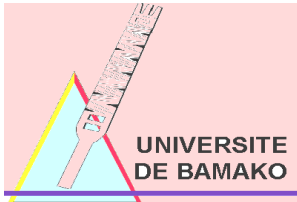


Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université de Bamako



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



Année académique : 2009-2010

N°

THESE

**prise en charge des urgences
obstetricales a la maternite du centre de
sante de référence de kolokani a propos
de 133 cas.**

Présentée et soutenue publiquement le

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de
Bamako
PAR

Monsieur *SANOGO Lamine*

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

JURY

PRESIDENTE :

Pr. SY Aïda SOW

MEMBRE :

Dr. Ibrahima TEGUETE

CO-DIRECTEUR :

Dr. Demba DIARRA dit N'Diaye

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Salif DIAKITE

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2009-2010

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

2^{ÈME} ASSESSEUR : **SÉKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFÉRENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **YÉNIMEGUE ALBERT DEMBELE** PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **MME COULIBALY FATOUMATA TALL** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
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 KOUMARÉ	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEÏTA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie – Pathologie - Histoembriologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, chef de D.E.R
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassim HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITÉ	Gynéco Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopedie.Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou Lamine DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gyneco-Obstetrique(en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

*

Mr Issa DIARRA	Gynéco -Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthesie-Reanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie(en détachement)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopedie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco - Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KeïTA	O.R.L
Mr Bouraïma MAÏGA	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie- Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto- Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARA	ORL- Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie- Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie- Réanimation

Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie- Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie- Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie- Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie- Réanimation
Mr Broulaye Massaulé SAMAKE	Anesthésie- Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
M Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONAN DJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie Mycologie
Mr Yénimegue Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSÉ	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Amadou TOURÉ	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
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie- Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie-Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
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 TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie- Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARÉ	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 SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie (en détachement)
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA

Pédiatrie
Maladies Infectieuses

3. MAÎTRES ASSISTANT

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITÉ
Mr Arouna TOGORA
Mme Diarra Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURÉ
Mr Idrissa A. CISSÉ
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATÉ
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUIINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane Faye
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto - gastro-entérologie
Hépto - gastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo- Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTÉ
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I MAIGA
Mme Rokia SANOGO

Matières médicales
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANÉ	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie- Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. SANTÉ PUBLIQUE

1. MAÎTRE DE CONFÉRENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A.DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGHO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

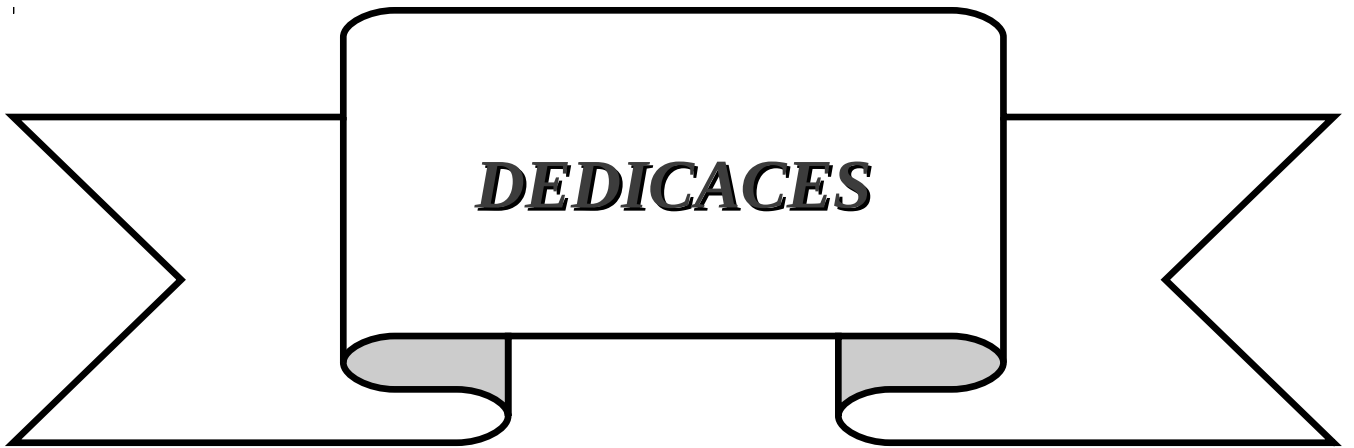
CHARGÉS DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTÉ	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORÉ	Génétique
Mr Lassine SIDIBÉ	Chimie – Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSÉ
Pr. Amadou Papa DIOP
Pr. Lamine GAYE
Pr. Pascal BONNABRY

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie
Physiologie
Pharmacie Hospitalière



DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le clément et miséricordieux.

Je rends grâce à ALLAH le tout puissant qui m'a montré ce jour tant glorieux. Comme de coutume tout travail commence un jour et fini un autre.

Je dédie ce travail :

A mon père : MOUSSA SANOGO

Directeur de Centre d'Animation Pédagogique à la retraite, cher père le moment tant attendu est venu, ce travail a pu être réalisé grâce à vos conseils et soutiens sans faille.

Cher père vos conseils resteront gravés à jamais dans nos mémoires, tu nous as appris la gestion de la vie, le travail, l'humanisme, l'entraide au sein de la famille, le bon sens. Cher père puisse Dieu t'accorde longévité, prospérité, santé, pour que tu sois là encore à nos cotés ! Amen

A ma mère : RAMATA DIALLO

Toi qui dirigeas mes premiers pas, toi qui à chaque instant de mon évolution, as été présente.

Ce travail te revient intégralement. Que ce travail soit un réconfort et une revanche sur les temps difficiles de ta vie.

Qu'ALLAH le tout puissant te garde le plus longtemps possible à nos cotés !

A mes frères et sœurs :

Je vous dédie cette thèse. Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler que le lien du sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

A mon beau frère : CHEICK SADIBOU KONE

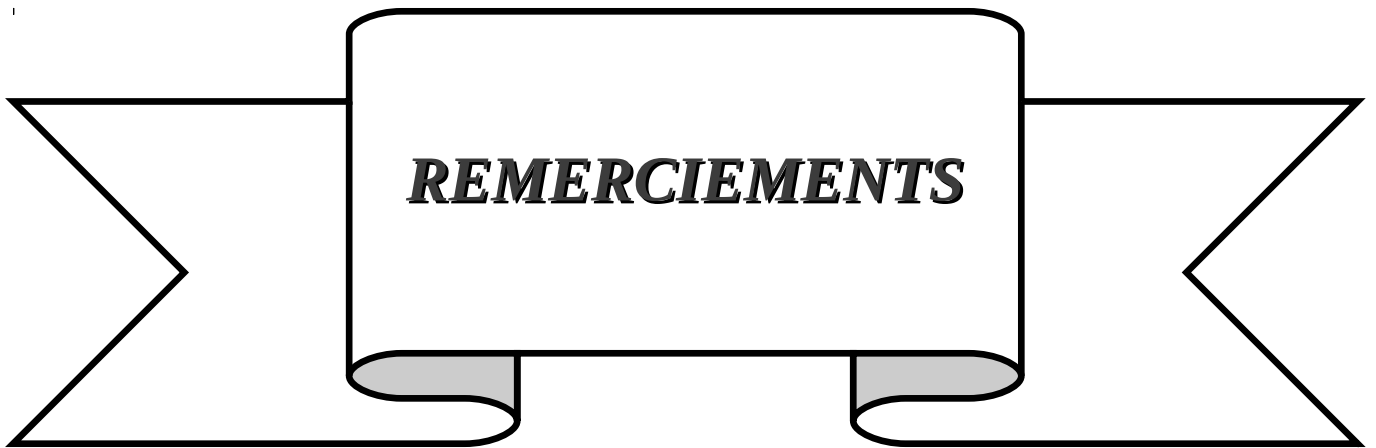
Expert en gestion et création de microprojet, ce travail est le tien tu as été présent pendant tout au long du chemin avec une disponibilité exemplaire. Les mots me manquent pour dire toutes les bonnes choses à mon égard.

A toute la première promotion du Numerus clausus

Je vous dédie ce travail. Le chemin a été long et difficile mais avec l'aide de Dieu et notre volonté affichée nous sommes parvenu.

A tous les membres de ma famille SANOGO, KONE, TRAORE, DIALLO dont les noms ne sont pas mentionnés.

A TOUTES CES MERES QUI ONT PERDU LA VIE POUR CAUSE DE PROCREATION.



REMERCIEMENT

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

A la direction et le corps enseignant de la Faculté de Médecine Pharmacie et D'Odontostomatologie pour la qualité des formations données.

Au Dr TRAORE SOUMAILA

Vous avez été pour moi un maître, un frère, vous n'avez ménagé aucun effort pour ma formation dans la pratique médicale, ce travail est le vôtre, merci pour tout.

Puisse ALLAH renforcer votre bonté et votre générosité et guide vos pas sur le droit chemin ; amen.

Au Médecin Chef : Dr DEMBA DIARRA dit N'DIAYE

Merci d'avoir accepté ce travail dans votre Centre et merci pour le soutien.

Au Dr COULIBALY ETIENNE

Votre apport pour ma formation dans la pratique médicale a été considérable.

Merci pour la franche collaboration et le soutien. Merci infiniment.

Au Dr KONATE SEGA

Votre simplicité, votre générosité et surtout votre souci du travail bien fait font de vous une personne exemplaire. Merci.

A Toutes les sages femmes, infirmières obstétriciennes et matrones du service :

Vous m'avez aidé activement à la réalisation de cette enquête. Merci.

A tous le personnel du bloc opératoire et de l'unité chirurgicale du service

Vous avez été là à mes cotés en apportant sans cesse votre soutien. Merci pour tout.

A tous le personnel du centre

Trouvez ici mes remerciements les plus sincères et cordiaux pour tout le soutien consenti tout au long de ce travail.

A tous le personnel du CSCOM Central

Veillez recevoir ici mes salutations les plus distinguées pour votre amour, votre générosité, votre humanisme et votre sens élevé du travail.

A mes collègues de thèse :

ABDOUL AZIZ TOURE, SEYDOU DJANDIO TRAORE, SEYBOU TRAORE, TIEMOKO SOKODOGO, MAMADOU KEITA.

Votre soutien a été un apport inestimable à la réalisation de ce travail. Qu'ALLAH guide vos pas sur le droit chemin. Amen.

A mes camarades de la Faculté :

TAMAKI SISSOKO, NAGOU TOLO, BOUBACAR DRAME, KOLO KONE, ISSA KONE, CHEICK FOFANA, KARAMBA, MOHAMED TOURE, SIDI, LASSINE, BOUNA SAMASSA, BOUBACAR SANOGO.

Au Dr GUINDO DRISSA : *Vous avez été un aîné exemplaire. Vos conseils, vos soutiens, ne m'ont jamais fait défaut pour la réalisation de ce modeste travail. Merci infiniment.*

Au Dr DEMBA TRAORE :

Merci pour tous les conseils et soutiens. Votre franche collaboration restera un modèle pour moi.

A mes amis :

MOUSSA KALOGA, DIADIE TRAORE, ALASSANE SOUMARE,

A TOUS CEUX QUI ONT ETE INVOLONTAIREMENT OMIS.



***SIGLES ET
ABREVIATIONS***

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO :	<i>Association de santé communautaire</i>
BDCF :	<i>Bruit du cœur fœtal</i>
BGR :	<i>Bassin généralement rétréci</i>
CSCOM :	<i>Centre de santé communautaire</i>
Csref :	<i>Centre de santé de référence</i>
CHU:	<i>Centre hospitalier universitaire</i>
CPN :	<i>Consultation prénatale</i>
CIVD :	<i>Coagulopathie intra vasculaire disséminée</i>
CUD :	<i>Contractions utérines douloureuses</i>
DFP :	<i>Disproportion fœto pelvienne</i>
DPPNI :	<i>Décollement prématuré du placenta normalement inséré</i>
EDS:	<i>Enquête démographique et de santé</i>
ENMP :	<i>Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie</i>
FMPOS :	<i>Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie</i>
GATPA :	<i>Gestion active de la troisième période de l'accouchement</i>
HRP:	<i>Hématome rétro placentaire</i>
HTA:	<i>Hypertension artérielle</i>
HU:	<i>Hauteur utérine</i>
IEC:	<i>Information, éducation et la communication</i>
J:	<i>Jour</i>
MIDP:	<i>Mento-iliaque droite postérieure</i>
MIDA:	<i>Mento-iliaque droite antérieure</i>
MIGP:	<i>Mento-iliaque gauche postérieure</i>
MIGA:	<i>Mento-iliaque gauche antérieure</i>
MIGT:	<i>Mento-iliaque gauche transverse</i>
MIDT:	<i>Mento-iliaque droite transverse</i>
OMS:	<i>Organisation mondiale de la santé</i>
OMI:	<i>œdème des membres inférieurs</i>
P:	<i>Probabilité</i>

PMA:	<i>Paquet minimum d'activités</i>
PVD:	<i>Pays en voie de développement</i>
RPM:	<i>Rupture prématurée des membranes</i>
RU:	<i>Rupture utérine</i>
SIDP:	<i>Sacro-iliaque droite postérieure</i>
SIDA:	<i>Sacro-iliaque droite antérieure</i>
SIGP:	<i>Sacro-iliaque gauche postérieure</i>
SIGA:	<i>Sacro-iliaque gauche antérieure</i>
SAGO:	<i>Société africaine de gynéco-obstétrique</i>
SOMAGO:	<i>Société malienne de gynéco-obstétrique</i>
SIGO:	<i>Société ivoirienne de gynéco-obstétrique</i>
SFA:	<i>Souffrance fœtale aiguë</i>
TA:	<i>Tension artérielle</i>
T°:	<i>Température</i>
= :	<i>Egal</i>
< :	<i>Inférieur</i>
≤ :	<i>Inférieur ou égal</i>
> :	<i>Supérieur</i>
≥ :	<i>Supérieur ou égal</i>



A notre maître et présidente du jury.

Professeur SY Aïda SOW.

Gynécologue obstétricienne au centre de santé de référence de la commune II.

Chef d'unité de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie.

Chevalier de l'ordre national du Mali

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie- Obstétrique

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse.

Modèle d'une gynécologue exemplaire, votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynécologie au Mali.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et notre profonde reconnaissance.

Que le tout puissant vous accorde santé et longévité. Amen !

A notre maître et juge.

Docteur Ibrahima TEGUETE

Maître assistant en gynécologie obstétrique

***Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du
Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE***

Cher maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre soucis pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable. Veuillez reconnaître cher maître nos respects les plus distingués.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Demba DIARRA dit N'diaye

Médecin chef du centre de santé de référence de Kolokani.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de participer à la direction de ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme, votre sagesse nous ont séduits.

Recevez ici cher maître, l'expression de toute notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Salif DIAKITE

Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE.

Professeur à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduits.

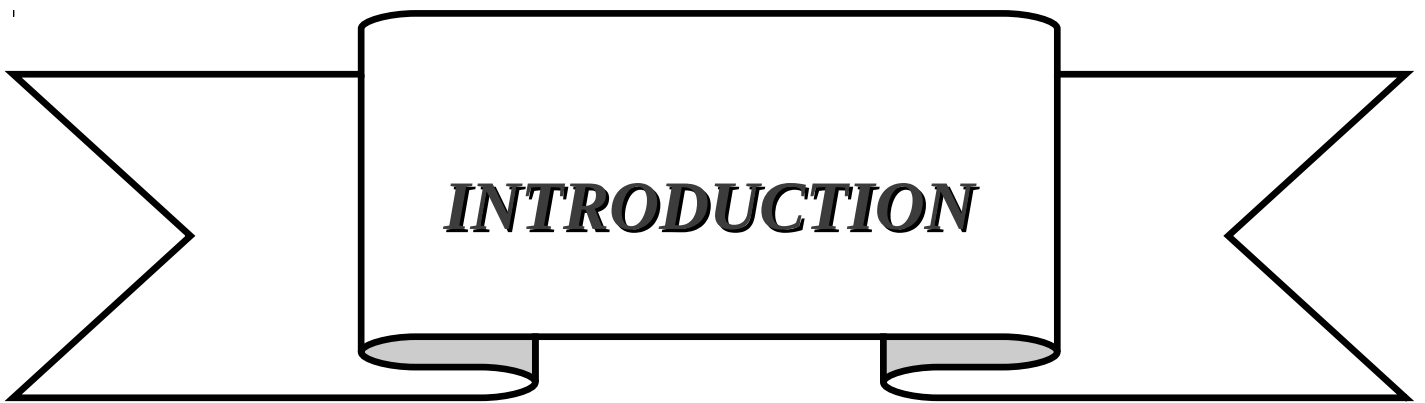
Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre abnégation, associée à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
I. INTRODUCTION :	2- 3
II. OBJECTIFS :	4- 5
III. GENERALITES :	6- 21
IV. METHODOLOGIE :	22- 29
V. RESULTATS :	30 - 54
VI. COMMENTAIRES – DISCUSSIONS :	55- 62
VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS :63- 65
VIII. BIBLIOGRAPHIE :66- 72



INTRODUCTION

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont des événements heureux pour la vie d'un couple mais le drame lié à l'accouchement est une réalité encore dans la plupart des pays émergents.

Un dicton tanzanien dit « je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le chemin est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas. » Cette triste déclaration des femmes au moment de leur accouchement devra nous inciter davantage à faire en sorte que l'accouchement soit un acte propre et sûr [1]

Les urgences obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Cependant elles sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement.

Beaucoup de ces femmes souffrent de pathologies graves aiguës voire permanentes, pathologies en rapport avec les complications de la grossesse et ou de l'accouchement.

Ces urgences mettent en jeu le pronostic vital maternel et ou fœtal parmi lesquelles on peut citer : la rupture utérine, le placenta prævia hémorragique, la souffrance fœtale aiguë, l'hématome rétroplacentaire.

La mortalité foeto- maternelle liée à ces urgences constitue une véritable tragédie pour nos pays où elle demeure encore élevée.

Son ampleur a entraîné un éveil de conscience tant au niveau national qu'international.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que plus d'un demi million de femmes meurent dans le monde suite aux complications ; ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation [2].

En Afrique ces urgences seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies [2].

Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation [3]. Des risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés :

- à l'insuffisance des structures hospitalières,
- au manque de personnel qualifié,
- au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population,
- à l'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Il faut également noter que le comportement procréateur, le retard acquis pour identifier le problème, la prise de la décision d'évacuer, la réception de soins de qualité dans les temps sont des situations préjudiciables pour le pronostic maternel et fœtal et constituent une préoccupation majeure.

Au Mali le ratio de mortalité maternelle reste élevé avec un taux de **464** décès pour 100000 naissances vivantes [4], la mortalité néonatale et infantile sont respectivement **46** pour 1000 et **50** pour 1000[4].

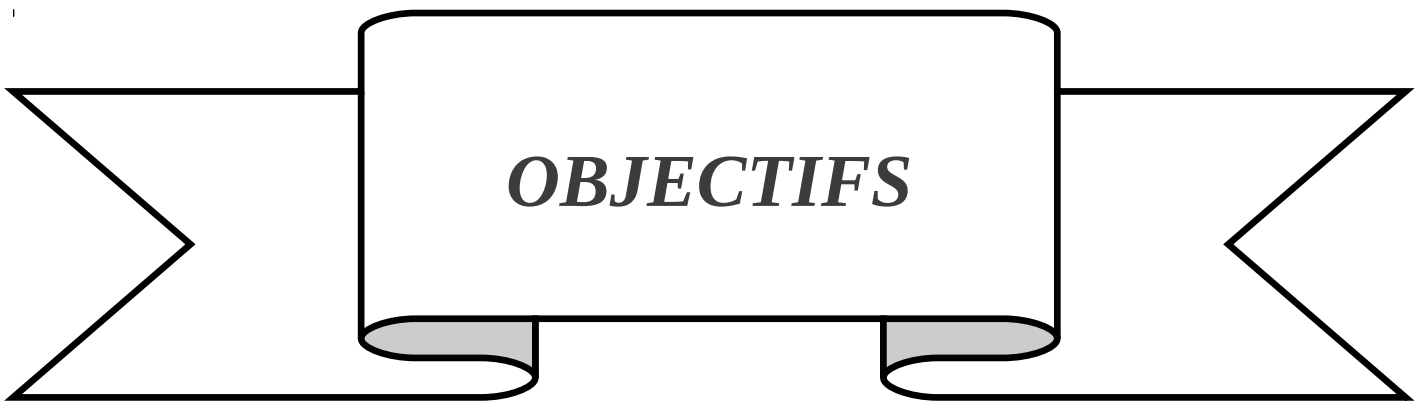
Selon ADMSON PETER : il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelles est d'identifier le plus tôt possible les 15% de grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Ni les soins prénatals efficaces, ni l'identification précoce du risque n'aideront les femmes si les soins obstétricaux d'urgences (SOU) ne sont pas disponibles et accessibles.

Cependant, la maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile.

Il nous est paru important d'évaluer la prise en charge des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Kolokani.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



OBJECTIFS

1. Objectif général :

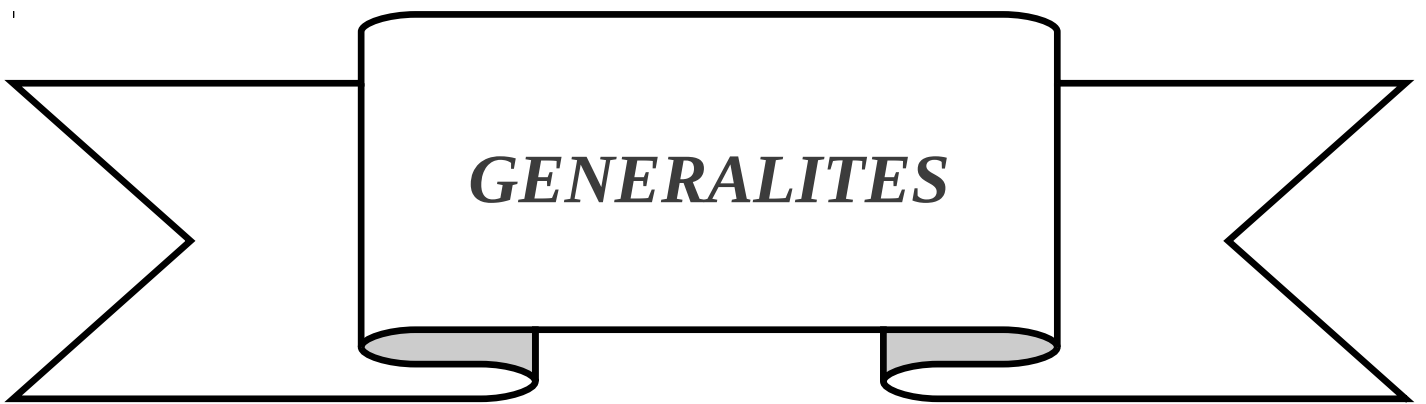
Evaluer la prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Kolokani.

2. Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales
- Décrire les profils sociodémographiques des patientes
- Décrire les aspects cliniques des urgences obstétricales dans le service
- Décrire la prise en charge des urgences obstétricales dans le service
- Etablir le pronostic fœto-maternel des urgences obstétricales dans le service



GENERALITES



GENERALITES

I. Notion de référence / évacuation :

L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) : Doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [5]. Pour résoudre ces différents problèmes le gouvernement de la république du Mali a adopté le 15 septembre 1990 la déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Cette déclaration retient parmi ses principes directeurs la gestion décentralisée du système de santé de cercle : le cercle est l'équivalent du district sanitaire de l'OMS. Elle préconise la participation effective des communautés dans la gestion et le financement.

Le cercle constitue l'unité opérationnelle de planification socio sanitaire et des soins, assurée par deux échelons complémentaires :

-1^{er} échelon : est représenté par les CSCOM offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et gérés par les associations de santé communautaire (ASACO) composées de délégués représentant les populations des villages d'une aire sanitaire géographiquement bien définie.

-2^e échelon : Le centre de santé de cercle ou l'hôpital du district pour les soins de santé de référence.

Il est organisé entre les deux échelons un système de référence / évacuation. L'objectif essentiel de cette politique est la réduction de la mortalité materno-infantile. Cependant le taux de mortalité maternelle est encore élevé comme le révèle l'EDS IV : 464 pour 100.000 naissances vivantes [4].

II. Rappels sur les urgences obstétricales :

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en voie de développement. Elles sont constituées essentiellement par : les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les Souffrances fœtales aiguës, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

1. LES HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :

1.1. Le Placenta Praevia hémorragique :

C'est une hémorragie externe causée par l'insertion vicieuse du placenta (l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus). Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse la caduque ou la déciduale.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutable, indolore (sauf au cours du travail). L'utérus est souple, les BDCF sont généralement absents.

Anatomiquement nous avons quatre variétés de placenta prævia :

- La variété latérale : le placenta s'insère sur le segment inférieur à distance de l'orifice interne,
- La variété marginale : le placenta approche l'orifice interne du col,
- La variété recouvrante partielle : si l'orifice interne du col est partiellement recouvert,
- La variété recouvrante totale : si l'orifice interne du col est totalement recouvert [8]

1.2. L'hématome rétro-placentaire :

l'HRP survient avec une fréquence de 5.5 pour 1000 grossesses [9]

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

Cliniquement il se manifeste par :

- Une contracture utérine (utérus en bois)

- Une métrorragie minime faite de sang noir
- Un abdomen douloureux
- Un état de choc
- les BDCF absents le plus souvent.

La cause de l'HRP n'est pas connue. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, la diminution de la fréquence de la toxémie ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP :

Les formes avec hémorragie externe abondante prêtant confusion avec le placenta prævia ; les formes débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse, les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondaire ; les formes moyennes : fréquentes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc moins marqué ; les formes latentes : peuvent passer inaperçus les signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur le placenta.

Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou les accidents de la voie publique.

Les complications : Deux complications redoutables sont à craindre :

L'hémorragie par troubles de la coagulation : elle est due à une éruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque.

Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD), qui entraîne une défibrillation. L'hémorragie utérine, jusque- là relativement modérée, devient continue et incoercible, disparaissent pour laisser place à du sang liquide, incoagulable. Cette complication est redoutable par elle- même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

Nécrose corticale du rein : Elle survient dans les suites de couches et entraîne la mort par anurie, les lésions de nécrose qui frappent les glomérules sont définitives.

Conduite à tenir devant un HRP :

Il faut :

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

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

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

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

1.3. Les Hémorragies du post partum immédiat :

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

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

1.4. La pré-rupture et La rupture utérine (R.U.):

1.4.1. La pré-rupture :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail accouchement. La pré-rupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- Une douleur abdominale progressivement croissante

- Une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier)
- Un utérus mal relâché
- Une anomalie de bruits du cœur fœtal
- Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine.

1.4.2. La rupture utérine (RU) :

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

Elle est caractérisée cliniquement par :

-Une douleur intense, syncopale, suivie d'une sensation de bien être apparent : les contractions ont disparu. A la palpation, le fœtus est perçu immédiatement sous la paroi abdominale.

Actuellement, ce sont les formes insidieuses que l'on peut être amené à voir. Une douleur élective au niveau de la cicatrice durant le travail doit attirer l'attention. Ces ruptures se manifestent par un état de choc progressif contrastant avec une hémorragie vaginale souvent minime, une disparition brutale des bruits du cœur fœtal. Ce tableau se voit en particulier en cas de rupture après césarienne corporéale. Parfois le diagnostic de rupture utérine n'est fait qu'après l'accouchement d'un enfant vivant, lors de la révision utérine.

Urgence obstétricale la plus grave, la R.U est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimations bien codifiées.

La R.U peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées (emploi des ocytociques et manœuvres obstétricales), les ruptures spontanées survenant sur

utérus malformé, tumorales ou cicatricielles. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

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

Les R.U. sont opérées par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir les modalités de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture continue, irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité. L'hystérectomie doit être autant que possible inter-annexielle (ovaires et trompes laissés en place).

L'Hystérorraphie : dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable section utérine pas trop étendue non compliquée de lésions de voisinage. Interviennent dans les décisions : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

2. LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE-ECLAMPSIE

C'est une triade qui associe : Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostic est la plus importante.

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mm de mercure et une pression systolique supérieure ou égale à 14 mmHg.

En 1988 D.A. DAYEY et U. Mc GULLIVRAY [11] proposent les définitions suivantes :

L'hypertension se définit comme une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm de Hg.

La protéinurie : Elle se définit comme un taux d'albumine supérieur ou égal à 300mg par 24 heures ou un taux d'albumine supérieur ou égal à 1g/litre ou à plusieurs tests à la bandelette sur deux échantillons d'urines testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R. MERGER et COLL. [12] décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quels que soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolores. Les oedèmes sont apparents, peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires lors des examens prénataux.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500 g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale de poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être greffée chez la mère de redoutables complications paroxystiques tel que l'éclampsie, l'hématome retro-placentaire, l'hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), une anémie hémolytique, une cytolyse et une insuffisance hépatique.

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

Le traitement curatif consiste à mettre la patiente au repos, en décubitus latéral gauche de préférence, est la base du traitement.

Donner du sulfate de magnésie, donner des antihypertenseurs (la Clonidine ou de la Dihydralazine) pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance, hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'évacuation utérine : soit par accouchement provoqué, soit par la césarienne, est parfois nécessaire.

Le traitement obstétrical : L'indication d'évacuer l'utérus est rare dans la toxémie non compliquée, mais peut être légitime dans l'intérêt de l'enfant.

L'évacuation utérine ne saurait être acceptée qu'à un terme qui ne fait pas courir l'enfant de trop grands risques de prématurité. Elle se fait, suivant le nombre d'accouchement antérieur, l'état du col et des parties molles, suivent l'urgence aussi et l'état du fœtus, par les voies naturelles ou par la voie abdominale. La prématurité lui est moins néfaste que son maintien *in utero* dans de mauvaises conditions.

Le «HELLP syndrome» constitue une urgence obstétricale et nécessite le plus souvent une césarienne après correction de la thrombopénie par transfusion plaquettaire; il est nécessaire de prendre toutes les précautions qu'implique une telle intervention chez une femme ayant des troubles de la coagulation et des fonctions hépatiques.

La guérison est en général rapide en 2 à 3 jours. Le pronostic des grossesses ultérieures est favorable.

4.1. L'éclampsie :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition.

On distingue l'éclampsie pendant la grossesse, le travail et le post-partum.

Sur le plan physiopathologique les études les plus récentes notamment celle de MILLIER J. [13] a montré que l'éclampsie n'est sans doute pas une encéphalopathie hypertensive, elle n'est probablement pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral.

Signes cliniques : la convulsion, le coma, l'HTA (TA \geq 140 / 90 mm Hg), la protéinurie et l'œdème.

Les études autopsiques conduites par SHEEMAN n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste à démontrer, peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro-coagulations intra-vasculaires disséminées. A L'heure actuelle, la cause réelle de la crise éclamptique est inconnue. Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans

beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

✓ Le traitement médical qui s'adresse à la mère, vise à obtenir :

L'arrêt des convulsions par le diazépam ou le clonazépam et le sulfate de magnésie (association diazépam et sulfate de magnésie ou clonazépam et sulfate de magnésie). On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements ;

La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral par le sulfate de magnésie et la Clonidine ou la Dihydralazine.

✓ Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne. Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction d'un fœtus et du placenta [13].

5. LES DYSTOCIES

La dystocie, du grec "dystakos", désigne un accouchement difficile.

Les dystocies sont divisées en :

- dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- dystocie mécanique, que l'obstacle soit en relation avec :
 - un rétrécissement de la filière pelvienne
 - une anomalie du fœtus
 - un obstacle prævia ou une anomalie des parties molles.

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

5.1. DYSTOCIES D'ORIGINE FŒTALE

5.1.1. La disproportion fœto-pelvienne

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

5.1.2. Les présentations anormales :

5.1.2.1. Présentations céphaliques défléchies :

- **La présentation de la face :** C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

Les Variétés de position : Le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique gauche. Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond la déflexion de la tête en variété postérieure. La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA).

La mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles.

La présentation de la face va de paire avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

- La présentation du front :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique. Le seul traitement convenable est la césarienne.

5.1.2.2. La présentation du siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus.

On distingue, par ordre de fréquence, les :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;

- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;

-les variétés de position : Le sacrum étant pris comme repère, on a le sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)

- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

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

5.1.2.3. La présentation traverse et oblique :

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

5.2. DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE :

5.2.1. La dystocie dynamique :

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

5.2.1.1 Les Hypocinésie :

-Les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25 mmHg

-les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions, dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail ;

-l'hypocinésie totale associe les précédents et caractérise l'inertie utérine.

5.2.1.2. Les hypercinésies :

Peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 – 80 mmHg au cours de la période de dilatation et bien plus ou moins de l'expulsion ;

- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation ;

- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

5.2.1.3. Les hypertonies :

Correspondent à un défaut de relâchement utérin entre les contractions. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.

- L'hypertonie par contracture est la plus caractéristique, telle qu'on observe dans l'hématome rétro-placentaire.

- L'hypertonie par distension est celle de l'hydramnios

- L'hypertonie par hypercinésie (ou tachysystolie) est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine ; les injections intramusculaires d'ocytocine sont aujourd'hui proscrites pour cette raison.

A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base, traduite par un mauvais relâchement utérin entre les contractions, qui risque d'aboutir à la contracture utérine.

5.2.1.4. Anomalies avec activité utérine apparemment normale :

La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa présentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévenues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

5.2.2. Bassin pathologique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

L'examen clinique :

L'interrogatoire retrouve un antécédent de boiterie de l'enfance ou de fracture du bassin, la notion d'accouchement antérieur long, difficile avec extraction instrumentale d'un enfant de poids normal, voire petit. L'examen physique permet d'observer une taille petite (inférieure à 1,5 m) ; au toucher vaginal, un promontoire atteint, une ligne innommée suivie trop loin. La radiopelvimétrie doit alors être pratiquée même en début du travail. Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,

- Les bassins généralement rétrécis

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

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

Pour un enfant de poids normal : on parle de BGR si : le promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le promonto-retropubien est entre 8 - 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté 4 à 5 cm ;
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée, La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance.

Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail.

Les dystocies mécaniques peuvent être responsables :

- Chez la mère de :
 - rupture utérine,
 - hémorragie de la délivrance,
 - travail prolongé avec infection amniotique.
- Chez le fœtus de :
 - souffrance fœtale aiguë,

- mort fœtale in utero,
- mortalité néonatale précoce,
- une détresse néonatale.

6. Procidence du cordon :

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

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible.

7. La souffrance fœtale aiguë:

Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse. Elle peut apparaître à n'importe quel stade de la dilatation, mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf, et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion.

Clinique : La souffrance fœtale peut être suspectée sur deux signes :

- le liquide amniotique teinté de méconium ;
- les modifications des bruits du cœur fœtal.

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



METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

1.1. Historique :

Le cercle de **KOLOKANI** fait partie de la deuxième région administrative du Mali (région de KOULIKORO)

Selon la légende, le terme Kolokani serait une déformation linguistique du mot Bamanan « kolon kagni » qui signifie "puits serviable" ou puits sacré.

Le village serait créé dans la 2^{ème} moitié du 18^{ème} siècle par **Seyi Niama Traoré** accompagné de son fils.

Il fut érigé en poste administratif en avril 1915 ; subdivision en 1958 puis cercle en 1959.

1.2. Aspect géographique :

1.2.1 Situation géographique :

La ville de Kolokani est située à 120km du district de Bamako sur la route nationale N°3.

Le cercle a une superficie de 14.380 Km². Il est limité :

- au nord par le cercle de Nara,
- à l'est par le cercle de Banamba,
- à l'Ouest et au nord par les cercles de Kita et Diéma,
- au sud et au sud-ouest par le cercle de Kati et,
- au Sud-est par le cercle de Koulikoro.

1.2.2 Relief :

Le relief est composé de plateau gréseux avec une altitude moyenne de 200 mètres et quelques plaines de moindre importance.

1.2.3 Climat :

Le climat est de type soudanais avec des précipitations atteignant 500 à 800 mm de pluie par an

La végétation est celle de la savane clairsemée de hautes herbes, de karité, baobab, néré, et tamarinier qui se dégradent progressivement en remontant vers le Nord

1.2.4 Hydrographie :

Le cercle est peu arrosé.

A cotés des cours d'eau intermittents, deux points d'eau importants : le Baoulé et le Lac Wégnan irriguent une infime partie du cercle.

1.2.5 Population :

La population du cercle est estimée à 217.832 habitants repartis en 298 villages, il compte administrativement 11 communes rurales dont une urbaine.

Dans cette population, on note une quasi-unicité ethnique dominée par les Bamanans (autochtone) qui représentent près de 90% de la population, à cotés d'eux vivent une faible proportion de peuhls éleveurs, de soninkés, et malinkés.

Le dialecte de la majorité est le Bamanan.

1.2.6 Religion :

La religion dominante est l'Islam suivi du Christianisme et de l'Animisme.

1.2.7 Economie :

L'économie du cercle est basée sur l'agriculture ; l'élevage ; et la cueillette.

D'une manière générale ; la population du Bélé Dougou est une population pauvre à pouvoir d'achat très faible.

1.2.8 Infrastructure socio sanitaire :

Sur le plan sanitaire, le cercle en plus d'un Centre de santé de référence (Csref) est divisé en 22 aires de santé dont une aire urbaine.

Il existe deux officines de pharmacie privée dans la ville.

Sur les 22 aires de santé, 18 sont actuellement fonctionnelles ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de santé de premier échelon fonctionnel appelé centre de santé communautaire (CSCOM).

La gestion des CSCOM est assurée par les communautés à travers les associations de santé communautaire ASACO qui sont « propriétaires ».

Toutes les aires de santé sont sous la supervision du centre de santé de référence (hôpital de district) qui se trouve dans la ville de Kolokani.

Toutes les aires de santé adhèrent à l'organisation de la référence soient 100%, cependant on note des retards dans le paiement des cotisations.

Le service dispose de deux ambulances dont une en mauvais état.

Durant la période d'étude les RAC n'étaient pas fonctionnels, l'alerte était effectuée par téléphone dans la plupart des cas.

2. Type d'étude : Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective.

3. Période d'étude : Notre étude s'est déroulée du 1^{er} septembre 2008 au 31 Août 2009.

4. Population d'étude : Notre étude a porté sur toutes les femmes admises en urgence, qu'elles soient référées, évacuées ou venue d'elles même et ayant bénéficié d'une prise en charge.

EVOLUTION DES REFERENCES/ EVACUATIONS DE 2000 à 2007

Année	C P N	Accouchement	Décès maternel	Césarienne
2000	51	101	5	81
2001	88	137	4	83
2002	110	150	5	102
2003	76	149	11	137
2004	79	168	17	137
2005	41	129	5	101
2006	55	161	6	133
2007	85	211	10	127

5. ECHANTILLONNAGE :

5.1. CRITERES D'INCLUSION :

Ont été inclus toutes les patientes admises en urgence référées ou non pour un problème obstétrical et ayant bénéficié une prise en charge dans le service.

5.2. CRITERES DE NON INCLUSION :

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical.
- Les patientes ne présentant pas une urgence obstétricale

5.3. TAILLE MINIMUM DE L'ECHANTILLON :

$$n = 4 \text{ pxq} / i^2$$

P = proportion de femmes exposées au phénomène étudié (urgence obstétricale)

$$q = 1 - P$$

i = 0.05 précision de l'étude (marge d'erreur)= 5%

$$P = 8\%$$

$$n = 4 \times 0.08 \times 0.92 / 0.05^2 = 117.76 \text{ soit } 117 \text{ cas.}$$

6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

- Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête
- Contact de tous les personnels du centre pour la réalisation de ce travail.

7. Collecte des données : Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes portées en annexe,
- du registre d'accouchement,
- du registre du bloc opératoire,
- des dossiers des malades.

8. Plan d'analyse et Traitement des données :

- La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test χ^2 de Pearson
- L'analyse multivariée selon le modèle de régression logistique pour identifier les facteurs de risque les plus décisifs.

Les données ont été saisies sur le Microsoft Word 2003 et analysées par le logiciel SPSS version 12.0.

9. Les variables étudiées :

- Variables quantitatives:

- Age
- Durée de transport
- Score d'APGAR du nouveau-né
- CPN
- Parité
- Gestité
- Durée d'hospitalisation

- Variables qualitatives

- Statut matrimonial
- Profession
- Provenance
- Antécédents médicaux
- Antécédents chirurgicaux

- Etat des membranes et coloration du liquide amniotique
- Motif d'évacuation
- Diagnostic retenu et mode thérapeutique
- Nature des suites de couches
- Pronostic maternel et fœtal

10. ASPECT ETHIQUE :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle. Le consentement éclairé des parturientes a été obtenu avant leur inclusion. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

Définitions opératoires :

➤ Référence : c'est le transfert d'un malade d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée.

➤ Evacuation : l'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide d'un malade d'un centre de santé vers un autre plus équipé et mieux spécialisés.

➤ Venue d'elle-même : toute patiente admise directement au Csref sans passer par un autre centre.

- La gestité : indique le nombre de grossesse

Nulligeste indique zéro grossesse

Primigeste indique une grossesse

Paucigeste indique deux à trois grossesses

Multigeste indique quatre à cinq grossesses

Grande multigeste indique six grossesses ou plus

- La parité : indique le nombre d'accouchement

Nullipare indique zéro accouchement

Primipare indique un accouchement

Paucipare indique deux à trois accouchements

Multipare indique quatre à cinq accouchements

Grande multipare indique six accouchements ou plus

- Etat général : pour évaluer l'état général des patientes nous nous sommes basés sur les données cliniques : la coloration des conjonctives, TA, T°, état de conscience.

- Le ratio de mortalité maternelle : est le nombre de décès maternels au cours d'une période de temps donnée pour 100.000 naissances vivantes au cours de la même période [2].

- Le taux de létalité maternelle par complication : C'est le nombre de décès maternel par complication sur le nombre total de cette complication. On l'exprime par 100 [2].

- Le taux de mortinaissance : C'est le rapport des enfants mort-nés sur le nombre total de naissance. On l'exprime pour 1000 naissances totales [2].

- Le taux de mortalité périnatale : c'est le rapport entre d'une part le nombre de mort-nés et de nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie, et d'autre part le nombre de naissances totales, on l'exprime pour 1000 naissances vivantes [2].

- Le taux de mortalité néonatal : C'est le nombre de naissance vivante qui est décédée avant 28 jours d'âge sur le nombre de naissance vivante. Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0 – 6 jours inclus et

la période néonatale tardive allant de 7- 27 inclus. Il est exprimé pour 1000 naissances vivantes [2].

Par souci de conformité, nous avons regroupé certains paramètres définissant une entité, afin de mieux établir les tableaux croisés ; ainsi :

- L'automobile regroupe : l'ambulance, le transport en commun / taxis et le véhicule personnel ;
- L'APGAR < 7 regroupe : les mort-nés et les nouveau-nés morbides à la naissance.



RESULTATS

RESULTATS

I- FREQUENCE

Pendant la période d'étude nous avons enregistré **133** urgences obstétricales sur un total de 288 accouchements; soit une fréquence de **46,18%**.

II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2- 1. Age

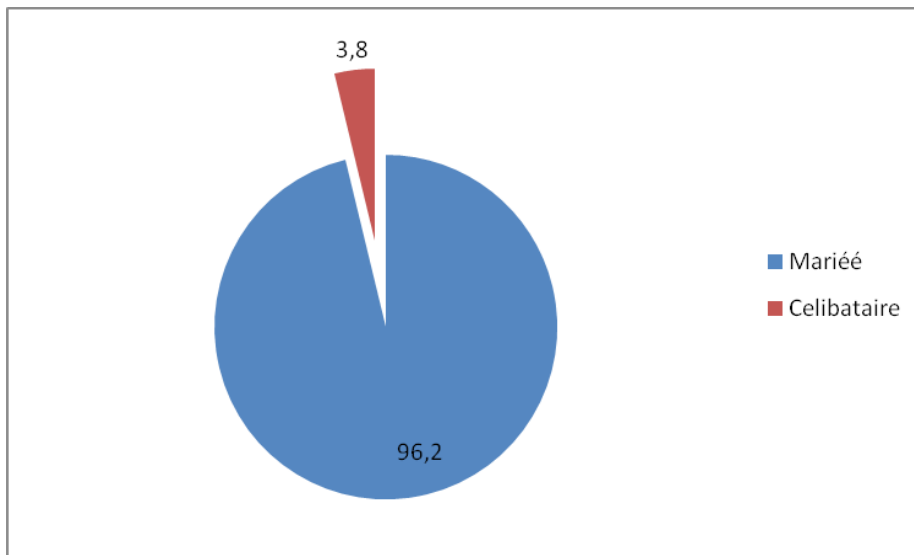
Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 19	21	15.8
20 - 34	64	48.1
≥ 35	48	36.1
TOTAL	133	100

L'âge moyen était de 24,66 ans ; les extrêmes sont 14 et 42 ans.

2- 2. Statut matrimonial

FIG 1 : Répartition des patients selon le statut matrimonial



Les mariées ont représentées 96.2% des patientes

2- 3. Profession de la patiente

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession

Occupation Principale	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	130	97.7
Elève	3	2.3
TOTAL	133	100

97.7% des patientes étaient des ménagères

2- 4 : Profession du conjoint

Tableau III : Répartition selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif absolu	Pourcentage
Cultivateur	100	75.19
Commerçant	15	11.28
Ouvriers ou Autres*	16	12.03
Fonctionnaire	2	1.5
TOTAL	133	100

*= Couturier 03 cas (2.25) Réparateur de moto : 03 cas (2.25)
Les Cultivateurs ont constitué 75.19%

2- 5 : La provenance

Tableau IV : Répartition des patientes selon la provenance

Lieu de provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Ville de Kolokani	22	16.54
Cercle de Kolokani	110	82.7

Autres*	1	0.76
TOTAL	133	100

*= Cercle de Nara : 1 cas (0.76%)

Les patientes venues de l'intérieur du cercle ont été les plus nombreuses, soit 82.7%

2- 6 : Moyen de transport

Tableau V : Répartition des patientes selon les moyens de transport

Moyen de transport	Effectif absolu	Pourcentage
Ambulance	92	69.2
Moto	30	22.6
Transport en commun / Taxi	9	6.8
Véhicule personnel	2	1.50
TOTAL	133	100

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé soit 69.2%

Tableau VI : Répartition des patientes selon la distance parcourue (Km)

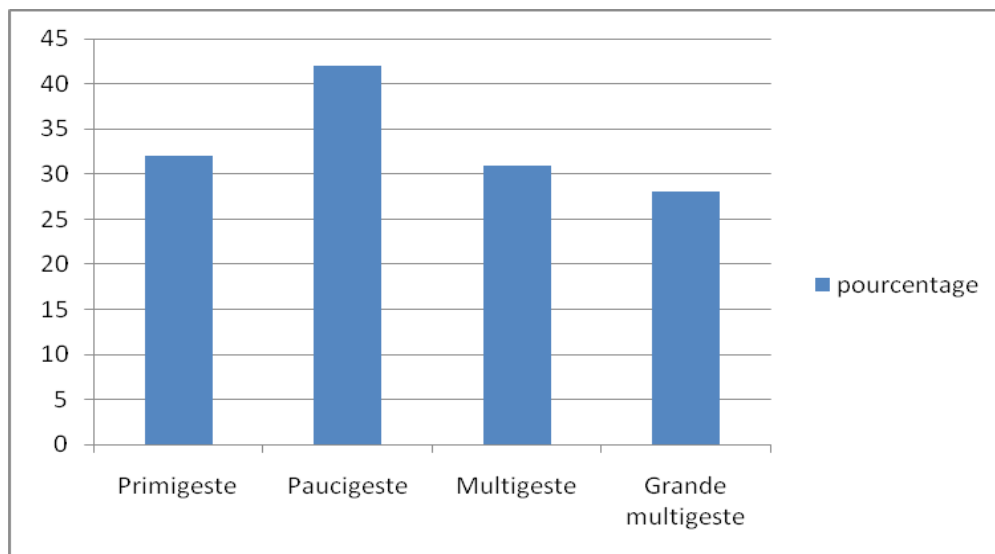
Distance parcourue	Effectif absolu	Pourcentage
< 5	22	16.55
5 – 24	25	18.79
25 – 49	59	44.36
≥ 50	27	20.3

TOTAL	133	100
--------------	------------	------------

59 patientes ont parcouru une distance entre 25 et 49 Km, soit 44.36%.

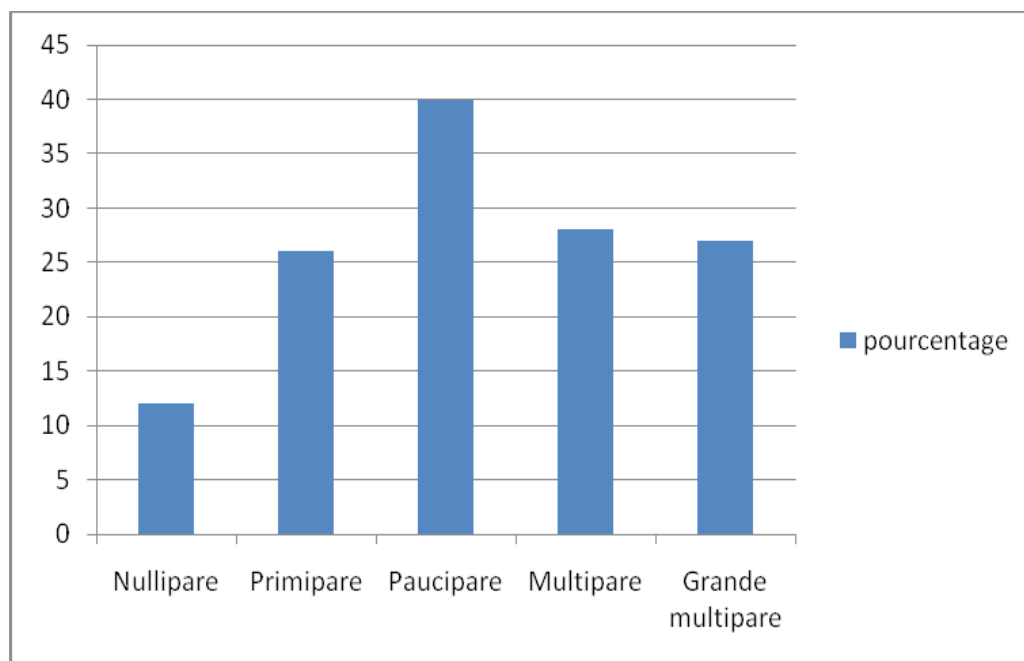
Les antécédents :

FIG 2 : Répartition des patientes selon la gestité



Les multigestes ont représentées 31.57% des patientes

FIG 3 : Répartition des patientes selon la parité



Les paucipares ont représentées 30.1% des patientes

Tableau VII : Répartition des patientes l'antecedant médical

Types d'antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
Epigastralgie	10	7.51
HTA	2	1.5
Aucun	121	90.99
TOTAL	133	100

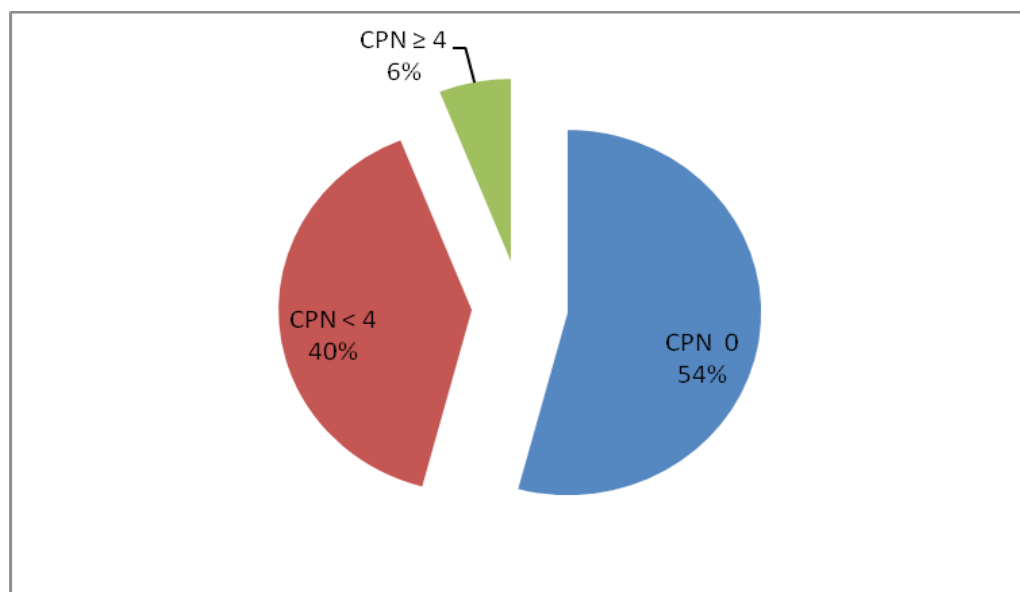
90.99% des patientes n'avaient pas d'antecedant médical

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'antecedant chirurgical.

Types d'antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	20	15.04
Curetage	2	1.5
Aucun	111	83.46
TOTAL	133	100

83.46% des patientes n'avaient pas d'antécédent chirurgical

FIG 4 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN



72 patientes n'avaient effectuée aucune CPN soit 54%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Evacuées	112	84.21

Venues d'elles mêmes	10	7.5
Référence interne	11	8.29
TOTAL	133	100

112 patientes ont été évacuées, soit 84.21%

Tableau X : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant organisé l'évacuation ou la référence

Qualification de l'agent	Effectif absolu	Pourcentage
Matrone	91	73.98
Infirmier(e)	17	13.83
Sage femme	10	8.13
Médecin	5	4.06
TOTAL	123	100

L'agent de la référence a été dans 73.98% des matrones

Tableau XI : Répartition des patientes évacuées selon le type de document d'accompagnement

Type de document	Effectif absolu	Pourcentage
Partogramme	40	35.72
Fiche d'évacuation plus partogramme	68	60.72

Lettre	2	1.78
Sans document	2	1.78
TOTAL	112	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon la durée du transport

Temps en heures	Effectif absolu	Pourcentage
Demi-heure	39	31.7
1 – 2H	48	39.02
> 2H	36	29.28
TOTAL	123	100

Le délai moyen d'évacuation est égal à 1 heure.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation

Causes ou Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Dystocie	56	45.53
Métrorragie sur Grossesse	19	15.40
SFA	12	9.85
CUD	13	10.5
Hémorragies de la délivrance	8	6.50
Dilatation Stationnaire	7	5.8
Procidence du cordon battant	2	1.62
Procidence du bras	3	2.40
Anémie sur grossesse	3	2.40
TOTAL	123	100

La dystocie a été le motif d'évacuation le plus évoqué, soit 45.53%

III. DONNEES CLINIQUES :**3- 1. Etat Général :****Tableau XIV : Répartition des patientes selon leur état général à l'admission**

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	97	72.90
Passable	28	21.10
Altéré	8	6
TOTAL	133	100

3- 2. La température de la mère à l'admission.**Tableau XV : Répartition des patientes selon la température à l'admission**

Température	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 37.5	113	84.97
38 – 39	16	12.03
> 39	4	3
TOTAL	133	100

3- 3. La tension artérielle à l'admission.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'admission

TA (mm hg)	Effectif absolu	Pourcentage
70/ 50	8	6.02
100 / 70	32	24.06
120 / 80	86	64.66
140 / 90	6	4.51
220 / 180	1	0.75
TOTAL	133	100

La tension artérielle 120 / 80 mm hg a été retrouvée chez 86 patientes, soit 64.66%.

3- 4 Le pouls à l'admission

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le pouls à l'admission

Pouls	Effectif absolu	Pourcentage
< 100	77	58.3
≥ 100	46	34.15
Filant	7	5.3

Imprenable	3	2.25
TOTAL	133	100

3- 5 La coloration des conjonctives à l'admission

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif absolu	Pourcentage
Colorées	105	78.94
Pales	28	21.06
TOTAL	133	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
< 37 SA	12	9.02
37 – 42 SA	121	90.98
TOTAL	133	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon les bruits du cœur foetal

BDCF	Effectif absolu	Pourcentage
< 120	26	22.22
120 - 160	59	50.43
> 160	8	6.84

Absent	24	20.51
TOTAL	133	100

La tranche 120 – 160 des BDCF a été dominante, soit 50.43%.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux

Etat membranes	Effectif absolu	Pourcentage
Intact	16	13.9
Rompue dans le service	76	66.1
Hors du service	23	20
TOTAL	115	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail	Effectif absolu	Pourcentage
Latence	8	7
Active	102	88.7
Expulsive	5	4.3
TOTAL	115	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la nature du liquide amniotique

Liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	78	78.79
Méconial	14	14.14
Hématique	7	7.07
TOTAL	133	100

4. Pathologies Retrouvées :**Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu**

Diagnostic retenu	Effectif absolu	Pourcentage
Dystocies mécaniques*	49	36.84
Souffrance fœtale aigue	22	16.54
Pré rupture utérine	17	12.79
Placenta prævia	10	7.51
Hémorragie du post partum	12	9.03
Hématome rétro placentaire	8	6.06
Rupture utérine	5	3.75
Hémorragie de la délivrance	3	2.25
Procidence du cordon	2	1.5
Procidence du bras	3	2.25
Eclampsie	1	0.75
Rétention de la tête dernière	1	0.75
TOTAL	133	100

Les dystocies mécaniques sont représentées par :

Les bassins dystocique : BGR : 10 cas (7.52%) ; Bassins limites : 3 cas (2.57%)

Disproportion foeto- pelvienne : 9 cas (6.76%) ; Dilatations stationnaires sur utérus cicatriciel : 4 cas (3.01%)

Les présentations dystociques : positions transversales : 6 cas (4.51%) ; présentations de l'épaule : 8 cas (6.01%) ; présentations du front : 3 cas (2.25%) ; présentations de la face : 2 cas (1.50%).

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu

Concordance	Effectif absolu	Pourcentage
OUI	58	51.78
NON	54	48.22
TOTAL	112	100

Dans 54 cas, soit 48.22%, il n'y avait pas de concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu.

IV- TRAITEMENT

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le type de traitement institué

Type de traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Traitement chirurgical	110	82.71
Traitement médical	23	17.29
TOTAL	133	100

Le traitement chirurgical a été le plus pratiqué soit 82.71%

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le mode thérapeutique appliqué

Thérapeutique appliquée	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	85	63.90
Césarienne + transfusion	10	7.57
Transfusion sanguine	12	9.02
Ventouse	05	3.75
Curage manuel	03	2.25
Grande extraction du siège	03	2.25
Hysterorraphie	05	3.75
Hystérectomie*	02	1.5
Suture des parties molles	07	5.26
Anticonvulsivants + Antihypertenseurs	1	0.75
TOTAL	133	100

NB* : Nous avons pratiqué 2 hystérectomies subtotales pour placenta percreta et infection utérine avec nécrose étendue secondaire à une hydrocéphalie qui a entraîné six jours de travail dystocique.

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indications de la césarienne	Effectif absolu	Pourcentage
Dystocies mécaniques*	45	47.38
Pré rupture	17	17.89
SFA	14	14.73
Placenta praevia	10	10.52
HRP	4	4.21
Dilatation Stationnaire	5	5.27
TOTAL	95	100

La dystocie mécanique a représentée 47.38% des indications de la césarienne

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 1	9	6.77
2 - 7	110	82.7
8 - 14	8	6.02
≥ 15	6	4.51
TOTAL	133	100

La durée moyenne d'hospitalisation est de 6 jours.

V- PRONOSTIC

1. Maternel

1.1. Morbidité

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

Nature de la complication morbide	Effectif absolu	Pourcentage
Anémie	40	86.97
Suppuration et lâchage pariétale	4	8.69
Endométrite	2	4.34
TOTAL	46	100

L'anémie a été la complication la plus fréquente, soit 86.97%

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction des complications par rapport à la durée de transport

Complications	Complicqués		Non compliqués		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Durée de Transport						
< 2 heures	7	19.44	67	69.07	74	55.64
> 2 heures	29	80.56	30	30.93	39	44.36
Total	36	100	97	100	133	100

Khi2 non corrigé : 26.20 P = 0.0000003

Une relation statistique hautement significative existe entre les complications et la durée du transport (P < 0.05)

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine en urgence

Taux d'hb	Effectif absolu	Pourcentage
≥ 11 g / dl	6	12.78
10.5 – 7 g / dl	19	40.42
< 7 g / dl	22	46.8
TOTAL	47	100

Dans 46.8% le taux d'hémoglobine effectué en urgence était inférieur à 7g / dl

Tableau XXXIII: Répartition des patientes transfusées selon le nombre de poches honorées

Besoin de transfusion	Effectif absolu	Pourcentage
1	7	31.81
2	11	50
3	4	18.19
TOTAL	22	100

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon l'état de transfusion

Etat de transfusion	Effectif absolu	Pourcentage
Satisfait	14	63.63
Non satisfait	8	36.37
TOTAL	22	100

Le besoin de sang en urgence n'était pas satisfait dans 36,37%

1.2. Mortalité :

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon leur devenir

Devenir	Effectif absolu	Pourcentage
----------------	------------------------	--------------------

Vivante	124	93.23
Décédée	09	6.76
TOTAL	133	100

Le ratio de mortalité maternelle est de 10465 pour 100000 naissances vivantes.

Tableau XXXVI : Répartition des patiente selon la cause du décès

Cause de décès	Effectif absolu	Pourcentage
Choc hémorragique*	6	66.7
Anémie	2	22.2
Arrêt cardiaque post anesthésique	1	11.1
TOTAL	9	100

*Hémorragie de la délivrance 2 cas, Rupture utérine 3 cas, HRP 1cas

Le choc hémorragique a été la première cause de décès : 06 cas soit 66.7% suivi de l'anémie 02 cas soit 22.2 %.

La létalité de l'hémorragie de la délivrance est de 66,66%, **cause immédiate**

La létalité de la rupture utérine est de 60%, **cause immédiate**

La létalité de l'hématome rétroplacentaire est de 12,5%, **cause immédiate**

La létalité de l'anémie est de 5%, **cause indirecte**

Tableau XXXVII : Répartition des patientes en fonction de leur devenir par rapport à la durée de transport

Durée de Transport	Devenir des Patientes		Total
	Vivantes	Décédées	
	Effectif Pourcentage	Effectif Pourcentage	Effectif Pourcentage

< 2 heures	100	80.65	02	22.22	102	76.69
> 2heures	24	19.35	07	77.78	31	23.31
Total	124	100	09	100	133	100

Test exact de Fisher P = 0.00052

Il existe une relation statistique hautement significative entre le devenir des patientes et la durée de transport (P <0.05)

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes en fonction de leur devenir par rapport à la CPN.

Devenir des patientes	Vivantes		Décédées		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
CPN						
OUI	90	72.58	03	33.33	93	69.92
NON	34	27.42	06	66.67	40	30.08
Total	124	100	09	100	133	100

Test exact de Fisher P = 0.021

Il existe une relation statistiquement significative entre le devenir des patients et la CPN (P < 0.05)

Tableau XXXIX : Analyse multivariée des facteurs influençant le décès maternel incluant les variables : age, évacuation, parité

Variables	Référence	B	E.S.	P	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0%	
						Inférieur	Supérieur
20 – 24 ans	Référence	-,214	1,100	,846	,808	,094	6,973
≥ 35 ans		-,615	1,554	,692	,541	,026	11,377
Evacuation		1,191	,909	,190	3,291	,554	19,530
Parité 0 - 1	Référence			,799			
Parité 2 - 3		,709	1,273	,577	2,033	,168	24,634
Parité 4 - 5		,834	1,100	,448	2,303	,267	19,884
Parité ≥ 6		,927	1,288	,472	2,526	,202	31,533
	Constante	,874	1,064	,411	2,396		

Le Pseudo R de Nagelkerke = 9.3%, ce qui signifie que le risque de décès maternel est de 9.3% par rapport aux variables analysées

Khi² de Hosmer – Lemeshow = 5.496 ; Signification 7.03%

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre ces variables et le décès maternel parce que la valeur de P supérieure à 0.05

2. Foetal

Tableau XL : Répartition des nouveaux-nés selon leur état à la naissance

Etat du nouveau-né	Effectif absolu	Pourcentage
Vivant	86	73.52
Mort-né	26	22.22
Mort- né macéré	3	2.56
Décès néonatal	2	1.7
TOTAL	117	100

Le taux de mortinaissance est de 252.17 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité néonatale est de 23.25 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité périnatale est de 269.56 pour 1000 naissances vivantes.

Tableau XLI : Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'Apgar

Apgar	Effectif absolu	Pourcentage
1 - 4	2	2.27
5 - 7	47	53.4
≥ 8	39	44.33
TOTAL	88	100

Les nouveaux-nés dont l'Apgar est compris entre 5 et 7 ont été référés au service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE ; les suites ont été bonnes dans 32 cas et dans 15 cas le rétro information n'a pas été effectué par les parents.



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. LA FRÉQUENCE

Au cours de notre étude nous avons enregistré 133 urgences obstétricales sur un total de 288 accouchements en 12 mois, soit 46.18%.

Cette fréquence peut s'expliquer par le fait que le cercle de Kolokani couvre assez de CSCOM (22) d'une part et sa superficie (14380 km) d'autre part.

Notre fréquence est sensiblement supérieure à celle de SIDIBE I.M [40] : 42.89%.

Cependant elle est nettement inférieure à celle de CAMARA S. [26] : 62.83%.

Des fréquences très inférieures ont été rapportées par DOUGNON.F [14] :28.5% ;

SIDIBE.D [16]: 17.15%; COULIBALY.M.S [39]: 16%.

Cette baisse progressive est le témoin d'une amélioration des infrastructures socio sanitaires entre autre la création de nouveaux CSCOM, l'application assez correcte du système de référence/évacuation au niveau local, le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité materno-fœtale.

II. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Age

La tranche d'âge de 20 à 35 ans est la plus nombreuse dans notre étude (84.2%).

Elle correspond à la période d'activité génitale.

2. Niveau socioprofessionnel

96.2% de nos patientes étaient mariées,

97.7% de nos patientes étaient des ménagères. Cela peut s'expliquer par le fait que la majeure partie de ces femmes subit le mariage de façon précoce.

3. Facteurs de risque

3.1. La parité

Les nullipares représentent 9% dans notre étude.

Les grandes multipares représentent 20.3% dans notre série. Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et rapprochées. Notre taux est inférieur au taux de SIDIBE D. [16] : 23.71%, par contre supérieur à celui de THIERO M. [17] : 11.9%.

3.2. Caractéristiques obstétricales

54 % de nos patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale d'après la figure 4 ; 40 % de nos patientes avaient fait moins de 4 CPN contre 6 % pour $CPN \geq 4$. Ce résultat peut s'expliquer par les problèmes économiques et socioculturels.

Notre taux est supérieur à celui de SIDIBE D. [16] qui a trouvé 43.03%.

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

III. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RETROUVEES SONT :

1. Les dystocies

1.1. Les bassins dystociques

Ils sont représentés par les BGR, les bassins limites et les bassins asymétriques.

Les bassins pathologiques représentent 9% dans notre étude. Cela peut s'expliquer par l'amélioration des conditions alimentaires et la lutte contre la poliomyélite dans notre région. Ce pourcentage est très inférieur à ceux de SAMAKE Y. [6] 15.36 %, et de DOUGNON F. [14] : 19.49 %. Notre pourcentage est superposable à ceux de SIDIBE D. [16] (10.09%); de DICKO S. [19] (9.35%) et de CAMARA S. [26] (9.09%); KANTE F. [27] a trouvé 22.68 % des causes dystociques.

1.2. Les présentations dystociques

Il peut s'agir de présentation transversale, de présentation frontale, de présentation de la face. Sa fréquence sur l'ensemble des accouchements du service est de 6.60 %.

Notre pourcentage de 14.28% des urgences est supérieur à ceux de SIDIBE D. [16] : 7.45% et de CAMARA S. [26] : 6.97% ; cependant très inférieur à celui de BERTHE.S. [28] : 41.25%.

2. La souffrance fœtale aiguë

Sur l'ensemble des accouchements du service une fréquence de 7.64% a été obtenue par rapport à la SFA. Par contre la fréquence globale de césarienne pour cette pathologie au cours de notre étude est de 20.95 %. Ce taux est largement supérieur à ceux retrouvés par SIDIBE D. [16] : 4.83% et COULIBALY.M.S

[39] :6.60% ; GANDZIEN.P et COLL. [31] : 17.3% ; par contre DIALLO Y. et COLL. [31] ont trouvé 23.5 %.

Notre taux de mortalité foetale de 17.60 % est largement supérieur au taux de DIALLO Y. et COLL. [31] : 9.1 %. Cependant des taux plus élevés que le nôtre ont été trouvés au Mali : DOUGNON F. [14] : 40 % ; DICKO S. [19] : 29.4 % et SIDIBE D. [16] : 21.4%.

Ce taux élevé dans notre série peut s'expliquer par le retard dans la prise de décision des structures périphériques et de l'état défectueux des routes.

3. Les hémorragies :

La fréquence de la rupture utérine est de 1.74% sur l'ensemble des accouchements dans notre étude. La rupture utérine est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusive d'ocytocine. Notre fréquence est supérieure à celles de SIDIBE D. [16], SAMAKE Y. [6], DICKO S. [19] qui ont trouvé respectivement : 0.8%; 0.68% et 0.61 %. Par contre elle est très inférieure à celles trouvées par les auteurs comme DOUGNON F. [14] : 2.02 %; TRAORE Y. [20] : 3.8 %.

Dans notre étude, il existe assez de grandes multipares, terrain favorable à la rupture utérine à cause de la fragilité du muscle utérin.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème sérieux de santé publique engendrant une lourde mortalité et morbidité feoto-maternelles.

Dans notre étude la fréquence du placenta prævia est de 3.47 % sur l'ensemble des accouchements effectués dans le service. Le placenta prævia se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [21].

Cette fréquence est supérieure à celle de DOUGNON F. [14] : 2.16 % et nettement à celles de SIDIBE D. [16] : 0.98% et de SAMAKE Y. [6] : 0.62 %. MAGALOU B. [15] a trouvé une fréquence de 7.8 %; donc nettement supérieure à la notre.

Notre taux de mortalité fœtale 17.6 % est très inférieur au taux de SIDIBE D. [16] : 42.31%; inférieur à celui de DICKO S. [19] : 24 % par contre supérieur à ceux cités par AYOUBI D.J.M. et PONS J.C. [22] qui est de l'ordre de 5-10 %, Selon ces auteurs le placenta prævia survient dans moins de 1 % des grossesses.

La fréquence des hémorragies de la délivrance sur l'ensemble des accouchements du service est de 1.04 %.

Des fréquences élevées ont été rapportées par LANKOANDE J. et COLL. [24], ABOULETH A.R. et COLL. [25] avec respectivement 2.2 % et 1.36 %, supérieure à la notre. Cependant DOUGNON F. [14] a trouvé 0.58 % ; DIALLO D. et COLL. [23] : 0.58 % ; SIDIBE D. [16] 0.30%.

Malgré cette réduction progressive de la fréquence des hémorragies de la délivrance; elle demeure élevée dans notre série et constitue une situation qui mérite une attention particulière.

4. L'hypertension artérielle et ses complications :

4.1. L'éclampsie

Au cours de notre étude, 1 cas d'éclampsie a été enregistré soit 0.34% des accouchements.

Notre fréquence de 0.34 % est superposable à celle de SIDIBE D. [16] : 0.45 mais inférieure à celle de DOUGNON F. [14] : 0.81 %, LANKOUANDÉ et COLL. [24] ont trouvé 0.89 %, KANTÉ F. [27] : 0.70 %.

4.2. L'hématome rétro placentaire

La fréquence obtenue par rapport à l'HRP sur l'ensemble des accouchements est de 2.78 %.

Notre taux de mortalité maternelle est de 0.75%.

MANDRAS cité par COULAU JC et UZANS [29] rapportent une mortalité maternelle de 4.28 % pour une série de 110 HRP.

Dans une série représentative provenant du CHU de Bangui la mortalité maternelle de l'HRP se situe aux alentours de 6% [9].

Notre taux de mortalité fœtale est nettement inférieur à ceux de SIDIBE D. [16] : 100% et d'AKPADZA K et COLL. [30] : 75.45%.

IV. LE TRAITEMENT INSTITUE

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le cadre d'une prise en charge rapide de ces urgences, le système de kit opératoire était mis en place.

Dans 110 cas soit 82.71% la prise en charge a été chirurgicale. Dans cette prise en charge, les interventions les plus pratiquées ont été :

- La césarienne 95 cas soit 71.47%
- L'hystérorraphie 5 cas soit 3.75%
- ventouse 5 cas soit 3.75%
- Hystérectomie 2 cas soit 1.50%. Nous avons pratiqué 2 hystérectomies subtotaux pour placenta percreta et infection utérine avec nécrose étendue secondaire à une hydrocéphalie qui avait entraîné six jours de travail dystocique.

Notre taux de césarienne est supérieur à ceux de THIERO M. [17] : 57.5% et de SIDIBE D. [16] : 43.16%. Cela peut s'expliquer par la fréquence élevée de la dystocie mécanique et aussi la gratuité de cette intervention.

Dans 23 cas soit 17.29% la prise en charge a été médicale, dans cette prise en charge la transfusion sanguine a été le moyen le plus utilisé soit 95.65%.

Toutes les patientes ayant subi une révision utérine ont reçu l'ocytocine.

Sur un total de 22 cas dont le besoin en transfusion a été exprimé en urgence, 8 n'ont pas été satisfaits soit 36.37%.

Les cas d'endométrite et de suppuration ont bénéficié d'une antibiothérapie

V. LE PRONOSTIC

1. Pronostic maternel

1.1. Morbidité

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques cas de complications ont été enregistrés avec 46 cas soit 34.58% de nos patientes.

Elles sont dominées par l'anémie 86.97 %, la suppuration et lâchage pariétale 8,69%, endométrites 4.34%

Notre taux d'endométrite est nettement inférieur à celui trouvé par DISSA L. [34] soit 28.21%.

Le taux de suppuration et lâchage pariétales trouvé par DISSA L. [34] : 46.15% est largement supérieur à celui trouvé dans notre série 8.69%. Cela pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité de l'asepsie.

1.2. Mortalité

Dans notre étude nous avons enregistré 09 décès maternels soit 6.76%, ce taux est nettement inférieur à ceux de CISSE S. A [42] : 11.03% ; de DICKO S. [19] : 11.25% et de DOUGNON F [14] : 11.95%.

L'état général altéré des patientes aggravé par les conditions difficiles de la référence et parfois le manque de sang explique le taux élevé de la mortalité maternelle. Par contre des taux très inférieurs ont été obtenus par COULIBALY.M.S [39] : 2.03% et SIDIBE.D [16] 4.61%.

Les facteurs de risque de ces urgences sont constitués par l'absence de surveillance pendant la grossesse, l'âge, la parité, l'évacuation.

Les principales causes de décès ont été :les hémorragies première cause de mortalité maternelle dans notre étude soit 66.7 % ; suivies de l'anémie 22.2% Notre fréquence est largement supérieure à celle de SEPOU A. et COLL. [36] ou les hémorragies ont constitué la première cause de mortalité maternelle soit 29.75 %.

2. Pronostic foetal

2.1. Morbidité

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 55.70%. Tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

2.2. Mortalité

31 cas de mort-né et de décès néonatal ont été enregistrés sur un total de 117 accouchements effectués soit 26.50%. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par :

- le retard d'évacuation chez certaines patientes et leur prise en charge
- certaines complications imprévisibles (l'HRP, la rupture utérine, la SFA)

Cette fréquence est nettement inférieure à celles de SIDIBE D. [16] : 45.79% ; de DOUGNON F. [14] : 35.34% ; et de CISSE S. A [42] : 33.45%



***CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS***

CONCLUSION

Du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009, nous avons enregistré 133 urgences obstétricales sur un total de 288 accouchements, soit une fréquence de 46.18%.

Les facteurs de risque de ces urgences sont constitués par :

L'âge (20-35 ans) : 84.2%; la parité (paucipares) avec 30.1%; les conditions d'évacuation (distance à parcourir, moyen de transport,)

Parmi les 133 urgences, les évacuations ont constituées 84.21%.

Les principales pathologies rencontrées sont :

- la dystocie mécanique : 36.84% ;
- la souffrance fœtale aigue : 16.54% ;
- la pré-rupture utérine : 12.79% ;
- l'hémorragie du post partum : 9.03% ;
- le placenta prævia hémorragique : 7.51%;
- l'hématome rétro placentaire : 6.06%
- la rupture utérine : 3.75%

La césarienne a été l'intervention la plus pratiquée au cours de notre étude avec 95 cas soit 71.47%.

Nous avons recensé 09 décès maternels soit une mortalité maternelle globale de 6.76%.

La mortalité fœtale globale est de 26.5%.

Les hémorragies, occupent la première place parmi les causes de mortalité maternelle liées à la pathologie obstétricale.

RECOMMANDATIONS

1. Au Ministère de la santé

- Doter les centres de santé communautaire et de référence des compétences obstétricales (sage femme, gynécologue obstétricien).

- Assurer la disponibilité de sang « mini- banque de sang » dans les Centre de Santé de Référence pour des possibilités transfusionnelles rapides car de nos jours, l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.

2. Aux autorités municipales

- Améliorer l'état des routes, pour garantir l'évacuation rapide des patientes.

3. Aux sages femmes

- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse ;

- Evacuer à temps les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge.

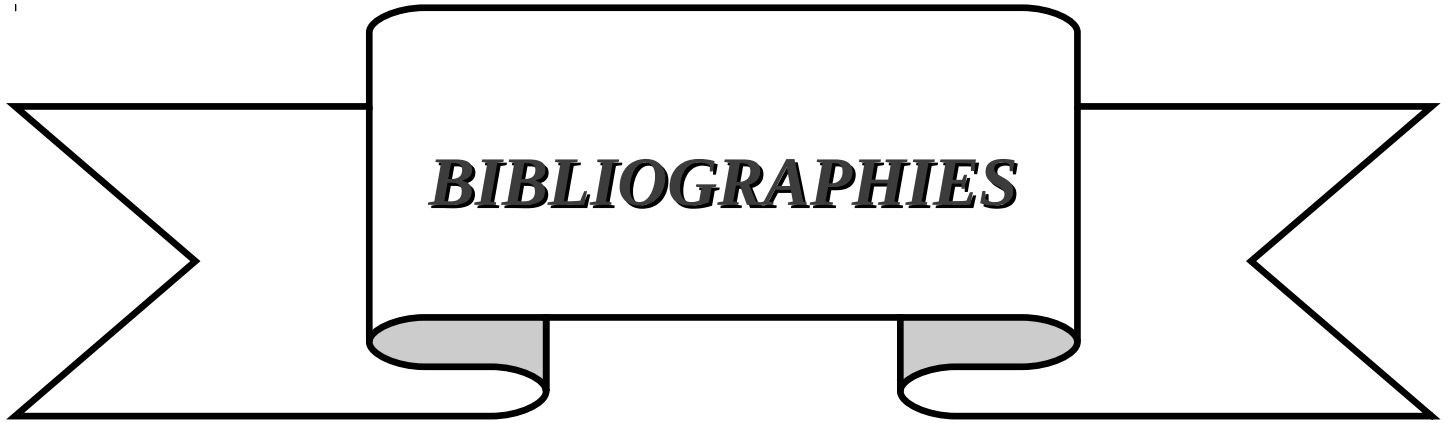
5. aux gestantes

- Fréquenter de manière assidue les CPN ;

- Accoucher dans les centres de santé.

6. à la population

- Faire don de sang.



BIBLIOGRAPHIES

1. GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

USAID/ du peuple Américain / Mali .2008 ; 103P.

2. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant » Genève 2005, 261P

3. BOHOUSSOU M. K.; AW O.T.; ANONGBAS et COLL.

La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum.
Etude hospitalière Afr Medecine, 1986,25,239,(125 – 130)

4. EDS IV : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 2007.

Enquête démographique et de santé au Mali 2007. Calverton, Maryland, USA.
Edition 2007, 497P

5. Ministère de la Santé de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population décembre1990

6. SAMAKE Y.

Approche épidémio-Clinique des urgences Gynéco obstétricales à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou. De janvier 2000 à décembre 2000. Thèse de médecine 2002 N° 11

7. Emile Papiermik. Dominique Cabrol. Jean Claude Pons

Obstétrique “ Morbidité et mortalité maternelle par **H. Fernandez. L. Houllemare**”

Edition Flammarion P 1584

8. LANSAC J., C. BERGER. C. MAGNIN :

Obstétrique pour le praticien 4^{ème} édition Paris ; édition Masson 2003.P 469

9. Hervé Fernandez. Michel Cosson. Emile Papiermik.

Obstétrique essentielle éditions pradel Paris 1996. P 276 (102- 104)

10. R. Merger. J. Levy. J. Melchior.

Précis d'obstétrique 4^{ème} édition Paris ; édition Masson 1974.P 676

11. SEGUY B. et J. H. BAUDET

Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine : 1983. N° 4903 _ 263 P ;

12. MERGER R. et Coll.

Précis d'obstétrique édition Masson (6^{ème} édition) Paris 1995 P 595(262-266)

13. MILLIER J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3^{ème} édition 1989.

14. DOUGNON. F

Contribution à l'étude des urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité de l'hôpital National du Point « G ». Thèse de Médecine Bamako 1989 N° 64

15. MAGALOU B.

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine FMPOS 2002 N°: 142

16. SIDIBE D.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital régional de Sikasso en 2004 à propos de 456 cas. Thèse de médecine 2006

17. THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE : à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 1995 N° 17

18. CISSE M. L et COLL.

Bilan épidémiologique et pronostic materno-fœtal des activités gynéco obstétricales en zone semi- rurale (KOLDA) du 15 juillet 1999 au 15 janvier 2000.

19. DICKO S.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régionale de Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako 2001 N° 101

20. TRAORE Y.

Les ruptures utérines à l'hôpital national de Point « G ». Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 180 cas. Thèse de médecine Bamako 1996 N : 27

21. DIARRA O.

Les urgences obstétricales dans le service de gyneco-obstetrique de l'hôpital du Point G. Thèse Med. Bamako 2000 n°177, 81p.

Dossier santé publique 1999 volume 11 N° :2 pp 193 – 201.

22. AYOUBI D.J.M., J. C. PONS.

Hémorragies génitales : hémorragies du 3 eme trimestre de la grossesse

Corpus médical Faculté de médecine de Grenoble 1999 N° 15 volume VII

23. DIALLO D. et COLL.

Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar.

Recueil des résumés. 4eme congrès de la SAGO, 3eme congrès de la SIGO

Du 09 – 13 /12/1996 à Abidjan

24. LANKOANDÉ J. et COLL.

Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier national Yaldago OUEDRAOGO de Ouagadougou. Aspect clinique et évolutif à propos de 108 cas.

Recueil des résumés : 4° congrès de la SAGO 3° congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

25. ABOULETH AR. et COLL.

Les hémorragies du post partum immédiat. Etiologie et pronostic : A propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de COCODY

Du 1^{er} janvier 2000- 28 février 2001

26. CAMARA S.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude.

Thèse de médecine Abidjan 1986 N° : 714

27. KANTE F.

Grossesses et accouchements à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du Point G à propos de 723 cas

Thèse de médecine Bamako : 1997 No : 27

28. BERTHE S.

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique)

Thèse de médecine Bamako 1983 N° 9

29. COULAU J. C. et UZANS.

Hématome rétro placentaire ou DPPNI :

Encycl. Méd. Chir. (Paris- France) obstétrique 5071 A 10 6 1985, 10 P.

30. AKPADZA k. et COLL.

L'hématome rétro placentaire (HRP) à la clinique de gynécologie- obstétrique du CHU Tokoin Lomé (Togo) de 1988- 1992.

Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6)

31. DIALLO Y et COLL. :

Souffrance fœtale aigue au cours des indications de la césarienne : aspect épidémiologique et étiologique, pronostic fœtal à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace deen de Conakry.

Recueil des résumés : VIIe congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SOMAGO du 12-17/01/2003 à Bamako – Mali.

32. GANDZIEN P. C, EKOUNZOLA J. R.

La césarienne à l'hôpital de base de TALAGAI (Brazzaville) Congo du 1^e juillet 2001 au 31 décembre 2001.

33. THIERO M.

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURE : à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 1995 N° 17

34. DISSA L.

Etude épidémio- clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas. Thèse de Med. Bamako 2005 N°110, 68p

35. SIDIBE M.

Les ruptures utérines : Expériences d'une structure de deuxième référence (le service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital régional de Sikasso) .Thèse de médecine 2000 N° 1000.

36. SEPOU A. et COLL.

Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de BANGUI.

Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 9-13/12/1996 Abidjan.

37. LANKOANDE J. et COLL.

Les hémorragies de la délivrance à la maternité du centre hospitalier National Yaldago OUEDRAOGO de Ouagadougou : à propos de 263 cas. Recueil des résumés : 4^e congrès de la SAGO, 3^e congrès de la SIGO du 09 – 13 /12/1996 à Abidjan

38. SANGARE A. G.

Hypertension artérielle gravidique et éclampsie à Bamako. Thèse de Med ENMP Bamako 1985 N° 15

39. COULIBALY M. S.

Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas. Thèse de Méd.Bamako 2007 N° 251

40. SIDIBE. I. MANDE.

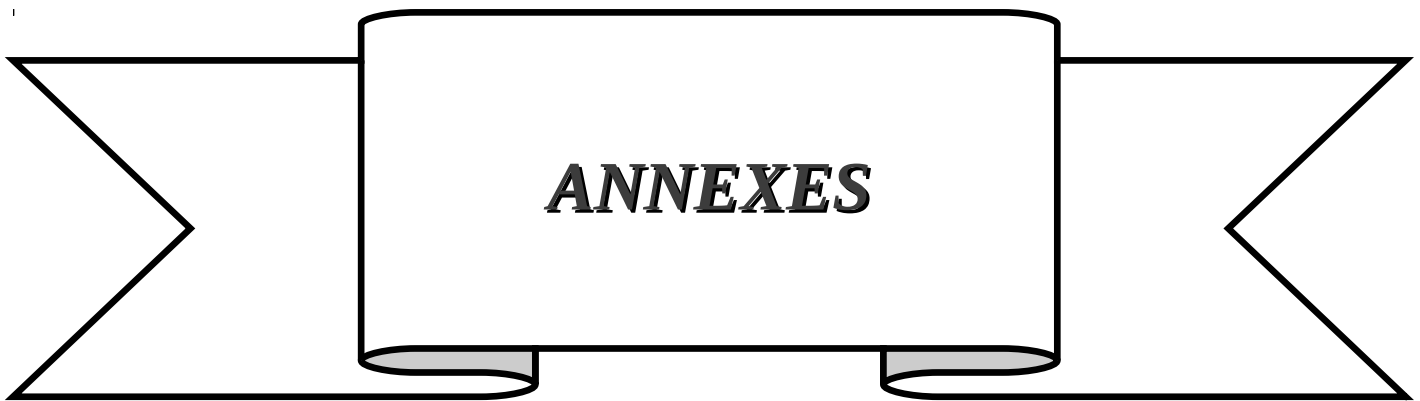
Les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de Bougouni Etude prospective de 2005 à 2006 à Propos de 329 cas Thèse de Méd.Bamako N° 312

41 MORO. Y.

Relation entre éclampsie et condition socio-économiques : étude de 28 cas au sein du service des urgences et réanimation de l'hôpital National Gabriel TOURE. Thèse de médecine Bamako 1999 N° 42

42. CISSE. S.A

Prise en charge et pronostic des urgences obstétricales à l'hôpital régional SOMINE DOLO de Mopti à propos de 281 cas. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2007 N° 300, 88P



Annexe 1 : Fiche d'enquête

Thème : La prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Kolokani à propos de 133 cas.

Identification de la patiente Nom :..... Prénom :.....

Q-1 – âge en année N°.....

1 : (≤ 19) ; 2 : (20 –34) ; 3 : (≥ 35)

Q-2 – Ethnie 1 : Bamanan ; 2 : Sarakolé ; 3 : Malinké ; 4 : Peuhl ; 5 : Maure
6 : Autres

Q-3 Nationalité 1 : Malienne 2 : Autres Si autres préciser

Q-4 Résidence 1 : Kolokani ville 2 : Périphérie (à préciser.....)

Q-5 Profession de la patiente 1 : Ménagère ; 2 : élève/étudiante
3 : Fonctionnaire; 4 : Aide ménagère

Q-6 Profession du conjoint : 1 : cultivateur ; 2 : commerçant ;
3 : Fonctionnaire ; 4 : ouvrier ou autres

Q-7 Statut matrimonial 1 Mariée ; 2 : célibataire; 3 : Divorcé ; 4 : Veuve

Q-8 Revenu par mois du foyer : 1 : extrême 2 : moyen 3 : minimum

Q-9 Mode d'admission : 1 : Evacuée ; 2 : Venue d'elle même;
3 : référence interne

Si évacuée ; motif :

1 Dystocie ; 2 : Hémorragie ; 3 : SFA ; 4 : Hémorragie de la délivrance ;
5 Hémorragie ; 6 : Douleur pelvienne ; 7 : Eclampsie ; 8 : Anémie sur grossesse
9 : CUD ; 10 : Autres

Si évacuée , temps mis a destination en heures : 1 : Demi- heure; 2 : (1-2) ;
3 : (3-4) ; 4 : >4

Si venue d'elle même ; motif :

1 : CUD, 2 : hémorragie; 3 : Douleur pelvienne; 4 : Crise convulsive ;
5 : Autres

Q-10- Système d'alerte : 1 : Rac ; 2 :Téléphone ; 3 : Autres

Q-11- Moyen ou condition d'évacuation :

1 : Ambulance 2 : véhicule collective ou taxi 3 : véhicule personnel 4 : Moto

Q-12- support de référence : 1: Partogramme, 2 : fiche d'évacuation , 3 : lettre
4 : sans documents

Q-13- Provenance

Q-14- 1 : CSCOM central ; 2 : Sebecoro ; 3 : Nonssombougou ; 4 : Nonkon
5 : Tioribougou ; 6 : Didiéni ; 7 : Wolodo ; 8 : Guihoyo ; 9 : Autres à préciser

Q- 15- Distance parcourue en Km :

1 : < 5 ; 2 : 5 – 24 ; 3 : 25- 49 ; 4 : ≥ 50

Q-16- Agent de l'évacuation ou de la référence

1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmiers 4 : Matrone 5 : autres.

II- Données cliniques :

Q-17- Antécédent médicaux

1: HTA, 2 : Anémie 3 : bilharziose; 4 : Diabète; 5 :Tuberculose;
6 : Autres

Q-18 –Antécédents chirurgicaux

1 : Appendicectomie; 2 : péritonite; 3 : Césarienne; 4 : Myomectomie ; 5 :
Curetage; 6 : Autres

Q-19- Antécédent gynéco-obstetricaux

1 : Fibrome utérin; 2 : Salpingectomie; 3 : kystectomie; 4 : Infection
générale; 5 : Avortement; 6 : Plastie tubaire; 7 : Malformation génitale

Q -20- Gestité

1 : Primigeste ; 2 : Paucigeste ; 3 : Multigeste ; 4 : Grande multigeste

Q- 21 - Parité :

1 : nullipare ; 2 : Primipare; 3 : Pauci pare ; 4 : Multipare ; 5 : Grande
multipare

Q-22- Nombre d'enfant vivants

1 : (≤ 1) 2 : (2-3) 3 : (4-5) 4 : (≥ 6)

Q-23- Nature de la grossesse actuelle :

1 : pathologique ; 2 : non pathologique

Q-24- age gestationnel

1 : inférieur à 38 SA ; 2 : 38- 42 SA

Q-25- Nombre de CPN : 1 : (0) 2 : (1-3) 3 : (≥4)

III EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

3-1- Signes généraux

Q- 26- Etat général : 1 : bon ; 2 : passable ; 3 : altéré

Q- 27- Coloration des conjonctives : 1 : colorées; 2 : pâles

Q-28- Fièvre : 1 : (37,5-38,5) 2 : (≥ 39) 3 : Pas de fièvre

Q-29- Pelviaigie 1 : Modérée 2 : Intense 3 : très intense

Q-30- Tension artérielle < 140 / 90

Q-31- HTA 1 : Modérée ; 2 : sévère

Q-32- Pouls : 1 : 100 bts / mn, 2 : (100 - 120) 3 : Filant 4 : imprenable

Q-33- Toucher Vaginal

1 : Dilatation incomplète 2 : Dilatation complète 3 : Col ferme

Q-34 -Examen au spéculum ; Col sain : 1 Oui 2 : Non

Q-35- Métrorragie

1 : Minime 2 : Moyenne 3 : Abondante 4 :Très abondante 5 : Non

3.2 SIGNES CARDIO –VASCULAIRES

Q-36- Tachycardie 1 : oui 2 : Non

Q-37- Etat de choc 1 : oui 2 : Non

3.3- signes neurologies

Q-38- Agitation 1 : oui 2 : Non

Q-39- Obnubilation 1 : oui 2 : Non

Q-40 - Coma 1 : oui 2 : Non

3.4 - Etat de la femme en travail :

Q-41- Durée du travail en heures :

1 : (≤ 12) 2 : (13 –18) 3 : (19 –24) 4 : (25 –48) 5 : >48
6 :inconnue

Q-42 –Phase du travail d'accouchement

1 : phase de latence 2 : phase active 3 : phase expulsive

Q-43- Niveau de la présentation : 1 : engagée 2 : non engagée

3-5 Etat de l'enfant pendant le travail

Q – 44- présentation

1 : Céphalique 2 : Transverse ou épaule 3 : Siège front 4 :
Face

Q-45- BDCF :

1 : présent < 120 2 : 120-160 3 : > 160 4 : absent

Q-46 – Etat des membranes :

1 : intactes 2 : Rompues dans le service; 3 : rompues hors de service
(préciser délais)

Q-47 –Aspect du liquide

1 : clair; 2 fluide; 3 : méconial, épais; 4 : Hématique

Q-48- Nombre de fœtus :

1 : Mono fœtal 2 : Gémellaire 3 : ≥ 3

IV Examens complémentaires :

Q 49 Tx d'Hémoglobine en urgence

1 : > 10.5g/dl ; 2 : 7- 10.5g/dl ; 3 : < 7g/dl

Q-50 Groupage- rhésus en urgence 1 : oui 2 : non

Q-51 Echographie : préciser résultat (anomalie):

V- Diagnostic

Q-52- Diagnostic retenu

1 : SFA ; 2 : rupture utérine ; 3 : PPH ; 4 : HRP ; 5 : hémorragie de la délivrance
6 : lésion des parties molles ; 7 : présentation dystocique ; 8 : DFP 9 : dystocie
10 : éclampsie ; 11 Autres à préciser.....

Q- 53- Concordance entre motif d'évacuation et diagnostic retenu

1 : oui ; 2 : Non

VI Modes thérapeutiques

Q-54 - hémorragie de la délivrance

1 : Révision utérine ; 2 : examens sous valve ; 3 : transfusion sanguine
4 : perfusion de macromolécules 5 : administration d'utérotoniques

Q-55- Lésion des parties molles :

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

Q-56- Présentation dystocique

1 : Césarienne 2 : extraction par manoeuvre

Q-57- Dystocie

1 : Césarienne 2 : Extraction instrumentale 3 : Extraction par manoeuvre

Q-58- PPH ou HRP

1 : Amniotomie 2 : perfusion d'ocytocine 3 : césarienne

Q-59- SFA

1 : Ventouse 2 : Césarienne ; si oui type d'anesthésie -----
perfusion de soluté -----
transfusion sanguine-----

Q-60- Rupture utérine

1 : Hysterorraphie 2 : Hystérectomie

VII- Evolution et pronostic :

Q- 61- pour l'enfant ; 1 : vivant 2 : Mort-né 3 : décès néonatal

NOM : SANOGO

PRÉNOM : LAMINE

TITRE DE LA THESE : prise en charge des urgences obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Kolokani à propos de 133 cas.

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEURS D'INTERET : Obstétrique, santé publique.

RÉSUMÉ : Notre étude transversale avec collecte prospective s'est déroulée dans la maternité du centre de santé de référence de Kolokani du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009 soit 12 mois.

L'objectif principal était d'évaluer la prise en charge des urgences obstétricales dans le service.

Nous avons enregistré 133 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 46.18%. Tous les âges de la période d'activité génitale sont concernés (14-42 ans).

Ces urgences obstétricales sont dominées par les dystocies mécaniques 36.84% ; la

SFA 16.54% ; la pré-rupture 12.78% l'hémorragie du post partum 9.02% ; le placenta prævia hémorragique 7.51%.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué soit 71.47%.

La mortalité fœtale est de 26.5% et la mortalité maternelle 6.76%.

En fonction de ces taux nous pouvons dire que la mortalité maternelle et/ou fœtale a baissé contrairement à l'année 1989 (thèse de Dougnon F.) ou la mortalité maternelle et fœtale était respectivement 11.95% et 35.84%.

Les parturientes d'âges compris entre 20 et 34 ans, les paucipares, et les conditions d'évacuation (distances à parcourir, moyen de transport, retard d'évacuation) constituent les facteurs de risque des urgences obstétricales.

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

- la formation continue du personnel médical et paramédical,
- un équipement des centres de santé,
- la disponibilité des soins obstétricaux d'urgences,
- une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses.

Mots clés : urgences, obstétricales, mortalité, hémorragies, dystocies.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.