

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE.

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Année universitaire 2009-2010

thèse N°/----/

(1)

(□)Titre

**URGENCES OBSTETRIQUES DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE NARA /REGION DE KOULIKORO A PROPOS
DE 164 CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2010 devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali

Par : M Bakary BALLO

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

Jury :

Président: Pr Saharé FONGORO

Membres: Dr Mahamadou TRAORE

Co-directeur de thèse: Dr Samba TOURE

Directeur de thèse: Dr Bouraïma MAÏGA

DEDICACES

BISSIMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH le TOUT MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre Prophète MOHAMED ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail :

A toutes les mères, singulièrement celles qui en donnant la vie ont perdu leur vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des complications de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays, le MALI: dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaité.

Que Dieu me donne la force, le courage, et surtout la longévité et une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaires.

Je dédie ce modeste travail :

A la mémoire de mon père Feu Tiédie BALLO.

La mort t'a enlevé très tôt à notre affection. Mais je me souviens de ton dévouement pour la cause de ma réussite.

Puissent ton courage et tes qualités humaines nous servir d'exemple dans la vie. Reçois l'expression de toute ma reconnaissance et de toutes mes affections. Que ton âme repose en paix. Amen.

A tous mes pères

Je ne citerai pas de nom par peur d'en oublier.
Je serais toujours reconnaissant.

A mes mères: Sira Fane et Noumoutenin Bagayoko.

Pour votre profond amour, vos prières, vos encouragements, tous les sacrifices consentis et vos multiples soutiens pendant les moments difficiles de mes études. Je prie le bon Dieu afin qu'il vous donne un maximum de temps pour déguster le fruit de vos efforts. Je vous rassure de toute ma reconnaissance et de mes sentiments les plus profonds.

A ma tante :Kadia Ballo

Plus qu'une tante tu as été une mère pour moi. J'ai toujours su compter sur ton soutien et tes bénédictions.
Que tout le puissant t'accorde une longue vie pour que tu bénéficies pleinement des fruits de ce travail.

A tous mes oncles et mes tantes :

Je ne citerai pas de nom par peur d'en oublier.
Je serais toujours reconnaissant.

A ma grande sœur :Diarraou BALLO

Ce travail est le tien, tes soutiens matériels, moraux, financiers ne m'ont jamais fait défaut.
Tu as toujours été à mes côtés, surtout pendant les moments les plus difficiles.
Chère grande sœur reçois ici ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs :

Nous sommes unis par le sang, votre soutien ne m'a jamais fait défaut.
Ce travail est le votre, fraternel courage afin que nous puissions nous acquitter des multiples tâches de notre famille.

A tous mes cousins, cousines et ma femme :

Je prie Dieu que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours.

A toute la Famille SISSOKO et DIAWARA de Nara, Famille Diarra de Banconi, Famille Camara de Kati, Famille Ly de Magnambougou et Famille Kassambara du point G :

Trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon profond attachement.

Que Dieu le tout puissant vous accorde santé et prospérité. Amen

A toute la Famille Ballo de Neguela, de Niamakoro, et de Bobo djoulasso :

Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments, que Dieu renforce et bénisse notre union. Amen

Mes vifs remerciements!

A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMPOS:

Merci pour la bonne gestion de cette faculté.

A tout le personnel de la FMPOS:

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait, la FMPOS jouit d'une renommée internationale ; soyez rassuré de notre profonde gratitude, que Dieu vous engarde et qu'il vous donne une longue vie.

A mes maîtres formateurs:

Dr Maiga Bouraima , Dr Touré Samba ,Dr Sima ,Dr Keita Abdoulaye,Dr Dacko Géorge ,Dr sanogo Chaka, Dr Baby Moulaye, Dr Traoré Hamidou, Dr Traoré S, Dr Soumare, et Dr Dembélé .

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

A tout le personnel du CSRéf de Nara :

Merci pour l'accueil et l'encadrement.

A toutes les sages femmes, infirmières obstétriciennes et matrones du CSREF de Nara :

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

A mes aînés du centre:

Merci de votre soutien et encadrement.

A tous mes cadets du centre:

Merci, patience, courage, persévérance.

A tous mes amis : Dr Yacouba Kassambara, Cheick M T Sissoko,Cheich O Ly, Abdoulaye Kone .Moulaye Kassambara et Mme Kassambara Kadia Sanogo

Ce travail est le vôtre; je ne vous oublierai jamais; vous avez été des amis formidables et exemplaires pour moi; avec vous je ne m'ennuyais point.

Je vous remercie infiniment.

**H o m m a g e s a u x m e m b r e s
d u j u r y :**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Saharé FONGORO,

- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,**
- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS**

Cher maître, votre sens élevé du devoir nous ont toujours marqué. La qualité et la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique font de vous un clinicien de référence et un maître de l'art médical.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre respect et de toute notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE
Docteur Sidiki KOKAÏNA**

- ▶ **Médecin de Santé Publique**
- ▶ **Diplômé en Gestion des Services de Santé**
- ▶ **Médecin à la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale Santé.**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse, malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR,

Docteur Samba TOURE

➤ **Gynécologue obstétricien,**

➤ **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du
C.H.U du Point-G.**

Cher maître :

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

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

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR,

Docteur Bouraïma MAÏGA,

- **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),**
- **Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- **Chevalier de l'ordre national,**
- **Detenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.**

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

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

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

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

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos élèves. Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

Sommaire

I-INTRODUCTION	1
II-OBJECTIFS	3
III-GENERALITES	4
2-DEFINITIONS OPERATOIRES	5
3 RAPPELS	7
3-1 PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT	7
3-2 PHENOMENE MECANIQUE	10
3-3 PHENOMENE DYNAMIQUE	10
a) DYSTOCIE	11
a-1°) DYSTOCIES D'ORIGINE MATERNELLE	11
a-2 DYSTOCIES D'ORIGINE FCETALE	12
a-2-1°) DISPROPORTION FCETO-PELVIENNE	12
b) LA PROCIDENCE DU CORDON	13
3) LA SOUFFRANCE FCETALE	14
IV- METHODOLOGIE	43
V-RESULTATS	54
VI -COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	78
VII-CONCLUSION	85
VIII- RECOMMANDATIONS	86
IX- REFERENCES	87

I- INTRODUCTION :

Les urgences obstétricales sont des accidents qui surviennent brutalement au cours ou en dehors de la grossesse (dans les suites de couches) qu'on rencontre partout dans le monde, surtout dans les pays en développement où les femmes sont très exposées à des risques graves et dont l'évolution est parfois fatale [36]. Cela est probablement dû à l'insuffisance des structures et des moyens médicaux, au niveau d'éducation et au bas niveau économique. Ainsi certaines urgences obstétricales qui mettent en jeu le pronostic vital de la mère et ou du fœtus sont la rupture utérine, l'hématome rétro placentaire (HRP), qui nécessitent une prise en charge généralement chirurgicale. Par contre d'autres urgences dont la prise en charge est généralement médicale ne compromettent pas forcément ou dans l'immédiat le pronostic vital telles que les endométrites, les anémies. Les complications de ces urgences peuvent parfois résulter d'une prise en charge insuffisante à savoir le manque de moyens thérapeutiques et de personnels compétents. Cela nécessite donc l'orientation des malades vers un centre de santé mieux équipé pour assurer leur meilleure prise en charge. La complexité de la maladie dès le début exige souvent l'intervention d'un personnel qualifié et pluridisciplinaire [36].

Les progrès de la médecine ont contribué à une nette régression du taux de mortalité dans les pays en voie de développement surtout avec l'avènement de l'anesthésie, la réanimation, le monitoring et les nouvelles techniques chirurgicales.

Les principaux facteurs ayant favorisé la diminution des taux de mortalité dans le pays développés sont :

- Les soins obstétricaux de qualité accessible à tous.
- Les soins obstétricaux néo-nataux d'urgence (SONU).
- Les soins prénataux et leur généralisation.
- Amélioration du niveau de vie des populations.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des urgences Obstétricales et de réduire la mortalité maternelle et infantile, le Mali a initié le système de référence/ évacuation au niveau des districts sanitaires avec la participation de la communauté.

Le district sanitaire de Nara a organisé son système de référence/évacuation depuis 2006.

Il nous a paru alors opportun d'évaluer la prise en charge des urgences obstétricales au centre de santé de référence de Nara qui est un des districts sanitaires de la région de KOULIKORO dans le Nord-ouest de la république du Mali.

Les objectifs que nous nous sommes fixés sont :

OBJECTIFS :

1- Objectif général

Etudier les urgences obstétricales dans le district sanitaire de Nara.

2- Objectifs spécifiques :

- 1- Décrire le système de référence/évacuation ;
- 2- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales ;
- 3- Déterminer les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des urgences obstétricales ;
- 4- Evaluer le pronostic materno-fœtal.

III-GENERALITES :

I. Notion de référence / évacuation :

1. L'application de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) : Elle doit aboutir à la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) encadrés par des centres de références [42]. 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 du 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 maternelle et infantile. Cependant le taux de mortalité

maternelle est encore élevé comme le révèle l'EDS IV : 464 pour 100.000 naissances vivantes [13].

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs de la politique sectorielle de santé, fut mis en place au Mali, en 1994, un programme national de périnatalité. Ce programme comporte un volet dénommé : Système de référence /évacuation qui est essentiellement focalisé sur la gestion (prise en charge) des urgences obstétricales. Son objectif est la réduction de 30% du taux de mortalité lié à la dystocie avant 2002.

Le choix de la périnatalité comme porte d'entrée découlait de l'analyse des soins d'urgence couverts par les centres de santé de cercle. Les soins obstétricaux d'urgence représentent plus de 50% des urgences observées au niveau des cercles. Ce choix tient compte aussi de l'importance des besoins ressentis par la population dans la définition des priorités. La porte d'entrée périnatalité a effectivement constitué un facteur favorable à la prise en compte globale du développement du système de santé de cercle. L'objectif final de l'organisation de la référence/évacuation est de fournir à toute la population un système intégré des soins de première et de deuxième ligne, tout en stimulant la participation communautaire.

2. 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.

La référence concerne une gestante pour un motif nécessitant une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement

en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie liée à la grossesse.

L'évacuation concerne une parturiente adressée en urgence ou une gestante pour une complication grave nécessitant une hospitalisation pour une prise en charge urgente.

La mortalité néonatale : est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré jusqu'au 28 jours révolus .Ce temps a été subdivisé pour définir la période néonatale précoce s'étalant de 0-7 jours inclus et la période néonatale tardive allant de 8-28 jours inclus [46].

- **La mortalité maternelle** : se définit comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [33].

Les urgences obstétricales sont très fréquentes dans les pays en voie de développements liés entre autres facteurs à l'insuffisance des infrastructures sanitaires.

Elles sont constituées essentiellement par des infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les infections au cours de la grossesse, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications.

Rappels :

❖ Physiologie de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement eutocique aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion du fœtus par la voie basse.

L'accouchement dystocique est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse.

Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve, le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvi-génital, sous l'influence d'une force active : les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes.

1 Phénomène dynamique :

Pendant le travail d'accouchement l'utérus est soumis à des contractions à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles de type actomyosine et un potentiel énergétique.

Donc le mécanisme de l'initiation de la contraction est lié au potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal. Les contractions ont pour effet :

- l'effacement et la dilatation du col,
- la formation de la poche des eaux,
- le franchissement des étages de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

2 Phénomène mécanique :

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

Le bassin osseux est composé de :

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

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs plans et diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien .Parmi ces diamètres nous avons essentiellement :

- le diamètre antero-postérieur et les transverses.

On peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

L'indice de MAGNIN est égal à la somme du diamètre promonto-retro pubien et le diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de MAGNIN est égal ou supérieur

à 23, il est incertain entre 20-22, totalement mauvais au dessous de 20

Le travail d'accouchement :

Le travail d'accouchement est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux. Il est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières rythmées, avec une augmentation progressive de l'intensité et de la fréquence ; entraînant, ramollissement et dilatation du col.

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et très douloureuses.

L'administration d'un anti spasmodique ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions utérines d'un faux travail d'accouchement.

Le travail d'accouchement peut être divisé en trois périodes :

- **première période : (effacement et dilatation du col)**, sous l'effet des contractions utérines, le col utérin va progressivement se rétrécir et disparaître laissant place dans le fond vaginal à un petit orifice qui progressivement va se dilater

L'orifice cervical sous l'effet des contractions utérines va se dilater progressivement jusqu'à constituer entre la cavité utérine et le canal vaginal, un canal unique, on parle alors de **dilatation complète. Cette phase dure entre 6 et 18 heures chez la primipare et dure 2 à 10 heures chez la multipare.**

C'est au cours de cette phase que la présentation va s'engager.

- **Deuxième période : (expulsion du fœtus) ;**

Est la phase pendant laquelle le fœtus va être expulsé sous l'effet conjugué des contractions utérines et les efforts dits **expulsifs**. L'expulsion va amener la présentation du plan du détroit supérieur et permettre sa sortie après une préalable rotation. Cette phase dure en moyenne **30 minutes** chez la primipare et dure **5 à 20 minutes** chez la multipare

- **Troisième période : (Délivrance) ;**

Période pendant laquelle les annexes du fœtus vont être expulsées : **placenta et les membranes**. La délivrance naturelle dure en moyenne entre **5 et 45 minutes**.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail d'accouchement surtout par le partogramme qui permet :

- De réduire la durée du travail d'accouchement,
- De corriger certaines anomalies mineures dès leur apparition,
- De contrôler de façon constante la vitalité foetale,
- De faire les pronostics.

2-1 Pronostic mécanique :

Il est basé sur l'étude du bassin par la pelvimétrie interne et externe et la radio-pelvimétrie, du volume foetal par l'appréciation de la hauteur utérine et du périmètre ombilical, du diamètre bipariétal par l'échographie .Il est important aussi de rechercher la présentation et sa variété de position.

2-2 Pronostic dynamique :

Il est évalué sur l'appréciation de la qualité des contractions utérines , de l'ampliation du segment inférieur, de l'effacement et la dilatation du col utérin, l'état de la poche des eaux et la progression du mobile foetale.

Pronostic foetal :

On appréciera la vitalité du foetus à l'aide d'un cardiotocographe, d'un stéthoscope obstétrical (**de Pinard ou électronique**) ou d'un appareil à effet DÖppler.

Les éléments cliniques de surveillances du travail d'accouchement seront recueillis à intervalle régulier sur un partogramme, au terme d'examens obstétricaux effectués de préférence par la même personne.

Ces éléments cliniques de surveillances sont entre autres :

- Les contractions utérines (**durée et fréquence**),
- Les modifications du col utérin (**ramollissement et dilatation**),
- L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique,

- Le niveau d'évolution de la présentation et l'état général de la parturiente.

1 °) **Dystocies** :

La dystocie du grec « **Dystakos** » désigne un travail d'accouchement difficile quelque soit la cause.

Les dystocies peuvent être divisées en :

- **.dystocie dynamique** : traduisant les troubles affectant les contractions utérines.
- **Dystocie mécanique** : en rapport avec :
 - les obstacles praevia ,
 - Un excès du volume fœtal,
 - Rétrécissement de la filière pelvienne.

On distingue les dystocies d'origine fœtale et maternelle.

1-1°) **Dystocies d'origine maternelle** :

--* Dystocie dynamique : La dystocie dynamique regroupe l'ensemble des troubles fonctionnels affectant les contractions utérines et de la dilatation du col utérin .Il peut s'agir :
-D'une inefficacité des contractions utérines ou hypocinésie,
-d'un excès de contractilité utérine ou hypercinésie,
-d'un mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines ou hypertonie,

La dystocie dynamique isolée sans excès du volume fœtale, sans anomalie pelvienne, est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée à l'anesthésie péridurale.

- En réalité cette anomalie isolée cache très souvent une dystocie mécanique : **légère disproportion foeto-pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin.**

Il peut s'agir aussi de dystocie cervicale (col néoplasique, col cicatriciel, col agglutiné); surdistension utérine (grossesse multiple, hydramnios, utérus de grande multipare)

* Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens, sont responsables de dystocie mécanique. Elles conduisent généralement à la pratique de **césarienne** avant tout début de travail d'accouchement. Parmi ces pathologies on peut citer : les bassins limites, bassins généralement rétrécis et les bassins asymétriques, bassins osteomalaciques, bassins cyphotiques, bassins de luxation congénitale de la hanche etc.

1-2 Dystocies d'origine foetale :

1-2-1°) Disproportion foeto-pelvienne :

L'excès de volume du fœtus peut justifier à lui seul une césarienne d'emblée, en particulier si le fœtus se présente par le siège. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon **DELECOUR** « à défaut d'échographie, une hauteur utérine supérieure à 36cm ,un périmètre ombilical supérieur à 106cm, correspondent dans 95% des cas à un enfant de plus de 4000grammes ».

1-2-2°) Les présentations anormales :

La présentation du sommet est celle compatible à un accouchement eutocique, celles dystociques sont représentées par :

- **La présentation du siège (siège complet ou décompleté) :**

Ce sont des présentations longitudinales dans lesquelles le pole inférieur est constitué par l'extrémité pelvienne du fœtus. L'accouchement du siège est classiquement à la limite de l'eutocie.

Le pronostic maternel est généralement bon, mais celui du fœtus est réservé.

- **La présentation de la face** : la présentation de la face est une présentation caractérisée par une déflexion complète de la tête fœtale.

Elle peut être **primitive** avant tout début de travail. Le plus souvent la présentation de la face survient au cours du travail et est dite **secondaire**.

Le diagnostic est le plus souvent porté par le toucher vaginal avec la perception de l'irrégularité du pôle céphalique, la perception des deux narines fait porter le diagnostic de tête défléchie, il faut alors immédiatement **penser à rechercher le menton**, car c'est la perception du menton qui permet d'affirmer qu'il s'agit d'une présentation de la face et non d'un front. Sur le plan pronostic, une présentation de la face ne peut accoucher que si le menton se tourne vers la symphyse :menton antérieur. L'accouchement est impossible dans les mentons postérieurs.

- **La présentation du front** : C'est une position intermédiaire de la tête entre le sommet et la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. L'indication de césarienne est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique. Elle doit être dépistée le plutôt possible pour éviter une évolution vers une rupture utérine.
- **La position transverse** : C'est une indication de césarienne, elle doit être décelée rapidement pour éviter l'évolution vers une épaule négligée, pouvant entraîner une rupture utérine.

2°) La procidence du cordon : C'est la descente de la tige funiculaire au devant de la partie fœtale qui se présente. C'est un accident en général imprévisible et brusque, il survient à la

rupture de la poche des eaux et met en jeu le pronostic foetal à court terme. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible et en sachant que les cordons non battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

On distingue 4 variétés :

A Procidence vraie : C'est la chute du cordon au devant de la présentation, l'œuf étant ouvert.

B Procubitus : procidence alors que les membranes sont intactes.

C Laterocidence : le cordon est coincé entre la paroi pelvienne et la présentation sans descendre au devant d'elle.

D Procidence compliquée d'association avec une procidence d'un membre.

3°) La souffrance foetale : au cours du travail le diagnostic de souffrance foetale repose sur les modifications des bruits du cœur foetal, PH (acidose), elle est suspectée par la découverte d'un liquide amniotique méconial .Ces différentes situations imposent l'extraction rapide du fœtus, soit par césarienne ou autres extractions instrumentales.

LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE LA L'ACCOUCHEMENT

MOLE : la môle autre fois appelée hydatiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosité kystique, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorales. [41]

L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif. L'œuf molaire a un aspect macroscopique, fait de villosité

kystique dont la confluence rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille. La môle peut exister sur un placenta au terme d'une grossesse avec fœtus normal d'où la nécessité d'examiner soigneusement le placenta en intégralité après la délivrance.

Elle peut ne pas s'accompagner d'un développement fœtal.

De pathogénie inconnue la grossesse molaire est rare en occident (1%) mais très fréquent en asie. Elle n'a aucune étiologie valable concernant l'âge, le quantième de la grossesse, les antécédents.

Classiquement la grossesse molaire se manifeste par une métrorragie qui est souvent le premier signe le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du deuxième ou troisième mois de la grossesse pouvant entraîner la pâleur, l'anémie, les vertiges et l'altération de l'état général selon son importance. Elle peut être accompagnée de troubles digestifs nerveux et rénaux, d'ovaire kystique avec un développement utérin rapide. Parfois l'utérus dépasse l'ombilic alors qu'il n'y a ni bruit du cœur ni de squelette fœtal à la radiographie et/ou diminué. Les gonadotrophines chorioniques urinaires sont trop élevées et spéciales à la môle supérieure à 500000 μ l/l ; au contraire le taux d'oestriol (stéroïdes) plasmatique et urinaire sont abaissés.

Les signes cliniques et biologiques peuvent être considérables.

Les kystes ovariens dus à la lutéinisation des follicules peuvent persister pendant plusieurs mois, le taux urinaire des gonadotrophines peut rester élevé par des débris môlaires malgré le curetage ou par invasion profonde du myomètre par la môle non débarrassée par le curetage.

Dans les cas où le taux de gonadotrophine chorionique reste élever au delà de six semaines il est nécessaire de prescrire du methotrexate à titre préventif jusqu'à disparition complète des gonadotrophines.

La môle se diagnostique souvent jusqu'à l'occasion d'une menace de fausse couche, à l'examen des débris expulsés. Les signes classiques font le plus souvent défaut y compris l'excès des gonadotrophines chorioniques souvent remplacés par des taux bas des gonadotrophines.

L'échographie obstétricale est l'un des meilleurs examens complémentaires pour le diagnostic de grossesse molaire. L'absence de structure fœtale et la présence d'image en flocon de neige permettent de confirmer le diagnostic.

La constatation d'une môle doit faire vérifier la cavité utérine par curage digital et non par curage et surtout on doit examiner les ovaires et doser régulièrement les gonadotrophines chorioniques qui doivent décroître régulièrement et disparaître en 4 semaines.

Il est bon d'administrer à la malade un contraceptif pour surveiller mieux le taux de gonadotrophine.

L'évolution peut se faire vers le choriocarcinome et même parfois après une grossesse apparemment normale. Le choriocarcinome est d'une malignité extrême : outre les poumons (radiographie), le foie, le cerveau surtout, parfois la peau et les os sont envahis par les métastases, ce qui entraîne une mort rapide.

Le traitement est l'évacuation qui se fait par voie naturelle par aspiration sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique complète, au besoin par un curage léger.

Exceptionnellement, la gravité des complications et l'impossibilité d'évacuer rapidement par voie naturelle peut justifier une hystérotomie par voie abdominale voire même une hystérectomie. Lorsque la môle est expulsée en bloc, la révision utérine est

nécessaire avec prudence. Les méthodes de choix sont le curage digital en général possible ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée clivant sans agression ou l'aspiration. Il n'y a pas d'indication à une chimiothérapie préventive mais une surveillance clinique et biologique dans les suites de mûles.

Dans la forme de choriocarcinome, le traitement est de plus en plus chimique et de moins en moins chirurgical

Deux médications sont très actives : le Methotrexate antagoniste de l'acide folique et l'actinomycineD. Cette dernière étant de plus en plus utilisée surtout si le carcinome devient ou est résistant au Methotrexate. On utilise ce dernier per os à la dose de 25mg par cure de 5jours séparées d'une semaine ou 35mg en intramusculaire 2 fois par semaine, avec une surveillance du taux de gonadotrophine chorionique et de la numération formule sanguine chaque semaine avant de commencer la cure suivante. Le methotrexate comme l'actinomycineD est très toxique pour tous les tissus qui se régènèrent régulièrement : moelle osseuse, intestin.

Hormis les cas d'aplasie médullaire habituellement réversible le traitement ne doit être interrompu qu'après 6 mois de taux de gonadotrophines urinaires nul.

LA RUPTURE UTERINE :

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Mais pratiquement celles qui n'intéressent que le col sont décrites sous le nom de déchirure du col et celles qui sont consécutives à une manœuvre ou un curetage étudié avec l'avortement sont décrites sous le nom de perforation utérine. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuses, musculuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale; et la rupture

incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture, étant l'une des urgences obstétricales les plus graves, est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillances obstétricales, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus perfectionnées. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Dans les pays en voie de développement en particuliers dans les pays africains elle est encore d'actualité du fait d'insuffisance socio sanitaire.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail.

Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et l'administration exagérée d'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

Le danger pour la mère réside dans l'hémorragie et le choc. Cette hémorragie a pour source les vaisseaux de la paroi utérine lésés et les

vaisseaux pariétaux saignant de la zone décollée du placenta par la rupture. Le tableau de l'hémorragie s'aggrave de choc qui survient ordinairement dans la rupture utérine complète.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement de choc hypovolémique et par celui de l'infection.

La rupture utérine est opérée par voie abdominale, ce qui permet d'apprécier l'étendue de la lésion et de choisir la modalité de l'intervention.

Après la coeliotomie, deux opérations sont possibles et qui sont l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture contuse irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie est une opération de sécurité qui peut être autant que possible interannexielle c'est-à-dire les ovaires laissés en place.

L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite à tout prix, même dans le délabrement important. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue non compliquée de lésion de voisinage. Elle intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé, depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle. La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

LA GROSSESSE EXTRA UTERINE :

Elle est caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui conduisent, soit à l'interruption de la grossesse, soit à des risques parfois vitaux pour la femme. Elle est considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

Le diagnostic clinique est quelquefois très difficile et varié, ce qui dépend du stade de développement du processus, de la façon dont la grossesse a été perturbée (rupture utérine ou avortement tuboabdominale), de l'intensité de l'hémorragie interne et de la réaction de l'organisme à la perte de sang.

La rupture se caractérise par un début brutal et l'évolution rapide d'un tableau clinique sévère. La femme ressent une forte douleur hypogastrique accompagnée de lipothymie ou de syncope. La douleur irradie vers l'épaule, l'omoplate ou le rectum. L'hémorragie allant croissant on constate la pâleur des téguments et des conjonctives, un état de choc avec la tachycardie, la baisse de la tension artérielle (TA), la polypnée. Le ventre ballonné est douloureux à la palpation, la pression révèle une matité à l'endroit de la collection sanguine (parties déclives de l'abdomen et régions inguinales). Les cas graves s'accompagnent de vomissements, de sueur et d'hypothermie.

Dans l'avortement tuboabdominale, le tableau clinique est moins menaçant. On remarque habituellement la pâleur de la peau et des muqueuses mais le pouls et la tension artérielle sont notablement modifiés. Des coliques unilatérales sont typiques, elles

s'accompagnent de nausées d'obnubilation. De même que la rupture tubaire, les douleurs irradient vers l'omoplate, le cou, le rectum et le vagin.

Dans les formes aiguës, l'échographie peut être faite en urgence et constitue ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires.

La ponction du douglas, la ponction abdominale à travers la paroi peut confirmer le diagnostic en ramenant du sang.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer un épanchement sous forme d'une différence d'opacité d'une même région suivant les positions et aussi en montrant les anses légèrement distendues, bien séparées les unes des autres et cernées par le sang.

La coelioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hemosalpinx ou de l'hémopéritoine. Toute grossesse extra utérine (GEU) diagnostiquée doit être traitée chirurgicalement même si l'état du malade est satisfaisant. Lorsque le tableau est sévère, l'intervention est faite de toute urgence. On associe la transfusion sanguine, des cardiotoniques et autres moyens de lutte contre l'anémie aiguë et le choc.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée de nos jours.

Le traitement par coelioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même d'éviter les risques d'infections, dans les suites opératoires, donc améliorant les mesures d'hygiène du service.

HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé

entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. Cet état hémorragique peut aller 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.

La cause de l'hématome n'est pas connue avec précision. Classiquement le décollement prématuré du placenta est causé par des affections accompagnées de lésions du système vasculaire. Il s'agit de la toxicose gravidique, la néphrite, la maladie hypertensive, la carence en acide folique de l'organisme maternel.

L'hématome retro placentaire peut survenir quand le cordon court tire le placenta vers le bas surtout au cours de l'expulsion ou lorsque les membranes sont épaisses et que la rupture de la poche des eaux est retardée car la poche des eaux au cours de la naissance, attire après elle les membranes et le placenta.

Le décollement prématuré du placenta n'est pas rare en cas de grossesse gémellaire après la naissance du premier jumeau. Une des causes exceptionnelles du décollement prématuré du placenta est un traumatisme abdominal.

Le décollement prématuré du placenta peut être total ou partiel. Le décollement partiel ne provoque pas de troubles notables dans l'organisme de la femme et dans ce cas la grossesse peut être menée à terme. Le diagnostic de décollement partiel est porté après l'expulsion du placenta, lequel porte sur sa face maternelle un ancien caillot de sang.

Le décollement total ou partiel important entraîne rapidement un hématome croissant entre la paroi utérine et la partie du placenta décollée. En augmentant de volume, l'hématome décolle encore plus

le placenta, cependant à mesure que l'hématome retro placentaire croît, le sang se fraie un passage entre la paroi utérine et les membranes en direction du canal cervical. C'est pourquoi dans le décollement prématuré du placenta une hémorragie externe vient s'ajouter à l'hémorragie interne. L'hémorragie externe est ordinairement modérée même si l'HRP est important et si la femme est très anémiée.

Le décollement total ou partiel important présente un grand danger pour la mère et le fœtus. L'hémorragie ou le choc provoqué par la surdistension utérine menace la mère et le fœtus qui risquent de mourir asphyxiés. La souffrance fœtale s'installe lorsque le décollement atteint le tiers du placenta. Le décollement de la moitié et à plus forte raison de la totalité du placenta entraîne la mort intra utérine rapide du fœtus.

Nous distinguons diverses formes cliniques :

-la forme avec hémorragie externe abondante survient lorsque le placenta se trouve insérer relativement bas à proximité du segment inférieur. L'hématome arrive à décoller les membranes, à fuser vers le bas, à s'évacuer par le vagin.

Dans ce cas l'hémorragie externe est alors abondante, la douleur est moindre, l'utérus reste plus souple et son volume augmente moins. Cette forme peut simuler cliniquement l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

-les formes moyennes fréquentes dans lesquelles les signes physiques sont les mêmes mais l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

-les formes frustes qui peuvent passer inaperçues. Les signes cliniques sont discrets ou absents, mais la femme accouche d'un

foetus mort, et sur le placenta l'hématome dans sa cupule donne rétrospectivement la preuve de cet accident.

Les formes exceptionnelles débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est, soit une hématurie, soit une hématomèse ; le signe de la maladie utero placentaire n'apparaît que secondairement.

- les formes récidivantes à des grossesses successives ne sont pas rares. Elles sont observées surtout dans les hématomes rétro placentaires d'origine toxémiques.

-les formes associées à un placenta prævia dans lesquelles la situation anormale du placenta est souvent connue au cours de la surveillance échographique.

-la forme d'origine traumatique dont la cause relève, soit de la réversion par manœuvre externe, soit d'un accident le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

. Trouble de la coagulation se traduisant par des hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

Nécrose corticale du rein: sur le plan hémodynamique on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose gémellaire.

Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

Thrombophlébites des suites de couches.

Le diagnostic de l'HRP établi, 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
- hystérectomie de l'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragie incoercible donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

PLACENTA PRAEVIA (PP) :

C'est l'insertion vicieuse du placenta 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 corporéale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

Au point de vue clinique le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, généralement indolore.

Anatomiquement nous avons trois (3) variétés de PP :

- La variété latérale dans laquelle le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- La variété marginale où le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.
- La variété centrale dans laquelle le placenta recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous distinguons deux (2) types :

- La variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

- La variété non recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire.

Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète.

Dans le cas du placenta central, nous assistons à des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive et d'administration parentérale d'antibiotique.

LES AVORTEMENTS SPONTANES :

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée du produit de conception avant la vingt-huitième (28^e) semaine d'aménorrhée. Il est en général un avortement facile, peu douloureux et peu hémorragique. Il donne rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à dix (10) semaines d'aménorrhée

Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale. Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les anti-spasmodiques et ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intra musculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine digitale ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

LES AVORTEMENTS PROVOQUES :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinés à interrompre une grossesse. La surface d'insertion placentaire sur la muqueuse utérine est plus ou moins étendue. Les liaisons utero placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directs peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère. Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables. Certaines complications sont encore mortelles telles que les septicémies à perfringens, à gram négatif infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos. Les séquelles sont toujours fréquentes à type de douleurs, de troubles de règles de stérilités, d'accidents obstétricaux divers, de troubles psychiques.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire. L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication qui est l'hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances, règle importante lorsqu'il s'agit d'une infection ovulaire avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et des plus graves (les toxi-infections à perfringens, à germes gram négatif, tétanos) sont les conséquences d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti-infectieux, aboutissant à l'apyrexie.

Le traitement du choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline anti-D chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif.

LES INFECTIONS GENITALES :

Les infections génitales hautes :

Il s'agit des salpingites et de l'endométrite. C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection ; ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité d'origine tubaire. 20%des femmes resteront stériles après une salpingite aigue (29).

La porte d'entrée est en général cervico-vaginal, (anal).La salpingite peut être provoquée par les endocervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par contiguïté, rarement une métastase septique atteinte de la trompe par voie hématogène.

Dans certaines conditions (toilette trop fréquente, antibiotique, diabète, stérilité....) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels tels que

les colibacilles, les entérocoques peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes responsables sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérobactéries (klebsiella, colibacilles, proteus), les entérocoques, les anaérobies, le chlamydiae et les mycoplasmes. Mais parmi ceux-ci les gonocoques sont responsables de 20à 40% de salpingites aiguës (29).

Les causes iatrogènes sont: hystérosalpingite, l'insuffisance tubaire, hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, les sondes endocavitaires (curiethérapie), les stérilets(DIU), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la révision utérine.

Bien traitée, la salpingite évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou même parfois malgré un traitement correct, la salpingite peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire. L'évolution est marquée par des épisodes de poussée ou plus souvent de réchauffement à l'occasion d'une agression infectieuse génitale ou extra génitale. Les séquelles fonctionnelles à savoir les algies pelviennes et la stérilité s'expliquent bien par les séquelles anatomiques telles que l'hydrosalpinx avec l'oblitération tubaire, l'agglutination des franges, les voiles adhérentiels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La coéloscopie en absence des contre-indications à savoir la péritonite, l'occlusion, la femme multi opérée, est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permettent d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan de lésions, d'éliminer une grossesse extra utérine,

de prélever de liquides péritonéaux, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement des infections hautes est curatif et préventif :

- le traitement médical comporte :

.une prévention anti tétanique si nécessaire,

.la vessie de glace,

.les antalgiques,

.l'antibiothérapie adaptée en quantité et en qualité, réajustée lors du résultat des prélèvements et d'antibiogramme, dont l'efficacité est jugée sur la clinique et la vitesse de sédimentation (VS)

.l'ablation du stérilet si cela est le cas,

.le traitement du ou des partenaires est impératif en cas de contagé vénérien.

-le traitement chirurgical à chaud, n'intervient qu'après l'échec du traitement médical généralement dus à une complication telle que le pyosalpinx ou abcès du cul-de -sac de Douglas. Ces derniers sont traités par colpotomie postérieure et drainage.

Le traitement préventif est essentiel et consiste à :

.rechercher et traiter les gonococcies chez les deux sexes

.rechercher et soigner toutes les vaginites, les cervicites, les endométrites ;

.respecter les contre-indications des investigations endométrines (hystérosalpingographie.),

.rechercher les antécédents gynécologiques, la numération formule sanguine (NFS) et la vitesse de sédimentation (VS), avant de réaliser ces investigations. Cette réalisation ne doit jamais être entreprise avant six mois à un an après l'épisode infectieux.

.réaliser toutes ces investigations avec une asepsie parfaite.

Infections au cours de la grossesse

L'infection urinaire est une inflammation due dans près de 70% des cas au colibacille qui se localise tantôt aux excrétrices (pyélo-uretro-cystite) tantôt au parenchyme rénale (pyélonéphrite).

Elle peut concerner aussi le vagin et l'utérus provoquant ainsi certaines complications de la grossesse telle que les avortements spontanés, les accouchements prématurés et la mort du fœtus in utero.

Cette maladie, qui a des manifestations cliniques dans 2/3 des cas et des formes latentes (la bactériurie asymptomatique) dans 1/3 des cas, peut s'observer à toute période de la grossesse et des suites de couches ; mais on l'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Deux modes de propagation de l'infection se présentent :

-la propagation ascendante, dans laquelle le foyer d'infection est la vessie et dont la contamination est favorisée par la brièveté de l'utérus féminin

- la propagation descendante dont l'origine du germe est l'intestin. Dans ce cas la pullulation bactérienne est favorisée par les entérocrites, les constipations et le météorisme chez la femme enceinte et la propagation par voie sanguine : la bactériémie précédant toujours la bactériurie et la pyurie.

Cliniquement on observe :

La pyélonéphrite aigue :

Elle est de gravité moyenne, mais la plus caractéristique des infections urinaires. Elle évolue en deux phases ;

. La phase de début ou pré suppurative qui est caractérisée par des signes généraux très marqués à savoir la fièvre entre 38 et 39°, la frisson, l'accélération du pouls, les maux de tête, l'insomnie, l'alternance de constipation et de diarrhée, la fétidité de l'haleine, la langue chargée, teint pâle les urines peu abondantes (500à 600ml/jour).

La phase d'état ou de suppuration qui se caractérise par une chute relative des signes généraux sans toutefois retomber à la normale et l'apparition des signes d'inflammations vésicales (dysurie, pollakiurie, brûlure mictionnelle), des signes d'inflammations pyélouretrales (douleur lombaire localisée à droite permanente, douleur iliaque droite) et des signes physiques précisant l'atteinte unilatérale droite de l'arbre urinaire.

Elle peut se manifester aussi par une polyurie trouble dans laquelle, les urines troubles à l'émission peuvent atteindre un volume de 2 litres en 24 heures et leucocytes avec polynucléose dans le sang.

La cystite :

Localisée au niveau de l'appareil urinaire cette infection est celle que l'on rencontre le plus couramment. Elle se manifeste par des brûlures à la miction sans La répercussion véritable sur l'état général du malade.

Bactériurie asymptomatique :

Généralement mise en évidence par la numération des corps microbiens dans l'urine, elle se manifeste uniquement par la bactériurie. Cependant elle peut se transformer en une pyélonéphrite si elle n'est pas traitée.

Eu égard à son caractère latent, elle peut être source de complications immédiates ou lointaines.

Sous l'effet d'un traitement approprié institué après un antibiogramme et bien conduit, la guérison est de règle en toute période de l'évolution de la maladie. Par contre, en présence d'un traitement insuffisant ou mal conduit, le pronostic est grave aussi bien chez la femme enceinte que chez le fœtus, cause de complications souvent fréquentes à savoir la coagulation intra vasculaire disséminée, l'anurie, l'ictère soit par hémolyse soit par hépatite.

Quelque soit la forme de l'infection, l'étude minutieuse des antécédents chez la femme enceinte lors des grossesses précédentes, en dehors des grossesses, pendant l'adolescence et même l'enfance est particulièrement importante. Toute fois, les examens hématologiques et cyto bactériologiques de l'urine (ECBU) permettent de poser le diagnostic.

Le traitement de l'infection urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme. Nous distinguons deux types de traitement :

. Le traitement prophylactique dans lequel on doit éviter la constipation chez la femme enceinte dans la mesure où l'intestin est source possible de l'infection.

Les mucilages et les huiles végétales sont les meilleurs médicaments. Cependant les purgatifs violents sont à éviter, ils peuvent se révéler dangereux.

Le traitement curatif ;

A ce niveau, il faut distinguer les mesures hygiéno-diététique et l'action médicamenteuse :

Les mesures hygiéno-diététique consistent à un repos au lit, un régime hydrique puis équilibre mais léger et atoxique conviennent mieux. Par contre le lait est contre indiqué dans la mesure où il favorise le développement de certains germes pathogènes intestinaux. L'action médicamenteuse se repose sur les Pénicillines telles que l'Amoxicilline, l'Ampicilline, la Gentamicine et les Céphalosporines telles que la Cefotaxime, la Ceftriaxone, peuvent être administrés tout au long de la grossesse. Par contre les Sulfamides (retard ou semi retard) sont à éviter dans le dernier trimestre de la grossesse et au cours de l'allaitement, tandis que les Quinoléines telles le Pipram sont contre indiqués pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Les aminosides sont à éviter pendant toute la grossesse à cause du risque d'atteinte toxique de l'appareil cochléovestibulaire (phénomène dose dépendant). En cas d'utilisation indispensable il faut une dose efficace la plus faible et une durée de traitement plus courte possible. Les sulfamides et Trimetoprimes sont à éviter au cours du premier et du troisième trimestre de la grossesse à cause du risque d'ictère nucléaire et d'hémolyse chez le nouveau-né. Mais l'administration est possible au deuxième trimestre.

Le Nitrofurantel est autorisé mais à éviter au cours du troisième de la grossesse à cause du risque d'ictère et d'hémolyse chez le nouveau-né.

Les autres familles d'antibiotiques et d'antibactériens n'ont pas d'indication dans le traitement de l'infection urinaire en général et de celle de la grossesse en particulier.

Le traitement de la pyélonéphrite doit être le plus rapide possible après recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale. Cependant en absence de nausées importantes et vomissement, la

voie orale est aussi rapidement efficace que voie intramusculaire. La voie intra veineuse en perfusion peut être utilisée.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aigue est de deux semaines avec un ECBU à la 48ème heures du travail et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

LE PALUDISME :

En Afrique malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravido puerpérales et nouveaux-nés.

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente. Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable.

- la grossesse aggrave le paludisme :

Les défenses immunitaires sont déprimés pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est avancée et plus profondément chez les primipares que les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicieux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue de complication graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albuminurie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses.

La grossesse est souvent à l'origine de la reviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

- le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre,entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance d'auto intoxication avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse,ensuite des avortements,des accouchements prématurés,des morts fœtales in utero et à la naissance des enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et des suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes).

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital.

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : P. Correa et cool. (45).

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage trans-placentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

Le traitement curatif :

Le traitement médical : il consiste à l'administration d'antipaludique : les sels de cuisine, chlorhydrate basique ou formiate de cuisine (quinoforme), les quinimax.

Le traitement obstétrical :

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

Au cours du dernier trimestre : la femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.

La femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

.Éviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.

. Éviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

Le traitement préventif

Protection contre les piqûres de moustiques

Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte.

Actuellement c'est la sulfadoxine pyriméthamine (SP.) qui est préconisée à la dose de trois comprimés en prise unique au quatrième et au septième mois de la grossesse pour la chimioprophylaxie du paludisme.

La vaccination préventive : pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zone d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti palustre.

Outre l'infection urinaire et le paludisme plus fréquent, dont les examens biologiques sont techniquement réalisables au Mali, il existe d'autres infections au cours de la grossesse telles que la méningite, la listériose etc...qui comportent également des risques foeto-maternels graves.

LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PREECLAMPSIE :

C'est une triade qui associe :

Une protéinurie, des oedèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est plus importante.

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

En 1998 D.A Davey et U. Mac Gillivray proposent les définitions suivantes :

. L'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 100mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg à au moins deux mesures successives, distantes de plus de 4heures.

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

R.MERGER et COLL. décrivent en 1989 que les oedèmes de la toxémie sont des oedèmes généralisés. Quelque soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolents. Les oedèmes non apparents peuvent être mis en évidences par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours complète, les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être grevée de redoutable complications paroxystiques : éclampsie, hématome retroplacentaire, hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (C.I.V.D.), une anémie hémolytique, une cytolysé et une insuffisance hépatique.

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

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- mettre la patiente au repos ;
- donner le sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti oedèmes cérébral et bénéfique pour le flux utero placentaire ;
- donner de la Dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
- hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'ECLAMPSIE :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches.

Sur le plan physiopathologique, les études les plus récentes notamment celle de J.Milliez [33], a montré que l'éclampsie n'est pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral. Les études autopsiques conduites par Sheehan 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 coagulation intra vasculaires disséminées. A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise d'éclampsie est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu des 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 cardiorespiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de trouble 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 Diazépam ou la Clonazepam et la Sulfate de Magnésium (association Diazépam Sulfate de Magnésium ou Clonazepam Sulfate de Magnésium).

On peut avoir recours à l'anesthésie générale par la penthotal en cas d'échec de ces traitements.

- la réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral : par le sulfate de Magnésium et de la Dihydralazine ou la Clonidine et les Diurétiques.

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 du fœtus et placenta : J.MILLIEZ [33]

LES DYSTOCIES OSEUSES :

La filière pelvienne de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il franchit aisément et sans risque majeur à condition que ses dimensions soient normales mais aussi que les dimensions et la forme du canal osseux soient suffisamment vastes et compatibles avec ces adaptations successives.

Les déformations pelviennes majeurs liées à certaines affections graves tels que : la coxalgie, le mal de pott ou luxation congénitale de la hanche sont devenues rares en Europe. Le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce évitent leur survenue. De même dans les pays industrialisés, les carences alimentaires sévères ne produisent plus d'altération ostéo-ligamentaire excessive. Parmi les facteurs étiologiques classiques persistent naturellement les anomalies congénitales. Les progrès réalisés dans la connaissance de la statique normale, le dépistage et le traitement précoce des anomalies rachidiennes, des inégalités de longueur des membres inférieurs ont réduits d'une façon nette les conséquences de ces affections.

Les traumatismes graves conséquences de la vie moderne (accident de la route, de sports de compétition violentes, voire des guerres) ne sont pas à négliger mais ont bénéficié des méthodes thérapeutiques actuelles.

La plupart des rétrécissements pelviens actuels sont relativement modérés. Ils sont responsables de dystocies mécaniques.

La clinique (toucher mensurateurs) et la radiopelvimétrie sont les moyens essentiels d'interprétation.

Pour l'étude du bassin obstétrical, la radiopelvimétrie apporte précision dont l'examen clinique est dépourvu. C'est elle qui a permis la classification morphologique des bassins normaux. Son apport est capital dans l'étude de la dystocie osseuse.

La pelvigraphie étudie la morphologie du bassin et de ses parties constituantes ; la radiopelvimétrie propose en corrigeant les agrandissements et les déformations du bassin qui existent sur la radiographie ordinaire, de mesurer exactement les diamètres obstétricaux. Elle permet donc de mettre en évidence les bassins normaux, chirurgicaux et limites.

Le diagnostic des angusties osseuses ou rétrécissements pelviens est nécessaire avant le travail et permet de classer les patientes en trois catégories :

Celles dont l'état nécessite d'emblée une césarienne (bassin rétrécis)

Celles pour lesquelles l'épreuve du travail est indiquée (bassin limite)

Celles pour lesquelles on autorisera l'accouchement par voie basse (bassin normal).

Les angusties graves sont exceptionnelles en France mais elles persistent dans d'autres pays moins développés en particulier en Afrique et ne peuvent être passées sous silence.

IV. MATERIEL ET METHODES :

1. Cadre d'étude

1.1. Aperçu historique

Selon certains, la ville de Nara tirerait son nom de l'expression maure « Nar » qui signifie feu. Selon d'autres, Nara n'est qu'une déformation de « nouar » qui signifie fleur et même de « nouara », le nom d'une femme maure [54].

En tout cas, l'origine maure du nom de Nara confirmerait la thèse selon laquelle, Nara fut d'abord un campement maure. Mais c'est Djida Bamody Keïta et ses fils (Awa Niamé Keïta et deux autres), partis de Kaloumba à la recherche de terres cultivables, qui fondèrent le village en 1776. Ils s'y installèrent définitivement, après avoir sollicité et obtenu l'accord des « Doucouré » de Goumbou.

- 1916 : le transfert du poste administratif de Goumbou à Nara,
- 1941 : le rattachement de Nara à la subdivision de Nioro,
- 1947 : l'érection définitive de Nara en cercle.

1.2. Organisation administrative et politique :

Avec l'avènement de la décentralisation administrative, le cercle de Nara a connu un découpage en onze (11) communes toutes

rurales. Il s'agit des communes de Nara, Niamana, Allahina, Dogofry, Dabo, Dilly, Ouagadou, Fallou, Koronga, Guéneïbé, Guiré. Les sous préfectures, autre fois appelées arrondissements, sont au nombre de six ; elles regroupent les onze communes.

1.3. Données géographiques

1.3. 1. Superficie et limite (Annexe 1)

Situé à l'extrême Nord de la région de Koulikoro, le cercle de Nara couvre une superficie de 30000 Km² soit le 1/3 de celle de la région. Il est limité :

- au Nord par la République Islamique de Mauritanie,
- au Sud par les cercles de Banamba et de Kolokani (Région de Koulikoro),
- à l'Ouest par les cercles de Nioro du Sahel et de Diéma (Région de Kayes),
- à l'Est par le cercle de Niono (Région de Ségou).

1.3.2. Voies et moyens de communication

Nara est relié à la capitale du Mali (Bamako) par la Route Nationale N°4 (RN4) sur une distance de 400km environ en passant par le cercle de Kati et Kolokani. Cette route traverse le cercle du sud au nord et passe par les communes de Niamana et de Ouagadou, qui sont par ce fait les plus accessibles.

Les moyens de télécommunication sont rares. Par contre on note au niveau du chef lieu de cercle des moyens de communication téléphonique fixes et mobiles (SOTELMA, ORANGE-MALI, MALITEL).

Depuis plusieurs années déjà, le cercle dispose d'une radio de proximité communautaire et une radio privée.

Depuis octobre 2000 le cercle reçoit la télévision nationale par satellite couvrant la ville de Nara et quelques villages environnants.

1.4. Données démographiques

1.4.1. Données statistiques

En 2008, le cercle comptait 182 423 habitants pour une superficie de 30 000 Km², soit une densité de 6,08 habitants au Km².

Structures de la population par âge et par sexe

La population de Nara est relativement jeune car 48% ont de moins de 15 ans tandis que les personnes âgées (60 ans et plus) ne représentent que 6% de la population totale. Par ailleurs 51% de la population sont de sexe féminin.

1.4.2. Principales ethnies

Les principaux groupes ethniques du cercle sont les Maures, les Sarakolés, les Bambaras et les Peuls. Ces différentes populations vivent en harmonie même si quelque part les us et coutumes diffèrent souvent d'une ethnie à l'autre.

1.5. Données socio sanitaires :

La carte sanitaire de Nara compte 26 aires de santé dont 13 sont fonctionnelles. Les autres aires de santé ne disposent pas de centre de santé fonctionnel.

1.5.1. Infrastructures

Le centre de santé de Nara dispose de joyeux bâtiments comprenant

plusieurs blocs:

Δ Le bloc des logements d'astreintes, des latrines.

Δ Le bloc pour le service du développement social

Δ Le bloc pour l'unité d'hygiène et d'assainissement, et la consultation des infirmiers

Δ Deux blocs d'hospitalisations Médecine et Chirurgie

Δ Le Bloc de la maternité et de l'UREN

Δ Le bloc opératoire

Δ Le bloc pour le PEV

Δ Une salle d'ophtalmologie

Δ La salle de RAC

Δ Le bloc pour le laboratoire

Δ Le bloc du DV et du DRC

Δ Le bloc de consultation externe comprenant en plus de l'unité de dentisterie, une unité radiologie

Δ Le bloc des groupes électrogènes

Δ Bureau des entrés

Δ La Buanderie

Δ Le Garage

Δ La morgue

Δ Le bloc des contagieux

	AIRES DE SANTE	DISTANCE DU C.S.Réf	POPULATION
1	NARA CENTRAL	0 km	22 002
2	GOMBOU	28 Km	11 988
3	GUENEIBE	30 Km	6 843
4	KORONGA	40 Km	9 760
5	KALOUMBA	46 Km	2 527
6	DILLY	52 Km	14 996
7	BOUDJIGUIRE	80 Km	4 619
8	ALLASSO	92 Km	4 007
9	MOURDIAH	95 Km	11 364
10	TIAPATO	97 Km	4 639
11	GUIRE	110 Km	4 760
12	MADINA KAGORO	120 Km	6 419
13	FALLOU	120 Km	5 882
14	DALLY	122 Km	5 698
15	DALIBOUGOU	125 Km	4 169
16	SANPAGA	125 Km	9 231
17	WOUAOUROU	140 Km	2 088
18	DJIGUE	145 Km	8 189
19	BOULAL	150 Km	4 086
20	DIGAN	155 Km	3 998
21	KARFABOUGOU	155 Km	4 441
22	BALLE	180 Km	15394
23	ALLAHINA	210 Km	8 882
24	BEDIATT	210 Km	1 632
25	BINEOU NIAKATE	225 Km	1972
26	NAOULENA	225 Km	2836
	TOTAL DES AIRES	3082 Km	182 423

Le district sanitaire de Nara compte 13 centres de santé communautaire (CSCOM) fonctionnels et le centre de santé de référence (CSREF).

Les CSCOM (Goumbou, Allahina, Wouaourou, Djigue ,Mourdiah ,Sampaga, Dilly, Fallou, Boulal, Ballé, Biniou Niakaté,Boudjiguiré et Bediatt) sont construits en dur et sont en bon état en dehors de Dilly qui est en rénovation. Le CSREF construit depuis 1992 est en bon état. Les aires de santé non fonctionnelles au nombre de 13 ne disposent pas d'infra structures sanitaires.

1.5.2. La logistique des matériels

Nature	Marque	Qtés	mise en sce	Etat actuel	Observations
Ambulance 4*4	Toyota cruiser	1	2008	Bon	
	Toyota Cruiser	1	2009	Bon	
	Renault	1	2008	Passable	Intérieur non aménagé
	Toyota Hilux	1	2000	Hors usage	
Autres véhicules 4*4	Toyota Hilux	1	2002	Passable	
	Toyota Hilux	1	2003	Passable	
	Toyota Hilux	1	2007	Bon	
	DT 125	1	2004	Passable	LEPRE
Moto	DT 125	1	2007	Bon	LABO
	YAMAHA 100	1	2007	Bon	PNLC
RAC	DT 125	1	2008	Bon	ASSAINISSEMENT
	DT 125	1	2008	Bon	
Réfrigérateur	Electrolux 5OEK	4	2005	Bon	
	Consul	1	2004	Bon	
	Sibir	1	2005	Bon	
	Norder	1	2002	Mauvais	
Congélateur	Electrolux t c w	1	2007	Bon	
	HP	1	2007	Bon	
	DELL	1	1999	Mauvais	
	PHILIPS	1	2004	Passable	
Ordinateur	HP	1	2009	Bon	
Panneaux solaires		4	2003		hors usage
Groupes électrogènes	SDEMO	1	1992	Passable	

Qtés : Quantités, Sce : Service

En 2008 tous les CSCOM disposaient des moyens de déplacement suffisant pour assurer la vaccination de routine.

1.5.3. Le personnel

Tableau III: Situation du personnel dans le district de Nara en 2008

	Requis	Existant	Srce de fmt Etat	Srce de fmt collectives	Srce de fmt Propre
Qualification	5	5	4	1	0
Médecin à compétence chirurgicale	2	2	2	0	0
Pharmacien	0	0	0	0	0
Médecin spécialiste en santé publique	1	1	1	0	0
Infirmiers d'état	4	3	3	0	0
Tech. Sup Labo	1	1	1	0	0
Infirmier de 1 ^{er} cycle	4	5	5	0	0
Sage femme	2	2	2	0	0
Infirmière obstétricienne	3	2	2	0	0
Matrone	2	2	0	0	2
Tech. Spécialiste en radio	1	0	0	0	0
Tech. Spécialiste en Ophtalmo	1	1	1	0	0
Tech. Spécialiste en Kinésithérapie	0	0	0	0	0
Tech. Spécialiste en santé public	1	0	0	0	0
Aide Soignants	2	2	0	0	2
Tech. Sanitaires	1	2	2	0	0
Secrétaire dactylo	1	1	0	0	1
Laborantin	1	1	1	0	0
Gestionnaire comptable	1	1	1	0	0
Adjoint administratif	1	0	0	0	0
Gardien	1	1	0	1	0
Chauffeur	2	3	2	1	0
Chauffeur mécanicien	1	0	0	0	0
Tech. Spécialiste en soins dentaires	1	0	0	0	0
Manœuvres	4	4	0	0	4
Tech sup en travail social	1	1	1	0	0
Gérant dépôt	0	2	0	0	2
Guichetière	1	1	0	0	1

1-5-4)-**Le système de référence/évacuation de Nara :**

A Nara il existe une particularité dans la référence /évacuation.

Il s'agit de la mise en place de deux zones de référence dont l'une évacue vers Nara et l'autre vers Nioro.

• **La zone de référence de Nara :**

Le centre de santé de Nara sert la référence pour les aires proches dans un rayon d'environ de 100Kms. Pour cela une ambulance sera positionnée au centre de Nara pour évacuer les urgences des CSCOM proches vers le centre.

• **La zone de référence de Ballé :**

Pour cette zone une ambulance sera positionnée au CSCOM de Ballé et servira aux évacuations des urgences de la zone de Ballé vers le centre de référence de Nioro.

Le système de référence/évacuation de Nara est organisé de manière que l'entretien et la réparation des ambulances est prise en charge par la contribution des collectivités et du centre de santé de référence et les médicaments et acte par l'Etat.

1-5-5. **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.

- **Légende 1** : La gestité indique le nombre de gestation

Une nulligeste indique zéro grossesse

Une primigeste indique une grossesse

Une pauci geste indique deux à trois grossesses

Une multi gestes indique quatre à cinq grossesses

Une grande multi geste indique six grossesses ou plus

- **Légende 2** : La parité indique le nombre d'accouchement

La nullipare indique zéro accouchement

La primipare indique un accouchement

La pauci pare indique deux à trois accouchements

La multi pare indique quatre à cinq accouchements

La grande multipare indique six t accouchements ou plus.

2. Population d'étude :

Toutes les parturientes admises dans le service pendant la période d'étude.

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données.

4. Période d'étude :

Cette étude s'étend du 17 Mai 2008 au 16 Mai 2009 soit 12mois.

5. Echantillonnage :

5. a. Critères d'inclusion : étaient concernées par cette étude toutes les parturientes évacuées ou venues d'elles même en situation d'urgence obstétricale.

5. b. Critères de non inclusion : les parturientes qui n'étaient pas en situation d'urgence.

6. Collecte des données :

Une fiche d'enquête individuelle a servi à l'enregistrement des différents paramètres.

Les supports étaient :

- du registre d'accouchement ;
- du registre du bloc opératoire ;
- des dossiers des malades.

7. Traitement informatique :

Le traitement des données a été à l'aide de logiciel SPSS ; et EXCEL XP Professionnel

V- RESULTATS :

Durant la période d'étude ,697accouchements ont été colligés dont 164 urgences obstétricales soit 23,52%. Pendant la même période 62 césariennes ont été pratiquées soit 8,89% des accouchements

I -Profil socio démographique :

TABLEAU I : Répartition des parturientes selon l'âge

Age (année)	Effectif Absolu	Pourcentage
≤ 19	40	24.4
20-29	64	39.0
30-39	50	30.5
>39	10	6.1
Total	164	100

L'urgence obstétricale était majoritaire dans la tranche d'âge 20-29 ans soit 39% des cas.

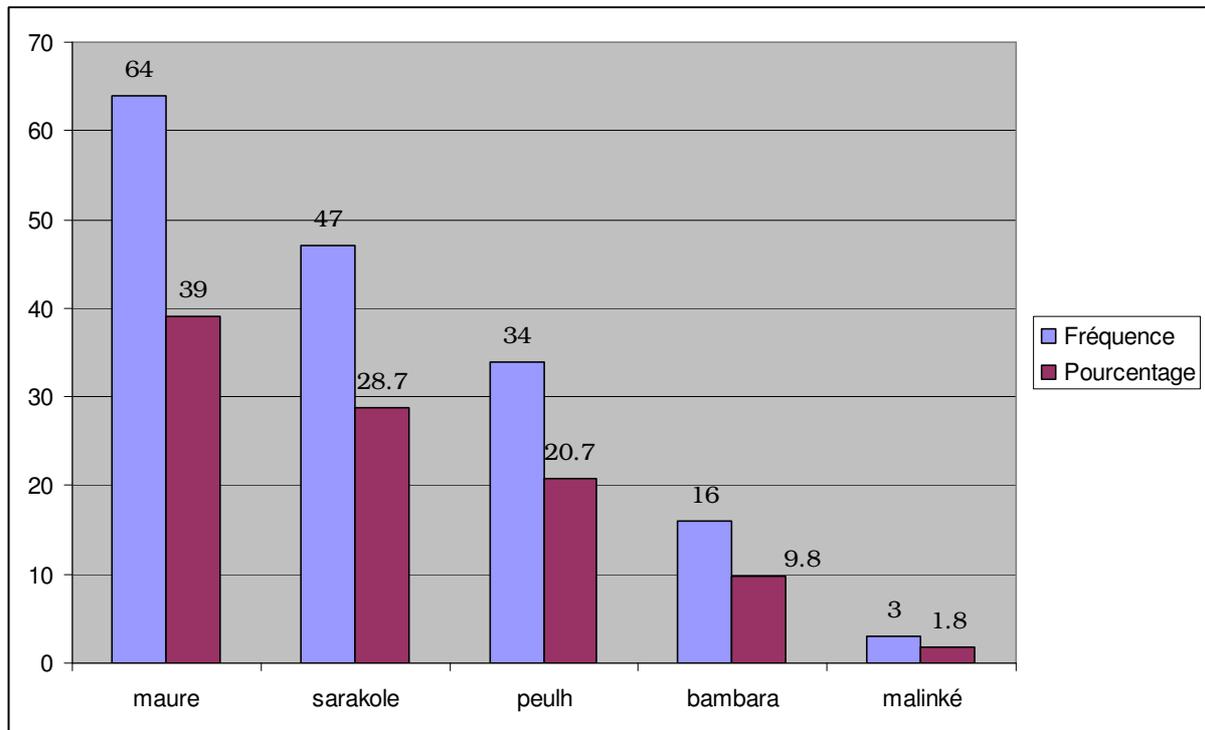


Figure I : Répartition des parturientes selon l'ethnie.

L'ethnie maure était la plus représentée avec **39%** des cas.

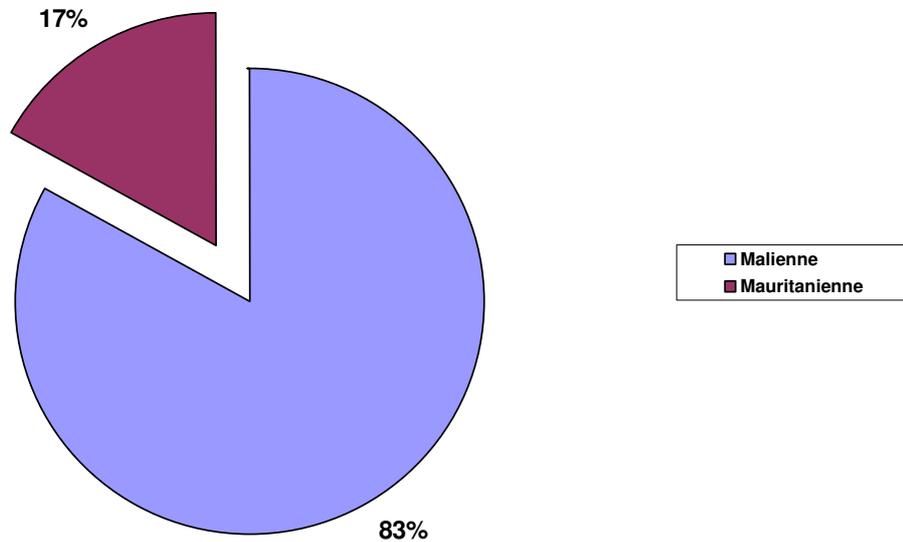


Figure II : Répartition des parturientes selon la nationalité.

Vingt huit (28) parturientes étaient de nationalité mauritanienne soit 17,1%

TABLEAU II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	158	96.3
Célibataire	6	3.7
Total	164	100

Les femmes mariées représentaient **96,3%** des cas

TABLEAU III : Répartition des parturientes selon la profession

Profession des parturientes	Effectif Absolu	Pourcentage
Ménagère	157	95.7
Etudiant/Elève	5	3.0
Aide ménagère	1	0.6
Secrétaire	1	0.6
Total	164	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec un effectif de 157 soit 95,7%

TABLEAU IV : Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance des parturientes	Effectif Absolu	Pourcentage
Aire de Nara centrale	62	37.8
Adelbagrou (hors aire de Nara)	32	19.5
Aire de Goumbou	13	7.9
Aire de koronga	13	7.9
Aire de Dilly	12	7.3
Aire de Mourdiah	8	4.9
Aire de Boulale	5	3.0
Aire de Boudjiguire	4	2.4
Aire de Balle	3	1.8
Aire de Fallou	3	1.8
Aire de Sampaga	3	1.8
Aire de Guenebe	2	1.2
Aire de Dally	2	1.2
Aire de Guire	1	0.6
Aire de Al lasso	1	0.6
Total	164	100

L'aire de Nara centrale représentait **37,8%**

TABLEAU V : Répartition selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif Absolu	Pourcentage
Cultivateur	65	39.6
Commerçant	40	24.4
Eleveur	29	17.7
Fonctionnaire	10	6.1
Marabout	5	3.0
Ouvrier	5	3.0
Chauffeur	4	2.4
Boucher	2	1.2
Elevé/étudiant	2	1.2
Cordonnier	1	0.6
Tailleur	1	0.6
Total	164	100

Les cultivateurs étaient les plus représentés soit **39, 6%**

TABLEAU VI : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif Absolu	Pourcentage
Non scolarisée	127	77.4
Primaire	30	18.3
Secondaire	7	4.3
Total	164	100

Seulement **4,3%** ont atteint le niveau secondaire sur 22,6% de scolarisées. Le taux de scolarisation des filles était bas

II situation d'évacuation :

TABLEAU VII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Evacuée	98	59,7
Venue d'elle-même en situation d'urgence	66	40,3
Total	164	100

Les parturientes évacuées représentaient 59.7% avec un effectif de 98.

TABLEAU VIII: Répartition des parturientes évacuées selon le profil de l'agent ayant procédé à l'évacuation.

Agent de l'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Infirmier d'état (technicien de santé)	56	34.1
Matrone	21	12.8
Médecin	12	7.3
Aide soignant	7	4.3
Parent	68	41.4
Total	164	100

Les parturientes étaient en majorité évacuées par les infirmiers d'état

TABLEAU IX : Répartition des parturientes selon le Motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie du post partum	45	27.4
Contraction utérine douloureuse/ grossesse	31	18,8
Dystocie	23	14
Rétention placentaire	14	8,5
Hémorragie ante partum	6	3.7
Pré éclampsie	5	3.0
Présentation dystocique	5	3
Eclampsie	4	2.4
Syndrome de pré rupture	4	2.4
Conjonctives très pales+OMI+dyspnée	4	2.4
Hauteur utérine excessive	3	1.8
Dilatation stationnaire	3	1.8
OMI+dyspnée sur grossesse	3	1.8
Grossesses sur hypertension artérielle	2	1.2
Hémorragie de la délivrance	2	1.2
Ancienne césarienne	2	1.2
Rétention du 2e jumeau	2	1.2
Souffrance fœtale aigue	4	2.4
Déchirure périnéale	1	0.6
Dyspnée d'effort et HU=49 cm	1	0.6
Total	164	100

-L'Hémorragie du post partum était le motif d'évacuation le plus retrouvé avec un effectif absolu de 45 soit 27.4% ;

Tableau X : répartition selon le traitement reçu avant évacuation.

Traitement reçu avant évacuation	Effectif Absolu	pourcentage
Aucun traitement reçu	83	50.6
Buthylhyocine injectable avec ou sans Ampicilline	38	23.1
Sérum glucose + Catapressan + Diazépan	13	6.8
Sérum sale + Vit B complexe + Dicynone injectable	32	19.5
Total	164	100

Le Buthylhyocine était le médicament le plus utilisé avant l'évacuation soit 23.1% par les infirmiers et les matrones

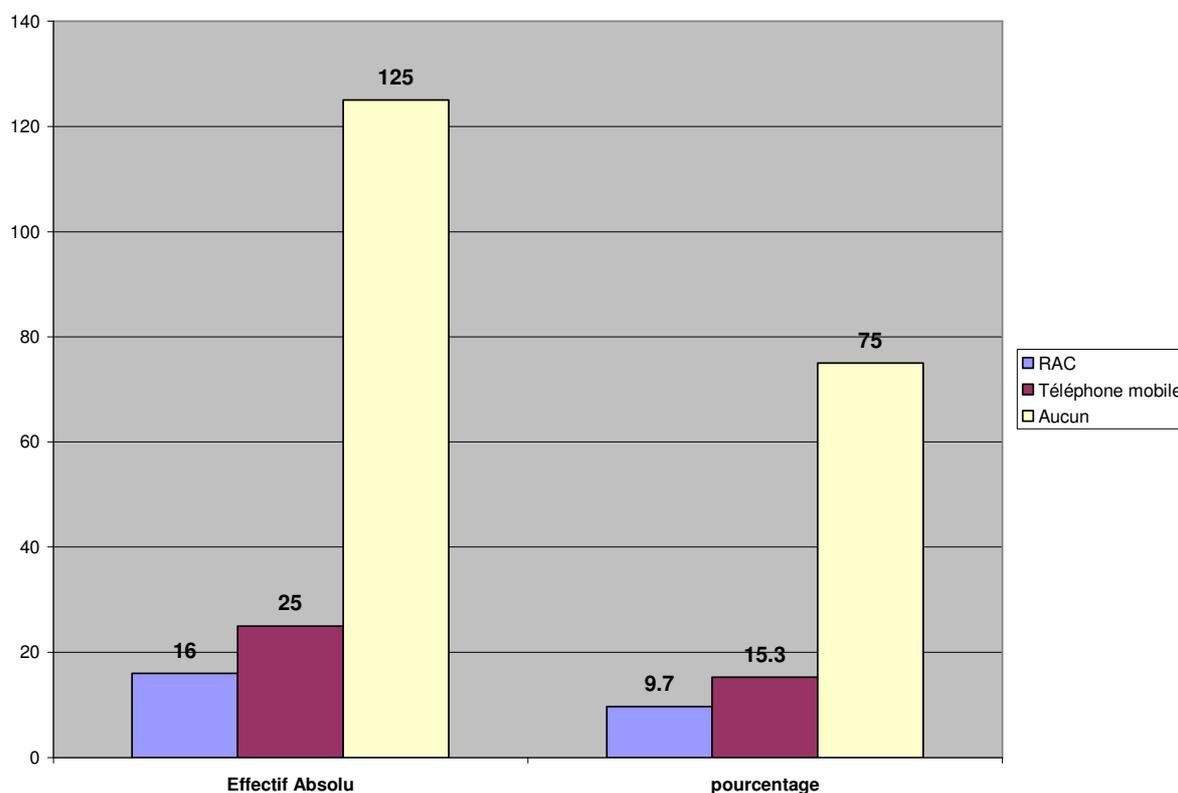


Figure IV : répartition selon les moyens de communication utilisés pour l'évacuation.

Cent vingt cinq (125) parturientes étaient évacuées sans usage de moyen de télécommunication préalable soit **75%**.

TABLEAU XI : Répartition des parturientes selon le moyen de transport utilisé.

Condition d évacuation	Effectif Absolu	Pourcentage
Transport en commun	61	37.2
ambulance	41	25
charrette	37	22.54
véhicule personnel	26	15.9
Total	164	100

L'ambulance était utilisée dans 25% des évacuations de parturientes.

TABLEAU XII : Répartition selon les supports utilisés pour l'évacuation.

Supports de référence	Fréquence	Pourcentage
Fiche d'évacuation	29	17.7
Partogramme	7	4.3
Lettre	6	3.7
Référence verbale	122	74.3
Total	164	100

Cent vingt deux parturientes étaient référées / évacuées de façon verbale

TABLEAU XIII: Répartition des parturientes selon la durée d'évacuation

Durée de la référence	Fréquence	Pour cent
> 8h	16	9.8
4h-8h	78	47.5
<4h	70	42.7
Total	164	100

Quarante sept Virgule cinq pourcent (47.5 %) des parturientes avait la durée d'évacuation comprise 4h et 8h.

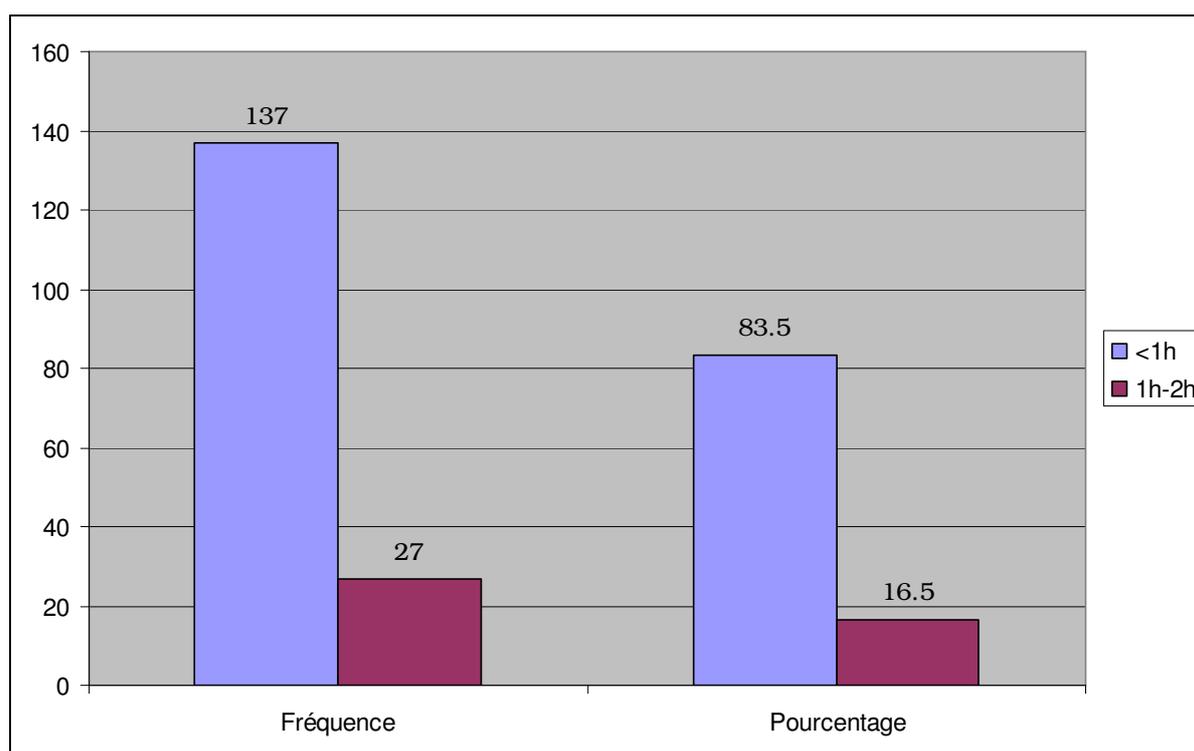


Figure V : Répartition selon la prise en charge au centre de santé de référence.

La prise en charge de 84% des parturientes était faite dans un délai inférieur à une heure au CSRéf.

IV - Aspects cliniques :

TABLEAU XIV : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Aucun	151	92.1
Hypertension artérielle	6	3.6
Anémie	5	3.0
Drépanocytose	2	1,2
Total	164	100

Cent cinquante un (151) parturientes n´avaient aucun antécédent médical soit 92.1%.

TABLEAU XV : Répartition des parturientes selon les antécédents gynéco obstétricaux.

Antécédents gynéco obstétricaux	Fréquence	Pourcentage
Aucun	144	87.8
Avortement	13	7.9
Césarienne	5	3.0
Antécédent de morts né	2	1.2
Total	164	100

Cent quarante quatre (144) parturientes n´avaient aucun antécédent gynéco obstétrical soit 87.8%.

TABLEAU XVI : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité (nombre de grossesses)	Effectif Absolu	Pourcentage
Primi geste(1)	40	24.4
pauci geste (2-3)	63	38.4
multi geste (4-6)	38	23.2
grande multi geste (≥ 6)	23	14
Total	164	100

Les paucigestes étaient majoritaires soit 38,4%.

TABLEAU XVII : Répartition des parturientes selon la parité.

Parité (nombre d'accouchement)	Effectif Absolu	Pourcentage
Nullipare (0)	29	17.7
Primipare (1)	28	17.1
Pauci pare (2-3)	52	31.7
Multipare (4-5)	32	19.5
Grande multipare (≥ 6)	23	14.0
Total	164	100

Les paucipares représentaient 31,7% des cas.

TABLEAU XVIII : Répartition des parturientes selon le nombre d'enfants vivants

nombre d'enfants vivants	Effectif Absolu	Pourcentage
0	30	18,3
1	41	25,0
2	38	23.4
3	20	12,1
4	9	5,5
5	10	6,1
>=6	16	9.8
Total	164	100

Quarante un (41) parturientes avaient un enfant vivant soit 25.0%.

TABLEAU XIX : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel	Effectif Absolu	Pourcentage
≤36 SA	71	43.4
37-42 SA	92	56.1
>42 SA	1	0.6
Total	164	100

La grossesse était à terme dans 56,1% des cas.

TABLEAU XX: Répartition des parturientes selon la consultation prénatale (CPN).

Nombre de CPN	Effectif Absolu	Pourcentage
0	83	50.6
1-4	73	44.5
>4	8	4.9
Total	164	100

Quatre vingt trois (83) parturientes n'avaient pas effectué de CPN soit 50.6%.

TABLEAU XXI : Répartition selon l'état général des parturientes à l'arrivée.

Etat général	Effectif Absolu	Pourcentage
Bon	94	57.3
Passable	56	34.1
Altéré	14	8.5
Total	164	100

Quatre vingt quatorze (94) parturientes avaient un bon état général soit 57,3%.

TABLEAU XXI : Répartition des parturientes selon la coloration des conjonctives.

Coloration des conjonctives	Effectif Absolu	Pourcentage
Absence de pôleur	108	65.9
pôleur conjonctivale	56	34.1
Total	164	100

Cent huit parturientes ne présentaient pas de pôleur conjonctivale soit **65,9 %**

TABLEAU XXII: Répartition des parturientes selon la température.

température en degré Celsius	Effectif Absolu	Pourcentage
<36,5	77	47.0
36,5 -37,5	78	47.6
>37,5	9	5.5
Total	164	100

Soixante dix huit parturientes avaient une hyperthermie soit **47,6 %**

TABLEAU XXIII : Répartition selon la tension artérielle.

Tension artérielle	Effectif Absolu	Pourcentage
<14/9	146	89
≥14/9	18	11.0
Total	164	100

Dix huit (18) parturientes avaient une tension artérielle ≥140/90mmhg.

TABLEAU XXIV : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement.

Phase du travail	Effectif Absolu	Pourcentage
Phase latence	78	47,5
Phase active	38	23.2
Phase de délivrance	48	29.3
Total	164	100

Soixante dix huit parturientes étaient en phase de latence soit **47,5 %**

TABLEAU XXV : Répartition des parturientes selon la métrorragie à l'arrivée

Métrorragie	Effectif Absolu	Pourcentage
Minime	40	24.4
Moyenne	35	21.3
Abondante	15	9.1
Très abondante	1	0.6
Absente	73	44.5
Total	164	100

Quarante (40) parturientes soit 24.4% ont été admises avec une métrorragie minime.

TABLEAU XXVI : Répartition des parturientes selon l'état de conscience.

Etat de conscience	Effectif	Pourcentage
Conscience conservée	148	90.24
Agitation	9	5.48
Obnubilation	7	4.26
Total	164	100

Les parturientes arrivées dans un tableau d'obnubilation étaient de 4.26%

TABLEAU XXVII : Répartition des parturientes selon la durée de travail

durée du travail en heure	Effectif Absolu	Pourcentage
Non déterminée	94	57.3
≤12h	30	18.3
13-24h	22	13.4
>24h	18	11.0
Total	164	100

Dix huit (18) parturientes avaient une durée de travail supérieure à 24 H soit 11%.

TABLEAU XXVIII : Répartition des parturientes selon le type de présentation.

Présentation	Effectif Absolu	Pourcentage
Céphalique	125	76,2
Siège	24	14.6
épaule	15	9.2
Total	164	100

La présentation du sommet était la variété la plus fréquente soit 76.2%.

TABLEAU XXIX : Répartition des parturientes selon la fréquence des bruits du cœur foetal (BDCF)

BDCF	Effectif Absolu	Pourcentage
(120-160bt/mn)	98	59.8
Absent (0)	36	21.9
(<120bt/mn ou >160bt/mn)	30	18.3
Total	164	

Les BDCF n'étaient pas perçus à l'admission dans 21,95% des cas.

TABLEAU XXX : Répartition des parturientes selon l'état des membranes.

Etat des membranes	Effectif Absolu	Pourcentage
Non Rompues	100	61
Rompues	64	39
Total	164	100

Trente neuf pourcent (39 %) de parturientes admises au CSRéf avait la poche des eaux rompues

TABLEAU XXXI : Répartition des parturientes selon le Taux d'hémoglobine fait en urgence

Taux d'hémoglobine en urgence	Effectif Absolu	Pourcentage
Normal	66	40.3
Bas	50	30.4
Non fait	48	29.3
Total	164	100

Chez quarante huit parturientes le taux d'hémoglobine en urgence n'était pas réalisé soit **29,3** %

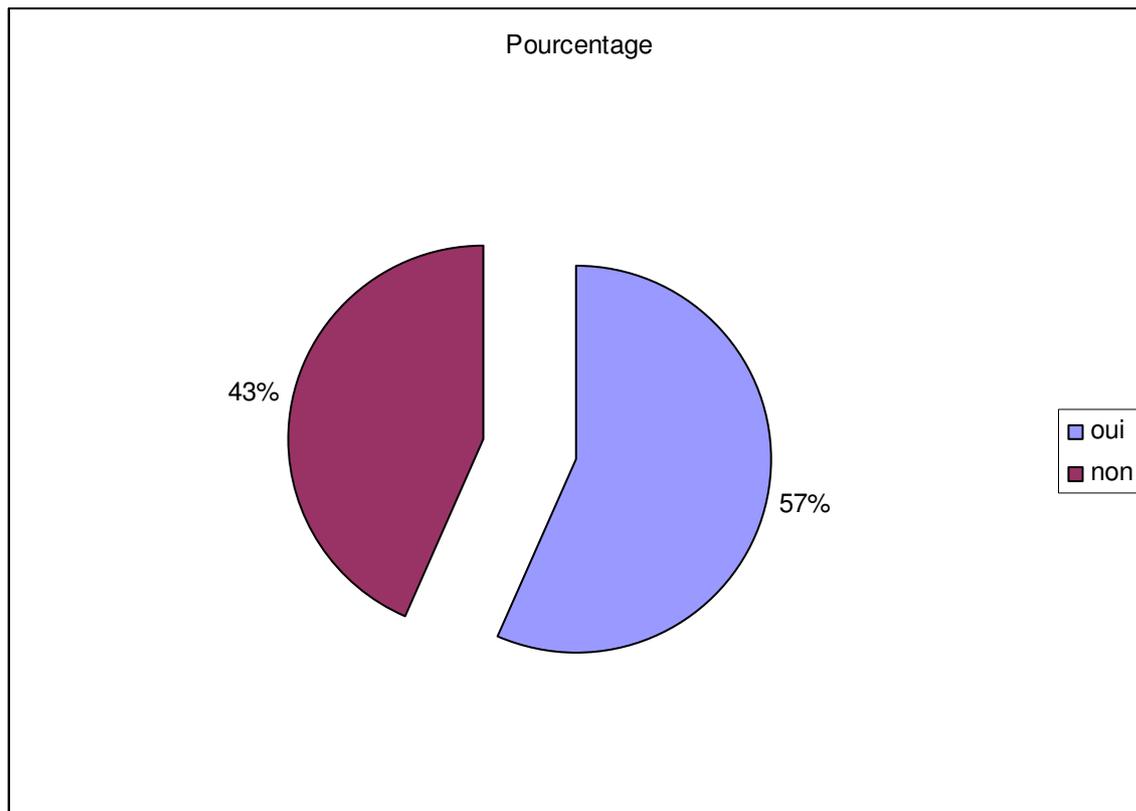


Figure VI : Répartition des parturientes selon le groupage en urgence.

Cinquante sept pourcent (57%) parturientes était groupées en urgence au centre de santé de référence.

TABLEAU XXXII : Répartition des parturientes selon l'échographie faite en urgence.

Echographie	Effectif Absolu	Pourcentage
Oui	53	32.3
Non	111	67.7
Total	164	100

Cinquante trois (53) parturientes soit 32.3% avaient fait l'échographie obstétricale en urgence.

TABLEAU XXXIII : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectif Absolu	Pourcentage
Rétention placentaire	30	18.3
Phase active du travail d'accouchement	19	11.6
Hémorragie de la délivrance	17	10.4
Retard a l'expulsion	10	6.1
Dilatation stationnaire	10	6.1
Absence d'engagement à dilatation complète	9	5.5
Placenta praevia hémorragique	9	5.5
Présentation dystocique (transverse+procidence du bras)	8	4,9
Souffrance foétale aigue	7	4.3
Mort in utero	7	4,2
Menace d'accouchement sévère	6	3.6
Hématome Rétro Placentaire	5	3.0
Anémie sévère du post partum	5	3
Anémie sévère sur grossesse	4	2.4
BGR (Bassin généralement rétréci)	4	2.4
Syndrome de pré rupture	3	1.8
Absence d'engagement dilatation à complète sur siège complet	3	1.8
Crises éclamptiques subintrantes	3	1.8
Procidence du cordon	2	1.2
HTA sur grossesse +palu	2	1.2
Bassin limite + utérus cicatriciel chez une parturiente en travail	1	0.6
Présentation de siège + utérus cicatriciel chez une parturiente en travail	1	0.6
Pré éclampsie	1	0.6
Présentation de siège + un antécédent de 2 morts nés	1	0.6
Grossesse molaire	1	0.6
Total	164	100

La Rétention placentaire était la plus fréquente soit 18.3% .

TABLEAU XXXIV : répartition des parturientes en fonction des traitements effectués.

Traitements	Effectif Absolu	Pourcentage
césarienne	62	37.8
Accouchement par voie basse	37	22.6
Délivrance artificielle +révision utérine +antibiotique	21	12.8
Transfusion+fer	14	8.7
Forceps	9	5.5
Amniotomie + perfusion d'ocytocine	6	3.6
Perfusion du spasfon+repos+++	5	3.0
Nifedipine+méthyl dopa+Sulfate de Mg	4	2.4
Ventouse + épisiotomie medio- latérale	3	1.8
Induction du travail par cytotec+antibiotique + transfusion	2	1.2
Curage digital+transfusion+ocytocine	1	0.6
Total	164	100

La césarienne était le traitement le plus effectué soit 37.8%.

TABLEAU XXXV : répartition des nouveaux nés selon l'APGAR a la 1ère mn.

APGAR à la 1ère mn	Effectif Absolu	Pourcentage
0	24	14.6
1-6	32	19.5
7-10	108	65.9
Total	164	100

Soixante cinq virgule neuf pourcent (65.9%) des nouveaux avaient un APGAR supérieur à ≥ 7 à la première minute

TABLEAU XXXVI: Répartition selon la durée de réanimation.

Durée de réanimation	Effectif Absolu	Pourcentage
<5mn	17	53.1
5-10mn	12	37.5
>10mn	3	9.4
Total	32	100

Neuf virgule quatre pourcent (9.4%) des nouveaux nés était réanimé plus de 10 minutes.

TABLEAU XXXVII : Répartition selon l'état du nouveau né

Etat du nouveau né	Effective absolu	Pourcentage
Vivant	142	81.8
Décédé	32	18.2
Total	174	100

Cent quarante deux (142) nouveaux nés étaient vivants soit 81,8% par contre 32 étaient décédés soit 18,2%.

TABLEAU XXXVIII : Répartition selon les causes du décès de nouveau né

Causes du décès de nouveau né	Effectif Absolu	Pourcentage
Dystocie	21	12,8
HRP	3	1,8
Prématurité	2	1.2
placenta praevia	2	1.2
Fièvre	2	1.2
procidence du cordon	1	0,6
Eclampsie	1	0,6
Total	32	100

Dix sept (17) nouveaux nés étaient décédés après accouchement dystocique soit 10,4% des causes de décès

TABLEAU XXXIX : Répartition selon la nature des suites de couches

Nature des suites de couches	Effectif absolu	Pourcentage
Simple	145	88.4
Anémie	14	8.5
Endométrite	3	1.8
Suppuration pariétale	2	1.2
Total	164	100

145 parturientes avaient eu des suites de couches simples soit 88.4%.

TABLEAU XXXX: Répartition selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation en jour	Fréquence	Pourcentage
2-7 jours	104	63.4
1 jour	50	30.5
8-14 jours	9	5.5
>=15 jours	1	0.6
Total	164	100

Seulement une parturiente était hospitalisée plus de 15 jours soit 0.6% pour cas de suppuration pariétale.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les résultats obtenus ont suscité un certain nombre de commentaires.

I) La fréquence:

La fréquence des évacuations obstétricales était de 59,7 % dans notre étude.

THIERO [50] ; ALAMINE [2] ; et Moussa Balla [41] ont rapporté respectivement un taux de 11,57 % ; 12% et 38,77%.

L'augmentation du taux d'évacuation est consécutive à la gratuité de la césarienne et la faible capacité de prise en charge des structures sanitaires situées en amont : centres de santé communautaire.

II) Caractéristique socio démographiques.

a) L'âge :

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée soit 39,02%. Elle correspond à la tranche d'âge où l'activité génitale est intense.

Le taux observé au cours de notre étude était comparable à celui retrouvé par ALAMINE [2] soit 41% et Moussa Balla [41] soit 48,09%.

Quarante (40) parturientes soit 24,4% avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce pourcentage pourrait s'expliquer par le mariage précoce et la non scolarisation des filles.

b) La profession :

La profession ménagère fut dominante, soit 95.7 % .ce taux était comparable à celui rapporté par Moussa Balla [41] soit 84.75 %.

c) statut matrimonial :

La presque totalité des femmes était mariée soit 96.3%.

Ce taux était supérieur à celui rapporté par Moussa Balla soit 88,4%.

d) Ethnie :

Trente neuf pourcent (39%) des parturientes de notre série étaient des Maures ; 28,7% des Sarakolés 20,7% des peulhs. Cela est conforme à la composition ethnique de la population de Nara, où prédomine l'ethnie maure.

3) la provenance

La distance parcourue variait en général entre 28 et 255 km. Cette distance était supérieure à celle trouvée par Moussa Balla [41] où les extrêmes étaient de 2 à 180 km et comparable à celui de MACALOU [33] où les extrêmes étaient de 2 à 250 km.

Le CSCOM de Goumbou a évacué le plus grand nombre de parturientes de nationalité malienne avec 7,9%. Le centre de santé d'Adelbacoro en République Islamique de Mauritanie avait un taux d'évacuation 19.5%.

4) Qualité de l'agent demandeur de l'évacuation :

La demande d'évacuation formulée par les infirmiers et les matrones était respectivement de 34,1% et 12.8%.

Au CSCOM de MOURDIAH dirigé par un Médecin 12 évacuations étaient effectuées soit 7.3%.

Chez MACALOU [33] la majorité des parturientes était évacuée par les Médecins et les sage femmes soit respectivement 37,80% et 24,2%.

5) Mode d'évacuation :

Les moyens de transport en commun et l'Ambulance étaient les plus fréquemment utilisés pour les évacuations des parturientes avec respectivement 37.2% et 25%. Moussa Balla [41] avait un taux de 73,62% d'évacuation par ambulance.

6) Motifs d'évacuation :

-L'Hémorragie du post partum était le motif d'évacuation le plus retrouvé avec un effectif absolu de 45 soit 27.4% ;

-Les contractions utérines douloureuses sur grossesse estimée à terme 18.8% ;

-Dystocies 14%.

• Moussa Balla [41] au CHU de Point G trouvait

-La dilatation stationnaire 14,3% ;

-utérus cicatriciels 19,4 % ;

-Hauteur utérine excessive 7,1 % comme motif d'évacuation.

L'hémorragie du post partum était le motif d'évacuation le plus fréquent à cause de nombreux accouchements faits à domicile

7) Usage des moyens de télécommunications :

L'usage du téléphone comme moyen de communication était inexistant dans 75 % des cas. Dans 15.3 % des cas le mobile et dans 9.7% le RAC était utilisé.

L'analyse de ces résultats démontrait la non utilisation des moyens de télécommunication au niveau des CSCOM vers les CSRéf.

8) supports d'évacuation :

Les supports d'évacuation sont indispensables pour la compréhension de l'histoire d'une évacuation. Ils permettent d'instituer rapidement une prise en charge adaptée. Dans notre

étude, seulement 4.3 % des parturientes avaient reçu un partogramme avant leur évacuation.

ALAMINE [2] trouve soit 19, %.

Dix sept virgule sept pourcent (17,7 %) avaient en plus du partogramme une fiche d'évacuation et 74.3% des parturientes ont été verbalement évacuées.

9) **Durée du trajet parcouru** :

Le temps moyen était 4 heures soit 47.5 % avec les extrêmes inférieur à 1 heure et supérieur à 8 heures.

Ce résultat était différent de celui de ALAMINE [2] dont le temps moyen était de 125 minutes avec 20 minutes et 4 heures comme extrêmes.

Après analyse, nous avons constaté une réduction de la durée de l'évacuation due essentiellement à la disponibilité des moyens de transport en commun au niveau des structures périphériques et des ambulances au niveau de CSRéf.

IV) Situation obstétricale a l'entrée

10) consultations prénatales :

Cinquante virgule six pourcent (50,6 %) des parturientes n'avait pas effectué de CPN. Ce taux était comparable à celui rapporté par MACALOU [33] soit 48,1 % et par Moussa Balla qui était de 43.55%.

Quarante quatre virgule cinq pourcent (44.5 %) des parturientes avaient consulté 1 à 4 fois.

11) Gestité et parité

Vingt quatre virgule quatre pourcent (24,4 %) des parturientes étaient à leur première grossesse. Ce taux était inférieur à celui de Moussa Balla [41] soit 32.70 %. Dans l'échantillon de 38.4 % il y avait une parité de 2-4 contre 19,2% pour ALAMINE [2].

12) Antécédents medico-chirurgicaux :

Dans l'étude, 87.8 % des parturientes n'avaient aucun antécédent chirurgical contre 3 % d'utérus cicatriciel.

13) Bruits du cœur fœtal = (BDCF) :

Ils n'étaient pas perçus à l'admission dans 21.95% des cas. Le taux rapporté par Fodé Sidibé [25] était de 35.4% des cas. L'absence de BDCF était fréquente en cas de retard à la référence.

14) Dilatation du col :

A l'admission 23.2%des femmes était en phase active du travail d'accouchement ; le taux rapporté par Fodé Sidibé était de 64.1%.

15) Présentation : La nature de la présentation est un élément capital du pronostic d'accouchement. La présentation du sommet variété la plus eutocique était la plus fréquente au cours de notre étude soit 56.1%.

16) Poches des eaux et aspect de liquide amniotique :

La poche des eaux était rompue dans 20.8% et dans 9.8% le liquide amniotique était teinté.

17) Diagnostic retenu :

Parmi les diagnostics retenus après l'examen dans la salle d'accouchement, nous avons essentiellement :

- Rétention placentaire 18.3%,
- Phase active du travail d'accouchement 12.8%,
- Hémorragie de la délivrance 10.4%,
- Dilatation stationnaire 6.1%,
- Absence d'engagement a dilatation complète 5.5%.

Ces diagnostics étaient différents de ceux trouvés dans l'étude faite par Thiero [46] avec :

- Présentations vicieuses 14,41 % ;
- Disproportion fœto-pelvienne 14,41 % ;

- Dystocie osseuse 13,80 %.

Parmi les diagnostics retenus, la rétention placentaire était le plus retrouvé soit 18.3% des accouchements.

Cela était dû au nombre élevé d'accouchement à domicile sans assistance médicale.

D'autres éléments ayant une influence sur le pronostic materno-foetal étaient :

- Le retard à l'évacuation ;
- L'éloignement des CSCOM du CSRéf ;
- La non assistance des parturientes au cours des évacuations ;
- L'absence de support d'évacuation.

Ces facteurs rendaient la prise en charge difficile et le pronostic materno-foetal mauvais

18)-Traitement instauré

Dans le souci de réduire la mortalité foetale ou maternelle, un système de kit opératoire, d'armoire d'urgence a été mis en place pour faire face à l'urgence avec promptitude.

La démarche thérapeutique dépendait du diagnostic retenu et de l'état général de la parturiente. Elle était la suivante :

- La césarienne dans 37.8% des cas;
- L'accouchement par voie basse dans 22.6 % des cas;
- La délivrance artificielle + révision utérine+antibiothérapie dans 12.8%
- La transfusion sanguine dans 8.8% des cas.

Il n'y a pas eu de déficits transfusionnels grâce au volontariat et la disponibilité des militaires et les membres de l'association de la Jeune Chambre Internationale (J.C.I) de Nara.

Ces résultats étaient différents de ceux rapportés par :

Thiero [46] soit :

- césarienne 50 % ;
 - accouchement par voie basse 42,50 %.
- Moussa Balla soit :
- Césarienne 68.2% ;
 - L'accouchement par voie basse 25.08% ;
 - L'hystérectomie d'hémostase 2.05%.

ALAMINE soit :

- Césarienne 25,30 % ;
- accouchement par voie basse 73,10 %.

19) **Pronostic materno-foetal** :

L'état général de certaines évacuées était aggravé par le retard à la référence et l'absence de mini banque de sang fonctionnel.

Durant la période d'étude nous avons recensé **88,4 % des suites de couches simples**, avec 0 % de **décès** maternel.

Les complications étaient représentées essentiellement par :

- L'anémie 8,5% ;
- Suppuration pariétale 1,2% ;
- Endométrite 1,8%.

20)-Pronostic foetal : Il restait satisfaisant avec 80,05 % des nouveaux nés présentant un bon état général à la sortie du service ; malgré l'absence d'un service de néo-natologie, tous les nouveaux nés ayant un score d'Apgar inférieur ou égal à six(≤ 6) étaient réanimés puis mis sous surveillance médicale.

Ce taux était comparable à celui rapporté par Moussa Balla soit 84.9%.

VII-CONCLUSION :

Au cours de notre étude des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Nara, 164 cas ont été colligés sur 697 accouchements, soit une fréquence de 23,52%.

Les évacuations obstétricales en dehors de l'aire de santé de Nara représentaient 19,5%. Les principaux motifs de la référence /évacuation étaient la rétention placentaire 18,3% et l'hémorragie de la délivrance 10,4% des cas. La césarienne a été le traitement le plus utilisé 62 cas soit 37,8%.

Au terme de ce travail, on peut affirmer que les urgences obstétricales sont fréquentes dans le district sanitaire de Nara. Malgré quelques difficultés liées à la communication (RAC), éloignement de certaines aires de santé, le système de référence /évacuation est fonctionnel à Nara.

VIII-RECOMMANDATIONS :

Dans le souci d'une amélioration constante de la qualité des soins les recommandations suivantes peuvent être formulées

Aux populations :

- . Fréquenter les services de CPN dès le début de la grossesse.
- . Se rendre au centre de santé dès les signes d'alerte : saignements, douleurs abdomino- pelviennes, fièvres, pertes liquidiennes.
- .Suivre les conseils des agents de santé.

Aux prestataires :

- . Respecter les normes et procédures en matière de référence/évacuation ;
- . Remplir correctement les partogramme et les fiches d'évacuation.
- . Renforcer la rétro information.
- . Ouvrir systématiquement un dossier médical pour chaque patiente.
- . Sensibiliser les populations sur les avantages des CPN.

Aux autorités sanitaires et politico- administratives :

- . Assurer une formation continue et un recyclage du personnel médical.
- . Renforcer le plateau technique du CSRéf : Laboratoire et pharmacie ;
- . Doter le CSRéf de Nara d'un service de réanimation.
- . Améliorer l'état des routes
- . Instaurer un système social de prise en charge des indigentes.
- .Améliorer la couverture sanitaire par la construction des centres de santé communautaires

IX-REFERENCE:

1-.A. Picaud A.R., nlome-nze. N.ogowet.c. mealy

Les ruptures utérines A propos de 310cas observés au centre hospitalier de Libreville (GABON).

Rev Gynéco-obstétrique 1989, 84, 5,411-416.

2-ALAMINE

Etude epidemio clinique des urgences obstétriques en commune I de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas.

Thèse de médecine Bamako, 2004 n°210

3-Audra Ph. et Jacquot F.

Les présentations céphaliques défléchies. A propos de 80 observations.

Rev Gyneco-obstetrique1988, 83, 5,355-357.

4- Auberry E. Brunerie j. Cesbron p.floc H.J., Ira-iranich et padiano n.m.

Les complications des avortements provoqués

Encycl. Med .Chir. (Paris, France) Gynécologie 476 A10. 3-1989 18p.

5- Aproust. F., Bouvet E. Dussaux., H.Hofman

Infection génitales hautes : endométrite-salpingites

Collection infirmière. Bascule 5. Gynecologie- Edition Vigot 1982, 94-100.

6- B Seguy et J. H.Baudet

Prévision accélérée en obstétrique 1983 Maloine

7- .B.Seguy et N. Martin

Grossesse extra-utérine

Manuel de gynécologie pratique 1977.297-308 Maloine

8-B. Duflo

Paludisme

Pathologie maternelle et grossesse 1988.414-417

9- Berthe S.

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

These de Medecine Bamako 1983. n 9

10- Boocg G.

Placenta preavia

Encycl. Med. Chir. (Paris) Obstétrique 5069 A10. 6-1983

11-Boulain P., Palabic J C., Baba Tasi S. , Giraud J. R.

Vomissements gravidiques

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5033 A 10. 10. 1989. 4
p48- ROBERT MERGER. JEAN LEVY. JEAN MELCHIOR

Précis d'obstétrique 1979 Masson.

12-Blanc B., Conte M.,Adrai J. ,Deipont P . J., Dupont S.

Les dystocies osseuses

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 . 12. 1985.
26 p

13- CPS /MS, DNSI etORC Macro.2002

Enquête démographique et de santé au Mali 2001 .Calverton,
Marylant, USA.

14-Colau J.C et Uzan S.

Hématome rétro placentaire ou DPPNI

Encycl. Med. Chir. (Paris. France) obstétrique 5071 A10. 6. 1985.10 p

15- Colau J.C.

Infections urinaires

Pathologies maternelles et grossesse 1988. 419-424

16- Chaqui A.

Présentation de face

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5023 a10. 12-1985. 8 p

17-d'Addesio J. P.

Post partum eclampsie

Ann. Emerg. Med 1989 Oct. 18(10) :1105-6 ;SNRS.

18-Dembele B. T.

Etude epidemiologique et pronostique des ruptures utérines au CSRef
CV du district de Bamako à propos de 114 cas

These de Medecine Bamako 2002 87 p n 28

19- Detrie Ph.

Grossesse extra utérine Chirurgie d'urgence 1985. 604-612 Masson

20- Diakite M.

RUPTURE utérine. A propos de 41 cas observes à Bamako

These de Medecine Bamako 1985 n0 10.

21-Diallo A.O.

Contribution à l'étude des hemorragies de la delivrance à l'hospital
Gabriel Touré.

These Medecine Bamako 1990 n° 38.

22- Dissa L.

Etude epidemio clinique des urgences obstétricales en commune V de
2002 à 2003 à propos de 1265 cas

These de Medecine Bamako 2005. n 110,68 p

**23- Edmund R.,Novak. A.B., M.D., Georges Anna Soogar Yones
A.B. ,M.D Howard W Jonews J.R., A.B.,M.D.**

Grossesse ectopique

Gynécologie pratique Maloine.

24- F-Dernandez. Y., Djanhan.E.P.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de
développement. Quelle politique proposer ?

J. gynéco obst et biol. Repred. 1988.17.687-692 Masson.

25-FODE SIDIBE

Problématique de la référence/évacuation au centre de santé de Yanfolila .

THESE de médecine Bamako 2008 n°07

26-G.Chevalier

Grossesse extra-utérine

Pathologie chirurgicale 1978. 1089-1095 Masson

27-Gregoire F. et Sauron P.

Anesthésie en obstétrique

Encycl. Med. Chir (Paris) obstétrique 5017 F10.12. 1983.

28-Guibert J.

Infection urinaire et grossesse

Encycl. Med. Chir. (Pari. France) obstétrique 5047 A10-5 1989.

6 p

29- Granthilc et Fosse T.

Antibiothérapie en milieu chirurgical

Encycl. Med. Chir. (paris, France) anesthésie réanimation 36984 A0.
3-1989.30p

30- Hodonou E. K.

Contribution à l'étude du placenta preavia en milieu africain à Dakar.

Thèse Médecine Dakar 1968. N018-

31- Jamain B.

Pratique obstétricale (Paris) 1972.

32- Kane M. Rupture utérine. A propos de 61 cas observés à l'hôpital du point G de Bamako (qu 1^{er} janvier 1976 au 30 juin 1979)

Thèse de médecine Bamako 1979. n0 10.

33Macalou B

Les évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.These Bamako 2002 N 142

34- Milliez J.

Hypertension artérielle pendant la grossesse
Revue gynécologue- obstétricien 3.1989

35-Moutue .S.C.

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au CSS de la C II du district de Bko pour la période du 1^{er} avril au 30 Novembre 1997.
These med, Bko 1998 98P n 75.

36-Keita N:

Urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de Kolondieba.
These med , Bko 2008 n°110

37- Malinas Y.

Prééclampsie et éclampsie
Encycl. Med. Chir. (Paris) urgences 24208 A 10. 2-1984.

38- Marias B.

Rupture uterine
Encycl. Med. Chir. (Paris) urgences 24212 A 10. 7-1987

39-Magnin G. Piefpe F.,Ducroz B., Body G.

La dystocie dynamique
Encycl.Med.Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 5.1989 13 p.

40-Merger R : Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique ; 6è éd Paris : Masson, 2001.

41-MOUSSA dit BALLA Diarra

Evacuation obstétricale au service de gynécologie obstétrique du CHU du << point-G >>a propos 682 cas

These de médecine de Bamako 2008 n°131.

42- Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.

Déclaration de politique sectorielle de santé et de population 1990.

43- Sangaré I

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bko .Thèse med Bko 2001 n 39

44-Saye M

Les urgences Obstétricales à l'hôpital Régional Sominé DOLO de Mopti à propos de 140 cas.

Thèse Med. Bamako 2005 n ° 120, 82 p

45-Seve B et Zago J.

Présentation de l'épaule

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10. 11 .1980

46-Thierno M.

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse de Med 1995 n17 Bamako.

47-Warrin J. R.

Dystocie par disproportion foeto-pelvienne

Encycl. Med. Chir. (Paris France) obstétrique 5064 A 10 . 9-1975.

FICHE D'ENQUETE

Q1-N° DOSSIER : / _____ /

Q2-Date d'observation /----- /-----/ 200---

I - Identification de la parturiente

Q3-Age en année

1 : inférieur ou égale à 18 ; 2 :(19-29 ans) ; 3 :(30-39 ans) ; 4 :sup ou égale à 40ans.

Q4-ethnie:/-----/

1-bambara ;2-maure; 3 :peuhl ;4 :Sarakolé ;5 :Dogon ;6 :sonrai ;7 :bozo ;8-senoufo ;

9-minianka ;10-bobo ; 11-malinké ;12 :autres :-- - - - -

Q5-Nationalité:/-----/

1-malienne ;2 :mauritanienne ;3 :sénégalaise ; 4 :autre :- - - - - .

Q6-Résidence :

1 : Nara ville ;2 :Goumbou ;3 :Balle ;4 :autre : - - - - - à - - - - - km de C S REF.

Q7a-Profession de femme:/-----/

1 : ménagère ;2 :élève /étudiante ;3 :fonctionnaire ;4 :aide ménagère .

Q7b-Profession du conjoint:/- -----/

1 : cultivateur ;2 :
éleveur ;3 :commerçant ;4 :!fonctionnaire ;5 :ouvrier ;6 :chauffeur ;

Q8-statut matrimonial:/-----/

1 : mariée ;2 :célibataire ;3 :divorcée ;4 :veuve.

Q9-niveau d'instruction :

1 :non scolarisée ;2 :primaire ;3 :secondaire ;4 :supérieur.

Q10-Mode d'admission:/-----/

1 : évacuée ;2 :venue d'elle même ;3 :référence interne ;

si évacuée motif:/-----/

1-dystocie ;2 :SfA ;3 :hémorragie antépartum ;4 :pré-éclampsie ; 5 :
éclampsie ; 6 : hémorragie de la délivrance ; 7 :GEU ; 8: autre :-----
-----.

Q11-Condition d'évacuation:/-----/

1 : ambulance ;2 :véhicule personnel ;3 :charrette ;4 :vélo ;5 :autre.

Q12-Support de référence:/-----/

1 : partogramme ;2 :fiche ;3 :lettre ;4 :sans document .

Q13-Si venue d'elle même motif:/-----/

1 : CUD ;2 :hémorragie antépartum ;3 :crise convulsive ;4 :autre-----

Q14-Provenance:/-----/

1 : cscom ;2 :centre de référence ;3 :hôpital ;4 :clinique ou INPS .

Q15-Durée de référence :

1 :1-2h ; 2 :3-4h ;3 :sup à 4h

Q16-Retard à la référence au niveau de la structure :

1 :0-2h ; 2 :3-8h ; 3 :9-12h.

Q18-Agent de l'évacuation ou de la référence:/-----/

1 : médecin ;2 :interne ;3 :matrone ;4 :sage femme ;5 :infirmière ;6 :aide soignant

II - Données cliniques

Q19-Antécédants médicaux :/-----/

1 =HTA ;2=anémie ;3=diabète ;4=TBC ;5=bilharziose ;6=autre .

Q20-Antécédants chirurgicaux:/-----/

1=appendicite ;2=péritonite ;3=cœlioscopie ;4=césarienne ;5=myomectomie ;
6=hystérorraphie ;7=curetage ;8=autre :-----

Q21-Anécédants gynéco-obstétricaux :

1=fibrome utérin ;2=malformations génitale ;3=infections
génitale ;4=avortement ;

5=plastie tubaire ;6=salpingectomie ;7=kystctomie.

Q22-Gestité:/-----/

1 :primigeste ;2=paucigeste ;3=multigeste ;4=grande multigeste.

Q23-Parité:/-----/

1=primipare;2=paucipare ;3=multipare ;4=grande multipare.

Q24-Nombre d'enfants vivant:/-----/

1=(0-1); 2=(2-3); 3=(4-5); 4=6 ou plus.

Q25-Pathologie gravidique : /-----/

1 = oui; 2 = non.

Si oui préciser ;

Q26-Age gestationnel:/-----/

1 ≤ 36 SA ; 2 = 37 SA-42 SA ; 3 > 42 SA

Q27-Nombre de CPN:/-----/

1=(0) ; 2=(1-4) ; 3=sup. 4.

III) -Examen clinique à l'entrée

3-1 signes généraux :

Q28-Etat général:/-----/

1=bon ; 2=passable ; 3=altéré

Q29-coloration des conjonctives:/-----/

1=colorées ; 2=légèrement pales ;3=très pales.

Q30-Temperature : /-----/

1=(37°,5 –38,°5) ; 2=39° ; 3=pas de fièvre.

Q31-hypertension artérielle

TA :.....

Q32-Pouls:/-----/

1>100bts/mn ; 2=(100 – 120bts/mn) ; 3=filant ; 4=imprenable.

Q33-Dilatation du corps:/-----/

1= incomplète ; 2= complète.

Q35-métrorragie:/-----/

1=minime ;2=moyenne ;3=abondante ;4=très abondante ;5=non.

3-2 signes cardio-vasculaires :

Q37-tachycardie:/-----/

1=oui ; 2=non

Q39-Etat de choc:/-----/

1=oui ; 2=non .

Q40-Agitation:/-----/

1=oui ; 2=non.

Q41-Obnubilation:/-----/

1=oui ; 2=non.

Q42-Coma:/-----/

1=oui ; 2=non

3-4 Etat de la femme en travail

Q43-durée du travail en heure:/-----/

1≤12h ; 2=(13-24h) ; 3>24h 4=inconnue.

Q44-phase du travail d'accouchement:/-----/

1=phase de latence ;2=phase active ; 3=phase d'expulsive.

Q45-niveau de la présentation:/-----/

1=engagée ; 2=non engagée;

3-5 Etat du fœtus pendant le travail

Q46-Présentation:/-----/

1= céphalique ; 2= transverse ou épaule ; 3= siège ; 4= Front ; 5= Face

Q47- BDCF:/-----/

1=Présent inf a 120 ; 2=120-160 ; 3= sup à 160 ; 4= absent

Q48- Aspect du liquide:/----- /

1= clair ; 2= teint ; 3= méconial ; 4= hématique

Q49- Etat des membranes:/----- /

1= intactes ; 2= rompues dans le service ; 3= Rompues hors du service ;

Q50- Nombre de fœtus: /-----/

1= mono fœtal ; 2= gémellaire ; 3= supérieur ou égale a 3

IV – Examens complémentaires

Q51- Taux d'HB en urgence: /-----/

1= normal ; 2 = bas ; 3= effondre ; 4= non fait

Q52- Groupage rhésus en urgence

1= oui : (-----) ; 2 = non

Q53- Echographie : /-----/

1=oui ; 2= non

V - Diagnostic :

Q54- 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=procidence du cordon

VI Méthode thérapeutique :

Q55- Hémorragie de la délivrance: /-----/

1=Révision utérine ; 2= examen sous valve ; 3= administration d'utero
tonique ;

4= transfusion sanguine ; 5= perfusion des macromolécules

Q56- Lésion de la partie molle: /-----/

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

Q57-Eclampsie: /-----/

1= administration d'anti-convulsivants ; 2= administration d'anti-hypertenseur
3= césarienne ; 4= réanimation

Q58- PPH ou HRP: /-----/

1=amniotomie ; 2= perfusion d'ocytocine ; 3= césarienne

Q59-SFA : /----- :

1= forceps ; 2= ventouse ; 3= césarienne

Q60-Pour l'enfant

1= Vivant ; 2=mort-né ; 3=décès néo-natal ; 4= décès intra-partum
si vivant APGAR a la naissance (-----)

1= inf à 6 ; 2= 6-9 ; 3= sup ou égal à 10

Q61- Réanimé : /----- /

1= suite bonne ; 2= décès néo-natal ;
si mort né cause : (-----)

1= SFA ; 2= RU ; 3=HRP ; 4= PPH ; 5= eclampsie; 6:procidence du cordon ;
7:présentation dystosique.

Q62-Etat physique de enfant :

1 :normal ; 2 :malformation

Q63- pour la mère: []

1= vivante, 2= suite simple , 3= suite compliquée

Q64- Nature des suites de couche: []

1= endométrite, 2= anémie, 3= septicémie, 4= thrombo-phlébite,

5= suppuration+lâchage, 6= mère décédée

Q65- Causes du décès maternel : []

1= hémorragie, 2= anémie, 3= arrêt cardiaque, 4= HTA et complications,
5= infection

Q66 -Voie d'accouchement des mères décédées : []

1= voie basse, 2= voie haute, 3= avant accouchement

Q67 -Durée de l'hospitalisation jour : []

1= 1 jour, 2= [2-7 jours], 3= [8-14 jours], 4= [\geq 15 jours]

Fiche de signalitique

NOM : BALLO

PRÉNOM : Bakary

TITRE DE LA THESE : urgences obstétricales dans le district sanitaire de Nara /région de Koulikoro à propos de 164 cas.

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE SOUTENANCE : Bamako

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

SECTEURS D'INTERET : Gynécologie, obstétrique, santé publique.

RÉSUMÉ : Notre étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de Nara du 17 Mai 2008 au 16 Mai 2009 soit 12 mois.

L'objectif principal était d'évaluer la prise en charge des urgences obstétricales à Nara.

Nous avons enregistré 164 urgences obstétricales durant la période d'étude soit une fréquence de 23.52% par rapport aux accouchements. Tous les âges de la période d'activité génitale étaient concernés (13 à 48 ans).

Les parturientes de 20-29 ans étaient la plus représentée avec 39,0 %. Les motifs de référence/évacuation généralement rencontrés se résumaient à la rétention placentaire 18,8 %, hémorragie de la délivrance 10,4 % retard à l'expulsion 6,1%.

La césarienne a été pratiquée dans 37.8 %, l'accouchement par voie basse dans 22,6 % des cas. Nous avons recensé 32 morts nés soit

un taux de mortinatalité de 24,24% ; aucun de décès maternel n'était enregistré.

Les suites de couches étaient globalement simples soient 88,4 %.

Les complications postopératoires au nombre de 18 étaient dominées par l'anémie, endométrite et la suppuration pariétale.

Mots clés : urgences obstétricales, références/évacuations, pronostic materno-foetal, CSREf de Nara

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.