

Ministère de l'Enseignement Supérieur,
et de la Recherche Scientifique

-----=0=-----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2008-2009

N°-----/

Thèse

LES URGENCES GYNECO OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KADIOLO

Présentée et soutenue publiquement le _10___/_12___/_ 2009

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Par Mr Lassana SIDIBE
Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

Président : Professeur Saharé FONGORO

Membre : Docteur Samba TOURE

Co-directeur : **Docteur Bakary TRAORE**

Directrice de Thèse: **Professeur SY Assitan SOW**



Je dédie ce travail à :

A notre seigneur **ALLAH, le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.**

Au prophète ; Mohamed, (paix et salut sur lui) Amen !

A mon père Bélé Sidibé :

Je suis toujours fier de t'avoir comme père. Je promets de t'honorer partout où je passerai. J'aurai toujours besoin de tes bénédictions et de tes prières.

A ma mère Badia Sidibé

Ce travail est le fruit de tes énormes bénédictions et sacrifices. Ton amour est pour moi une source inestimable de courage et de persévérance quotidienne. Très chère maman sois assurée de mon attachement indéfectible. Puisse Dieu t'accorder encore longue vie et meilleure santé auprès de nous. Merci ma chère maman pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu m'as inculquées.

A mon oncle Konimba Sidibé :

Vous êtes plus qu'un oncle pour moi. Mes reconnaissances vont à l'endroit de mon oncle qui m'a toujours soutenu durant ma formation. Ce travail est le votre. Pardonne-moi s'il m'est arrivé un jour de vous décevoir sans le savoir. Je vous serai toujours reconnaissant. Merci pour tout mon oncle.

A mes tantes et tontons :

Vous étiez toujours présents quand j'avais besoin de vous. Puisse ce travail contribuer au couronnement de vos sacrifices consentis.

A mes frères et sœurs :

En témoignage de notre fraternité et de notre union sacrée; trouvez ici l'expression de toute mon affection et de mon respect à votre égard.

A ma future compagne de vie Fanta PEROU :

Certes le chemin a été long et difficile ; sans toi ce travail ne serait pas fini maintenant. Puisse ce modeste travail être pour toi l'expression de tout mon amour, il est le tien.



REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre entière disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A ma grande sœur Dr Adiara Sangaré :

Je ne saurai te remercier assez. Ton soutien et tes conseils ont été d'un grand apport pour la réussite de ce travail. Je n'ai jamais eu de problème à tes côtés. Merci pour tout.

A mon logeur et père feu Lamine Diarrassouba :

Vos sages conseils et vos soutiens n'ont jamais fait défaut. Je vous dis merci que la terre vous soit légère Amen !

A mon logeur Dr Mamadou Sanogo à Kadiolo :

Je n'ai pas de mot pour vous remercier. A la maison je n'ai jamais rencontré de problème. Votre manière de comprendre la vie m'a encore donné de l'espoir. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au médecin chef du CSRéf de Kadiolo :

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et favorisé la réalisation de ce travail dans votre centre.

A tout le personnel du CSRéf de Kadiolo : Toute ma reconnaissance. Vous m'avez rendu le séjour agréable.

A mes frères et amis : Dr Chaka ; Dr Mohamed ; Dr Souleymane ; Dr Badian ; Dr Ibrahima ; Dr Mamadou ; Dr Ousmane ; Amadou Baba ; Modibo Balla ; Arouna ; Niambouré ; Emile ; Sirimory : Vos conseils et vos soutiens tant moraux que matériels n'ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

Les membres de l'Association des Etudiants en Santé du Cercle de Dioïla (APRO 2000 ESCD).

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

***HOMMAGE
AUX MEMBRES
DU JURY***



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY,

Professeur Sahare FONGORO,

- *Maître de conférences,*
- *Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé du Mali ;*

Honorable maître, vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur, votre disponibilité votre souci du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration. Vous nous avez reçus avec beaucoup d'amabilité ; nous en avons été touchés. Soyez rassurée honorable maître de notre reconnaissance éternelle.



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

DOCTEUR SAMBA TOURE

- *Gynécologue obstétricien,*
- *Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point 'G'.*

Cher maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.

Permettez nous de vous exprimer ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.



*A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,
DOCTEUR BAKARY TRAORE,*

▪ *Médecin chef du CSRéf de Kadiolo,*

Cher maître, vous avez su diriger des mains de "maître" ce travail. Plus qu'un maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir ; vous m'avez particulièrement impressionné par votre simplicité et votre humanisme ont forcé notre admiration. Nous vous remercions pour cette confiance que vous nous avez placée.

Croyez, cher maître, à ma très haute considération.



A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

DOCTEUR BOURAÏMA MAÏGA

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

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, votre très grande expérience dans la pratique gynécologie obstétrique, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité, et votre lutte contre l'injustice sociale nous forcent l'estime et l'admiration. Nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir être. Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude.

Listes des abréviations.

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine.

ARV : Anti-rétroviraux.

BDCF : Bruit du cœur foetal.

BGR : Bassin généralement rétréci.

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.

Cm : Centimètre.

CMDT : Compagnie Malienne du Développement des textiles.

CPN : Consultation prénatale.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DIU : Dispositif intra utérin.

DPPNI : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

DRC : Dépôt répartiteur de cercle.

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines.

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

g : gramme.

HRP : Hématome rétro placentaire.

HTA : Hypertension artérielle.

βhcg : βGonadotrophines chorioniques hormones.

IM : Intra musculaire.

IV : Intra veineuse.

IVG : Interruption volontaire de la grossesse.

m : mètre.

ml/kg : millilitre par kilogramme.

mm : millimètre.

mmHg : millimètre de mercure.

mn : minute.

ORTM : Office de Radio Télévision du Mali.

RCI : République de la Côte d'Ivoire.

SFA : Souffrance fœtale aiguë.

UI/L : Unité internationale par litre.

β : Bêta.

< : Inférieur à.

> : Supérieur à.

≥ : Supérieur ou égal à.

% : Pourcentage.

SOMMAIRE :

	Pages
INTRODUCTION :.....	1
OBJECTIFS : :.....	4
GENERALITES :.....	6
I. Les infections urogénitales :.....	7
II. Les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement :.....	9
III. Les dystocies :.....	23
IV. La souffrance fœtale aigue :.....	30
V. La procidence du cordon :.....	31
VI. La toxémie gravidique :.....	32
VII. Le paludisme grave sur grossesse :.....	34
VIII. Les vomissements gravidiques :.....	36
IX. La torsion d'annexe :.....	37
METHODOLOGIE :.....	38
RESULTATS :.....	49
COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	80
CONCLUSION :.....	89
RECOMMANDATIONS :.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	93
ANNEXES :.....	98



INTRODUCTION

Accoucher d'un enfant, le prendre dans ses bras, le serrer très fort contre soi et le voir faire ses premiers pas est le rêve de toute femme. Mais ce qui devrait être pour ces dernières, une occasion de joie, tourne malheureusement au drame. Quant vient pour la femme tanzanienne, le moment d'aller accoucher elle dit à ses proches :<< je vais à l'océan chercher un nouveau bébé mais le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas>>. [1]

Les urgences gynécologiques et obstétricales ont toujours posé des problèmes de santé dans le monde tant par leur prévention que par leur prise en charge. De nombreuses études réalisées au Mali ont montré une fréquence élevée des urgences gynéco obstétricales : DICKO. S. :7,01% ; SAMAKE. Y. :8,21% ; COULIBALY. M.S.:16% ; SIDIBE. D. :17,15% KODIO. S. 6,73% ; et les complications qu'elles entraînent. [2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6].

A l'aube du nouveau millénaire, dans un monde qui connaît une croissance économique et des progrès technologiques sans précédent, il y a toujours un nombre alarmant de femmes qui meurent au cours de la grossesse, de l'accouchement et les suites de couches. [7].

Les urgences sont constituées principalement par les évacuations.

L'évacuation sanitaire en gynéco obstétrique se définit comme le transfert en urgence d'une structure de santé donnée à une autre structure plus compétente ou supposée telle pour une prise en charge efficace et rapide d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravidopuerperalité. [5].

La certitude qu'un accouchement par les voies naturelles soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolue. [8].

Au Mali la couverture sanitaire compte un taux élevé de morbidité et de mortalité avec 464 décès pour 100000 naissances vivantes ; d'une forte morbi mortalité avec 68.1 pour 1000 naissances vivantes [9].

La référence concerne une gestante admise pour un motif nécessitant soit une consultation spécialisée soit une recommandation d'accouchement en milieu chirurgical (centre de référence) suite au constat de facteurs de risque ou de pathologie de la grossesse ; [5].

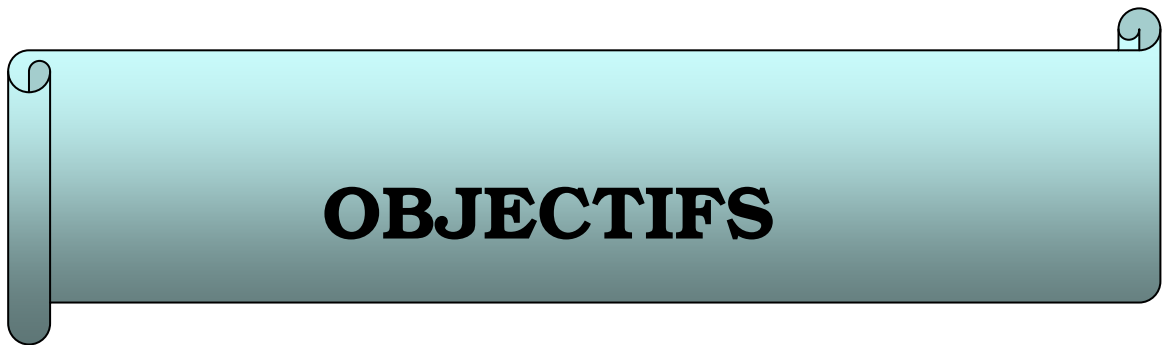
La fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux :

En effet en République Centrafricaine les évacuées représentaient 27,27% des entrantes entre juillet 1993 et juin 1994 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Communautaire de Bangui et 94,84% des décès ont été observés parmi les évacuées. [10].

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2001 les femmes évacuées représentaient 26,4% au CHU le DANTEC de Dakar. [11].

Du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 1999 :69,1% des urgences obstétricales de l'hôpital National du Point G étaient des évacuées. [12].

De juillet 2005 à juin 2006 les évacuées représentaient 31,8% à la maternité du centre de santé de référence de Koulikoro. [13]. Dans le but d'une maîtrise des urgences gynécologiques et obstétricales ; le présent travail relatif aux urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Kadiolo vise les objectifs suivants :



OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les aspects épidémiocliniques des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Kadiolo.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Kadiolo.
- Etudier le profil sociodémographique des patientes.
- Apprécier le système de référence / évacuation.
- Evaluer le pronostic maternel et foetal.



GENERALITES

RAPPEL SUR LES URGENCES GYNECO OBSTETRIQUES.

Les urgences gynéco obstétricales sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en développement. Elles sont constituées essentiellement par : les infections génitales, les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement, les complications des avortements provoqués, les dystocies, la toxémie gravidique et ses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum. [13].

I. LES INFECTIONS UROGENITALES

1. Les infections génitales hautes : salpingite, endométrite, annexite.

C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection. Ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité. 20% des femmes resteront stériles après une salpingite aiguë. [25].

La porte d'entrée est en général cervico-vaginal ou anal. Les salpingites peuvent être provoquées par : endocervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par continuité.

Dans certaines conditions (toilettes vaginales trop fréquentes, les antibiothérapies, le diabète, le stérilet etc...) les saprophytes de la flore vaginale peuvent acquérir un pouvoir pathogène et certains germes habituels (colibacilles, entérocoques) peuvent y trouver un terrain propice à leur développement pathologique.

Les germes en cause sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérocoques, les mycoplasmes et les chlamydiaes.

Les causes iatrogènes sont : l'hystérosalpingographie, l'insufflation tubaire, l'hydrotubation, la biopsie cervicale et de l'endomètre, la sonde endocavitaire (la curiethérapie), les stérilets (DIU), les IVG, la révision utérine.

Bien traitée, la salpingite aiguë évolue vers la guérison. En cas de traitement insuffisant ou parfois incorrect, elle peut se compliquer de pyosalpinx, d'abcès de l'ovaire.

Les séquelles fonctionnelles (algies pelviennes et stérilités) s'expliquent bien par les séquelles anatomiques : hydrosalpinx avec oblitération tubaire.

La coelioscopie en absence de contre indications (péritonite, occlusion, femme multi opérée) est l'un des meilleurs examens complémentaires.

Elle permet d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan des lésions, d'éliminer une GEU, prélever le liquide péritonéal, de traiter dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement de ces infections hautes est curatif et préventif.

Le traitement médical : prévention antitétanique, administration d'antalgique, antibiothérapie adaptée, ablation du stérilet s'il est en place, le traitement du ou des partenaire(s) est impératif en cas de contagion vénérien.

Le traitement chirurgical : concerne les complications : l'abcès du douglas, le pyosalpinx, la pyoovarite.

Le traitement préventif consiste à : rechercher et traiter les germes en cause chez le ou les partenaire(s) ,respecter les contre indications des investigations endo-utérine (hystérosalpingographie par exemple), réaliser toutes les investigations avec une asepsie parfaite.

2. Les infections au cours de la grossesse

L'infection urinaire : c'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyelo-utero-cystite). Tantôt elle intéresse le parenchyme rénal (pyélonéphrite). Elle peut survenir à toute période de la grossesse et dans les suites de couches.

Sa fréquence peut être estimée à 9% des grossesses. Deux tiers des femmes ont des manifestations cliniques, un tiers des femmes sont latentes.

Le diagnostic repose sur l'examen cyto bactériologique des urines ;

Le pronostic maternel immédiat, sous l'influence du traitement, est bon pour l'ensemble des formes cliniques.

Des complications sont souvent possibles : coagulation intra vasculaire disséminée, anurie, ictère soit par hémolyse soit par hépatite, de pronostic très grave.

Le pronostic foetal. L'infection urinaire, latente ou patente, représente une des causes majeures d'accouchement prématuré. L'hypotrophie foetale est fréquente. La mort in utero est possible. [15].

La pyélonéphrite aiguë fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte le plus grand risque d'accouchement prématuré.

Le traitement repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme.

Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale.

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

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

1. Les avortements :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du contenu de l'utérus avant le sixième mois. [14].

On distingue 4 sortes d'avortement [15] :

L'avortement spontané est celui qui survient de lui-même, en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire ;

L'interruption volontaire de la grossesse est un avortement provoqué légal ;

L'avortement provoqué clandestin est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse ;

L'avortement thérapeutique est un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir.

1.1 L'avortement spontané :

Il est en général <<facile>>.L'expulsion de l'œuf est rapide et complète. Les complications hémorragiques et infectieuses sont rares. Il est souvent récidivant, ce qui justifie les recherches étiologiques poussées, pendant la grossesse et surtout en dehors de grossesse. [14]

Les causes peuvent être : [14].

soit maternelles : toute maladie maternelle grave, certaines maladies infectieuses ou parasitaires (la syphilis, la toxoplasmose, la listériose) ; les anomalies de l'utérus, la béance de l'isthme, le fibrome utérin, L'hypothyroïdie et certaines avitaminoses.

soit ovulaires : la môle hydatiforme ; les anomalies génétiques.

. Soit hormonales : insuffisance hormonale ovarienne ou placentaire.

Deux phases se succèdent dans l'avortement spontané : [16]

La menace d'abord qui peut régresser, puis l'avortement en cours inéluctable.

La menace d'avortement : Elle se signale par des métrorragies plus ou moins abondantes, des contractures utérines plus ou moins intenses et plus ou moins rapprochées.

A l'examen : l'utérus a un volume normal pour le terme de la grossesse, le col est fermé.

l'avortement inéluctable : Il se signale par des métrorragies plus abondantes ; des contractures utérines plus rythmées.

A l'examen, le col de l'utérus est raccourci et ouvert. L'auscultation constate souvent que les bruits du cœur ont disparu.

L'avortement spontané précoce est rarement compliqué : d'une rétention de l'œuf entier ; ou d'une rétention partielle de débris ovulaires.

Le traitement :

Pendant la phase de menace : si la vitalité de l'œuf est bonne et que la menace se précise on met la femme au repos.

pendant la phase d'avortement : l'aspiration manuelle intra utérine est indispensable lorsque l'avortement se fait en deux temps ou en cas de débris placentaires à l'intérieur de la cavité utérine. [16].

Le déclenchement d'une iso immunisation chez une femme rhésus négatif est possible, d'où la nécessité d'une prévention par l'injection de sérum anti-D chez toute femme qui a fait des manœuvres abortives d'ordre instrumental ou une injection utérine. [17].

1.2 L'avortement provoqué clandestin :

C'est le problème majeur auquel nous nous trouvons maintenant confrontés. Il représente aujourd'hui plus de 95% de tous les avortements provoqués.

Nombre de complications, plus précisément les hémorragies et les infections, sont dues à la rétention ovulaire ou placentaire. [15].

Les complications immédiates sont :

les perforations utérines qui sont plus fréquentes après 10 semaines.

les hémorragies extériorisées surviennent pendant l'intervention ou voire dans les heures où les jours qui suivent. Leur fréquence augmente avec l'âge gestationnel et après 8 semaines d'aménorrhée. [18].

Les complications secondaires infectieuses peuvent être loco-régionales (endométrite ; salpingites ; pelvipéritonites) ; ou générales dont la plus redoutable est la toxi-infection à perfringens (clostridium Welchii). [15].

Les séquelles sont [15] :

-Les douleurs d'inflammation chroniques ;

-La stérilité qui est le plus souvent d'origine tubaire par destruction de la perméabilité, parfois d'origine utérine par synéchies ;

-Les grossesses ectopiques ;

-Les avortements ou accouchements prématurés à répétition ;

- Les vices d'insertions placentaires : insertions basses, placenta accreta ;
- Certaines ruptures utérines par désunion d'une cicatrice de perforation.

Le traitement : [13].

En cas d'hémorragie, si elle est due à la rétention des produits de la conception, une évacuation utérine s'impose. Mais si elle est due à un traumatisme ou une lésion du col, la lésion doit être suturée.

La transfusion doit être réservée aux patientes qui ont un taux d'hémoglobine bas et présentant des symptômes de spoliation sanguine massive ou d'anémie grave (Hollan et al. 1990).

En cas d'infection une antibiothérapie et une évacuation utérine sont nécessaires.

En cas d'abcès, de gangrène, ou d'infarctus utérin l'hystérectomie s'impose.

3. Les hémorragies du post partum :

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 500ml) et leurs effets sur l'état général. [15].

Les hémorragies obstétricales du post partum représentent encore une cause importante de mortalité et de morbidité grave maternelle.

C'est pourquoi la prévention, le diagnostic clinique et étiologique précoce, la mise en route simultanée rapide du traitement obstétrical et de réanimation représentent la clé pour éviter les complications maternelles. [19].

Les causes les plus fréquentes sont :

- Les rétentions placentaires totales, que le placenta soit en partie ou entièrement décollé, rétentions placentaires partielles plus ou moins importantes. [15].

-L'inertie utérine qui est une cause de rétention placentaire, peut à elle seule, alors que l'utérus est entièrement vide, être responsable de certaines hémorragies. [15].

- Les coagulopathies, la rupture utérine, l'inversion utérine sont rares mais graves. [19].
- Les lésions cervico-vaginales sont une cause classique dont le diagnostic est parfois fait tardivement. Elles sont à rechercher surtout en cas d'extraction instrumentale. [19].
- Une expression utérine maladroite, une application de forceps tiraillant les membranes.
- 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. [15].

Le diagnostic est avant tout clinique. En fait, l'estimation clinique visuelle de l'hémorragie est souvent sous estimée, ne représentant que la moitié de la spoliation sanguine réelle. La prise systématique et répétée des constantes dans les deux heures qui suivent un accouchement permet de dépister précocement une hémorragie du post partum. [19].

La prise en charge : après le diagnostic fait, l'attitude qui s'impose est la délivrance artificielle suivie de la révision des voies génitales qui permettra non seulement de faire le diagnostic étiologique mais souvent aussi d'arrêter le saignement. [19].

Le traitement hémostatique est effectué soit comme complément d'une des deux interventions précédentes, soit à titre isolé. Il dispose de médicaments efficaces ; les ocytociques ; les prostaglandines. [15].

En cas d'aggravation du syndrome hémorragique le risque est le choc et la CIVD qui nécessitent les mesures de réanimation, l'hystérectomie d'hémostase ou les ligatures vasculaires (hypogastriques ou triple ligature), l'embolisation artérielle sélective. [19].

4. L'hématome rétro placentaire : HRP

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI). C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail. Il est caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple détachement de la déciduale basale jusqu'aux raptus hémorragiques atteignant la sphère génitale et pouvant même la dépasser. [15].

Le myomètre est infiltré par l'épanchement sanguin donnant à l'utérus un aspect ecchymotique dénommé aussi apoplexie utéro-placentaire de Couvelaire.

Cet aspect d'infarcissement, souvent limité à l'utérus, peut s'étendre à tous les organes voisins : ligament large, Trompe, ovaires, vessie....où très à distance dans le foie, le pancréas et le rein. Toutefois, l'apoplexie utérine ne correspond pas à une nécrose secondaire à une oblitération vasculaire. Elle est due à, une infiltration sanguine inter fasciculaire des muscles sans thrombose

L'utérus conserve de ce fait toute son intégrité fonctionnelle lors des grossesses ultérieures. [19].

Classiquement le début est brutal marqué par une douleur abdominale intense <<en coup de poignard>> située au niveau de l'utérus et irradiant vers les lombes, les régions dorsales ou crurales. Elle peut être accompagnée de nausées, de vomissements et d'une tendance syncopale. [19]

La patiente perd un peu de sang noir. Tout de suite, l'état général cesse d'être bon (état de choc), une certaine angoisse se manifeste. [15].

Au toucher vaginal, la palpation de l'utérus siège, d'une hémorragie interne est, dur, comme du bois, partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. [15].

L'auscultation montre la disparition des BDCF. [15].

L'échographie permet de voir la zone décollée, précisera si le fœtus est vivant ou mort. Elle n'est pas indispensable dans les formes majeures car le tableau clinique est le plus souvent évident. [19].

Plus récemment, SHER a proposé une classification plus adaptée et plus simple, d'hématome rétro placentaire : [19].

-grade1 : il existe simplement des métrorragies dont l'origine n'est pas rattachée à l'HRP que secondairement ;

- grade2 : il existe des signes cliniques, l'enfant est vivant ;

- grade3 : l'enfant est mort. Grade3A s'il n'existe pas de troubles de coagulation, et grade3B en présence de ces troubles.

Un certain nombre d'hématomes rétro placentaires évoluent favorablement après un accouchement rapide aidé par l'ouverture spontanée ou artificielle de l'œuf. La délivrance suit de près l'accouchement, accompagnée d'une abondante émission de caillots noirs. Cependant, si l'évolution est le plus souvent favorable, des complications sont toujours à craindre telles que : [19].

- l'hémorragie par afibrinogénémie,

- nécrose corticale du rein et mort par anurie.

La clé de voûte du traitement consiste à restaurer et maintenir le volume sanguin circulant, prévenant ainsi la baisse du débit rénal et cardiaque et le risque de défaillance hémodynamique qui peut empêcher l'élimination des produits de dégradation de la fibrine. [19].

La césarienne doit être faite pour protéger la vie maternelle avant que le temps perdu à attendre n'ait aggravé l'état général, l'enfant étant presque toujours mort. Elle doit être conservatrice. L'hystérectomie n'a que d'exceptionnelles indications. [15].

5. Le placenta praévia :

Le placenta praévia se définit comme un placenta inséré en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement le placenta s'insère sur le fond utérin et une des faces du corps de l'utérus. [19].

Il est susceptible de faire courir des risques aussi bien à la mère qu'à l'enfant. La surveillance et la prise en charge ont été radicalement modifiées par l'échographie. [20].

On distingue par ordre de gravité croissante : [20].

- le placenta praévia latéral : lorsque le bord inférieur du placenta s'insère sur le segment inférieur à distance de l'orifice interne du col (distance > 3cm) ;
- le placenta praévia marginal : lorsque le bord inférieur du placenta approche l'orifice interne du col sans le recouvrir.
- le placenta recouvrant ou total : lorsque l'orifice interne du col est totalement recouvert par le placenta.

L'hémorragie est le principal symptôme des placentas praévia. Elle est avant tout due à une asymétrie de croissance (survenant principalement au cours du 3ème trimestre de la grossesse) entre le segment inférieur qui se développe rapidement et le placenta qui se développe plus lentement. Il ya alors mise en tension, puis rupture de vaisseaux ce qui peut être source : [20].

- d'une hémorragie d'origine maternelle par rétraction des vaisseaux utérins sectionnés ;
- d'une hémorragie d'origine foetale, lorsqu'il y a dilacération des villosités placentaires.

Cette hémorragie peut aussi être consécutive aux contractions utérines qui sont plus fréquentes en fin de grossesse et au cours du travail. [20].

Le pronostic maternel est fonction de l'importance de l'hémorragie, source de choc, susceptible lui-même d'induire ultérieurement une souffrance foetale aiguë. [20].

Le pronostic foetal est lié à la fréquence élevée des présentations anormales ou des procidences du cordon. [20].

L'échographie représente l'élément fondamental du diagnostic. Elle repère de manière aussi précise que possible le bord inférieur du placenta et l'orifice interne du col. [20].

En cas d'hémorragie cataclysmique : en dehors du travail la césarienne peut être décidée dans l'intérêt maternel quelque soit le terme et le poids estimé du fœtus.

Au cours du travail : la césarienne en extrême urgence. [20].

L'âge, la grande multiparité, les antécédents répétés d'avortements avec curetage, et la présence d'une cicatrice utérine représentent les principaux facteurs favorisant. [21].

6. La grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine est l'implantation du trophoblaste en dehors de la cavité utérine. Son pronostic est lié à la fertilité ultérieure, mais le pronostic vital peut être mis en jeu dans les formes graves. [22].

Sa fréquence a doublé au cours des quinze dernières années (recrudescence des facteurs favorisant : salpingite, tabac, chirurgie tubaire, endométriose).

Dans 75% des cas, les patientes sont âgées de 25 à 35 ans et sont nulli- ou primipares. Elle représente environ 2% des grossesses. [22].

Elle est la 1^{ère} cause de mortalité au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse et est responsable de 10% de la mortalité maternelle totale. [24].

Il faut d'emblée séparer les localisations tubaires et extra tubaires. La localisation tubaire représente 95% des grossesses extra-utérines. [24].

Parmi les localisations tubaires : 70% sont ampullaires, 15% isthmiques, 5% pavillonnaires, 4% interstitielles. [24].

La symptomatologie associe un retard de règle, des signes sympathiques de grossesse, des métrorragies classiquement noirâtres, peu abondantes, et des douleurs pelviennes latéralisées. [22].

Au toucher vaginal, on retrouve un utérus gravide, moins volumineux que le voudrait le terme et on palpe quelque fois une masse laréro-utérine ou un empâtement d'un cul de sac vaginal latéral douloureux.

Le toucher rectal peut réveiller une douleur du cul de sac de Douglas et signe alors un épanchement péritonéal.

Le dosage de β hcg présent dans la circulation une semaine après l'ovulation, sa positivité permet d'affirmer la grossesse. Au cours d'une grossesse normale et évolutive, son taux double toutes les 48 heures. En cas de GEU, la cinétique est moins franche et les taux sont inférieurs.

L'échographie pelvienne, par voie abdominale en réplétion vésicale ou par voie endovaginale conclut le diagnostic de grossesse extra-utérine par la mise en évidence, de l'utérus vide, visualisation directe d'un sac ovulaire en dehors de l'utérus et un épanchement dans le Douglas.

Dans les cas de GEU rompue l'abdomen est ballonné, la palpation retrouve une défense hypogastrique sans contracture. Les touchers pelviens sont extrêmement douloureux, et induisant le <<cri du Douglas>>.

La douleur pelvienne est apparue brutalement, en coup de poignard, latérale puis diffusant à tout l'abdomen, la patiente est agitée et angoissée. Devant ces signes une intervention s'impose en urgence. [22].

7. Les ruptures utérines :

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou partielle de l'utérus gravide. Le pronostic classiquement grave de cette complication est très variable selon le siège et l'aspect des lésions. Il est donc important de distinguer des ruptures complètes des ruptures incomplètes, des ruptures sur utérus sain des ruptures sur l'utérus cicatriciel. La rupture utérine est rare dans les pays développés et souvent le fait de la désunion d'une cicatrice segmentaire antérieure. A l'inverse, dans les pays en développement sa fréquence et sa gravité sont considérablement accrues. [19].

Les ruptures utérines au cours de la grossesse, ne surviennent spontanément que sur un utérus cicatriciel. La cause principale, la césarienne corporéale antérieure, ayant à peu près disparu, elles sont exceptionnelles.

Les ruptures au cours du travail s'observent dans des conditions fort différentes : [15].

- certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal ;
- d'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable ;
- enfin un troisième groupe est celui des ruptures provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques.

Le diagnostic peut être facile en cas de rupture franche sur utérus sain ou à l'inverse insidieux en cas d'utérus cicatriciel en raison du caractère peu hémorragique des berges de la cicatrice.

Au cours du travail, la rupture est souvent précédée d'un syndrome de pré rupture qui associe d'abord une hypercinésie et un mauvais relâchement utérin. Il apparaît ensuite une hypertonie utérine, un anneau de Bandl ; l'utérus prend un aspect en sablier. La souffrance foetale est fréquente. [19].

Le pronostic maternel comportait naguère une énorme mortalité. La femme pourrait mourir dans les heures qui suivaient la rupture, d'hémorragie et surtout de choc, voire plusieurs jours après l'accident, par péritonite puerpérale. La gravité était encore plus grande dans les ruptures compliquées avec éclatement du vagin ou déchirure de la vessie. [15].

Le pronostic foetal était très mauvais dans les ruptures franches. Le foetus succombe pendant la période de rétraction utérine ; ou meurt après la rupture. Le foetus reste souvent vivant dans les désunions de cicatrice et même dans les ruptures tardives et discrètes, révélées seulement pendant la période de la délivrance. [15].

Le traitement curatif : Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Le traitement chirurgical en urgence doit être complété par celui du choc et celui de l'infection. [15].

Les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention. Après coeliotomie, deux opérations sont possibles : [15].

- la suture de la rupture est le plus souvent aujourd'hui le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Le pronostic obstétrical d'avenir de ces utérus rompus et suturés est bon, mais la césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur.
- l'hystérectomie est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante, compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de six heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée. [15].

Le traitement du choc doit être entrepris dès la rupture reconnue et confié ensuite à un service de réanimation. [15].

Le traitement anti-infectieux : Les antibiotiques seront administrés à haute dose par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours. [15].

8. Les déchirures obstétricales :

On distingue les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales, cervicales, qui peuvent être associées les unes aux autres. [25].

Les déchirures les plus fréquentes sont les déchirures périnéales postérieures. [19].

a. Les déchirures périnéales :

Elles surviennent au moment du dégagement, soit de la tête, soit de l'épaule postérieure. [25].

Les facteurs de risque sont nombreux et souvent associés : primiparité, les manœuvres obstétricales, la macrosomie fœtale, la qualité des tissus, l'épisiotomie médiane, un accoucheur inexpérimenté ou impatient. [25].

On distingue : [16].

- Les déchirures du 1^{er} degré qui sont dites déchirures simples ou incomplètes n'atteignant pas le sphincter anal ;
- Les déchirures du 2^{ème} degré qui sont dites complètes avec lésions du sphincter anal. Un risque : l'incontinence anale, véritable infirmité ;
- Les déchirures du 3^{ème} degré qui sont dites complètes et compliquées, caractérisées par l'effraction de la cloison recto vaginale et de la paroi antérieure du canal anal. La réparation est très délicate, il s'agit d'une intervention chirurgicale. Un risque la constitution d'un cloaque, d'une fistule ou d'une incontinence anale.

L'évolution parfois très désastreuse explique l'intérêt de l'épisiotomie, qui faite à temps, évite presque toujours ces lésions. [16].

b. Les déchirures vulvaires antérieures : [19].

Elles sont bénignes et ne nécessitent pas de suture ; touchent les petites lèvres, le clitoris ou le tissu péri-urethral.

c. Les déchirures cervicales :

On distingue : [25].

- les déchirures sous vaginales qui n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin, non hémorragiques et bénignes ;
- les déchirures sus vaginales qui remontent sur le segment inférieur c'est une rupture utérine.

Le risque immédiat est le choc avec hémorragie sous- périnéale et CIVD.

A distance, il faut craindre la fistule vésico vaginale ou vésico cervicale.

Le saignement n'est pas contrôlable par les voies naturelles et une décision d'embolisation ou d'hystérectomie doit être prise rapidement. [19].

d. Les déchirures vaginales : [16]

- les déchirures basses ont peu de gravité;
- les déchirures du dôme vaginal sont heureusement devenues exceptionnelles.

9. La môle :

La môle (autrefois appelée hydatiforme ou vésiculaire) est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif. [15].

Macroscopiquement, la môle se présente sous forme d'une agglomération de vésicules translucides, reliées par des filaments ténus, et supportées par un noyau charnu central. L'ensemble rappelle une grappe de raisin. [16].

Microscopiquement, la dégénérescence de la villosité comporte : une absence de vascularisation ; une prolifération du trophoblaste ; une dystrophie du tissu conjonctif avec œdème du stroma. [15].

Sur le plan clinique l'hémorragie est souvent le 1^{er} signe ; c'est aussi le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du deuxième ou troisième mois de la grossesse. D'abondance variable, elle se répète et va croissant.

Les signes dits sympathiques sont exagérés :

- troubles digestifs : nausées, sialorrhée, vomissement, subictère ;
- troubles nerveux : insomnie, crampes ;
- troubles psychiques ;

- troubles rénaux : protéinurie, dont l'apparition précoce éveille l'idée de môle. [15].

A l'examen l'utérus est trop gros pour le terme, trop mou. Le segment inférieur est trop plein. Les culs de sac sont occupés par des kystes ovariens bilatéraux. Les bruits du cœur ne sont pas entendus aux ultrasons. [16].

L'échographie est l'examen fondamental qui montre des images caractéristiques, sous l'aspect de <<flocons de neige>>, remplissant la totalité de la cavité utérine. [15].

Le dosage des gonadotrophines chorioniques urinaires atteint un taux très élevé, spécial à la môle, supérieur à 500000UI/L. [15].

La découverte d'une grossesse molaire partielle ou complète impose l'évacuation utérine. L'aspiration molaire est le seul traitement initial. [20].

L'évolution peut être incertaine ou défavorable : une rétention de résidus molaire, un choriocarcinome. [16].

L'hystérectomie est exceptionnelle. Elle est réservée aux complications hémorragiques incontrôlables et aux perforations. [16].

III. LES DYSTOCIES :

Les situations d'obstacle à l'accouchement se définissent comme l'arrêt de progression du fœtus dans la filière pelvienne. [21].

La progression du travail peut être entravée, soit parce qu'il existe des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle alors de dystocie dynamique ; soit parce qu'il existe une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel : on parle de dystocie mécanique. [15].

La dystocie touche surtout les adolescentes, qui n'ont parfois pas encore eu leurs premières règles et dont le bassin est encore peu compatible avec l'accouchement, et à l'autre extrême, les grandes multipares qui sont plus sujettes aux présentations anormales. [21].

A. Les dystocies d'origine fœtale :

1. La disproportion foetopelvienne : [15]

- **La macrosomie fœtale** : on considère que le fœtus à terme est trop gros lorsqu'il pèse plus de 4kg. L'excès de volume porte sur la totalité du corps, et non sur une seule de ses parties.

Certains facteurs favorisants sont : l'hérédité, la multiparité, la primipare âgée, la grossesse prolongée, le diabète patent ou inapparent.

Le pronostic fœtal : il est le risque d'être traumatisé au cours de l'accouchement et l'hypoglycémie néonatale.

Chez la mère, les lésions obstétricales sont fréquentes survenues au cours des manœuvres.

La césarienne est justifiée chez la primipare âgée ; chez certaines diabétiques mal équilibrées ; lorsque le fœtus se présente par le siège ; lorsque la tête ne s'engage pas.

- **Hydrocéphalie congénitale** : qui est caractérisée par l'accumulation du liquide céphalorachidien dans le crâne fœtal, de sorte que celui-ci subit une augmentation de volume considérable qui rend le plus souvent impossible l'accouchement spontané par les voies naturelles.

Elle est due non pas à un excès de production du liquide céphalorachidien, mais soit à un trouble de la circulation, soit à un trouble de la résorption du liquide.

Les conséquences sont : la dilatation des ventricules et atrophie du cerveau.

Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse, l'interruption de celle-ci est en général proposée.

Pendant le travail, on s'oriente vers les opérations fœtales mutilatrices par voies naturelles, une césarienne conduirait à extraire un monstre vivant.

2. Les présentations dystociques : [16].

La présentation de la face :

C'est la présentation de la tête en déflexion complète. La descente dans la filière pelvienne est laborieuse et ne peut se faire que si le menton tourne précocement en avant.

Au palper, la tête est perçue au dessus du détroit supérieur.

Au toucher vaginal, la tête reste haute et le segment inférieur est épais.

L'expectative est possible sous surveillance monitorisée. La césarienne est nécessaire si le menton tourne en arrière.

La présentation du front :

C'est une présentation de la tête défléchie, intermédiaire entre celle du sommet et celle de la face. Elle ne survient que pendant le travail, après la rupture de la poche des eaux.

Au palper, l'occiput de la tête reste élevée, est anormalement saillant. Au toucher vaginal, la présentation est irrégulière.

Seule la césarienne peut éviter la souffrance fœtale et les complications.

La présentation du siège :

La présentation du siège est une présentation longitudinale dans laquelle le pôle pelvien du fœtus est au détroit supérieur alors que la tête est dans le fond utérin. Il en existe deux grandes variétés :

- le siège décomplété<<mode des fesses>> où les membres inférieurs sont relevés en attelle devant le tronc (70%) ;
- le siège complet où le fœtus est assis en tailleur (30%).

La fréquence de la présentation du siège est de environ 3,8%. Elle témoigne d'un trouble de l'accommodation.

Le diagnostic est fait par le palper qui décèle :

- en bas, un gros pôle irrégulier et mou : le siège ;
- en haut, un pôle dur et régulier qui ballote : la tête.

Au toucher vaginal : présentation molle et irrégulière.

Il est parfois nécessaire d'intervenir pour un arrêt d'expulsion, le siège étant déjà plus ou moins hors des voies génitales de la mère :

- petite extraction pour prévenir ou traiter un relèvement des bras par la double rotation de LOVSET ;
- grande extraction de siège lorsque la présentation reste à la partie haute de l'excavation, l'expulsion traîne, la mère refuse de pousser, une souffrance fœtale apparaît. Une césarienne est souvent préférable.

-

La présentation de l'épaule :

On réunit sous le nom de présentation de l'épaule tous les cas dans lesquels le fœtus se place dans l'utérus obliquement ou transversalement. C'est une présentation très dystocique, ne permettant jamais l'accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme ou près terme.

La présentation de l'épaule est rare 0,3%. Elle est due à des troubles de l'accommodation foeto-utérine ou foetopelvienne.

Lorsque la poche des eaux est rompue, le toucher vaginal permet de sentir le grill costal, le creux axillaire, la saillie osseuse de l'acromion qui est le repère de la présentation.

L'évolution spontanée se fait vers l'épaule dite <<négligée>> après rupture prématurée ou précoce des membranes. Les grands accidents sont inévitables : mort du fœtus ; rupture utérine ou infection amniotique chez la primipare.

Une version par manœuvres externes peut encore être tentée chez la multipare, mais elle est plus aléatoire du fait des contractions utérines. Si les membranes sont rompues, la seule solution est l'opération césarienne.

B. Les dystocies d'origine maternelle :

1. La dystocie dynamique

Elle comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Les anomalies peuvent être classées en cinq groupes :

- Les anomalies par défaut : hypocinésie : les contractions sont, soit d'intensité trop faible (<25 -30mmHg), soit espacées (<2 contractures/10mn). L'association de ces deux types définit l'inertie utérine que l'on observe plutôt chez les multipares et qui résulte d'une diminution de la contractilité, des fibres utérines. [16].
- Les anomalies par excès : hypercinésie : les contractions sont soit trop intenses (>60 -65mmHg), soit trop rapprochées (fréquence>5 contractions/10mn). Le tonus de base reste normal au début. [16].
- Les anomalies du tonus de base : hypertonie : l'hypertonie peut être modérée (tonus de 12 à 20mmHg) ou majeure (tonus> 20mmHg).
- Elle peut être isolée ou succédée à une hypercinésie (lutte contre un obstacle, abus des ocytociques). [16].

L'hypertonie isolée réalise le tableau du mauvais relâchement utérin dans l'intervalle des contractions. La fréquence et l'intensité des contractions sont normales, mais le tonus de base est trop élevé. [15].

- Les arythmies contractiles se caractérisent par une succession de contractions irrégulières tant dans leur amplitude que dans leur durée, mais surtout dans leur fréquence. [15].
- Les anomalies avec activité utérine apparemment normale. La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa représentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement. [15].

Le signe le plus important de la dystocie dynamique est la lenteur ou l'arrêt des phénomènes du travail et principalement de la dilatation du col. [15].

Traitement : Les dystocies dynamiques relèvent avant tout de la conduite de l'accouchement dirigé, hormis les cas où elle est associée à un obstacle évident et où la césarienne est le seul traitement possible. [15].

2. Les dystocies osseuses :

Autrefois, elles étaient plus fréquentes et surtout beaucoup plus graves. Actuellement, les déformations très importantes sont rares. L'épreuve du travail bien codifiée et la possibilité de faire une césarienne même tardive ont transformé le pronostic. [16].

Mais pour l'étude de l'élément du statique isolé, c'est-à-dire du bassin obstétrical, la radiopelvimétrie apporte une précision dont l'examen clinique est dépourvu.

Elle permet de mesurer exactement les diamètres obstétricaux : [15].

- Détroit supérieur ;
- l'excavation : symphyse pubienne, le sacrum, le plan des épines sciatiques ou Détroit moyen ;
- Détroit inférieur.

2.1. Les variétés de bassins : [16].

a. Parmi les bassins symétriques :

- l'alimentation mieux équilibrée et la surveillance infantile ont rendu exceptionnel le rachitisme, source de bassins aplatis, généralement rétrécis ;
- le diagnostic précoce des lésions vertébrales (rachitisme ou tuberculose) a presque fait disparaître les bassins cyphotiques, en entonnoir ;

- le dépistage dès la naissance de la luxation congénitale bilatérale de la hanche a fait diminuer le nombre de bassins en éteignoir ;
- quant aux remaniements osseux de l'ostéomalacie, ils étaient propres à certains pays (Afrique du Nord) et liés à des carences alimentaires.

b. parmi les bassins asymétriques : la prévention de la scoliose, de la coxalgie, de la poliomyélite, et de la luxation congénitale de la hanche unilatérale a fait diminuer la fréquence des bassins asymétriques, obliques ovalaires.

3. L'épreuve du travail

L'épreuve <<mécanique>> du travail ne doit pas être envisagée que si le fœtus se présente par le sommet. S'il est en siège, on recourt à la césarienne à la fin de la grossesse. [15].

Elle est indiquée dans les cas de bassin limite lorsque le diamètre promonto-sous-pubien mesuré par le toucher mensurateur bi digital, est compris entre 9,5cm et 10,5cm, ce qui correspond à un diamètre utile de 8 à 9cm.

L'indice du détroit supérieur (Magnin) (diamètre anéro-postérieur + diamètre transverse) est supérieur à 21 dans les bassins limites (normal, supérieur ou égale à 23). [16].

Mais elle est parfois imprévue+ + : [16].

- lorsque le bassin étant normal, le fœtus est trop gros ;
- lorsque la viciation pelvienne est passée inaperçue : bassin rétréci transversalement, androïde ou anthropoïde.
- Au cours de l'épreuve du travail on doit alors recueillir quatre sortes d'éléments [16].
- L'élément<<dynamique>>, c'est-à-dire apprécier la contractilité utérine (qualité, rythme, durée des contractions et tonus interphasaires) et la dilatation du col.

- L'élément<<mécanique>>, apprécier par le palper mensurateur qui recherche un débord de la tête au-dessus de la symphyse pubienne ; et le toucher vaginal qui cherche un chevauchement des os du crâne, une bosse séro-sanguine.
- L'élément<<cinétique>> c'est-à-dire l'accommodation de la tête apprécié sur : le degré de flexion ; l'asynclitisme ; l'orientation.
- L'élément<<état du fœtus>> : rythme cardiaque fœtale ; couleur du liquide amniotique et <<état de la mère>> : température, fatigue, agitation doivent être surveillés.

A la fin de l'épreuve du travail : Au bout de deux heures ; il ya trois possibilités : [16].

- L'épreuve est un échec : césarienne ;
- L'épreuve est un succès : voie basse, terminée assez souvent par un forceps ;
- L'engagement est difficile à affirmer, la césarienne est alors indiquée.

IV. LA SOUFFRANCE FOETALE AIGUE :

La souffrance fœtale aiguë (SFA) est, par convention, la souffrance fœtale qui survient pendant le travail. Elle menace, à court terme, le pronostic vital et fonctionnel du fœtus. C'est donc une urgence thérapeutique. [26].

Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle relève en fait souvent d'une acidose métabolique qui est la conséquence de la seule hypoxie. [15].

Les étiologies sont soit : [26].

- fœtales : hypotrophie, prématurité, jumeaux, anémie, certaines cardiopathies ;
- annexielles : placentaires, funiculaires ;

- maternelles : dystocies dynamiques avec hypercinésie de fréquence ou d'intensité, et/ou hypertonie, grossesse prolongée, syndromes vasculo-renaux, diabète, syndrome de compression de la veine cave, états de choc, insuffisance respiratoire aiguë ou chronique, cardiopathies décompensées, anémie sévère. [26].

La souffrance fœtale aiguë peut être suspectée sur deux signes : [15].

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

Elle peut être transitoire ou peut aboutir à : la mort fœtale in utero ; la naissance d'un fœtus en état de détresse cardio-respiratoire ; des lésions qui laissent des séquelles. [16].

Le diagnostic précoce grâce à la cardiotocographie permet d'éviter la constitution des lésions neurologiques définitives. [26].

V. LA PROCIDENCE DU CORDON : [19].

La procidence du cordon est une des urgences obstétricales où le pronostic fœtal peut être mis en jeu rapidement sans altérer le devenir maternel.

La procidence se définit comme la chute du cordon ombilical en avant de la présentation à membre rompue. Elle peut se classifier en 3 groupes :

Type I : cordon en intra vaginal ;

Type II : cordon à la vulve ;

Type III : cordon extériorisé au dehors de la vulve.

Cette classification correspond à la <<procidence franche>> décrite par Prabalos ou le cordon est visible ou palpé lors du toucher vaginal.

La prise en charge consiste en une extraction fœtale par césarienne dans la majorité des cas. L'accouchement par voies naturelles peut être autorisé en cas d'accouchement imminent le plus souvent assisté par des manœuvres obstétricales.

Le diagnostic est le plus souvent clinique devant la constatation, lors du toucher vaginal, de cordon dans le vagin au travers du col, en avant de la présentation.

La procidence du cordon est le résultat de l'inadaptation entre le mobile fœtal, le segment inférieur de l'utérus et le pelvis maternel après la rupture des membranes.

Les facteurs favorisants sont: prématurité et petit poids de naissance ; grossesses multiples, présentations non céphaliques ; hydramnios ; placenta bas inséré.

VI. TOXEMIE GRAVIDIQUE :

L'hypertension induite par la grossesse, apparaît après la 20ème semaine de préférence chez la primipare. Lorsqu'elle s'accompagne ou se complique d'une protéinurie, il s'agit d'une pré éclampsie ou d'une toxémie de pronostic beaucoup plus sévère. [29].

L'éclampsie, accident aigu paroxystique des syndromes vasculo-renaux constitue sur le plan clinique un état convulsif survenant par accès, à répétition suivi d'un état comateux. Elle survient pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches. [20].

La crise elle-même se caractérise par la brutalité de son apparition et par un tableau nosologique typique. Elle commence par : [20].

- une phase d'invasion : faite de mouvements convulsifs débutant souvent autour de la bouche et se poursuit par ;
- une phase tonique d'une durée de 10 à 20 secondes au cours de laquelle les membranes et le corps se raidissent, la malade reste en apnée et son visage se cyanose, brusquement la détente survient, un mouvement respiratoire interrompt l'apnée et apparaît alors
- la phase clonique qui dure environ 1 minute. A ce moment, les convulsions secouent les membres (supérieurs en particulier, simulant un battement de tambour) et la face. [20].

Cette crise peut être accompagnée de morsures de la langue et de perte d'urine. Elle peut être unique ou au contraire se répéter. Elle apparaît dans 50% des cas avant le travail, 1 fois sur 4 elle se manifeste au cours de celui-ci et 1 fois sur 4 dans les 24 premières heures du post partum. [20].

Après la crise, la respiration se rétablit ample et bruyante mais la patiente est dans le coma. Tout état comateux survenant pendant la grossesse doit être considéré comme équivalent éclamptique.

Au réveil, elle présente souvent de l'amnésie rétrograde. [20].

Le<<Roll over test>> (épreuve de retournement) doit être pratiqué entre 28ème et 32ème semaine pour dépistage de la pré éclampsie. [27].

Dans certains cas, les crises d'éclampsie peuvent entraîner la mort par : hémorragie cérébrale ; nécrose corticale rénale ; l'œdème pulmonaire ; rupture hépatique. [27].

Les risques pour le fœtus sont nombreux : retard de croissance in utero ; accouchement prématuré ; mort in utero ; mort néonatale précoce. [28].

Si le fœtus est vivant et à terme de viabilité, son extraction s'imposera. [29].

- L'urgence thérapeutique de l'éclampsie est de rigueur : [20].
repos absolu au lit ; chambre isolée obscure ; visites interdites ;
- deux voies veineuses et perfusion double ;
- canule de Mayo ;
- sonde à demeure et mesure de la diurèse horaire ;

Le contrôle des convulsions peut être obtenu : soit par perfusion de chlométhiazole (Distraneurine, Hemineurine, (8mg/ml en perfusion de 500ml) ; soit par le sulfate de magnésium, après s'être assuré qu'il n'existe pas d'insuffisance rénale, on injectera 4 à 6 g en intraveineuse, suivi d'une dose de 1 à 2g toutes les heures pendant les 6 premières heures.

Le contrôle de l'hypertension est réalisé par la clonidine, associée ou non à l'hydralazine ou diazoxide, en perfusion à la pompe.

Au cours de la période d'observation et de traitement de l'éclampsie convulsif, la pression artérielle doit être mesurée toutes les 15 minutes.

Dès la stabilisation de l'état de la patiente, il est prudent de mettre fin à la grossesse. [20].

VII. LE PALUDISME GRAVE SUR GROSSESSE :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravidopuerpérale et des nouveaux-nés. [30].

Son incidence est estimée entre 270 et 450 millions de cas. [31].

Ceci ajouté à l'apparition dans une grande partie du monde de résistance du plasmodium à la chloroquine, médication de prévention la plus habituelle accroît l'importance du problème. [29].

Au Mali, le paludisme sévit sur tout le territoire. Les statistiques nationales estiment qu'il est la 1^{ère} cause de morbidité 15,6% et de mortalité 13% pour la population. [32].

L'association paludisme et grossesse est fréquente en Afrique : 5 à 30 et même 45% des femmes selon les régions. [29].

La femme enceinte, non soumise à la prophylaxie, est donc plus exposée aux accès palustres, aux anémies et aux accès pernicioseux, mortels, que la femme non gravide.

Le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant des avortements (6,5%) des accouchements prématurés (15%) des retards de croissance intra-utérin et des morts in utero (0,7%). [29].

Au premier trimestre, il peut aggraver les signes sympathiques de grossesse, en particulier les vomissements gravidiques avec un risque accru de déshydratation.

Au cours du dernier trimestre l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital. [29].

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (par augmentation du risque d'hémorragies de la délivrance) et les suites de couches (moindre résistances aux infections bactériennes). [29].

Le traitement : Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement, car l'évolution est imprévisible et le passage transplacentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment. [29].

Le traitement médical consiste à l'administration d'antipalustre : sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate basique de quinine (arsiquiniforme), les dérivés phénoliques. [5].

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractures utérines. [5].

Au cours du dernier trimestre : la femme non en travail, une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider la césarienne. [29].

Au cours de l'accouchement :

- Eviter toute extirpation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite. [29].
- Eviter de traire le cordon, cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale. [29].

Le traitement préventif repose sur la protection contre les piqûres de moustique ; la chimioprophylaxie qui doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. [5].

La chimioprophylaxie reste limitée par l'état gravide aux amino-quiniléines : sulfadoxine/pyrimetamine, l'amodiaquine. La dose efficace pour l'adulte est de 600mg hebdomadaire. [5].

La vaccino-prévention pose de problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus.

VIII. LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES :

Les vomissements graves de la grossesse sont une complication sérieuse du premier trimestre de la gestation. Dans certains cas ils sont le signe d'une grossesse anormale : gémellaire, môle hydatiforme.

Mais la cause essentielle des vomissements graves est d'ordre psychique : grossesse non désirée ou au contraire trop désirée, conflits affectifs. Lorsqu'ils se poursuivent après la fin du 3ème mois il faut rechercher une affection organique du tube digestif. [14].

Sur le plan clinique : c'est l'intolérance gastrique absolue ; la malade rejette immédiatement tout ce qu'elle prend par la bouche.

En absence d'un traitement et d'une réanimation efficaces, l'évolution est parfois extrêmement sérieuse : déshydratation, dénutrition, l'oligurie, aboutissant à un véritable état de cachexie. Des signes de gravité apparaissent : fièvre, ictère, torpeur progressive, qui aboutissent au coma et finalement à la mort. [14].

Le traitement consiste en plus des anti-émétiques, les anti-nauséeux, les sédatifs, à isoler la malade en chambre seule avec rideaux noirs, pas de visite, pas de repas, eau minérale seulement. Parfois l'alimentation est parentérale exclusivement pendant 24heures. [20].

IX. LA TORSION D'ANNEXE :

Cette complication survient dans environ 10% des kystes de l'ovaire. Elle ne peut se produire que si le kyste est libre d'adhérences et lourd (kyste muqueux ou kyste dermoïde). [24].

Le tableau clinique est très aigu ; débutant par une douleur violente à point de départ pelvien, s'accompagnant de nausées et vomissements. [24].

A l'examen on retrouve un météorisme abdominal, une douleur pelvienne et une défense sous ombilicale. Du fait de la douleur et du météorisme la masse annexielle est souvent mal aperçue.

Le toucher vaginal retrouve parfois le pôle inférieur d'une tuméfaction très douloureuse dont l'existence est confirmée par l'échographie. [20].

La zone de torsion peut être le pédicule ovarien, ou plus souvent tubo-ovarienne. Selon le degré de torsion, certaines complications sont possibles : l'ischémie plus ou moins complète, la rupture, l'hémorragie, ou l'infection. Si l'annexe est nécrosée, une annexectomie s'impose. [20].

Le diagnostic différentiel se fait avec l'infection pelvienne (la salpingite aiguë et l'endométriose) et la GEU. [24].



METHODOLOGIE

1. CERCLE DE KADIOLO :

1.1. Historique du cercle de Kadiolo :

L'histoire de Kadiolo a été marquée vers les années 1920 par l'existence de deux cantons :

- Le FOLONA regroupant les anciens arrondissements de Kadiolo et de Misseni administrés par **Bakary BAMBA**.
- Le KABOILA administré par **Dramane BERTHE** regroupait les anciens arrondissements de Fourou et de Loulouni.

Ces deux entités fusionnèrent par la suite en une seule pour donner naissance à la subdivision de Kadiolo dont les premiers occupants du chef lieu furent les malinkés dirigés par **More Moussa KEÏTA** venu de l'actuel Cercle de Kangaba.

A la longue le village fut envahi progressivement par les senoufo à telle enseigne que l'administration leur a été confiée par les malinkés.

Après une mésentente qui les a divisé les populations senoufo finirent par s'unir. Cette union appelée « KANDIOLI » concept senoufo signifiant littéralement « coudre le village » donnant son nom au village qui par la suite et par déformation est devenu « Kadiolo ».

La circonscription fut érigée en cercle en 1960.

Actuellement sur le plan administratif, le cercle est divisé en 9 Communes rurales et sur le plan sanitaire en 16 aires.

1.2. Présentation du cercle de Kadiolo :

Le cercle de Kadiolo est situé à l'extrême Sud du Mali. Il est limité au Nord par le cercle de Sikasso, à l'Ouest par le cercle de Kolondièba, au Sud par la République de la Côte d'Ivoire, à l'Est par la République du Burkina Faso.

1.3. Données sanitaires :

Le cercle dispose d'un centre de santé de référence de 16 CSCom, de 12 maternités rurales, de 3 cliniques, de 3 cabinets de soins, de 3 officines de pharmacie, de 2 dépôts de vente de médicaments pour le CSRéf et d'un par CSCom donc au total de 19 dépôts de vente, d'un dépôt pharmaceutique de cercle, de 4 infirmeries (lycée, Mananza, Garnison, Fraternité).

2. CADRE D'ETUDE :

Le CSRéf de Kadiolo est situé au centre ville. De part sa situation géographique, son accès est facile.

2.1. Présentation du centre de santé de référence de Kadiolo.

Le centre de santé de référence de Kadiolo comprend :

Infrastructures :

- un bloc opératoire ;
- une unité de soins ;
- une unité chirurgicale ;
- une unité de médecine ;
- une unité d'hygiène d'assainissement et de service social ;
- une maternité et ses annexes.
- un bloc administratif en 1996
- un bloc d'hospitalisation de chirurgie en 1997
- une maison de passage en 1998
- un dépôt pharmaceutique de cercle et un dépôt de vente en 1998
- L'adduction d'eau autonome du CSRéf en 1998

Ressources humaines :

Actuellement le centre de santé de référence dispose de 3 médecins tous ayant une compétence chirurgicale, de 6 assistants médicaux respectivement : 2 en santé publique, 2 en odontostomatologie, 2 au bloc opératoire, de 4 sages-femmes, de 3 infirmières en obstétrique, de 5 techniciens de santé, et un technicien supérieur de laboratoire, de 3 aides soignants, d'un comptable, d'un caissière, de 3 gérants de dépôt de médicaments, d'un secrétaire, d'un matrone, de 3 manoeuvres, de 3 chauffeurs de 2 dépisteurs, d'un lingère et d'un gardien. La plus part du personnel de soutien (14) est payée sur le recouvrement des coûts et bénéfices générés par la vente des médicaments essentiels.

Le service du développement social et de l'économie solidaire dispose de 3 administrateurs sociaux et un technicien de développement communautaire.

Le personnel comprend au niveau des CSCom

- 22 infirmiers
- 28 matrones
- 17 gérants
- 17 techniciens de surface et gardiens

Cependant il existe une sage femme à Zégoua ; une sage femme et deux infirmières en obstétrique à Kadiolo central.

2.4. Equipements techniques :

L'équipement technique indispensable au fonctionnement est disponible.

Il est fourni par différentes sources mais le plus grand pourvoyeur reste le partenariat Santé –Développement – Suisse. Dans l'ensemble il est vieillissant bien que le programme apporte chaque année de l'équipement complémentaire. Le remplacement du gros équipement pose d'énormes problèmes et les services comme l'odontostomatologie et l'unité ophtalmologique se contentent d'équipements usagés dont les entretiens constituent un autre problème. De même l'équipement du bloc malgré les gros efforts déployés par le partenaire reste assez vétuste. Le nouveau bloc construit en fin 2001 éprouve d'énormes difficultés pour son fonctionnement car jusqu'ici le bloc ne dispose d'aucun équipement le concernant. Le CSRéf de Kadiolo ne dispose toujours pas d'appareil d'échographie.

Malgré l'érection du CSRéf en centre prescripteur d'ARV, son laboratoire dispose un spectrophotomètre non installé à cause de la réhabilitation.

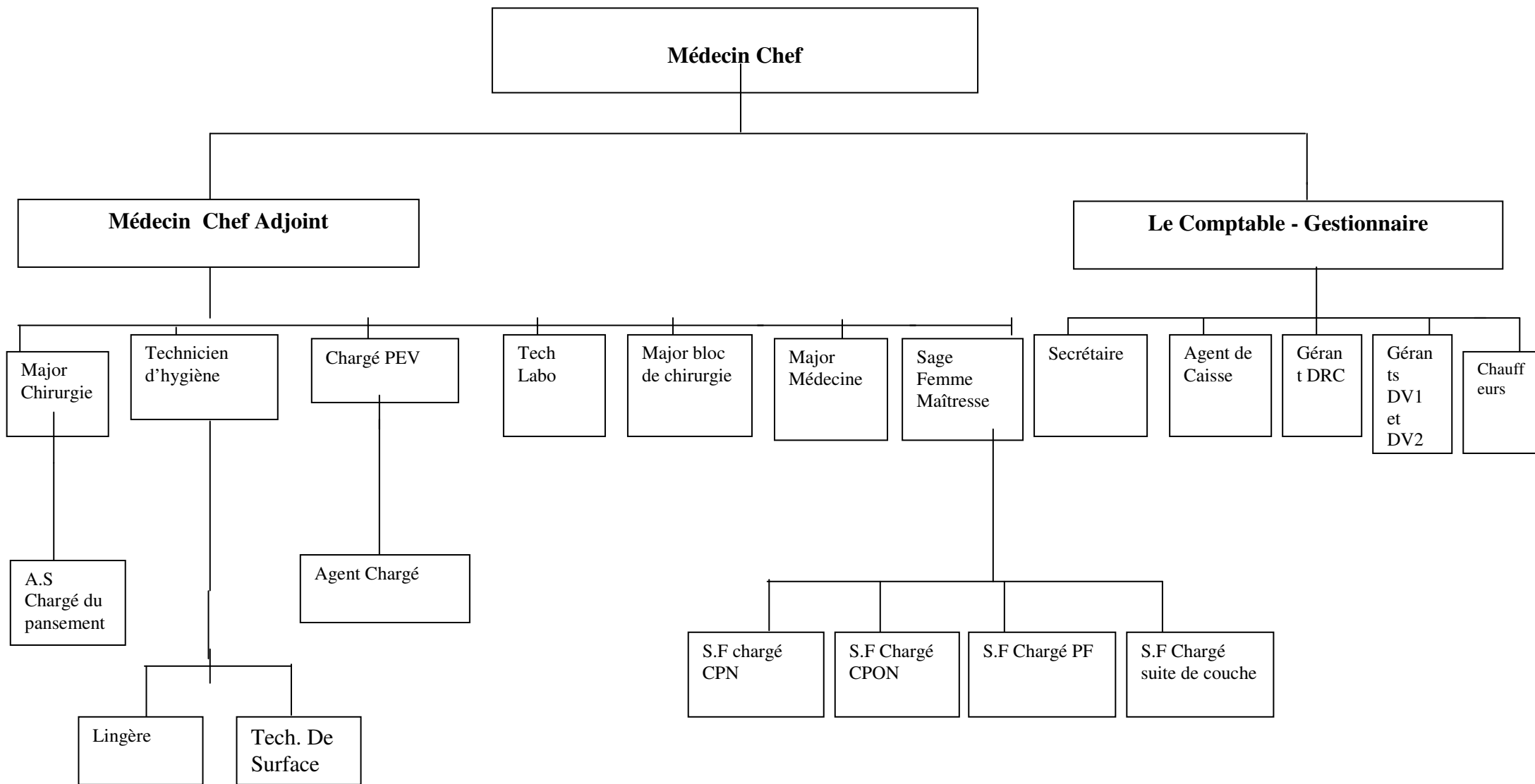
2.5. Moyens logistiques :

Le parc auto du centre de santé de référence est constitué de six véhicules dont trois TOYOTA et trois Ambulances.

Les motos yamaha au nombre de cinq permettent d'une part aux personnels de mener à bien les activités de supervision et d'autre part des moyens de liaison entre le domicile et le lieu de travail.

Il existe une moto yamaha dans tous les CSCom grâce aux partenaires de proximité.

ORGANIGRAMME DU CSREF DE KADIOLO



3- TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale, descriptive et analytique des données.

4- LIEU D'ETUDE :

La maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

5- PERIODE D'ETUDE :

L'étude s'étendait sur une période allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2008 ; soit 6mois.

6- POPULATION D'ETUDE :

Patientes admises en urgence à la maternité du CSRéf de Kadiolo.

7- ECHANTILLONNAGE :

7-1 Critères d'inclusion :

Patiente admise en urgence à la maternité du CSRéf de Kadiolo pour affection gynécologique ou obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital de la mère et / ou du fœtus.

7-2 Critères de non inclusion : il s'agit de:

Patiente admise à la maternité du CSRéf de Kadiolo chez qui l'examen clinique, n'a pas fait ressortir le caractère urgent de la pathologie gynécologique ou obstétricale.

8- COLLECTE DES DONNEES :

Les sources de données ont été :

- les fiches d'enquête ;
- les dossiers d'accouchement ;
- Les registres et carnets de consultation prénatale ;
- Les registres de compte rendu opératoire ;
- Les dossiers d'hospitalisation ;
- La technique : lecture interview.

9 – DEROULEMENT DE L'ETUDE :

- Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête ;
- Contact avec tous les médecins et agents sanitaires du centre pour la réalisation de ce travail ;
- La collecte de certaines données à travers les dossiers hospitaliers.

10- PLAN D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données ont été saisies traitées et analysées par le logiciel Spss version 12.0.

11-CONTRAINTES ET LIMITES :

Au cours de cette étude, nous avons été confrontés à des difficultés d'ordre financier, mais aussi à des difficultés liées à l'enquête telles que : absence de dossiers obstétricaux mieux structurés, absence de consultation prénatale chez certaines femmes.

12-ASPECT ETHIQUE:

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

13- DEFINITIONS OPERATOIRES :

La définition de certains concepts est utile à l'étude des urgences gynéco obstétricales car elle permet de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

13-1. L'accouchement :

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint un âge théorique de 37 semaines d'aménorrhée ;

13-2. L'avortement :

Il s'agit de l'expulsion des produits de conception de poids inférieur à 500g ;

13-3. Naissance Vivante :

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

13-4. Mort-né :

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

13-5. Terme de la grossesse :

La détermination a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat de l'échographie précoce chaque fois que cela était disponible ;

13-6. Accouchement par voie basse :

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

13-7. Venue d'elle-même :

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

13-8. Référée :

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

13-9. Evacuée :

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

13-10. Age obstétrical Elevé :

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

13-11. L'adolescente :

Toute patiente dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission ;

13-12. Bassin :

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

13-13. BGR :

Promontoire atteint et les lignes innominées sont suivies dans leur totalité ;

13-14. Bassin limite :

Promontoire atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs ;

13-15. HTA :

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

13-16. Primigeste :

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

13-17 Multi geste :

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

13-18. Grande Multi geste :

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

13-19. Nullipare :

Il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouchée ;

13-20. Primipare :

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

13-21. Pauci pare :

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

13-22. Multipare :

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

13-23. Grande Multipare :

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

13-24. L'Anémie :

Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjunctivo-palmo-plantaire associée ou non à un taux d'hémoglobine bas ;

13-25. Le Taux de mortalité périnatale :

C'est le rapport entre d'une part le nombre de mort-nés et nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie, et d'autre part le nombre de naissances totales. On l'exprime pour 1 000 naissances ;

$$\text{TX} = \frac{\text{nombre de mort-nés et nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie} \times 1000}{\text{Nombre de naissances totales}}$$

12-26. Taux de mortinatalité :

C'est le rapport des mort-nés sur le nombre total de naissances. On l'exprime pour 1 000 naissances ;

$$\text{TX} = \frac{\text{nombre de mort-nés} \times 1000}{\text{Nombre total de naissances}}$$

12-27. Taux de mortalité néonatale précoce :

C'est le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de la première semaine de vie et le nombre de naissance vivante observée dans la même période. On l'exprime pour 1000 naissances vivantes ;

$$\text{TX} = \frac{\text{nombre de décès survenus au cours de la première semaine de vie} \times 1000}{\text{Nombre de naissance vivante observée dans la même période}}$$



RESULTATS

I. Fréquence.

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 223 urgences gynéco obstétricales sur 584 admissions, soit 38,18%.

II. Caractéristique sociodémographiques.

1. Tableau I : répartition des patientes suivant les classes d'âge en année.

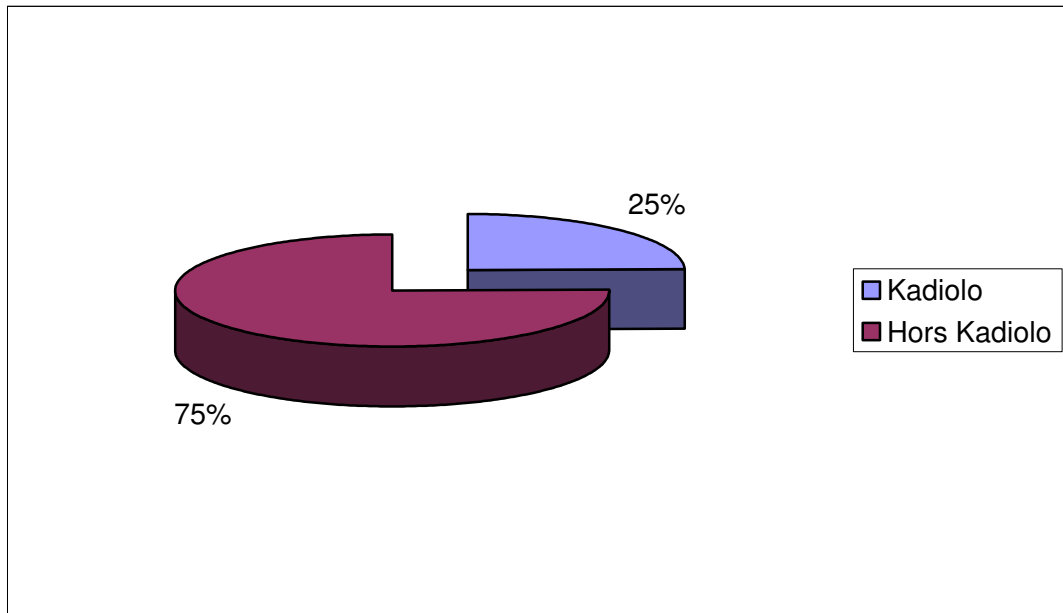
Age en années	Fréquence	Pourcentage (%)
15-19	69	30,9
20-30	112	50,3
31-40	40	17,9
41-45	2	0,9
Total	223	100

La tranche d'âge la plus représentée était 20-30, soit 50,3%.

2. Tableau II : répartition des patientes selon la profession.

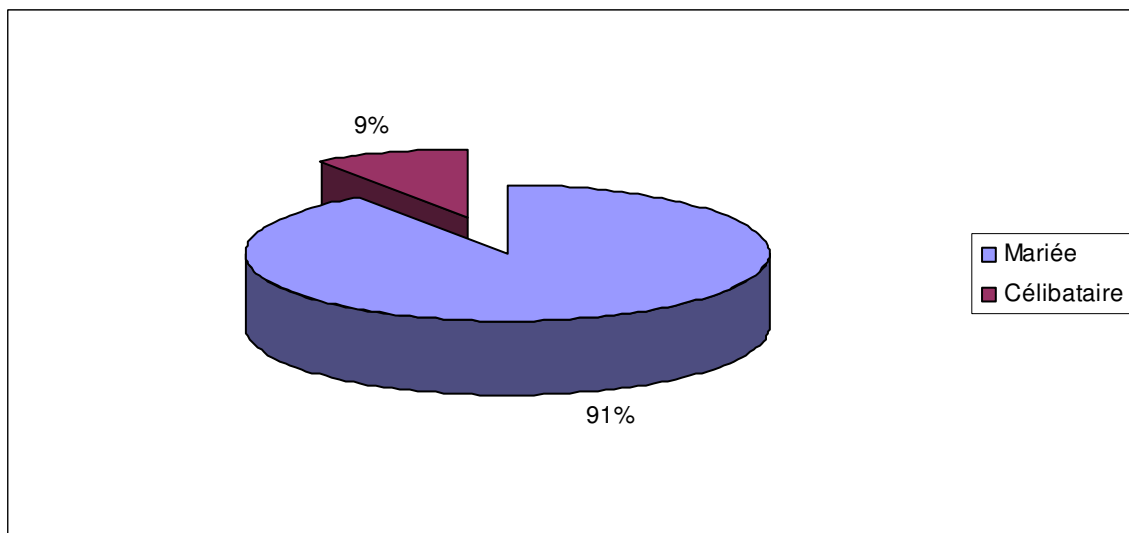
Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Ménagère	212	95,1
Elève	7	3,1
Commerçante	4	1,8
Total	223	100

Les ménagères dominaient l'étude avec 95,1%.



3. Figure I : répartition des patientes selon la provenance.

Dans la série 75% des patientes provenaient hors de la ville de Kadiolo.



4. Figure II : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

Les patientes mariées ont représenté 91% de l'échantillon.

5. Tableau III : répartition des patientes selon l'ethnie.

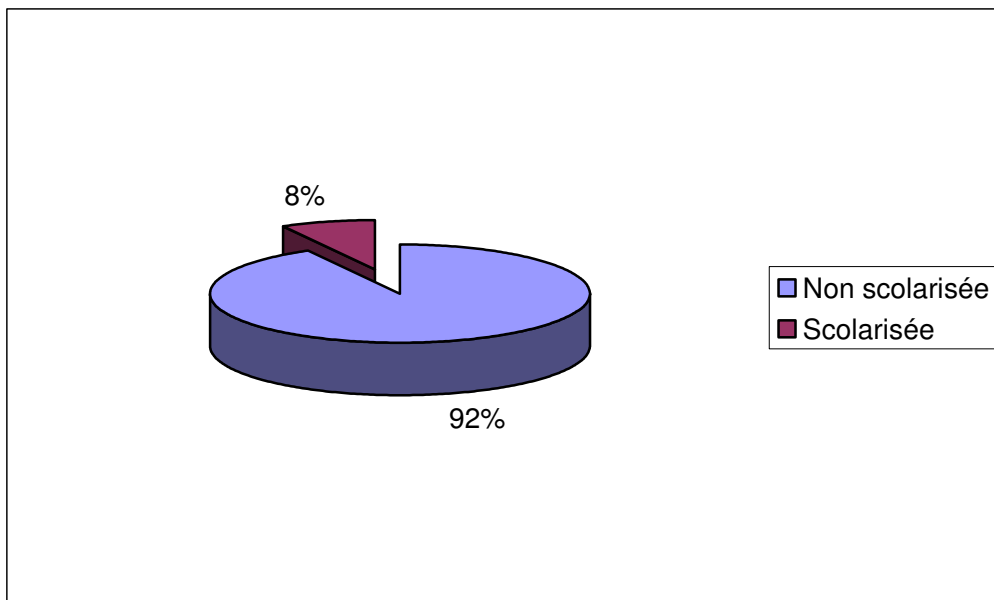
Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Sénoufo	134	60,1
Peulh	25	11,5
Samogho	17	7,6
Bambara	16	7,2
Sonrhaï	6	2,7
Dogon	5	2,2
Tagoua	5	2,2
Sarakolé	4	1,8
Malinké	3	1,3
Manianka	3	1,3
Bobo	2	0,9
Kloskivasté	1	0,4
Natioro	1	0,4
Maure	1	0,4
Total	223	100

L'ethnie dominante était les sénoufo avec 60,1%.

6. Tableau IV : répartition des patientes selon la nationalité.

Nationalité	Fréquence	Pourcentage (%)
Maliennne	205	91,9
Ivoirienne	14	6,4
Nigérienne	2	0,9
Burkinabaise	1	0,4
Mauritanienne	1	0,4
Total	223	100

Pendant la période d'étude 8,1% des patientes était de nationalité étrangère.



7. Figure III : répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Dans l'étude 92% des patientes étaient non scolarisées.

8. Tableau V : répartition des patientes selon la profession du procréateur.

Profession du procréateur	Fréquence	Pourcentage (%)
Cultivateur	144	64,6
Commerçant	37	16,7
Eleveur	13	5,8
Chauffeur	7	3,1
Elève	5	2,2
Tailleur	2	0,9
Menuisier	2	0,9
Marabout	2	0,9
Soudeur	2	0,9
Mécanicien	1	0,4
Réparateur	1	0,4
Boucher	1	0,4
Total	223	100

Les cultivateurs étaient majoritaires, soit 64,6%.

9. Tableau VI : répartition des patientes en fonction des moyens de transport.

Moyens de transport	Fréquence	Pourcentage (%)
Ambulance	105	47,1
Moto	95	42,7
Véhicule	13	5,8
Pieds	9	4,0
Bicyclette	1	0,4
Total	223	100

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé, soit 47,1%.

10. Tableau VII : répartition des patientes en fonction de la distance parcourue.

Distance parcourue (km)	Fréquence	Pourcentage (%)
<15	105	47,1
15-30	53	23,8
>30	65	29,1
Total	223	100

Dans cette étude 29,1% des patientes avaient parcouru plus de 30km.

11. Tableau VIII : répartition des patientes en fonction du temps mis entre la provenance et le centre de santé.

Temps (en Heures)	Fréquence	Pourcentage (%)
<1	156	70,0
1-2	35	15,7
> 2	32	14,3
Total	223	100

Les patientes qui ont fait plus de deux heures représentaient 14,3%.

12. Tableau IX : répartition des patientes en fonction du support d'évacuation.

Supports d'évacuation	Fréquence	Pourcentage (%)
Fiche de référence	94	42,1
Fiche de référence +Partogramme partogramme	35	15,7
Aucun	24	10,8
Total	70	31,4
	223	100

La fiche de référence a été le principal document, soit 57,8% des cas.

13. Tableau X : répartition des patientes selon le lieu d'évacuation.

Lieu d'évacuation	Fréquence	Pourcentage (%)
CSCom central Kadiolo	37	21,3
CSCom Zégoua	31	17,8
CSCom Diou	21	12,1
CSCom Fourou	14	8,1
CSCom Kébéni	9	5,2
CSCom Lofigué	8	4,6
CSCom Woroni	6	3,4
CSCom Loulouni	6	3,4
CSCom Misséni	5	2,9
CSCom Katiélé	5	2,9
CSCom Massiogo	5	2,9
CSCom Nimbougou	3	1,7
Clinique Djiguiya Kadiolo	3	1,7
CSCom Diomatènè	3	1,7
CSCom Bananso	3	1,7
CSCom Gouènè	3	1,7
CSCom Ouatialy	2	1,1
CSCom N'toumoukoro (RCI)	2	1,1
CSCom Koronani (RCI)	2	1,1
CSCom Diawala (RCI)	1	0,6
CSCom Niéllé (RCI)	1	0,6
CSCom Donkélé Dougou	1	0,6
CSCom Kai	1	0,6
CSCom Lanfiala	1	0,6
CSCom N'golona	1	0,6
Total	174	100

Le CSCom central a effectué le plus d'évacuation avec 21,3%.

III. Facteurs de risque connus.

14. Tableau XI : répartition des patientes selon le type de bassin.

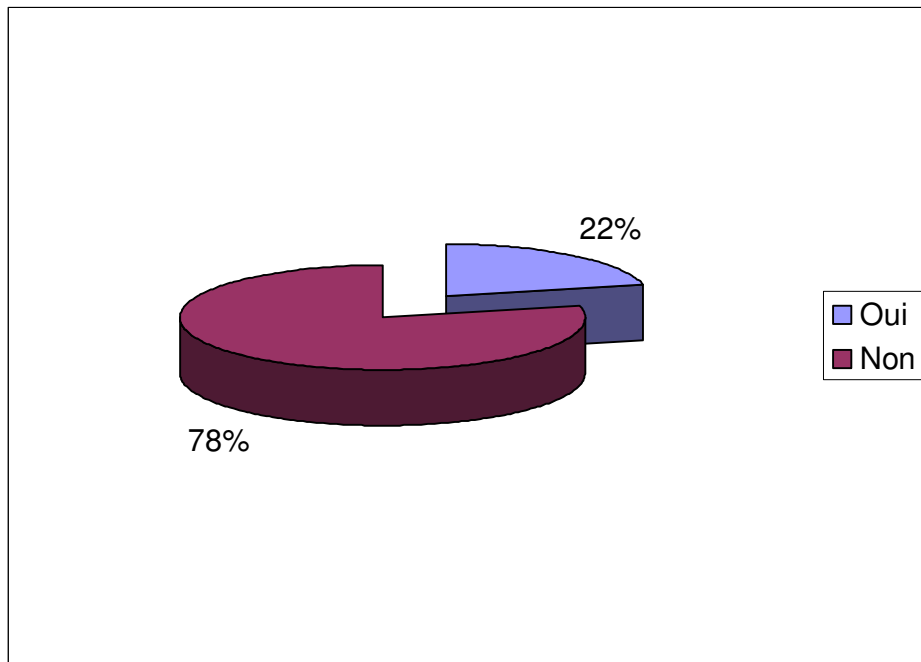
Type de bassin	Fréquence	Pourcentage (%)
Normal	194	87,0
BGR	27	12,1
Asymétrique	2	0,9
Total	223	100

La majorité des patientes avaient le bassin normal, soit 87%.

15. Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la parité.

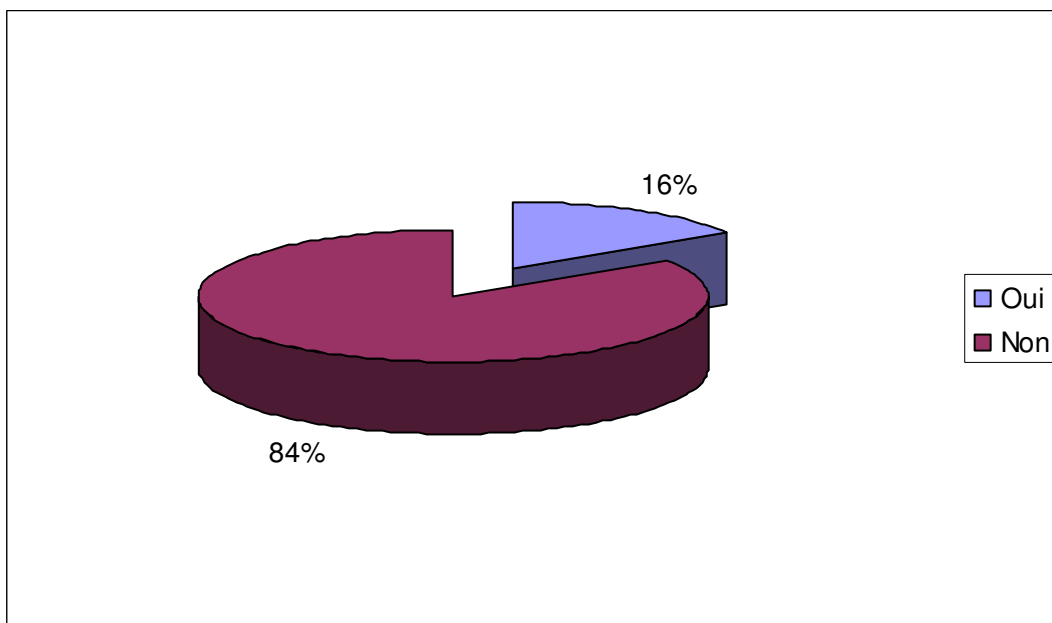
Parité	Fréquence	Pourcentage (%)
Pauci pare	55	24,7
Multipare	54	24,2
Nullipare	53	23,8
Primipare	42	18,8
Grande Multipare	19	8,5
Total	223	100

Les grandes multipares représentaient 8,5%.



16. Figure IV : répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement.

L'avortement a été retrouvé dans 22% des cas.



17. Figure V : répartition des patientes en fonction des antécédents de césarienne.

L'utérus cicatriciel a été constaté dans 16% des cas.

18. Tableau XIII : répartition des patientes en fonction du nombre de CPN.

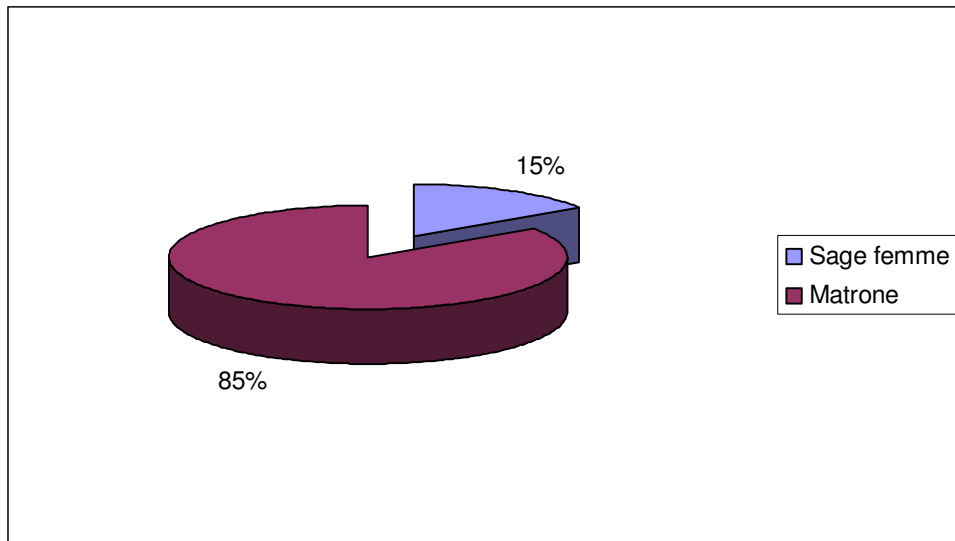
Nombre CPN	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucune	74	33,2
<4	124	55,6
≥ 4	25	11,2
Total	223	100

La plus part des patientes avaient fait moins de 4 CPN, soit 55,6%.

19. Tableau XIV : répartition des patientes ayant effectué leur 1ère CPN en fonction de la période de la grossesse.

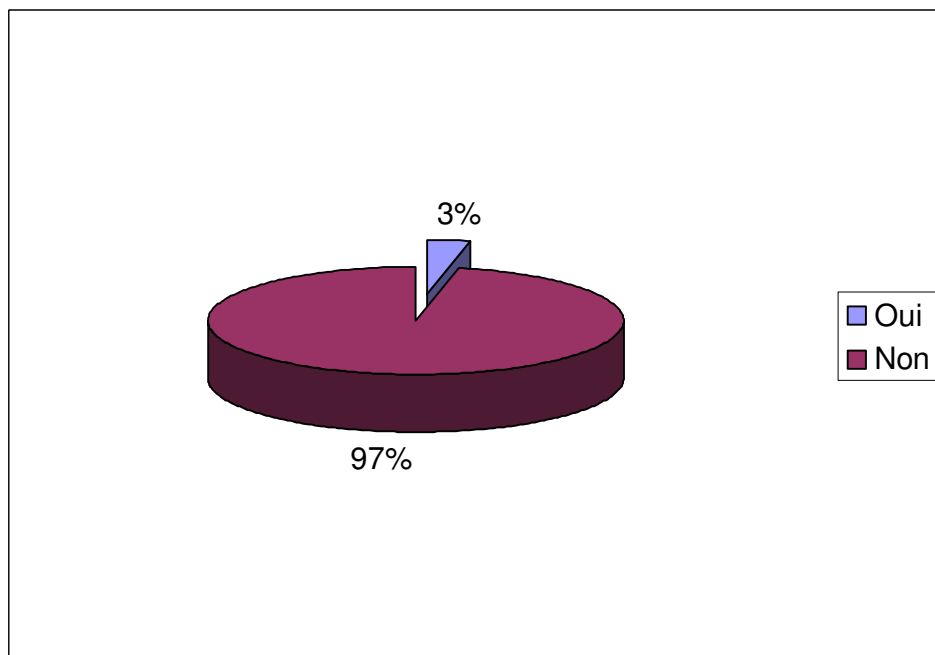
Période de la grossesse	Fréquence	Pourcentage (%)
1er trimestre	7	4,7
2ème trimestre	120	80,5
3ème trimestre	22	14,8
Total	149	100

La majorité des patientes a commencé leur CPN au 2ème trimestre, soit 80,5%.



20. Figure VI : répartition des patientes selon le prestataire de la CPN.

La consultation prénatale a été effectuée par les matrones dans 84,6% des cas.



21. Figure VII : répartition des patientes en fonction de l'échographie réalisée.

L'échographie a été réalisée par 3% de ces patientes.

IV. Les aspects cliniques :

22. Tableau XV : répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Evacuée	174	78,0
Venues elles mêmes	35	15,7
Référée	14	6,3
Total	223	100

Les évacuées dominaient la série avec 78%.

23. Tableau XVI : répartition des consultantes en fonction des signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage (%)
Douleur pelvienne	18	51,4
Métrorragie	12	34,3
Perte de connaissance	2	5,7
Vomissement gravidique	2	5,7
Céphalées	1	2,9
Total	35	100

L'algie pelvienne était le motif le plus fréquent ; soit 51,4%.

24. Tableau XVII : répartition des patientes selon le motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Fréquence	Pourcentage (%)
Dystocie	45	25,9
Métrorragie	21	12,1
Présentation vicieuse	15	8,6
Utérus cicatriciel	14	8,0
hémorragie anté partum	13	7,5
Hauteur utérine excessive	12	6,9
Perte de connaissance	10	5,7
Eclampsie	9	5,2
Hémorragie de la délivrance	8	4,6
Douleur pelvienne	7	4,0
Procidence du cordon	7	4,0
Taille inférieur à 150 cm	5	2,9
Oedème+++	2	1,1
Multiparité	2	1,1
Anémie du post partum	1	0,6
Menace d'accouchement prématuré	1	0,6
Mort-nés a répétition	1	0,6
Souffrance foetale aiguë	1	0,6
Total	174	100

La dystocie dominait ce tableau avec 25,9%.

25. Tableau XVIII : répartition des patientes référées selon le motif de la référence.

Motifs de la référence	Fréquence	Pourcentage (%)
Utérus cicatriciel	6	42,9
Multiparité	5	35,7
Taille inférieure à 150 cm	3	21,4
Total	14	100

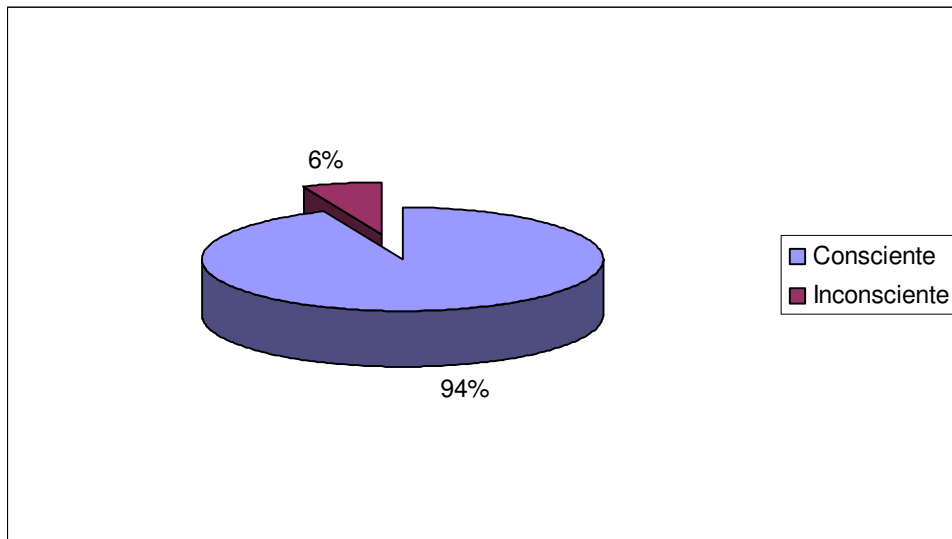
L'utérus cicatriciel a été le motif le plus fréquent avec 42,9%.

26. Tableau XIX : répartition des patientes selon la pression artérielle à l'admission.

Pression artérielle (mmHg)	Fréquence	Pourcentage (%)
<140/90	197	88,3
≥ 140/90	26	11,7
Total	223	100

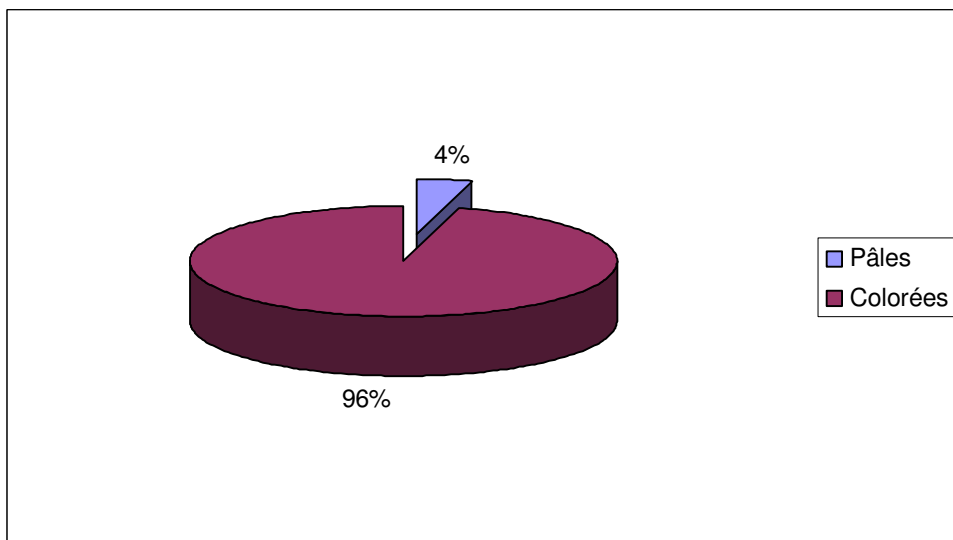
La pression artérielle supérieure ou égale à 140/90mmHg a été retrouvée dans 11,7%.

Nous n'avons pas eu d'hypertension artérielle systolique isolée ; ni d'hypertension artérielle diastolique isolée.



27. Figure VIII : répartition des patientes selon l'état de la conscience a l'arrivée.

Dans cette étude 6% des patientes étaient inconscientes à l'arrivée.



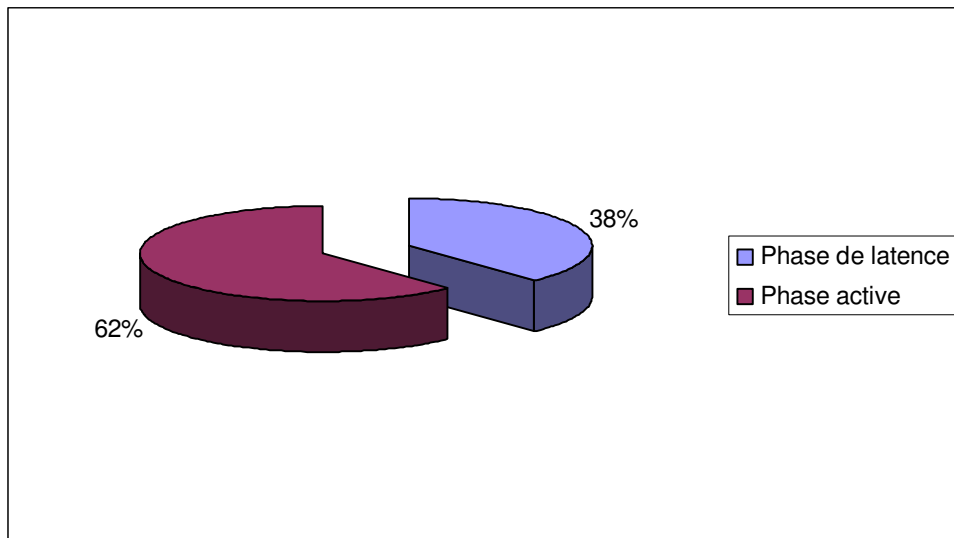
28. Figure IX : répartition des patientes selon la coloration de la conjonctive à l'admission.

Seulement 4% des patientes avaient une pâleur à l'arrivée.

29. Tableau XX : répartition en fonction du BDCF à l'arrivée.

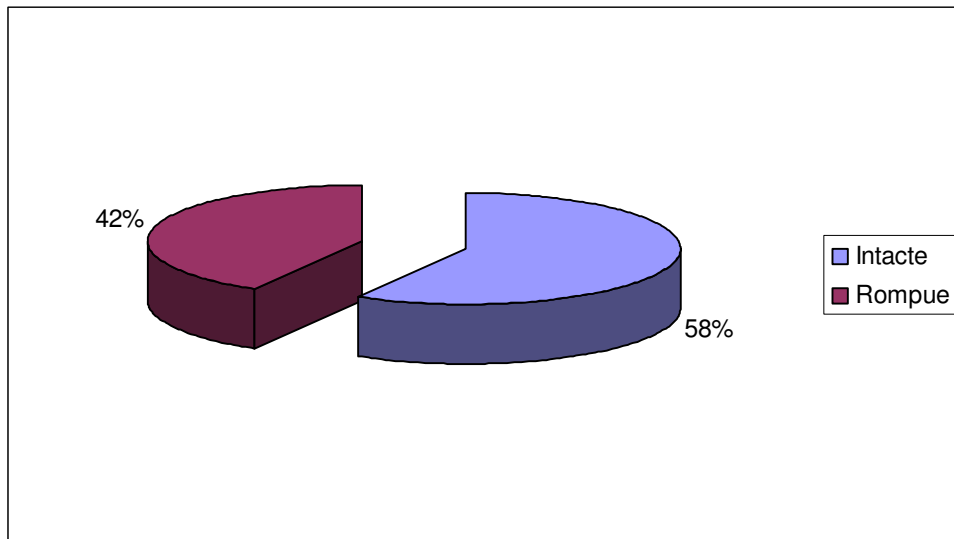
Fréquence du BDCF	Fréquence	Pourcentage (%)
Non perçu	21	12,7
<120	27	16,3
120-160	101	60,8
>160	17	10,2
Total	166	100

La souffrance fœtale aiguë a été constatée dans 26,5% des cas.



30. Figure X : répartition des patientes selon la dilatation du col.

Les patientes ont été reçues en phase active du travail d'accouchement dans 62%.



31. Figure XI : répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux.

La poche des eaux était intacte dans 58% des cas.

32. Tableau XXI : répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide amniotique	Fréquence	Pourcentage (%)
Teinté	57	30,8
Clair	98	53,0
Méconial	11	5,9
Non précisé	19	10,3
Total	185	100

Le liquide amniotique était teinté dans 30,8% des cas.

33. Tableau XXII : répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage (%)
Haute	130	70,3
Basse	55	29,7
Total	185	100

La césarienne a été effectuée dans 70,3% des cas.

34. Tableau XXIII : répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.

Lieu d'accouchement	Fréquence	Pourcentage (%)
CSRéf	166	89,7
Domicile	11	6,0
CSCom	7	3,8
Ambulance	1	0,5
Total	185	100

L'accouchement a eu lieu hors du CSRéf dans 10,3%.

35. Tableau XXIV : répartition des patientes selon le type de naissance.

Type de naissance	Fréquence	Pourcentage (%)
Unique	174	94,1
gémellaire	10	5,4
Triple	1	0,5
Total	185	100

L'accouchement était multiple dans 5,9%.

36. Tableau XXV : répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail d'accouchement (en heure)	Fréquence	Pourcentage (%)
<12	99	53,5
12-24	65	35,1
> 24	21	11,4
Total	183	100

La durée n'a pas dépassé 12 heures dans 53,5% des cas.

V. PATHOLOGIES RETROUVEES.

37. Tableau XXVI : répartition des patientes selon le type d'urgence.

Type d'urgence	Fréquence	Pourcentage (%)
Obstétricale	185	82,96
Gynécologique	38	17,04
Total	223	100

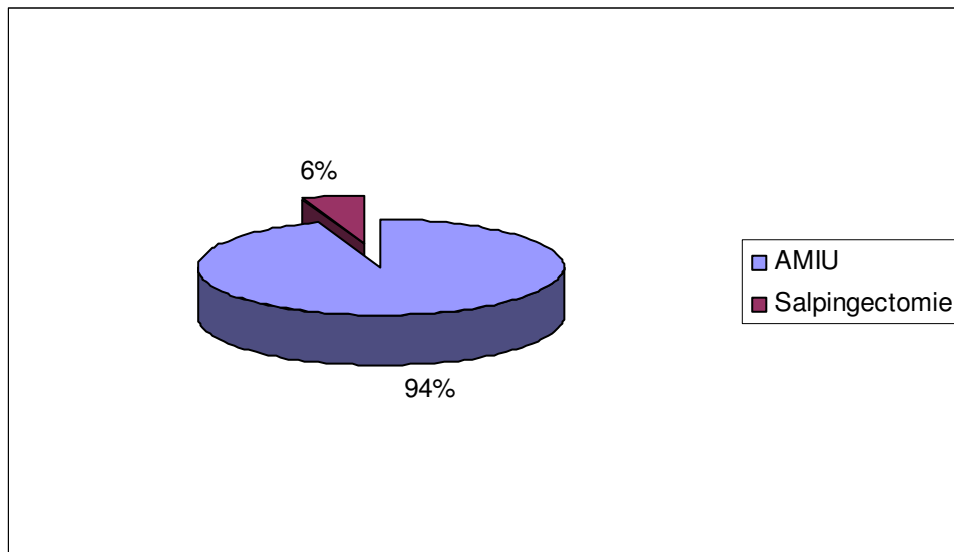
Les urgences obstétricales étaient majoritaires avec 82,96%.

38. Tableau XXVII : répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage (%)
Souffrance fœtale aiguë	30	13,5
Avortement spontané	27	12,11
Bassin généralement rétréci	27	12,11
Présentation transversale	21	9,4
HTA et ses complications	20	8,97
Disproportion foetopelvine	14	6,3
Syndrome de pré rupture utérine	13	5,82
Placenta praevia hémorragique	11	4,92
Anémie sévère	9	4,04
Hémorragie de la délivrance	9	4,04
Mort fœtale in utero	6	2,7
Avortement clandestin hémorragique	5	2,24
Dilatation stationnaire	5	2,24
Menace d'accouchement prématuré	5	2,24
Procidence du cordon battant	5	2,24
Grossesse molaire	4	1,8
Rupture utérine	3	1,35
Grossesse extra utérine rompue	2	0,9
Hématome retro-placentaire	2	0,9
Bassin asymétrique	2	0,9
Vomissement gravidique	2	0,9
Présentation du front	1	0,4
Total	223	100

La souffrance fœtale aiguë était le diagnostic le plus fréquent, soit 13,5%.

VI. TRAITEMENT :



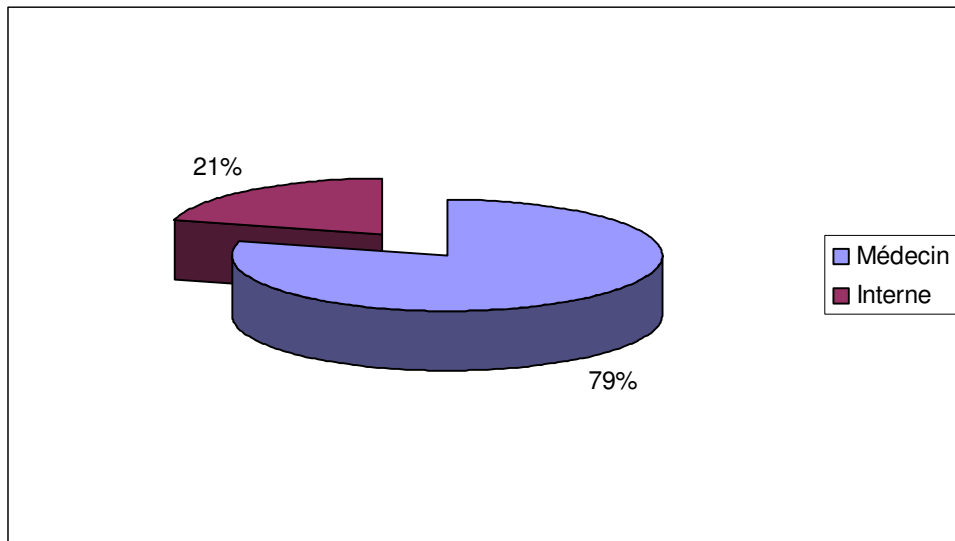
39. Figure XII : répartition des patientes en fonction de la prise en charge des urgences gynécologiques.

L'aspiration manuelle intra utérine a été réalisée dans 94% des cas.

40. Tableau XXVIII : répartition des patientes en fonction de la prise en charge des urgences obstétricales.

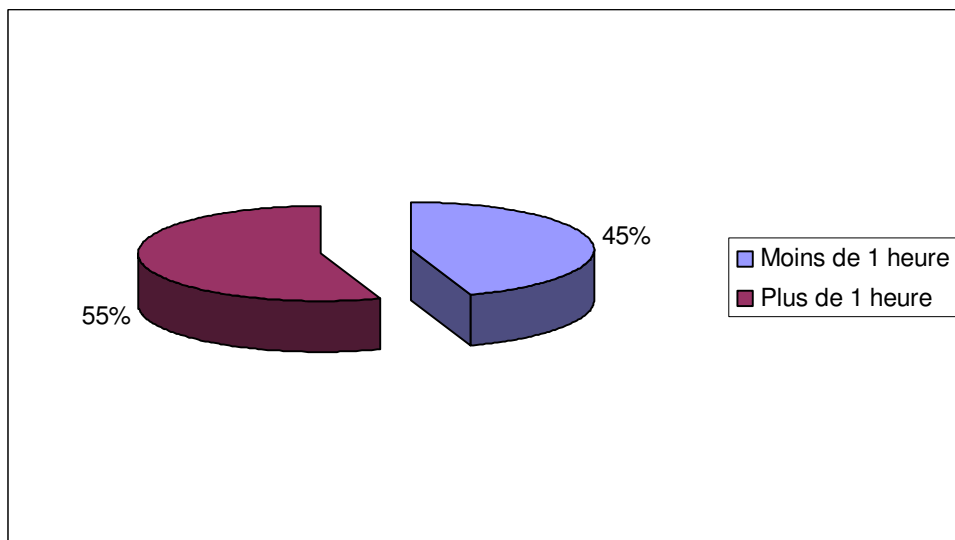
Prise en charge obstétricale	Fréquence	Pourcentage (%)
Césarienne	130	70,3
Anti-hypertenseurs	20	10,8
Ocytociques	6	3,2
Transfusion sanguine	6	3,2
Révision utérine	5	2,7
Tocolyse	5	2,7
Ventouse	4	2,2
Suture des parties molles	4	2,2
Hystérorraphie	3	1,6
Anti-émétiques	2	1,0
Total	185	100

La césarienne a été effectuée dans 70,3% des cas.



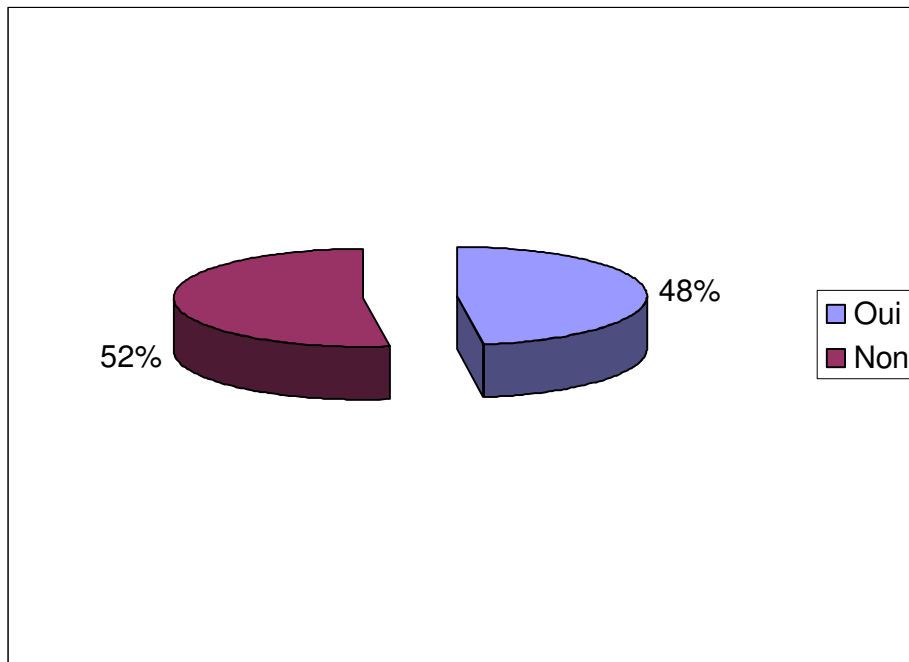
41. Figure XIII : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'opérateur.

La césarienne a été pratiquée dans 79% des cas par le médecin chirurgien.



42. Figure XIV : répartition des patientes selon le délai entre admission et intervention.

Le délai entre admission et intervention a dépassé 1 heure dans 55% des cas.



43. Figure XV : répartition des patientes césarisées selon la présence du personnel du bloc au centre.

Le personnel n'était pas présent dans 52% des cas.

44. Tableau XXIX : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (en jour)	Fréquence	Pourcentage (%)
<6	190	85,2
6-10	25	11,2
>10	8	3,6
Total	223	100

L'hospitalisation a durée moins de 6 jours dans 85,2%des cas. La plus longue durée était de 41jours.

45. Tableau XXX : répartition des patientes en fonction des frais de traitement.

Frais de traitement en Fcfa	Fréquence	Pourcentage (%)
<7500	116	52,0
7500-15000	86	38,6
>15000	21	9,4
Total	223	100

La majorité des patientes avaient un frais de traitement de moins de 7500Fcfa, soit 52%. Le frais minimum était de 2500Fcfa et le maximum de 60000Fcfa. Le frais moyen était de 31250Fcfa.

46. Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction du coût d'évacuation.

Coût d'évacuation Fcfa	Fréquence	Pourcentage (%)
0	76	43,7
5000-7500	55	31,6
7500-15000	29	16,7
>15000	14	8,0
Total	174	100

L'évacuation a été gratuite dans 43,7% des cas. Le coût minimum était de 5050Fcfa et le maximum de 25000Fcfa. Le coût moyen était de 15025Fcfa.

VII. PRONOSTIC.

1. Pronostic maternel.

47. Tableau XXXII : répartition des patientes selon l'état des suites de couches.

Suites de couches	Fréquence	Pourcentage (%)
Simple	185	82,96
compliquée	38	17,04
Total	223	100

Les suites ont été favorables dans 82,96% des cas.

48. Tableau XXXIII : répartition des patientes selon le type de complication.

Type de complication	Fréquence	Pourcentage (%)
Anémie	7	18,42
Endométrite	17	44,74
Oligo-anurie	2	5,26
Hémorragie	4	10,53
suppuration pariétale	7	18,42
Septicémie	1	2,63
Total	38	100

L'endométrite était la principale complication avec 44,74%.

49. Tableau XXXIV : répartition des patientes selon le pronostic vital.

Pronostic vital	Fréquence	Pourcentage (%)
vivant	216	96,86
Décédé	7	3,14
Total	223	100

Les patientes vivant ont représenté 96,86%.

50. Tableau XXXV : répartition des patientes selon la cause de décès.

Cause de décès	Fréquence	Pourcentage (%)
Hémorragie de la délivrance	2	28,6
Oligo-anurie	2	28,6
CIVD	2	28,6
Anémie	1	14,2
Total	7	100

L'hémorragie de la délivrance, l'oligo-anurie et la CIVD ont dominé ce tableau avec 28,6% chacun.

2. Pronostic foetal.

51. Tableau XXXVI : répartition des nouveaux-nés en fonction de l'indice de l'Apgar.

Valeur de l'Apgar	Fréquence	Pourcentage (%)
0	21	10,7
1-6	44	22,3
>6	113	57,4
Non précisé	19	9,6
Total	197	100

La majorité des nouveaux-nés avait un Apgar supérieur à 6, soit 57,4%.

52. Tableau XXXVII : répartition SFA en fonction du temps d'évacuation (en heure).

Temps d'évacuation	Fréquence	Pourcentage (%)
< 1	29	65,9
1-2	8	18,2
>2	7	15,9
Total	44	100

L'évacuation a durée moins d'une heure dans 65,9% des cas de SFA.

53. Tableau XXXVIII : répartition en fonction du pronostic foetal.

Pronostic foetal	Fréquence	Pourcentage (%)
mort-né	21	10,7
Vivant	162	82,2
Décédé	14	7,1
Total	197	100

Les nouveaux-nés vivants représentaient 82,2%.

54. Tableau XXXIX : répartition des mort-nés selon la cause du décès intra partum.

Cause de décès intra partum	Fréquence	Pourcentage (%)
Circulaire du cordon	17	81
Rupture utérine	3	14,3
HRP	1	4,7
Total	21	100

Les circulaires du cordon étaient le plus pourvoyeur de mort foetal intra partum avec 81% des cas.

55. Tableau XL: répartition des nouveaux-nés décédés selon la cause.

Cause de décès foetal	Fréquence	Pourcentage (%)
Souffrance néonatale	9	64,3
Infection néonatale	5	35,7
Total	14	100

La souffrance néonatale a été la cause la plus fréquente avec 64,3% des cas.



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

1. Fréquence.

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 223 urgences gynéco obstétricales sur 584 admissions, soit une fréquence de 38,18%.

Pendant la même période 345 accouchements ont été effectués à la maternité dont 185 urgences obstétricales soit une fréquence de 53,60%.

-THIERO. M en 1995 et KODIO. S en 2006 ont rapporté respectivement 11,50% et 7,98%. [32, 6].

Cet écart pourrait s'expliquer par la situation géographique et l'affluence élevée au CSRéf de Kadiolo.

2. Caractéristiques sociodémographiques.

a. L'âge.

La classe d'âge la plus fréquente était celle comprise entre 20-30ans avec 50,3% ; tranche où l'activité génitale est la plus intense.

DIABY.M.M et KODIO. S ont rapporté respectivement dans les tranches 19-29ans et 20-29ans 57,6% et 48,24%. [33, 6].

Les patientes dont l'âge était compris entre 15-19ans représentaient 30,9%. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles et la précocité des rapports sexuels de même que la survenue des grossesses précoces.

b. Provenance.

La majorité de nos patientes provenaient hors de la ville de Kadiolo soit 75%.

c. Profession.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 95,1%. On note une prédominance des ménagères dans l'étude de MACALOU.B avec 80,75%. [12].

Les élèves représentaient 3,1%. DIABY.M.M dans son étude a retrouvé 8,15% d'élèves. [33].

d. Statut matrimonial.

Les femmes mariées étaient les plus fréquentes avec 91%.

e. Niveau d'instruction.

Les femmes non scolarisées représentaient 92%, le niveau primaire 7,4% et secondaire 0,6%.

f. Profession du procréateur.

Les cultivateurs représentaient 64,6%, les commerçants 16,7%, les éleveurs 5,8%, les chauffeurs 3,1%, les élèves 2,2%.

g. Nationalité.

Les maliennes représentaient 91,9%, les ivoiriennes 6,4%, les nigériennes 0,9%, les burkinabaises et mauritaniennes 0,4% chacune.

h. Les supports d'évacuation.

Les supports d'évacuation permettent la compréhension de l'histoire de la maladie et d'instituer de toute urgence une prise en charge adaptée.

Dans notre étude, la majorité des patientes avait seulement une fiche d'évacuation avec 42,1%.

Les patientes reçues avec fiche d'évacuation et Partogramme représentaient 15,7%.

Le Partogramme seulement comme support était de 10,8%. Les patientes reçues sans document représentaient 31,4%.

DIARRA.M a rapporté 8,74% des patientes sans document. [35].

3. Les facteurs de risque connus.

a. La parité.

Les pauci pares étaient majoritaires avec 24,7% suivies des multipares 24,2%, les nullipares 23,8%, les primipares 18,8%, enfin les grandes multipares 8,5%. La parité maximum était de 12.

DIABY.M.M dans son étude a rapporté 7,5% de grandes multipares. [33].

b. La taille.

Lorsque la taille est inférieure à 150cm, elle constitue un facteur de risque pour l'accouchement par voie naturelle.

Dans notre étude 3,6% des patientes avaient une taille inférieure à 150cm. Elles étaient de 3,8% dans celle de DIABY.M.M. [33].

c. Bassin.

La majorité des patientes avaient un bassin normal, soit 87%. Le bassin généralement rétréci a été constaté dans 12,1%.

KODIO.S en 2006 et DIABY.M.M en 2008 ont rapporté respectivement 12,38% et 8,7% de bassin généralement rétréci. [6, 33].

d. Consultations prénatales.

La consultation prénatale n'a pas été réalisée par 33,2% des femmes. Seulement 11,2% ont réalisé 4 et plus.

KODIO.S et DIABY.M.M ont rapporté respectivement 45,45% et 22,4%. [6, 33].

La plus part des patientes ont effectué leur première consultation prénatale au 2ème trimestre de la grossesse ; soit 80,5%.

Actuellement l'échographie un moyen diagnostic a été réalisé par 3%.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des consultations prénatales constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement [6].

4. Caractéristiques de la référence.

L'évacuation a concerné 78% des patientes; 15,7% étaient des consultantes et 6,3% ont été référées.

Dans l'étude de DIARRA.O les évacuées représentaient 69%. [34].

Le principal motif était respectivement : la dystocie ; soit 25,9% pour les évacuées ; l'algie pelvienne; soit 51,4% chez les consultantes l'utérus cicatriciel; soit 42,9% pour la référence.

Les CSCom qui ont fait le plus d'évacuation étaient respectivement : Kadiolo central avec 21,3% ; Zégoua 17,8% ; Diou 12,1% ; Fourou 8,1% ; Kébéni 5,2%, Lofigué 4,6% ; Woroni et Loulouni 3,4% chacun.

5. Les aspects cliniques.

a. Les caractéristiques générales.

A l'examen général 4% des patientes avaient une coloration conjonctivale pâle. MACALOU.B et GUINDO.S.B avaient retrouvé respectivement 5,55% et 16,33% de pâleur à l'admission. [12, 38].

L'altération de la conscience représentait 6% des cas. DIABY.M.M dans son étude avait retrouvé 2,2%. [33].

La pression artérielle était inférieure à 140/90mmHg; soit 88,3%. Elle était supérieure ou égale 140/90mmHg chez 11,7% des patientes.

b. Les caractéristiques obstétricales.

Le bruit du cœur fœtal était non perceptible dans 12,7% des cas à l'admission. DIABY.M.M a rapporté moins soit 6,6%. [33].

Ceci pourrait s'expliquer par le retard à l'évacuation et la distance parcourus par les patientes.

A l'admission la poche des eaux était rompue soit 42% et dans 53% le liquide amniotique était clair.

Concernant le type de la présentation ; la présentation était céphalique dans 74,6% ; dont 72,1% de sommet ; 2% de face et 0,5% de front.

La présentation transversale était de 10,7% et le siège 5,1%. Elle n'était pas précisée dans 9,6%.

La durée du travail d'accouchement était inférieure à 12 heures chez 53,5% des parturientes.

Elle était supérieure à 24heures dans 11,4%.

DIABY.M.M a rapporté 4,4% de durée supérieure à 24heures. [33].

6. Diagnostic retenu.

6.1-Les hémorragies

Les hémorragies ont représenté 28,26% des urgences gynéco obstétricales.

a. Les hémorragies de causes gynécologiques.

Elles ont représenté 38 cas soit 17% des urgences gynéco obstétricales qui sont : l'avortement spontané 27cas ; l'avortement clandestin hémorragique 5 cas ; l'avortement molaire 4cas ; la grossesse extra-utérine 2 cas.

-Les avortements.

L'avortement représentait 94,7% des urgences gynécologiques.

L'avortement clandestin hémorragique était de 5 cas, soit 2,24% ; l'avortement molaire de 4 cas, soit 1,8%.

KODIO.S dans son étude a rapporté 3,81% de grossesse molaire. [6].

Les avortements avec hémorragie plus ou moins abondante et souvent dramatique étaient les plus rencontrés.

-La grossesse extra-utérine.

Pendant l'étude 2 cas de grossesse extra-utérine rompue ont été rapportés, soit 0,9%. Elle a été la cause d'un décès par suite d'anémie.

DIABY.M.M a retrouvé 4,3% de grossesse extra-utérine dans son étude. [33].

b. Les hémorragies de causes obstétricales.

Les urgences obstétricales étaient de 185 cas, soit 82,96% de l'ensemble des urgences gynéco obstétricales.

-Les ruptures utérines.

Les ruptures utérines représentaient 1,35% des urgences gynéco obstétricales et 0,9% des accouchements.

Elles sont la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, ou surviennent par l'utilisation intempestive et abusive des ocytociques dans les maternités périphériques.

DIABY.M.M; DISSA.L et KODIO.S ont rapporté respectivement 1,6% ; 4,9% et 4,76%. [33, 36, 6].

La rupture utérine reste une cause importante de mortalité maternelle et foetale. Nous n'avons enregistré aucun décès maternel au cour de l'étude.

Elle est une complication redoutable et constitue dans les pays en développement un problème sérieux de santé publique exposant à une lourde mortalité et morbidité foeto-maternelle.

-Les placentas prævia hémorragiques.

Ils ont représenté 4,92% des urgences gynéco obstétricales et 3,19% des accouchements.

DIABY.M.M ; KODIO.S et DIARRA.O ont retrouvé respectivement : 5,4% ; 9,05% et 6,17%. [33, 6, 34].

Un décès maternel sur les 11 cas de placentas prævia hémorragiques a été enregistré, soit 9,1%.

Cette pathologie était le plus souvent rencontrée chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans.

-L'hématome rétro-placentaire.

Il a représenté 0,9% des urgences gynéco obstétricales et 0,6% des accouchements.

DISSA.L et DIARRA.O ont rapporté respectivement 4,51% et 4,70% [36, 34].

Un cas de décès maternel a été enregistré, soit 50%.

La mortalité foetale était de 50%. DIARRA.O et SAYE.M ont rapporté respectivement 80% et 90% de décès foetal. [34, 37].

-L'hémorragie de la délivrance.

Elle a représenté 4,04% des urgences gynéco obstétricales et 2,6% des accouchements.

Les causes ont été : l'atonie utérine 5 cas et les déchirures obstétricales 4 cas.

GUINDO.S.B dans son étude a enregistré 4,95% d'hémorragie de la délivrance. [38].

Elle a été la cause de deux (2) cas de décès maternel, soit 22,22%.

Dans une étude portant sur la mortalité maternelle, 212 décès constatés au CHU de Conakry en 7ans, DIALLO.A et collaborateurs trouvent que l'hémorragie occupe la première place des causes obstétricales directes avec une fréquence de 43% [40].

6.2-La menace d'accouchement prématuré : MAP :

Sa fréquence a été de 2,24% des urgences gynéco obstétricales et de 2,70% des urgences obstétricales.

Trois de ces femmes après traitement ont accouché : l'une à 38SA et les autres à 36SA.

6.3-L'hypertension artérielle et ses complications :

L'éclampsie a représenté 8,97% des urgences gynéco obstétricales, 10,81% des urgences obstétricales et 5,80% des accouchements.

Dans l'étude de DIABY.M.M elle était de 9,2% et 18,10% dans celle de KODIO.S. [33, 6].

Elle a été retrouvée chez les gestantes jeunes qui n'ont suivi aucune CPN dans 93% des cas.

Elle a été la cause de deux (2) cas de décès maternels.

6.4-La souffrance fœtale aigue : SFA :

Sa fréquence a été de 8,69% des urgences obstétricales.

Dans l'étude de KODIO.S ; DIABY.M.M et SAYE.M elle était respectivement 9,05%; 17,4% et 2,1%. [6, 33, 37].

Le taux élevé de souffrance fœtale aiguë dans cette étude pourrait s'expliquer par l'évacuation tardive des patientes par les CSCom.

6.5-La procidence du cordon battant :

Le cordon était battant dans 2,7% des urgences obstétricales.

La césarienne a été effectuée dans tous les cas de cordon battant sur présentation céphalique.

KODIO.S a rapporté 2,38% de cordon battant. [6].

6.6-Les dystocies.

-La dystocie mécanique.

Elle a représentée 15,68% des urgences obstétricales.

Il s'agissait essentiellement des bassins rétrécis et asymétriques.

La césarienne a été la sanction thérapeutique dans 100% des bassins généralement rétrécis.

La dystocie mécanique a été rapportée par KODIO.S dans 12,38% et par GUINDO.S.B dans 21,78%. [6, 38].

Ce taux pourrait s'expliquer par la fréquence des rétrécissements pelviens dans les pays en développement liés à la malnutrition, à la poliomyélite et surtout à l'immaturité du bassin.

La dystocie dynamique.

Sa fréquence a été de 2,24% des urgences gynéco obstétricales. Elle a été représentée par les hypercinésies, les dilatations stationnaires et les hypocinésies.

KODIO.S et DIABY.M.M ont rapporté respectivement 2,38% et 1,6%. [6, 33].

7. Modalité de prise en charge.

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le souci de réduire la mortalité maternelle et ou fœtale, un système de kit opératoire a été mis en place pour faire face aux urgences dès qu'elles se présentent.

Parmi les urgences gynécologiques : nous avons enregistré 96% d'aspiration manuelle intra utérine et 6% de salpingectomie.

Parmi les urgences obstétricales : nous avons eu recours à la césarienne dans 70,3% ; les anti-hypertenseurs 14,1% ; les ocytociques 3,2% ; la Tocolyse et la révision utérine 2,7% chacun ; la ventouse et la suture des parties molles 2,2% chacun ; l'Hystérorraphie 1,6% ; les anti-émétiques 1%.

DIABY.M.M a rapporté 73,5% de césarienne dans son étude. [33].

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

-Sur le plan transfusionnel : Pendant la période d'étude le besoin a été posé chez 8 patientes dont 6 ont été transfusées soit 75%. Les 2 autres n'ont pas été transfusées par manque de sang.

8. PRONOSTIC.

a. Pronostic maternel.

-La morbidité :

Pendant la période d'étude 17,04% des patientes ont développée des complications. Elles étaient dominées par : l'infection 11,21% ; l'anémie 4,94% ; l'insuffisance rénale 0,9%.

L'infection était de 37,5% dans l'étude de KODIO.S. [6].

-La mortalité :

Pendant la durée d'étude 7 cas de décès maternels ont été rapporté, soit 3,14% contre 9,05% chez KODIO.S et 11,95% chez DOUGNON.F. [41, 6].

Les causes de décès ont été :

-L'hémorragie du post partum immédiat, la coagulation intra vasculaire disséminée, l'hypertension artérielle et ses complications ont représenté 28,6% chacun.

- L'anémie décompensée post salpingectomie pour GEU rompue 14,2%.

Les jeunes femmes, les grandes multipares, les évacuées ont le plus succombé.

La plus part de ces décès étaient évitables, d'où la nécessité d'une action conjointe des différents intervenants dans le domaine de la santé maternelle.

-b. Pronostic fœtal.

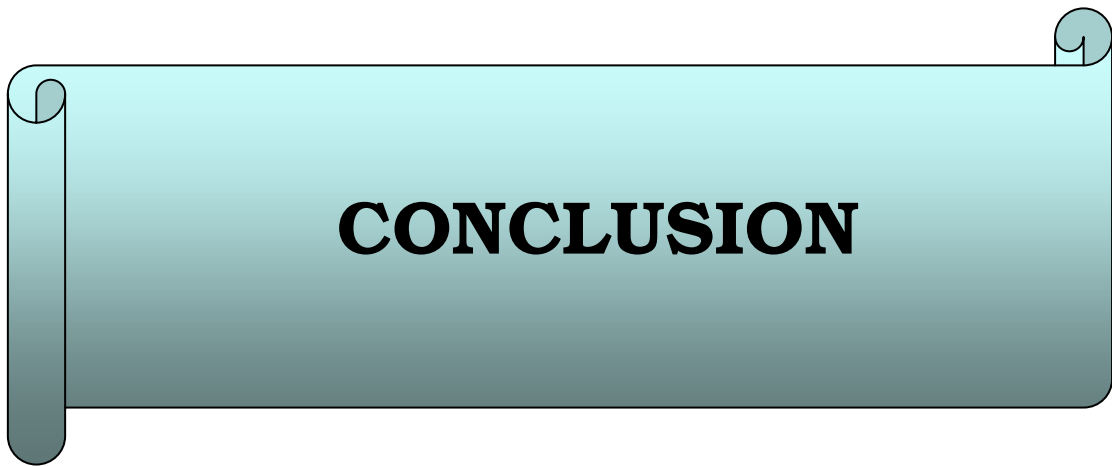
-La morbidité :

Pendant la période d'étude 22,3% des nouveaux-nés avaient un Apgar morbide à la naissance.

-La mortalité :

Le taux de mortalité néonatale a été de 8,64%. DIABY.M.M a rapporté 14,7% dans son étude. [33].

Ces décès étaient dus à : la souffrance néonatale dans 64,3% et l'infection néonatale 35,7%. Ces décès pourraient s'expliquer par la mauvaise surveillance du travail d'accouchement, le retard à la prise en charge et certaines complications imprévisibles.



CONCLUSION

Au terme de notre étude allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2008, soit 6 mois nous avons enregistré 223 urgences gynéco obstétricales sur 584 admissions soit une prévalence de 38,18%.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacuées constituant les facteurs de risques : la distance parcourue et les conditions d'évacuations.

L'évacuation a concerné 78% des patientes.

La césarienne a été réalisée dans 70,3% des urgences obstétricales.

La mortalité maternelle était de 3,14%.

Les urgences gynécologiques et obstétricales constituent non seulement un problème médical mais aussi de santé publique.



RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

Au ministère de la santé.

-Améliorer le plateau technique (appareil échographique, banque de sang) au niveau du CSRéf de Kadiolo.

-Assurer la formation continue du personnel socio-sanitaire.

Aux autorités politiques.

-Veiller à une application stricte de la réglementation concernant le mariage.

Aux autorités administratives.

-Menez des campagnes de sensibilisation en faveur de la planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées et précoces.

A la municipalité.

-Améliorer l'état des routes, des moyens de transport et des moyens de communications pour faciliter l'évacuation des urgences.


Au personnel sanitaire.

-Pratiquer des consultations prénatales de qualité qui répondent à leur but de prévention de dépistage et de traitement des pathologies.

-Utiliser le Partogramme pour surveiller le travail d'accouchement dans le but d'éviter le retard dans la prise de décision.

A la population.

-Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une prise en charge adéquate de la grossesse et de l'accouchement.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1. Bouyer J ; Coste J ; Fernandez H ; Pouly J L ; Job-Spira N :**
Sites of ectopic pregnancy a 10 year population-based study of 1800 cases
Hum Reprod 2002; 17: 3224-30.
- 2. DICKO. S:**
Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional de Fousseyeni DAOU de Kayes.
Thèse de médecine Bamako 2001 N°101.
- 3. COULIBALY. M.S :**
Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du CSRéf de Koutiala à propos de 344cas.
Thèse de médecine, Bamako 2007. N°251.
- 4. SAMAKE. Y :**
Approche épidémio-clinique des urgences gynécologiques et obstétricales à l'hôpital Nianakoro FOMBA de Ségou.
Thèse de médecine ; Bamako 2007 ; N°11.
- 5. SIDIBE.D :**
Les urgences gynéco obstétricales à l'hôpital de Sikasso.
Thèse de médecine ; Bamako 2006 N°158.
- 6. KODIO. S :**
Les urgences gynéco obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital National du Point G.
Thèse de médecine ; Bamako 2006 ; N°188.
- 7. Journal du médecin :**
La semaine mondiale de sensibilisation de la population : Sauvons des vies des femmes. N°1235-Vendredi 14 janvier 2000.Thirry Goorden.
- 8. FALL. G :**
Problèmes posés par les parturientes évacuées dans un centre de référence. Recours d'Afrique Sub-Saharienne. Etude prospective d'une année au CHU de Dakar.
Thèse de médecine Dakar 1996.
- 9. CPS/MS : DNSI et ORC Macro 2002.**
Enquête démographique et de santé au Mali 2006.
Calverton, Maryland, USA.
- 10. SEPOU. A et coll. :**
Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui 1996.

11. NGOMP. M et coll. :

Aspects épidémiologiques et qualité des césariennes au CHU de Dantec de Dakar du 1^{er} juillet au 31 décembre 2001.

12. MAGALOU. B :

Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes.

Thèse de médecine 2002 N°142.

13. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde
Genève 1998 N°5 ; Volume XIX.

14. B. Séguy :

Obstétrique : Dossiers médico-chirurgicaux de l'infirmière.

Deuxième partie, Malone S.A. Editeur Paris 1981. p. 9-14 ; 21-8.

15. R. Merger; J. Lévy; J. Melchior:

Précis d'obstétrique.

Masson 6ème édition: p. 215-25 ; 241-52 ; 269-74 ; 301-38 ; 348-53 ;
432-8 ; 438-53.

16. H. De Tourris ; R. Henrion ; M. Delecour :

Gynécologie et obstétrique :

Masson 6ème édition, Paris 1993 : p. 156-67 ; 432-52 ; 461-75 ; 506-11 ;
516-20.

17. UFR de Bobigny, Université, Paris Nord, Santé Médecine Biologie Humaine : Gynécologie obstétrique.

Tome 1 : 64-76.

18. Organisation mondiale de la santé Genève 1997 :

Complications des avortements : p. 43-51.

19. D. Cabrol; J-C. Pons ; F. Goffinet:

Traité d'obstétrique, Med-Sciences.

Flammarion ; Paris 2003 : p. 916-20 ; 927-45 ; 945-53 ; 956-9 ; 965-7.

20. J-M. Thoulon; F. Puech; G. Boog:

Obstétrique, Ellipses.

AUPELF/UREF: Paris 1995: p. 283-95 ; 357-86 ; 566-7 ; 580-6.

21. Hervé Fernandez ; Michel Cosson ; Emile Papiernik :

Obstétrique essentielle.

Edition pradel Paris 1996 : p. 97-111 ; 129-37.

22. François Audibert, Véronique Cayol :

Gynécologie.

Med-Line Paris 1998: p. 113-6.

23. Coste J; Bouyer J; Germain E; Ughetto S; Pouly J L ; Job-Spira N :

Recent declining trend in ectopic pregnancy in France, evidence of two clinico-epimiologic entitiers fertil steril 2000: P. 74; 881-6.

24. B. Hedon; D. Dargent; P. Madélema; S. Frydman :

Gynécologie, Ellipses.

AUPELF/UREF, Paris 1998 : p. 445-54 ; 533-44.

25. Emile. Papiernik ; Dominique Cabrol ; Jean-Claude Pons ; François Goffinet :

Obstétrique ; Med-Sciences :

Flammarion Paris 1995 : p. 133-9 ; 1347-72.

26. David Lewin :

Obstétrique : Ellipses.

Paris 1994 : p. 198-200.

27. Kenneth R. Niswander, M. D :

Manuel d'obstétrique : Surveillance, complications, thérapeutiques :
Médecine et sciences internationales.

Paris 1981 : 245-57.

28. P. Hohlfeld; F. Marty; P. De Grandi; J-D. Tissot; H. Bossart.

Le livre de l'interne obstétrique, Med-Sciences.

Flammarion: Paris 1998: p. 49-61.

29. J. Lansac ; C. Berger ; G. Magnin :

Obstétrique pour le praticien

Masson 3ème édition, Paris 1997 : p. 165-76 ; 237-44.

30. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde 2005 <<Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant>>.

31. OMS :

Paludisme et grossesse 2005.

Aide mémoire N°94.

32. THIERO.M : :

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

Thèse Med. Bamako 1995 n°17.

33. DIABY.M.M :

Les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ;

Thèse Med. Bamako 2008 n°391, 122p.

34. DIARRA .O :

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G.

Thèse Med. Bamako 2000 n°177, 81p.

35. DIARRA.M:

Les évacuations obstétricales au service de gynéco obstétrique du CHU du Point G.

Thèse Med. Bamako 2008.

36. DISSA.L.

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

Thèse Med. Bamako 2005 n °110, 68p.

37. SAYE.M.

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

This Med. Bamako 2005 n °120, 82P.

38. GUINDO.S.B.

Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Thèse Med. Bamako 2008.

39. DIAKITE.M.

Les ruptures utérines à propos de 41cas observés à Bamako.

Thèse Med. Bamako1985 n°15.

40. DIALLO.M et collaborateurs.

La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en sept ans à la maternité Ignace-Deen de Konakry (Guinée).

Rev.fr.Gynécol.obstét., 1989,84(5) :419-22.

41. DOUGNON.F (épouse Ouologuem).

Contribution à l'étude des urgences gynéco obstétricales à la maternité de l'hôpital du Point G.

Thèse Med. Bamako 1989 n°64.



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A. DONNEES ADMINISTRATIVES :

I. Identité du malade :

1. Nom :..... 2. Prénom :.....
3. Age :
1/.../ 15-25ans ; 2/.../ 25-35ans ; 3/.../ 35-45ans ; 4/.../>45.
4. Profession :.....
a. Ménagère/.../ ; b. Commerçante/.../ ; c. Elève/.../ ;
d. Fonctionnaire/.../ ; e ; Autres/.../ Préciser :.....
5. Résidence :
a. Kadiolo ville/.../ ; b. Autres/.../ Préciser :.....
6. Ethnie :
a. Senoufo/.../ ; b. Bambara/.../ ; c. Malinké/.../ ; d. Peulh/.../ ;
e. Manianka /.../ ; f. Autres/.../ Préciser :.....
7. Nationalité :
a. Malienne/.../ ; b. Autres/.../ Préciser :.....
8. Profession du procréateur :
a. Cultivateur/.../ ; b. Commerçant/.../ ; c. Fonctionnaire/.../ ;
d. Autres/.../ Préciser :.....

II. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

9. Etat matrimonial :
a. Célibataire/.../ ; b. Mariée monogame/.../ ; c. Mariée polygame/.../ ; d. Divorcée/.../ ; e. Veuve/.../
10. Niveau d'instruction : Scolarisée : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : Primaire/.../ ; Secondaire/.../ ; Supérieur/.../

B. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

I. Mode d'admission :

11. Venue d'elle-même /.../ ; Motifs ou signes fonctionnels.
12. Evacuée/.../ Si Oui lieu ayant effectué l'évacuation :.....
13. Provenance :
a. Kadiolo ville/.../ ; b. hors de la ville de Kadiolo/... /
14. Motif d'évacuation :
15. Moyens de transport :
a. Véhicule/.../ ; b. Ambulance/.../ ; c. Motocyclette/.../ ;
d. Bicyclette/.../ ; e. Charrette/.../ ; f. Autres/.../ Préciser :.....
16. Distance parcourue :.....(Km)
17. Temps mis avant d'arrivée au centre de santé :.....(heure).
18. Temps mis pour la prise en charge au CSRef :.....(heure).
19. Disponibilité du kit : Oui :..... ; Non :.....
20. Disponibilité du personnel : Oui :..... ; Non :.....

II. LES ANTECEDANTS :

21. Médicaux : Oui /.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
 - a. HTA/.../ ; b. Cardiopathie/.../ ; c. Drépanocytose/.../ ;
 - c. Asthme/.../ ; b. Diabète/.../ ; f. Autres/.../ Préciser :.....
22. Gynécologiques : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
 - a. Fibrome/.../ ; b. Kyste de l'ovaire/.../ ; c. GEU/.../ ;
 - d. Lésion périnéo-vulvaire/.../ ; e. Prolapsus génital/.../ ;
 - f. Avortement/.../ Nombre et type :..... ; g. Contraception/.../
23. Chirurgicaux : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
 - a. Césarienne/.../ indication :.....date :.....
 - b. Laparotomie/.../ indication :.....date :.....
 - c. Coéloscopie/.../ indication :.....date :.....
 - d. Chirurgie orthopédique/.../ indication :.....date :.....
24. Obstétricaux :
 - a. intervalle inter gènesique :.....(année)
 - b. Gestité :.....
 1. Primigeste ; 2. Pauci geste ; 3. Multi geste ; 4. Grande multi geste.
 - c. Parité :.....
 1. Nullipare ; 2. Primipare ; 3. Pauci pare ; 4. Multipare ;
 5. Grande multipare.
 - d. Accouchement dystocique : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui Préciser :.....

III. HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

25. DDR :.....
26. Age de la grossesse :.....(S.A)
27. CPN : Oui/.../ ; Non/.../ Si Oui :
 - 1 :.... = 0 ; 2 :....Nombre :<4. 3 :.....Nombre>_4
 - a. Date de la première CPN :.....
 - 1^{er} Trimestre/.../ ; 2^{em} Trimestre/.../ ; 3^{em} Trimestre /.../
 - b. Anomalie au cours de la CPN : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui :
HTA/.../ ; Œdème/.../ ; Ictère/.../ ; Métrorragie/.../ ; Fièvre/.../
Perte des eaux /.../ ; Autres/.../ Préciser :.....
 - c. Bilan CPN groupage Rh : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : groupe rhésus :..... ;
28. Echographie : Si Oui/.../ date.....Morphologie :.....
29. Qualification du prestataire des CPN :.....
 - b. Médecin généraliste/.../ ; b. Sage femme/.../ ; c. Matrone/.../
 - c. Infirmière obstétricienne/.../
30. Bilan prénatal : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : Nombre :.....
31. Anomalie (du bilan) : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : Préciser :.....
32. Date et heure d'arrivée au centre de santé :.....

IV. EXAMEN PHYSIQUE :

A. DOSSIER GYNECOLOGIQUE :

33. Date et heure de la prise en charge :.....
34. TA :.....(mmHg)
35. Conjonctives : Colorées/.../ ; Pâles /.../
36. Œdème : Oui/.../ ; Non/.../
37. Etat général de la malade : Bon/.../ ; Mauvais/.../
38. Pathologie au niveau des seins : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : Préciser :.....
39. Masse pelvienne : Oui/.../ ; Non/.../
40. Métrorragie : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : spontanée/.../ ; de contact/.../
41. Hémopéritoine : Oui/.../ ; Non/.../
42. Lésions vaginales : Oui/.../ ; Non/.../
43. Etat du col utérin : Tumeur cervical : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui : préciser :.....
44. Diagnostique retenu :.....

B. DOSSIER OBSTETRICAL :

45. Date et heure de la prise en charge :.....
46. TA :.....(mmHg) :
47. Conjonctives : colorées/.../ ; pâles /.../
48. Oedème : Oui/.../ ; Non/.../
49. Etat général de la malade : bon/.../ ; mauvais/.../
50. Pathologie au niveau des seins : Oui/.../ ; Non/.../
51. HU :.....(cm) :
52. Contraction utérine : Oui/.../ ; Non/../
53. BDCF : présent/.../ ; absent/.../ ;
Si présent : 1. /.../ <120 ; 2 /.../ 120<BDCF<160 ; 3 /.../>160.
54. Présentation :
a. Céphalique : Sommet/.../ ; Front/.../ ; Face/.../ ; Bregma/.../ ;
b. Siège :.....
c. Transversale
55. Dilatation du col :.....(cm) ;
56. Etat de la poche des eaux :
Intact /.../ ; Rompue/.../ ; Délais de rupture :.....
57. Liquide amniotique : clair/.../ ; méconial/.../ ; Teinté/..../
58. Bassin : Normal/.../ ; Limite/.../ ; BGR/.../ ; Asymétrique/.../
59. Accouchement :
a. Voie d'accouchement.....
b. Lieu :.....
c. Durée de travail :.....
e. Complication : Oui/.../ ; Non/.../
Si Oui préciser :
1. Hémorragie : Oui/.../ ; Non/.../
Antépartum/.../ ; Perpartum/.../ ; Post-partum/.../
Abondance : Minime/.../ ; Moyenne/.../ ; Abondante/.../

Aspect : Rouge/.../ ; Noirâtre/.../

2. Hypertonie : Oui/.../ ; Non/.../

60. Diagnostique retenu :.....

V .TRAITEMENT :

61. Date et heure du début du traitement :.....

62. Médical :.....

63. Chirurgical :.....

a. Hystérectomie/.../ ; b. Hystérorraphie/.../ ; c. Salpingectomie/.../

d. Césarienne/.../ ; e. Forceps/.../ ; Autres : préciser :.....

64. Qualification de l'opérateur :

a. Médecin généraliste/.../ ; b. Sage femme/.../ ; c. Matrone/.../

d. Interne/.../ ; e. Infirmière obstétricienne/.../ ;

65. Délais d'intervention :.....(heure) :

66. Intervention date et heure :.....

67. Durée d'intervention :.....(heure) :

VI. PRONOSTIC :

68. Maternel : Mère : vivante/.../ ; décédée/.../ ;

a. Morbidité : Oui/.../ ; Non/.../ ; Si Oui : préciser :.....

69. Foetal :

a. Mort-né/.../ ; Macéré/.../ ; Non macéré/.../ ;

b. Vivant:/.../ ; APGAR :<4/.../ ; APGAR : 4-7/.../ ; APGAR :>7/.../

c. Décédé:/.../

d. Malformation foetale : Oui/.../ ; Non/.../ ; si oui : préciser :.....

VII. HOSPITALISATION :

70. Hospitalisation :

a. durée (jour) ; 1/.../<5 ; 2/.../ 5<jour<10 ; 3/.../>10.

b. Coût :.....(Fcfa) :

71. Coût du traitement médical :.....(Fcfa) :

72. Coût de l'évacuation :.....(Fcfa) :

Fiche signalétique.

Nom : SIDIBE

Prénom : Lassana

Année de soutenance : Année académique 2008-2009.

Adresse : lassid5@yahoo.fr

Titre : Les urgences gynéco obstétricales au centre de santé de référence de Kadiolo.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique ; Santé publique.

Résumé :

La méthodologie adoptée a été celle d'une étude prospective transversale, descriptive analytique des données sur les urgences gynéco obstétricales au CSRéf de Kadiolo qui a abouti sur les conclusions suivantes :

Sur une période de 6mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2008, 223 urgences gynéco obstétricales ont été enregistrées sur 584 admissions, soit une fréquence de 38,1%.

Les évacuées représentaient 78% des cas.

Les motifs d'évacuations les plus fréquentes étaient : les dystocies, les métrorragies, les présentations vicieuses.

La majorité des patientes venaient des autres localités ; soit 75% dont 29,1% avaient parcouru plus de 30km.

Les patientes non scolarisées représentaient 92%. Le niveau d'instruction est important et explique le comportement des femmes pendant l'évolution de la grossesse et de l'accouchement.

Par exemple il existe une corrélation entre niveau d'instruction et suivi prénatale ; 33,2% des patientes n'ont effectuée aucune consultation prénatale.

Mots clés : Urgences, gynécologiques, obstétricales, mortalité, hémorragies, dystocie, Kadiolo.

Serment d'Hippocrate :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !