

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2004-2005

Thèse N°.....

Les urgences obstétricales
au centre de santé de référence
de Niono

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie

Par **Koni Traoré**

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

JURY :

Président du jury:

Pr. Salif Diakité

Membres du jury:

Dr. Oumar Sangho

Co-directeur de thèse

Dr. Youssouf Traoré

Directeur de thèse :

Pr. Sy Assitan Sow

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'Allah le MISERICORDIEUX, le très 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 PROPHETE MOHAMED; Salut et Paix sur Lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

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

A toutes les mères particulièrement celles qui ont été victimes d'une complication obstétricale.

A mon père : Feu Cheikna TRAORE

A ma mère : Feue Djénéba COULIBALY

Que le messager d'ALLAH vous apporte la bonne nouvelle! Que le bon DIEU vous accorde la paix éternelle et vous accepte dans son paradis.

A mes frères et sœurs: Bakary, Modibo, Bintou, Bah, Sitan Founé, Oumou merci pour le soutien moral et surtout financier qui m'ont jamais fait défaut durant toutes mes études.

Que DIEU renforce nos liens.

A ma femme Fatoumata SIDIBE dite Tata: ton amour ne m'a jamais manqué, que le bon DIEU t'accorde longue vie et bonne santé. Je suis fier de toi et cela pour toujours.

A mes tontons et oncles: Kalé SANOGO, Dramane COULIBALY, Feu Dramane DIALLO, Badoulaye KEITA, Adama DIARRA merci pour votre soutien et votre affection.

A mes cousins et cousines: Adama DIARRA, Yacou DIARRA, Madou DIARRA, Bakomary TRAORE, Feue Minata TRAORE, Kadidia DIALLO dite Tatou, BAWA DIALLO, Morignouma TRAORE dite Poupé, Fatoumata SIDIBE dite TOUMA, Worokia SIDIBE, Hinda SIDIBE, Ami SIDIBE. Ce travail vous appartient tous.

A mes tantes et mères: Fanta SOUKO, Feue Bata TAMBOURA, Worokia DIARRA, Kadia, Bandè dite Bêh COULIBALY, Fatoumata DIARRA dite Nêh, Bah BOUARE. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse ce travail témoigner l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance. Je prie DIEU pour le repos de l'âme de celle qui n'est pas parmi nous.

A mes belles sœurs: Sali DIALLO, Assitan dite BEBE KEITA, Fanta Moussa KEITA, Ami DIAKITE, Mamouni DOUMBIA, Fatoumata DIAO, Matou SIBY, Mama COULIBALY. Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre

A mes beaux parents: Kaka SIDIBE, Bintou DIARRA, Feue Safia. Merci pour votre confiance.

A mes beaux frères: Mamadou KEITA dit Pion, Boubou SIDIBE, Youssouf SIDIBE, Ousmane SIDIBE. Merci pour votre soutien.

A mes neveux et nièces: Courage et persévérance.

A mes logeurs et logeuses: Moctar DIALLO et Ami Diakité ; Feu Dramane DIALLO et Fanta SOUKO ; Mamadou Kalé SANOGO, Coumba SIDIBE et Bintou MALLE. Merci pour tout, que le bon DIEU vous récompense.

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de la FMPOS.

Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

A tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS et de la bibliothèque nationale.

Merci pour votre courage et votre encouragement.

A tout le personnel et tous les internes du CSRéf de Niono : Merci pour votre collaboration.

A tous les membres de l'AENSA (Association des Etudiants Nionois en Santé).

A M. Dramane COULIBALY ex chef de personnel de l'hôpital du Point G, Dr DIALLO Mouctar maître assistant à la FMPOS, merci pour vos sacrifices.

A Dr SANGHO Oumar, Dr COULIBALY Oumar, Dr DIARRA Moussa Modibo, Dr DAKOUO David, Dr DOUMBIA Ousmane, merci pour tous; les mots me manquent pour vous remercier.

A mes amis M. Oumar N'gation COULIBALY, M. Fara COULIBALY, M. Soumaila CAMARA, Drissa KONATE, Daouda SOGOBA dit DAVID, Dr Abdoul Aziz MAIGA, Interne Hamadoun DIALLO, Ibrim TRAORE, Amadou DIARRA dit ZINZIN, Dr Moussa CAMARA, Dr Arouna KOULIBALY, Dr Siradjou KEITA, Dr TOGO Mamadou, Dr Tangara Mahamadou, Dr SIDIBE Samba, Mr Mory TRAORE, Mr Malé TRAORE, Fah DIARRA, tous les amis de la « rencontre amis du Lycée Cabral »: les mots me manquent pour vous remercier, plus que des amis vous êtes pour moi des frères, que vos bons actes ne soient jamais oubliés.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A notre maître et président du jury:

Professeur Salif DIAKITE

**Professeur titulaire de gynécologie et Obstétrique à la FMPOS
(Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie).**

Gynécologue accoucheur au CHU Gabriel TOURE

Cher maître vous avez bien voulu accepter de présider ce travail nous en sommes honorés.

Nulle expression ne pourrait définir nos impressions après ces périodes de combat et de travail.

Votre abord facile, votre sens d'écoute, votre rigueur scientifique, votre sens élevé du devoir et de la responsabilité font de vous un homme exceptionnel.

Ces qualités que vous incarnez font de vous un modèle à suivre.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde reconnaissance et notre plus grand respect.

Puisse Dieu vous donner longue vie.

A notre maître et juge:

Docteur Oumar SANGHO

Médecin Chef du district sanitaire de Niono

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

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le CSRéf une formation théorique et pratique surtout en matière de la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales.

Votre modestie fait de vous un être d'abord facile.

Cher maître nous avons été sincèrement impressionnés par votre façon d'être, votre simplicité, votre sens d'humour et votre humanisme. Les mots nous manquent pour exprimer les sentiments, qui nous animent aujourd'hui après toutes ses années passées ensemble.

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

Qu'ALLAH le tout puissant vous donne encore une longue vie.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Docteur Youssouf TRAORE

Gynécologue Obstétricien

Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Secrétaire général de la SOMAGO.

Maître assistant à la faculté de Médecine.

Votre rigueur, votre conscience professionnelle, votre souci du travail bien fait et de la bonne formation des étudiants faisant fonction d'interne, font de vous un homme tout simplement bien.

Cher maître nous vous remercions pour l'initiation et le suivi de ce travail, vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail malgré vos multiples tâches quotidiennes.

Permettez-moi cher maître de vous souhaiter bonne chance dans la vie de tous les jours. Puisse Allah vous accorder longue vie.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et directrice de thèse:

Professeur Sy Assitan Sow

Professeur titulaire de gynécologie et Obstétrique.

Chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Présidente de la société malienne gynéco obstétrique.

Chevalier de l'ordre National.

Grand fut pour nous l'honneur lorsque vous nous avez acceptez l'encadrement.

Votre abord facile, votre disponibilité malgré vos multiples occupations, votre esprit de formateur et surtout vos qualités humaines font de vous une des plus belles fleurs de la gynécologie et d'obstétrique nationale et internationale.

Femme de science réputée et admirée par tous par l'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement et surtout de vos qualités humaines.

Nous vous remercions pour tous les efforts que vous avez faits pour que ce travail arrive à terme.

La reconnaissance que nous vous devons n'est pas seulement celle de l'élève mais celle du fils fier de sa mère.

Chère mère, veuillez accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Qu'ALLAH vous garde encore longtemps au près de nous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- ATCD:** Antécédent
ASACO : Association de Santé Communautaire
BDCF: Bruit du cœur fœtal
BGR: Bassin généralement rétréci
BW : Bordet Wasterman
CIVD: Coagulation intra vasculaire disséminée
Cm : Centimètre
Cm de Hg : Centimètre de mercure
CPN: Consultation prénatale
CSCom: Centre de Santé Communautaire
CSRéf: Centre de Santé de Référence
DFP: Disproportion Foeto-Pelvienne
DRC: Dépôt Répartiteur de Cercle
ECBU : Examen Cytobactériologique de l'urine
FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
GEU : Grossesse Extra Utérine
HRP: Hématome Rétro Placentaire
HTA: Hypertension Artérielle
HU: Hauteur Utérine
IIG: Intervalle Inter Génésique
MM/Hg: Millimètre de Mercure
NFS-VS: Numération Formule Sanguine - Vitesse de Sédimentation
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PEV : Programme Elargie de la Vaccination
RAC: Réseau Administratif de Communication
RPM : Rupture prématurée des membranes
RAM : Rupture artificielle des membranes

SA: Semaine d'Aménorrhée
SOMAGO: Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

TV: Toucher Vaginal

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

UFR: Unité Femme à Risque

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

% : Pourcentage

< : Inférieur **> :** Supérieur

≥ : Supérieur ou égal **≤ :** inférieur ou égal

SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIFS

GENERALITES

METHODOLOGIE

RESULTATS

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

RÉFÉRENCES

ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales nécessitent une prise en charge rapide et efficace pour éviter la mort maternelle et fœtale.

Elles ont toujours posé des problèmes de santé dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur prévention que par leur prise en charge.

Les urgences obstétricales constituent un véritable problème de santé publique par leur fréquence élevée : DICKCO S **[19]** :7,01% à Kayes en 2001; DOUGNON F **[22]** :28,21% à l'hôpital national du point G.

Grâce au progrès de la technologie (notamment dans la surveillance de la grossesse et en anesthésie - réanimation) les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux, c'est à dire que l'Afrique qui n'a pas atteint ce stade de technicité paye un lourd tribut **[35]**.

Ces complications obstétricales justifient les nombreuses évacuations sanitaires d'une maternité vers un centre mieux équipé. Elles peuvent parfois être la conséquence d'une prise en charge insuffisante :

- Manque de moyens thérapeutiques
- Manque de personnels qualifiés
- Retard à l'évacuation.

Dans les structures sanitaires les urgences obstétricales constituent plus de la moitié des urgences. L'issue de la grossesse et de l'accouchement dépend de la qualité des soins obstétricaux. Une part importante de la mortalité maternelle et périnatale est attribuée aux problèmes de prise en charge des femmes en travail **[53]**.

Selon une étude faite par l'OMS, le rapport de mortalité maternelle se situe en moyenne autour de 27 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés, alors que dans les pays en développement il

est près de 20 fois supérieurs avec 480 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale que la mortalité maternelle est plus élevée : en moyenne, 700 pour 100000 mères au moins décèdent **[54]**.

Au Mali on enregistre, selon EDSIII (Enquête Démographique de la Santé), un taux de 582 décès maternels pour 100.000 naissances, soit un décès maternel toutes les trois heures. Selon cette même enquête un taux de 55 décès de nouveau-nés pour 1.000, soit un décès de 80 nouveau-nés par jour.

A Niono aucune étude n'a été consacrée à ce sujet, ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont :

OBJECTIFS

LES OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Niono.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des urgences obstétricales.
2. Décrire les caractéristiques socio - démographiques des patientes.
3. Déterminer les types d'urgences obstétricales.
4. Décrire la prise en charge.
5. Déterminer le pronostic materno-fœtal.

GENERALITES

GENERALITES

1 - Définition des concepts :

URGENCE :

Il s'agit d'une situation pathologique dont le diagnostic et le traitement doivent être réalisés très rapidement.

>Urgences obstétricales :

Ce sont des pathologies obstétricales qui nécessitent une prise en charge rapide afin d'éviter la mortalité maternelle et néonatale.

Nous pouvons citer :

- la pré rupture utérine et la rupture utérine
- le placenta praevia
- l'hématome rétro placentaire
- les dystocies mécaniques
- les dystocies dynamiques
- la souffrance fœtale
- la procidence du cordon
- les hémorragies du post partum...

>Urgences Gynécologiques :

Ce sont des pathologies gynécologiques qui nécessitent une prise en charge rapide afin d'éviter les complications redoutables.

Nous pouvons citer :

- La grossesse extra utérine
- L'avortement spontané
- Les hémorragies génitales

>Système évacuation référence :

- *LA DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DU MECANISME MIS EN PLACE :*

Le cadre conceptuel du système de référence - évacuation a été élaboré à Niono en 1998 lors d'un atelier dit atelier d'élaboration du plan conceptuel de la référence - évacuation grâce à l'appui financier et technique de l'UNICEF dans le cadre du programme de survie de l'enfant. Basée uniquement sur le partage des coûts qui n'a réellement démarré qu'en 2001, la référence - évacuation de Niono faisait appel à différents intervenants :

- le centre de santé de référence pour 28%
- les ASACO pour 36%
- a parturiente pour 36%

Au fil des années le système a souffert de beaucoup de difficulté notamment ; le faible regroupement des cotisations au niveau des ASACO ; L'insuffisance de la maintenance du réseau RAC. En 2003-2004, au cours de l'atelier d'évaluation de la référence-évacuation des négociations ont été entamées pour réduire, voire annuler la part de la cotisation parturiente.

Ce qui a suscité l'appui d'une ONG, Alphalog pour sa réduction de 50% au compte de cette dernière. En 2005 malgré tous les moyens et stratégie mise en jeu ; le problème de recouvrement des cotisations demeurera le point névralgique du système ce qui a amené à négocier avec les collectivités territoriales décentralisées pour leur implication dans le système en temps que partenaire à part entière. Néanmoins des gros efforts restent à consentir.

Le fonctionnement du système de santé de Niono s'articule actuellement autour de deux niveaux de soins (un réseau des CSCom et ASACO) : Il est constitué par un réseau des centres de santé communautaire (CSCom) géré chacun par une association de santé communautaire

(ASACO). Ce réseau de structure de base constitue l'interface entre les services de santé périphérique et la population des aires de santé.

- Le deuxième niveau de soins (le CSRéf) : Il est actuellement organisé en différentes unités fonctionnelles médico-sociales et administratives appelées Centre de Santé de Référence (CSRéf), premier niveau de recours pour les CSCom.

2 - LES PATHOLOGIES OBSTETRIQUES :

2-1 - les HÉMORRAGIES :

Pour beaucoup d'auteurs [12] dans le monde les hémorragies représentent la première cause de décès maternels. Les étiologies sont variées.

Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire, l'hémorragie de la délivrance.

2-1-1- Rupture utérine :

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

Urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés qui disposent des moyens de surveillance perfectionnés du travail d'accouchement, des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées.

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

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

formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques le plus fréquent en Europe.

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

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue, accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient le plus souvent chez une multipare relativement âgée. C'est l'intervention de sécurité dans certains cas.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (conservation des ovaires), une intervention conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésion de voisinage, intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle

2-1-2- Placenta Prævia

On parle de placenta prævia lorsque le placenta s'incère en partie ou en totalité, sur le segment inférieur. On parle aussi d'insertion basse du placenta.

On distingue le:

- Placenta praevia recouvrant qui obstrue entièrement l'orifice cervical et empêche toute possibilité d'accouchement par voie basse.
- Placenta marginal qui atteint l'orifice externe sans le recouvrir.
- Placenta latéral qui reste au-dessus de l'orifice du col.

Signes cliniques: Ce sont :

- Une hémorragie soudaine, inopinée, plus ou moins abondante de sang rouge, accompagnée de contractions utérines, souvent non ressenties par la femme, dans les derniers mois de la grossesse.
- A la palpation, la présentation est souvent élevée, refoulée par le placenta. L'utérus est souple.
- A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont perçus
- L'examen au spéculum confirme l'origine du sang par l'orifice cervical.
- Au toucher vaginal, on sent une masse spongieuse : le matelas placentaire.

2-1-3- Hématome Rétro-placentaire

C'est un décollement prématuré partiel ou total du placenta normalement inséré avant l'expulsion de l'enfant, souvent durant le troisième trimestre de la grossesse ou au cours du travail.

Si une petite partie du placenta se décolle, la complication n'est pas grave, il s'agit d'une forme légère. Au contraire si une grande partie du placenta se décolle, la complication est dangereuse ; il s'agit d'une forme grave qui expose à la :

- mort de l'enfant par hémorragie ou anoxie ;
- mort de la patiente par hémorragie interne.

Les étiologies : Ce sont:

- l'hypertension artérielle
- les traumatismes : sont rarement en cause

- les carences en acide folique au début de la grossesse qui entraîneraient un manque de développement du trophoblaste.

Les signes cliniques : Il s'agit :

- de métrorragie peu abondante, de sang noir parfois absente
- de douleur brutale, intense dans la partie inférieure de l'abdomen, continue, permanente
- d'état de choc
- d'utérus contracté en permanence, dur, dit « bois »
- de disparition des bruits du cœur fœtal le plus souvent

Le tableau clinique est parfois incomplet : Métrorragie minime, sans contracture avec fœtus vivant.

2-1-4 - L'hémorragie de la délivrance :

Les hémorragies de la délivrance sont une perte de sang ayant leur source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leur effet sur l'état général. Toutes ses causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques. La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical disposant d'un service de réanimation.

2-2 - Les DYSTOCIES :

La dystocie du grec « dystakos » désigne un accouchement difficile quelle que soit la cause.

Les dystocies sont divisées en :

*dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine

*dystocie mécanique en relation avec :

- un rétrécissement de la filière pelvienne

- une anomalie fœtale
- un obstacle praevia ou anomalie des parties molles.

On distingue ainsi les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

2-2-1- Les dystocies d'origine fœtale :

La disproportion foeto-pelvienne (DFP):

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

Selon Delecour M. **[12]** une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4 000g à défaut d'échographie. La DFP est une indication de la césarienne.

Les présentations dystociques :

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

La présentation du siège :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (fœtus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour M **[12]**, 18% au centre de Foch.

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

La présentation transversale :

Ici, le fœtus est dans l'axe transversal de l'utérus. Le dos peut être en avant ou en arrière ; la tête et l'épaule à droite ou à gauche. Elle est toujours due à une anomalie de l'accommodation foeto-utérine :

- grande multiparité
- grossesse gémellaire
- placenta praevia
- disproportion foeto-pelvienne
- prématuré

Les signes cliniques :

- l'utérus est très large à axe transversal ;
- la hauteur utérine inférieure à 30 cm à l'approche du terme
- à l'examen la tête dans le flanc ; le siège dans l'autre flanc ;
- l'excavation est vide.

Présentation de front :

Présentation rare (1/1 000), elle a été décrite par **Lacomme** comme une « présentation ou la déflexion partielle du pôle céphalique; se fixe de façon définitive et fait pénétrer dans le détroit supérieure une partie plus ou moins voisine du front ». Cette présentation est hautement et toujours dystocique.

Les étiologies : Ce sont:

- La disproportion foeto-pelvienne DFP
- L'hydramnios
- La grande multiparité...

Les signes cliniques:

Au toucher vaginal : on perçoit le front séparant la racine du nez ; on perçoit également la grande fontanelle avec ses quatre cotés et ses quatre angles, on ne sent ni le menton ni la petite fontanelle.

Présentation de face :

Il s'agit d'une présentation céphalique en déflexion maximale amenant l'occiput contre le plan du dos, de telle sorte que la tête et le tronc forme un bloc solidaire et la tête pénètre la première et en totalité dans le détroit supérieur. Sa fréquence est de 1 à 3/1 000 accouchements.

Il existe deux variétés selon la position du menton :

- la variété postérieure où le menton est dirigé vers le sacrum ; cette variété n'est pas compatible avec l'accouchement par voie basse et impose donc une césarienne.

- la variété antérieure où le menton est dirigé vers le pubis, dans ce cas l'évolution est favorable et un accouchement par voie basse peut être observé.

Les signes cliniques:

Les données de l'examen abdominal sont celles d'une présentation céphalique, pour laquelle les signes évocateurs d'une déflexion sont très marqués.

Au toucher vaginal : on aperçoit les orbites du nez, on sent le menton d'un côté et l'arcade sourcilière plus le front de l'autre côté. La grande fontanelle n'est jamais touchée.

2-2-2 - Dystocies d'origine maternelle :

La dystocie dynamique :

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

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

- D'une anomalie par inefficacité de la contractilité utérine apparemment normale. Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret ; de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

Dystocie mécanique:

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie. On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

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

2-3 - Autres urgences obstétricales liées au fœtus et à l'annexe :

2-3-1- PROCIDENCE DU CORDON :

Accident redoutable pour le fœtus, la procidence du cordon constitue une urgence obstétricale où seule la rapidité des décisions thérapeutiques et leurs réalisations permettent de sauver l'enfant.

La procidence du cordon se définit comme la chute du cordon en avant de la présentation, les membranes étant rompues.

Elle se distingue du procubitus qui est la perception du cordon au travers des membranes intactes et qui présente une situation à haut risque de procidence.

La latérocidence, dans laquelle le cordon se situe au niveau de la présentation est le plus souvent méconnue et son diagnostic est posé lors de la césarienne effectuée pour bradycardie fœtale.

On distingue 3 degrés de procidence :

- Type I : le cordon se situe dans le vagin ;
- Type II : Cordon affleure la vulve ;
- Type III : le cordon est extériorité.

La procidence du cordon peut se compliquer, associant procidence du cordon et d'un membre.

2-3-2- La souffrance fœtale :

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

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

3 - Pathologies Gynécologiques :

3-1 La grossesse Extra Utérine :

C'est l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Clinique :

L'hématosalpinx (ou forme simple) associe :

- Des douleurs pelviennes latéralisées.
- Des métrorragies noirâtres, peu abondantes.
- Un retard des règles
- Un utérus augmenté de volume (mais plus petit que ne le veut la date présumée de la grossesse) avec des culs de sac douloureux au toucher vaginal.

L'hémorragie intra péritonéale associe :

- Un collapsus.

- Des douleurs abdominales avec une défense.
- Un toucher pelvien très douloureux.
- Des métrorragies.

L'hématocèle enkystée associe :

- Une rupture à bas bruit.
- Des douleurs croissantes abdomino-pelviennes.
- Des métrorragies, une masse pelvienne perçue au toucher vaginal.
- Un ténesme, une dysurie et une pollakiurie.

Evolution et pronostic :

- Possibilité d'un passage d'une forme simple à une forme compliquée (avec hémorragie intra péritonéal), si le traitement est retardé ou inefficace.
- Risque de récurrence sur la même trompe ou sur la trompe controlatérale.

Traitement : Repose sur :

- La chirurgie.

3-2 Avortement spontané:

C'est une interruption spontanée de la grossesse avant le 6^{ème} mois (soit 180 jours) qui touche 5 à 10% des grossesses diagnostiquées et survient dans 75% des cas lors du 1^{er} trimestre.

Clinique :

*** la menace d'avortement :**

Elle associe :

- Des métrorragies modérées,
- Des douleurs pelviennes non systématiques,
- Un saignement endo-cavitaire visible au spéculum,
- Un col long et fermé au toucher vaginal
- Un utérus souvent petit

Elle évolue vers la sédation ou l'avortement.

*** l'avortement associe :**

- Des métrorragies abondantes faites de sang rouge.
- Des douleurs à type de contractions.
- Des débris ovulaires et des caillots au spéculum.
- Un col mou, raccourci et perméable.
- Un utérus petit.

Evolution et pronostic :

*** complications (rares) :**

Des avortements précoces :

- Une hémorragie +++
- Une infection ++
- Une rétention de débris ++ surtout après 9 SA (Semaine d'Aménorrhée) en raison de métrorragies persistante nécessitant une échographie et un curetage.

Des avortements tardifs : idem ci-dessus, sauf pour la rétention de débris qui se complique de trouble de la coagulation.

*** Pronostic :**

Un épisode unique n'a pas de conséquence sur la fécondité.

En cas de forme précoce récidivante, il faut faire une enquête étiologique et rechercher :

- Une anomalie chromosomique (produit d'expulsion)
- Une anomalie utérine
- Une infection locale ou générale
- Un diabète, une pathologie thyroïdienne, une hyperprolactinémie.

En cas de forme tardive : rechercher une malformation du fœtus, une infection, une cause utérine.

Traitement :

*** de la menace d'avortement :**

Si la grossesse n'est pas arrêtée : on préconise

- Le repos,
- Les anti-spasmodiques
- Les progestatifs.

Si la grossesse est arrêtée : il faut organiser l'évacuation

***de l'avortement tardif :**

- En cas de bonne vitalité foetale : repos+tocolytique.
- En cas d'arrêt de la grossesse : on provoque l'expulsion.

***de l'avortement récidivant :**

- Le traitement est étiologique : cerclage d'une béance du col, cure de synéchie, antibiothérapie en cas d'infection, équilibrage d'un diabète ou d'une HTA, Traitement d'une insuffisance lutéinique.

3 - 3 - Autres pathologies gynécologiques:

- Salpingite aigue
- Torsion du kyste de l'ovaire

4 - LES INTERVENTIONS OBSTETRIQUES MAJEURES :

4-1 - La césarienne : _

Définition :

Opération qui permet d'extraire le fœtus de la cavité utérine par voie abdominale après incision de l'utérus.

Description technique :

Selon le type de l'incision (l'hystérotomie) pratiquée sur l'utérus, on peut distinguer plusieurs types de césarienne :

- **La césarienne segmentaire transversale** lorsque l'hystérotomie a été effectuée transversalement sur le segment inférieur; ce type de césarienne préserve la possibilité ultérieure d'accoucher par voie naturelle s'il s'agit :

*de la première césarienne ;

- **La césarienne corporéale** lorsque l'hystérotomie a été effectuée verticalement sur le corps de l'utérus. Ce type de césarienne impose l'accouchement par césarienne pour les grossesses ultérieures car, il existe un risque de rupture utérine au cours du travail ou même pendant la grossesse.

Actuellement pour faire une césarienne il existe plusieurs types d'anesthésie :

*anesthésie générale ;

*anesthésie locorégionale

*anesthésie péridurale

*rachianesthésie

Les risques de l'accouchement par césarienne ont été considérablement réduits mais ils ne sont jamais nuls, donc il subsiste toujours des risques maternels et fœtaux dus à la césarienne (risques anesthésiques, traumatiques, infections, hémorragies, risques thromboembolique...).

Indications de la césarienne:

- Les causes maternelles :

*bassin généralement rétréci

*obstacle praevia (placenta praevia central, tumeur)

*certaine dystocie dynamique (sclérose du col)

*plusieurs césariennes dans les antécédents

*graves maladies maternelles (éclampsie, diabète.....)

- Les causes fœtales ou annexielles :

Présentation dystocique (transversale, front, face en mento-postérieure)

*excès de volume fœtal entraîne une disproportion même avec un bassin normal

*placenta praevia

*HRP

*souffrance fœtale aiguë avec col peu ou pas dilaté

*procidence du cordon

4-2 - Hystérectomie :

Le bilan lésionnel après la laparotomie, permet de choisir l'une ou l'autre option. L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus.

L'hystérectomie d'hémostase est la solution la plus radicale et la plus sûre. Mais elle sacrifie l'avenir obstétrical de la patiente. Ses techniques varient très peu : on a soit une hystérectomie totale soit subtotale.

Indications :

- après un échec de traitement médical d'hémorragie rebelle
- après un accouchement lorsque l'hémorragie se révèle impossible à contrôler.

4-3 - Version par manœuvre interne :

C'est une manoeuvre qui consiste à transformer une présentation en une autre, en générale présentation transversale en siège. Elle est suivie d'une grande extraction de siège. Elle n'est possible qu'à dilation complète et avec un utérus relâché et non cicatriciel, membranes rompues.

En raison de la morbidité fœtale et maternelle qu'elle comporte, cette méthode doit être réservée à des opérateurs expérimentés.

4-4 - Le forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à tenir la tête du fœtus et à l'extraire des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la

souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale ou en cas de fatigue maternelle.

4-5 - La ventouse :

La ventouse obstétricale encore appelée vacuum extractor est un instrument comme le forceps et les spatules qui permettent d'aider la femme à accoucher par les voies naturelles.

C'est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite. Elle présente donc des caractéristiques communes aux instruments d'extraction permettant de saisir la tête du fœtus et de la faire progresser vers l'extérieur en lui faisant suivre les axes du pelvis avec flexion, rotation, déflexion.

Il est impératif de connaître parfaitement l'ensemble des forces qui s'appliquent sur et à l'intérieur du trio fœtus- instrument- pelvis sous l'action de l'opérateur.

5 - QUELQUES MANŒUVRES OBSTÉTRICALES :

- La manœuvre de MAURICEAU
- La manœuvre de de BRACHT
- La grande extraction du siège

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

I - Cadre d'étude :

1 - PRESENTATION GLOBALE DU CERCLE_:

Niono fait partie des 7 Cercles de Ségou, quatrième Région économique du Mali. Il couvre une superficie de 23 063 km² pour une population d'environ 287 980 habitants en 2007 et une densité de 12 habitants au km².

Le Cercle compte douze (12) communes dont une urbaine et onze rurales.

Tableau I :

Situation des CSCom de Niono dans les communes

N°	Collectivité	CSCOM
1	Diabaly	1 Diabaly
		2 Kourouma
2	Dogofry	3 Dogofry
3	Kala Siguida	4 Molodo
4	Marico	5 Diakiwéré
		6 Cocody
5	Nampalari	7 Nampala
6	Niono	8 Niono Central
		9 Niono C3
		10 Niono Extension
7	Pogo	11 Pogo
		12 Komola/Zanfina
8	Siribala	13 Siribala
		14 Boh
9	Sirifyla Boundy	15 N'Débougou
		16 Nara IBT
10	Sokolo	17 Sokolo
		18 Dougouba
11	Toridagako	19 Bolibana - B6
12	Yeredon Sagnana	20 Wérékéla - N8

2 - SERVICES SOCIO-SANITAIRES DU CERCLE :08**2-1- Les structures :****Tableau II : Situation des aires de santé**

N°	AIRE DE SANTE	DISTAN- CE AU CSREF	Pop. Totale 2007 tx d'acc=3,2%	N° de Village s	DISTANCE TOTAL VILLAGES / CSCOM
1	BOLIBANA B6	30	19850	17	162
2	BOH	45	7412	9	72
3	COCODY	20	6403	6	25
4	DIABALY	60	17761	19	187
5	DIAKIWERE	35	12836	18	124
6	DOGOFRY	75	26310	21	178
7	DOUGOUBA	75	2915	5	17
8	FASSOUN	30	6097	7	30
9	KOUROUMA	55	8815	11	154
10	KOMOLA/ZANFINA	45	746	2	1
11	MOLODO	7	19055	17	113
12	N8 WEREKELA	12	15073	13	105
13	NAMPALA	185	7634	25	330
14	N'DEBOUGOU	15	27109	11	42
15	NIONO C3	3	24214	8	50
16	NIONO EXTENSION	7	8738	6	44
17	NIONO CENTRAL	2	31578	10	55
18	POGO	55	5753	19	171
19	SIRIBALA	35	23947	24	284
20	SOKOLO	75	13222	11	208
21	WERDE(H.A.)	100	2512	7	323
	TOTAL CERCLE	966	287980	266	2675

2-1-1- Structures de l'Etat :

Actuellement il n'existe aucune structure étatique. Le centre de Santé de Référence a été transféré au conseil de Cercle suivant la décision N° 063/ GR-CAB du 5 février 2007.

2-1-2- Structures Communautaires :

Il existe 20 centres de santé Communautaires opérationnels. Il s'agit de: Bôh, Bolibana B6, Cocody, Diabaly, Diaky-wèrè, Dogofiry, Fassoum (Nara IBT), Kourouma, Komola/ Zanfina, Molodo, N8, Nampala, N'Débougou, Niono C3, Niono Central, Niono Extension, Pogo, Siribala, Sokolo. Tous ces CSCOM ont été transféré aux communes de leur ressort territorial suivant la décision N° 064/GR-CAB du 5 février 2007.

2-1-3 - Secteur privé :

Il est essentiellement constitué de 2 cabinets privés de médecin à N'Débougou et à Niono et des cabinets de soins infirmiers.

A côté de ce secteur privé légal il y a une multitude de traitants constitués par des agents de santé retraités et autres catégories de personnes opérant de façon illégale.

Il existe une prolifération de tradipraticiens qui donnent des soins de tout genre. La plupart d'entre eux opèrent isolement et parfois sans autorisation.

2-1-4- Secteur para public :

Il s'agit des formations sanitaires créées et gérées par l'INPS (Siribala, Niono Sahel) et les infirmeries des garnisons de Nampala et Diabaly.

3 - LA DESCRIPTION DES UNITES IMPLIQUEES DANS LA GESTION DES URGENCES OBSTETRIQUES :

Il s'agit là du 2^{ème} échelon ou la prise en charge se fait au niveau des structures ci-après :

- chirurgie
- maternité
- laboratoire

La logistique et la coordination se font au niveau des structures ci après :

- bloc administratif
- secrétariat
- salle informatique
- bureau de service d'hygiène
- bureau chargé du système d'information sanitaire (SIS)

Les services médicaux fournissent des soins sans discrimination en fonction des aires, aux patients qui consultent le CSRéf en première intention, qu'ils soient originaires du CSCom central ou des autres aires déjà opérationnelles ; aux patients qui sont référés par les CSCom. Les relations entre le premier et le second échelon sont aussi bien organisées que les relations internes du CSRéf.

3-1 - Le pavillon de chirurgie :

Il se compose de :

- un bloc opératoire
- un service d'hospitalisation
- une salle de soins et de pansement

3-1-1-Bloc opératoire :

Durant 2007 les principales interventions qui ont eu lieu au bloc sont : la césarienne plus pratiquée que les autres, la cure d'hydrocèle, les cures des hernies, les interventions sur les calculs de la vessie, les adénomes de la prostate, les appendicites et les occlusions.

3-1-2 - le service d'hospitalisation en chirurgie :

Il comprend cinq salles d'une capacité de 19 lits.

Ce service bien que sollicité par des accidents des voies publiques et des accidentés de travail pendant les périodes de campagne, manque d'équipement adéquat (table d'opération en mauvais état, etc.....).

Dans ce service les références - évacuations reçues sont surtout d'origine Obstétricale.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 4 - 6 jours.

3-1-3 - Personnel:

- Un médecin généraliste qui est le responsable du service
- Un technicien supérieur de santé qui est le major et en même temps anesthésiste
- Un assistant médical en anesthésie et réanimation
- Deux infirmiers et 1 Technicien de santé qui, s'occupent des soins et pansements.
- Un aide soignant qui est chargé de l'entretien des instruments et qui fait l'aide chirurgien également, il est secondé par un autre aide chirurgien.
- Un manœuvre.

3-1-4 - Support existant :

- registre de protocole opératoire
- fiche d'hospitalisation
- cahier de visite matinale
- fiche d'examen complémentaire.

3-1-5 - Equipement existant :

- deux étuves Poupinel,
- un autoclave,
- une vieille table opératoire,
- une boîte de traumatologie,
- quatre boîtes de césarienne, 2 boîtes de curetage,
- deux boîtes de forceps, 2 vieilles lampes scialytiques,
- deux aspirateurs de mucosité, 1 armoire,
- deux chariots

3-2 - La maternité :

La prise en charge des femmes enceintes se fait dans ce service composé :

- d'une salle d'attente d'une capacité de deux lits,
- d'une salle d'accouchement dotée de deux tables d'accouchement, de deux ventouses fonctionnelles, d'une boîte d'instruments, de deux bassins de lit, d'une couveuse en mauvais état, d'une balance pèse bébé, d'un mètre ruban et d'un stéthoscope obstétrical, d'un plateau avec couvercle, d'une poire nasale enfant, d'un bol à lavement,
- de deux salles pour les accouchées avec huit lits dans chaque salle,
- d'une salle de garde avec deux lits,
- d'un bureau pour la sage femme responsable de la maternité,
- d'un bureau de consultation de planning familial et de consultation post natale.

La durée moyenne d'occupation des lits est de 3 jours.

L'UFR = l'Unité Femme à Risque : c'est un bâtiment rattaché à la maternité dans lequel sont hospitalisées les femmes enceintes à risque d'accouchement (les femmes qui ont un Bassin Généralement Rétréci : BGR ; Bassin asymétrique ; toxémie gravidique non maîtrisée ;...). L'UFR contient trois salles d'hospitalisation avec 4 lits par salle.

3-2-1 - Personnel :

- un médecin généraliste qui est le responsable du service
- quatre sages femmes
- une infirmière obstétricienne
- deux matrones
- un manœuvre

3-2-2 - support existant :

- le cahier d'accouchement

- le registre d'hospitalisation
- le cahier de visite matinale
- la fiche d'examen complémentaire
- la fiche de référence - évacuation
- le partogramme
- le tableau de bord
- le tableau de déclaration des naissances.

3-3 - Le laboratoire :

Le laboratoire du centre de santé de Niono fait de nombreux examens complémentaires qui sont :

*pour le sang

- la Numération Formule Sanguine - Vitesse de Sédimentation (NFS-VS)
- le groupage - rhésus
- la sérologie VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
- la sérologie BW (Bordet Wasterman), le test d'Emmel
- la sérologie de toxoplasmose
- la sérologie HBs

*Bacilloscopie

*Les selles POK (parasite, œuf, kyste) plus le Kato Kat

*Les examens cyto bactériologiques de l'urine (ECBU) et la recherche du sucre dans l'urine.

3-3-1 - Personnel :

- deux techniciens de laboratoire
- et la troisième est cubaine dans le cadre de la coopération Mali Cuba.

3-4 - Service administratif

Ce service est composé :

- D'un secrétaire administratif rattaché au bureau de médecin chef qui est chargé de la gestion du courrier administratif de tout le service et qui effectue parfois des consultations.
- D'un gestionnaire chargé de la gestion de toutes les ressources matérielles et financières qui sont mises à la disposition du centre. Il supervise et contrôle la gestion des CSCom. Il veille à la gestion du matériel et de l'équipement des dites formations sanitaires.
- D'un guichet de bureau d'entrée, de point d'orientation des malades, c'est là que les malades prennent des tickets pour avoir accès aux soins.

3-5- Unité automobile

Elle est tenue par un chauffeur au compte de la fonction publique, trois chauffeurs tous payés par le recouvrement de coûts et un chauffeur bénévole. Ils sont chargés de :

- faire la liaison entre le CSR et les autres structures,
- d'assurer les évacuations,
- d'assurer les ravitaillements en vaccins et médicaments essentiels.
- d'assurer les gardes au niveau du CSRéf.

Le CSRéf est doté de deux ambulances pour assurer la référence-Evacuation, trois TOYOTA doubles cabines, un TOYOTA land Curseur.

3-6- Service d'hygiène

Dans le cadre de l'assainissement de la ville de Niono le service d'hygiène appuie l'ONG Alphalog sur le terrain. Il pratique beaucoup d'autres activités, et est dirigé par un technicien sanitaire.

3-7- Le RAC (Réseau Administratif de Communication)

Le RAC local est ouvert en permanence (nuit et jour). Il est installé dans la salle de garde des sages femmes, et cela permet une communication facile entre le CSRéf et les CSCom chaque fois que le besoin se fait sentir.

L'usage du RAC est réservé en priorité aux informations en rapport avec les malades référés ou évacués et à la transmission des données épidémiologiques.

L'entretien du RAC est d'une importance capitale pour la pérennité et la crédibilité du système de référence et d'évacuation.

Autres Services présents :

La médecine interne est dirigée par un médecin généraliste qui est habituellement assisté par un médecin cubain.

Le Cabinet Dentaire où il y a 2 infirmiers spécialistes, l'un pour l'odontostomatologie et l'autre pour l'ophtalmologie

Le bloc de la radiographie

La salle d'échographie

La kinésithérapie

Le programme élargi de la vaccination (PEV)

Les 2 pharmacies

II - TYPE D'ETUDE :

C'est une étude prospective.

III - PERIODE D'ETUDE :

Le travail a été effectué du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2007 soit 12 mois.

IV - POPULATION D'ETUDE :

L'étude a porté sur les femmes enceintes admises au centre de santé de référence de Niono (CSRéf).

V - échantillonnage :

1 - critère d'inclusion :

Il s'agit de toutes les femmes admises en urgence dans le CSRéf de Niono pour une pathologie obstétricale.

2 - critère de non inclusion :

Il s'agit de toutes les femmes dont l'examen physique ne révèle aucune notion sur le caractère urgent de la pathologie obstétricale. Nous avons exclus les cas d'urgence gynécologique (GEU, avortement, torsion annexe...)

VI - COLLECTE DES DONNEES :

1 - support et technique de collecte des données :

Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire individuel (fiche d'enquête). A cet effet nous nous sommes servis des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire, des dossiers d'urgence.

2 - Paramètres étudiés : ce sont

- l'âge des patientes
- la parité
- suivi prénatal
- qualification du prestataire de la CPN
- état du col à l'admission
- état de la poche des eaux à l'admission
- état du fœtus (état du bruit du cœur fœtal, état du liquide amniotique)
- Voie d'accouchement
- Indication de la césarienne
- Contraction utérine
- La présentation

3 - Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 12.0
Le test statistique utilisé était celui de khi² avec son intervalle de confiance (le risque P <5%).

VII - Définitions opérationnelles :

La définition de certains concepts est utile à l'étude des urgences obstétricales car ces concepts permettent de standardiser la collecte des données .

1 - l'accouchement:

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée); **[35]**

2 - l'avortement spontanés:

On parle d'avortement spontané à l'occasion de l'expulsion d'un fœtus vivant ou mort avant le 180^e jour de gestation.

3 - naissance vivante:

C'est l'expulsion ou l'extraction du corps de la mère d'un produit de conception pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché;

4 - mort-né:

On entend par mort-né tout nouveau né n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance;

5 - terme de la grossesse:

La détermination a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat

de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible; ou la hauteur utérine ou bien l'âge estimé par la gestante.

6 - accouchement par voie basse:

Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres;

7 - venue d'elle-même:

Gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre;

8 - référée:

Toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence;

9 - évacuée:

Toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence;

10 - âge obstétrical élevé:

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission;

11 - l'adolescente:

Toute gestante dont l'âge est inférieur à 19 ans à l'admission;

12 - bassin:

C'est un anneau osseux formant une assise ogivale sur lequel repose le tronc et qui est soutenu par les membres inférieurs. Il est constitué par : les deux os iliaques, le sacrum et le coccyx.

Son appréciation a été exclusivement clinique, nous ne nous sommes pas intéressés à la radiopelvimétrie au cours de notre étude.

- **BGR:** On parle de BGR quand au TV, le promontoire est atteint et les lignes innominées sont suivies dans leur totalité;

- **bassin limite**: On parle bassin limite quand au TV, le promontoire est atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs;

13 -HTA: Les tensions artérielles: systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg;

14 - primigeste:

Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse;

15 - Paucigeste :

Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 3 grossesses ;

16 - multi geste:

Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 6 grossesses;

17 - grande multi geste:

Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses;

18 - primipare:

Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement;

19 - pauci pare:

Il s'agit d'une femme qui a fait entre 2 et 3 accouchements;

20 - multipare:

Il s'agit d'une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements;

21 - grande multipare:

Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 accouchements;

22 - l'anémie:

Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjonctivo-palmo-plantaire associée ou non à une altération de la pression artérielle;

23 - la mortalité maternelle : Selon l'OMS (10^e révision - 1993)

C'est « le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quels que soient la durée ou le

siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Son exclus les causes de décès accidentelles ou fortuites ». Elle est évaluée par rapport à 100 000 naissances.

24 - la mortalité périnatale: est selon l'OMS, celle qui frappe le fœtus d'au moins 22 semaines d'amenorrhée, et le nouveau né jusqu'au 7^e jour inclus. En l'absence de critères chronologiques, on utilise une définition pondérale, ne prenant en considération que les fœtus d'un poids supérieur à 500 g. Son taux est établi par rapport à 1000 naissances d'enfants vivants.

La mortalité périnatale comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale pécoce ;

25 - La mortinatalité:est celle qui frappe le fœtus pendant la grossesse (*mortalité antepartum*), suivi ou non de rétention fœtale, et pendant l'accouchement (*mortalité intrapartum*). Elle concerne tous les enfants qui naissent sans battements cardiaques et n'ont pas eu le mouvements respiratoires.

On l'exprime pour 1000 naissances;

26 - La mortalité néonatale : est celle qui frappe les nouveaux-nés ayant respiré, jusqu'au 28 jours révolus.

La mortalité néonatale précoce concerne les décès de la naissance à 7 jours, la mortalité néonatale tardive de 8 à 28 jours.

27 - La mortalité infantile : est celle des enfants au cours de leur première année.

28 - La durée d'évacuation : le temps effectué par la patiente depuis l'appel de l'ambulance par le CSCOM jusqu'à l'admission au CSRéf

29 - Le délai d'admission : le temps effectué par la patiente lors du transport du CSCOM au CSRéf.

30 - Le délai de prise en charge : c'est le temps effectué entre l'admission de la patiente et le début du traitement

VIII - Aspect éthique:

Ce travail est un travail scientifique disponible dans toutes les aires qui ont pour vocation: amélioration de la santé maternelle et fœtale selon les règles de la confidentialité.

RESULTATS

RESULTATS

1 - LA FREQUENCE :

Dans notre étude nous avons colligé **335** dossiers d'urgences obstétricales sur un total **1371** accouchements ; soit une fréquence de **24,43%**.

2 - LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

2-1. Age

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge

AGE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
≤ 19 ans	92	27,5
20 à 35 ans	229	68,4
>35 ans	14	4,2
Total	335	100,0

L'âge moyen de nos parturientes était $27 \pm 0,51$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 40 ans.

2 – 2 – PROVENANCE :

Tableau IV : Répartition des patientes selon la provenance

PROVENANCE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
ville de Niono	70	20,9
Hors de Niono	265	79,1
Total	335	100,0

2-3. PROFESSION

Tableau V: Répartition des patientes selon l'occupation

PATION	OCCU	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Ménagère		240	71,6
Elève		8	2,4
Commerçante		6	1,8
Enseignante		2	0,6
sans profession		79	23,6
Total		335	100,0

2 - 4. STATUT MATRIMONIAL

Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Marié	275	82,1
Célibataire	60	17,9
Total	335	100,0

2 - 5. GESTITE

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

GESTITE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Primigeste	131	39,1
Paucigeste	52	15,5
Multigeste	50	14,9
Grande multigeste	102	30,4
Total	335	100,0

La gestité moyenne de nos parturientes était la 3^{ème} gestation avec des extrêmes : 1 et 9

2-6. PARITÉ

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

PARITÉ	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Nullipare	42	12,5
Primipare	153	45,6
Pauci pare	27	8,1
Multipare	27	8,1
Grande Multipare	86	25,7
Total	335	100,0

2- 7 : NOMBRE D'ENFANT VIVANT**Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant**

NOMBRE D'ENFANT VIVANT	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
0 enfant	136	40,6
1 enfant	59	17,6
2 à 3 enfants	61	18,2
4 à 6 enfants	54	16,2
>6 enfants	25	7,4
Total	335	100,0

Le nombre moyen d'enfant vivant était de 3; les extrêmes étaient 0 enfant et enfants 8.

2-8. INTERVALLE INTERGENEGIQUE**Tableau X : Répartition des patientes selon l'intervalle intergénéologique (I I G)**

INTERVALLE INTERGÉNÉGIQUE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
< 12 mois	12	5,6
12 à 24 mois	184	85,6
>24 mois	19	8,8
Total	215	100,0

L'intervalle moyen était 24 mois et les extrêmes : 4 mois et 48 mois.

2 - 9. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Césarienne	37	11,0
Hystérorraphie pour rupture utérine	3	0,9
Pas d'antécédent	295	88,1
Total	335	100,0

2 - 10. ANTECEDENTS MEDICAUX

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
HTA	13	3,8
Diabète	3	0,8
Insuffisance cardiaque	5	1,4
Pas d'antécédent	288	86,2
Autres	26	7,8
Total	335	100,0

Autres : asthme = 6 % ; paludisme =12% ; IST (infection sexuellement transmissible) = 8%

2-11. NIVEAU D'INSTRUCTION**Tableau XIII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
non scolarisée	288	86,2
Alphabétisée	8	2,4
Primaire	35	10,5
Secondaire	4	1,1
Total	335	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'occupation du procréateur

L'OCCUPATION DU PROCRÉATEUR	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Cultivateur	274	82,0
Administrateur	5	1,5
Commerçant	14	4,2
Pêcheur	2	0,6
Chauffeur	8	2,4
Berger	7	2,1
Ouvrier	25	7,2
Total	335	10000,0

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

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
venue d'elle-même	81	24,1
Evacuée	254	75,9
Total	335	100,0

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la présence du support d'évacuation (partogramme et/ou fiche d'évacuation) :

SUPPORT D'EVACUATION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Partogramme	31	12,3
Fiche d'évacuation	15	5,9
Fiche+Partogramme	189	74,4
Sans document	19	7,4
Total	254	100,0

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le motif d'admission

MOTIF D'ADMISSION	EFFECTIF	FRÉQ RELATIVE
souffrance foetale aigue (SFA)	51	15,2
Disproportion foeto pelvienne (DFP)	41	12,4
Hémorragie de la délivrance	36	10,6
dystocie dynamique	25	7,5
placenta praevia	24	7,2
Avortement spontané	22	6,6
Eclampsie / pré éclampsie	18	5,4
Grossesse extra utérine (GEU) rompue	17	5,1
Dystocie mécanique (liée au bassin)	15	4,5
Anémie chronique décompensée en travail	14	4,2
Infection palustre sur grossesse	12	3,6
Présentation dystocique (face, front, transverse)	9	2,7
Procidence du cordon battant	9	2,7
Hématome rétro placentaire (HRP)	7	2,1
Utérus bi cicatriciel et SFA	7	2,1
Rupture utérine	7	2,1
Pré rupture utérine	6	1,8
Vomissement gravidique grave	4	1,2
Déchirure du col	4	1,2
Retention placentaire	3	0,9
Retention du second foetus	2	0,6
Retard d'expulsion du foetus	1	0,3
Menace d'accouchement prématuré	1	0,3
Total	335	100,0

Tableau XVIII: Concordance entre le motif d'admission et le diagnostic retenu

PATHOLOGIES	MOTIF D'ADMISSION		DIAGNOSTIC RETENU	
	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
souffrance foetale aigue (SFA)	51	15,2	12	3,6
Disproportion foeto pelvienne (DFP)	41	12,4	71	21,2
Hémorragie de la délivrance	36	10,6	5	1,5
dystocie dynamique	25	7,5	38	11,4
placenta praevia hémorragique	24	7,2	19	5,7
Avortement spontané	22	6,6	24	7,2
Eclampsie / pré éclampsie	18	5,4	26	7,8
Grossesse extra utérine (GEU) rompue	17	5,1	5	1,5
Dystocie mécanique (liée au bassin)	15	4,5	37	11,1
Anémie chronique décompensée en travail	14	4,2	8	2,4
Infection palustre sur grossesse	12	3,6	1	0,3
Présentation dystocique (face, front, transverse)	9	2,7	23	6,9
Procidence du cordon battant	9	2,7	13	3,9
Hématome rétro placentaire (HRP)	7	2,1	13	3,9
Utérus bi cicatriciel et SFA	7	2,1	7	2,1
Rupture utérine	7	2,1	7	2,1
Pré rupture utérine	6	1,8	4	1,2
Vomissement gravidique grave	4	1,2	0	0
Déchirure du col	4	1,2	4	1,2
Rétention placentaire	3	0,9	3	0,9
Rétention du second foetus	2	0,6	3	0,9
Retard d'expulsion du foetus	1	0,3	2	0,6
Menace d'accouchement prématuré	1	0,3	10	2,9
Total	335	100,0	335	100,0

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la distance parcourue

DISTANCE PARCOURUE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
≤15 km	193	57,6
16 à 30 km	75	22,4
31 à 50 km	27	8,1
>50 km	40	11,9
Total	335	100,0

La distance moyenne est estimée à 30 km.

Les extrêmes sont : 2 km et 185 km

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'agent de santé accompagnant

AGENT DE SANTÉ ACCOMPAGNANT	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
sage femme	1	0,3
infirmière obstétricienne	4	1,2
Matrone	6	1,8
Non accompagnée	324	96,7
Total	335	100,0

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le profil de l'agent ayant évacué

AGENT AYANT ÉVACUÉ	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Médecin	14	5,2
sage femme	30	11,9
Infirmière	87	34,4
Matrone	123	48,5
Total	254	100,0

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le moyen de transport

MOYEN DE TRANSPORT	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Ambulance médicalisée	11	3,3
Ambulance non médicalisée	235	70,1
Moyen Personnel	89	26,6
Total	335	100,0

3. DONNEES CLINIQUES :**3-1. ÉTAT GÉNÉRAL À L'ADMISSION****Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission**

ÉTAT GÉNÉRAL À L'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Bon	21	6,3
Passable	270	80,6
Mauvais	44	13,1
Total	335	100,0

Passable = l'état général de la patiente est conservé à l'admission.

Mauvais = l'état général de la patiente est altéré à l'admission.

3-2. DIAGNOSTIC RETENU**Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu**

DIAGNOSTIC RETENU	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Disproportion Foeto Pelvienne (DFP)	71	21,2
Dystocie dynamique	38	11,4
Dystocie mécanique	37	11,1
Eclampsie / pré éclampsie	26	7,8
Avortement spontané hémorragique	24	7,2
Présentation dystocique (face en mento sacré, front, transverse);	23	6,9
Placenta praevia	19	5,7
Hématome rétro placentaire (HRP)	13	3,9
Procidence du cordon	13	3,9
Souffrance foetale aigue (SFA)	12	3,6
Menace d'accouchement prématuré	10	2,9
Anémie chronique décompensée en travail	8	2,4
Utérus bi cicatriciel et SFA	7	2,1
Pré rupture utérine	4	1,2
Rupture utérine	7	2,1
Hémorragie de la délivrance	5	1,5
Grossesse extra utérine (GEU) rompue	5	1,5
Déchirure du col	4	1,2
Retard d'expulsion du fœtus	3	0,9
Rétention placentaire	3	0,9
Rétention du second fœtus	2	0,6
Infection palustre sur grossesse	1	0,3
Total	335	100,0

293 patientes étaient en travail soit **87,46%**

Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'état obstétrical

ETAT OBSTETRICAL	EFFECTIF	FREQ.RELATIVE
En travail	293	87,5
Accouchées	12	3,6
Non en travail*	30	8,9
Total	335	100

*Non en travail comprend les cas de grossesse extra utérine, fausses couches, paludisme sur grossesse.

3-3. CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES

3- 3 - 1. SUIVI PRÉNATAL

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

NOMBRE DE CPN	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
0	115	34,3
1 à 3	186	55,5
≥ 4	34	10,2
Total	335	100,0

Le nombre moyen de CPN était 2 et les extrêmes = 0 et 5.

3-3-2. QUALIFICATION DU PRESTATAIRE DE LA CPN

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la qualification du prestataire ayant fait la CPN

QUALIFICATION DU PRESTATAIRE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Médecin Généraliste	5	2,3
Sage femme	26	11,8
Infirmière Obstétricienne	95	43,2
Matrone	94	42,7
Total	220	100,0

3 - 3 - 3.L'ÉTAT DU COL À L'ADMISSION**Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon l'état du col à l'admission**

L'ÉTAT DU COL À L'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Phase expulsive	76	25,9
Phase active	178	60,7
Phase latence	39	13,4
Total	293	100,0

3 - 3 - 4. POCHE DES EAUX À L'ADMISSION**Tableau XXIX: Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission**

POCHE DES EAUX À L'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Rompue	220	75,1
Intacte	73	24,9
Total	293	100,0

Tableau XXX: Répartition des parturientes selon la durée de la rupture de la poche des eaux

DURÉE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
<6 heures	149	67,7
6 à 12 heures	64	29,1
>12 heures	7	3,2
Total	220	100,0

Les 220 correspondent aux parturientes dont la poche était rompue

La durée moyenne était 4 et les extrêmes sont = 1 et 24

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état du liquide amniotique

ÉTAT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Clair	116	52,7
Méconial	84	38,2
Hémorragique	20	9,1
Total	220	100,0

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon l'état du bassin

ÉTAT DU BASSIN	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Bassin normal	243	82,9
Bassin généralement rétréci	44	15,1
Bassin limite	6	2,0
Total	293	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon l'état des bruits du cœur fœtal (BCF) à l'admission

ETAT DES BCF	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
0	71	24,2
< 120	7	2,5
120 – 160	152	51,8
> 160	63	21,5
Total	293	100,0

NB : Les bruits du cœur fœtal sont exprimés en battement par minute

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

VOIE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Voie basse	82	27,9
Voie haute	211	72,1
Total	293	100,0

Nous avons réalisé 2 cas de forceps et 2 cas de ventouse (2,4% chacun)

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le type d'accouchement

TYPE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Voie basse	82	27,9
Césarienne	204	69,7
Laparotomie pour rupture utérine	7	2,4
Total	293	100

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon l'indication de l'accouchement par voie haute.

INDICATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Disproportion Foeto Pelvienne	71	33,6
Dystocie mécanique	37	17,5
Dystocie dynamique irréductible (dilatation stationnaire)	19	9,0
Présentation dystocique	17	8,1
Eclampsie+pré éclampsie	14	6,7
Placenta praevia hémorragique	14	6,7
HRP	12	5,6
Souffrance aiguë	9	4,2
Procidence du cordon battant	7	3,4
Rupture utérine	7	3,4
Pré rupture utérine	4	1,8
Total	211	100,0

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon la prise en charge globale

PRISE EN CHARGE GLOBALE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Accouchement dirigé	65	19,4
Version par manœuvre interne	13	3,8
Forceps	2	0,6
Ventouse	2	0,6
Césarienne	204	8
Hystérorraphie	6	1,8
Hystérectomie subtotale	1	0,3
Suture du col	4	1,2
Délivrance artificielle	3	0,9
Révision utérine	5	1,5
Curetage	14	4,2
Curage digital	10	3
Laparotomie pour GEU (salpingectomie)	5	1,5
Perfusion de la quinine pour le paludisme sur grossesse	1	0,3
Total	335	100,0

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la durée d'évacuation

DUREE D'EVACUATION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
< 1/2 heure	92	36,2
[1/2 1[	107	42,2
≥ 1 heure	55	21,6
Total	254	100,0

Durée moyenne = 1 heure, Durée extrême = ¼ heure et 4 heures

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le délai d'admission

DELAI D'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
< 1/2 heure	90	35,8
[1/2 1[	101	42,1
≥ 1 heure	63	22,1
Total	254	100,0

Délai moyen = ½ heure, Délai extrême = 10 mn et 3 heures

Tableau XL : Répartition des patientes selon le délai de prise en charge

PRISE EN CHARGE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
< 1/2 heure	329	98,2
[1/2 1[	2	0,6
≥ 1 heure	4	1,2
Total	335	100,0

Délai moyen = $\frac{1}{4}$ heure, Délai extrêmes 5 mn et 1 heure. ,

Tableau XLI : Répartition des patientes selon le délai entre l'accouchement et l'admission

DELAI D'ACCOUCHEMENT APRES L'ADMISSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
< 1/2 heure	227	77,5
[1/2 1[	39	13,3
≥ 1 heure	27	9,2
Total	293	100,0

Délai moyen = $\frac{1}{2}$ heure, Délai extrême = $\frac{1}{4}$ heure et 1h30 mn. ,

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

TYPE D'ANESTHÉSIE	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Anesthésie générale	227	98,7
Rachi anesthésie	3	1,3
Total	230	100,0

Les 230 concernent les accouchements par voie haute + les salpingectomies (GEU) et les curetages.

4 - PRONOSTIC :

4-1. PRONOSTIC MATERNEL

Tableau XLIII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

PRONOSTIC MATERNEL	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Vivante	317	94,5
Décédée	18	5,5
Total	335	100,0

Tableau XLIV : Relation entre le pronostic maternel et la durée d'évacuation

Pronostic maternel	répartition des femmes selon la durée d'évacuation						Total
	< 1/2 heure		[1/2 1[		≥ 1 heure		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
vivante	87	94,6	105	98,1	52	94,5	244
décédée	5	5,4	2	1,9	3	5,5	10
Total	92	100	107	100	55	100	254

Khi-2 = 3,51 P = 0,75 (Il y a pas de différence statistique entre le pronostic maternel et la durée d'évacuation).

Tableau XLV : Répartition des patientes selon le pronostic maternel en fonction du mode d'admission

Pronostic maternel	Mode d'admission						Total
	< 1/2 heure		[1/2 1[		≥ 1 heure		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
vivante	88	97,7	99	96,0	59	93,6	244
décédée	2	2,3	2	4,0	4	6,4	10
Total	90	100	101	100	63	100	254

Khi-2 = 2,4 P = 0,75 (Il n'existe pas de différence statistique entre le pronostic maternel et le mode d'admission).

Tableau XLVI : Relation entre le pronostic maternel et le délai de prise en charge

Pronostic maternel	Délai de prise en charge						Total
	< 1/2 heure		[1/2 1[		≥ 1 heure		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
vivante	313	95,2	1	50	3	75	317
décédée	16	4,8	1	50	1	25	18
Total	329	100	2	100	4	100	335

Khi-2 =11,98 P = 0,73 (Il n'existe pas de différence statistique entre le pronostic maternel et le délai de prise en charge).

Tableau XLVII : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA CAUSE DE DECES MATERNEL

CAUSE DE DECES MATERNEL	EFFECTIF	FREQ. RELATIVE
Hémorragies de la délivrance	2	11,12
Rupture utérine	4	22,22
Placenta prævia hémorragique	3	16,66
Anémie décompensée	2	11,12
HTA et complications	4	22,22
Infections	3	16,66
TOTAL	18	100

Nous avons eu 4 cas décès maternels avant l'accouchement dont 2 cas d'anémie décompensée et 2 cas de complication d'HTA ; les autres cas de décès maternel sont survenus après l'accouchement.

4-2. PRONOSTIC FŒTAL**Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon le pronostic foetal**

PRONOSTIC FOETAL	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
nouveau né vivant non réanimé	135	46,1
nouveau né vivant réanimé	84	28,7
mort né frais	67	22,9
mort né macéré	7	2,4
Total	293	100,0

219 nouveau-nés (75%) étaient vivants

Tableau XLIX : Relation entre le pronostic foetal et la durée d'accouchement à partir de l'admission

Pronostic foetal	Délai d' admission						Total
	< 1/2 heure		[1/2 1[		≥ 1 heure		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
nouveau né vivant non réanimé	43	55,2	37	39,8	19	38,7	99
nouveau né vivant réanimé	17	21,8	32	34,4	14	28,6	63
mort né frais	16	20,5	22	23,6	13	26,5	51
mort né macéré	2	2,5	2	2,2	3	6,2	7
Total	78	100	93	100	49	100	220

Khi-2 = 1,97 P = 0,25 (Il 'y a pas de différence statistique entre le pronostic foetal et la durée d'accouchement)

Tableau L : Relation entre le pronostic foetal et le délai de prise en charge

Pronostic foetal	Délai de prise en charge			Total
	< 1/2 heure	[1/2 1[≥ 1 heure	

	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
nouveau né vivant non réanimé	135	46,7	0	0	0	0	135
nouveau né vivant réanimé	81	28,1	1	50	2	100	84
mort né frais	66	22,8	1	50	0	0	67
mort né macéré	7	2,4	0	0	0	0	7
Total	289	100	2	100	2	100	293

Khi-2 = 4,6 P = 0,66 (Il y a pas de différence statistique entre le pronostic foetal et le délai de prise en charge)

Tableau LI : Relation entre le pronostic foetal et la durée d'évacuation

Pronostique foetal	Durée d'évacuation						Total
	< 1/2 heure		[1/2 1[		≥ 1 heure		
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	
nouveau né vivant non réanimé	41	50,6	39	43,3	19	38,7	99
nouveau né vivant réanimé	20	24,7	29	32,3	14	28,6	63
mort né frais	18	22,2	20	22,2	13	26,5	51
mort né macéré	2	2,5	2	2,2	3	6,2	7
Total	81	100	90	100	49	100	220

Khi-2 = 0,97

P = 0,25

(Il n'existe pas de différence statistique entre le pronostic foetal et la durée d'évacuation).

Tableau LII : Répartition des patientes selon le type de complication post opératoire

COMPLICATION POST OPÉRATOIRE	EFFECTIF	FREQ .RELATIV E
Anémie	22	66 ,67
Infections (suppuration pariétale)	11	33,33
Total	33	100,0

Tableau LIII : Répartition des patientes selon le besoin satisfait pour la transfusion

BESOIN SATISFAIT POUR LA TRANSFUSION	EFFECTIF	FREQ .RELATIVE
Oui	8	33,3
Non	16	66,7
Total	24	100,0

Parmi les 24 cas de besoins transfusionnels nous avons 2 cas d'hémorragie du post partum.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1) Discussion méthodologique :

Contraintes et limites : Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à des difficultés d'ordre financier, mais aussi à des difficultés liées à l'enquête. Ces difficultés sont les suivantes: Absence de support d'évacuation dans certains cas ou le partogramme mal rempli, et d'autres femmes n'avaient pas fait de CPN.

2) La fréquence :

Confronté aux données de la littérature notre taux de **24,43 %** est plus élevé que ceux trouvés par KODIO S [30] (7,98%) en 2006 à l'hôpital national du point G ; DISSA L [20] dans une étude concernant la période 2002/2003 au centre de santé de référence de la commune V (10,16%) et de Thiéro M [46] en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré (11,50%) ; mais proche de celui de DIARRA O [18] en 2000 (25%) à l'hôpital national du point G. Notre fréquence assez élevée s'explique par le fait que c'est le seul centre de santé de référence pour 20 CScCom avec une population très dense où l'exode rural est rare.

3) Les caractéristiques sociodémographiques :

Nous avons constaté que 79,1% de nos patientes résidaient dans le cercle de Niono, 20,9% étaient de Niono ville ; 75,9% des patientes étaient évacuées. Les distances parcourues par les patientes et le mauvais état des routes ont pu assombrir le pronostic materno-fœtal.

Quatre vingt six virgule deux pour cent (86,2%) de nos patientes n'étaient pas scolarisées ; 10,5% de niveau primaire ; 1,1% de niveau secondaire et 2,4% alphabétisées. Ce taux élevé de non scolarisation féminine explique la mauvaise fréquentation aux consultations prénatales.

Nos patientes étaient mariées dans près de 8 cas sur 10 et célibataires dans 17,9% des cas. Elles étaient surtout des ménagères et sans profession rémunératrice dans 23,6% des cas.

Elles étaient adolescentes dans un tiers des cas 27,5%. Ce taux est inférieur à celui apporté par DIARRA O [18] (34,4%) et supérieur à celui rapporté par DISSA L [20] (24,2%) en commune V car le taux de scolarisation des jeunes filles est plus élevé à Bamako.

4) Les facteurs de risque connus :

Les nullipares ont représenté 12,5% des cas. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par DIARRA O [18] :34,6% et de DISSA L [20] :36,9%. Les primipares (45,6%) et les grandes multipares (25,7%) contre 16,7% pour les primipares et 10,48% pour les grandes multipares rapportés par KODIO S [30] ; 41,5% et 20% rapportés par DICKO.S [19] en 2001 à l'hôpital régional Fousseini Daou de Kayes. L'analyse de nos résultats permet d'affirmer que parmi les urgences obstétricales les nullipares et les primipares sont les plus nombreuses. La prédominance des nullipares s'explique par l'immaturation du bassin, la grossesse précoce et le travail d'accouchement non surveillé le plus souvent.

Nous constatons sur le tableau (XXVI) que 1/3 de nos patientes (34,3%) n'avait pas fait de consultation prénatale (CPN), 55,5% avait fait une à trois consultations prénatales et 10,2% ont fait plus de trois CPN. Il s'agit de patientes qui auraient dû être référées après les consultations prénatales qui ont permis d'identifier le risque.

Cette tendance de patientes non suivies se rencontrent ailleurs : KODIO S [30] (45,45%). L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des CPN constituent un facteur de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement. En effet, nous avons noté que dans 85,9% des cas la CPN était faite par des matrones et infirmières obstétriciennes. Près de 3 patientes sur 4 dans notre étude avaient une RPM à l'admission soit 75,1% des cas.

Nous constatons sur le tableau (XXXI) que dans 38,2% des cas le liquide amniotique était méconial à l'admission.

Pour ce qui concerne la dilatation du col, dans 83,5% des cas la dilatation du col était incomplète (< 10 cm). Il s'agit de patientes dont le travail s'est déroulé soit en dehors d'une structure de santé ou dont la dilatation a évolué au cours du transfert. Cette absence de surveillance permanente de la parturition est souvent à l'origine de complications materno-fœtales graves qui peuvent passer inaperçues. Ceci explique en partie le fait que 24,2% des bruits du cœur foetal n'étaient pas perçus au stéthoscope de Pinard à l'admission. Ce taux élevé de décès anténatal se voit chez les patientes évacuées et/ou référées, n'ayant fait aucune consultation prénatale, avec une poche des eaux déjà rompue depuis plus de 6 heures de temps, un liquide amniotique méconial et une durée du travail trop longue. Plusieurs facteurs expliquent ce fait : le retard dans la prise de décision par le personnel, le retard dans l'organisation de l'évacuation, l'insuffisance ou absence de ressources financières, le mauvais état des routes.

5) Les aspects cliniques :

Dans notre étude 86,2% des femmes n'avaient pas de pathologie associée à la grossesse. Parmi les pathologies associées l'HTA et l'insuffisance cardiaque (non documentée) étaient les plus fréquentes avec respectivement 3,8% et 1,4% des cas.

Les pathologies obstétricales classiques ont été rencontrées. Elles étaient dominées par l'hémorragie (14,5%), suivie de la rupture utérine (3,3%), du placenta praevia (5,7%), de l'HRP (4%) et de l'hémorragie de la délivrance (1,5%). Ces pathologies sont notées dans la plupart des séries traitant des urgences obstétricales [19] mais à des proportions variables : 35,01% d'hémorragie chez DICKO S. [19] ; 4,76% et 4,90% de rupture utérines respectivement chez KODIO S [30] et DISSA L [20]. LANKOANDE [33] (23%) à OUAGADOUGOU rapporte un taux de rupture utérine nettement plus élevé.

La prise en charge de nos cas de rupture utérine a consisté surtout en une hystérorraphie (6 cas sur 7) et une hystérectomie subtotale inter-annexielle. La rupture utérine, complication redoutable constitue chez nous un problème sérieux de santé publique, exposant à une lourde mortalité et morbidité fœto-maternelle. Quatre (04) de nos patientes étaient décédées dans un tableau de choc hémorragique par absence de banque de sang fonctionnelle à Niono. Notre taux de mortalité maternelle due à la rupture utérine a été de 22,22%, taux inférieur à ceux de DIARRA O [18] (33,33%), DICKO S. [19] (27,78%), LANKOANDE [33] (35%) et de KANE M. [28] (36%). Des taux moins élevés sont notés ailleurs : KODIO S [30] (5,26%) et A.PICAUD [25] (6,5%) à Libreville. Nous n'avons pas d'explication à ces disparités de chiffres.

Toutes les études notent le caractère foeticide des évacuations obstétricales notamment dans le cas de la rupture utérine. [18, 22, 25, 30] même si les taux sont différents avec cependant une tendance à la hausse : 81,81% dans notre étude; 55,55% chez KODIO S [30]; 56,2% Chez A. PICAUD [25] au Gabon ; 62% chez DIARRA O [18] et 80% chez DOUGNON F. [22].

Notre taux de placenta prævia Hémorragique 5,7% est comparable à celui de DISSA L [20] (6,17%) et proche de ceux de DIARRA. O [18] (8%) et de KODIO S [30] (9,05%).

Selon DIARRA O [18], en Asie les taux de placenta praevia hémorragique varient entre 0,41% et 1%.x

Sur le continent Africain le PPH reste relativement rare, les chiffres varient entre 0,33% et 0,99% **Diallo M S ; Sidibé M ; Keïta N**

[16]. Cinq (05) de nos parturientes ont accouché par voie basse, après rupture artificielle de la poche des eaux. Dans quatorze (14) cas la césarienne a été pratiquée et la transfusion indiquée dans douze (12) cas mais réalisée chez huit (8) patientes. Pour les quatre autres le sang n'était pas disponible.

Nous avons enregistré trois (03) cas de décès maternel et 6,84% de mort fœtale suite au PPH. Des taux plus élevés sont rapportés par KODIO S [30] (15,38%), DIARRA O [18] (25%) et DOUGNON F [22] (54,27%).

En ce qui concerne l'Hématome Rétro Placentaire, sa fréquence est plus faible comparée aux autres urgences obstétricales citées plus haut (4%). Cette tendance est retrouvée chez certains auteurs maliens : 4,51% chez DISSA L [18]; 4,7% chez DIARRA O [18] ; 6,19% chez KODIO S [30]. Mais des chiffres nettement plus élevés sont rapportés en Cote d'Ivoire [47] (93%) dans une étude faite sur l'hystérectomie d'hémostase.

Une (01) de nos parturientes a accouché par la voie basse après rupture artificielle de la poche des eaux. En fait c'était un hématome non important dont le diagnostic a été posé après l'accouchement.

Nous n'avons noté aucun décès maternel. Cependant COLAU JC [11] a rapporté un taux de mortalité maternelle de 04,28% sur une série de 810 HRP. KODIO S en a rapporté 7,69% et DISSA L [20] un taux de décès de 8,77%. Notre taux de mortalité fœtale liée à cette pathologie gravissime a été de 85,9% comme chez DIARRA O [18] (80%) et DOUGNON F [22] (80%).

L'hémorragie de la Délivrance n'a été notée que dans 1,5% avec cependant deux décès maternels comme chez KODIO S [30] (40%) et DIARRA O [18] (40%). Pour CAMARA S [9] à Abidjan les hémorragies représentaient une des premières causes de la mortalité maternelle.

Dans une étude portant sur 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7 ans DIALLO A [16] trouve que l'hémorragie occupe la première place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43%.

En Cote d'Ivoire au CHU de Cokody 15% des décès sont liés à l'hémorragie alors que dans les zones rurales 60% à 70% des décès sont imputables à l'hémorragie soit quatre fois plus.

Nous constatons que la mortalité par hémorragie est un problème crucial dans tous les pays avec une prédominance dans les pays en voie de développement.

Notre pourcentage d'infection (33,33) est supérieur à celui de DIARRA O [18] (26,66%) et inférieur à celui de DOUGNON F [22] (68,42%). Cela peut s'expliquer par l'amélioration dans la prévention des infections par l'antibioprophylaxie, l'asepsie au bloc opératoire.

Notre taux de mortalité due à l'infection est de 27,78%.

Le dépistage systématique des grossesses à haut risque ainsi que les soins obstétricaux d'urgence permettent de lutter contre la mortalité maternelle et fœtale.

Les Dystocies mécaniques ont occupé une place prépondérante dans les urgences obstétricales dans notre service (32,3%). Il s'agit de bassins généralement rétrécis, de bassins limites, de bassins asymétriques, des présentations vicieuses et des disproportions fœto pelviennes. Des taux similaires sont rapportés par DIARRA O [18] (30%) tandis que CAMARA S [9] à Abidjan n'en relève que 9% contre 13,8% chez THIERO A.F [46] et 16,25% dans la série de KODIO S [30]. En Europe les anomalies pelviennes sont rares grâce au dépistage précoce et à l'augmentation du niveau socio-économique.

Les anomalies de la dynamique utérine n'ont constitué que 11,4% des cas. Celles-ci ont été corrigées par la perfusion d'oxytocine dans la majorité des cas. Deux (2) de nos parturientes ont accouché par forceps et dans les autres cas, la césarienne a été effectuée. Les dystocies dynamiques ont représenté chez CAMARA S [9] à Abidjan 7%. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel ni fœtal du fait de la dystocie dynamique. Cependant celle-ci a souvent été associée à la souffrance fœtale aiguë. Le taux de mortalité fœtale périnatale (mortinatalité et mortalité fœtale précoce) est de 16,50%, taux inférieur à celui de KODIO. S [31] qui était de 20,51%. Ce taux élevé s'explique par le retard dans la prise de décision des structures périphériques.

La procidence du cordon, situation obstétricale rare est une complication grave qui compromet fortement le pronostic foetal.

La réduction du taux de morbidité et de mortalité foetales en rapport avec cette pathologie passe par une amélioration des conditions d'évacuation et du plateau technique, 3,9% dans notre étude tandis que TRAORE Y [51] ne rapporte que 0,28% dans sa série portant sur la procidence du cordon au CHU de Treichville. Notre taux est supérieur à celui retrouvé par KODIO S [30] (2,38%). Dans cinq (05) cas, l'accouchement par voie basse autorisé en raison de l'absence de battement au cordon a abouti à 5 mort-nés frais. Dans sept (07) cas la césarienne a été pratiquée en urgence et nous avons enregistré un décès néonatal après réanimation; les suites ont été simples chez six (6) autres.

L'HTA et ses complications constituent 7,8%. Ce pourcentage est supérieur à 3,7% chez DIARRA O [18] ; de DOUGNON F [22] (3.77%) mais inférieur à 23,75% trouvé par KODIO S [30]. Toutes ces patientes ont été mises sous anti-hypertenseurs : Nifédipine ou clonidine et un anti-convulsivant pour les éclampsiques. Notre taux de mortalité fœtale est inférieur à celui de DOUGNON F [22] (40%) et à celui de DIARRA O [18] (54%). Le taux de mortalité maternelle 22.22% est supérieur au taux de 16,66% chez DOUGNON F [22].

6) Mode de prise en charge :

Dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par plusieurs heures voire plusieurs jours de travail ; l'attitude de notre service est de pratiquer la césarienne pour un sauvetage maternel et ou foetal. Ainsi 79,6% de nos femmes ont accouché par césarienne. Notre taux de césarienne est relativement supérieur à ceux de :

KODIO S [30] (48,13%) ; THIERO A F [46] : en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré soit 57,5% ; DICKO S [19] (57,98%) ; DIARRA O [18] (62%). Ce taux élevé peut s'expliquer par la gratuité de cette intervention pour les parturientes la

barrière financière étant absente. 69,37% des césariennes ont été pratiquées par des étudiants faisant fonction d'internes et 30,62% par des médecins généralistes.

La fréquence du forceps s'élève à 2,4% ; ce qui est inférieur comparée à celle retrouvée par DIARRA O. [18] (8%).

L'anesthésie générale a été pratiquée dans 98,7% de nos interventions.

Le besoin transfusionnel a été satisfait dans seulement 33,3% des cas.

7) Pronostic maternel :

Les complications rencontrées ont été surtout dominées par les infections 33,33% (endométrite, suppuration pariétale, septicémie) et les hémorragies 66,67% nécessitant une transfusion sanguine. Ces complications s'expliquent par les taux élevés de syndrome hémorragique dans notre série et le risque infectieux très important en rapport avec l'évacuation.

Nous avons enregistré 18 cas de décès maternel soit 5,37% contre 9,05% chez KODIO S [30] ; 11,25% chez DICKO S. [19] et 11,95% pour DOUGNON F. [22].

Les jeunes femmes et les grandes multipares sont celles qui ont le plus succombé. Les principales causes des décès ont été l'éclampsie et les hémorragies. La plupart de ces décès sont évitables d'où la nécessité d'une action conjointe des différents niveaux d'interventions dans le domaine de la santé maternelle.

8) Pronostic fœtal :

Le pronostic néonatal a été apprécié pendant les premiers jours de la vie.

Les nouveaux nés étaient vivants à 75% avec 28,8% réanimés contre 46,2% non réanimés. Notre taux de mortalité fœtale : 25,0% est inférieur à celui retrouvé par DICKO S [19] (47,5%) à Kayes ; DOUGNON F [22] (35,34%). Ce taux élevé de mortalité fœtale s'explique par le retard dans la prise en charge et certaines complications prévisibles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Dans le cadre de notre étude nous avons enregistré 335 urgences obstétricales durant 12 mois d'étude sur un total de 1371 accouchements soit une fréquence de **24,43%**.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées constituant des facteurs de risque. La distance parcourue, les conditions d'évacuation, les facteurs sociodémographiques (l'âge, la parité, la profession et le niveau d'instruction).

Le jeune âge des parturientes (**27,5%** des parturientes avaient moins de 18 ans) a aussi été associé à des taux élevés d'évacuation.

Les évacuations ont représenté **75,9%** soit 254 cas.

Les primipares avec 153 cas soit **45,6%** étaient les plus nombreuses.

Les motifs d'évacuation les plus fréquents ont été les dystocies avec **41,8%** ; les hémorragies (**36,7%**) et l'HTA et ses complications (**7,8%**).

La majorité de nos patientes étaient non scolarisée **86,2%**.

Le taux de césarienne a été de **71,8%** et le besoin transfusionnel n'a pas été satisfait dans **66,7%** des cas.

Le décès maternel a représenté **5,5%** et celui du fœtus **25,0%**.

Les évacuations constituent une situation grave en obstétrique. Une bonne surveillance des grossesses et une référence à temps des gestante devraient améliorer le pronostic des patientes reçues au CSRéf de Niono.

2- RECOMMANDATIONS

❖ Aux autorités

- Favoriser l'accès aux structures sanitaires du Cercle, en bitumant les routes difficilement praticables surtout pendant la saison pluvieuse.
- Améliorer le niveau socio-économique et éducationnel de la population par la promotion de la scolarisation des filles en particulier ;
- Affecter dans les CSRéf en particulier celui du Cercle de Niono un spécialiste en gynéco obstétrique
- Doter le CSRéf de NIONO d'une unité de réanimation néonatale et d'un personnel qualifié.
- Doter le Cercle d'une banque de sang pour satisfaire les besoins de transfusion.

❖ Aux personnels de santé

- Faire un suivi prénatal de qualité tout en dépistant les facteurs de risque ;
- Référer les patientes dès la mise en évidence de facteurs de risque durant la grossesse (anomalies du bassin, HTA, antécédents pathologiques...)
- Faire une surveillance de qualité du travail d'accouchement tout en restant vigilant et en utilisant correctement et systématiquement les partographes.
- Faire les RAM selon les normes afin d'éviter les procidences du cordon.

❖ **A la population**

- Fréquenter les centres de santé dès le début de l'absence des règles
- Suivre correctement les CPN
- Eviter les accouchements à domicile ;
- Fréquenter la consultation post natale ;
- Soutenir les efforts faits pour la mise en place du système de référence et évacuation en mettant en place des mutuelles pour payer les frais de transport.
- Donner régulièrement son sang pour alimenter le laboratoire du CSRéf.

REFERENCES

REFERENCES

1. Amadd

Manuel sur l'utilisation des indicateurs de processus des Nations Unies en matière de services obstétricaux d'urgence 2003

2. Anonyme

Conférence sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara. Rapport final.

Bull Info OMS Niamey - Niger 1989 30 janvier-3 février

3. Alihonou E,

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle fœtale.

République populaire du Bénin.

Séminaire de CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

CHÂTEAU DE LONGCHAMP. Paris 1988, 3-7 Octobre.

4. Akotiong M et collaborateurs

Les ruptures utérines à la maternité de CHU-YO Aspect épidémiologique et clinique.

Méd. D'Afrique Noire 1998 45 (8-9) 508-51

5. Alihonou E, T AKPARA

Causes et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle en République Populaire du Bénin

Centre national de l'enfance, octobre 1988 éditions INSERM..

6. Barrier G

Anesthésie - Réanimation en obstétrique

Encyl. Méd. Chir. (Paris, France) Anesthésie 36595 c10, 3, 24 p.

7. Bayo A

Les ruptures utérines à propos de 58 cas recensés à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 1991 n° 4

8. Bouvier Collaborateurs M A

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale. Revue du Centre international de l'enfance.

Paris, 1990 n° 187/188 (1) = 6

9. Camara S, (Eponse Kaba)

Les Evacuations sanitaires d'urgences en obstétriques, bilan de 2
Années d'études au CHU de Cocody.

Thèse méd. D'Abidjan 1986 n° 714 151p

10. Correa P, et Collaborateurs

Paludisme et grossesse

J. gynécol Obst. Biol. Repr. 1982, n°1 11p

11. Colav JC , V Zans

Hématome Retro-placentaire ou DPPNI

Enc. Méd. Chir. (Paris, France) Obstétrique 5071 A 106 1985

12. Delecour M et Collaborateurs

Abrégé illustrés de Gynéco-obstétrique.

Paris : Masson, 1979-IX-570p

13 .Dembélé B T

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au
centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à
propos de 114 cas.

Thèse de Med. Bamako 47-1985 no_15.

14. Diakite M,

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à l'hôpital Gabriel Touré
Bamako.

Thèse méd. Bamako, 1985 n° 15, 122p

15. Diallo A-O

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel
Touré à propos de 56 cas.

Thèse méd. Bamako 1989 n°11,78p

16. Diallo M S ; Sidibé M ; Keïta N

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en 7 ans
à la maternité Ignance -Deen de Conakry (Rep. De Guinée

Rev Fr. Gynéco obstet 1996; 91p :7-5

17. Diarra F L,

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence à l'HGT

Thèse méd. Bamako 2001 n°91, 58p

18. Diarra O

Les urgences Obstétricales dans le service de Gyneco - obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse de méd. Bamako 2000 n° 117, 81p

19. Dicko S

Etude épidémio - clinique des urgences obstétricales à l'hôpital

Régional Fousseyni DAOU de Kayes. A propos de 160 cas.

Thèse de méd. Bamako 2001 n° 101, 65p

20. DISSA L

Etude épidémio - clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas

Thèse de Med. Bamako 2005 No110. 68p.

21. Dolo A Keïta B, Diabaté F S Maïga B

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital National du Pont G

Med d'Afrique Noire 1991 ; 38 (2) :133-134

22. Dougnon F, (épouse Ouologuem)

Contribution des urgences Gynéco-obstétricales à la maternité de l'Hôpital National du Point G.

Thèse méd Bamako 1989 n°64, 109 p

23. Drabo A

Les ruptures utérines de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

Facteurs influençant le pronostic materno - fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas.

Thèse méd. Bamako 2000 n° 17, 132p

24. Faguer C,

Rupture utérine par placenta accreta à 22 semaines de grossesse. A propos d'une observation.

J.Gynécol.obstét.Biol.Réprod.1988,17-646-649. Masson

25. Faye A, Picaud A, Ogwet I, Nlome NRA, Nicolas Ph:

Eclampsie au Centre hospitalier de Libreville à propos de 53 cas pour 41285 accouchements de 1985-1989.

Rev. Fr. Gynécol.Obstét 1991 ; (86) : 7-9, 503-510.

26. Gazli M, et collaborateurs

Placenta praevia et pronostic fœtal à propos de 200 cas.

Revue Française de Gynéco et obstétrique 1998 93 (6) 457-463.

27. Hodonou A K S, Schmidt H, Vovor M.

Les ruptures utérines en milieu africain au CHU de Lomé: à propos de 165 cas.

Méd afr Noire, 1983, 30, 12.

28. Kané M,

Les ruptures utérines. A propos de 61 cas observés à l'Hôpital National du Point G.

Thèse Méd. Bamako, 1979, n° 10, 68p

29. Keiti Num S et Collaborateurs

Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère.

Paris 25 mars 1994, colloque national

30. Kodio S

Urgences gynéco obstétricales dans le service de Gynéco - obstétrique de l'hôpital national du point G. de 2004 à 2005 à propos de 210 cas

Thèse de Med 2006 M 188

31. Koné F,

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

Thèse de méd. Bamako 1989, n° 48, 64p

32. Kouma A,

Les hystérectomies dans le service de gynécologie - obstétricale de l'hôpital National du Point G à propos de 315 cas.

Thèse de méd. Bamako 2000, n° 98, 84p

33 .Lankoande J et collaborateurs

Mortalité maternelle à la maternité du centre Hospitalier National de Ouagadougou à propos de 123 cas colligés en 1995

Médecine d'Afrique noire 1998 L5 (3) 187.190.

34. Mabounga N R A, (Epouse Fonseca)

Placenta preavia hémorragique Aspect épidémio - clinique au Centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse Méd: Bamako, 2003 n° 42, 69p

35. Merger R et collaborateurs

Précis d'obstétrique

6^e édition Paris, Milan, Barcelone, Masson 1995 - 583p.ill ; 26 cm

36. Miliez J,

Hypertension artérielle pendant la grossesse

Revue du gynécologue - obstétricien, 3, 1989.

37. Ministère de la santé du Mali

L'approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali, décembre 2000

38. Moue J R,

Placenta praevia : antépartum conservateur management, impatient versus out patient.

Am - J - Obstétrique Gynécologique 1994 (6) 170 ; PP. 1683 - 1686

39. Ouattara M A

Hématome rétro placentaire : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thèse Med. Bamako 2000.59p.no126

40. Pambou O. et collaborateurs

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

Médecine d'Afrique Noire 1999,46

41. Rachdi R Fekih M H Mouelhi C, Massoudi L Brahim H

Les ruptures utérines à propos de 52 cas

Revue française Gynéco-Obstétrique, 1994, 89 , 2 , 77-80

42. Rivière M,

Mortalité maternelle au cours de l'état gravido - puerpéral avortement excepté, introduction générale

Revue française Gynéco-obstétrique, 1 1959 ; (11) 16 = 141 - 143;

43. Sangaré A G,

HTA gravidique et éclampsie à Bamako.

Thèse de Méd. Bamako 1985 N° 15, 70p

44. Saye M

Contribution à l'étude des urgences obstétricales à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 140 cas

Thèse de Med. Bamako 2004 M 120

45. Soumaré M D

HTA et grossesse : pronostic fœto-maternel dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G à propos de 296 cas.

Thèse de Méd. Bamako 1996 , n° 44, 83p

46. Thiero A F

Etude des complications Obstétricales et la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse méd. 1989 Bamako, n° 46

47. Touré Coulibaly K , Kouakou F, Koffi D, Adijobi R

Les hystérectomies d'hémostase en obstétrique. Etude de 84 cas observés à la maternité de CHU de Treichville (Abidjan)

Médecine d'Afrique Noire 1995-42 (12)

48. Touré H

Les urgences obstétricales en milieu rurale dans la région de Bamako Thèse de Med 1976 n° 21

49. Touré M

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

Afrique Médicale 1975 ; 14(126) 35-38

50. Traoré B M

Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynéco - obstétrique à l'hôpital National du Point G de Mai 1984 - Avril 1986.

Thèse méd. Bamako 1986, n° 14 95p

51. Traoré Y

La procidence du cordon dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville. 47 cas sur 16924 accouchements, allant du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2000.

Site Internet: Mali Médical voir publication procidence du cordon

52. UNICEF/OMS/FNUAP

Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgence au Mali
1996 ; 14p

53 - Traoré A B

Caractéristique sosio-démographique et pronostic materno-foetal des femmes qui accouchent dans les structures publiques privé et publiques.

Thèse de médecine Bamako 1998 n°20

54 - Tall F S

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la deuxième région du Mali 1987 - 1990. Thèse de médecine **Bamako 1990**

ANNEXES

D - FICHE D'ENQUETE

Patient N°

I - CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

Q1 - Nom.....Prénom..... Sexe.....

Q2 - Age :

≤18 ans=1 ; 19 à 35 ans=2 ; >35 ans =3 ;

Q3- Profession :

Sans profession=1 ; Ménagère=2 ; élève =3 ; Commerçante =4 ;

Fonctionnaire =5 ; Autres = 6 ;

Q4 - Ethnie :

bambara =1 ; peulh =2 Sonraï =3 ;.bobo =4 ; minianka =5 ;Dogon =6 ;

bozo =7 Sarakolé =8 ; autres =9

Q5- Statut matrimonial :

Mariée =1 ; célibataire =2 ; Veuve =3; Divorcée=4 ;

Union libre=5

Q6 -Nationalité :

Maliennne=1 ; Non Maliennne=2

Q7- la Gesticité :

Primigeste=1; Paucigeste =2; Multigeste=3; Grande

Multigeste =4

Q8 - nombre d'enfant vivant:

0 enfant=1; 1 enfant =2; 2 à 3 enfants=3 ; 4 à 6 enfants=4; > 6
enfants =5

Q9 - intervalle intergenesique :

< 1 mois=1 ; 12 à 23 mois=2 > 24 mois=3

Q10 - ATCD chirurgicaux :

Césarienne =1 ; hystérorraphie=2 ; Si 2: préciser =3 ; pas d'ATCD

Q11 - ATCD médicaux :

HTA=1 ; diabète =2 ; Asthme=3 ; insuffisance cardiaque =4 ;

Drépanocytose=5 ; VIH=6 ; pas = d'ATCD Autres=8 ;

Q12 - Provenance :

Niono ville=1 ; Hors de Niono=2

Q13 - Niveau d'inscription de la femme :

non scolarisé=1 ; alphabétisé =2 ; primaire =3 ; secondaire =4
supérieur =5

Q14 - Profession du procréateur :

Cultivateur=1 ; fonctionnaire =2 ; Commerçant =3 pêcheur =4 ;
Chauffeur =5 ; berger =6 ; Ouvrier =7 ;
Autres =8 ;

II Aspect clinique :

Q15.1 - mode d'administration :

Venue d'elle-même=1 Référée =2 évacuée =3

2 - REFERENCE / EVACUATION :

Q16.2- 1 - Fiche d'évacuation présente:

Oui= 1 ; Non=2

Q17. 2-2 - distance parcourue :

<15km=1 ; 15 à 30 km=2 ; 31 à 50km=3 ; >50km =4

Q18. 2-3 - Moyen de transport :

Ambulance médicalisée=1 ; Ambulance médicalisée=2

Propre moyen :3

Q19. 2-4 - Agent responsable de l'évacuation :

Médecin =1 ; Sage Femme =2 ; Infirmière obstétricienne =3 ; Matrone =4 ;

Q20. 2-5 - Evacuation médicalisé :

Oui=1 ; Non =2 ;

Q21. 2-6 - Agent de santé accompagnant le malade :

Oui =1 Non =2

Q22. 2-6-1 Si oui préciser

Médecin =1 ; Sage Femme =2 ; Infirmière obstétricienne =3 ; Matrone =4 ;

Q23.3 -CSCOM de provenance :

Niono C 3=1 Niono extension=2 Molodo=3; Diabali=4
Sokolo=5; Nampala=6; Siribala=7; Pogo=8; N8=9;

B6=10; Diakiwéré=11 N'Debougou=12; Dokofry=13;
Cocody=14; Boh=15; Komola=16

Kourouma=17 ; Nara= 18

4- caractéristiques générales:

Q24 : a - l'état général à l'admission :

bon =1; passable =2; mauvais=3 ;

Q25 : b - la taille :

taille < 150 cm= 1 taille ≥ 150 cm = 2

Q26 : c - Type d'urgence (motif d'évacuation) :

Placenta Praevia = 1 ; Eclampsie+pré éclampsie = 2 ;

Souffrance fœtale aigue = 3 ; Présentation face, front, transverse =4 ;

Anémie chronique = 5 ; HRP = 6 ;

Rupture utérine+Pré rupture =7 ; Dystocie mécanique = 8;

Infection Palustre sur grossesse= 9; GEU rompue = 10;

Hémorragie de la délivrance = 11; Vomissement gravidique grave = 12;

Menace d'accouchement prématurée = 13;

Avortement spontané =14; Dystocie dynamique = 15; DFP=16

Procidence du cordon = 17; Autres = 18

Q27 : d -Diagnostic retenu:

Placenta Praevia = 1 ; Eclampsie+pré éclampsie = 2 ;

Souffrance fœtale aigue = 3 ; Présentation face, front,
transverse =4 ; Anémie chronique = 5 ; HRP = 6 ;

Rupture utérine+Pré rupture =7 ; Dystocie mécanique = 8;

Infection Palustre sur grossesse= 9; GEU rompue = 10;

Hémorragie de la délivrance = 11; Vomissement gravidique grave = 12;

Menace d'accouchement prématurée = 13;

Avortement spontané =14; Dystocie dynamique = 15; DFP=16

Procidence du cordon = 17; Autres = 18

4 - Données obstétricale:

Q28 : a - la parité :

Nullipare = 1 Paucipare = 2 Multipare = 3 Grande Multipare=4

Q29 : b - le suivi prénatal :

CPN : 0 = 1; CPN : 1 à 3 = 2 ; CPN : ≥ 4 = 3 ;

Q30 : c - qualification du prestataire de la CPN :

Médecin généraliste = 1; Sage femme = 2; Infirmière
obstétricienne = 3; matrone = 1; Autre à préciser = 5

Q31 : d - état du col à l'admission :

Dilatation complète = 1 ; Dilatation non complète = 2

Q32 : d-1 Si Dilatation non complète :

Phase latence=1 phase active =2

Q33 : e - état de la poche des eaux à l'admission :

Rompue = 1 intacte = 2

Q34 : Si 1 : durée de la rupture :

<6heures=1 ; 6 à 12heures=2 ; 12 à 24heures = 3 ; >24heures=4

Q35 : f - état du liquide amniotique :

Clair = 1 ; méconial = 2 ; hémorragique = 3

Q36 : g - état du bassin :

Bassin normal = 1 ; BGR = 2 ; bassin limite= 3 ; bassin asymétrique =
4 ;

Q37 : h - état du bruit du cœur fœtal :

Présent = 1; absent = 2

Q38 : h1- Si présent :

Normal = 1; Bradycardie = 2 ; Tachycardie = 3;

Q39 : i - Voie d'accouchement :

Voie basse = 1; césarienne =2 ; laparotomie = 3 ;

Q40 : i-1- Si voie basse :

Normal sans instrument=1 ; Forceps = 2; Ventouse = 3; Episiotomie=4 ;
Autres=5 ;

Q41 :j - Indication de la Césarienne :

Dystocie dynamique irréductible = 1; Souffrance fœtale aiguë = 2;
Dystocie mécanique = 3 ;
Procidence du cordon battant= 4;
Pré rupture utérine = 5 ; rupture utérine = 6
Placenta praevia = 7;
Éclampsie + pré éclampsie = 8; HRP = 9;
Présentation du siège front, face, transverse = 10; DFP=11
Autres diagnostics à préciser = 12;

Q42-K- qualification de l'agent ayant décidé la césarienne :

Médecin généraliste = 1 interne = 2 sage femme = 3
Infirmière obstétricienne = 4 matrone = 5

Q43 : L- qualification de l'opérateur :

Médecin généraliste = 1; interne = 2; Sage femme=3 ; Infirmière
Obstétricienne=4 ;

Q44 : m- Type d'intervention:

Césarienne = 1 hystérorraphie = 2 ligature et résection de la
trompe = 3; hystérectomie subtotale = 4; hystérectomie totale = 5;
ablation d'un myome intra-utérin=6 ; curetage=7 ; Salpingectomie=8 ;
Délivrance artificielle=9 ; Réparation utérine=10 ; Autres=11

Q45 : n- Durée d'évacuation :

< 30minutes = 1 ; 30 à 59 minutes = 2 ; ≥ 60minutes = 3

Q46 : o- Délai d'admission :

< 30minutes = 1 ; 30 à 59 minutes = 2 ; ≥ 60minutes = 3

Q47 : p- Délai de prise en charge après l'admission :

< 30minutes = 1 ; 30 à 59 minutes = 2 ; ≥ 60minutes = 3

Q48 : q- Délai d'accouchement après l'admission :

< 30minutes = 1 ; 30 à 59 minutes = 2 ; ≥ 60minutes = 3

Q49 : III- Type d'anesthésie:

AG =1; Rachis=2; Péridurale =3; 1+2=4 ; 1+3= 5

IV - Pronostic :

Q50 :1 - Pronostic maternel et mode d'admission:

Venue d'elle-même/vivante = 1 Venue d'elle-même /décédée = 2

Référée/vivante = 3 Référée/décédée = 4

Évacuée /vivante = 5 Évacuée /décédée = 6

Q51 :2- Circonstances de décès maternel :

Suite immédiate simple = 1 ; Suite immédiate compliquée = 2

Autre à préciser = 3

Q52 :3- pronostic fœtal :

Nouveau né vivant non réanimé = 1;

Nouveau né vivant réanimé= 2 ;

Mort né frais = 3; Mort macéré = 4;

Q53 :4- Pronostique fœtal selon la CPN :

CPN faite = 1

CPN non faite = 2

V - EVOLUTION :

Q54 : Complication post - opératoire : = 1; non = 2; **Q55 :**

Type de complication :

Anémie = 1; suppuration pariétale = 2 ; Endométrite = 3;

VI - Transfusion de sang :

Q56 : Besoin satisfait : oui=1 ; Non =2

Q57 : Le sang était-il disponible au labo :

oui=1 ; non =2

Q58 : La recherche de donneur a-t-il été facile :

oui=1 ; non=2

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Koni

Titre de la thèse : les urgences obstétricales au CSRéf de Niono à propos de 335 cas.

Année de soutenance 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique.

RESUME:

Les urgences obstétricales occupent une place importante dans l'activité globale du cercle de Niono en particulier le service de la maternité et la chirurgie.

Notre travail porte sur 335 cas d'urgence obstétricale que nous avons enregistré en 12 mois.

Parmi ces 335 urgences obstétricales, la majorité viennent hors de Niono ; Les évacuations représentent 75,9%.

Les urgences obstétricales les plus importantes sont : les dystocies, les hémorragies, l'HTA et ses complications.

La césarienne a été le moyen de traitement le plus pratiqué dans la prise en charge des urgences obstétricales soit 69,7%, les forceps 2,4% , la ventouse 2,4%, la laparotomie 2,4%, les accouchements dirigés (oxytocine) 6 cas sur les 38 cas de dystocie dynamique.

La mortalité fœtale est de 25% et la mortalité maternelle : 5,5% ; en fonction de ces taux nous pouvons dire que la mortalité maternelle et foetale a baissé contrairement aux années 1989 (thèse Dougnon F) où la mortalité maternelle était de 11,95% et la mortalité fœtale de 35,84%.

Les primipares, les femmes jeunes, les grandes multipares , les évacuées, les analphabètes , les conditions socioéconomiques défavorables constituent les facteurs de risques des urgences obstétricales.

Pour éviter et réduire considérablement le drame lié aux urgences obstétricales il faut nécessairement :

- Une prise en charge sérieuse et efficace des grossesses
- Une meilleure planification familiale.
- Un recyclage du personnel médical et paramédical.
- Un équipement des centres médicaux.

Mots clés: Urgences obstétricales, Dystocie, Hémorragie, Pronostic maternofoetal, Centre de santé de référence de Niono.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je le 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 taillera 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 reçu 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.