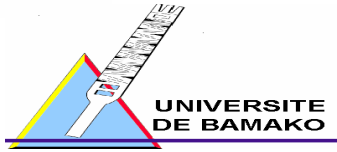


**Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique**



UNIVERSITE
DE BAMAKO



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2009-2010

N°

Titre

**L'ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE AU COURS DU
TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE-II DU
DISTRICT DE BAMAKO
(à propos de 200 cas).**

Thèse

**Présentée et soutenue publiquement le .../.../ 2010
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'Odonto-stomatologie**

Par Mr. Yacouba BAGAYOKO

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

Jury

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membres : Dr. Bouraima MAIGA

; Dr. Youssouf TRAORE

Directeur de thèse: Professeur SY ASSITAN SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 - 2010

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique (en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

Evaluation de l'Administration de l'Oxytocine au cours du travail d'accouchement
CSRéf C-II de Bamako

Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Mohamed KEITA

Chirurgie Thoracique
Anesthésie – Réanimation
Chirurgie Générale
ORL

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladjï Seydou DEMBELE
Mr Ibrahim TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE
Mme Fadima Koréïssy TALL
Mr Mohamed KEITA
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE
Mr Yacaria COULIBALY
Mr Seydou TOGO
Mr Tioukany THERA
Mr Oumar DIALLO
Mr Boubacar BA
Mme Assiatou SIMAGA
Mr Seydou BAKAYOKO
Mr Sidi Mohamed COULIBALY
Mr Japhet Pobanou THERA
Mr Adama GUINDO
Mme Fatimata KONANDJI
Mr Hamidou Baba SACKO
Mr Siaka SOUMAORO
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
Mr Drissa TRAORE
Mr Bakary Tientigui DEMBELE
Mr Koniba KEITA
Mr Sidiki KEITA
Mr Soumaïla KEITA
Mr Alhassane TRAORE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie (**en détachement**)
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
ORL-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Thoracique et Cardio Vascul
Gynécologie
Neurochirurgie
Odontostomatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
ORL
ORL
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

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

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Souleymane DIALLO

Pneumo-Phtisiologie (**en détachement**)
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Pneumologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Saïia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Soun calo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

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

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

BISMILLAHI RAHMANI RAHIMI

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 à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU. Je dédie ce travail

A mon père feu Kodialy BAGAYOKO

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, du respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Je te suis reconnaissant pour toute ta confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Merci Boua ! Pour ce que tu as fait pour moi. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Le destin a voulu que tu ne participes pas à la récolte des fruits murs de l'arbre que tu as planté je t'aime Boua et dors en paix.

A ma mère feu Salimata KANTE

La plus gentille de toutes les mamans je te suis redevable de la chose la plus importante qui soit « la vie ». En effet c'est à toi que Dieu a confié cette lourde tâche. Tu as pris soin de nous. Tu nous as toujours protégés. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable, tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne

m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices.

A ma grande sœur Tenin BAGAYOKO

Grande sœur c'est la langue de Molliere qui me permet de t'appeler ainsi sinon tu es un second père pour nous. Les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos cotés, mes frères, mes sœurs et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es une travailleuse acharnée, rigoureuse et exigeante envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne nous ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour toutes nos familles.

Sache que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Je profite de l'occasion pour te dire pardon ! Pardon ! Pour toutes les fois où je n'ai pas été à la hauteur de tes souhaits.

Au nom de toute ma famille, je te dis encore merci. Que DIEU te bénisse.

AMEN !!

A mes grands parents :

Le fruit dont l'entretien vous a fait tant souffrir a muri , et DIEU en a décidé autrement pour la cueillette. Que cet entretien vous soit récompensé par le paradis. Dormez en paix, que la clémence et la miséricorde d'ALLAH vous accompagnent.

A mes oncles:

Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Rigoureux, simple, gentil et aimable. Merci pour vos conseils précieux et votre encadrement.

Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude. Que Dieu vous protège.

A mes tantes:

Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous vous êtes souciés de mon avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour moi, vos conseils vos bénédictions et votre soutien perpétuels, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer.

A ma fiancée Djénéba Coulibaly

Merci de m'avoir accordé ton estime, ta confiance, ton profond et sincère amour. Tu as fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Je remercie Dieu chaque jour pour t'avoir envoyée vers moi, sans toi je n'y serai pas arriver Que Dieu te bénisse et raffermisse notre union sacrée pour toute la vie.

Remerciement

A tous les enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire : je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Au Professeur SY Aïda SOW

Nous ne pouvons que vous appeler « tanti » à cause de tout ce que vous représentez pour nous. Vous êtes un exemple de générosité, de travailleuse et vous avez une grande capacité d'écoute si bien que parfois avant de vous parler vous sembliez avoir tout compris. Tout petit je rêvais d'être médecin, votre rencontre a amélioré mon rêve. Merci « tanti. »

A Docteur Fane, Sory

Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude.

A Docteur Moussa Konaté

Tous nos sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez.

A tous le personnel du CSREF Commune II:

Particulièrement les sages femmes : Mme Sountoura, Mme Diarra Hamisa, Mme Sow Mariam Sow, Mme Bagayoko, Mme Traoré Penda, Mme Sanogo, Mme Samaké Henriette, Mme Diarra Kamissa.

Aux étudiants faisant fonction d'interne spécifiquement à mon équipe de garde Thiam, Awa, Boureïma Koné, Fofana, Niambelé merci pour la franche collaboration

Aux gynécologues obstétriciens et médecins en formation de spécialisation en gynécologie et obstétrique: Keita Mamadou, Macalou, Fomba, Koné, Diaby, Bagayoko, Issa Diarra merci pour la formation reçue à vos cotés.

A mes grand frères et sœurs :

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères et sœurs. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués, mais il vous revient de plein droit car vous m'avez toujours soutenu dans mes hauts et mes bas. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, la franchise, l'union, la compassion, que nous nous portons sont vraiment un don de l'éternel. Le conseil que je peux vous donner c'est de vous mettre sur la voie de l'instruction avec beaucoup de Courage et de détermination. Vous êtes adorables.

A mes neveux:

Votre optimisme votre confiance vos conseils ont fait de moi un combattant acharné, recevez ici notre profonde reconnaissance.

A mes cousines:

Votre amour, encouragement, sensibilité ne m'ont jamais fait défaut. Qu'ALLAH vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagés

A mes amis Moise, Issa, Dramane, Kourouté, Issa Maiga, Cheick, Aly coulibaly, Nenefing, Niama

C'est une fierté pour moi de vous avoir comme amis de tous les jours, votre soutien moral, matériel et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ici ma profonde gratitude. Ce travail est le fruit de notre effort conjugué.

Qu'ALLAH vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagés.

A tous ceux que j'ai omis de citer

A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit.

A Toi qui utilisera un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu as besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif Diakité

- ◆ Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie
- ◆ Gynécologue Obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré.

Cher maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

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

Honorable Maître, votre probité morale, votre l'honnêteté, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la vie humaine, votre sens social élevé, votre rigueur, votre faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin. Merci pour votre disponibilité au quotidien. Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Bouraïma MAÏGA

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

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et pédagogiques expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Youssouf Traoré

- ◆ Gynécologue obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.
- ◆ Maître assistant à la FMPOS.
- ◆ Secrétaire Général de la SOMAGO.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faites en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un Maître exemplaire. Recevez cher Maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur Sy Assitan Sow

- ◆ Professeur honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté de Médecine Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'Université de Bamako;
- ◆ Chef du service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune-II;
- ◆ Chevalier de l'Ordre National du Mérite de la Santé.
- ◆ Présidente de la SOMAGO

Cher Maître,

Vous nous avez accueillis et traités dans votre service comme un fils, vous nous avez accordé votre confiance en nous donnant ce travail, femme de science que vous êtes, vous cultivez la rigueur l'honnêteté et la persévérance.

Votre sens de l'humour témoigne de votre grande simplicité, « Tanti »; c'est le jour pour nous de vous avouer toute notre joie et notre fierté d'être passés dans votre service. Permettez nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour le savoir que vous nous avez transmise. Puisse ALLAH le tout puissant vous garder encore plus longtemps auprès de nous.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BDCF	Bruit du Cœur Fœtal
CIVD	Coagulation intra vasculaire disséminée
Cm	Centimètre
Cm3	centimètre cube
CTG	Cardiotocographie
CU	Contraction Utérine
CPN	Consultation prénatale
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
DES	Diplôme d'étude spécialisée
HRP	Hématome Rétro-Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
IOTA	Institut Ophtalmologique Tropicale Africaine
IM	Intramusculaire
IV	Intraveineuse
IVD	Intraveineuse directe
ml	millilitre
mlU	milli unité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POS	Pouvoir Ocytocique Sérique
PEV	Programme élargi de vaccination
PTME	Prévention de transmission mère enfant
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RU	Rupture Utérine
SFA	Souffrance Fœtale Aiguë
TV	Toucher Vaginal
TA	Tension Artérielle
UI	Unité Internationale

Sommaire

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	xvi
INTRODUCTION	1
OBJECTIF	4
GENERALITES	5
METHODOLOGIE.....	44
RESULTATS	54
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	66
CONCLUSION.....	72
RECOMMANDATIONS.....	73
REFERENCES	75
ANNEXES.....	1

INTRODUCTION

La maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile ; qui constituent l'une des priorités d'aujourd'hui [31].

Dans de très nombreux pays en voie développement en général et africains en particulier, un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement précaires liées à :

- ↳ La pratique des gestes obstétricaux inappropriés et incommodes par les agents de santé en charge des grossesses et accouchements dans les centres de santé périphériques.
- ↳ L'inaccessibilité géographique et financière des centres de santé.
- ↳ Les défaillances des systèmes de référence/ évacuation.

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée révolues) [23]. Lorsqu'il se fait sous la seule influence de la physiologie, l'accouchement est dit naturel ; sinon il est dit dirigé. Au cours de l'accouchement dirigé, beaucoup de thérapeutiques médicamenteuses peuvent être utilisées, entre autres l'ocytocine.

L'ocytocine est un polypeptide formé de 8 acides aminés. Elle est synthétisée au niveau des noyaux supra optiques et paraventriculaires de l'hypothalamus [1], transportée puis stockée au niveau de la posthypophyse qui la libère dans la circulation sanguine [13]. Elle augmente l'intensité et la fréquence des contractions utérines au cours de l'accouchement, raccourcit la durée du travail

d'accouchement, la période de la délivrance et limite les risques d'hémorragie de la délivrance.

L'administration de l'ocytocine s'est généralisée au cours de l'accouchement dans nos maternités.

Une étude multicentrique faite par Decam.C et collaborateurs [6] en 1999 en Afrique de l'Ouest a montré que le taux de prescription de l'ocytocine est de 5,7% au Niger ; 10,5% au Burkina-faso ; 19% au Sénégal ; 13% en Mauritanie et 3,5% en Côte d'Ivoire.

Au Mali, la même étude montre un taux de 26,1% supérieur à la moyenne des 5 pays cités (10,4%). Cette administration est de plus en plus importante puisqu'une étude effectuée par Koné L. [15] en 2001, indique un taux de prescription de 62%.

L'administration de l'ocytocine exige une surveillance constante clinique et électronique. Le monitoring électronique par le cardiotocographe permet la meilleure surveillance. Au Mali, seule l'appréciation subjective par le praticien des BDCF, du partogramme et la quantification des CU restent les moyens de surveillance le plus employés. L'administration de ce médicament pendant l'accouchement n'est pas anodine. En effet elle peut entraîner des complications maternelles et fœtales : hypercinésie de fréquence et d'intensité, hypertonie utérine, la SFA, la mort fœtale. Cependant la complication majeure reste maternelle à savoir la rupture utérine avec possibilité de décès maternel.

C'est ainsi qu'en considérant la prescription presque systématique de l'ocytocine au cours des accouchements, la mauvaise utilisation et la mauvaise surveillance de ce produit au Mali, nous nous sommes proposés d'évaluer l'administration de ce médicament à

la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako tout en sachant que la dose rationnelle des ocytociques au Mali est instaurer dans le dit centre. Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIF

Objectif général

Evaluer l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement.

Objectifs spécifiques

- 1) Déterminer la fréquence de l'administration de l'ocytocine ;
- 2) Déterminer les indications ;
- 3) Décrire les modalités de surveillance ;
- 4) Décrire les complications maternelles et fœtales liées à l'administration de l'ocytocine.

GENERALITES

1 RAPPEL ANATOMIQUE

❖ LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES DE L'UTERUS LIEES A LA GROSSESSE

L'utérus subit au cours de la grossesse d'importantes modifications qui portent à la fois sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Les trois parties anatomiques de l'utérus sont : le corps utérin, l'isthme utérin et le col utérin. L'isthme se développe dans les trois derniers mois de la grossesse et forme le segment inférieur de l'utérus.

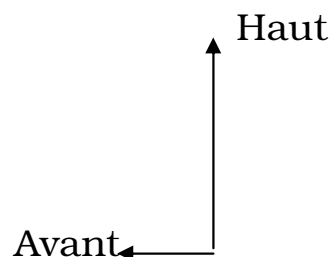
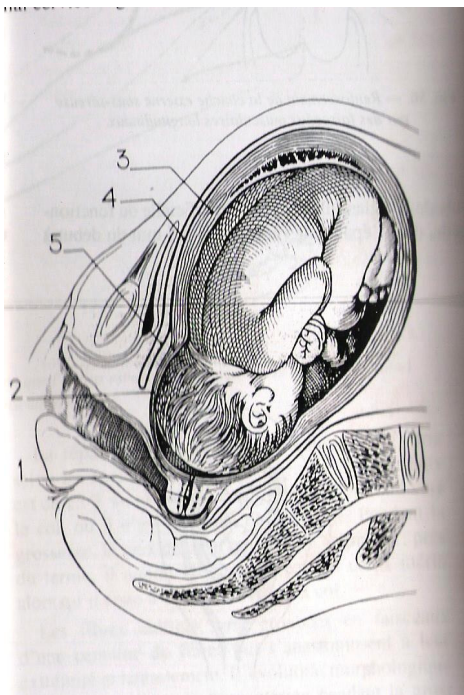


Schéma de l'utérus gravidique avec ses trois parties [23].

- 1) col utérin
- 2) segment inférieur de l'utérus
- 3) corps utérin
- 4) péritoine adhérent
- 5) péritoine décollable

1.1 LE CORPS DE L'UTERUS

L'anatomie macroscopique on note :

- 1) Une augmentation progressive du volume, augmentation plus marquée au fur et à mesure que la grossesse avance. La forme de l'utérus change également sphéroïde au début de la grossesse, l'utérus devient ovoïde par la suite avec une extrémité qui devient grosse vers la vingtième semaine. Ainsi les dimensions suivantes peuvent être considérées

Tableau 1.1 : Dimensions de l'utérus gravidique et non gravidique

Etat de l'utérus	Dimensions	
	Hauteur	Largeur
Utérus non gravidique	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

- 2) Une augmentation de poids de l'utérus qui fait que ce dernier passe de 50 grammes (utérus non gravide) à 900 voir 1200 grammes (utérus gravide à terme).
- 3) La capacité du muscle passe de 2 à 3 ml (utérus non gravide) à 4-5 litres (utérus gravide à terme).

- 4) L'épaisseur des parois s'hypertrophie, puis s'amincit progressivement en proportion avec la distension de l'organe. A terme, leur diamètre est de 8 à 10 mm au niveau du fond utérin, 5 à 7 mm au niveau du corps.
- 5) La consistance de l'utérus non gravide est ferme alors que le muscle utérin se ramollit pendant la grossesse.
- 6) La position pelvienne de l'utérus pendant les premières semaines de la grossesse change progressivement. Progressivement le fond utérin déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^{ème} mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre, à terme, l'appendice xiphoïde [35].
- 7) L'antéversion utérine est conservée ou même accentuée au début de la grossesse, l'utérus s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale antérieure. A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de l'état de la paroi abdominale. Sur le plan frontal le grand axe utérin s'incline en général du côté droit, plus rarement du côté gauche. L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite. Cette rotation oriente la face antérieure de l'utérus en avant et à droite.
- 8) Les rapports de l'utérus au début de la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de celle-ci ; mais à terme, l'utérus est abdominal. Ainsi il se présente :
 - ↪ En avant, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, il entre en rapport avec la vessie lorsque celle-ci est pleine ;

- ↪ En arrière l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêles ;
- ↪ En haut, le fond utérin soulève le côlon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes ;
- ↪ A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;
- ↪ - Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le côlon ascendant ;
- ↪ Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au côlon descendant.

1.2 LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide, située entre le corps utérin et le col utérin. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les derniers mois. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

❖ Physiopathologie du segment inférieur de l'utérus

L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation.

Sa physiologie qui est liée à sa situation, à sa date de formation et à sa texture qui est celle d'un organe passif qui se laisse distendre, situé comme amortisseur entre le corps et le col.

Au point de vue pathologique, il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : c'est sur lui que s'insère le placenta praevia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

❖ **Historique de l'accouchement [35]**

Depuis la nuit des temps, l'accouchement est considéré comme un évènement à risque. SORANUS D'EPHESE (2^{ème} Siècle de notre ère) fut considéré comme le père de l'obstétrique : il démontra que le fœtus est propulsé non par ses efforts propres mais par les contractions utérines et inventa la « Version podalique » qui resta pendant 17 siècles la principale opération obstétricale.

A la fin du 16^{ème} siècle, Peter CHAMBERLAIN inventa une pince : le forceps, capable de saisir la tête fœtale et de l'extraire hors de la filière génitale.

Vers 1750, le forceps fut allégé par Williams SMELLIE (Edimbourg) et André LEVRET (Lyon).

La césarienne post-mortem était pratiquée à Rome et continua de l'être dans l'occident chrétien.

La péritonite a longtemps été le risque principal de l'accouchement même normal. Elle devint un fléau après 1830 : les épidémies de fièvre puerpérale décimèrent les maternités des grandes villes.

La croisade menée par Ignace SEMMELWEIS (Pest) et surtout les 30 années de lutte patiente conduite par Stéphane TARNIER de 1858 à 1888 parvinrent à imposer la propreté et l'usage des antiseptiques dans les maternités.

La mesure de l'acidité du sang fœtal (SALING, BERLIN G 1969) donne un moyen nouveau d'apprécier l'état du fœtus au cours du travail.

2 RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

2.1 L'ACCOUCHEMENT NORMAL

a.) Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée révolues) [23].

L'expulsion de l'œuf avant le terme de 6 mois est un avortement. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit entre 28 semaines (196 jours) et 37 semaines (259 jours) de la grossesse, il est dit prématuré [23].

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. Il est dit programmé quant il est provoqué sans indications pathologiques. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous influence de la seule physiologie. Il est artificielle quant il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire.

b.) Evolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend 3 périodes.

b1.) Effacement et dilatation du col

Cette période est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences puis se termine lorsque la dilatation du col est complète. Cette période comprend entre autres :

↳ Le début du travail : en général franc, parfois insidieux, il est marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare. L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres, parfois sanguinolentes, traduisant la perte du bouchon muqueux, est lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

↳ Les contractions utérines du travail : elles sont involontaires, intermittentes et rythmées. Elles sont progressives dans leur durée, totales se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse. Elles sont douloureuses. La douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaire, plus pénible et plus rebelle aux actions antalgiques, et est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical troublé.

Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère. La palpation de l'abdomen apprécie les modifications de l'utérus, le corps utérin devient cylindrique, son grand axe se redresse et se rapproche de la paroi abdominale antérieure. Surtout, il se durcit

progressivement, ne permettant plus de percevoir les parties fœtales. L'utérus s'assouplit après la contraction, rendant à nouveau possible la perception du fœtus.

Pendant la contraction, les bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

Les effets de la contraction utérine sont nombreux :

- ↳ effets sur le corps utérin ;
- ↳ le col ;
- ↳ le segment inférieur.

Sur le plan clinique, les modifications du col utérin et du pôle inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

* **l'effacement du col**

Le col, qui a gardé tout (3 à 4 cm) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse raccourcit progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse, sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. Le degré d'effacement se mesure en centimètre du col restant. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord mince et régulier.

* **la dilatation**

Sa marche n'est pas régulière, plus lente au début qu'à la fin. Il faut autant de temps pour passer de 1 à 4 cm de diamètre que de 4 cm à la dilatation complète (10 cm). La dilatation est plus rapide chez la multipare que chez la primipare. Elle est accélérée aussi après la rupture des membranes. On peut ainsi diviser la courbe de la dilatation en deux phases :

- 1) La première jusqu'à 3 cm appelée phase de latence. Elle est en général lente.
- 2) La deuxième phase appelée phase active est une phase de dilatation rapide. Au voisinage de la dilatation complète, elle se ralentit souvent.

* **la formation de la poche des eaux**

La poche des eaux est la portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée : la poche des eaux, lisse au toucher.

Plus la présentation est dystocique, plus la poche est bombante, prête à se rompre. Sa rupture est due à l'élévation de la pression intra-ovulaire, donc à la contraction utérine. Spontanée ou artificielle, la rupture laisse s'écouler le liquide amniotique, d'aspect opalescent.

En général, pendant le travail, dans la présentation du sommet, on observe après la rupture des membranes une accélération de la dilatation.

↳ **Effets sur le mobile fœtal**

La contraction entraîne une progression du fœtus vers le bas et lui permet de franchir les étages de la filière pelvienne. La traversée de la filière comprend trois temps :

- 1) l'engagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit supérieur par le fœtus
- 2) la descente, qui s'accompagne de rotation

3) le dégagement, c'est-à-dire le franchissement du détroit inférieur par le fœtus.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile fœtal (tête, épaule, siège ou inversement).

b2.) L'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend en fait deux phases. La première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation. La seconde est celle de l'expulsion proprement dite, au cours de laquelle les poussées abdominales, contrôlée et dirigée viennent s'ajouter aux contractions utérines aboutissant à l'expulsion du fœtus.

Chez la primipare, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser 20 minutes, ceci dans l'intérêt du fœtus. Chez la multipare, elle est plus rapide, excédant rarement 15 minutes.

L'introduction de l'anesthésie péridurale, qui modifie les forces mises en jeu au moment de l'expulsion, rend cette phase moins agressive, ce qui rallonge les durées moyennes d'expulsion.

Le pronostic de l'accouchement est fonction de plusieurs facteurs :

- 1) Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare ;
- 2) L'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail ;
- 3) Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonne qualité, que le segment inférieur est mieux formé et mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume du

foetus est plus voisin de la normale, que la position du foetus est plus eutocique.

4) L'excès de longueur du travail (au-delà de 18 heures) est nuisible à la mère, plus encore à l'enfant. Son excès de brièveté expose aux lésions traumatiques cervico-périnéales, et peut aussi nuire à l'enfant.

b3.) La délivrance

Dernier temps de l'accouchement, elle est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du foetus. Elle évolue en 3 phases qui sont :

- 1) Phase du décollement : cette phase est dépendante de la rétraction utérine. Elle est provoquée par les contractions utérines.
- 2) Phase d'expulsion : sous l'influence des contractions utérines, puis de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Les membranes, entraînées à leur tour se décollent en se retournant en doigt de gant. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire. Le placenta sort par sa face foetale dans les cas d'insertion au fonds de l'utérus ou à son voisinage. Dans les cas d'insertion basse, il sort par un bord ou la face utérine ; l'hémorragie est plus importante dans ce cas.
- 3) Hémostase : elle est assurée par la rétraction puis intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par des anneaux musculaires de la couche plexiforme. Mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition sine qua non d'une hémostase rigoureuse et durable.

c.) Suites de couches

La période des suites de couche s'étend environ sur les 6 semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation ou « retour de couche », sauf dans les cas d'aménorrhées physiologiques des nourrices. A cette époque, l'organisme a retrouvé son équilibre de non gravidité et généralement le retour de l'ovulation rend possible une nouvelle grossesse.

Les suites de couches sont marquées par l'évolution des organes génitaux vers leur configuration et leur situation de non gravidité et par l'établissement de la lactation.

2.2 Les pathologies de l'accouchement

Dans le mécanisme général de l'accouchement, interviennent successivement une force motrice représentée par les contractions utérines ; le fœtus ; une succession d'obstacles au nombre de trois (le col, le bassin et le périnée) [38]. Nous retiendrons comme pathologies les dystocies et les hémorragies obstétricales graves.

2.2.1 Les dystocies

a.) Définition

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [23].

b.) Dystocies maternelles

En pratique courante, sont les plus importantes. L'on distingue :

b1.) La dystocie dynamique

Elle comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Ces anomalies peuvent se classer en 5 groupes :

- 1) les anomalies par défaut de la contractilité ou hypokinésies : elles portent sur les contractions elles mêmes. Elles peuvent être caractérisées par un défaut d'amplitude, par un espacement excessif de la fréquence des contractions ou par ces 2 anomalies associées, réalisant alors l'inertie utérine. Ces défauts de contractilité s'observent surtout chez la multipare [19].
- 2) les anomalies par excès de la contractilité ou hyperkinésies : elles réalisent un excès d'intensité ou de la fréquence des contractions utérines. Associées l'excès d'intensité et de la fréquence, constituent l'hyperkinésie totale. C'est souvent le premier stade de la « tétanisation utérine ».
- 3) les anomalies par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonies : plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec les états pathologiques différents (l'hypertonie par distension, par hyperkinésie, hypertonie isolée). La plus caractéristique est l'hypertonie par contracture telle qu'on l'observe dans l'hématome rétroplacentaire (HRP).
- 4) Les anomalies par arythmie contractile : elles sont caractérisées par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence [23].
- 5) Les anomalies par inefficacité d'une contractilité apparemment normale : la contraction utérine est cliniquement normale mais l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.
- 6) Clinique : le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes de travail et principalement

de la dilatation du col. Cette anomalie se rencontre dans deux circonstances différentes :

7) Au cours de la première phase de la dilatation du col, avant 3 ou 4 cm : c'est la dystocie de démarrage.

Il s'agit le plus souvent des primipares n'ayant subi aucune préparation psychophysique. La rupture des membranes a été prématurée ou précoce. Cliniquement, les contractions semblent normales, mais dans leur intervalle persiste un état permanent d'endolorissement avec irradiations postérieures lombo-sacrées, ce qui fait dire selon la vieille expression « accoucher par les reins ». Le travail est mal supporté, la femme est agitée. Au toucher vaginal, le col donne une impression d'absence de maturité, il reste dur et épais. Le segment inférieur est mal formé, mal accommodé à la présentation qui reste élevée.

Le diagnostic différentiel avec un faux travail est parfois difficile.

Le pronostic est généralement bon. Sous l'effet du traitement, le travail franc finit le plus souvent par s'installer.

Au cours de la deuxième phase de la dilatation, au-delà de 4 cm, la dystocie dynamique relève généralement d'une disproportion foeto-pelvienne ou d'une mauvaise accommodation de la présentation.

La progression jusqu'alors régulière du travail s'arrête ou se poursuit d'une manière anormalement lente, traînante [23].

Tantôt ces contractions sont normales, suivies ou non d'un bon assouplissement utérin. La femme supporte mal les contractions, se fatigue et s'agite.

Tantôt les contractions utérines douloureuses deviennent de plus en plus pénibles, elles perdent leur caractère d'intermittente et

deviennent continues avec des exacerbations rythmiques. Le relâchement est de moins bon, sur un fond de tension douloureuse permanente. Au toucher vaginal, la présentation reste élevée, au dessus du détroit supérieur. Signe important, le segment inférieur est d'abord mal formé, sans contact étroit avec la présentation.

La mauvaise évolution de l'accouchement s'objective sur le diagramme par la courbe de dilatation qui reste stationnaire, en plateau pendant plus de 2 heures, associée ou non à des anomalies de contractilité sur le tocogramme.

La surveillance du fœtus est essentielle. Le liquide amniotique peut se teinter par émission du méconium. Les signes de souffrance fœtale apparaissent sur le rythme cardiaque fœtal.

Sous l'influence du traitement, l'évolution est souvent favorable. En l'absence du traitement, apparaissent des modifications cervicales : œdème mou, puis dur. Cet état aboutissait autrefois soit à des ruptures du col soit même à sa déchirure circonférentielle « en bobèche ».

D'autres lésions des parties molles s'ajoutaient parfois aux lésions cervicales [23].

b2.) Formes étiologiques

- 1) Le syndrome de Schickelé : caractérisé par la formation d'un anneau cervical rigide. Dans l'intervalle des contractions, l'orifice cervical reste tendu, comme cerclé par un fil de fer. Au moment de la contraction, toute la région cervicale devient tendue et douloureuse. Cet état peut se prolonger, mais finit généralement par céder au traitement ; alors le travail se termine dans de court délais.

- 2) La dystocie par hypertonie localisée de Demelin : caractérisée par la formation d'un anneau musculaire occupant en général une dépression de la surface fœtale, le sillon du cou le plus souvent. La dilatation cesse de progresser, le relâchement utérin est médiocre. Parfois la découverte de l'anneau de striction est tardive, au cours d'une manœuvre utérine, instrumentale ou manuelle. Elle cède parfois à de simples moyens médicaux mais peut obliger à une difficile extraction artificielle du fœtus par les voies naturelles ou même à une césarienne.
- 3) Anomalies dynamiques au cours de l'HRP : l'hypertonie utérine avec utérus de bois est un des éléments essentiels du syndrome.
- 4) L'injection inconsidérée d'ocytociques : elle peut créer la dystocie. Même avec des doses faibles en perfusion veineuse. La réaction de l'utérus est impossible à prévoir, d'où la règle de toujours débiter une perfusion à de très faible débit. Le syndrome clinique est comparable à celui des dystocies par obstacle mécanique et les dangers sont les mêmes. Le fœtus en est exposé.
- 5) La dystocie osseuse : c'est la difficulté de continuer par le canal du bassin osseux au cours de l'accouchement. Elle est rare. Le rachitisme en était la plus grande cause. Il provoque des rétrécissements et des aplatissements du bassin de façon symétrique.
- 6) L'ostéomalacie et l'achondroplasie atrophient et déforment également le bassin de façon symétrique. La poliomyélite, la coxalgie, la scoliose, les fractures du bassin le rétrécissent aussi de façon symétrique. Les déformations vertébrales (lordose,

cyphose), la luxation bilatérale des hanches peuvent aussi le déformer et le déplacer.

7) La dystocie cervicale : l'obstacle ici est réalisé par le col de l'utérus. Il peut s'agir des rigidités du col dues en général à une anomalie de la contraction, d'agglutination du col, de sténose cicatricielle, d'allongement hypertrophique du col ou de fibromyome du col de l'utérus.

8) La dystocie des parties molles : elle est constituée par des obstacles au niveau du vagin (diaphragme, sténose, vaginisme, kyste) et par ceux réalisés par le périnée (étroitesse vulvaire, cicatrice de brûlure étendue, séquelles d'excision).

9) Les dystocies par obstacle praevia : réalisées lorsqu'il existe une tumeur dans la cavité du petit bassin, située au devant de la présentation et par conséquent empêche sa descente. De nombreuses tumeurs praevia peuvent aussi réaliser un obstacle absolu à l'accouchement par voies naturelles. Les plus fréquentes sont les kystes de l'ovaire et les fibromyomes mais également une tumeur osseuse ou un rein ectopique.

c.) Les dystocies fœtales

Ici, le fœtus est à l'origine des difficultés de l'accouchement. On peut noter :

1) Certaines variétés de présentation provoquent les dystocies relatives (présentation de siège, présentation de face) et des dystocies absolues (présentation du front ou de l'épaule, face en mento-sacrée).

2) L'excès de volume fœtal peut être cause de dystocie. Il peut s'agir d'un excès de volume total (gros fœtus de 4 kgs ou plus) ou d'un

excès de volume localisé (hydrocéphalie, ascite congénitale, certaines tumeurs du cou de la région sacro-coccygienne, enfin la dystocie des épaules lorsque le diamètre de celles-ci est trop importante pour le bassin).

2.2.2 Les hémorragies obstétricales graves

a.) Hémorragies de la délivrance

Définition

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500 ml) et leurs effets sur l'état général [27].

Cette hémorragie s'observe essentiellement lorsque le placenta ne s'est décollé que partiellement et lorsque, après l'expulsion du placenta, l'utérus se rétracte mal (inertie utérine) et ne peut assurer l'hémostase. Certains troubles de la coagulation individualisent un aspect particulier, l'hémorragie par fibrinolyse [21].

La rétention placentaire résulte des circonstances suivantes :

- 1) Les troubles dynamiques (inertie ou hypertonie utérine),
- 2) Les adhérences anormales du placenta,
- 3) L'anomalie morphologique placentaire,
- 4) Les fautes techniques d'ordre thérapeutique : expression utérine maladroite, application de forceps tirillant les membranes au cours de l'accouchement. Au moment de la délivrance, l'impatience peut inciter à la traction sur le cordon, à une

expression intempestive conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique.

5) Dans les cas des troubles dynamiques, l'hypertonie utérine peut être due à une mauvaise utilisation des ocytociques, notamment le surdosage ou un débit trop rapide non adapté à la réponse utérine. Cela comporte un risque de rupture utérine [7, 9, 11, 19].

L'inversion utérine est également cause d'hémorragie [30].

b.) Hémorragies par lésions génitales : les ruptures utérines

b1) Définition

Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales de l'utérus spontanées ou provoquées intéressant le corps de l'utérus gravide [23].

b2) Anatomopathologie

↳ Utérus cicatriciel

Les ruptures sur utérus antérieurement intact et sur utérus antérieurement césarisés ont des pronostics différents :

- 1) les désunions de cicatrice saignent peu car les bords sont scléreux,
- 2) les ruptures sur utérus intact sont plus hémorragiques.

↳ Sièges de la rupture

Les ruptures segmentaires sont plus fréquentes mais moins hémorragiques, sauf quand elles intéressent l'artère utérine.

↳ Ruptures tardives et précoces

A côté des ruptures tardives du 3^{ème} trimestre, les plus fréquentes, ont été décrites ponctuellement des ruptures lors

d'interruptions de grossesse du 2^{ème} trimestre surtout lorsqu'il existe des antécédents de perforations.

Rupture précoce

Etiologies : il s'agit de cas ponctuels de rupture du second trimestre. On peut citer :

- 1) les interruptions thérapeutiques de grossesse
- 2) Ces ruptures surviennent surtout lorsqu'on associe sans précaution au moins 2 agents inducteurs (le plus souvent prostaglandines et ocytociques [9]). Il faut donc respecter un certain délai (classiquement supérieur à 4 heures) avant d'associer des ocytociques lors de l'induction d'une interruption de grossesse par prostaglandines et qu'il vaut mieux éviter cette association en cas de grande multiparité.
- 3) Les ruptures liées à des anomalies de développement de la grossesse. Ces anomalies sont : le placenta accreta et les hypoplasies utérines.

Clinique

Ce tableau est très variable. Il peut être soit totalement asymptomatique et insidieux, et l'échographie transvaginale combinée à l'échographie abdominale peuvent permettre le diagnostic en montrant la rupture associée à un hématome du ligament large [16], soit franchement cataclysmique avec choc et CIVD.

Le traitement est urgent, imposant la laparotomie avec hystérorraphie ou hystérectomie en fonction des possibilités thérapeutiques du contexte clinique (âge, parité, importance des lésions, ancienneté de la rupture [9]).

Ruptures tardives

Facteurs de risque sont :

- 1) les cicatrices utérines dont la perforation utérine, la myomectomie
- 2) les manœuvres instrumentales ou intempestives,
- 3) le placenta accreta.

c.) Les hémorragies par pathologie de l'hémostase

Les pathologies incriminées sont :

- 1) l'embolie amniotique : accident très rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de délivrance, l'embolie amniotique est un syndrome de choc brutal, intense, dû au passage de liquide et de débris amniotiques dans la circulation maternelle. Il associe à de degrés variables une défaillance cardio-respiratoire aiguë, un choc intense, une hémorragie utérine et des signes neurologiques. Le tableau clinique, d'installation brutale, peut comporter quelques prodromes : un long frisson, un vomissement, une quinte de toux ou encore un malaise subit, une sensation de lassitude extrême et parfois de mort éminente.
- 2) la rétention d'œuf mort : elle correspond à la période qui va de la mort du fœtus à son expulsion. En fait, on ne parle de rétention qu'après 48 heures à partir de la mort fœtale [23].
- 3) la toxémie gravidique : c'est une pathologie qui se manifeste habituellement dans le dernier trimestre de la grossesse, frappant de préférence la primipare jeune, indemne de tout antécédent personnel et en général de tout antécédent familial de nature vasculo-rénale. Elle associe une triade : protéinurie, oedèmes, hypertension artérielle. L'évolution se fait sans séquelle vers la

guérison et sans récurrence au cours des grossesses ultérieures. Elle peut évoluer vers l'aggravation, conduisant soit à l'éclampsie, soit à l'HRP.

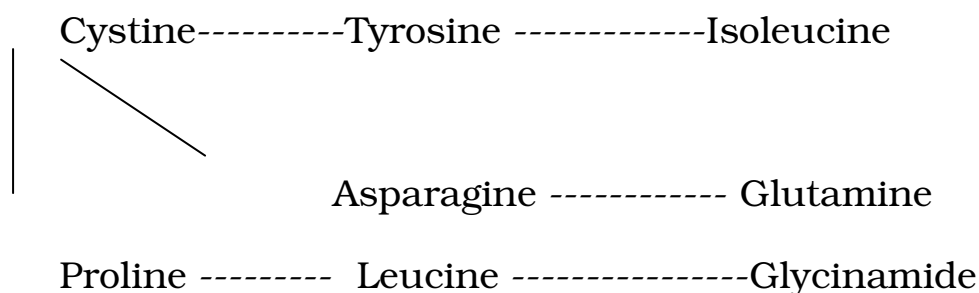
4) le décollement prématuré du placenta normalement inséré : c'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine ; cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. C'est une urgence obstétricale.

2.3 Notion générale sur l'ocytocine

2.3.1 Définition

L'ocytocine, est un polypeptide formé de 8 acides aminés. Elle est synthétisée au niveau des noyaux supra-optiques et paraventriculaire de l'hypothalamus, et transportée puis stockée au niveau de la post hypophyse qui la libère dans la circulation sanguine [1].

Structure chimique de l'ocytocine



2.3.2 Historique

L'hypophyse postérieure produit 2 hormones : la vasopressine et l'ocytocine qui ne sont cependant pas synthétisées dans les mêmes neurones.

Voeglin en 1925 a proposé la standardisation de ces produits. Il a été convenu que l'unité internationale où unité Voeglin représente l'activité contenue dans 0,5 mg d'une poudre et alors préparée dans certaines conditions avec des lobes postérieurs isolés provenant d'hypophyses de bœufs.

En 1928 on a réussi à séparer 2 fonctions distinctes : l'une uniquement ocytocique (ocytocine ou pitocine) et l'autre cumulant les effets hypertenseurs et antidiurétiques (vasopressine) [39].

Aux produits d'extraction des glandes animales qui contiennent en même temps que le principe ocytocique une certaine quantité de vasopressine, est venue s'ajouter l'ocytocine synthétique, pure de tout mélange, réalisée par Du Vigneaud et Tuppy en 1953.

2.3.3 Utilisations anciennes de l'ocytocine

Le signe de stans. Cette épreuve consiste à injecter par voie IV de pitocine à la femme supposée enceinte. Si au palper bimanuel on sent « la tumeur interne » se contracter et prendre une consistance plus dure, on se trouve vraisemblablement en présence d'une grossesse. Si « la tuméfaction » ne change pas de consistance, il pourrait s'agir alors d'une tumeur d'une autre nature : fibrome utérin, kyste de l'ovaire etc.

↳ Le pouvoir ocytocique sérique (POS) dans les menaces d'avortement

↳ Le rôle éventuel de l'hypophyse postérieure au cours de la grossesse n'a pas tardé à éveiller l'attention des chercheurs si bien qu'on a recherché le principe ocytocique dans le sang et les urines de la femme enceinte.

↳ Depuis 1949, Susser, Juret, Poli Marchetti se sont spécialement attachés à la recherche des ocytociques sériques en fonction du

déterminisme de l'accouchement et de l'avortement endocrinien spontané. Ces auteurs définissent le pouvoir ocytocique sérique comme étant : « le pouvoir excito-moteur du sérum ponctionné depuis 4 à 5 minutes, mesuré sur la corne utérine de la rate, exprimé comparativement en millième d'unités de pitocine par centimètre cube de sérum (mUI/cm³).

Suser et coll concluent que l'étude POS est partiellement utilisable dans :

↳ l'avortement endocrinien

- ❖ les hyperocytocinémies (3/4 des cas) : les oestrogènes de synthèse entraînent un abaissement rapide du taux du POS. Le pronostic de la menace d'avortement serait dans ce cas excellent [39].
- ❖ les ocytocinémies basses ou normales : le pronostic de l'avortement est beaucoup plus mauvais. Il faudra recourir aux dosages normaux habituels afin d'essayer d'en déterminer l'étiologie [39].

↳ le déclenchement du travail : étant donné les propriétés ocytociques des extraits post-hypophysaires, il était logique d'attribuer à ceux-ci un rôle dans le déterminisme de l'accouchement. C'est pourquoi ils ont été largement utilisés dans le but de déclencher le travail.

Différentes méthodes y ont recours :

→ La Technique de Watsen

Elle consiste à injecter par voie IM 4 fois 3 unités Voeglin d'ocytocine en un temps relativement court (3 heures). On y associe par voie orale 4 fois 0,25 grammes de quinine ou d'un de ses dérivés [39].

→ La perfusion par voie intraveineuse

Les anglo-saxons furent les premiers à faire recours à l'administration par voie IV d'une solution de 10UI d'ocytocine dans 500 cm³ de sérum glucosé 5%. La vitesse de perfusion est réglée à la cadence de 20 gouttes par minutes. Les premières contractions surviennent 10 à 20 minutes après, soit après une dose d'environ 0,6UI d'ocytocine. L'hypertonie se manifeste beaucoup plus rarement avec la méthode de Watsen.

2.3.4 Pharmacologie

a.) Voie d'administration

L'ocytocine est administrée par voie parentérale (IV ou IM), nasale ou buccale (absorption par la muqueuse). Par voie orale, elle devient inactive car détruite dans l'estomac et les intestins [39].

Administrée par voie sous-cutanée ou intramusculaire, l'ocytocine peut conduire à des complications : elle est brutale dans ses effets et, une fois injectée, échappe à tout contrôle. Ainsi faut-il proscrire d'une façon absolue ces modes d'administration (sous-cutanée et intramusculaire) au cours de la grossesse.

b.) Transport et métabolisme

L'ocytocine n'est pas liée aux protéines plasmatiques et elle est associée avec sa protéine spécifique : la neurophysine II. La sécrétion d'ocytocine est augmentée par stimulation du corps utérin, du vagin, du sein et est diminuée par la prise d'éthanol, ce qui explique que l'alcool ait pu être utilisé autre fois comme tocolytique en cas de menace d'accouchement prématuré.

Sa demi-vie dans le plasma est de 5 à 10 minutes. Elle est éliminée par le rein et dégradée par une aminopeptidase ou ocytocinase.

c.) Mécanisme d'action

L'ocytocine agit sur plusieurs organes, principalement sur l'utérus. Les effets de l'ocytocine sur l'utérus et de la glande mammaire résultent de la stimulation des récepteurs membranaires liés aux protéines G conduisant à l'augmentation de la concentration de calcium intracellulaire par activation de la phospholipase [1].

→ Sur l'utérus : l'ocytocine, en élevant la concentration de calcium intracellulaire, augmente la force et la fréquence des contractions. Son efficacité augmente au cours de la gestation car l'utérus devient de plus en plus sensible à sa présence. Le nombre de récepteurs à l'ocytocine de l'utérus en fin de gestation est 200 fois plus élevé que celui de l'utérus non gravide. Par ailleurs les cellules musculaires lisses de l'utérus qui en dehors de la grossesse, se contractent faiblement et d'une manière asynchrone établissent en fin de grossesse, sous l'influence des oestrogènes, de la progestérone et des prostaglandines, des jonctions fonctionnelles par l'intermédiaire de connexines, ce qui leur permet de contracter d'une manière synchrone.

→ Sur la glande mammaire : l'ocytocine contracte les canaux galactophores ce qui favorise l'éjection du lait.

→ Sur l'appareil cardio-vasculaire : à dose élevée, elle a une action vasodilatatrice.

→ Sur le système nerveux : il a été démontré que l'ocytocine améliore le comportement maternel, elle aurait de plus en plus un effet de type amnésiant.

L'ocytocine a une très faible action antidiurétique [39].

d.) Conservation de l'ocytocine

Les conditions et la durée de l'entreposage des médicaments pourraient avoir un effet sur leur efficacité ; Cependant les directives de l'entreposage des ocytociques sont les suivantes :

- 1) Conserver les ocytociques dans une température de 2-8°C à l'ombre.
- 2) Les ocytociques doivent être conservées à l'abri de la lumière dans une température de 30-50°C pour une durée ne dépassant pas 2 à 4 semaines.
- 3) Les ocytociques doivent être conservées non réfrigérées pour une durée ne dépassant pas 3 mois à 30°C ou moins à l'abri de la lumière [36].

3 INDICATIONS THERAPEUTIQUES

3.1 La dystocie dynamique

Principale indication de l'utilisation des ocytociques elle est l'anomalie la plus fréquente des troubles de l'accouchement.

Rappel : la dystocie dynamique est la conséquence d'une contractilité insuffisante, bien confirmée par la mesure de l'activité utérine [31].

Lors d'un travail normal en phase active (au delà de 4 cm de dilatation).

- 1) Les contractions surviennent à raison de 3 contractions toutes les 10 minutes [36].
- 2) A l'acmé de la contraction, l'utérus n'est pas dépressible. Les doigts ne « dépriment pas » la paroi utérine [36].
- 3) Entre les contractions, l'utérus se relâche [36].

La dystocie dynamique peut se présenter sous différentes formes :

→ La dystocie dynamique par défaut :

- 1) Hypocinésies de fréquence : se traduisent par l'espacement excessif des contractions utérines dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail,
- 2) Hypocinésies d'intensité : développent des pressions intra-ovulaire inférieures à 25mmHg.

→ La dystocie dynamique par excès :

- 1) Hypercinésies de fréquence : les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation,
- 2) Hypercinésies d'intensité : elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70 à 80 mmHg au cours de la période de dilatation et bien plus au cours de l'expulsion [23].

La dystocie dynamique par défaut est l'indication principale de l'utilisation de l'ocytocine. Une perfusion trop rapide d'ocytocine ou une injection intramusculaire d'ocytocine crée une dystocie dynamique par excès avec danger de rupture utérine [19].

Le diagnostic de dystocie dynamique doit être posé par le praticien. Il est clinique, en l'absence de possibilité d'enregistrement cardio-tocographique.

La dystocie dynamique, par perturbation des contractions utérines doit être différenciée de la dystocie mécanique, par obstacle à la progression du mobile fœtal. Mais il faut toujours se méfier de l'existence d'une dystocie mécanique, sous-jacente à une dystocie dynamique.

3.2 Prévention de l'hémorragie de la délivrance

L'injection d'ocytocine se fait alors au moment du passage des omoplates à la vulve : une ampoule (5UI) en IM ou IVD ou accélération de la perfusion placée pendant le travail (délivrance dirigée).

3.3 Traitement de l'hémorragie de la délivrance

L'ocytocine sera administrée après s'être assuré que l'utérus est vide, en perfusion, en IV ou en intramural.

3.4 Stimulation de la sécrétion lactée

Elle nécessite une administration de syntocinon spray nasal 40UI par ml [39].

3.5 Césarienne

L'administration de l'ocytocine permet l'obtention d'une bonne rétraction utérine immédiatement après la naissance de l'enfant [7].

3.6 Déclenchement artificiel du travail

Cette indication est réservée à l'obstétricien. En cas de pathologie grave chez la mère, après s'être assuré de la maturité du fœtus, l'obstétricien peut décider de déclencher le travail par une

perfusion d'ocytocine [36]. Ce déclenchement sera fait sous surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines pendant tout le travail.

3.7 Evacuation d'une grossesse molaire

La perfusion d'ocytocine sera placée lors du curetage évacuateur effectué par un opérateur qualifié et avec possibilité de transfusion sanguine [36]. Il s'agira en fait d'une aspiration associée à un curetage (à la curette mousse) sous perfusion d'ocytocine.

3.8 Test au syntocinon

En cas de grossesse à risque, l'obstétricien peut « tester » la possibilité d'accouchement par voie basse en étudiant la réactivité du fœtus à une perfusion d'ocytocine [36].

3.9 Au cours de l'épreuve du travail

La perfusion d'ocytocine a son utilité en supprimant l'anomalie contractile si fréquente en pareil cas. Elle favorise les conditions de l'épreuve et ainsi, la rend plus brève : avantage pour le fœtus. Elle donne plus vite les moyens de juger ; l'épreuve du travail grâce à elle, cesse d'être une méthode de pure expectative [23].

3.10 Présentation de siège

L'emploi de l'ocytocine n'est plus discuté qu'au moment de son application. Certains le restreignent à la période d'expulsion. Pour d'autres au contraire, en dehors des cas de parfaite eutocie, la perfusion d'ocytocine dans la période de dilatation, donne la clé du pronostic et du traitement, elle est systématiquement utilisée pour l'expulsion. Elle a transformé la ligne de conduite dans cette présentation et a amélioré le pronostic fœtal [23].

4 CONTRE-INDICATIONS

Elles sont classiquement divisées en contre-indications absolues et contre-indications relatives [19, 23].

4.1 Contre-indications absolues

*** La souffrance fœtale aiguë**

Elle se traduit par une bradycardie, par l'émission de méconium qui teinte le liquide amniotique donnant un liquide épais et verdâtre. Au moment de la contraction utérine, l'apport sanguin (en oxygène) au fœtus diminue et cela d'autant plus que la contraction est plus forte.

Un fœtus en souffrance fœtale aiguë qui a déjà peu de réserve ne supportera pas l'intensité des contractions sous l'ocytocine. Il risque de mourir [23].

*** La dystocie mécanique dont :**

- 1) disproportion foeto-pelvienne : (bassin généralement rétréci, gros fœtus, hydrocéphalie)
- 2) tumeur praevia
- 3) présentation vicieuse : transversale, oblique (épaule), front.

*** L'existence de certaines cicatrices utérines :**

Cicatrices de césarienne corporéale, de certaines hystéropplasties, de résection de la corne utérine, de myomectomies ayant largement ouvert la cavité utérine.

4.2 Les contre-indications relatives

- 1) Au-delà du quatrième accouchement, chez la multipare dont l'utérus est fragile, mieux vaut s'abstenir d'ocytocine. Mais on peut

admettre des exceptions, en milieu chirurgical, lorsque la dilatation est déjà avancée [23].

2) Le placenta praevia est pour beaucoup une contre-indication, même après rupture large des membranes ; se méfier d'un segment inférieur parfois rendu fragile par l'insertion des villosités choriales [23].

3) La cicatrice d'une césarienne segmentaire reste pour certains auteurs une contre-indication. Cette légitime prudence peut cependant céder à un stade avancé de la dilatation, lorsqu'on a des renseignements sur le protocole opératoire antérieur, sur les suites opératoires et les images hystérogaphiques de la cicatrice [23].

4) La toxémie gravidique sévère : prédisposition à l'embolie amniotique (mort foetale in utero, hématome rétroplacentaire, étant une

5) Prédisposition à l'embolie pulmonaire, il faut dans ce cas s'abstenir ou la faire en pesant le pour et le contre [23].

5 PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'accouchement dirigé, l'injection directe IM ou IV est contre indiquée [7, 37].

L'ocytocine administrée en perfusion veineuse exige une surveillance constante clinique et instrumentale ; c'est-à-dire la présence du médecin ou la sage-femme qui en règlera le débit suivant le rythme, l'intensité, la durée des contractions, le relâchement utérine et suivant le rythme du cœur foetal. Cela du début à la fin de l'accouchement afin de prévenir une souffrance foetale ou une hypertonie utérine, réversible à l'arrêt du traitement. Un laps de 2

heures de temps suffit à juger de son efficacité et ne doit pas être dépassé en cas d'échec.

En cas d'hémorragie de la délivrance et atonie du post-partum, il est nécessaire de s'assurer de la vacuité utérine avant d'administrer l'ocytocine.

6 INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Les prostaglandines peuvent potentialiser l'effet de l'ocytocine.

7 EFFETS INDESIRABLES

Rarement, une perfusion trop prolongée d'ocytocine peut entraîner un effet antidiurétique qui se manifeste par une intoxication par l'eau transitoire avec céphalées et nausées.

8 POSOLOGIES ET MODE D'ADMINISTRATION

Il existe plusieurs protocoles :

↳ Dystocie dynamique

Perfusion IV lente de 5 UI de syntocinon dans 500 ml de sérum glucosé isotonique 5%. La vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine en commençant par 4 à 8 gouttes par minute (correspondant à 0,5 mUI par minute) à ne pas dépasser 32 gouttes par minute [19].

Le protocole de Dublin utilise un débit initial de 7 mUI/minute augmenté toutes les 15 minutes jusqu'à un maximum de 40 m UI/minute. L'objectif, qui reste uniquement clinique, est d'obtenir une fréquence maximum de contractions de 7 en 15 minutes, et une vitesse de dilatation supérieure à 1 cm/heure [24, 25].

Le protocole de Magnin G. préconise 5UI de syntocinon dans 500 CC de sérum glucosé isotonique à 5%. Le débit de démarrage sera 5

gouttes par minute. Ce débit sera augmenté de 4 gouttes toutes les 10 minutes jusqu'à ce que les contractions utérines soient normalisées : 5 contractions toutes les 15 minutes ou 3 contractions toutes les 10 minutes. Le débit ne devra jamais dépasser 40 gouttes par minute [19, 36].

Chaque fois que cela sera possible, le rythme de la perfusion sera contrôlé par une pompe de haute précision ou à l'aide d'une montre trotteuse [36].

Un laps de temps de 2 heures suffit à juger de l'efficacité de la perfusion d'ocytocine et ne doit être dépassé en cas d'échec [23]. Si après perfusion de 500 ml (5UI d'ocytocine) les contractions régulières ne sont pas rétablies, il faudra alors interrompre cette perfusion.

Le protocole du Mali prévoit 5 UI d'ocytocine dans 500 cc de sérum glucosé et un débit de 8 gouttes par minute [15]. Le débit doit être maintenu inférieur à 30 gouttes par minute. L'administration ne se fait jamais en IM ou IVD [6].

↳ Hémorragie de la délivrance, atonie du post-partum : 5 à 10 UI par voie IM ou 5 UI par voie IV lente

↳ Césarienne : 5 à 15 UI par voie intramurale.

↳ Stimulation de la sécrétion lactée : syntocinon spray nasal à 40 UI/ml.

Une pulvérisation dans 1 ou 2 narines 2 à 5 minutes avant l'allaitement

(1 pulvérisation délivre 1,4 à 2,8 UI d'ocytocine).

9 SURDOSAGE

Le surdosage peut provoquer :

- 1) hypercinésie utérine,
- 2) une hypertonie utérine,
- 3) une rupture utérine,
- 4) une souffrance fœtale,
- 5) une mort fœtale [6].

10 PRESENTATIONS ET FORMES

Il existe :

- 1) L'ocytocine en spray nasal 40 UI/ml
- 2) L'ocytocine 5 UI/ml, solution injectable, ampoule de 1 ml, boîte de 3 ampoules est celui qu'on retrouve au Mali,
- 3) L'ocytocine ampoule de 10 UI/ml.

11 Surveillance clinique et monitoring materno-fœtal

11.1 Monitoring materno-fœtal au cours de l'accouchement

La surveillance électronique continue du travail permet le contrôle de la contractilité utérine et du rythme cardiaque fœtal (RCF).

a.) La tocographie ou surveillance des CU

Elle permet un enregistrement continu, inscrit sur un support papier pendant tout le travail.

La tocographie externe, réalisée grâce à un capteur baro-sensible maintenu par une ceinture abdominale, permet de mesurer l'intensité relative des CU, leur durée et leur fréquence. Elle reste un moyen simple et très répandu pour apprécier la dynamique des CU.

La tocographie interne nécessite un cathéter intra-amniotique relié à un capteur électronique de pression. Le cathéter doit être

installé aseptiquement après rupture des membranes, ce qui en est le principal inconvénient. Elle permet une mesure objective et précise de la pression intra-utérine permettant l'analyse des CU et l'estimation de l'activité utérine.

b.) La surveillance du RCF

La surveillance clinique, par auscultation régulière à l'aide d'un stéthoscope obstétrical de Pinard, discontinue, toutes les 15 minutes, est moins fiable et contraignante, donc difficilement réalisable en pratique [34].

La surveillance électronique continue a considérablement simplifié cette tâche, et fournit un enregistrement écrit permanent. Le RCF peut être enregistré par un capteur externe ultrasonique ou en plaçant une électrode sur la tête fœtale. La fréquence du RCF normal se situe entre 120 et 160 battements par minute, et il n'existe aucune variation liée aux CU [34].

c.) La cardiocardiographie (CTG)

Elle enregistre simultanément les CU et les RCF.

La CTG interne est réservée à certaines anomalies de la contractilité ou aux difficultés d'enregistrement correct du RCF. La surveillance cardiocardiographique s'effectue dès l'installation en salle de naissance, pendant toute la durée du travail, dilatation et expulsion comprise.

11.2 Surveillance clinique (pendant la dilatation)

a.) Surveillance générale

La présence fréquente, voire permanente d'un membre de l'équipe obstétrique soulage l'angoisse et facilite le déroulement du travail.

L'état général sera régulièrement apprécié. En particulier, on surveillera la tension artérielle (TA) et la température de la mère.

La TA sera contrôlée environ toutes les 2 heures lors d'un travail normal. Cette surveillance sera adaptée aux circonstances (HTA, hémorragie, anesthésie péridurale) ; dans ces cas, la mesure automatique de TA, de préférence avec impression des résultats est utile [26].

La température peut s'élever en fin de travail en raison de la dépense énergétique, mais elle reste inférieure à 38°C. Elle sera vérifiée au moindre doute de fièvre, surtout dans les situations à risque infectieux (rupture prématurée des membranes, travail très long, etc.).

Le liquide amniotique sera contrôlé à partir de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle. Il reste normalement clair, limpide ou opalescent. Sa coloration par du méconium vert est un signe classique de souffrance fœtale aiguë [26].

b.) Surveillance de la dilatation

Elle s'effectue uniquement par le toucher vaginal (TV), qui doit être pratiqué en dehors des CU. Lors de chaque examen, le TV doit noter :

- 4) la position du col utérin, postérieur, central ou antérieur ;
- 5) le raccourcissement et l'effacement ;
- 6) la consistance, la rigidité, la tonicité ou la souplesse ;
- 7) le degré de dilatation évalué en cm ;
- 8) l'aspect du liquide amniotique (clair, méconial, sanguinolent) si l'œuf est ouvert.

Le TV doit être réalisé dans les conditions aseptiques : lavage des mains avant chaque examen, utilisation de gants stériles à usage unique.

En pratique, un TV toutes les 2 heures avant 5 cm ou avant la rupture des membranes est recommandé, puis un TV toutes les heures ensuite.

c.) Surveillance de la présentation

Elle s'effectue essentiellement par le TV. Dès que le col est dilaté, il est facile de confirmer la présentation et sa variété de position en situant les repères caractéristiques [26]. Mais l'intérêt est de suivre la progression et la descente de la présentation. Lors de chaque TV, on note la hauteur de la présentation. Ces résultats sont aussi reportés sur le diagramme du travail.

d.) Le partogramme

C'est le diagramme où l'on enregistre l'évolution du travail par rapport au temps [17, 18, 23]. On doit donc y reporter les résultats des TV situant la dilatation cervicale et la hauteur de la présentation, ainsi que tous les événements intercurrents et les thérapeutiques employées. Il permet une vision synthétique du déroulement du travail ; l'allure de la courbe de dilatation, au fur et à mesure de l'avancement du travail est comparée à la courbe idéale, ce qui permet au clinicien d'en repérer les anomalies d'évolution ou de suivre l'effet des traitements entrepris.

L'OMS [5, 8] propose un partogramme à limites : ligne d'alerte débutant à 3 cm, selon une pente de 1cm/heure, puis une ligne d'action parallèle à la précédente 4 heures plus tard. Ces limites sont corrélées aux résultats périnataux [8]. La ligne d'alerte permet le

dépistage des dystocies, et la ligne d'action impose un geste thérapeutique. Ce partogramme est prévu pour le tiers monde.

METHODOLOGIE

1 Cadre d'étude

Le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II du District de Bamako a servi de cadre pour notre étude. Elle couvre une superficie de 17 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 km².

La commune II du District de Bamako est située :

- ✓ Au nord par le pied de la colline du Point « G » ;
- ✓ Au sud par le fleuve Niger ;
- ✓ A l'Est par le marigot de Korofina ;
- ✓ A l'Ouest par la route du Boulevard du Peuple passant par l'IOTA, traversant le Grand Marché jusqu'au Pont des Martyrs.

Elle compte 12 quartiers : Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medine coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone Industrielle, N'Golonina.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le centre fut nommée dispensaire, puis PMI (protection maternelle et infantile) jusqu'en 1998, il fut érigé en centre de santé de référence, deuxième niveau de la pyramide sanitaire, à trois niveaux. Les centres de santé communautaires (dont 5 en commune-II: ASACOH (Hippodrome), ASACOME (Médine), ASACO Benkady (Bakaribougou) ASACO (Niarela), ABOSAC (Bozola) constituent de premier niveau. Puis ce sont les centres de santé de références puis les hôpitaux nationaux.

Le centre de santé se trouve à Missira. Il comporte plusieurs services :

- ↳ l'administration ;
- ↳ la pharmacie ;
- ↳ le service d'oto-rhino-laryngologie ;
- ↳ Le service d'ophtalmologie ;
- ↳ Le service de médecine ;
- ↳ Le service d'odontostomatologie ;
- ↳ Le service de pédiatrie ;
- ↳ Le service de PEV (Programme Elargie de Vaccination)
- ↳ le service de gynéco-obstétrique ;
- ↳ le service gynéco-obstétrique occupe le rez-de-chaussée. A l'étage se trouvent l'administration et d'autres services.

Le service gynéco-obstétrique comporte :

- ↳ une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements ;
- ↳ une salle de garde pour les infirmiers et les aides soignantes ;
- ↳ un bureau pour la sage femme maîtresse ;
- ↳ une toilette interne pour le personnel ;
- ↳ une unité de planning familial ;
- ↳ une unité prénatale ;
- ↳ une unité post-natale ;

- ↳ une unité de prévention de la transmission mère enfant (PTME) ;
- ↳ une salle d'échographie ;
- ↳ une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque ;
- ↳ trois salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- ↳ une spécialiste en gynéco-obstétrique qui est le Chef du service ;
- ↳ des étudiants faisant fonction d'interne (14)
- ↳ des sages femmes dont une sage femme maîtresse;
- ↳ des infirmières obstétriciennes (2) ;
- ↳ des infirmières (14) ;
- ↳ des aides soignantes (20) ;
- ↳ des mains d'œuvres (5).

Le CSREF ou service est doté d'une ambulance assurant la liaison entre le CSREF de la commune II et les CSCOM, les CHU du Point G et Gabriel TOURE, le CNTS.

Le service de gynéco-obstétrique qui a servi de cadre pour notre étude comporte :

- ↳ Une salle d'accouchement avec 3 tables d'accouchement
- ↳ Une unité de suites de couche, de grossesses à risque et de pathologies gynécologiques
- ↳ Une unité pour le PEV
- ↳ Une unité de néonatalogie

- ↳ Une unité de planification familiale
- ↳ Une unité pour les consultations prénatales
- ↳ Une unité post opératoire
- ↳ Un bloc opératoire
- ↳ Une salle de consultation externe accolée au bureau du chef de service.

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24h/24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par la gynécologue obstétricienne deux jours par semaine (Lundi et Mercredi). Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes.

Le service est dirigé par un professeur en gynéco-obstétrique.

Les activités : un staff à lieu tous les jours à partir de 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Une visite est faite tous les jours dans les différentes unités du lundi au vendredi après le staff.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24/24 heures composée des médecins spécialistes en gynéco obstétrique des internes, d'une sage femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante et d'un manœuvre, et un chauffeur d'ambulance

2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive.

3 Période d'étude

Notre étude a duré un an allant du 10 Août 2007 au 10 Août 2008.

4 Population d'étude

4.1 Taille de l'échantillon

Notre étude exhaustive a porté sur 200 parturientes pour un nombre total de 1193 accouchements.

4.2 Critères d'inclusion

Toutes les parturientes ayant reçu une perfusion d'ocytocine au cours des deux premières périodes du travail d'accouchement dans notre service.

4.3 Critères de non inclusion

- 1) Les parturientes ayant bénéficié d'une perfusion d'ocytocine et dont l'accouchement n'a eu pas lieu dans le service.
- 2) Les cas d'administration de l'ocytocine uniquement pendant la période de la délivrance ou dans le post-partum immédiat.
- 3) Les utérus cicatriciels.

5 Collecte et supports des données

Un questionnaire individuel a été élaboré pour chaque parturiente dont les renseignements ont été recueillis à partir de :

- ↳ Carnet de CPN
- ↳ Fiches de référence/évacuation,
- ↳ Dossiers obstétricaux et partogrammes (Annexe 2)
- ↳ Registre d'accouchement,
- ↳ Registre du compte-rendu opératoire,

- ↳ Dossiers d'hospitalisation,
- ↳ Fiche de surveillance de la perfusion d'ocytocine (Annexe 3)
- ↳ Fiche d'anesthésie (pour les cas de césarienne) Annexe 4
- ↳ Fiche de référence de nouveau-né en néonatalogie (Annexe 5)

6 Variables étudiés ont été

- L'âge maternel
- La profession de la parturiente
- L'état matrimonial
- La profession du conjoint
- La parité
- La gestité
- L'âge gestationnel
- Le mode d'admission
- Les pathologies associées
- La hauteur utérine
- La hauteur de la présentation
- Le degré de la dilatation du col
- Les BDCF
- L'indication de la prescription d'ocytocine
- La voie d'administration
- Le Protocole d'administration

- Les incidents et accidents materno-fœtaux rencontrés
- La voie d'accouchement
- Le devenir du nouveau-né
- L'état de la mère après accouchement.

7 Déroulement pratique de l'étude

7.1 Le matériel :

- Table d'accouchement
- Fiche de surveillance de la perfusion de l'ocytocine (voir annexe 3)
- Fiche de référence de nouveau- né en néonatalogie (voir annexe 5)

7.2 Les moyens humains

- Un médecin (qui pose l'indication de la perfusion d'ocytocine).
- Un étudiant faisant fonction interne (qui surveille la perfusion d'ocytocine).
- La parturiente (après avis favorable).

7.3 Déroulement proprement dit de la perfusion de l'ocytocine

Une fois que l'indication de la perfusion d'ocytocine était posée et acceptée par la parturiente, nous avons procédé comme suit :

- ↳ Installation de la parturiente sur une table d'accouchement en décubitus latéral gauche
- ↳ Prise de la voie veineuse avec un cathéter G18 en général
- ↳ Mise en place du sérum glucosé 5%, 500ml plus 5UI d'ocytocine.

Nous avons débuté à 4 gouttes par minute pendant les 30 premières minutes ; puis le débit est augmenté de 4 gouttes toutes les 15 minutes (sans dépasser 32 gouttes par minute) jusqu'à l'obtention de 3 bonnes contractions utérines par 10 minutes.

- Le remplissage de la fiche de surveillance est concomitant au début de la perfusion

- Celui qui assure la surveillance de la perfusion d'ocytocine est assis sur le tabouret et doit y rester jusqu'à la fin de l'épreuve. C'est lui qui remplit la fiche de surveillance, assure la surveillance de la mère et du fœtus, la dynamique utérine et la mécanique obstétricale et rapporte tous ces éléments sur le partogramme. Il bénéficie de la supervision du médecin qui a posé l'indication de la perfusion d'ocytocine.

7.4 Terminaison :

Deux possibilités :

- ↳ Soit le travail d'accouchement se déroule normalement et l'accouchement s'effectue par voie basse (cas les plus fréquents)
- ↳ Soit le déroulement du travail d'accouchement est émaillé d'anomalies (syndrome de pré rupture utérine par exemple) et l'accouchement s'effectue par césarienne après avoir arrêté la perfusion d'ocytocine.

Nous avons maintenu la perfusion d'ocytocine pendant au moins 30 minutes après l'accouchement pour toutes les parturientes.

Les mères et les nouveau-nés étaient suivis jusqu'à leur sortie au CSREFC II.

8 Difficultés de l'étude

-Les agents de santé faisaient souvent des perfusions d'oxytocine à l'insu du reste de l'équipe de garde sans indication ni modalité de surveillance.

-La surveillance du débit de la perfusion d'oxytocine était rendue souvent difficile à cause de l'agitation de certaines parturientes au moment des contractions utérines dérégulant ainsi le débit de la perfusion.

-La confirmation de certaines indications de la perfusion d'ocytocine au cours de notre étude restait difficile, notamment l'hypocinésie d'intensité, car nous ne disposons pas de tocographe.

9 Définitions opératoires

-**Gestité** : nombre de grossesse

↳ **Primigeste** : une grossesse.

↳ **Paucigeste** : deux à trois grossesses.

↳ **Multigeste** : quatre à cinq grossesses.

↳ **Grande multigeste** : six grossesses et plus.

-**Parité** : nombre d'accouchement

↳ **Nullipare** : zéro accouchement.

↳ **Primipare** : un accouchement.

↳ **Paucipare** : deux à trois accouchements

↳ **Multipare** : quatre à cinq accouchements

↳ **Grande multipare** : six accouchements et plus.

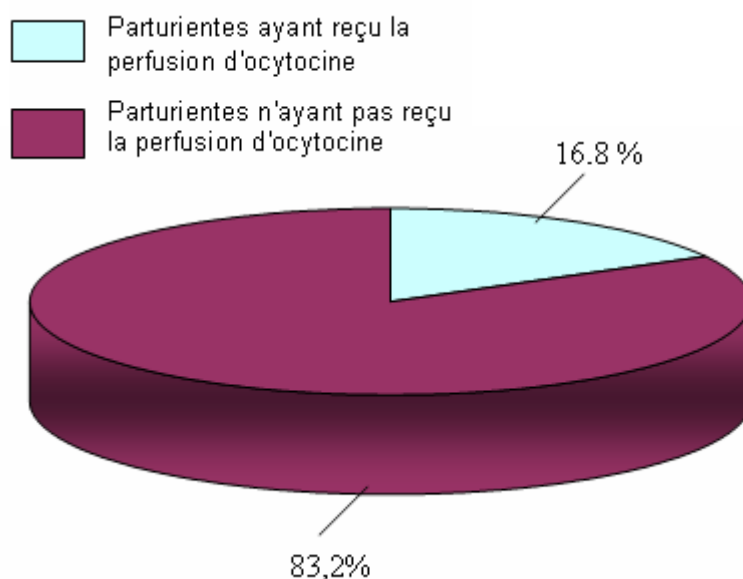
10 Analyse et traitement des données

L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS 13.0 for Windows. Le logiciel Microsoft Excel 2003 a été utilisé pour la saisie des questionnaires.

RESULTATS

1 Fréquence

Durant la période d'étude nous avons enregistré 1193 accouchements, dans la même période nous avons inclus 200 parturientes qui ont reçu l'ocytocine dans les premières périodes du travail d'accouchement soit une fréquence de 16,8%.



2 Caractéristiques socio démographiques

2.1 Age

Tableau 2.1: Répartition des parturientes selon l'âge

Tranches d'ages (ans)	Effectif	Pourcentage
15-19	49	24,5
20-30	119	59,5
31- 41	32	16,0
Total	200	100,0

Age moyenne : $24,47 \pm 0,443$

Médiane : 24 ans

Extrêmes : 15 et 41 ans

La tranche d'âge 20–30 ans est la plus représentée 59, 5 %

2.2 Profession

Tableau 2.2 : Répartition des parturientes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	100	50,0
Fonctionnaire	41	20,5
Aide ménagère	39	19,5
Etudiante	20	10,0
Total	200	100,0

Les femmes ménagées sont les plus représentées 50%.

2.3 Statut matrimonial

Tableau 2.3 : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	161	80,5
Célibataire	29	14,5
Veuve	10	5,0
Total	200	100,0

Les femmes mariées sont les plus représentées 80,5%.

3 MODE D'ADMISSION

Tableau 3.1 : Répartition des parturientes selon les modes d'admissions

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	28	3
Référée	6	14
Venue d'elle-même	166	83
Total	200	100

Les femmes venues d'elles mêmes sont les plus représentées 83%

Tableau 3.2 Répartition des parturientes selon le motif de référence/ d'évacuation

Motif de référée/ Evacuée	Effectif	Pourcentage
Refus de pousser	17	50,0
Présentation de siège	5	14,7
Grossesse multiple	5	14,7
Mort foetal	4	11,8
Métrorragie/grossesse	3	8,8
Total	34	100,0

4 ANTECEDENTS

4.1 Antécédents médicaux

Tableau 4.1 : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	192	96,0
H T A	8	4,0
Total	200	100,0

Les femmes qui n'ont aucun antécédent médical sont les plus représentées 96%

5 Gestité

Tableau 6.1 : Répartition des parturientes selon les gestités

Gestité	Effecti	Pourcentage
Primigeste	51	25,6
Paucigeste	92	46,0
Multigeste	37	18,6
Grande multigeste	20	10,1
Total	200	100,0

Les pauci gestes sont les plus représentées 46%,

6 Parité

Tableau 7.1 : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	56	28,0
Primipare	62	31,0
Pauci pare	51	25,5
Multipare	19	9,5
Grande multipare	12	6,0
Total	200	100,0

Les primipares sont les plus représentées 31%,

7 Nombre de CPN

Tableau 8.1 : Répartition des parturientes selon le Nombre de consultation prénatal

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	16	8,0
1-3	81	40,5
≥ 4	103	51,5
Total	200	100,0

Les femmes qui avaient fait plus de quatre CPN sont les plus représentées 51,5%.

Tableau 7.2 : Répartition des parturientes selon le lieu de consultation prénatal

Lieu de CPN	Effectif	Pourcentage
Csref	143	71,5
Cscom	45	22,5
Structure privée	12	6,0
Total	200	100,0

Tableau 7.3 : Répartition des parturientes selon l'agent qui a effectué la CPN

Agent de CPN	Effectif	Pourcentage
Sage femme	178	89,0
Medecin	22	11,0
Total	200	100,0

8 Age gestationnel

Tableau 8.1 : Répartition des parturientes selon Age gestationnel (SA)

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
[28 – 37 SA[26	13
≥ 37 SA	174	87
Total	200	100

Les femmes ayant un 'âge gestationnel de plus de 37 SA sont les plus représentées avec 87%

9 Données cliniques

9.1 Conjonctif

Tableau 9.1: Répartition des parturientes selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif	Pourcentage
Bien colorées	188	94,0
Pâles	12	6,0
Total	200	100,0

Les femmes enceintes dont les conjonctives étaient colorées sont les plus représentées 94%.

9.2 Tension artérielle

Tableau 9.2: Répartition des parturientes selon la Tension artérielle (mmhg)

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage
<140/90	196	98,0
≥140/90	4	2,0
Total	200	100,0

Les femmes enceintes dont la tension artérielle était moins de 140/90 mmhg sont les plus représentées 98%.

9.3 Pouls

Tableau 9.3: Répartition des parturientes selon le pouls (pul/mn)

Pouls	Effectif	Pourcentage
70 - 90	184	92,0
>90	16	8,0
Total	200	100,0

Les femmes enceintes dont le pouls était compris entre 70-90 pul/mn sont les plus représentées 92%

9.4 Hauteur utérine

Tableau 9.4: Répartition des parturientes selon Hauteur Utérine (cm)

Hauteur Utérine (cm)	Effectif	Pourcentage
28 - 30	10	5,0
30 - 35	181	90,5
≥36	9	4,5
Total	200	100,0

Les femmes enceintes qui avaient les hauteurs utérines comprises entre 30-35 cm sont les plus représentées 90,5%.

9.5 Bruit du cœur foetal

Tableau 9.5: Répartition des nouveaux nés selon les BDCF (batt/mn) à l'entrée

BDCF (batt/mn)	Effectif	Pourcentage
0-120	5	2,5
120-160	191	95,5
>160	4	2,0
Total	200	100,0

Les BDCF compris entre 120- 160 batt/mn sont les plus représentés 95,5%.

9.6 Phase du travail d'accouchement

Tableau 9.6 : Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement au debut de la perfusion de l'ocytocine

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	3	1,5
Phase active	182	91,0
Phase expulsive	15	7,5
Total	200	100,0

Les femmes enceintes qui sont en phase active sont les plus représentées 91%

9.7 Poche des eaux

Tableau 9.7 : Répartition des parturientes selon la poche des eaux

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intactes	150	76
Rompues	50	24
Total	200	100

Les femmes enceintes qui avaient la poche des eaux intactes sont les plus représentées 76%

9.8 Durée de la rupture de la poche des eaux

Tableau 9.8 : Répartition des parturientes selon la durée de la rupture de la poche des eaux

Durée en heure	Effectif	Pourcentage
6-12	44	88
>12	6	12
Total	50	100

9.9 L'aspect du liquide amniotique à l'amniotomie

Tableau 9.9 : Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'amniotomie

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	90	60
Teinté verdâtre fluide	30	20
Méconial purée de pois jaunâtre	12	8
sanglant	6	4
Total	150	100

9.10 Présentation du fœtus

Tableau 9.10 : Répartition des gestantes selon la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Céphalique	186	93
Siège	14	7
Total	200	100

9.11 L'état du Bassin

Tableau 9.11 Répartition des parturientes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	160	80
Limite	40	20
Total	200	100

Les femmes enceintes qui ont un bassin normal sont les plus représentées 80%

9.12 Conduite obstétricale

Tableau 9.12 répartition des gestantes selon conduite obstétricale

Conduite obstétricale	Effectif	Pourcentage
Epreuve du travail	34	85
Echec de l'épreuve du travail	6	15
Total	40	100

10 données liés à l'échantillon

10.1 Indication de la prescription de l'ocytocine

Tableau 10.1: Répartition des parturientes selon l'indication de laprescription de l'ocytocine

Indication de la prescription de l'ocytocine	Effectif	Pourcentage
Hypocinésie de fréquence	177	88,5
Présentation de siège	14	7,0
Hématome rétro placentaire	9	4,5
Total	200	100,0

Les femmes enceintes qui ont eu une hypocinésie de fréquence sont les plus représentées 88,5%

10.2 Paramètre du partogramme

Tableau 10.2 Repartition des parturientes selon l'evolution des paramètres du partogramme en fonction du nombre de gouttes

Paramètre du partogramme				Effectif	Pourcentage
Dilatation en cm	CU/mn	Nombre de gouttes /mn	Temps expulsion/h		
[5-6]	[2-4]	[8-20]	[2h30-3h00]	102	51,0
[7-8]	[3-5]	[8-16]	[1h40-2h50]	88	44,0
[9-10]	[3-5]	[8-12]	[3h00-1h00]	10	5,0
Ensemble				200	100,0

Les femmes enceintes qui ont eu 8 à 20 gouttes /mn sont les plus représentées 51%.

10.3 Type d'incident

Tableau 10.3: Répartition des parturientes selon les Type d'incident

Type d'incident	Effectif	Pourcentage
Aucun incident de 4-12 gttes/mn	179	89,5
Hypercinésie utérine + SFA de 8-16 gttes/mn	17	8,5
Syndrome de pré rupture + SFA de 4-20 gttes/mn	4	2,0
Total	200	100,0

Les femmes enceintes qui n'ont aucun incident sont les plus représentées 89,5%

11 L'indication de césarienne

Tableau 11.1 : Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne

L'indication de césarienne	Effectif	Pourcentage
Syndrome de pré rupture	21	10,5
Présentation siège + SFA	7	3,5
HRP + mauvais état de la mère	3	1,5
Total	31	15,5

Les femmes enceintes qui ont un syndrome de pré rupture +SFA sont plus représentées 10.5%

12 Etat nouveau né

Tableau 12.1: Répartition des parturientes selon l'Etat des nouveau- nés

Etat nouveau- né	Effectif	Pourcentage
Vivants	191	95,5
Mort né frais	5	2,5
Morts nés macérés	4	2,0
Total	200	100,0

Les femmes enceintes qui ont les nouveau-nés vivants sont les plus représentées 95,5%.

13 Score d'Apgar

Tableau 13.1: Répartition des nouveau -nes selon le Score d 'Apgar à la 1^{ère} mn

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	9	4,5
1-3	0	0
4-7	0	0
>7	191	95,5
Total	200	100,0

Les nouveau-nés qui ont les apgar >7 à la première minute étaient plus représentées 95,5%

Tableau 13.2: Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la 5^{ème} mn

Score d'apgar à la 5^{ème} mn	Effectif	Pourcentage
0	0	0
1-3	-	-
4-7	1	0,5
>7	199	99,5
Total	200	100,0

Les apgar >7 à la 5^{ème} minute étaient plus représentées 99,5%

Tableau 13.3 : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'apgar à la 1mn et du mode d'admission

Score d'apgar 1ère mn	Mode d'admission					
	Venue d'elle même		Réfère		Evacuée	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
0	4	2,4	3	50	2	7,1
1-4	-	0,0	-	0,0	0	0
4-7	-	0,0	0	0,0	0	0
>7	162	97,6	3	50	26	92,9
Total	166	100,0	6	100,0	28	100,0

Tableau : 13.4 : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'apgar à la 1mn et de la voie d'accouchement

Score d'apgar 1mn	Mode d'admission			
	Voie basse		Voie haute	
	Effectif	%	Effectif	%
0	6	3,6	3	9,7
1-4	0	0	-	-
4-7	0	0	-	-
>7	163	96,4	28	90,3
Total	169	100,0	31	100,0

14. Poids des nouveau-nés

Tableau 14.1: Répartition des parturientes selon les poids des nouveau-nés

Poids du nouveau né	Effectif	Pourcentage
<2000	10	5
2000-2500	30	15
≥2500	160	80
Total	200	100

Les nouveau-nés dont le poids est supérieur ou égale 2500g sont les plus représentés 80%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie

Notre étude a porté sur l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. (CSRéf C-II)

-Les parturientes évacuées ayant déjà reçu une administration d'ocytocine, nous posait problème quand il s'agissait de continuer la perfusion d'ocytocine.

-Les agents de santé faisaient souvent des perfusions d'ocytocine à l'insu du reste de l'équipe de garde sans indication ni modalité de surveillance.

-La surveillance du débit de la perfusion d'ocytocine était rendue souvent difficile à cause de l'agitation de certaines parturientes au moment des contractions utérines.

-La confirmation de certaines indications de la perfusion d'ocytocine, restait difficile, notamment l'hypocinésie d'intensité, car nous ne disposons pas de cardiotocographe.

2-Fréquence d'administration de l'ocytocine

Dans notre étude la prévalence de L'administration de l'ocytocine est de 16,8% soit 200 cas sur un total de 1193 accouchements effectués pendant la période d'étude.

Cette prévalence est relativement faible car nous avons tenu compte uniquement des cas où l'indication de la perfusion d'ocytocine a été posée par un médecin avec un dossier obstétrical complet et surveillée par un étudiant faisant fonction interne.

Une enquête multicentrique effectuée à Bamako en 2004 a retrouvé 25% [35]. Selon la même enquête le taux d'administration de l'ocytocine était très élevé dans la maternité René Cisse de Hamdallaye (72%), faible dans la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV (18%).

En 2001 Koné L. [15] a trouvé 25,3% au Centre de Santé de Référence de la Commune IV ; 95,7% au Centre de Santé de Référence de la Commune II ; 51,1% à l'Hôpital National du Point « G ».

En 1999 selon une étude multicentrique le taux d'administration de l'ocytocine était de 24,2% au Bénin ; 5,7% au Congo ; 19% au Sénégal et 5,7% au Niger [6].

3- Caractéristiques socio -démographiques

Dans 15.5% des cas, l'administration de l'ocytocine a été faite chez les multipares et grandes multipares. Tchouyo TM [33] en 2004 a démontré dans son étude que 12% des multipares et grandes multipares ont reçu de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement.

Dans la littérature, plusieurs auteurs considèrent la multiparité, avec son corollaire de fragilisation du myomètre, comme une contre-indication relative à l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement [19].

En effet, les grossesses successives et rapprochées fragilisent l'utérus et augmentent alors le risque de rupture utérine au cours de la perfusion d'ocytocine.

4-Administration de l'ocytocine

Au cours de notre étude dans 88,5% des cas l'ocytocine a été administrée en perfusion dans les dystocies dynamiques (hypocinésie de fréquence), un taux de 42% a été trouvé par Tchouyo TM. [33] en 2004. En 1992 ce taux était de 34% au Sénégal ; 55% au Bénin ; 15,2% au Congo [8]. La dystocie dynamique selon Magnin G. [19] est l'indication principale de l'ocytocine pendant le travail d'accouchement. Son efficacité s'explique par la multiplicité des récepteurs de l'ocytocine dans le myomètre dès le début du travail d'accouchement et l'accroissement induit par l'ocytocine maternelle.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako où notre travail a été fait ne dispose pas de cardiotocographe. La surveillance de l'administration de l'ocytocine se fait selon l'appréciation subjective du praticien, elle a porté sur :

-L'auscultation des BDCF au stéthoscope de PINARD ;

-La quantification des contractions utérines : d'une manière subjective l'opérateur évalue sur 10 minutes la fréquence des CU, la tonicité de l'utérus en posant sa main sur l'abdomen de la parturiente au moment des CU en notant le début et la fin de chaque CU, la durée moyenne du relâchement.

Ainsi, le diagnostic d'hypocinésies utérines est retenu lorsque la fréquence des CU est inférieure à 3 contractions sur 10 minutes et une inefficacité de la tonicité de l'utérus au moment des CU et cela pendant la phase active du travail d'accouchement.

-L'aspect du liquide amniotique.

La voie intraveineuse par perfusion est celle indiquée pour l'administration de l'ocytocine au cours de l'accouchement dirigé. Ces

perfusions peuvent être modulées en fonction du débit. Les voies intramusculaire (IM) et intraveineuse directe (IVD) sont formellement proscrites pendant la grossesse et l'accouchement dirigé, car, induisent des souffrances fœtales et des ruptures utérines par anomalie de la contractilité du muscle utérin [36, 37]. Elles peuvent être également responsable d'un choc par

Après l'administration de l'ocytocine, 15,5 % de nos parturientes, ont été césarisées principalement pour syndrome de pré-rupture utérine, associé à la souffrance fœtale aiguë 10, 5%, 3,5 % pour présentation du siège + SFA, 1,5% HRP grade III de shear avec mauvais état de la mère.

5-Pronostic

L'insuffisance de l'administration de l'ocytocine peut entraîner des complications maternelles et fœtales graves, tels que hypercinésie utérine 8,5%, l'hypertonie utérine, le syndrome de pré-rupture utérine 2%, la rupture utérine voir même la mort maternelle et fœtale, la souffrance fœtale aiguë.

La principale complication maternelle rencontrée dans l'administration abusive de l'ocytocine est la rupture utérine avec parfois décès maternel, complication qui n'a pas été rencontrée au cours de notre étude, contrairement à l'enquête menée par Tchouyo TM. [33] en 2004, avec 1 % de rupture utérine.

Selon cette étude, il s'agissait d'administration d'ocytocine par voies IVD et IM.

La rupture utérine est une pathologie fréquemment associée à l'administration de l'ocytocine [3, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 35].

D'autres taux ont été retrouvés dans la littérature : Bayo A F [3]: 3,4%, Coulibaly F [4]: 5%, Traoré Y [35]: 6,11%, Iloki L H et coll. [11]: 32,2%.

La voie IM a été retrouvée associée dans 54,5% des cas chez Traoré Y. [35], dans 66,7% des cas chez Coulibaly F. [4] et dans 81,6% des cas chez Koné L. [15] ; Keita N. et coll. [12] 0,74% ; Koné M. et coll. [14] 0,97%.

La rupture utérine due à une mauvaise administration de l'ocytocine reste un problème fréquent dans les pays en voie de développement [14].

Une meilleure surveillance du maniement de l'ocytocine pendant le travail d'accouchement éviterait sa survenue.

Nous avons enregistré 2 % de cas de syndrome de pré-rupture. Tchouyo TM. [33] a trouvé 1,5% de cas.

L'hypercinésie utérine qui précède la rupture utérine a été retrouvée dans 4% des cas après l'administration de l'ocytocine au cours de notre étude.

Les hyperactivités utérines consécutives à l'administration des ocytociques peuvent être corrigées par l'arrêt immédiat de la perfusion qui rétablit le rythme cardiaque fœtal normal.

Les seuls éléments d'appréciation de la souffrance fœtale aiguë ont été les modifications du rythme cardiaque fœtal au stéthoscope de PINARD et l'apparition du méconium dans le liquide amniotique.

Ainsi nous avons noté 10,5% de cas de souffrance fœtale aiguë (dans un contexte d'hypercinésie utérine et de syndrome de pré-rupture utérine) au cours de la perfusion d'ocytocine contre 5% trouvé par Tchouyo TM. [33]. Nous avons enregistré 4,5% de mort-nés

(dont 2,5% de mort-né issues d'hématome rétro- placentaire grade IIIa de sher et les 2% d'absence de BDCF, MAF).

Des taux variables de souffrances foétales aiguës associées à l'administration de l'ocytocine sont rapportés par plusieurs auteurs [8, 15]. Dujardin B et collaborateurs [8] dans une étude multicentrique ont trouvé 12,7% au Sénégal ; 23,7% au Bénin ; 37,5% au Congo. Koné L. [15] 0,7% et Decam C. [6] 1,9%.

Pour Decam C. [6] il existe une relation significative entre l'administration de l'ocytocine et la survenue de décès périnatal [6]. Le risque de décès périnatal est multiplié par 1,6 quand cette substance est administrée au cours du travail d'accouchement [6]. Selon Dujardin B [8] près de la moitié des mort-nés peuvent être rapportés à une administration abusive de l'ocytocine.

CONCLUSION

Nous avons enregistré 1193 accouchements dans la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako sur une période de un an : allant du 10 Août 2007 au 10 Août 2008 dont 200 parturientes ont reçu une perfusion d'ocytocine au cours du travail d'accouchement.

Au terme de cette étude nous avons obtenu une prévalence d'administration de l'ocytocine de 16,8.

L'ocytocine rend d'énormes services en obstétrique à condition qu'elle soit bien indiquée, bien utilisée et bien surveillée.

En l'absence de ces trois « règles d'or » de l'administration de l'ocytocine, ce produit devient nuisible pour le fœtus et la mère (parturiente).

RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de notre étude, il nous a paru nécessaire de formuler quelques recommandations qui s'adressent :

⇒ Aux autorités sanitaires et chef de service des maternités :

➤ Mettre à la disposition des centres de santé de référence et des hôpitaux :

Des seringues électriques à ocytocine pour faciliter la surveillance du débit de la perfusion d'ocytocine,

Des cardiocardiographes pour l'enregistrement des contractions utérines et le rythme cardiaque du fœtus.

⇒ Aux personnels de santé en général et des sages-femmes en particulier

➤ Remplir le partogramme de façon concomitante à l'administration de l'ocytocine

➤ Respecter les différentes méthodes de surveillance pendant l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement

➤ Améliorer constamment la qualité du service par la formation continue sur l'administration adéquate de l'ocytocine

➤ Diagnostiquer précocement les complications liées à l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement et assurer leurs prises en charge approprié

➤ Eviter L'administrer de l'ocytocine par voies IVD ou IM au cours du travail d'accouchement.

⇒ Aux populations

Eviter l'usage des ocytociques traditionnelles (sans dosage ni posologie précise) souvent à l'origine de complications obstétricales graves (mort foétale, rupture utérine, décès maternel).

REFERENCES

- 1- Allain P** Les médicaments. 1996; 3242 : 3^{ème} Edition, Masson (Paris). P30-8.
- 2- Amano K, Saito K, Shoda T, Tani A, Yoshiara H, Nishijima M** Elective induction of labour at 39 weeks of gestation: a prospective randomized trial. J Obstet Gynecol. 1999; 25 (1):P3.
- 3- Bayo A I** Les ruptures utérines à propos de 58 cas à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako. 1994 ; M-4. P 57-53.
- 4- Coulibaly F** Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako : à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse Med, Bamako. 1996; M-40. P 25-5.
- 5- Crowther C, Enkin M, Keirse MJN, Brown I** Monitoring the progress of labour. In Chalmers I, Erkin M, Keirse MJNC. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Prees. 1989 ; P845-833.
- 6- Decam C, Duponchjel JL, Huguet D** Enquête multicentrique sur la morbidité infantile grave en Afrique de l'ouest 3500 dossiers. Rapport préliminaire du Mali, 1999 ; P 18-13.
- 7- Dictionnaire thérapeutique Vidal** 1996 ; 2477 : 3^{ème} Edition, Paris. P224-220.
- 8- Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H, N'Diaye F** Value of the alert and action lines the partogram. Lancet. 1992; 1336: P339 -1.
- 9- Hagay ZJ, Leiderman JR, Pichard R et al** Uterine rupture complicating midtrimester abortion: a report of two cases. J Repord Med. 1989;34: P916-912.

- 10- Hilder H, Costeloe K, Thilaganathan B** Prolonged pregnancy: evaluation of gestation specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynecol. 1998; P8.
- 11- Iloki LH, Okongo D, Ekoundzola JR** Les ruptures utérines en milieu africain: à propos de 59 cas colligés au CHU de Brazzaville (R. Congo). J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1994 ; 23 (8) : P925-922.
- 12- Keita N, Diallo MS, Ijazy Y, Barry MD, Touré B** Ruptures utérines: à propos de 155 cas observés à Conakry. J Gynecol Obstet Biol Reprod .1989 ; P18.
- 13- Kibanda J, Dilda M** Oxytocine et délivrance assistée. Rev Jr Gynecol Obstet. 1990; 60: P30-28.
- 14- Kone M, Diarra S** Rupture utérine au cours de la grossesse. Encycl Med Chir (Paris France) Obstet. 1994 ; 5-082D-10. P6.
- 15- Koné L** Etude de l'utilisation des ocytociques au cours du travail dans les services de gynéco-obstétrique de Bamako. These Med, Bamako.2001; M 56: P35-13.
- 16- Kushnir O, Izquierdo** Rupture of the gravid uterin. Fur J Obstet Gynaecol Reprod Biol. 1987; 25: P180-175.
- 17- Lacomme M** Pratique obstétricale. 1960 ; 2364 :1ère Edition, (T1), Masson (Paris). P722-720.
- 18- Lewin D** La dilatation, le partogramme, conduite à tenir au cours de l'accouchement spontané non compliqué. In : Breard. 1985 ; 3662 : P175-160.
- 19- Magnin G, Pierre F, Ducroz B, Body G** La dystocie dynamique. Encycl Med Chirur (Paris). Obstet. 1989 ; 5064 A105, P13.

- 20- Maillet R, Nirhy A, Schaal JP, Agnani G, Collette C** Déclenchement artificiel du travail : expérience au CHU de Besançon. Rev Fr Gynecol Obstet. 1991 ; 86 (4) : P293-290.
- 21- Mbanzulmu PN, Otchua AV, Nomalisa LP, Dela L, Kisime N, Manouana** Etude comparative de deux utérotoniques au cours de la délivrance assistée. Ergométrine versus Ergometrine combine à l'ocytocine. Rev Jr Gynecol Obstet. 1992 ; 87 (7-9) : P426-424.
- 22- Melchior J, Bernard N, Andre-David F** Déclenchement artificiel du travail à terme pour raisons médicales : comparaison de deux techniques d'induction du travail, ocytocine + rupture artificielle des membranes précoce versus prostine E2 gel vaginal. Etude ouverte contrôlée randomisée. Rev Fr Gynecol Obstet. 1989 ; 84 (11) : P74.
- 23- Merger R, Levy J, Melchior J** Précis d'obstétrique. 1995 ; 7242 : 7ème Edition, Masson (Paris). P562-560.
- 24- Monaghan J** The active management of labour. In Breard G, Buekens P. Evaluation of perinatal care. 1987; Paris, Copédith. P14.
- 25- Odriscoll K, Foley M, Macdonald D** Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. Obstet Gyneacl. 1984; 4363: P490-485.
- 26- Papiernik E, Cabrol D, Pons JC** Obstétrique. 1995 ; 3352 : 5ème Edition (Flammarion), Paris. 1120-113.
- 27- Papiernik E, Cabrol D, Pons JC** Obstétrique. 1983 ; 2920 : 3ème Edition (Flammarion), Paris. P114-111.
- 28- Philippe HJ** Déclenchement de l'accouchement. Conférence des consensus. Encycl Med Chirur (Paris), Obstet. 1996 ; 630 : 5 -049-D-26. P3.

- 29- Plauche WC, Von Almen W, Mulle R** Catastrophic utérine rupture. *Obstet Gynecol* 1984; 64: P797-792.
- 30- Schaal JP, Marcet R, Martin A, Quereux CH, Camponoro J, Gay C, Colette C** Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. *Encycl Med Chirur (Paris). Obstet.* 5-017k. P100-30.
- 31- Seitchik J, Amico J, Robinson AG, Castillon M** Oxytocin augmentation of dysfunctional labor. III-multiparous patients. *Am J Obstet Gyneacol.* 1983; 145: P780-777.
- 32- Tankoua TJC** Déclenchement artificiel du travail: méthodes, indications et résultants à propos de 150 cas colligés au CHU de Cocody. Mémoire CES Gynéco Obstétrique, Abidjan. 1996 ; P36-30.
- 33- Tchouyo Tougna M** Etude de l'utilisation de l'ocytocine au cours de la parturition dans les maternités René Cisse et du Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako. Thèse Med, Bamako. 2004 ; M52 :P47 - 30.
- 34- Thoulon JM** Etude synthétique et critique des procédés de monitoring au cours de l'accouchement. In : Fournie A, Grand Jean H, Thoulon JM. *La souffrance foétale.* 1987 ; Dion (Paris). P175-163.
- 35- Traoré Y** Les ruptures utérines à l'HPG. Facteurs influençant le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques : à propos de 180 cas. Thèse Med, Bamako. 1996 ; M27 : P15 – 2.
- 36- Traoré M** Les ocytociques : Formation continue des sages-femmes. Ecole secondaire de la Santé. Projet « Maternité Sans Risque ». Séances du 10, 17 et 24 novembre 1994 ; Bamako. P201.
- 37- Tsou E** Surveillance d'une perfusion intraveineuse d'ocytocine. *Rev Sage-femme Prat.* 1996 ; 86 : P24-21.

38- Vokaer R, Barrat J, Bossart H, Lemin D, Renaud R Traité d'obstétrique. Tome 2. La grossesse pathologique dystocique. 1982 ; 2972 : Masson (Paris), P93-89.

39- Vokaer R Thérapeutique hormonale en gynéco-obstétrique, histophysiologie et diagnostic. Thérapeutique des grands syndromes, les hormones en gynécologie et obstétrique. Masson (Paris). 3889 P234-231, 1981.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- Référence du dossier

N° du centre.....

N° du dossier.....

II- Identification

Q1-Nom et Prénom

Q2-Date et heure d'admission

Q3-Age (en année)

Q4-Adresse

1 = Commune II ; 2 = Hors commune

III- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q5-Profession [.....]

1 : Fonctionnaire, 2 : Ménagère, 3 : Etudiant, 4 : Autres

Q6- Niveau d'instruction [.....]

1 : Fondamental, 2 : Secondaire, 3 : Supérieur,

4 : Analphabète, 5 : Autres

Q7- Ethnie [.....]

1= Bambara, 2= Malinké, 3= Peulh, 4= Soninké,

5= Sonrhaï, 6= Bobo,

7= Sénoufo, 8= Bozo, 9= Dogon, 10= Autres

Q8- Statut matrimonial

1= Mariée, 2= Célibataire, 3= Divorcée, 4= Veuve.

IV- Mode d'admission

1= Venue d'elle-même, 2= Référée, 3= Evacuée

V- Antécédents personnels

Q9- Antécédents médicaux

1= Diabète 2= Asthme 3= HTA 4= Tuberculose

5= Drépanocytose 6= HIV 7= Autres

Q10- Antécédents chirurgicaux

1= Oui 2= Non

Si oui :

Le type d'intervention

La date d'intervention

Le lieu d'intervention

Indications

VI- Antécédents familiaux

Q11- H T A

1= Oui 2= Non

Q12- Diabète

1= Oui 2= Non

Q13- Asthme

1= Oui 2= Non

Q14- Autres

VII- Antécédents gynécologiques

Q15- Cycle menstruel

1= Régulier 2= Irrégulier

Q16- Durée du cycle menstruel

Q17- Ménarche

Q18- Leucorrhées

1= Oui 2= Non

VIII- Antécédents obstétricaux

Q19- Gestité

1= Primigeste 2= Paucigeste

3= Multigeste 4= Grande multigeste

Q20- Parité

1= Nullipare 2= Primipare

3= Paucipare 4= Multipare 5= Grande multipare

Q21- Nombre d'enfant (s) vivant (s)

Q22- Nombre d'avortement (s)

Q23- Nombre de curetage (s)

Q24- Nombre d'enfant (s) décédé (s)

IX- LA GROSSESSE

Q25- Suivi

1= Oui 2= Non

Si oui :

Lieu de CPN

Nombre de CPN

Qualification de l'agent

Q26- Evolution

1= à terme 2= non à terme

Q27- Age gestationnel

1= 28 – 37 SA + 6 J 2≥ 38 SA

Examen à l'admission

Q28- Etat général

1= Satisfaisant 2= Passable

3= Altéré

Q29- Température

1= Normale 2= Hypothermie

3= Hyperthermie

Q30- Tension artérielle

1= Normal 2= Hypotension

3= Hypertension

Q31- Bruit du cœur foetal(BDCF)

1 = <120 bat/mn, 2= 120-160 bat/mn, 3=>160 bat/mn

Q32- Hauteur utérine

1 < 36 cm 2 ≥ 36 cm

Q33 -Dilatation :

1= 4 - 7 cm , 2= 8-10 cm

Q34- Engagement :

1= -1 à - 3, 2= 0 à + 3

XI- Administration de l'ocytocine

Q35- Indication

Q36- Voie d'administration

1= en Perfusion

2= en I V D

3= en I M

Q37- Protocole

Q38- Quantité administrée

Intervalle entre les administrations

Paramètre de surveillance

Nombre de gouttes par minute

Fréquences des CU sur 10 mn

Durée moyenne des CU

Durée moyenne des relâchements

Fréquence des BDCF

Dilatation du col en cm

Q39- Etat maternel pendant l'administration

1= Absence d'effets secondaires.

2= Survenue d'effets secondaires

3= Préciser le type d'effets secondaires.....

Q40- Traitement adjuvant

1= oui

2= non

Q41- Résultat de l'administration

1= évolution favorable

2= évolution défavorable

3= état stationnaire

Q42- Durée du travail

1= < 6 heures 2= 6 - 12 heures 3> 12 heures

Q43- Issue de l'accouchement

1= Accouchement normal

2= Manœuvre(s) utilisée(s)

Si oui le(s) quel(s)

3= Césarienne

Si oui préciser le motif et la nature

4= Laparatomie pour rupture utérine (iatrogène)

Q44- Pronostic maternel

1= Bon

2= Mauvais

Q45- Complications suite à l'utilisation de l'ocytocine.

1= Hypertonie utérine

2= SFA

3= Rupture utérine

4= Déchirure des parties molles : col utérin, paroi
vaginale, périnée

XII- Paramètres de(s) Nouveau-né(s)

Q46- Etat du nouveau-né à la naissance

1= a t-il crié tout de suite

2= est-il cyanosé

3= a-t-il été réanimé

3 a Massage cardiaque 3 c Aspiration au bloc

3 b Aspiration par poire 3 d oxygénations

Q47- score d'Apgar

1=> 7 Apgar satisfaisant

2=< 7 Apgar non satisfaisant

Q48- Poids de Naissance

1= < 2000 g

2= 2000 – 2500 g

3= > 2500 g

Q49- Evacuation du nouveau-né

1= oui

2= non

Si oui préciser :

Le lieu d'évacuation

Le motif d'évacuation

FICHE DE SURVEILLANCE DE LA PERFUSION D'OCYTOCINE
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE
BAMAKO

PERFUSION VEINEUSE DE 5UI D'OCYTOCINE (1 ampoule) DANS
500 ml DE SERUM GLUCOSE 5%

Nom & Prénoms (parturiente) Age : Date.....

Indication : Médecin prescripteur :

NB : début 4 gouttes par mn : 20 mn après le début, il faut
augmenter de 4 gouttes toutes les 15 mn jusqu'à l'obtention de 3
contractions utérines toutes les 10 mn.

Ne pas dépasser 32 gouttes/ mn

Maintenir la perfusion au moins 30 mn après la délivrance.

Surveillant(es) : Nom et prénoms et qualification :

.....

date et Heure	Nbre gouttes/ mn	Fréquences des CU sur 10mn	Durée moyenne des CU	Durée moyenn e du relâche ment	Fréquence des BDCF	Dilatation du col en cm

NB : CU : contractions utérines

BDCF : bruits du cœur foetal

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : BAGAYOKO

PRENOM : Yacouba

TITRE DE LA THESE : Administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako (à propos de 200 cas)

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 – 2009

PAYS D'ORIGINE : Mali

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

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie Obstétrique

RESUME :

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'administration de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement.

Notre étude a eu lieu au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données. Elle s'est étendue sur une période de 1 an allant du 10 Août 2007 au 10 Août 2008.

Sur 1193 accouchements, 200 parturientes ont reçu une perfusion d'ocytocine au cours du travail d'accouchement soit 17 % de notre échantillon.

Nous avons enregistré les résultats suivants :

- ✓ 89,5 % de cas d'accouchement par voie naturelle simple

- ✓ 10,5% de cas de complications liées à la perfusion d'ocytocine (l'hypercinésie utérine associée à la SFA 8,5% et le syndrome de pré rupture utérine associée à la SFA 2% des cas)
- ✓ Deux cas de rupture utérine ont été constatés au cours de notre étude dans le service
- ✓ Aucun décès maternel n'a été enregistré.

La bonne utilisation de l'ocytocine au cours du travail d'accouchement pourrait permettre un dépistage précoce des anomalies (liées à l'usage de l'ocytocine) et de leur prise en charge adéquat.

Les mots clés : oxytocine, travail d'accouchement, hypocinésie utérine.

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 pas un salaire au dessus de mon travail.

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

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

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

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

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

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

Je le jure !