

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

-----0-----

UNIVERSITE DE BAMAKO



-----0-----

Faculté de médecine, de pharmacie
et d'odontostomatologie (FMPOS)

THESE DE MEDECINE

Année académique : 2009-2010

N°.....

PATHOLOGIES OBSTETRIQUES EN REANIMATION AU CHU DU POINT-G : MORBIDITE ET MORTALITE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de médecine, de pharmacie et
d'odontostomatologie, le 24 / 11/ 2009

Mlle Mbouta-Thouassa Pombo dite Julia

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

Jury:

PRESIDENTE: Pr Sy Assitan SOW

MEMBRE: Dr Samba TOURE

CO-DIRECTEUR : Dr Mohamed KEITA

DIRECTEUR : Pr Youssouf COULIBALY

Mbouta-Thouassa Pombo

Au Dieu Tout Puissant,

*Créateur du ciel et de la terre, qui me connaît depuis le jour de ma conception
et qui a toujours eu un plan merveilleux pour moi.*

"Car ce qui est lié sur la terre l'est dans les cieux".

*Yawhé mon Dieu, Dieu de mes parents celui qui ne trahit pas, qui tient toujours
promesse, celui qui a dit dans sa parole : "Avec lui nous sommes plus que
vainqueurs".*

*Je viens te remercier ce jour, pour le souffle de vie, pour la ceinture de
protection scellée autour de moi depuis que mes pieds ont foulé le sol malien
jusqu'à ce jour.*

*Tu es l'alpha et l'oméga, quand tu commences une œuvre tu l'achèves.
Cet œuvre c'est ce travail ; témoignage de ton immense amour à mon égard.
Malgré les embûches sur ce chemin qui a été long et périlleux, tu m'as toujours
donné de l'espoir quand j'en perdais, des forces quand je me sentais faible,
relevé quand je tombais.*

*Aujourd'hui, Père mon âme exalte ta grandeur, ma bouche célébrer tes
louanges.*

*Ma future carrière, je te la confie. A travers elle, je
continuerai à te servir*

Que cela soit ainsi par le nom puissant de ton fils Jésus-Christ

Amen!

****A l'église évangélique de Bamako-coura et le campus pour CHRIST : pour
les enseignements reçus et les prières qui m'ont fait grandir dans la foi.***

A ceux qui ne sont plus de ce monde,

**Mes défunts grands-parents maternels : je n'ai pas eu la chance de vous connaître, car je n'étais qu'une enfant quand vous aviez quitté ce monde. De part les témoignages, je garde de vous l'image des hommes intègres, croyants et craignant Dieu.*

Retrouvez ici ma pensée profonde à votre endroit.

**Mon grand-père paternel : infirmier de l'époque coloniale, tu nous as transmis ce germe médical qui a porté fruit ce jour.*

Que la terre te soit légère!

**Ma défunte tante, Ikounga-Nzama Francine : depuis le jour où on m'a annoncé ta disparition, mon cœur est resté inconsolable et le remord de ne pouvoir assister à tes obsèques me range jusqu'à ce jour. Tu m'as vu naître, grandir, faire mes premiers pas à l'école. Ce travail est le tien, tu resteras gravée à jamais dans ma mémoire.*

Que ton âme repose en paix!

A ceux qui m'ont donnée la vie,

Mon papa chéri, Rigobert Mbouta-Thouassa que j'appelle affectueusement "Pasta"

Je sais que cela n'as pas été facile pour toi de me laisser partir aussi loin.

Je me souviens encore, comme hier de ta phrase le jour où je m'envolais pour le Mali : "Julia je t'envoie en mission comme ambassadrice au Mali".

Pasta, cette mission prend fin ce jour .Je ne pense pas t'avoir déçu et crois que t'es fier de moi.

Je remercie Dieu de t'avoir encore à mes côtés jusqu'à ce jour. Car nombreux de mes collègues venus de si loin ont perdu leurs papa au cours du cursus.

C'est un privilège pour moi de te savoir en vie malgré ton hospitalisation d'un mois en réanimation, il y a trois ans ce qui a motivé le choix de ma thèse dans ce service.

Papa, je souhaiterais que tu vives encore longtemps, afin de jouir du fruit de ta rigueur, de l'amour du travail bien fait, de l'honnêteté et du respect d'autrui.

Merci pour tout : les efforts consentis, le soutien sous toutes ses formes ayant permis l'aboutissement de ce travail.

Ma maman chérie, Julienne Toumba que j'appelle affectueusement "La Petite" Fille unique de ton sein, j'avais compris très tôt la lourde responsabilité qui m'incombait et j'ai toujours en tête ne pas te décevoir.

Grande était ma joie de te compter parmi mes invités. Contre toute attente tu es arrivée, tu ne peux t'imaginer l'allégresse dans laquelle mon coeur baignait. Je me suis demandé si je rêvais mais j'ai compris que c'est Dieu qui l'avait permis et pour cela je lui rends grâce. Il m'a encore témoigné son amour en ce jour solennel.

La petite, lire la joie sur ton visage radieux m'a comblée de bonheur .

Les mots me manquent pour saluer sans cesse ton courage, tes sacrifices consentis, tes encouragements, tes prières à la veille de chaque session et ton soutien sans faille pendant toutes ces années.

Maman comme on le dit chez nous : "Béto vutula nionso na nzambi", te dire merci serait insuffisant ; aucune langue du monde ne pourra traduire ce que je ressens.....Maman je t'aime!!!

A MA FAMILLE

**Ma sœur aînée, Rachel Mbouta-Thouassa et son mari : je ne vous connaissais pas avant, car tu nous as quittés tôt pour rejoindre ton mari en France. Sans détours, vous m'avez ouvert les portes de votre maison. J'ai eu l'occasion de vous connaître, je ne le regrette pas au contraire auprès de vous j'ai appris à aller de l'avant, de viser toujours plus haut, et se débarrasser des complexes. Ya Rachel t'es un modèle, un exemple à suivre.*

**Mon frère aîné, Dominique Mbouta-Thouassa dit Ya Alpha : tu as ouvert ce chemin avec la kiné, je n'ai fait que l'achever. Retrouves ici toute ma reconnaissance pour tes pensées et prières.*

**Celui que je suis : Ya Thouassa
Tu as toujours été fier de moi et je suis émue de savoir que je ne t'ai pas déçu, ce travail est le fruit de tes encouragements. Retrouves ici toute ma gratitude.*

**Aux enfants adoptifs de mes parents : Ya Zita, simple, Garcia, Bienvenu, Matondo, Herman, Cyril, Ida et chancelle. Trouvez dans ce travail l'expression de ce qui nous a toujours lié " l'amour" que nos parents nous ont inculqué.*

**Mon beau-frère, Guy Piacka : tu t'es toujours soucie de mon bien être, de mon avenir depuis ma première année au Mali. Tu m'as donnée une famille, soutenue moralement et matériellement. Le plus beau de tous tes cadeaux mon premier voyage en France que tu as assuré, ce dernier restera un souvenir indélébile dans ma mémoire.*

Ya Guy, tu demeures l'un des principaux artisans de cet édifice, je ne saurai comment te le rendre. Retrouves ici toute ma grande considération, reconnaissance et gratitude

Que Dieu te bénisse!

**Ma famille adoptive : Famille Mory Kanté*

Grâce à vous, je n'ai jamais manqué de chaleur familiale au Mali ; vous m'aviez donnée de l'amour, du soutien, des conseils et encourager dans mes études.

Désormais je sais que j'ai des petits frères et petites sœurs que mes parents géniteurs n'ont pu me donner et que ce travail soit un exemple à suivre pour eux. Merci pour tout.

**Ma grand-mère paternelle : Mapila julienne*

Tradithérapeute, c'est toi qui as suscité en moi cette vocation de médecin. Que Dieu te garde!

**Mes tantes paternelles et maternelles : merci pour tout.*

**Mes oncles paternels et maternels : merci pour tout.*

**Mes cousins et cousines : ce travail est aussi le votre, courage!*

**Mes neveux et nièces : j'ai laissé certains d'entre vous petit(e) et d'autres sont nés après moi. Retrouvez dans ce travail un exemple de réussite et je vous exhorte à faire plus.*

**Mon frère et collègue : Dr Thouassa Armand, que du bonheur et merci pour l'estime.*

**Aux familles : Ikounga Silas , Thouassa, Bissié ngoma, Piacka, Goura, Kanté et Marteau pour le soutien tant moral que matériel, tout simplement merci.*

A mon bien-aimé,

**Christel-Armel Bounboula : depuis la première année jusqu'à ce jour tu as toujours été à mes côtés comme un ami, un frère, un confident dans les moments de joie, de peine.*

Je n'ai pas toujours été une fille facile à vivre mais tu t'es jamais lassé de moi, pardon encore pour tout le tort causé.

Tu as été celui qui a achevé mon processus d'inscription à la FMPOS, je te dis merci.

En ce jour mémoriel, j'aimerais te dire que ce travail est aussi le tien ; car tu n'as ménagé aucun effort pour son aboutissement, te témoigner tout mon amour et te dire qu'une nouvelle page s'ouvre à nous et que Dieu bénisse notre "amour" par la réalisation de nos projets.

A mon entourage,

**Ma 1^{ère} tutrice : Mundélé Whavéléla, tu as été mon hôte et moi ton parasite. Tu as facilité mon intégration dans l'AEESCBM, je crois que tu es fière de moi et retrouves ici toute ma reconnaissance.*

**Ma copine, grande sœur : Dr Christelle Azanhoué*

T'es jusqu'à ce jour la seule vraie amie que j'ai eue dans ma vie. Tu as toujours été là de jour comme de nuit. En toi j'ai vu cette grande sœur avec laquelle je n'ai pas eu l'occasion de vivre, une femme de caractère. Tu m'as quittée avant mais malgré la distance, tu n'as jamais cessé de m'encourager. Ce travail est aussi le tien fruit des nuits blanches de dur labeur, je n'oublierai jamais ces moments.

Kiki, je ne peux que nous souhaiter du bonheur pour la suite et que Dieu nous préserve de tout mal.

**Mon associée, ma cousine et copine : Aléa Moullath*

Depuis toute petite, on est lié et malgré la distance tu as toujours eu une pensée pour moi. Tu n'as pas cessé de m'encourager à tenir bon, ce travail est aussi le tien retrouves ici l'expression de cette complicité qui nous lie.

**Ma sœur jumelle : Chancelle Kimani*

Nous avons fait notre première rentrée de classe le même jour, dans la même école et même salle ; mais hélas tu n'as pas tenu malgré toutes les opportunités d'apprendre un métier qui t'ont été offertes. Ce travail est aussi le tien, j'aurai souhaité le défendre avec toi comme notre premier jour d'école sur le même

banc. Aujourd'hui j'ai le cœur rempli d'amertume en te sachant sans qualification, Je prie Dieu de te venir en aide et te guider tous les jours.

**Mes aînés : aux Dr Matali Suzanne, Elisée Diansompa, Mbola Oyali, Marvin Mbouni, Gacebet Stany et Dr Mabounga Namissa, vous aviez guidé mes premiers pas à la FMPOS, merci pour l'encadrement, retrouvez ici toute ma gratitude et ma reconnaissance.*

**Mes camarades de promotion : je ne saurai vous citer la liste est longue, venus de tout horizon confondu. Nous avons su créer l'harmonie, parler le même langage. Ne perdons pas ce fil, gardons les contacts pour un avenir meilleur.*

**Mes filles : Rissalatou Boukary, Merveille Zitu, Nuptia Itoua beaucoup de courage et de persévérance dans les études et merci pour tout.*

**Ma petite sœur, confidente : Minou Nganga tu es la petite sœur que j'avais toujours rêvée d'avoir. Que ce travail te serve d'exemple, t'encourage à percer malgré les difficultés.*

**Au peuple : Chris Ngoma, Lionel Ndeli, Dany Massengo, Yvon Ayouba, Herman Batana, Herman mavoungou, Dr Mabiala et les autres que deviendrons nous sans le "kongosa", vous aviez su pimenter nos vies quotidiennes à Bamako. Avec vous, on revit toute l'ambiance du pays ; merci pour tous ces moments passés ensemble.*

**Iffene et Reine : pour le soutien et le plaidoyer auprès de votre frère pour moi, que Dieu vous aide à trouver l'âme sœur.*

**Maman Sidonie Oyoua : tes conseils, tes encouragements me sont précieux, que Dieu tout puissant aies pitié de toi et qu'il t'accorde la guérison.*

**Mes voisin(es) : Dr Lionel Ndeli, Asma, Aicha, Angelo et les autres, je ne vous oublie pas, j'aurai toujours une pensée pour vous et retrouvez ici le témoignage de ma grande considération.*

**Ma grande famille de l'AEESCBM : mes cadet(tes), les mots me manquent pour exprimer toute l'affection que je vous porte. Je garderai de vous de très bons souvenirs et vous venir en aide est un immense plaisir.*

**Ma communauté congolaise résidente au Mali (CSRМ) : tu as été une école de la vie pour moi, merci pour tous ces moments partagés ensemble. En toi j'ai appris à connaître les hommes, à grandir et m'attacher à ce qui nous lie le "Congo notre beau pays".*

**Ma très chère patrie : le Congo, aujourd'hui médecin suis prête à te servir et à te rendre plus prospère.*

**Mon pays adoptif : le Mali, comme tes habitants ont toujours su le dire "Aw bora aw kaso, aw nana aw kaso" ; je me suis sentie chez moi, intégrée et fais du bamanan la langue jeunesse.*

Ton hospitalité, le respect de tes traditions, ton altruisme m'ont profondément marqués.

**Aux communautés sœurs : merci pour la cohésion sociale et l'élan de solidarité avec ma communauté.*

**A tous ceux que j'ai omis et côtoyés : je ne vous oublie pas, j'aurai toujours une pensée pour vous et retrouvez ici le témoignage de ma profonde amitié.*

Au service d'Anesthésie-Réanimation du CHUPG

**Au Professeur Youssouf Coulibaly : j'ai été très heureuse d'être disciple à vos côtés, vous êtes un maître un seul regard de votre part suffisait pour me ramener à l'ordre. De vous j'ai appris la compassion, l'humanisme, l'égalité et l'altruisme envers les patients. Merci pour ce riche bagage!*

**Au Dr Mohamed Keita : je n'ai pas toujours été une thésarde facile, mais vous aviez su m'accepter. De vous je retiendrais un homme sociable, sans rancune ; valeurs que vous aviez su m'inculquer. Merci de m'avoir supportée!*

**Au Dr Djénéba Doumbia : femme de caractère, courageuse et engagée j'aimerais tant suivre vos pas. Merci pour vos encouragements!*

**Au Dr Dramane Goita : votre calme et votre assiduité dans le travail font de vous un grand-frère à imiter. Merci pour la disponibilité!*

**A tous les thésards(es) et internes de la réanimation promotion "08-09" : c'est avec les larmes aux yeux, le cœur serré que je vous quitte ; l'ambiance, les passes, les fous rires et les smatch de tous les jours me manqueront. Vous resterez à jamais gravés dans ma mémoire.*

**A mon coéquipier Ousmane Nientao : nous avons eu une collaboration fructueuse, quelles que soient les circonstances tu n'as jamais levé la voix comme j'aimerais t'avoir toujours comme collaborateur mais hélas!.....Merci*

**Du major aux G-S en passant par le bloc : j'ai appris à vos côtés et sachez que je garderai de bons souvenirs de vous. Merci pour tout!*

Nous saisissons cette opportunité solennelle, pour rendre un vibrant hommage :
AUX MEMBRES DU JURY :

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail.

Vos critiques et vos suggestions seront contribueront à enrichir cette œuvre humaine dans le strict bénéfice de la médecine.

A notre Maître et Présidente du jury :

Professeur SY ASSITAN SOW

***Professeur titulaire de Gynéco-Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'université de Bamako.**

***Chef du service de Gynéco-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.**

***Présidente de la SOMAGO(Société Malienne de Gynéco-Obstétrique)**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations est la preuve de votre générosité et instinct maternel.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés.

La largesse de vos connaissances fait de vous un maître aimé et apprécié de tous.

Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge :

Dr SAMBA TOURE

***Gynécologue-Obstétricien.**

***Chef-adjoint du service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point-G.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre modestie, rigueur dans le travail et votre bonté nous ont beaucoup marqués.

Veillez accepter, cher maître nos sincères remerciements et toute notre gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de thèse :

Dr MOHAMED KEITA

***Spécialiste en Anesthésie-Réanimation.**

***Maître assistant en Anesthésie-Réanimation**

***Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**

Cher Maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail.

Vous nous avez manifesté un attachement et une sympathie si rare depuis notre arrivée dans le service que nous avons du mal à répondre.

Votre assiduité dans le travail et votre abnégation font de vous un modèle pour nous.

Chaleureux, modeste et affectueux, vous êtes un maître respecté et admiré par tous.

Permettez-nous de vous exprimer ici cher maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Youssouf Coulibaly

- *Maître de conférence agrégé en Anesthésie-Réanimation.**
- *Chef de service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire du Point-G.**
- *Président de la société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI).**
- *Membre de la SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)**

Honorable Maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de notre estime et admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous.

Votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous servirons de modèle dans notre carrière.

Soyez rassurés cher maître, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

TABLEAUX ET FIGURES

1- INTRODUCTION-OBJECTIFS.....1

2- GENERALITES.....4

2-1 Définitions des concepts.....4

2-2 Historique de la mortalité maternelle.....6

2-3 Morbidité maternelle grave.....7

2-4 Situation Africaine de la mortalité maternelle.....8

2-5 Situation sanitaire du Mali.....11

2-6 Les principales affections morbides.....13

3- METHODOLOGIE.....25

4- RESULTATS.....28

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....39

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....44

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....46

ANNEXES.....52

SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
CHN :	Centre Hospitalier National
CHUPG :	Centre Hospitalier Universitaire du Point G
CIVD :	Coagulation Intra vasculaire Disséminée
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CS :	Centre de Santé
CPN :	Consultation Périnatale
GEU :	Grossesse Extra-Utérine
G-O :	Gynéco-Obstétrique
HGT :	Hôpital Gabriel Toure
HTA :	Hypertension Artérielle
IEC :	Information, Education et Communication
I.V.G :	Interruption Involontaire de Grossesse
I.P.P :	Inhibiteur de la Pompe à Proton
I.S.T :	Infections Sexuellement Transmissibles
LDH :	Lactate Déshydrogénase
MFIU :	Mort Foetale In utéro
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMI :	Cedème des Membres Inférieures
PA :	Pression Artérielle
PEC :	Prise En Charge
P.O :	Pathologie Obstétricale
% :	Pourcentage
S.A.GO :	Société Africaine de gynéco-obstétrique
SG :	Score Glasgow
SOMAGO :	Société Malienne de Gynéco-Obstétrique
T° :	Température
UGD :	Ulcère Gastro-Duodéal
UNICEF :	Organisation des nations unies pour l'enfance

TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 :	Courbes évolutives des P.O sur la période d'étude.....	28
Tableau 1 :	Répartition des patientes selon les tranches d'âge.....	28
Tableau II :	Répartition des patientes selon la profession.....	29
Tableau III :	Répartition des patientes selon le statut matrimonial et l'alphabétisation.....	29
Tableau IV :	Les motifs d'admission.....	30
Tableau V :	Répartition selon la provenance.....	30
Figure 2 :	Distribution des patientes en fonction de la parité.....	31
Figure 3 :	Distribution des patientes en fonction de la gestité.....	32
Tableau VI :	Distribution selon les antécédents médico-chirurgicaux...	31
Tableau VII :	Répartition des patientes selon la faisabilité des CPN.....	32
Tableau VIII :	Signes généraux à l'admission.....	33
Tableau IX :	Répartition selon les diagnostics retenus.....	33
Tableau X :	Médicaments utilisés et mesures thérapeutiques.....	34
Figure 4 :	Distribution des patientes en fonction de l'évolution.....	35
Tableau XI :	Répartition des patientes en fonction du motif d'admission et l'évolution.....	36
Tableau XII :	Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation et de l'évolution.....	37
Tableau XIII :	Distribution des patientes selon les complications.....	37
Tableau XIV :	Répartition des patientes selon les diagnostics retenus et l'évolution.....	38
Tableau V :	Répartition des patientes selon le diagnostic retenu et la durée d'hospitalisation.....	39
Tableau XVI :	Comparaison des résultats selon les diagnostics.....	43

1-INTRODUCTION

Accoucher d'un enfant, le prendre dans ses bras, le serrer très fort contre soi et le voir faire ses premiers pas est le rêve de toute femme. Mais ce qui devrait être pour ces dernières, une occasion de joie, tourne malheureusement parfois au drame. [1]

La prise en charge des femmes enceintes présentant une pathologie grave comporte outre le volet obstétrical, un séjour en réanimation dont la durée et les modalités sont fonction de la gravité de la pathologie obstétricale(P.O).

L'admission en réanimation d'une patiente souffrant d'une complication de la grossesse est une éventualité assez rare, toujours empreinte d'une forte dramatisation pour le personnel soignant et qui requiert, de toute structure hospitalière, coordination, multidisciplinarité et habitude. Certaines pathologies de la grossesse peuvent évoluer d'une apparente bénignité à la gravité la plus extrême justifiant une vigilance étroite. La situation physiologique particulière de la femme enceinte perturbe la sémiologie et sème fréquemment des pièges diagnostiques initiaux ou évolutifs. Dans les pays développés, l'admission en réanimation des P.O concerne moins de 1% des motifs d'admission en réanimation. Les défaillances viscérales que peuvent présenter ces patientes sont dominées par les atteintes respiratoires, circulatoires et neurologiques. La mortalité en réanimation varie de 2 à 10%. Dans toutes ces situations spécifiques de la grossesse, le réanimateur doit savoir détecter les pièges sémiologiques, penser à des maladies particulières, et ne rien faire qui soit parfaitement justifié. La morbimortalité fœtale reste très lourde en raison de la prématurité. La morbidité maternelle physique et psychologique devrait être réduite en favorisant l'utilisation des procédures non invasives et en facilitant précocement les contacts mère-enfant. [2]

En Afrique plus précisément dans le service de réanimation polyvalente du CHN de Ouagadougou (Burkina Faso), le taux de mortalité global a été de 63,6%. Ce taux a atteint 79% pour les pathologies médicales, 70,5% pour les traumatismes et 48,5% pour les patients de chirurgie. [3]

La réanimation des P.O est un contexte à risque médico-légal maximal pour le médecin. Dans une situation d'invulnérabilité apparente et de bonheur attendu, l'admission en réanimation est toujours vécue comme un drame, et la mortalité comme une injustice absolue. La négligence ne se pardonne pas, la faute sera toujours inexcusable. [4]

La P.O est pourvoyeuse de lourdes complications mettant en jeu le pronostic vital.

Selon l'OMS, chaque année dans le monde 58.500 femmes meurent des causes liées à la grossesse et à l'accouchement, soit environ un décès maternel par minute. [5]

Il est admis que pour 100.000 grossesses, environ 10% des patientes devront être admises en réanimation quel qu'en soient les motifs.

Malheureusement c'est dans les pays dépourvus des moyens de réanimation que les besoins sont plus grands : la mortalité maternelle atteint 10 à 20 pour 100.000 grossesses dans les pays développés. Elle dépasse 500 et atteint parfois 1000 dans les pays les plus pauvres de la planète. [6]

Les maternités africaines ne comportant pas d'unité de soins intensifs, les patients sont ainsi généralement référés vers un service de réanimation proche.

L'unité de réanimation du CHU du point-G depuis sa création n'a pas produit des statistiques fiables sur la morbidité et la mortalité des P.O. Dans le but d'améliorer les conditions de travail dans le service de réanimation du CHUPG, il nous est paru opportun de mener une étude afin de cerner les différentes approches pouvant réduire la morbimortalité des P.O.

Pour cela nous, nous sommes fixés les objectifs suivants :

1-Objectif général :

Evaluer la morbimortalité liée aux pathologies obstétricales en réanimation au CHU du point-G

2-Objectifs spécifiques :

- a- Déterminer la prévalence des P.O en réanimation
- b- Caractériser le profil clinique des P.O en réanimation
- c- Identifier les facteurs pronostiques des P.O en réanimation
- d- Repertorier les médicaments et les mesures thérapeutiques utilisés
- e- Déterminer la létalité des P.O en réanimation

2-GENERALITES

1. Définitions des concepts :

- ❖ La morbidité : est l'état de maladie ou le nombre de personnes qui sont malades dans une population donnée et durant un temps déterminé. C'est aussi l'exposition d'une population à des affections qui ne sont pas nécessairement mortelles ou encore la fréquence à laquelle une population est atteinte par une maladie, une défaillance physique, un traumatisme.

- ❖ La mortalité : est la proportion de décès dans une population donnée durant un temps déterminé. Par extension, c'est le nombre de décès survenu dans une population donnée : mortalité maternelle (nombre de décès rapporté au nombre de naissances vivantes).

De toutes ces définitions, il en découle que la connaissance des statistiques de mortalité est importante dans la lutte contre les causes majeures de décès et fournissent des données de base sur l'ampleur de la mortalité parmi les populations. Dans le monde, un tiers seulement des pays dispose d'un système d'état civil complet, procurant ainsi des données de mortalité par causes spécifiques aux décideurs du secteur sanitaire et les services de surveillance. [7] Cependant la mortalité ne reflète pas tout à fait la situation sanitaire d'une population ; par contre les statistiques de la morbidité mettent en relief le manque à gagner pour la collectivité : longues périodes d'incapacité, absentéisme au travail, lourdes charges socio-économiques.

❖ Pathologie : branche de la médecine qui étudie les maladies et les troubles qu'elles produisent dans l'organisme.

❖ Obstétrique : branche de la médecine qui traite de la grossesse, de l'accouchement et ses suites.

Ainsi les P.O, sont des maladies liées à la grossesse, l'accouchement et ses suites.

❖ La réanimation : est une discipline ayant pour objet le diagnostic et le traitement des perturbations aiguës et graves des grands systèmes physiologiques de l'organisme, mettant la vie du malade en danger à très court terme. [8]

C'est aussi l'ensemble de mesures visant à rétablir des fonctions vitales momentanément compromises.

Au plan structurel, elle représente un espace très performant en moyens matériels et personnels mis au service de certains malades ressortissant de disciplines médicochirurgicales nombreuses.

Ces malades si diversifiés ont en commun la gravité actuelle ou potentielle de leur état. La réversibilité attendue des troubles qui les affectent ou les menacent nécessite une surveillance et des soins particuliers leurs soient appliqués. [9]

L'hospitalisation d'un malade en réanimation est une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le malade est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale.

Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Les difficultés du patient à communiquer et sa

représentation pour les membres de sa famille, ne doivent pas néanmoins mener les réanimateurs à se soustraire des principes généraux et aux exigences de l'information, chaque fois que cela est possible.

2. Historique de la mortalité maternelle :

Depuis des millénaires, pour survivre, les collectivités humaines ont toujours utilisé leur génie afin de se protéger et lutter contre toute sorte de risque. Il en est de même dans le domaine médical. Avant que l'homme n'ait eu une connaissance plus approfondie de son corps, la maternité était considérée comme un risque majeur : nos aïeules n'hésitaient pas à fêter la ménopause car elles estimaient avoir échappé à une période de haut risque de mortalité. [10]

De l'antiquité à nos jours, l'homme n'a cessé de mettre en œuvre sa créativité pour trouver des remèdes visant à épargner la femme enceinte qui représente le maillon indispensable pour la pérennisation de l'espèce. La rétrospection sur cette affection nous permet de rappeler certains événements qui ont marqué l'histoire obstétricale. On peut regrouper en quatre grandes étapes l'évolution des connaissances obstétricales sur la mort des femmes en couches :

- Etape empirique : pour sauver la vie des femmes à cette époque, des pratiques incantatoires étaient appliquées aux femmes qui souffraient des complications de l'accouchement.
- Etape mécanique : caractérisée par l'utilisation des techniques mécaniques, de manœuvres manuelles et instrumentales (forceps, ventouse, manœuvre de MAURICEAU, la version des manœuvres internes).

- Asepsie et Chirurgie : l'utilisation des antiseptiques et le développement des techniques chirurgicales sont intervenus entre 1811 et 1870. En parallèle au développement de l'asepsie, les techniques chirurgicales connaissent une amélioration.
- Etape biologique : de 1914 à 1963, la découverte des antibiotiques a contribué à réduire les décès par infection puerpérale. [11]

3. Morbidité maternelle grave :

Au cours des dix dernières années, la plupart des auteurs avait considéré que l'enregistrement de la morbidité grave (ou du taux d'admission en réanimation des femmes enceintes ou en postpartum) était un marqueur subrogé (intermédiaire) pertinent de la qualité des soins. [12, 13]

Beaucoup pensaient que ce marqueur était plus intéressant à enregistrer que la mortalité car. Les pathologies responsables de mortalité et de morbidité grave étaient similaires et évoluaient en parallèle, l'un reflétant donc l'autre ; les nombres de cas de morbidité grave, plus élevés, faciliteraient l'analyse et les statistiques. Contrairement à ce que l'on pensait jusqu'ici, mortalité et morbidité ne semblent plus évoluer en parallèle. La première hypothèse pour expliquer cette séparation pourrait être un problème de définition trop large de la morbidité grave. Celle-ci correspond à une liste de 14 causes incluant hémorragie, thromboembolie, prééclampsie, œdème du poumon, sepsis grave, anesthésie, à laquelle pourraient, en revanche, échapper certaines situations à risque élevé. Cette hypothèse est peu probable car le taux global enregistré correspond typiquement au taux d'admission des femmes enceintes en réanimation [14, 15] et la définition semble donc

couvrir assez bien le risque grave. La seconde hypothèse est liée au fait que toutes les patientes ne sont pas admises en réanimation actuellement car des unités de soins intensifs obstétricaux se sont développées [16] et permettent de maintenir les femmes avec peu(ou pas) de défaillance(s) d'organe dans un environnement plus favorable à la prise en charge des pathologies maternelles. Le troisième facteur pourrait être la non déclaration des cas de morbidité grave (on ne déclarerait que ce qui est sans risque pour l'équipe, notamment médicojudiciaire). Cette attitude pourrait être en accord avec le fait que le taux des soins non optimaux est très faible (3%). Ce chiffre bien différent des chiffres observés pour la mortalité ou les soins non optimaux sont retrouvés dans 50 à 100% des cas. Cependant, cette discordance pourrait bien aussi traduire la réalité car on peut penser que bon nombre des situations critiques se terminent bien actuellement avec une bonne meilleure en charge. Il ne resterait alors dans le registre des décès que les cas avec soins non optimaux ou ceux pour lesquels la qualité de soins ne détermine pas de façon importante le risque de décès (exemple : l'embolie amniotique). Cette dernière catégorie semble cependant peu probable car l'hémorragie du post-partum, souvent associée à des soins non optimaux, est la cause première de morbidité dans les registres.

4. Situation Africaine de la mortalité maternelle :

Les femmes des pays moins avancés du monde risquent 300 fois plus de mourir en couches ou de complications liées à leur grossesse que les femmes des pays développés, constate le dernier rapport sur « La situation des enfants dans le monde », présenté par l'UNICEF.

Un enfant né dans un pays en voie de développement risque 14 fois plus de mourir au cours de son premier mois de vie qu'un enfant né dans un pays développé.

❖ L'importance de la relation mère-enfant :

La santé, la survie des mères et des nouveaux nés sont étroitement liées. L'ensemble et nombre d'interventions destinées à sauver la vie des mères profitent également aux enfants. L'édition 2009 de « La situation des enfants dans le monde », une des publications principales de l'UNICEF, souligne le lien entre la survie maternelle et la survie des nouveau-nés et présente les possibilités qui existent de combler l'écart entre les pays riches et les pays pauvres.

« Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent des complications liées à leur grossesse ou à l'accouchement, dont environ 70 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans », a souligné la directrice générale de l'UNICEF lors du lancement du rapport. « D'après ces estimations, ces complications ont fait périr 10 millions de femmes depuis 1990 ».

Tant la mère que le nouveau-né sont vulnérables dans les jours et semaines qui suivent la naissance ; une période d'importance capitale au cours de laquelle il faut assurer des interventions cruciales, comme des visites post-natales, une bonne hygiène et des conseils sur d'éventuels signes indiquant que la vie de la mère et du nouveau-né est menacée.

Bien que de nombreux pays en développement aient énormément fait progresser leur taux de survie de l'enfant ces dernières années, le taux de

mortalité maternelle n'a cependant pas connu la même évolution positive.

❖ Un écart intolérable :

Dans le monde en développement, le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 76, alors qu'il est de 1 sur 8.000 dans les pays développés. Environ 99% de décès dus à des complications pendant la grossesse surviennent dans le monde en développement, où la grossesse représente un des risques sanitaires les plus élevés pour les femmes. La grande majorité des décès survient en Afrique et en Asie, où des taux de fécondité élevés, la pénurie de personnel soignant qualifié et des systèmes de santé peu développés ont des conséquences tragiques sur des nombreuses jeunes femmes.

Les dix pays où le risque de décès maternel sur une vie entière est le plus élevé sont : le Niger, l'Afghanistan, la Sierra Leone, le Tchad, L'Angola, le Liberia, la Somalie, la République Démocratique du Congo, la Guinée-Bissau et le Mali. Dans ces pays le risque de décès maternel sur une vie entière va de 1 sur 7 au Niger à 1 sur 15 au Mali.

❖ Comment y remédier :

Pour abaisser les taux de mortalité maternelle et néonatale, le rapport recommande que l'on dispense de soins essentiels par le biais des systèmes sanitaires qui intègrent les soins dans un continuum, au niveau des ménages, de la communauté à travers des services de proximité ainsi qu'au niveau des établissements de santé.

Dépassant l'insistance traditionnelle sur des interventions uniques, visant maladie spécifique, ce concept de continuum de soins demande la

mise en place d'un modèle de soins de santé primaires qui s'adresse à chacune des étapes de la vie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

5. Situation Sanitaire Du Mali :

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, connaît aussi des améliorations significatives. Les dépenses totales de santé sont passées de 109 milliards en 1999 à 165 milliards en 2004 (CNS 1999-2004). Ces dépenses de santé proviennent essentiellement du financement direct des ménages (57%), des fonds publics (18%) et des fonds du reste du monde (13%). Pour la période 1999-2004, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social(PRODESS).
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaire du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement.
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations.
- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquences des apports nutritionnels non équilibrés déficients aussi bien en qualité qu'en quantité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences.

- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé.
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population.
- Une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire.
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population en 1990(MSP-AS, 1990). Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et périurbain, cela dans le souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies ou qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio-sanitaire en vue d'améliorer le bien être de la famille. En outre par la déclaration de la politique sectorielle de la santé et de la population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : Etat, Organisations non gouvernementales (ONG) et populations. Fort des résultats de cette politique sectorielle, un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007) et un programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS 1998-2002) basés sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés en 1998. [17]

6. LES PRINCIPALES AFFECTIONS MORBIDES :

6.1. Facteurs de risque :

Ces facteurs peuvent avoir trait aux :

6.1.1. Causes médicales :

Les causes de décès maternel sont imputables à trois catégories :

a. Les causes obstétricales directes :

Elles résultent des complications de la grossesse et de l'accouchement et /ou de la manière dont celles-ci sont traitées. Elles constituent les causes majeures de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement et sont les mêmes que celles rencontrées il y a 50 ans dans les pays industrialisés à savoir : hémorragie, infections, complications de l'HTA, cardiopathies, maladie thromboembolique, dystocie et avortements. Trois quarts des morts maternelles sont attribuées à cinq causes qui sont responsables, avec l'anémie de 80% de l'ensemble de décès déclarés dans le tiers monde. [18]

b. Les causes obstétricales indirectes :

Il s'agit de la décompensation par la grossesse ou l'accouchement d'un état pathologique préexistant. Les pathologies les plus rencontrées dans nos pays sont les parasitoses particulièrement : le paludisme, la drépanocytose et l'anémie.

6.1.2. Causes non médicales :

Pour les causes obstétricales directes, il peut s'agir de causes non médicales en rapport avec l'âge, la parité, le statut socio-économique et matrimonial, les facteurs liés à la reproduction et ceux liés à la santé.

a. Risques liés à l'âge et la parité :

Les femmes qui ont beaucoup d'enfants, ou ayant accouché aux âges extrêmes de leur période d'activité génitale sont d'avantage exposées à la mort gravido-puerpérale. La parité augmente le risque chez la primigeste et la grande multipare, de même que la combinaison âge-parité accroît le risque pour la primipare âgée [18]. Le risque lié à l'adolescence n'est pas à démontrer en témoigne la place principale qui lui a été consacrée lors du deuxième congrès de la S.A.GO en 1992 à Conakry. Le très jeune âge représente un risque accru partout dans le monde. Ce risque relatif de décès maternel en fonction de la parité a déjà fait l'objet d'une étude appropriée au Sénégal par Correa et Coll. [18]

b. Risques liés au statut socio-économique :

Il y a une étroite relation entre le mode de vie de la femme et sa grossesse. Le statut socio-économique peut-être un reflet du taux de mortalité maternelle et conditionne dans une certaine mesure l'espérance de vie.

La pauvreté, l'analphabétisme constituent les facteurs les plus importants ; ceci a pour corollaire l'absence de fréquentation des soins médicaux.

Ainsi au Mali, 20,3% des femmes de niveau secondaire utilisent la contraception contre 5,5% de niveau primaire et seulement 0,3% pour les femmes sans instruction. [18]

c. Risques liés au service de santé :

- Insuffisance en soins prénataux : elle constitue un facteur de risque largement démontré par les auteurs. Ils sont un maillon sur lequel il faut agir notamment dans les pays en voie de développement pour lutter contre la morbidité materno-fœtale. Boutaleb à Casablanca

montre que 91% des femmes admises dans le CHU en 1979 n'ont pas suivi de CPN. Quand elles sollicitent les services de santé les consultations sont mal faites. [19]

- La qualité du personnel médical : pas toujours apte à prendre en charge les femmes enceintes de façon adéquate.
- Manque de matériel d'urgence
- Faible fréquentation des services de soins : pas de structures sanitaires, distance, enclavement ou pas de moyens de transports ni financier.

d. Risques liés au statut matrimonial :

Le célibat constitue un risque de décès maternel très élevé. En effet, les femmes célibataires sont exposées aux avortements provoqués clandestin dont les conséquences vont d'une stérilité secondaire à un choc septique ou hémorragique.

Le rapprochement des grossesses chez les femmes mariées affaiblit l'organisme maternel et l'expose au décès.

e. Risques liés à la reproduction :

Ce sont les mariages polygames, la préférence de l'enfant de sexe masculin, avoir un grand nombre d'enfants est la preuve de fécondité d'une femme sont les maux qui minent nos sociétés.

6.2. Rappels physiologiques de la grossesse :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un terme théorique de 6 mois (28 SA). [20]

Dans le mécanisme de l'accouchement interviennent successivement une force motrice représentée par les contractions utérines, un mobile, le fœtus et une succession d'obstacles au nombre de trois : le col, le bassin et le périnée.

L'asynchronisme de ces étapes induit alors à l'accouchement des vices mécaniques et physiologiques parmi lesquels : les dystocies et hémorragies obstétricales graves. Cependant au cours de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, les infections puerpérales, les syndromes vasculo-rénaux, les avortements, les complications de l'HTA, maladies thromboemboliques, cardiopathies et les accidents en anesthésie peuvent compromettre la vie de la femme d'où son transfert en réanimation pour prise en charge.

6.2.1. Les hémorragies obstétricales graves :

Elles occupent dans la pathologie de l'accouchement une place importante. On dénombre plusieurs types selon les causes.

a. L'hémorragie de la délivrance :

C'est une perte de sang ayant pour source la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par son abondance (500ml) et son effet sur l'état général [21]. Cette hémorragie ne s'observe que lorsque le placenta s'est décollé totalement ou partiellement ou lorsqu'après expulsion du fœtus l'utérus se contracte mal et ne peut assurer l'hémostase. Elle peut être due à une mauvaise rétraction sur le cordon, une application de forceps tirant les membranes, une rétention placentaire qui se définit comme l'absence de décollement du placenta

(40 à 60 min) après l'accouchement résultant des circonstances isolées ou associées (troubles dynamiques, adhérence anormale du placenta, anomalies morphologiques placentaires, inversion utérine, accouchement gémellaire ou de gros fœtus).

b. Les hémorragies par lésions génitales :

↳ *Rupture utérine* : elle occupe la première place et survient à la suite d'un accouchement (qu'il soit simple ou difficile), sur un utérus normal ou cicatriciel ou après manœuvre laborieuse ou une révision utérine. Elle peut être complète en zone saine, d'évolution aiguë, très hémorragique ou incomplète sous-péritonéale pouvant associer un hématome diffusant vers la fosse iliaque. Elle est fréquente en cas de désunion de cicatrice d'évolution plus sournoise. Complicquée elle atteint le col, le vagin, le corps utérin et les paramètres voir la vessie.

Selon les conditions mécaniques, on distingue 3 types de rupture :

- Rupture sur un utérus cicatriciel
- Rupture sur un utérus fragilisé
- Rupture iatrogène (manœuvres manuelles, application du forceps, administration d'ocytociques). Notons aussi les ruptures utérines traumatiques ou accidentelles.

↳ *Les déchirures cervico-vaginales* : leur étiologie relève d'un accouchement rapide, d'effort expulsif sur une dilatation incomplète, de manœuvres instrumentales (forceps).

c. Les hémorragies par troubles de l'hémostase :

La survenue d'une hémorragie par coagulopathie peut compliquer tout accouchement.

d. La grossesse extra-utérine :

Elle constitue la première cause de décès par hémorragie du premier trimestre de la grossesse. Elle se caractérise par la triade : aménorrhée, algies pelviennes et saignements.

e. Le placenta prævia :

C'est une insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

Deux classifications ont été proposées :

- L'une anatomique : variété latérale, marginale et centrale
- L'autre envisage la situation du placenta pendant le travail comprend deux variétés : recouvrante et non recouvrante.

Le placenta prævia se manifeste essentiellement par des hémorragies qui n'apparaissent que dans les trois derniers mois de la grossesse ou au cours du travail. L'hémorragie est externe avec du sang rouge vif, indolore, inopinée, sans horaire particulier, sans cause apparente et répétitive. L'importance des signes généraux est en rapport avec l'abondance des hémorragies. On observe tous les degrés de spoliation sanguine jusqu'au collapsus vasculaire et au choc.

f. Les syndromes vasculo-rénaux :

Le mécanisme de cette maladie est mal compris. Son origine est un trouble de la vascularisation utéro-placentaire. La baisse du débit utéro-placentaire semble être la première cause. Elle peut être due à une distension utérine soit lorsque l'extensibilité du myome est insuffisante particulièrement chez la femme primipare, soit à cause d'un excès du liquide amniotique ou d'une grossesse gémellaire. La réduction expérimentale du calibre des artères utérines reproduit la maladie.

L'insuffisance du débit sanguin entraîne une ischémie dans le territoire de la caduque utérine et dans le placenta. Il en résulte une libération des substances thrombo-plastiniques provenant des cellules du trophoblaste en voie de dégénérescence. Celle-ci peut entraîner une CIVD qui détermine par la suite la néphropathie glomérulaire spécifique. L'éclampsie et l'hématome rétro placentaire sont des accidents communs à tous les syndromes vasculo-rénaux.

g. L'HTA et ses complications :

- *L'HTA chronique* : c'est une HTA qui préexiste avant la grossesse ou qui est découverte au premier trimestre de la grossesse.
- *L'HTA gravidique ou gestationnelle* : elle survient à tout moment de la gravido-puerperalité sans protéinurie, disparaît après la grossesse et récidive pendant la période gravide.
- *La pré-éclampsie* : c'est la survenue d'une HTA chez une gestante sans antécédents d'HTA, après 20 semaines d'aménorrhée, associée à une protéinurie significative et ou des œdèmes des membres inférieurs. Mais elle disparaît après le 42^{ème} jour de l'accouchement et ne récidive pas.
- *L'éclampsie* : accident paroxystique aigu des syndromes vasculo-rénaux et particulièrement la pré-éclampsie. Elle est caractérisée par un état convulsif survenant par accès. Elle est suivie d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'accouchement ou les suites de couches [19].

La pré-éclampsie et l'éclampsie sont des complications redoutables de la toxémie gravidique, greffées d'une lourde morbidité et mortalité materno-foetales.

h. Hellp syndrome :

C'est un signe de gravité indiscutable de la toxémie gravidique dont il est parfois la révélation. Il justifie souvent l'interruption de la grossesse dans les plus brefs délais pour améliorer le pronostic maternel. Le syndrome Hellp est la manifestation la plus précoce de l'atteinte viscérale diffuse qui fait la gravité de l'éclampsie. Il témoigne de la rupture de la relation normale entre la paroi vasculaire et le sang circulant au niveau de nombreux organes : la lésion endothéliale précède le vasospasme, l'activation plaquettaire et le déséquilibre au profit des facteurs vasoconstricteurs et prothrombogènes. Le syndrome Hellp est une étape dans l'évolution de la maladie vers une défaillance multiviscérale souvent fatale [22,23]. Sa définition est essentiellement biologique : élévation de transaminases ASAT et ALAT, thrombopénie et hémolyse. On peut aussi observer une réduction de l'haptoglobine plasmatique et une élévation de la LDH totale.

i. Purpura thrombotique thrombocytopénique du post-partum (PTT) :

C'est la présentation trompeuse d'un syndrome Hellp. La sémiologie initiale a été « classique » avec thrombopénie, cytolyse hépatique, schizocytose et hémolyse biologique dans un contexte dysgravidique toutes perturbations qui ont conduit en à l'arrêt de la grossesse. C'est l'absence de correction des anomalies dans le post-partum qui doit attirer l'attention. L'absence d'amélioration de la thrombopénie et la persistance de l'anémie après le 5^{ème} jour du post-

partum doivent faire évoquer le diagnostic de PTT et envisager des échanges plasmatiques.

j. Cardiopathies :

Elles représentent à elles seules la cause principale de mortalité maternelle au Royaume-Uni, mais l'origine des cardiopathies a profondément évolué. Elles sont ischémiques, secondaires à une HTA ou à un syndrome de Marfan. On retrouve donc ici encore l'influence de l'obésité, du diabète, de l'âge et du tabagisme dans l'accroissement du risque ischémique.

k. Maladie thromboembolique :

Les recommandations sur la thromboprophylaxie en cours de grossesse, décrites dans le rapport sur la mortalité maternelle au Royaume-Uni 2003-2005, prennent position sur au moins deux points :

- La prophylaxie doit être débutée tôt dans la grossesse lorsqu'elle est nécessaire.
- Les AVK ne sont pas recommandées en cours de grossesse.

l. Les infections puerpérales :

L'infection puerpérale est celle qui survient dans la suite de couches. Elle a en général pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface placentaire. Les circonstances favorisant l'infection puerpérale sont diverses : la durée du travail, les déchirures des voies génitales et les infections secondaires. Le germe en cause est généralement le streptocoque. L'infection peut être régionale ou générale. On distingue :

- Infections utérines (endométrite puerpérale) le 4^{ème} jour qui suit l'accouchement ; des signes généraux apparaissent : céphalées, fatigue, lochies fétides quelque fois purulente, l'involution utérine se fait mal. L'utérus devient gros, mou, douloureux à la pression. Les signes disparaissent en quelques jours sous l'effet des antibiotiques.
- Les paramétrites au-delà du parenchyme utérin.
- Les péritonites puerpérales ont une allure très spéciale à la pathologie obstétricale, elles s'installent progressivement.
- La septicémie c'est une infection généralisée, survenant soit d'emblée, soit à la suite d'une forme locale. La septicémie à streptocoque, elle débute le 3^{ème} jour de couches. Elle peut-être due à d'autres germes, elle est plus rare après l'accouchement qu'après l'avortement.

m. Les avortements :

C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180^{ème} jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé se développer jusqu'à un âge avancé. C'est l'accident le plus fréquent des P.O. On distingue 3 sortes d'avortement :

- L'avortement spontané : celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. Les causes fréquentes sont : infections, béance cervico-isthmique, anomalies chromosomiques, malformations utérines acquises ou congénitales.
- L'avortement provoqué : celui qui survient à la suite des manœuvres quelconques entreprises destinées à interrompre la grossesse. Les complications vont d'une simple infection à une stérilité secondaire définitive ou choc septique et hémorragique.

- L'avortement thérapeutique : c'est un acte qui est censé soustraire la mère au danger que la grossesse lui fait courir. Dans cette catégorie est retenu ; l'avortement eugénique, destiné à faire expulser un fœtus reconnu comme porteur d'une tare ou suspect de l'être.

n. Les complications de l'anémie sur grossesse :

L'anémie est une diminution du taux de l'hémoglobine (11g/dl). Elle peut être décompensée ou non.

L'anémie est dite compensée lorsqu'elle est tolérée par la patiente et qui dans ce cas ne présente aucun signe de détresse vitale. Cette anémie peut être prévenue pendant la grossesse par la supplémentation en fer, le déparasitage intestinal et la prévention du paludisme.

L'anémie est dite décompensée lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/dl et qu'elle s'accompagne de signes cliniques qui sont en général : pâleur, fatigue, dyspnée, pouls rapide, palpitations, céphalées ou vertiges, troubles de la conscience [24].

o. Mort fœtale in utéro :

Situation particulière faisant courir un risque d'hémorragie cataclysmique par fibrinogénolyse lors de l'évacuation utérine. L'arrêt de la grossesse in utéro induit en effet une situation de fibrinolyse latente cliniquement asymptomatique, qui pourra décompenser lors de l'accouchement, et ce d'autant plus qu'il existe une infection amniotique.

3-METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude et Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, qui s'est étendue sur une période de cinq ans (1er janvier 2004 au 31 décembre 2008).

3.2. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans l'unité de réanimation polyvalente du service d'Anesthésie-Réanimation et Urgences du CHU du point-G.

L'unité rénovée a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 1995. Elle est polyvalente médico-chirurgicale avec une capacité d'hospitalisation de neuf (9) lits équipée de:

- Sept (7) prises d'électricité, trois (3) sources à vide, deux (2) prises d'oxygène alimentée par une centrale, une (1) prise d'air comprimé.

- Moniteurs multiparamétriques fixes

- Moniteurs mobiles (6)

- Aspirateurs mobiles (2)

- Respirateurs (2)

- Défibrillateurs (6)

- Pousse seringues électrique (PSE)

- Trousse d'intubation : laryngoscope avec jeux de lames de plusieurs calibres

- Le personnel est composé de : 4 médecins anesthésiste-réanimateurs, des faisant fonction d'interne (thésards), des internes (2), des infirmiers(6) et des garçons de salle(6).

3.3. Population d'étude :

Elle a concerné toutes les patientes en âge de procréer admises dans le service de réanimation polyvalente.

3.4. Critères d'inclusion :

Toutes pathologies obstétricales nécessitant une prise en charge en réanimation, quelque soit l'âge de la grossesse ou dans les 42 jours du post-partum.

3.5. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus : les décès constatés à l'admission, les patientes admises pour causes non obstétricales, dossiers non exploitables.

3.6. Variables étudiées, collecte et analyse des données :

❖ Variables quantitatives :

- L'âge
- La parité
- La gestité
- La durée de séjour
- La TA
- Le pouls
- La FR

❖ Variables qualitatives :

- La profession
- La résidence
- Le niveau d'instruction

- Le statut matrimonial
- Le motif d'admission
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Diagnostic
- Complications
- L'évolution

3.7. Collecte et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'une fiche de recueil des données (voir annexe) , des dossiers des malades hospitalisées, des registres d'hospitalisation.

La saisie des textes et tableaux a été faite sur le logiciel WORD XP 2007.

L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel EPI INFO 6, les tableaux sont conçus sur le logiciel EXCEL 2007.

4-RESULTATS

4.1 Fréquence :

Durant la période allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008, nous avons enregistré 2641 admissions en unité de réanimation du CHU du point G. Nous avons colligé 137 dossiers de PO et retenu 107 soit une fréquence de 5,2% du total des hospitalisations. Nous avons enregistré 24 décès soit un taux de létalité 22,4% et noté une évolution croissante des P.O, selon les courbes ci-dessous :

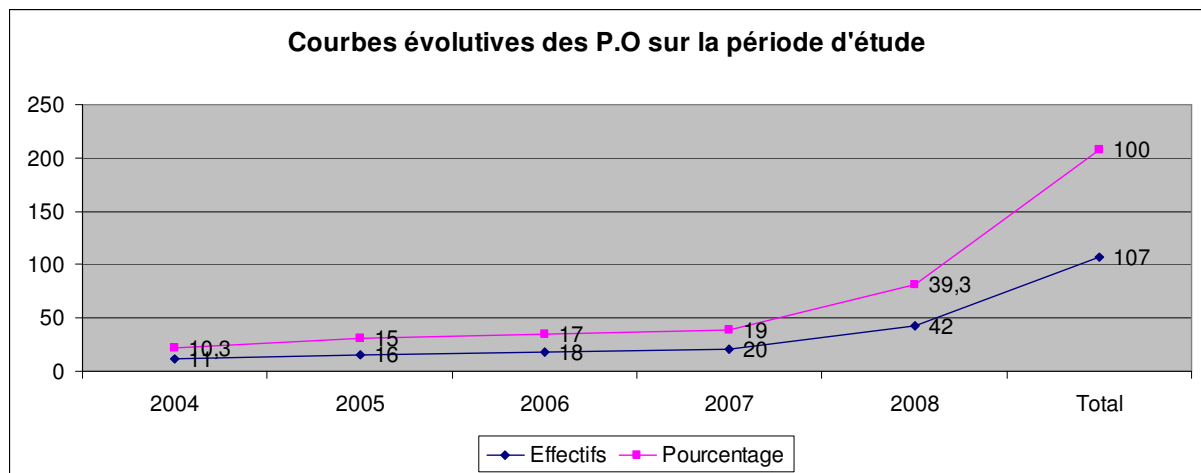


Figure 1 : Courbes évolutives des P.O sur la période d'étude

A. Données épidémiologiques :

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranches d'âge (en année)	Effectif	Pourcentage (%)
14 – 19ans	45	42,1
20 – 24ans	29	27,1
25 – 29ans	12	11,2
30 – 34ans	8	7,5
35 – 39ans	12	11,2
40 – 44ans	1	0,9
Total	107	100

La tranche d'âge prédominante était celle de 14 – 19 ans avec 42,1%. L'âge moyen était de $22,5 \pm 7,1$ ans avec des extrêmes allant de 14 et de 44 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Femmes au foyer	70	65,4
Aide-ménagère	26	24,3
Commerçant	5	4,7
Elève/Étudiante	5	4,7
Fonctionnaire	1	0,9
Total	107	100

Les femmes au foyer étaient 70 soit 65,4%.

Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial et l'alphabétisation

	Effectifs	Pourcentage(%)
Statut matrimonial		
-Mariées	55	55,4
-célibataires	52	48,6
-Total	107	100
Alphabétisation		
-Illettrées	89	83,2
-Lettrées	18	16,8
-Total	107	100

Parmi les patientes, 83,2% étaient illettrées et 51,4% étaient des femmes mariées.

B. Données cliniques :**Tableau IV : Motifs d'admission**

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Crises convulsives	50	46,8
Altération de la conscience	24	22,4
Instabilité hémodynamique	13	12,1
Hémorragie	11	10,2
Dyspnée	5	4,6
Coma fébrile	1	0,9
Douleurs pelviennes/hyperthermie	1	0,9
Pelvipéritonite post-abortum	1	0,9
Retard de réveil/ crise convulsive	1	0,9
Total	107	100

Les crises convulsives représentaient le principal motif d'admission avec 50 cas, soit 46,8%.

Tableau V : Origine

Origine	Effectifs N= 88	Pourcentage
CSREF	21	19,6
G-O du CHUPG	16	15
Bloc de G-O du CHUPG	15	14
Urgences du CHUPG	14	13,1
HGT	13	12,1
CSCOM	3	2,8
CS de Kayes	2	1,9
CS de Sikasso	1	0,9
CS de Koulikoro	1	0,9
Hématologie	1	0,9
Hôpital de Kati	1	0,9
Total	88	83,1

La quasi-totalité des femmes 88 soit 83,1% ont été référées et 19 soit 16,9% étaient venues d'elle-même.

Tableau VI : Distribution des antécédents médico-chirurgicaux (n=13)

Antécédent	Effectifs	Pourcentage
Médicaux :		
HTA	5	4,7
UGD	2	1,9
Asthme	1	0,9
Drépanocytose	1	0,9
Hémiplégie gauche	1	0,9
Chirurgicaux :		
Césarienne	1	0,9
GEU	1	0,9
Perforation utérine	1	0,9
Total	13	12

Parmi le total des patientes, 13 soit 12% avaient des antécédents médico-chirurgicaux.

Distribution des antécédents obstétricaux

73 patientes, soit 68,2% avaient accouché par voie basse et 26,2% par césarienne.

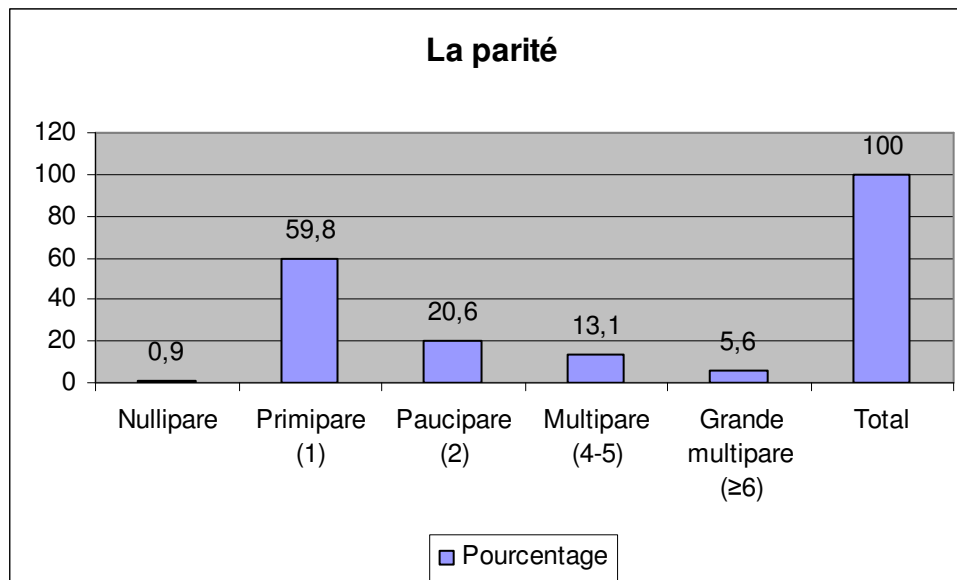


Figure 2 : Parité

Les primipares étaient prédominantes avec 59,8% de cas.

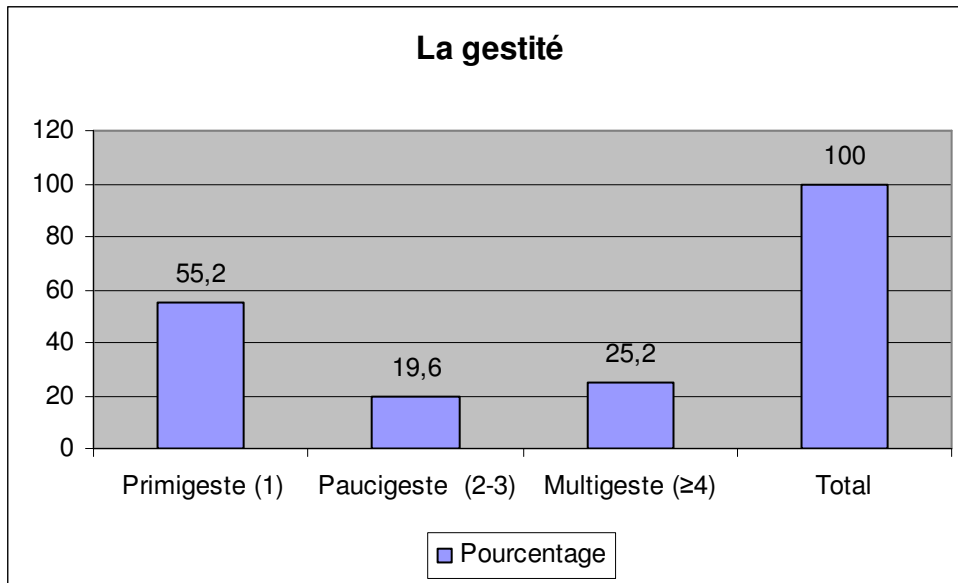


Figure 3 : Gestité

Plus de la moitié de nos patientes soit 55,2% étaient des primigestes.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le suivi prénatal

CPN	Effectifs	Pourcentage
Oui :		
Nombre :		
1	1	0,9
2	2	1,9
3	6	5,6
5	1	0,9
Non	88	82,2
Total	107	100

Plus de la moitié des patientes 88 soit 82,2% n'avaient pas fait de CPN.

Tableau VIII : Signes généraux à l'admission

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage (%)
T°>37,5	57	53,3
PA>140/90	36	33,6
OMI	12	11,2
Ictère	4	3,7
SG≥8	97	71

Plus de la moitié de nos patientes étaient fébriles soit 53,3% ,36 avaient une tension supérieure à 140/90 soit 33,6%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
Eclampsie	62	58
Etat de choc hémorragique	18	17
Etat de choc septique	11	10,3
Hellp syndrom	4	3,7
AVC hémorragique	2	1,9
Anémie aigue du post-partum	1	0,9
Anémie post-abortum	1	0,9
Choriocarcinome placentaire	1	0,9
Embolie pulmonaire	1	0,9
HTA gravidique/ drépanocytose	1	0,9
Hypoglycémie	1	0,9
MFIU	1	0,9
Neuropaludisme	1	0,9
Pelvipéritonite post-abortum	1	0,9
Septicémie post-abortum	1	0,9
Total	107	100

L'éclampsie était le principal diagnostic retenu avec 62 cas soit 58% cas.

Tableau X : Médicaments utilisés et mesures thérapeutiques

Médicaments utilisés	Effectifs	Pourcentage
Antalgiques	100	93,5
Antibiotiques	97	90,7
Anticonvulsivants	54	50,5
Quinine	54	50,5
Antihypertenseurs	42	39,3
Anticoagulants	16	15
Corticoïdes	16	15
Diurétiques	14	13,1
IPP	3	2,8
Oxygénateur cérébral	3	2,8
Fer	2	1,9
Catécholamine	2	1,9
Ocytocine	2	1,9
Antiémétique	1	0,9
Hémostatique	1	0,9
Immunosuppresseur	1	0,9
Mesures thérapeutiques	Effectifs	Pourcentage
Oxygénothérapie	23	21,5
Transfusion	22	20,6
Evacuation utérine	8	7,5
Hémostase chirurgicale	1	0,9

La plupart des patientes (88,8%) ont été prise en charge par leurs familles ; 77 d'entre elles soit 72% avaient fait des examens complémentaires.

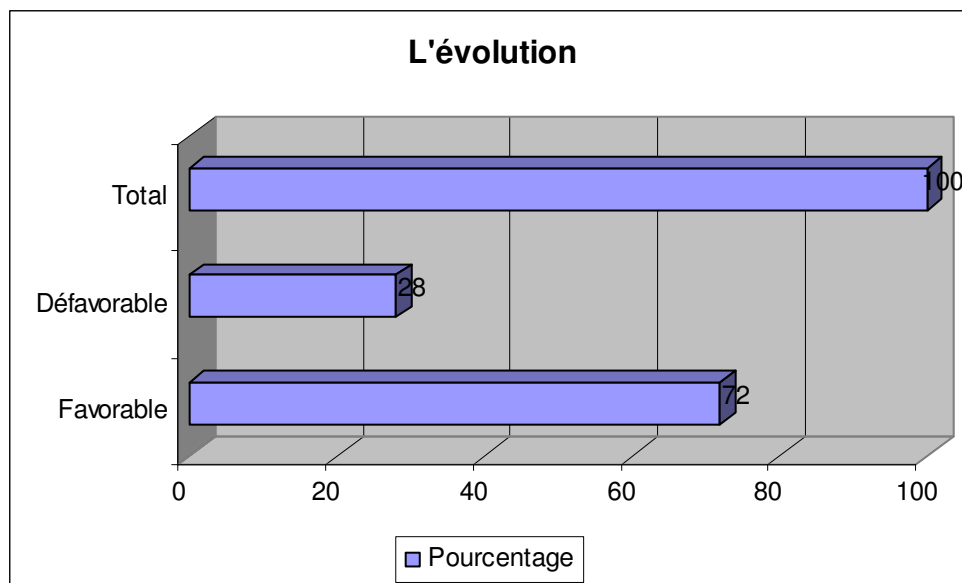


Figure 4 : Distribution des patientes en fonction de l'évolution

L'évolution était favorable pour 77 cas, soit 72%.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du motif d'admission et l'évolution

Motifs d'admission	Evolution		Total
	Favorable	Défavorable	
Crises convulsives	42	8	50
Altération de la conscience	15	9	24
Instabilité hémodynamique	9	4	13
Hémorragie	9	2	11
Dyspnée	2	3	5
Coma fébril	0	1	1
Douleurs pelviennes	1	0	1
Retard de réveil	1	0	1
Pelvipéritonite post-abortum	0	1	1
Total	79	28	107

P=0,05**ddl=5**

De tous ces motifs d'admissions, l'altération de la conscience était celui qui avait enregistré le plus de cas défavorables (9 cas).

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation et de l'évolution

Durée d'hospitalisation (jours)	Evolution		
	Favorable	Défavorable	Total
< 1	4	7	11
1-2	50	17	71
>3	24	13	29
Total	77	30	107

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,5 jours, avec des extrêmes allant de 1 à 22 jours. La durée longue d'hospitalisation était corrélée avec une évolution défavorable.

Tableau XIII : Distribution des patientes selon les complications

Complications	Effectifs	Pourcentage (%)	
Hématologique : CIVD	10	9,3	
Néphrologique : IRA	8	7,2	
Neurologiques : Méningo-encéphalite	3	2,7	
	AVC ischémique	3	2,7
Infectieuses : Infection pulmonaire	2	1,9	
	Infection urinaire	2	1,9
Cardiovasculaires : OAP	1	0,9	
	Embolie pulmonaire	1	0,9
Total	30	28	

Les complications hématologiques ont été prédominantes ; retrouvées chez 10 patientes, soit 9,3%.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu et l'évolution

Diagnostic retenu	L'évolution			
	Sortie	Transfert	Décès	Total
Eclampsie	24	34	4	62
Etat de choc hémorragique	2	12	4	18
Etat de choc septique	0	5	5	10
Hellp syndrom	0	1	3	4
AVC hémorragique	0	1	1	2
Anémie du post-abortum	0	0	1	1
Anémie aiguë du post-partum	0	0	1	1
Embolie	0	0	1	1
Endométrite	1	0	0	1
Choriocarcinome placentaire	0	0	1	1
HTA gravidique/Drépanocytose	0	1	0	1
Hypoglycémie	1	0	0	1
MFI	0	0	1	1
Neuropaludisme	1	0	0	1
Pelvipéritonite post-abortum	0	0	1	1
Septicémie post-IVG	0	0	1	1
Total	29	54	24	107
P=0,000	ddl=16			

Parmi les 107 patientes retenues, 24 étaient décédées, soit un taux de létalité de 22,4% des cas. L'état de choc septique était prédominant avec 5 cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu et la durée d'hospitalisation

retenu Diagnostic	Durée de séjour			Total
	24h	48h	≥ 72h	
Eclampsie	2	20	33	55
Etat de choc hémorragique	2	4	10	16
Etat de choc septique	3	1	5	9
Hellp syndrom	0	1	2	3
Autres	4	5	15	24
Total	11	31	65	107

Le caractère rétrospectif de l'étude peut engendrer un biais de sélection et/ou de classification. Nous avons tenu à minimiser ce biais par la rigueur dans l'exploitation des dossiers.

1-Résultats globaux :

Du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008, nous avons colligé 107 dossiers de P.O sur un total de 2641 admissions dans le service d'Anesthésie-Réanimation du CHUPG soit une fréquence de 4%. Cette fréquence était inférieure à celle d'Aminata.k [29] qui était de 17% sur une année.

La différence observée pourrait s'expliquer par les faits suivants :

- L'étude d'Aminata.K [29] était prospective et réalisée au CHUGT
- La situation géographique du CHUGT, (au cœur de la ville, d'accès facile)
- Le CHU du point-G considéré comme dernier recours

L'évolution croissante des P.O sur la période d'étude ; portait sur plusieurs dossiers des années précédentes et quelques uns n'ont pas été retrouvés. Au cours de l'année 2008 nous avons, nous même colligés les dossiers.

A- Données Sociodémographiques :

1-L'âge maternel :

La tranche d'âge de 14 à 19 ans était la plus représentée avec 42,1% supérieur à celui de Koudjou.T [30] 17,8%. La moyenne d'âge était de 22,5 ans \pm 7,1 ans, ce résultat est superposable à ceux de Koeberlé.P et al [25], Dao.B [28] et d'Aminata.K [29] qui sont respectivement : 27 ; 24 ; 22 ans . Cette concordance est liée au fait que cette tranche d'âge est caractérisée par l'immaturité physique, la survenue de grossesses précoces.

2-Profession, niveau d'instruction et statut matrimonial :

Les aide-ménagères avec 23,4% inférieur à celui d'Aminata.k [29] 54,20% constituaient la catégorie socio-professionnelle la plus vulnérable, à cause de la faiblesse des revenus, et d'utilisation des services de santé qui leurs sont offerts. Cependant, le bas niveau d'instruction avec 83,2% de patientes illettrées ; taux se rapprochant de celui de Koudjou.T [30] 93,15% est un facteur de risque important. Les femmes non scolarisées ont des difficultés à changer de comportement (hygiène, planning familial, nutrition.....). A noter que les bas niveaux d'instruction , socio-économique constituent des facteurs favorisant les P.O comme le stipule la littérature [33, 43, 44].

Parmi les patientes, 51,4% d'entre elles étaient mariées. Ce taux était inférieur à celui de Koudjou.T [30] qui avait noté 95,89% ; ce statut était un avantage dans la prise en charge de ces femmes qui dépendaient en grande partie de leurs conjoints (88,8% des cas).

3-Système de référence :

Dans 83,1% des cas, les patientes ont été transférées. Ce résultat rejoint celui de Koudjou.T [30] avec 89,04%, cela s'expliquerait par le fait que ces deux études ont été faites au CHUPG considéré comme dernier recours en cas de complication. En plus le délai relativement long dans la référence constituait un facteur péjoratif dans la prise en charge dans les deux études.

B- Données Cliniques :

1-Motifs d'admission :

-Les crises convulsives avec 46,8% constituaient le 1^{er} motif d'admission. Ces patientes avaient fait leurs crises en pré, per et post-partum. Mais dans la plupart des cas, les crises convulsives prédominaient en post-partum, tendance rapportée dans la littérature [30, 31, 32].

-L'altération de la conscience avec 22,4% des cas était le 2^{ème} motif d'admission. Cela peut s'expliquer par le retard dans la référence par les structures sanitaires périphériques.

-L'instabilité hémodynamique observée chez les patientes en état de choc avec 12,1% des cas demeurait le 3^{ème} motif d'admission.

-L'hémorragie est la 1^{ère} cause directe de mortalité maternelle, remarque faite par beaucoup d'auteurs [33, 34, 35]. Elle constitue dans notre étude, le 4^{ème} motif d'admission avec 10,2% comme dans celle de Fourier.F [36] avec 15%. C'était surtout une hémorragie de la délivrance.

2-Durée de séjour :

La durée du séjour était déterminante et corrélait avec une évolution défavorable. Dans notre série 10,3% des patientes étaient hospitalisées pour moins de 2 jours, alors qu'Aminata.K [29] et Graham .SG et al [37] trouvaient respectivement 52,3% et 55%. Cet écart est lié à l'état clinique des patientes à l'admission ; cet état étant le plus souvent critique dans notre série.

3-Parité et Gestité :

Dans notre étude les primipares représentaient 59,8% et les primigestes 55,2%. Ce résultat est superposable à celui d'Aminata K. [29] 60% et 63%.

Nous pensons comme Merger [38] que les primipares comme les multipares sont plus souvent exposées à certaines pathologies comme l'éclampsie.

4-CPN :

Nous avons noté 82,2% de patientes n'ayant pas fait de CPN, ce résultat était supérieur à ceux de Dao. B et al [28], de Koudjou T. [30], de Samake S. [39], et d'Aminata K. [29] dont les séries trouvaient respectivement 70%, 61,4%, 48,38% et 69%. Ce taux élevé dans toutes ces séries serait imputable principalement au bas niveau d'instruction et conditions socio-économiques défavorables.

Selon l'OMS, le dépistage prénatal est indispensable. Il identifie les femmes à risque évident (multiparité, prééclampsie, utérus cicatriciel.....). La grossesse non suivie constitue un facteur de risque ; plusieurs auteurs s'accordent à dire aussi que les soins prénataux réduisent dans une large proportion le taux des gestantes qui décèdent au cours de la gravidité [40].

Selon Bagayoko. N [41], les CPN de qualité permettent de réduire au maximum la survenue de complications pendant la grossesse. Diallo. Fb et al [42] trouve que le suivi prénatal permet d'éviter 89% de décès maternel.

5-Diagnostic :**Tableau XVI : Comparaison des résultats selon le diagnostic**

	Auteurs/Pays/Année				
Principales pathologies	Koeberlé. P et al [25] France 1997	Mahutte.NG et al [26] Canada 199	Maghrebi. H et al [27] Tunisie 1998	Aminata. K [29] /Mali 2006	Notre étude/Mali / 2008
Pathologies hypertensives	33%	21%	80%	74,8%	61,7%
Pathologies hémorragiques	19%	26%	12,5%	16,7%	17%
Pathologies infectieuses	9%	10%	3,7%	8,5%	9,3%
Pathologies cardiovasculaires	6%	14%	-	-	0,9%
Autres	33%	29%	3,8%	-	10,9%

Nos résultats se rapprochaient de ceux de Maghrebi.H et al [27], d'Aminata K. [29] et de Koéberlé. P et al [25] qui avaient également observés un nombre élevé de pathologies hypertensives. Mais notre taux demeurerait largement supérieur aux séries de Koeberlé.P et al [25] et Mahutte.NG et al [26] chez quile niveau de vie élevé, la qualité des CPN, les mentalités..... sont des facteurs favorisant la baisse des complications obstétricales. Cependant les pathologies hémorragiques avaient dominé dans les résultats de Mahutte.NG et al [26]. La représentation minime des pathologies cardiovasculaires, dans notre étude s'explique par le fait que le diagnostic est basé sur la clinique et non sur le bilan paraclinique.

Les pathologies infectieuses ont été les moins fréquentes dans l'ensemble.

6-Prise en charge :

Toutes nos patientes avaient été conditionnées, monitorées et traitées selon des schémas thérapeutiques adoptés dans le service.

Dans le cas des pathologies hypertensives :

-Pour la restauration de la volémie, on avait recours au sérum salé 0,9% et aux macromolécules.

-La correction des chiffres tensionnels était assurée par les inhibiteurs calciques chez 42 patientes soit 39,3% contre 65 patientes soit 87,5% dans l'étude d'Aminata K. [29]

-Pour la sédation des crises convulsives, 54 patientes soit 50,5% avaient été mises sous anticonvulsivants (diazépam et sulfate de magnésium) contre 81,2% chez Aminata K. [29]. A noter que le sulfate de magnésium était utilisé dans un but préventif.

-L'analgésie avec 93,5% était pratiquée chez la majorité nos patientes.

-Les sels de quinine étaient administrés à la moitié de nos patientes soit 50,5% lié au fait que 53,3% de nos patientes étaient fébriles et vivaient dans une zone d'endémie palustre. Le paludisme demeure l'une des premières causes de prématurité et d'anémie pendant la grossesse. Aussi, le manque de suivi prénatal conduit à une absence de prophylaxie anti-palustre.

-L'administration de l'oxygène (21,5%) faite selon la nécessité.

Dans le cas des pathologies hémorragiques :

Nous préconisons la restauration de la volémie et/ou transfusion isogroupe, isorhésus ; 22 patientes soit 20,6% étaient transfusées. Ce taux restait inférieur à celui d'Aminata K.[29] avec 66,7% .

-Les vasoconstricteurs : l'épinéphrine et l'éphédrine étaient utilisés pour le maintien de la pression de perfusion tissulaire et le débit cardiaque.

-Les antibiotiques étaient utilisés dans 90,7% des cas contre 77,8% chez Aminata K. [29].L'utilisation de ces médicaments étaient liée aux infections causées par : les mauvaises conditions de l'accouchement ; au non respect de l'asepsie et au manque d'hygiène. A ces causes s'ajoutent les difficultés financières et le retard d'obtention des résultats hémocultures.

7-Evolution et pronostic :

Le taux de létalité était de 22,4%, nous avons noté une morbidité importante évitable, liées aux pathologies infectieuses avec 5 décès sur 10. Trois cas de décès étaient dus au HELLP syndrome.

Notre taux de létalité était supérieur à ceux de Maghrebi.H [27] 7,5%, Koeberlé.P [25] 4,34%, Mahutte.NG [26] 2, 3% et Aminata.K [29] 15%.

Cette mortalité élevée par rapport aux autres séries pourrait s'expliquer par :

-L'accès difficile du CHUPG

-Le retard dans la référence des cas compliqués

-L'insuffisance du plateau technique

-La pénurie de PSL imputable à l'absence d'une banque de sang au CHUPG

1. CONCLUSION :

La morbimortalité des P.O en réanimation est relativement fréquente. Avec 4% du total des admissions dans le service d'Anesthésie-Réanimation du CHUPG. Cette étude a permis de montrer :

-Une prédominance de la maladie hypertensive avec 61,7%.

-Que nos patientes étaient des jeunes (14-19 ans), primipares (59,8%) et primigestes (55,2%).

-Les crises convulsives avec 46,8% étaient le motif d'admission le plus fréquent.

-Une évolution défavorable pour la majorité des patientes ayant un long séjour en réanimation.

-Un taux de létalité élevé à 22,4%.

L'amélioration des conditions de vie des populations, la prévention, la rapidité du diagnostic et de la référence ainsi qu'une prise en charge précoce demeurent les meilleurs moyens de lutte contre les complications obstétricales.

2. RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

***Aux autorités sanitaires :**

- Amélioration du système de référence/ évacuation
- Création des unités de soins intensifs obstétricaux(USIO) dans les CHU
- Formation continue du personnel sanitaire
- Mise en place des protocoles de prise en charge et veiller à leur application à chaque niveau de la pyramide sanitaire.
- Création d'une banque de sang au CHUPG
- Modernisation du plateau technique du laboratoire d'analyses du CHUPG
- Scolarisation des filles
- L'application des lois sur les mariages précoces.

***A la DSR (Division Santé de la Reproduction) :**

- L'extension des soins du service en cas d'avortement

***Aux sociétés savantes de gynéco-obstétrique et d'anesthésie-réanimation :**

- Elaboration des normes standards adaptées aux besoins locaux pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement
- Education de la population aux questions de la santé et de la reproduction
- Renforcement de la collaboration interdisciplinaire (gynécologie-obstétrique, Réanimation, Néphrologie)
- Elaboration des protocoles de prise en charge

•RPC (Recommandation en Pratique Clinique)

***Aux femmes en âge de procréer :**

•Utilisation des services de santé : CPN, Planification familiale

•Accouchement en milieu médical.

Bibliographie :

1-Bouvier Colle M.H

La mortalité maternelle : un aperçu sur la situation mondiale
L'enfant en milieu tropical (6-12-12) 1990 p 187-188.

2-Munur U, Karnard, Gunpuntally,

Critical ill, obstetric patients in American and Indian public hospital intensive care Med 2005; 31:94-1087.

3-Nazinibouya, Ouedraogo, Ali Niakera, André Somne, Svetlana Barro, Hamade Ouédraogo, Joachim Saou

Mortalité maternelle au Burkina-Faso.

Cahier D'étude et De Recherche Francophone (Santé Numéro 12, volume 4, 375-82, octobre-décembre 2002).

4-Pathologies obstétricales en réanimation, Des généralités aux Principes.

[Http// France elsevier .com/direct/REAURG/](http://france.elsevier.com/direct/REAURG/)

5-Déclaration commune OMS /UNICEF

Rapport sur la santé dans le monde 2005 p 5-10.

6-Munur U, Kanard, Gunpuntally,

Critical ill, obstetric patients in American and Indian public hospital intensive care Med 2005;31:94-1087.

7-Chalapeti Kao, Alan D, Lopay, Gonghua Yay, Stephen Begget Jiem

Evaluations des statistiques nationales de décès par causes: Principes et applications.

EMC (Paris-France) Anesthésie-Réanimation, tome 6,11-995.

8-F. Nicolas

Bases de la réanimation.

Ellipse/édition Marketing S.A., 1996 p 3.

9-Miller Edward D.JR, Miller Ronald D et MD

Panorama de l'anesthésie moderne, CH1, 4è édition 1996 p5.

10-Maguirada M.

Etude sur la mortalité au Mali.

Causes et facteurs de risques au CSREFCV du district de Bamako.

Thèse, Med, Bko, n° 2000.

11-Bouissou R.

Histoire de la médecine
Encyclopédie Larousse 2004 p 311.

12-Martin SR, Foley MR.

Intensive care en obstétric :an evidence-based review.
Am J obstetric Gynecol 2006;195: 673-89.

13-Hazelgrove JF, Price C, Pappa Chan VJ, Smith GB.

Multicenter study of obstétric admissions to 14 intensive care units in southern england crit care Med 2001;29: 770-5.

14-Panchal S, Anca AM, Harris AP.

Intensive care utilization during hospital admission for delivery; prevalence, risk factors and outcomes in a state wide population. Anesthesiology 2000;92: 1537-44.

15-Harmer M.

Maternal motality is it relevant? Anaesthesia 1997;52:99-100.

16-Ryan M, HamiltonV, Bowen M, Mc Kenna.

The role of a high dependency unit in a regional obstetric hospital. Anaesthesia 2000;55:1155-8.

17-Cellule de planification et statistiques enquête démographique et santé du Mali EDSIV.

18- Diallo A. et Coll.

Pratique de l'anesthésie péridurale au Mali à propos de 1780 cas.
Médecine d'Afrique noire 2000, 47(12).

19-Diadiouf F.,Diallo D.,Faye O.E

Mortalité maternelle en AFRIQUE subsaharienne: Situations et Tendances cliniques gynécologiques et obstétricales, Dakar(Sénégal)

20-A. DRAVE

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie-obstétrique de l'HN du point -G.
Thèse Med., Bko, 1996, M39.

21- Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique 5^e édition
Edition Masson, Paris, 1953; p577.

22- Geary M.

The hellp syndrom Br J obstet gynecol 1996;104:887-91.

23-Martin J N, Rinehart BK, May WL, Magann EF, Terrone DA, Blake PG.

The spectrum of severe preeclampsia: comparative analysis by hellp syndrom classification. Am J obstet gynecol 1999;180:1373-84.

24-Dounoumassou Nadine

Mortalité maternelle à la clinique universitaire de gynéco-obstétrique du CNHU
Hubert Koudougou Maga de Cotonou.

Thèse, Med, 2007 n°31 : p 11.

25-Koeberlé P, Levy A et al.

Complications obstétricales graves nécessitant une hospitalisation en réanimation : étude rétrospective sur 10 ans au CHU de Besançon (France). Annales françaises Anesthésie-Réanimation 2000 ;19 :445-51. Ed Elsevier.

26-Mahutte NG, LM Keulbeck, J Solomon et al.

Obstetric admission to the intensive care unit. From the departement of obstetric gynecology, the royal victoria and sir Mortiner B Davis Jewish general hospital, MC Gill. University, Montreal, Quebec, Canada 1999: 263-266.

27-Maghrebi H, N Akrouf, M Beloula et al.

Mortalité et Morbidité en milieu de réanimation obstétricale. Tunisie 1998, Maghreb médical N°322 fev 1998 :7-9.

28-Dao B, A Rouamba et al.

Transfert des patientes en état gravido-puerpéral en réanimation à propos de 82 cas au Burkina Faso. Editions scientifiques et médicales Elsevier . Gynécologie obstétrique et fertilité(31) 2003 :123-126.

29-Aminata Keita

Place de l'anesthésiste-réanimateur dans la prise en charge des complications obstétricales au CHU de Gabriel Toure.

Thèse Méd, 2008 n°302 :56-65.

30-Koudjou Takougoum Laurès Blaise

Etude de la mortalité maternelle dans les services de Gynéco-obstétrique et d'Anesthésie-Réanimation au CHU du point- G : à propos de 73cas.

Thèse Méd., Bamako, 2008 n°521 :44-50.

31-Faye A, Picaud A, Ogwet-Igumunu N, Nlome-NZE R.A, Nicolas PH.

L'éclampsie au CHU de Libreville, 53cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989.

Rev. France Gynécol.Obstet 1991 ; 86,7-9 :503-510.

32-Gilodes O. PH et Coll.

Utilisateurs des inhibiteurs calciques en obstétrique service de Réanimation médico-clinique du CHIC juin 2002

33-Chabaud F., Charperon J., Brunet J.P.

La mortalité maternelle en France.

Rev. France Gynécol.Obst. 1983 ;78-1 :15-33.

34-Akpadza K., Kotor, Baetas S., Adama A.

La mortalité maternelle au CHU de Tokoin 1990-1992.

Rev. France Gynécol. Obst.1994 ; 89-2 :81-85.

36-Fourier F.

Pathologies obstétricales en réanimation.

Des généralités aux principes.

SFAR 2007 publié par Elsevier Masson SAS.

37-Graham SG, Luston MC.

The requirement for intensive care support for the pregnant population.

Anesthesia 1997;44:581-584.

38- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique 6ème édition Masson, Paris, 1995,415-437.

39-Safiatou Samake

Mortalité maternelle et l'Anesthésie Réanimation dans les services de Gynécologie-Obstétrique de l'HNPG, l'HNGT et le CS Réf Com V.

Thèse Méd, 2004, 100p, n°35.

40-S. KONE

Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpéralité dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital régional de Ségou.

Thèse Méd., Bamako, 1998-1999, n°69.

41-Bagayoko N dit Seydou.

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de Gynécologie-Obstétrique de L'HGT.

Thèse de Médecine, Bamako, 2004 n°39.

42-Diallo FB

Hypertension artérielle et grossesse à la clinique de Gynéco-Obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry.

Thèse Médecine, Conakry, 2002 n°35.

Fiche de recueil de données : n° /...../...../...../...../

Année:/...../...../...../...../

A/ Données sociodémographique :

Q1-Age : (ans) /...../...../

Q2-Profession : /...../

1-Femme au foyer 2-Fonctionnaire 3-Commerçante
4-Autres (à préciser)

Q3-Résidence : /...../

1-Bamako 2-Régions (à préciser).....

Q4-Lettrée : /...../

1-Oui 2-Non 3-si oui, préciser le niveau.....

Q5-Statut matrimoniale : /...../

1-Mariée 2-Célibataire

B/ Données cliniques :

Q6-Motif d'admission : /...../

1-Crises convulsives 2-Altération de la conscience 3-Instabilité hémodynamique
4-Dyspnée 5-Hémorragie 6-Autres (à préciser).....

Q7-Référence : /...../

1-Oui 2-Non 3-Si oui, par qui.....

Q8-Durée de séjour : /...../

1- 24h 2- 48h 3- 72h
4- Plus à préciser.....

Q9-Antécédents médicaux : /...../

1-oui 2-Non 3-Si oui, préciser.....

Q10-Antécédents chirurgicaux : /...../

1-Oui
préciser.....

2-Non

3-Si oui,

Q11-Antécédents obstétricaux : /...../

1-Oui
préciser.....

2-Non

3-Si oui,

Q12-CPN : /...../

1-Oui
préciser.....

2-Non

3-Si oui,

Q13-Mode d'accouchement : /...../

1-Voie basse

2-Césarienne

Q14-Manœuvres obstétricales : /...../

1-Forceps

2-Episiotomie

Q15-Signes généraux : /...../

1-TA :.....

2-FR :.....

3-

Pouls :.....

4-OMI :.....

5-Ictère.....

6-

Autres (à préciser).....

Q16-Diagnostic retenu : /...../

1-Eclampsie

2-Etat de choc hypovolémique

3-Etat de

choc septique

4-HELLP syndrom

5-Autres (à préciser).....

Q17-Traitement reçu : /...../

1-symptomatique : a-analgésie ; b-oxygénothérapie ; c-autres (à préciser).....

2-spécifique : a-remplissage vasculaire ; b-transfusion ; c-anticonvulsivants (benzodiazépine et/ou S Mg) ; d-antibiothérapie ; e-évacuation utérine ; f-chirurgie d'hémostase ; g-anticoagulants ; h-corticothérapie ; i-quininothérapie ; j-antihypertenseur ; k-autres (à préciser).....

Q18-Accès aux médicaments : /...../

1-Parents

2-Service social

3-Kit

césarienne

Q19-Examens complémentaires : /...../

1-Faits

2-Non faits

Q20-Evolution : /...../
1-Favorable 2-Défavorable (si complications)

Q21-Types de complications : /...../
1-Neurologiques 2-Hématologiques 3-
Infectieuses
4-Cardiovasculaires 5-Néphrologiques

Q22-Devenir : /...../
1-Sortie 2-Transfert 3-Décès

FICHE SIGNALETIQUE

NOMS : MBOUTA-THOUASSA

PRENOMS : POMBO DITE JULIA

TITRE : Les pathologies obstétricales en réanimation au CHU du point-G : Morbidité et Mortalité.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Congo (Brazzaville)

LIEU DE DEPÔT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEURS D'INTÉRÊT : Anesthésie-Réanimation.

RÉSUMÉ :

L'admission fréquente et croissante des femmes enceintes ou en post-partum en réanimation, généralement dans un tableau clinique grave a motivé l'initiation de cette étude sur la morbidité des pathologies obstétricales.

L'objectif principal était d'analyser la morbidité des P.O. en réanimation au CHU du point-G.

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les P.O en réanimation, du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008. Elle concernait toutes les patientes en période gravido-puerpérale admises dans le service d'Anesthésie-Réanimation au CHU du point-G.

La tranche d'âge prédominante était celle 14 à 19 ans et que 59,8% étaient primipares puis 55,2% primigestes. Le bas niveau d'instruction, la catégorie socioprofessionnelle basse (aide-ménagères), retard dans la référence et les CPN de qualité médiocre constituaient des facteurs pronostics des P.O.

Nous avons colligé 107 cas des P.O sur 2641 hospitalisations soit un taux de létalité de 22,42%.

Les principales pathologies trouvées ont été : hypertensives (61,7%), hémorragiques (17%), infectieuses (9,3%), cardiorespiratoires (0,9%), Autres (10,9%).

La baisse de cette létalité passe par l'éducation à la santé de reproduction, l'amélioration de la qualité des CPN et celle des soins obstétricaux d'urgence.

Mots clés : Pathologie obstétricale-Réanimation-Morbidité-Mortalité

Serment d' Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !