INCLUSION

- la période d'accouchement doit se situer dans la période de l'étude.
- Les paramètres suivants doivent être mentionnés dans le partogramme :
 - référence
 - phase de dilatation du col à l'entrée

- couleur du liquide amniotique à chaque examen
- bruits du cœur à chaque examen au cours du travail
- progression de la dilatation du col au cours du travail
- mode d'accouchement

6- CRITERES DE NON INCLUSION

- les accouchements ne se situant pas dans la période de l'étude
- les parturientes admises en phase expulsive.
- grossesse non à terme
- les césariennes prophylactiques

7- MATERIELS ET METHODE

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête à l'aide d'un dossier médical préalablement établi pour chaque patiente dès l'admission.

8- VARIABLES .

Age, sexe, profession, ethnie, ATCD, motif de consultation, situation matrimoniale, résidence, niveau d'instruction, gestité, parité, nombre d'avortement, lieu de consultation prénatale, carnet de suivi prénatal,

Etat général, TA, HU, BDCF, type de présentation, état du col à l'admission, coloration du liquide amniotique, forme du bassin, Apgar, palier.

NB :

Significations : Apgar et palier

Le 1^{er} palier : quand la dilatation cervicale stationne une première fois

Thèse de Korotoumou BAGAYOKO (CHU Point G)

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

Le 2^e palier : quand la dilatation cervicale stationne une deuxième fois.

Le 3^e palier : quand la dilatation cervicale stationne une troisième fois.

Apgar :

Le score d'Apgar était constitué de 5 paramètres à savoir :

- pouls
- respiration
- tonus
- réflexes
- coloration.
- Chaque une de ces paramètres est noté à 2 points

Etude épidémiologique-clinique de la dilatation stationnaire

Paramètres	0	1	2
Fréquence Cardiaque	Moins de 80 /mn	80/mn	Plus de 100/mn
Respiration	Absente	Lente, irrégulière	Cri vigoureux
Tonus	Hypotonie	Flexion des membres	normale
Réactivité	Nulle	Grimace	Vive
Coloration	Pale ou bleue	Imparfait	Rose

INTERPRETATION DU SCORE D'APGAR

Score à calculer 1minute, 3minutes, 5Minutes et 10 minutes	Nouveau né normal.	Score = 8-10	
	Légère dépression.	Score = 5-7	
	Détresse néonatale.	Score = 1-3	
	Mort apparente.	Score = <3	

9 GESTION DES DONNEES

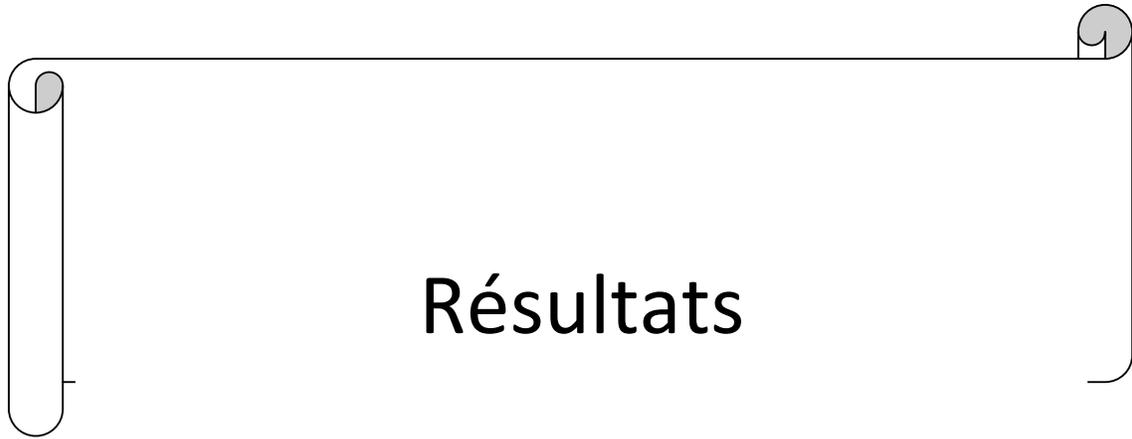
Thèse de Korotoumou BAGAYOKO (CHU Point G)

Le traitement de texte a été effectué sur le logiciel word. Le traitement des données a été effectué sur SPSS 12.0. L'analyse statistique était le χ^2 avec un seuil de signification $P < 0,05$.

10- CONSIDERATION ETHIQUE

La confidentialité des données est garantie. Les noms des parturientes ne figurent sur aucun des documents relatifs aux résultats de cette étude.

Les résultats obtenus à l'issue de ce travail seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère, de l'enfant et ceci dans l'intérêt des parturientes. Ainsi on a pu obtenir un consentement verbal des parturientes.

A decorative border consisting of a horizontal line with rounded ends, and a vertical line on the left side that is rolled up at the top, resembling a scroll. The word 'Résultats' is centered within this frame.

Résultats

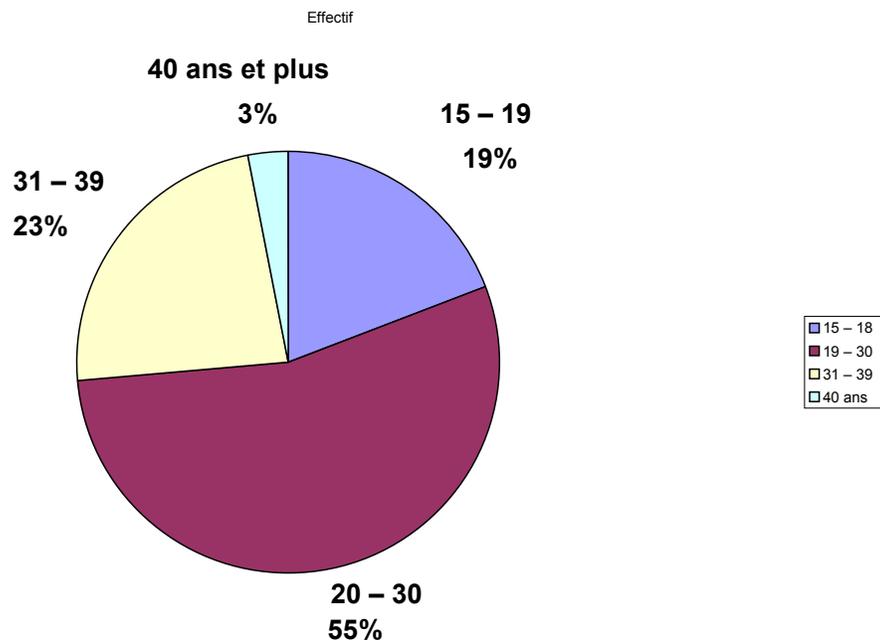
IV- RESULTATS

1- Fréquence de l'accouchement

Entre le 1^{er} janvier 2006 et le 30 avril 2008, 2958 accouchements ont été enregistrés au CHU du Point G, dont 259 cas de dilatation stationnaire où en marche d'escalier. Cela représente une fréquence de 8,75%.

2- Caractéristiques épidémiologiques et socio démographiques des patientes

Figure 1 : Répartition des cas selon les tranches d'âges



Age moyen 27,5 ans

Les âges extrêmes 15 et 40 ans

Figure 2 : Répartition des cas selon la résidence

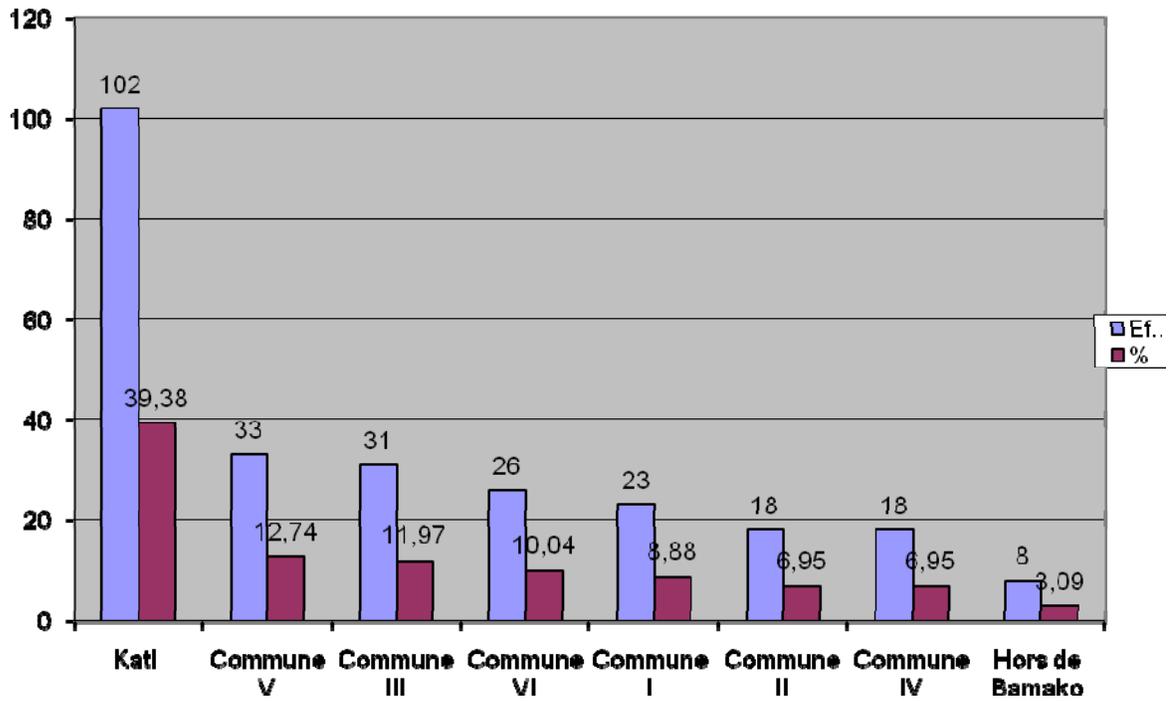


Tableau 1 : Répartition des cas selon l'éthnie

ethnie	effectif	%
Bambara	134	51,74
Peulh	44	16,98
Malinké	25	9,65
Sarakolé	19	7,33
Bobo	10	3,86
Autres	6	2,32
Sonrhäi	5	1,93
Maure	5	1,93
Mianka	4	1,54
Bozo	4	1,54
Dogon	3	1,16
Total	259	100

Figure 3 : Répartition des cas selon la profession

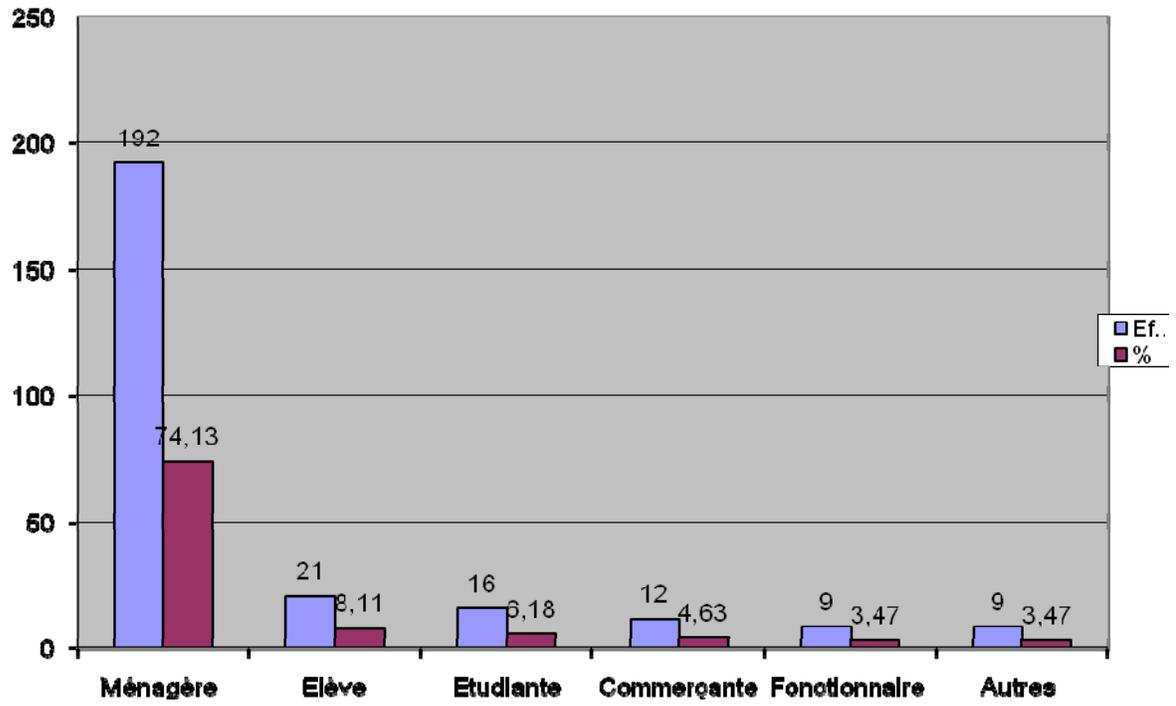


Figure 4 : Répartition des cas selon le niveau d'instruction

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

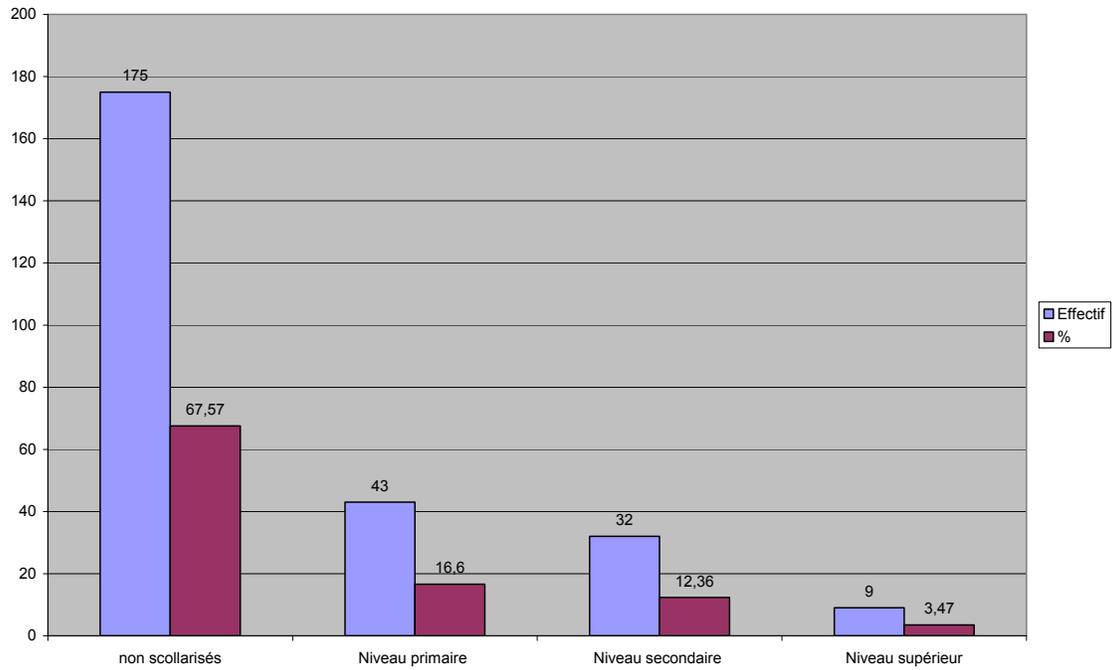


Figure 5 : Répartition des cas selon la profession du conjoint

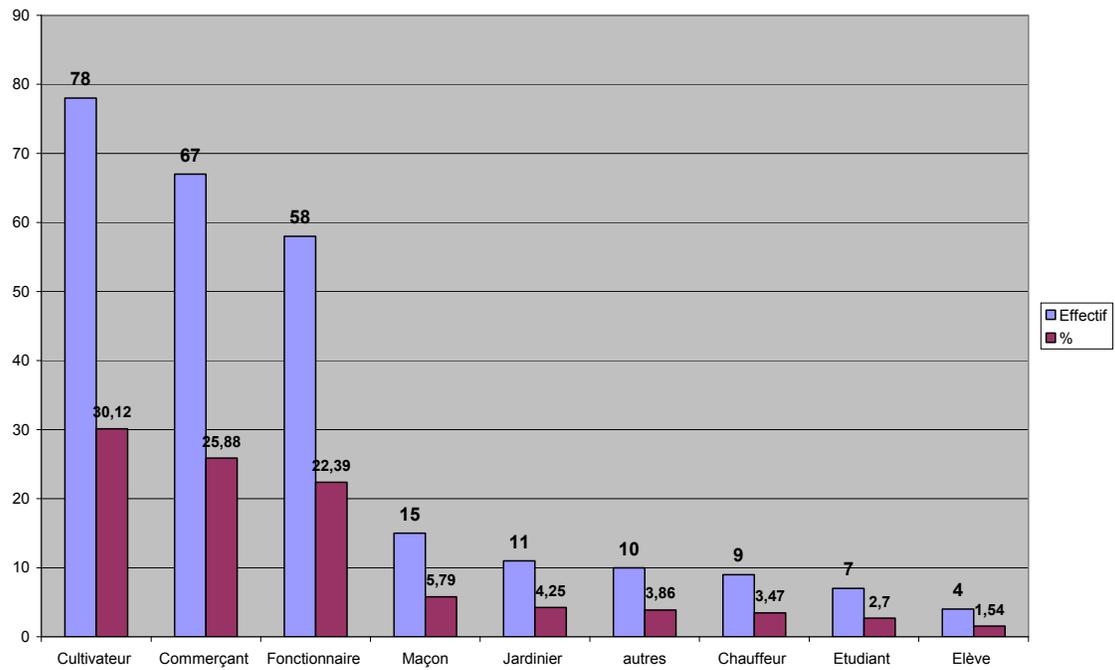
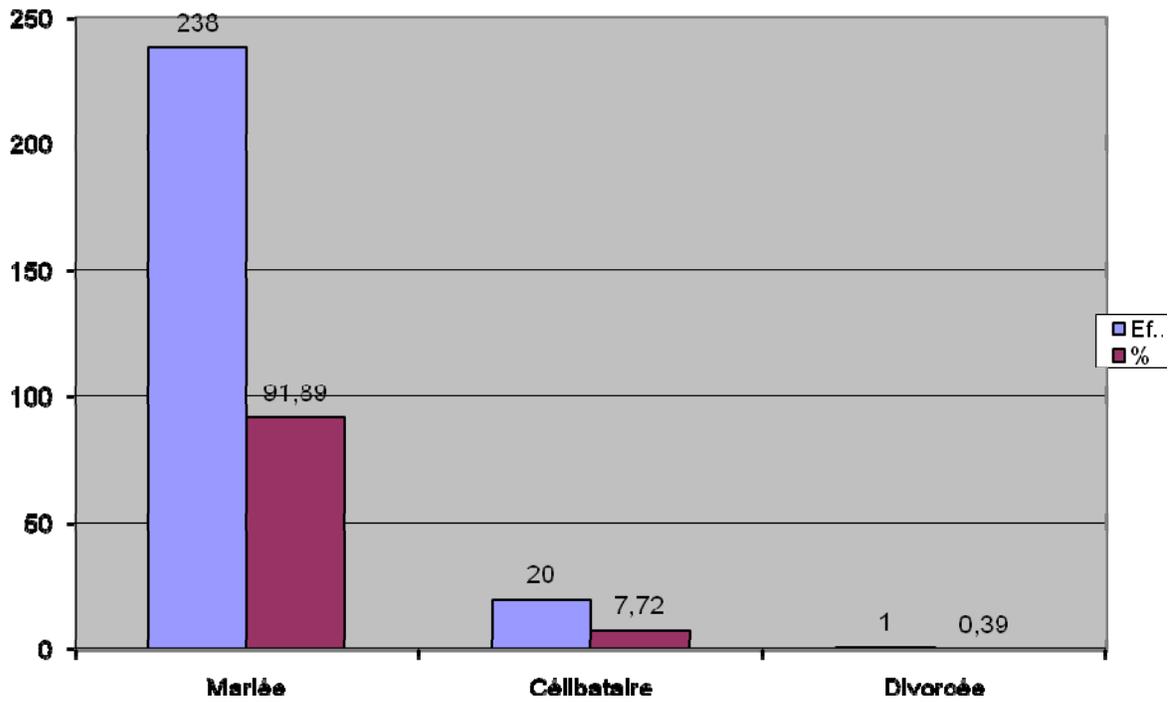


Figure 6 : Répartition des cas selon la situation matrimoniale

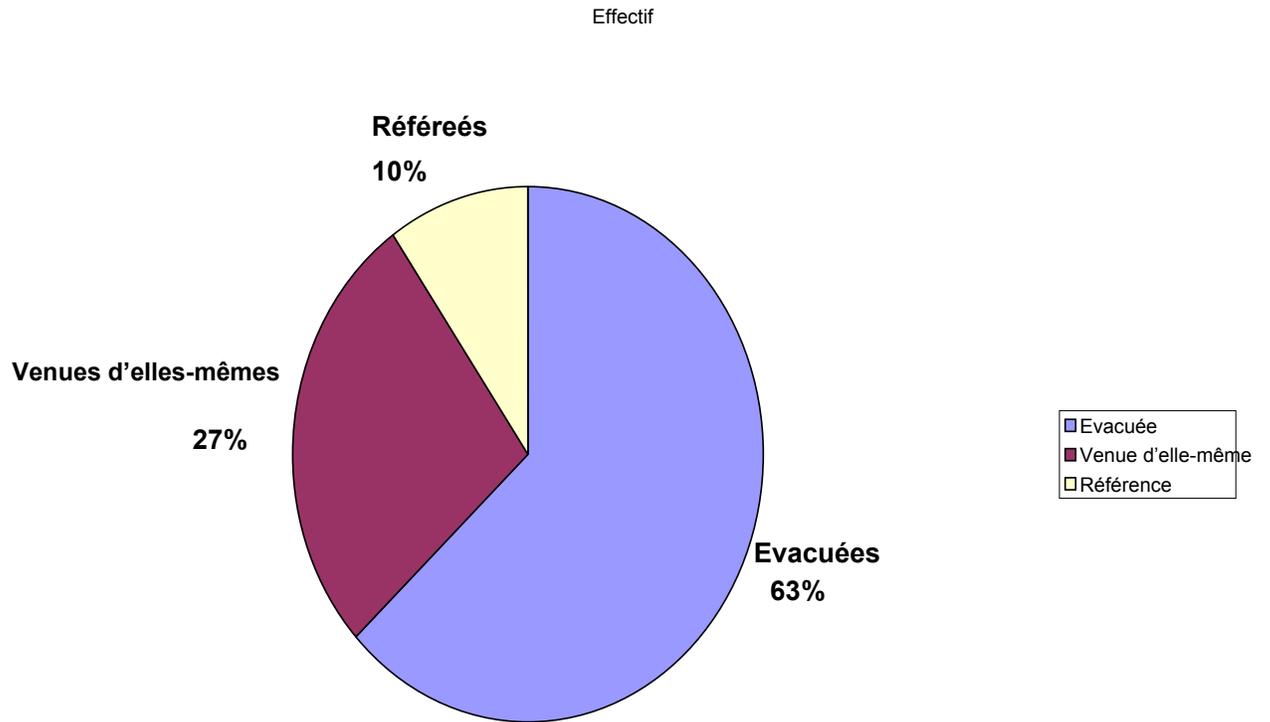


3- Système d'évacuation

tableau 2 : Répartition des cas selon la structure de référence.

Structure de référence	Effectif	%
CS Réf Kati	105	64,42
CS Réf Com V	17	10,43
CHU Gabriel Touré	14	8,59
CS Réf Com VI	11	6,75
CS Réf Com I	8	4,91
CS Réf Com II	3	1,84
CS Réf Com III	3	1,84
CS Réf Com IV	2	1,23
Total	163	100

Figure 7 : Répartition des cas selon le mode d'admission



Venue d'elle-même =71 cas

Référence =25 cas

Evacuée=163 cas.

Figure 8 : Répartition des cas selon le moyen de transport

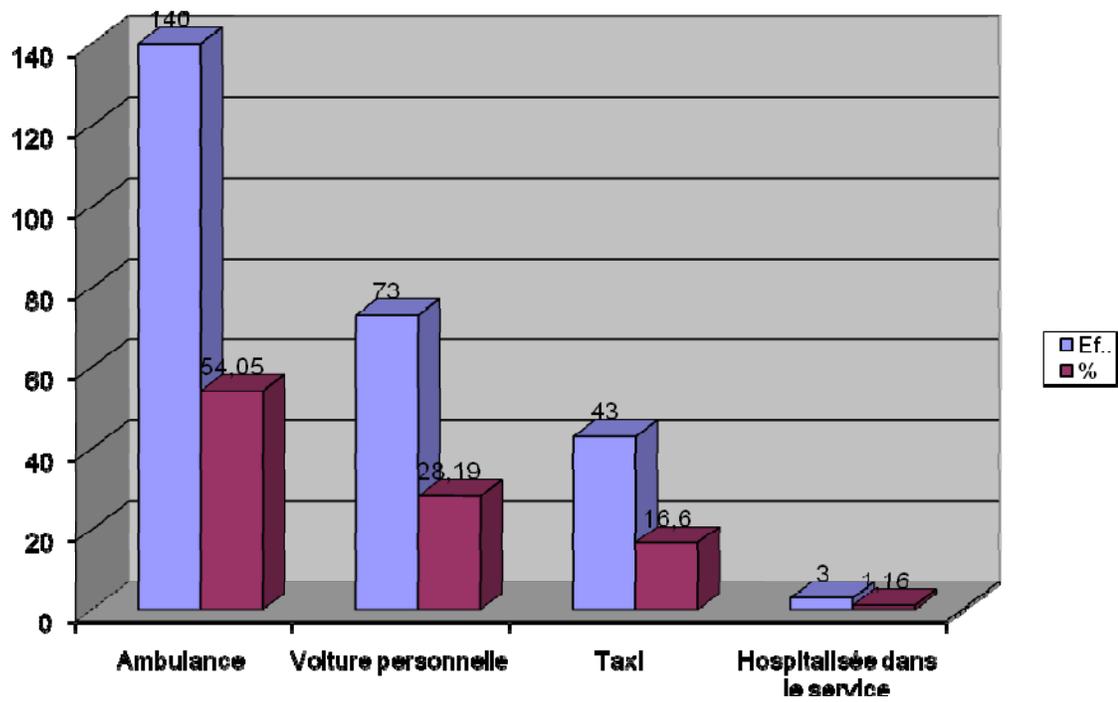


Tableau 3 : Répartition des cas selon les motifs de référence.

Motifs de référence	Effectif	%
Gros fœtus + primigeste	52	27,66
HU excessive	39	20,74
Dilatation stationnaire	31	16,50
DFP + bloc occupé	26	13,83
Grande multipare	22	11,70
SFA + HU excessive	8	4,26
Sans motifs	7	3,72
Eclampsie du 3 ^e trimestre	3	1,59
Total	188	100

Tableau 4 : Répartition des cas selon l'existence du partogramme à l'admission (évacuées plus références internes)

Partogramme	Effectif	%
Avec partogramme	123	73,21
Sans partogramme	45	26,79
Total	168	100

4- **Clinique** :

Figure 9 : Répartition des cas selon les antécédents médicaux

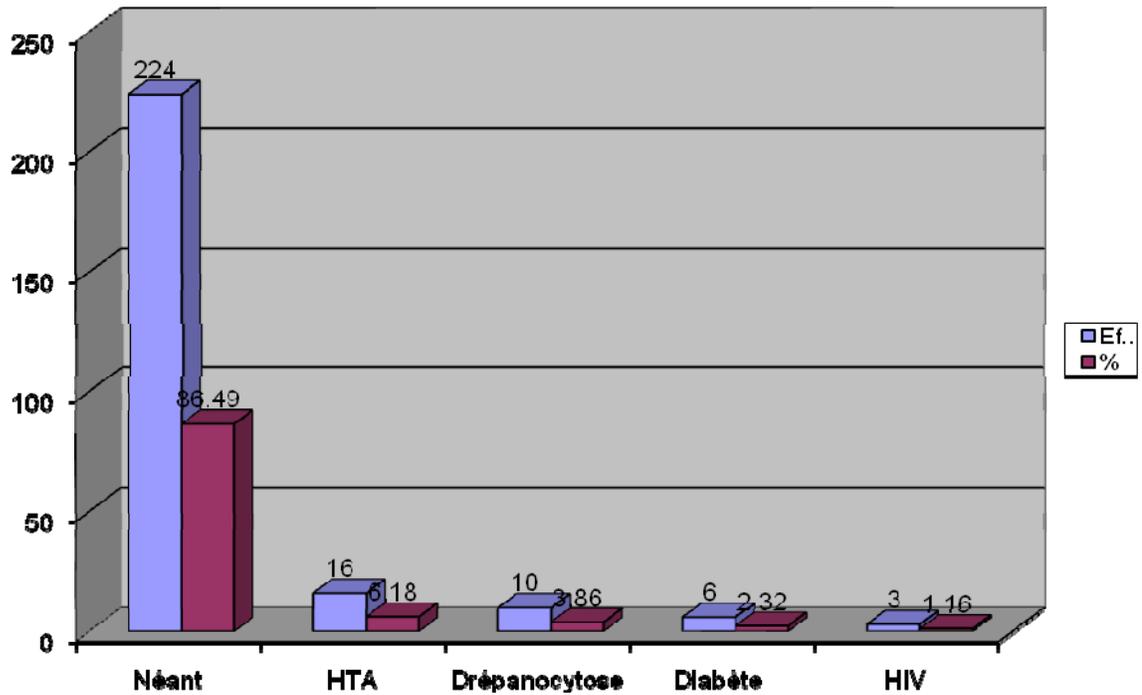


Tableau 5 : Répartition des cas selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	%
Néant	224	86,49
Césarienne	26	10,04
Myomectomie	5	1,93
Appendicectomie	4	1,54
Total	259	100

Tableau 6 : Répartition des cas selon la Gestité

Gestité	Effectif	%
1	113	43,63
2 – 5	103	39,77
≥ 6	43	16,66
Total	259	100

P = 0,007 $\chi^2 = 9,97$

Tableau 7 : Répartition des cas selon la parité

Parité	Effectif	%
1	70	27,03
2 -3	51	19,69
4 – 6	98	37,84
> 6	40	15,44
Total	259	100

Tableau 8 : Répartition des cas selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortement	Effectif	%
0	218	84,17
1	29	11,20
≥ 2	12	4,63
Total	259	100

Tableau 9 : Répartition des cas selon le lieu de la consultation prénatale

Lieu de CPN	Effectif	%
CS Com	61	45,53
Hôpital	44	32,83
CS Réf	29	21,64
Total	134	100

Sans consultation prénatale (80 cas soit une fréquence de 30,89 %)

Fiche opérationnelle (45 cas soit une fréquence de 17,37 %)

Tableau 10 : Répartition des cas selon la qualification de l'agent effectué pour le suivi prénatal

Qualification de l'agent de la CPN	Effectif	%
Sage femme	134	85,35
Médecin	16	10,19
Infirmier	7	4,46
Total	157	100

Figure 10 : Répartition des cas selon le nombre de consultations prénatales

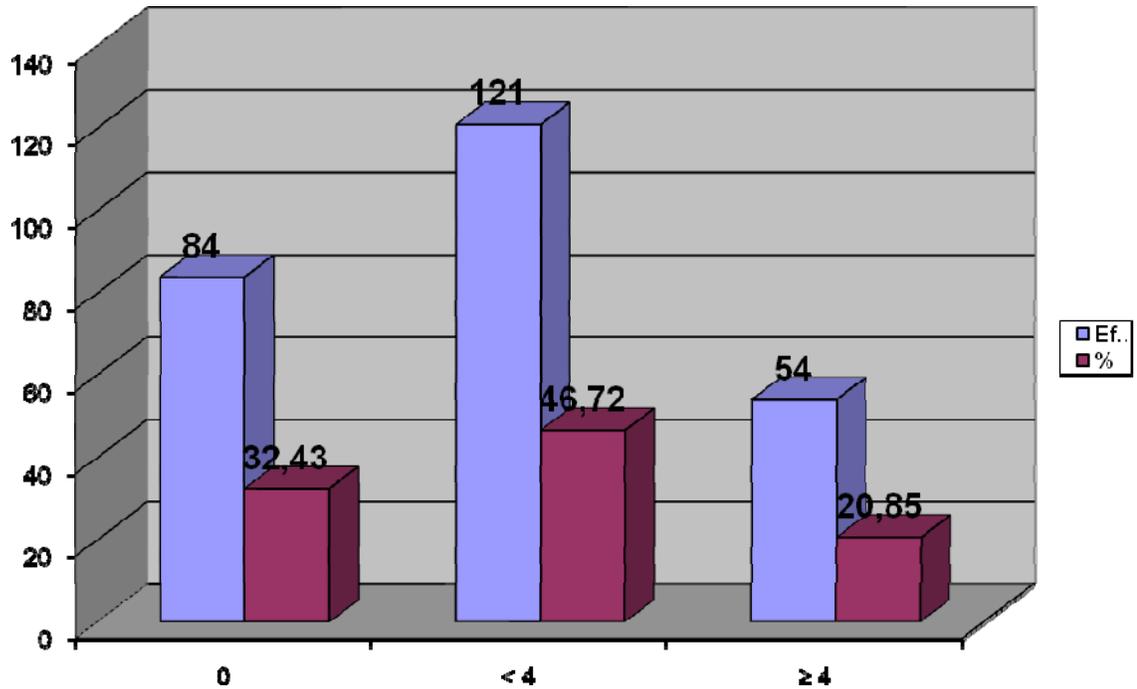


Tableau 11 : Répartition des cas selon le traitement reçu avant admission

Médicaments utilisés Avant admission	Nombre décès	%
Antispasmodique	49	36,84
Non précisé	33	24,81
Ocytocique	30	22,56
Antihypertenseur	21	15,79
Total	133	100

Figure 11 : Répartition des cas selon l'état général des parturientes à l'admission.

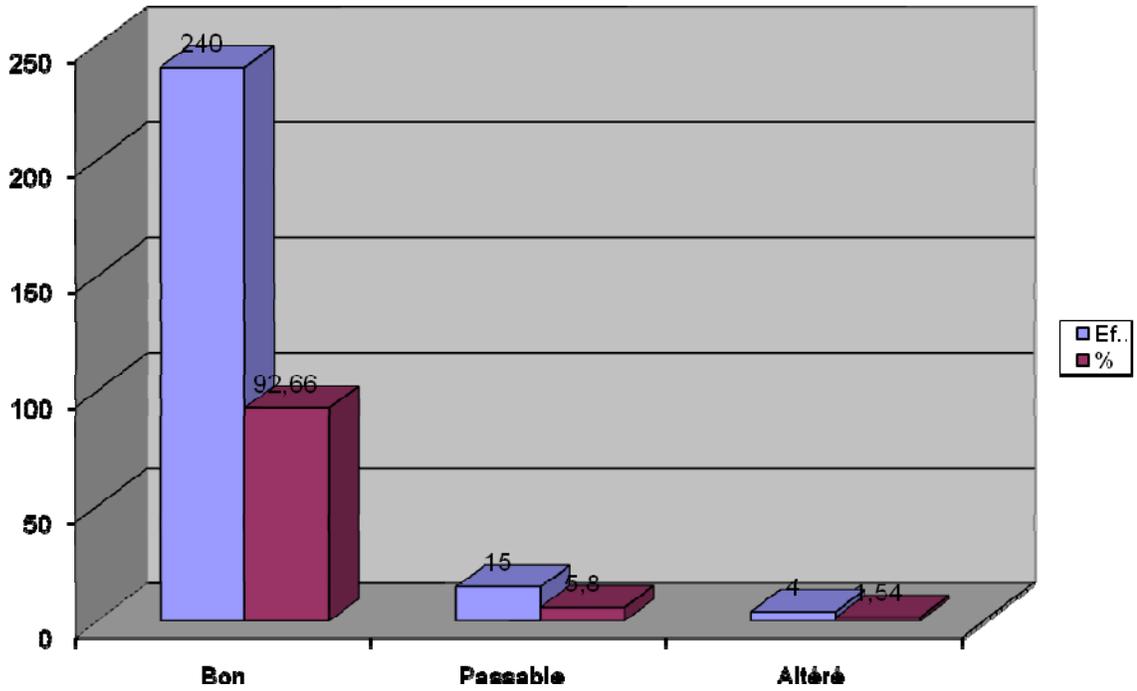


Tableau 12 : Répartition des cas selon la hauteur utérine à l'admission

Hauteur utérine à l'admission	Effectif	%
< 32 cm	34	13,13
32- 35 cm	166	64,10
≥36 cm	59	22,78
Total	259	100

Tableau 13 : Répartition des cas selon le type de présentation

Type de présentation	Effectif	%
Céphalique	239	92,28
Siège	17	6,56
Siège + céphalique (grossesses gémellaires)	3	1,16
Total	259	100

Figure 12 : Répartition des cas selon la dilatation cervicale à l'admission

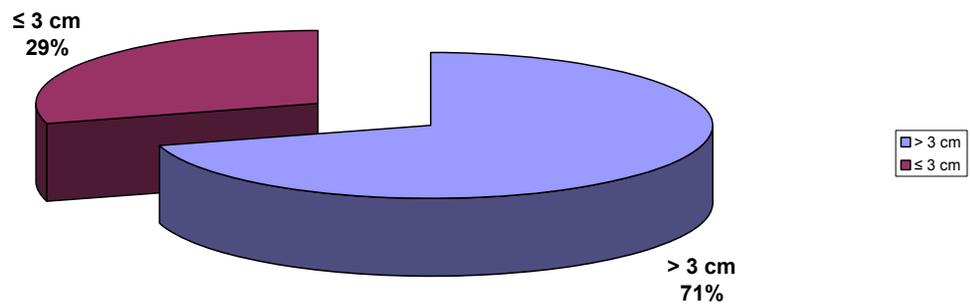


Figure 13 : Répartition des cas selon l'état du col à l'admission

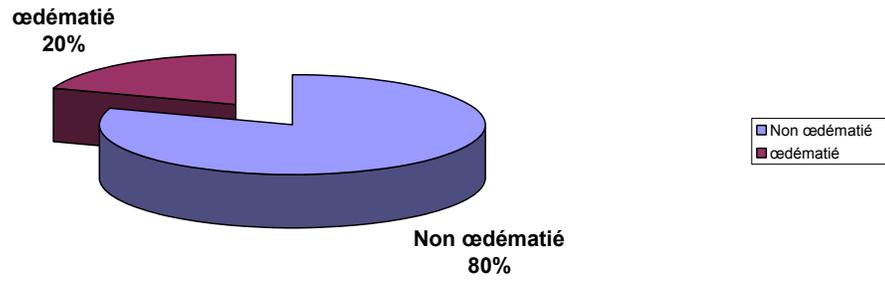


Figure 14 : Répartitions des cas selon l'état de la poche des eaux à l'admission

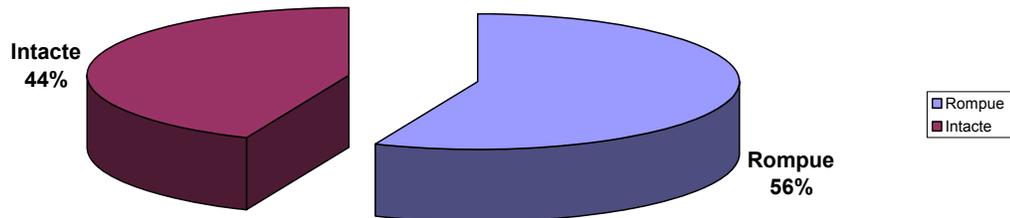


Tableau 14 : Répartition des cas selon la coloration du liquide amniotique excepter les présentations du siège.

Coloration du liquide amniotique	Effectif	%
Clair	197	82,43
Teinté	21	8,79
Sanguinolent	10	4,18
Méconial	11	4,60
Total	239	100

Tableau 15 : Répartition des cas selon la forme du bassin

Forme du bassin	Effectif	%
Normal	186	71,81
Limite	53	20,46
Rétréci	14	5,41
Asymétrique	6	2,32
Total	259	100

Figure 15 : Répartition des cas selon le bruit du cœur fœtal à l'admission (références internes, évacuées, venues d'elles mêmes)

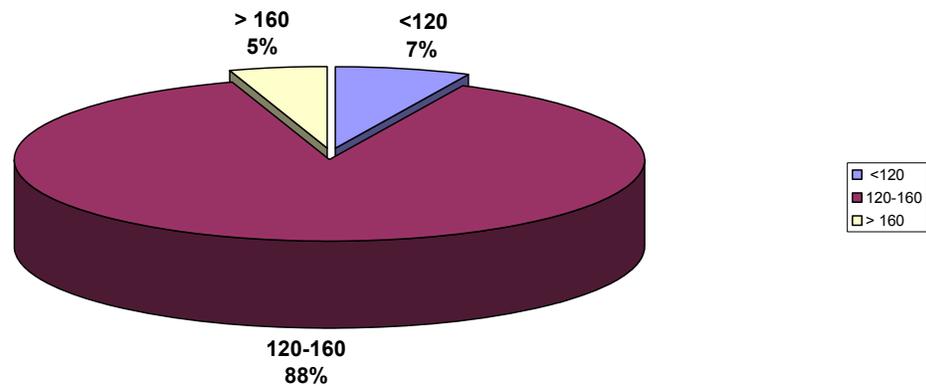


Tableau 16 : Répartition des cas selon la dilatation en marche d'escalier

Marche d'escalier	Effectif	%
1 ^{er} palier	66	53,22
2 ^e palier	45	36,30
3 ^e palier	13	10,48
Total	124	100

Tableau 17 : Répartition des cas selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Césarienne		Voie basse		Forceps		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Dilatation stationnaire	135	52,12	0	0	0	0	135	52,12
DME	101	39	14	5,40	9	3,47	124	47,87
Total	236	91,12	14	5,40	9	3,47	259	100

Chi²=27,48 ; p=0,0000

Tableau 18 : Répartition des cas selon l'indication de la césarienne

Indications Césarienne	Effectif	%
Dilatation stationnaire	135	52,12
DME	101	38,99
DS + SF Aigue	23	8,9
Total	259	100

Tableau 19 : Répartition des cas selon les causes de la dilatation stationnaire et la DME

Causes	Dilatation stationnaire		DME	
	Effectif	%	Effectif	%
Problème funiculaire	82	60,74	72	58,06
DFP	30	22,22	42	33,87
œdème du col	12	8,89	8	6,45
Cause non déterminée	6	4,44	2	1,61
Siège + P funiculaire	5	3,70	0	0
Total	135	100	124	100

Chi²=10,60 ;p=0,040

Tableau 20 : Répartition des cas selon le poids des nouveaux nés à la naissance

Poids des nouveaux nés à la naissance	Effectif	%
2500 – 3500 g	160	61,78
3501 – 3999 g	69	26,64
4000 et + g	30	11,58
Total	259	100

Tableau 21 : Répartition des cas en fonction de l’Apgar à la naissance

Apgar à la naissance	Effectif	%
< 7	16	6,18
≥ 7	230	88,80
Mort né	13	5,02
Total	259	100

Tableau 22: Répartition des cas en fonction du bruit du cœur fœtal et la dilatation en marche d’escalier.

Etude épidémiologique-clinique de la dilatation stationnaire

Dilatation en marche d'escalier	BDCF					
	120 ≤ BDCF ≤ 160		120 - 160		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 ^{er} palier	3	2,42	63	50,81	66	53,22
2 ^e palier	9	7,26	36	29,03	45	36,29
3 ^e palier	9	7,26	4	3,22	13	10,48
Total	21	16,94	103	83,06	124	100

16,7 % de valeur théorique < 5

Chi² = 41,13.

Degrés de liberté = 2.

Valeur p = 0,00000

Tableau 23 : Répartition des cas en fonction de l'Apgar, et du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	APGAR					
	< 7		≥ 7		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Voie basse*	15	5,79	64	24,71	79	30,50
Césarienne *	14	5,4	166	64,09	180	69,50
Total	29	11,19	230	88,80	259	100

33,3 % de valeurs théorique < 5

Chi² = 0,01

Degrés de liberté =2

Valeur de p = 0,018

Voie basse (8 cas de morts nés) soit 3,09 %.

Césarienne (5 cas de morts nés) soit 1,95 %.

Tableau 24 : Répartition des cas en fonction de l'Apgar et la dilatation en marche d'escalier.

Dilatation en	APGAR					
	< 7		≥ 7		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 ^{er} palier	2	1,61	48	38,71	50	40,32
2 ^e palier*	5	4,03	49	39,51	54	43,55
3 ^e palier*	11	8,87	9	7,26	20	16,13
Total	18	14,51	106	85,49	124	100

Chi² = 32,84

Degrés de liberté = 4

Valeur de p = 0,00001.

Apgar 0 représente respectivement 2,42 % (3 cas) et 4,03 % (5 cas) au 2^e et 3^e palier.

Tableau 25 : Répartition des cas selon l'évolution maternelle

Evolution Maternelle	Effectif	%
Favorable	254	98,06
Non Favorable	5	1,93
Total	259	100

NB : 5 cas non favorable

- ✓ 3 cas d'hémorragie de la délivrance
- ✓ 2 cas d'infection puerpérale



Commentaires

Et



– **Commentaires et Discussions :**

1) Fréquence

La dilatation est répartie en stationnaire dans 52,12 % et en marche d'escaliers 47,88 % soit une fréquence respective de 4,50 % et 4,20 % de l'ensemble des accouchements. La dilatation est pathologique dans 8,7 %.

Une fréquence de 30,61 % de dilatation stationnaire sur 3874 accouchements a été rapportée dans le csRéf de la commune V en 1998 [2].

2) Caractéristiques épidémiologiques et socio démographiques :

a) Age

Les parturientes sont âgées de 15 ans au minimums et 40 ans au maximum. La moyenne d'âge est de 27,5 ans .La majorité des parturientes ont un âge compris entre 19 ans et 30 ans soit 54,44%.

Cette tranche d'âge correspond à la période de prédilection de l'activité reproductrice.

b) Résidence

Les parturientes résident en majorité à BKO et à Kati soit respectivement 57,53 % et 39,38 % des cas .Seulement 3,09 % résidaient hors de BKO .Les parturientes en provenance de la rive droite ont représenté 51,68 %.Ceci explique que le CHU du Point G reçoit beaucoup de cas évacuées (62,94%) et référées (9,65%).

c) Ethnie

Dans notre étude, l'éthnie bambara est la plus représentée avec 51,74% des cas.

Au Sud du Mali l'éthnie majoritaire est le bambara.

D) Profession, niveau d'instruction et situation matrimoniale

Les parturientes étaient par ordre de fréquence : ménagères (74,13%) élèves et étudiantes (14,29 %) commerçantes (4,63 %) et fonctionnaires (3,47 %).

Les sous représentations des fonctionnaires s'explique par la non scolarisation des femmes (67,57 %).

Cependant 91,89 % d'entre elles sont mariées. Mais ce taux ne reflète certainement pas à la réalité car les femmes dissimulent leur statut pour échapper aux critiques de la société.

3) **Système d'évacuation** :

a) **Mode d'admission et moyen de transport**

L'évacuation (62,94 %) a été le mode d'admission la plus fréquente contre 27,41 % des parturientes venues d'elles-mêmes soit dans 62,94 % des cas. Les parturientes ont été évacuées de Kati 105 cas et du district de BKO 58 cas.

Le mode de transport utilisé pour l'évacuation a été l'ambulance 54,05 %, la voiture personnelle 28,19 % et le transport en commun 16,60 %.

Ces parturientes sont évacuées le plus souvent lorsque l'accouchement s'avère dystocique nécessitant alors une prise en charge urgente. Une analyse des résultats obtenus par AGBANGLA-C en 1993 à Cotonou sur la prise en charge des urgences obstétricales, permet de dire que le mode d'admission a une influence non négligeable sur le pronostic.

Les distances parcourues par les parturientes et le retard à l'évacuation peuvent assombrir le pronostic fœtal [3].

b) **Motifs de Référence** :

Les principaux motifs de référence- évacuation ont été le gros fœtus chez la primigeste (52 cas), la hauteur utérine excessive (39 cas) et la dilatation stationnaire (31 cas).

Ces résultats montrent la pertinence des références évacuées par les structures sanitaires périphériques à cause de la faiblesse ou de l'existence du plateau technique.

4) **Clinique**

4-1) **Caractéristiques obstétricales**

4-1-1 **ADMISSION**

La grande majorité des parturientes présentait un bon état général soit 92,66 % des cas, cependant 70,66 % des parturientes ont été admises à la phase active du travail d'accouchement. Un taux de 75,5 % des cas des parturientes admise à la phase active du travail d'accouchement a été rapporté par Bamba [2].

Le BDCF était pathologique dans 11,69 % des cas à l'admission.

4-1-2) **Surveillance prénatale :**

Les parturientes qui n'ont fait l'objet d'aucune CPN représentent 32,43 % contre 67,57 % dont 46,72 % avaient fait moins de quatre CPN.

Le faible taux de suivi prénatal peut s'expliquer par le bas niveau socio économique.

4-1-3) **Présentation du mobile fœtale**

La présentation était céphalique dans la grande majorité soit 92,28 % des cas, et le col utérin était normal dans 80,69 % et œdématié chez 19,31 % des cas. L'œdème du col peut être expliqué par les touchers intempestifs, la durée anormalement longue du travail et la poussée précoce sur le col immature favorise une mauvaise dilatation cervicale [4].

4-1-4) **Etat des membranes et coloration du liquide amniotique** : à l'admission

La poche des eaux était rompue dans 56,37 % des cas à l'admission.

La rupture de la poche des eaux depuis plus de 12 heures constitue un risque infectieux quasi certain pour la mère ainsi que pour le fœtus (souffrance fœtale) [12].

Le liquide amniotique était pathologique dans 17,99% des cas. Ainsi il était teinté, sanguinolent, et méconial dans respectivement 8,79 % ; 4,18 % ; et 4,60%.

La couleur du liquide amniotique est un élément important à considérer, chez toute parturiente car l'émission de méconium peut signifier une hypoxie fœtale [5].

Bamba a rapporté un liquide amniotique modifié dans 15,58 % au csRéf de la commune v en 1998 [2]. Un taux similaire au notre.

4-1-5) **Forme du Bassin**

Le bassin était anatomiquement pathologique dans 28,19 % des cas .Il était rétréci, asymétrique et limite dans respectivement : 5,41 % ; 2,32 % et 20,46 % . Un bassin pathologique anatomiquement pourrait expliquer certaine DFP.

4-2) **Travail** : Progression du travail

La dilatation en marche d'escaliers représentait 47,88 % des cas contre 52,12 % des cas de dilatation stationnaire. Bamba a trouvé respectivement un taux de DS et de DME de 30,61% et 35,61% des cas [2].

Le mode d'accouchement des parturientes présentant une anomalie de dilatation était par ordre de fréquence : la césarienne (69,50 %) ; la voie basse (27,03 %) et le forceps (3,47 %).

Dans le csRéf Cv en 1998 le forceps et la césarienne ont été pratiqués respectivement dans 0,13 % et 6,7 % sur 3874 accouchements [2].

5) **Indications de la césarienne** :

La césarienne a été pratiquée dans 100 % des cas au cours de la dilatation stationnaire contre 81,45 % dans la dilatation en marche d'escalier.

Cependant 23 parturientes ont pu accoucher par voie basse au cours de la DME dont 3 par forceps soit 0,13 %.

Bamba a rapporté 30,61 % de DS et 9,51 % de disproportion fœto pelvienne comme indication de la césarienne en 1998 au CS Réf du commun v à BKO [2].

7Relation entre les différents paramètres

7-1) **Relation entre le BDCF et la DME**

La souffrance fœtale est diagnostiquée dans certains cas par le monitoring électronique du cœur fœtal, mais le plus souvent, elle a été évoquée sur les arguments cliniques en particulier l'aspect du liquide amniotique et modification du rythme cardiaque fœtal ausculté au stéthoscope obstétrical.

Dans les cas de DME nous constatons un ralentissement de la marche du travail accompagnée de modification du rythme cardiaque fœtal (tachycardie ou bradycardie) constat également fait par Togo Issa [11].

La différence est statistiquement significative le $p=0,00000$.

7-2) Relation entre Apgar et le Mode d'Accouchement

Sur l'ensemble des enfants nés avec un bon score d'Apgar, la césarienne représente environ 72,72% (166/230) tandis que sur l'ensemble des enfants nés avec un bon score d'Apgar, l'accouchement par voie basse représente 27,83% (64/230).

La différence est statistiquement significative ($p=0,018$).

Bamba a rapporté sur l'ensemble des enfants nés avec un bon score d'Apgar, les nés par césarienne représentent environ 1,23 % (44 / 3585) [2].

Nous pouvons remarquer que la césarienne est la voie d'accouchement la plus sûre pour éviter le risque de souffrance fœtale aboutissant à la mort in utero au cours du travail d'accouchement.

7-3) Relation entre Apgar et DME :

Sur l'ensemble des nouveaux nés avec bon score d'Apgar la césarienne a été pratiquée dans 72,17 % et l'accouchement par voie basse représente 27,83 %.

La différence est statistiquement significative ($p=0,00001$; $\chi^2=32,84$)

Bamba a eu sur l'ensemble des nouveaux nés à bas score d'Apgar, une fréquence de 35,02 % de DME [2].

8) Pronostic

8-1) Pronostic Maternel

L'évolution maternelle a été favorable dans 98,1% des cas.

Il n'y a pas eu de décès maternel dans notre série.

Les principales complications par ordre de fréquence ont été l'hémorragie de la délivrance (1,16% des cas) et l'infection puerpérale (0,77% des cas).

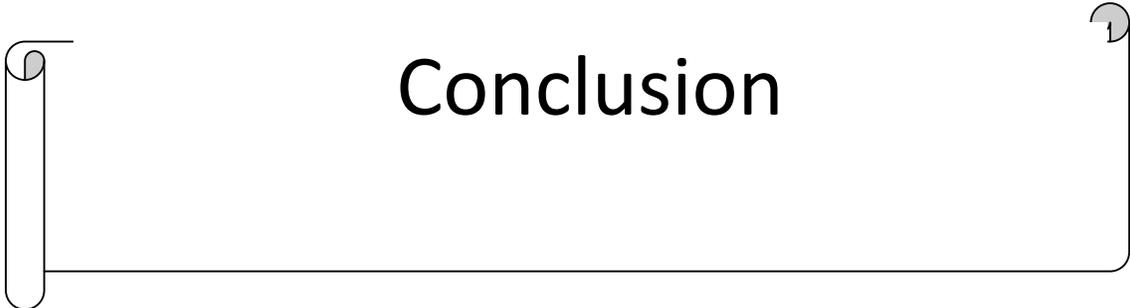
Ceci pourrait s'expliquer par la qualité de la prise en charge.

8-2) Pronostic Foetal :

Le pronostic foetal est bon car il y a eu que 5,02 % de mortalité foetale. Bamba a rapporté un taux de mortalité foetal de 35,18 % au cours de la DME dans le CS Réf de la commune v en 1998 [2]. 3,09 % des morts nés sont consécutifs à une

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

dilatation en marche d'escalier .force est de constater que la DME est vraiment génératrice d'un taux élevé de mortalité fœtale.



Conclusion

VI- Conclusion

La fréquence de la dilatation pathologique a été de 8,7 % dans le service de gynéco obstétrique du CHU du Point G.

Le profil épidémiologique a été le suivant :

Age moyen 27,5 ans, résidence (Kati la plus fréquente), multiparité, absence ou insuffisance de suivi prénatal, faible niveau socio économique.

Le tracé du partogramme seul suffit pour poser le diagnostic de la dilatation stationnaire simple ou de la dilatation en marche d'escalier. Les principales causes de la DS et la DME étaient :

Le problème funiculaire

DFP

Œdème du col.

Dans la plupart des cas, l'arrêt de la progression du travail fait suite à un travail prolongé.

Une fois le diagnostic de la dilatation stationnaire posé, pour éviter tout risque de souffrance fœtale, il est indiqué de pratiquer la césarienne au 1^{er} palier ou au 2^e palier.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement

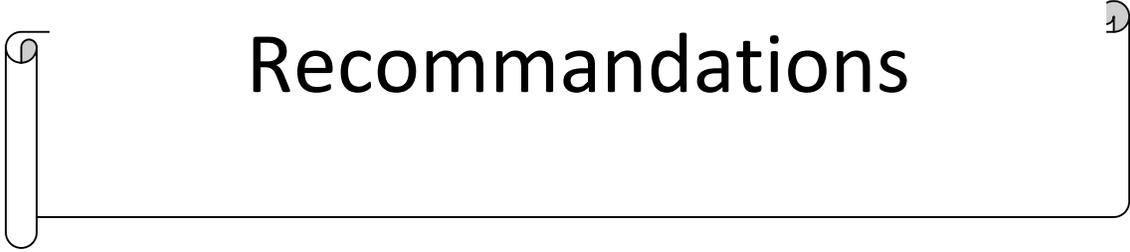
Notre étude révèle que plus le travail est prolongé plus le risque de Souffrance Fœtale est élevé et plus de risque de mort né est élevé.

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

Le pronostic de la dilatation stationnaire et de dilatation en marche d'escalier dépend de la bonne gestion de la référence -évacuation.

Il n'y a pas eu de décès maternel au cours de notre étude.

Le taux global de mortalité fœtale était de 5,02%, dont 3,09 % des morts nés sont consécutifs à une DME.

A decorative frame consisting of a vertical line on the left, a horizontal line at the bottom, and a vertical line on the right. The top corners are rounded, and there are small circular accents at the top of the vertical lines.

Recommandations

VII- Recommandation

A la lumière de nos résultats, nous faisons les recommandations suivantes :

A) Aux personnels sanitaires :

(Gynécologues obstétriciens, sages femmes, infirmières obstétriciennes)

- Assurer les soins pré et périnataux de qualité.
- utiliser le partogramme comme outil pour la prise de décision.
- sensibiliser les femmes sur l'importance de la CPN par IEC.

Aux parturientes

- Fréquenter les centres de santé
- Suivre de façon régulière les CPN
- Accoucher dans une structure sanitaire.

B) Aux autorités administratives

-Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation pour la santé à travers les médias.

- Encourager la scolarisation des filles

C) A la direction régionale de la santé du district de Bko et de koulikoro

-Renforcer les compétences de tous les prestataires par la formation continue et veiller à leur bonne répartition géographique.

-Doter les structures sanitaires de personnel : médecin, sage femme, infirmière obstétricienne.

-Equiper les structures socio sanitaires en matériels medico chirurgicaux pour une meilleure prise en charge des urgences obstétricales.

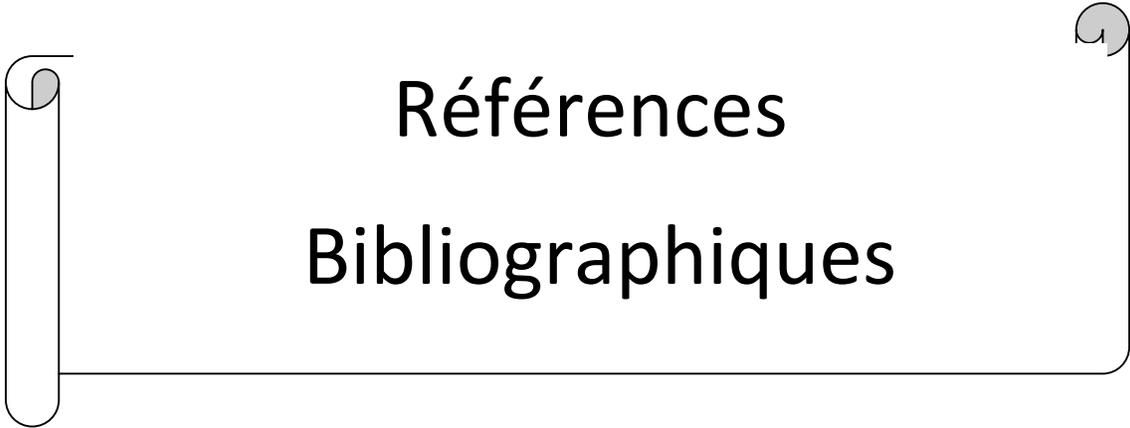
D) A la direction du CHU du Point G

-Créer et équiper un service de néonatalogie au CHU du Point G

-favoriser l'accès à la radio pelvimétrie pour mieux asseoir le diagnostic de disproportion Fœto pelvienne et de bassin généralement rétréci.

-Doter le service de gynéco obstétrique du CHU du Point G des cardiotocographes.

-Créer une banque de sang au CHU du Point G.

A decorative border resembling a scroll or ribbon, with a vertical line on the left and a horizontal line at the bottom, both ending in rounded, curled-up ends. The text is centered within this frame.

Références Bibliographiques

VIII-Référence Bibliographique

1-AGBANGLA-C

Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'atlantique.

Thèse de médecine, Cotonou, 1993 n° 554.

2-BAMBA Moussa

Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de Réf de la CV à propos de 3872 cas.

Thèse Médecine : Bamako, 1998, n° 52 ,34 p

3-GUIROU Boucary

Etude de la césarienne au service de gynéco obstétrique de l'hôpital régionale Somine DOLO de Mopti.

Thèse de médecine, Bamako, 2005-2006 n° 319.

4-Baskette Tf

Essential Management of obstetric emergencies.

Clinical press limited. 1999. Thrid edition .Canada

5-KANTE Modibo

Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques.

Thèse médecin : Bamako, 1999, N° 75 ; 75p

6-Merger-R. Leveyi J. Melchior

Anatomie du pelvis

Précis d'obstétrique

Cinquième édition revue ,3^e tirage, page 37-42

7-RASHKA-A, RAJARAM P, OUMAGHIGUI Aetal

Destructive operations in modern obstetrics in a developing country at tertiary level.

Br J obstet Gynaecol 1993

:

8-DAVID LEWIN

Physiologie de l'accouchement

OBSTETRIQUE

Edition MARKETING, page 80-82

9- Society of obstetricians and gynaecologists of Canada (SAGC)

Thèse de Korotoumou BAGAYOKO (CHU Point G)

Arrêt de la progression du travail

Gesta international : un programme pour réduire la mortalité maternelle.

Seconde édition .page 24-28.

10-SIMA Mamadou

Accidents funiculaires au cours de l'accouchement :

Aspects – cliniques, épidémiologiques et pronostiques à propos de 853 cas au CS Réf C.V

Thèse de médecine : Bamako, 2001, n°58 ,40 p

11-TOGO Issa

L'utilisation du partogramme au CS Réf C.V du District de Bamako.

Thèse médecine : Bamako, 2006, n° 95,63p

13-DOMINIQUE CABRAL, JEAN CLAUDE PONS, FRANÇOIS GOFFINET

Anatomie

Traité d'obstétrique

1ere édition 2003

2° tirage 2005, France, page 50-53



Annexes

Etude épidémiologique-clinique de la dilatation stationnaire

Cas de dilatation stationnaire

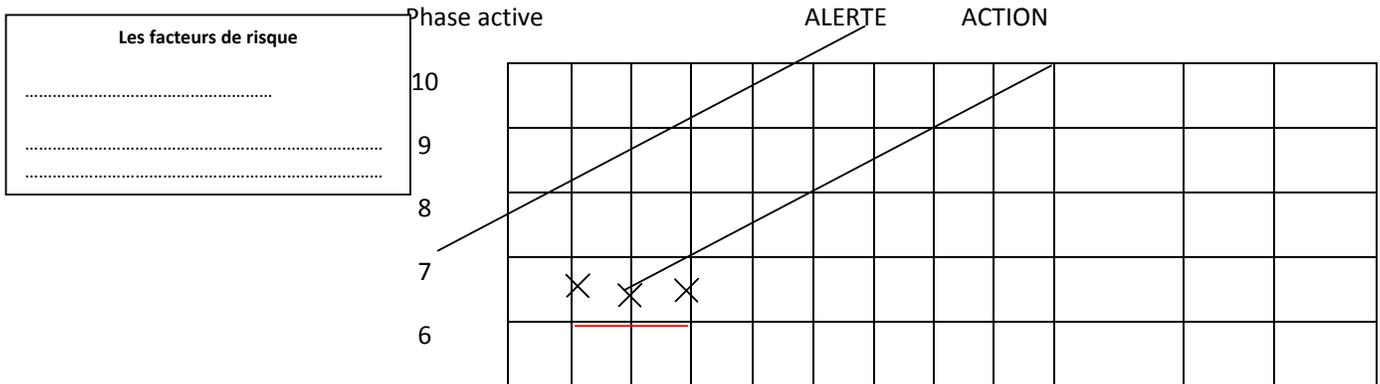
Cercle / Commune de :

Région de :

Nom de la Sage-femme à l'accueil.....						
Nom de la Femme.....			Age	Nom du mari.....		
Quartier	Antécédents G.....		P.....	V	A	IIG.....
Entrée à la maternité : Date...../...../200....			Heureh.....min.....			
Motif						
Début du travail : Date :...../.....200..... Heure :.....h.....min						

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF
Taille/engagement	Plus de 150 cm	Moins de 150 cm et	Moins de 150 cm
Hémorragie	NON		OUI
Terme	OUI	Entre 28 et 37 cm	
CPN	Nombre	Nom	Grossesse à risque
Césarienne	NON		OUI
Prescription	CEPHALIQUE		TRANSVERSE
Dernier enfant mort-né	NON		

1 ^{er} examen	NORMAL	ALERTE	REF
TA	Moins de 14/g	Entre 14	Moins de 150 cm
POULS	Moins de 100	Plus de 100	
T	Moins de 37*5	Plus de 37*5	
HU	Moins de 36	Plus de 36 cm	
SCF	Plus de 120	Entre 100 et 120	Moins de 100
Contractions	Plus de 1 par 6 min	Moins de 1 par 6 min	Plus de 1 par 2 min
PDE	UQ clair de PDE Intact	UQ T	



Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

				Expulsion "45"						Expulsion "45"					Réflexes				
				Eutocique					Dystocique					Coloration					
				Traitement/Soin											Total				
Heure																			
T. A																			
VCF																			
Contraction utérus																			
Fréquence																			
Poche des eaux																			
Engagement																			
Thérapeutique																			

Cas de dilatation en marche d'escalier : premier palier

Cercle / Commune de :

Région de :

Nom de la Sage-femme à l'accueil.....					
Nom de la Femme.....			Age		Nom du mari.....
Quartier		Antécédents G.....		P.....	V
A		IIG.....			
Entrée à la maternité : Date...../...../200....			Heureh.....min.....		
Motif					

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

Heure																	
T. A																	
VCF																	
Contraction utérus																	
Fréquence																	
Poche des eaux																	
Engagement																	
Thérapeutique																	

1- Fiche d'Enquête

A/ Données administratives

Date d'entrée :

Numéro du dossier :

Nom :

Age en année :

Inférieur ou égale à 18 ans / / 19 – 29 ans / / 30 – 39 ans / /

Supérieur ou égal à 40 ans / /

Résidence :

Commune I / / Commune II / / Commune III / / Commune IV / /

Commune V / / Commune VI / / hors de BKO / / autres / /

Nationalité :

Maliennne / /

Ethnie :

Sonrhäï / / Bambara / / Peulh / / Sénoufo / / Dogon / / Sarakolé / /

Bobo / / Malinké / / Bozo / / autres / /

Profession :

Ménagère / / Fonctionnaire / / Elève / / Etudiante / / Commerçante / / autre / /

Niveau d'inscription :

Analphabète / / Niveau primaire / / Niveau Secondaire / / Niveau supérieur / /

Profession du conjoint :

Cultivateur / / Commerçant / / étudiant / / Fonctionnaire / / élève / / Sans profession / / Autres / /

Etat matrimonial :

Mariée / / Célibataire / / Divorcée / / Veuve / /

Mode d'admission :

Evacuée / / Venue d'elle-même / / Référence interne / / autres / /

B/ Antécédents :

Médicaux :

HTA / / Anémie / / Diabète / / Asthme / / autres / /

Chirurgicaux :

Césarienne / / Myomectomie / / Kystectomie / / autres / /

Obstétricaux :

Gestité / / Parité / / Avortement / / Vivant / / Décès / /

C/ Consultation prénatale

Lieu :

Hôpital / / CSREF / / CSCOM / / autres / /

Qualification de l'agent :

Médecin / / Sage femme / / Infirmière / / autres

Nombre de CPN :

0 / / Inférieur à 4 / / Supérieur ou égal à 4 / /

D/ Accouchement

Structure de référence :

CSREF KATI / / CSREF com I / / CSREF com II / / CSREF com III / / CSREF com IV / / CSREF com V / / CSREF com VI / /

CHU Gabriel TOURE / / autres / /

Motif de référence :

Dilatation stationnaire / / autres / /

Existence d'un partogramme :

Oui / / Non / /

Moyenne de transport :

Ambulance / / Taxi / / Voiture personnelle / / autres / /

Support de référence :

Oui / / Non / /

E/ Travail

Stade du travail avant l'admission :

Phase de latence / / Phase active / / Dilatation du col / /

Traitement reçu avant admission :

Antispasmodique / / Ocytocine / / Bêtamimétique / / Antibiotique / /

Autres / /

F/Admission

Age présumé de la grossesse :

SA / / / Estimée à terme / /

Examen obstétrical : à

Inspection :

Bon état général / / état général Passable / / état général altéré / / autre / /

Palpation :

Contraction utérine / / Fréquence / /

Bruits du cœur Foetal :

BDCF _____ minute

La présentation :

Type / / Variété / / Engagement / /

Col :

Dilatation / / cm

Œdématisé :

Oui / / Non / /

Membranes :

Intactes : Oui / / Non / /

Rompues : si oui

Phase de latence / / Phase active / /

Liquide amniotique :

Claire / / Teinté / / Méconial / / Sanguinolent / /

Bassin :

Normal / / Limite / / Rétréci / / Asymétrique / /

Auteur Utérine : _____ cm

G/ Diagnostique de la dilatation stationnaire

Stade du travail :

Phase de latence / / phase active / / dilatation _____ cm

Stationner pendant combien de temps :

1 Heure / / 2 Heures / / 3 Heures / /

Dilatation en marche d'escalier :

Zone d'alerte pendant combien de fois / / état du fœtus _____

Ligne d'action pendant combien de fois / / état du fœtus _____

H/ Traitement reçu dans le service

Nom de (s) médicament (s) utilisé dans le service / /

Voie d'accouchement :

Césarienne / / Voie basse / /

Indication de la césarienne _____

Cause de la dilatation stationnaire _____

I/ Evolution

Mère :

Favorable / / Mort / / Choc / / autres complications

Nouveau né :

Vivant / / Décès / /

Si Vivant :

Apgar à min / / à 5 min / / à 10 / /

Etude épidémiologique de la dilatation stationnaire

2- Fiche Signalitique

Nom : Bagayoko

Prénom : Korotoumou

Titre de la thèse : Etude Epidémiologique –Clinique de la Dilatation Stationnaire dans le service de Gynéco obstétrique au CHU du Point-G.

Année universitaire : 2008 – 2009

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynéco Obstétrique

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 28 mois du 1^{er} janvier 2006 au 30 avril 2008 réalisée dans le service de gynéco obstétrique au CHU du Point-G.

Le but de ce travail est l'étudier le partogramme sous l'aspect de la dilatation stationnaire.

Durant la période d'étude nous avons enregistré 2958 accouchements dans le service et recensé 259 cas dont 124 cas de dilatation en marche d'escalier et 135 cas de dilatation stationnaire soit une fréquence de 8,7 %.

Le profil épidémiologique est:

Etude épidémiologique-clinique de la dilatation stationnaire

Age moyen 27,5 ans

Résidence (Kati la plus fréquente)

Multiparité

Absence ou insuffisance de suivi prénatal

Faible niveau socio économique.

Ainsi sur les 259 cas :

- ❖ 27,03% ont accouché par voie basse (70 cas) au cours de la DME
- ❖ 3,47% par forceps (9 cas) contre
- ❖ 69,50% par césarienne (180 cas)
 - Le taux de mortalité fœtale par voie haute était de 1,93% (5 cas) contre 3,09% par voie basse (8 cas).
 - Le taux de mortalité fœtale au cours de la dilatation en marche d'escalier était de 3,09 % (8 cas).
 - La dilatation en marche d'escalier est génératrice d'un taux élevé de mortalité et de morbidité fœtale.

Mots – clés :

Dilatation stationnaire, fréquence, diagnostic, conduite à tenir, pronostic.

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.

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !