

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)

THESE N° 240

TITRE

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI.

Présentée et soutenue publiquement le **10 /10 /2022**
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie par :

M. Abdoulaye TANGARA

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

JURY

Président : Professeur Boubacar TOGO

Directeur : Professeur Niani MOUNKORO

Co-directeur : Docteur Pierre COULIBALY

Membre(s) : Professeur Seydou FANE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie ce travail :

A Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux. Louange à Dieu, seigneur des mondes et que le salut soit sur notre prophète Mahomed et sa famille ; Merci Seigneur de m'avoir permis de voir ce jour.

À mon père Nafandé TANGARA

Tu as été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Ce travail est le fruit de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

À ma mère Aissa MAIGA

Femme courageuse, exemplaire et dévouée. Une maman qui a toujours été présente pour ses enfants, tu nous as éduqué et entretenu ; ainsi j'ai appris de toi l'honneur, la dignité, la modestie, la générosité surtout le respect et l'amour du prochain. Un fils ne pourra jamais assez remercier une mère, je prie Dieu de me donner la capacité de pouvoir t'apporter le sourire chaque instant, et qu'il te donne une santé de fer et une longue vie.

Puisse ce travail te donne le réconfort et la fierté, mais aussi le témoignage de mon grand amour.

A feu ma grande mère Mariam MEGNINTA

Je me rappelle encore quand tu me disais tout le temps « Ne t'occupe pas des critiques qui ne t'apportent rien, fais ce qui te semble juste et bien pour toi ». Merci de m'avoir aimé et protégé autant que tu as pu. Que ton âme repose en paix.

A mes tontons Boureima TANGARA, Banigué TANGARA, Vieu TOURE, Baisso OUOLOGUEM, mes tantes Oumou TANGARA, Welorè TANGARA et Aissa OUOLOGUEM.

Vous avez fait de moi votre fils. Sachez que ce travail est le fruit de ce que vous avez souhaité. Puisse Dieu vous garde longtemps encore parmi nous pour goûter aux fruits de ce que vous avez semé. Amen

A mes frères et sœurs : Housseyni dit Baïlo, Mama, Amadou, Tierno, Ibrahim et Moudouwoye TANGARA.

Je voudrai que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est le vôtre, courage et bonne chance ; puisse le lien de sang nous unis davantage.

Mes cousins et cousines

J'ai appris avec vous que la tolérance, la solidarité, le partage, la taquinerie dans le respect sont les moyens de renforcement des liens de sang, et de famille. Vous êtes et vous serez toujours un support moral. Grace à vous cette joie qui fait l'harmonie de la vie en famille ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

Soyez assurés de mon profond attachement.

A ma chère épouse : Ramatou MAIGA. Les mots me manquent, juste un grand merci.

REMERCIEMENTS

A mon pays natal, le Mali : Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation gratuite et sans discrimination de race ou de religion. Tu traverses un moment difficile de ton histoire mais nous ferons de toi "Un Mali émergent ».

Au corps professoral de la FMOS en général :

Pour votre qualité intellectuelle, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, Mes chers maîtres, je suis fier de toute la formation que j'ai reçue de vous.

À toute la 11^{ème} promotion du Numéris clausus : Feu Professeur GANGALY

A Dr Pierre COULIBALY ; Dr Seydou Nanko BAGAYOGO, Dr SAMASSEKOU Mama dit Korokoï, Dr SARAMPO Amadou, Dr Sorry KANTA, Dr CISSE Ibrahima et Dr KANTE Housseyni, pour leur soutien inestimable et précieux dans l'élaboration de ce document.

A mes meilleurs amis : Nestor TEMBELY, Dr Abdou KOITA, Dr Seydou KAREMBE, Elgoly SISSIGO, Emmanuel KASSOGUE, Naïlé OUOLOGUEM...

Les bons comme les mauvais moments qu'on a passé ensemble n'ont fait que consolider nos liens. Que Dieu vous bénisse mes frères d'autres mères ;

A tous mes colocataires du Point G : Yacouba Dramane DEMBELE, Dr Franck SAMAKE, Dr Abraham TEMBELY, Dr Abel POUDIOUGO...

À tous mes collègues thésards de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti :

Maïga Aissata, Djibo S, Diabate B, Mme BALLO Fatoumata WALLET, Douyon A, Kassambara H, Sarampo A, Ouologuem A, Sanhga S, Ganame M, et Djongo S merci pour votre coopération et votre soutien pour ces moments passés ensemble.

A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

À tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Boubacar TOGO

- **Professeur titulaire en pédiatrie à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Pédiatre oncologue ;**
- **Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Membre de l'union internationale contre le Cancer (UICC) ;**
- **Membre du groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques, vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait ont fait de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici, cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Seydou FANE

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Médecin spécialiste en santé publique.**

Cher maitre,

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre courage, votre volonté de transmettre vos savoirs aux jeunes et surtout votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu tout Puissant vous bénisse et vous aide dans la réalisation de vos projets.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Pierre COULIBALY

- **Gynécologue- Obstétricien à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti ;**
- **Praticien hospitalier ;**
- **Chef de service de la Gynécologie- Obstétrique à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti**
- **Enseignant chercheur ;**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti ;**
- **Membre de la SOMAGO (Société Malienne de gynécologie-obstétrique) ;**
- **Point focal de « One stop center » à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.**

Cher Maître,

Ce jour est le vôtre, vous nous avez accordé votre confiance en nous confiant ce travail.

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la Gynécologie- Obstétrique. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et notre haute considération. Que Dieu vous assiste durant toute votre vie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Niani MOUNKORO

- **Professeur Titulaire à la FMOS ;**
- **Chef du département de Gynéco-Obstétrique au CHU Gabriel Touré ;**
- **Point Focal de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité maternelle par Avortement à risque ;**
- **Coordinateur du D.E.S de gynécologie à la FMOS ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;**
- **Officier du mérite de la santé du Mali.**

Honorable Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse, merci d'avoir inspiré ce travail et de l'avoir dirigé malgré vos multiples occupations. Votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours resté ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration. Permettez-nous de vous exprimer à travers ce travail, toute notre gratitude, notre admiration et notre profond respect.

Qu'Allah vous accorde toute sa grâce et vous accorde une longue vie et une très bonne santé. Amen

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ATCD** : Antécédent
- **BCF** : Bruits du cœur foetal
- **BGR** : Bassin généralement rétréci
- **CAT** : Conduite à tenir
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **Cm** : Centimètre
- **CPN** : Consultation Prénatale
- **CPON** : Consultation post-natale
- **CSCom** : Centre de Santé Communautaire
- **CSRef** : Centre de Santé de Référence
- **DFP** : Disproportion foeto-pelvienne
- **FMOS** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- **GEU** : Grossesse extra-utérine
- **ha** : Hectare
- **hbts** : Habitants
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **HRP** : Hématome retro placentaire
- **HU** : Hauteur utérine
- **INFSS** : Institut National de Formation en Science de Santé
- **J1** : Premier Jumeau
- **J2** : Deuxième Jumeau
- **Km** : Kilomètre
- **MSR** : Maternité sans risque
- **mmhg** : Millimètre de mercure
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONG** : Organisation non gouvernementale
- **OD** : Oblique droite

- **OG** : Oblique gauche
- **ORL** : Otorhinolaryngologie
- **PADESS** : Programme d'appui au développement social et sanitaire
- **PF** : Planification familiale
- **PP** : Placenta prævia
- **PRP** : Promonto-retro pubien
- **RDC** : République démocratique du Congo
- **RN6** : Route nationale 6
- **SA** : Semaine d'aménorrhée
- **SFA** : Souffrance fœtale aigue
- **SOMAGO** : Société malienne de gynécologie et d'obstétrique
- **SONU** : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- **Tmax** : Transverse maximale
- **TM** : Transverse médian
- **UNICEF** : United Nations of International Children's Emergency Fund(Fonds des nations unies pour l'enfance)
- **UNPFA** : United Nations Fund for Population Activities(Fonds des nations unies pour la population)
- **VBG** : Violence basée sur le genre
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **VMI** : Version par manœuvre interne
- **<** : Inférieur à ;
- **>** : Supérieur à ;
- **≥** : Supérieur ou égal à ;
- **≤** : Inférieur ou égal à ;
- **%** : Pourcentage ;

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux :

Tableau I : Tableau des variables.....	31
Tableau II : Répartition des parturientes selon la résidence.....	37
Tableau III : Répartition des parturientes selon la profession.....	38
Tableau IV : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.....	38
Tableau V : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.....	39
Tableau VI : Répartition des parturientes selon la gestité.....	39
Tableau VII : Répartition des parturientes selon les ATCD obstétricaux.....	40
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les ATCD chirurgicaux.....	41
Tableau IX : Répartition des parturientes selon les ATCD médicaux.....	41
Tableau X : Répartition des parturientes selon la zone de provenance.....	43
Tableau XI : Répartition des parturientes selon les causes de retard de prise en charge.....	43
Tableau XII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.....	44
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'état de conscience.....	45
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la taille.....	45
Tableau XV : Répartition des parturientes selon la pression artérielle.....	46
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel.....	46
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le type de grossesse.....	47
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.....	47
Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la fréquence des contractions.....	48
Tableau XX : Répartition des parturientes selon le BCF.....	48
Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la nature de la présentation..	49
Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la consistance du col.....	49
Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon le degré de dilatation.....	50

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon l'état des membranes.....	50
Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le type de rupture.....	51
Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique.....	51
Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le type du bassin.....	52
Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu à l'admission.....	53
Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon la qualification de l'accoucheur.....	54
Tableau XXX : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion.....	54
Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon la durée totale du travail...	55
Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon l'existence du partogramme	55
Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon la qualité de remplissage du partogramme.....	56
Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon le type de dystocie.....	56
Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon l'indication de la voie haute	58
Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon l'indication du forceps	59
Tableau XXXVII : Répartition des parturientes selon l'indication de la ventouse.....	59
Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon le type de délivrance.....	60
Tableau XXXIX : Répartition des parturientes selon le résultat de la révision utérine.....	60
Tableau XL : Répartition des parturientes selon le traitement des ruptures utérine.....	61

Tableau XLI : Répartition des accouchements dystociques selon complications maternelles.....	61
Tableau XLII : Répartition des accouchements dystociques selon la cause de l'hémorragie.	62
Tableau XLIII : Répartition des accouchements dystociques selon l'état de la mère.....	62
Tableau XLIV : Répartition des accouchements dystociques selon la cause du décès maternel.....	63
Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance.....	63
Tableau XLVI : Répartition des nouveau-nés selon leur poids.....	64
Tableau XLVII : Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 1 ^{ère} minute.....	64
Tableau XLVIII : Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 5 ^{ème} minute.....	65
Tableau XLIX : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie.....	65

Liste des figures :

Figure 1 : Schéma de l'anatomie de l'utérus gravide avec ses rapports anatomique.....06

Figure 2 :Schéma montrant les dimensions du détroit supérieur du bassin obstétrical.....08

Figure 3 : Schéma montrant l'extraction instrumentale par forceps.....15

Figure 4 : Schéma montrant un accouchement assisté par la ventouse obstétricale.....16

Figure 5 : Schéma montrant un accouchement par césarienne.....20

Figure 6 : Schéma montrant la carte de la région de Mopti, Mali.....22

Figure 7 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.....36

Figure 8 : Répartition des parturientes selon l'ethnie.....37

Figure 9 : Répartition des parturientes selon la parité.....40

Figure 10 : Répartition des parturientes selon la pratique de la CPN.....42

Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....42

Figure 12 : Répartition des parturientes selon le moyen thérapeutique utilisé.....57

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- Introduction.....	01-02
II- Objectifs.....	03
III- Généralités.....	05-20
IV- Méthodologie.....	22-34
V- Résultats.....	36-65
VI- Commentaires et discussion.....	67-73
VII- Conclusion et recommandations	
Conclusion.....	75
Recommandations.....	76
VIII- Références.....	77-80
Annexes	
Fiche d'enquête.....	81-85
Fiche signalétique.....	86-87
Serment d'Hippocrate.....	88

INTRODUCTION
ET
OBJECTIFS

I-INTRODUCTION

Les accouchements dystociques sont une cause fréquente de morbidité sévère, de mortalité voir même de séquelles maternelles.

La plupart des femmes en particulier celles des milieux ruraux préfèrent accoucher à domicile tout en ignorant les différentes complications qui peuvent apparaître au cours de l'accouchement.

La dystocie est définie comme l'ensemble des anomalies pouvant entraver la marche normale du travail de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [1].

Chaque année dans le monde, 585.000 femmes au moins meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement [2].

Une étude réalisée à Goma en république démocratique du Congo (RDC) a retrouvée une prévalence des accouchements dystociques de 33,6% [3].

Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 8 % de décès maternel dans le monde sont dus aux accouchements dystociques [4].

Le Mali est le pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevés avec 325 pour 100 000 naissances vivantes selon Enquête Démographique et de Santé 6^{ème} édition en 2018 [5].

Le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et le Fonds des nations unies pour la population(FNUAP) estiment qu'au minimum 5 % de tous les accouchements requerront une césarienne pour sauver la vie de l'enfant et de la mère ou préserver leur santé. Si les données indiquent que moins de 5 % des naissances se font par césarienne, cela veut dire que des complications qui peuvent être fatales ne sont pas traitées de manière adéquate mais aussi des taux supérieurs à 15 % indiquent un recours excessif à cette procédure [6].

Une étude réalisée au centre hospitalier régional de Ségou a trouvé une prévalence des accouchements dystociques de 16,96% [7].

Aucune étude sur les accouchements dystociques dans leur globalité n'a été réalisée à ce jour à l'hôpital régional de Mopti. Ces accouchements dystociques surviennent dans un contexte particulier de crise humanitaire liée à l'insécurité dans la région ces dernières années avec un impact direct sur la santé maternelle. C'est dans ce contexte que nous avons mené cette étude dont les objectifs sont les suivants :

II-OBJECTIFS

II-1- Objectif général :

Etudier les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostics des accouchements dystociques dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

II-2- Objectifs spécifiques :

- 1) Déterminer la fréquence des accouchements dystociques.
- 2) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes.
- 3) Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des accouchements dystociques.
- 4) Préciser le pronostic materno-fœtal des accouchements dystociques.

GENERALITES

III-GENERALITES

III-1- Définitions :

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour but la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [1].
- L'accouchement est eutocique ou normal quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire [1].
- On appelle dystocie l'ensemble des anomalies pouvant entraver la marche normale du travail d'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [1].
- Selon l'OMS, un accouchement dystocique est un accouchement pénible, laborieux, nécessitant des interventions autres que médicamenteuses ou même un accouchement impossible par voie naturelle [8].
- Le mot dystocie vient des mots grecs "DYS" qui signifie mal et "TOKOS" qui signifie accouchement, au sens propre, la dystocie est un accouchement douloureux et difficile [9].

III-2- Rappels anatomiques de l'utérus gravide [1] :

L'utérus est un organe musculaire creux servant à la réception de l'œuf lors de sa migration et à le contenir pendant son développement et permettant l'expulsion du fœtus et de ses annexes au cours de l'accouchement.

Anatomiquement, l'utérus se divise en trois parties pendant la grossesse:

- Le corps utérin qui va se développer en volume selon l'âge de la grossesse ;
- Le segment inférieur qui se forme à partir de l'isthme au sixième mois de la grossesse ;
- Le col utérin qui est l'organe de la parturition.

*** Corps utérin :**

Il va se développer afin de pouvoir adapter sa capacité à celle de l'œuf. Ce processus est dû à l'existence des éléments musculaires extensibles et à la distension de la paroi utérine par l'œuf.

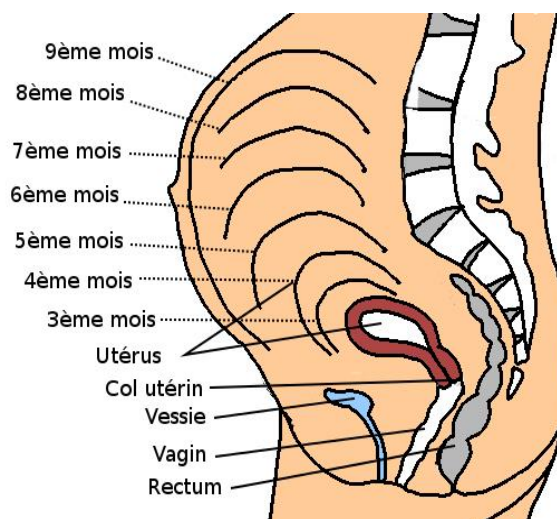


Figure 1 : Utérus gravide avec ses rapports anatomiques

La consistance de l'utérus gravide est ferme et ramollie tout au cours de la grossesse.

La direction de l'utérus non gravide est généralement ante fléchi. Cette flexion est de plus en plus accentuée au début de la grossesse. Puis on assiste à un redressement progressif de l'utérus vers le troisième mois et à terme, il est incliné vers la droite.

*** Segment inférieur :**

Formation se situe entre le corps et le col utérin, le segment inférieur n'existe que pendant la grossesse, à partir du sixième mois de la grossesse et se forme à partir de la région isthmique de l'utérus non gravide.

Cliniquement la bonne formation du segment inférieur traduit un bon pronostic de l'accouchement.

*** Col utérin :**

Au toucher vaginal, l'orifice externe du col est ferme chez la primipare tandis qu'il est entrouvert chez la multipare.

Sa longueur peut être diminuée mais s'efface pas avant le travail. Pendant le travail, le col s'efface et l'orifice s'ouvre petit à petit pour atteindre une dilatation maximale de 10 à 12 cm.

III-3- Mécanisme physiologique de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et ses annexes hors de l'organe génital [1].

Il met schématiquement en présence trois éléments [1] :

- la filière osseuse avec les parties molles,
- le moteur utérin,
- le mobile fœtal.

L'accouchement se déroule en trois temps:

- dilatation et effacement du col,
- expulsion du fœtus,
- délivrance.

*** Filière osseuse et la partie molle :**

Avant de sortir, le fœtus doit franchir un canal étroit qui comprend:

- une partie osseuse fixe, inextensible constituée par le bassin osseux ;
- une partie étroite extensible formée par les muscles du périnée.

La filière osseuse est formée par le petit bassin, limitée en avant par la symphyse pubienne, latéralement par les deux os iliaques et en arrière, par le sacrum et le coccyx.

L'orifice supérieur de la filière osseuse s'appelle le détroit supérieur : c'est le plan de l'engagement de la présentation.

La présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre a franchi la surface du détroit supérieur [10].

L'excavation dans laquelle la présentation descend, c'est le détroit moyen.

A ce niveau, la présentation doit faire une rotation pour qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le grand axe du détroit inférieur.

- Détroit supérieur [10]:

Il est limité :

- en avant, le bord supérieur de la symphyse pubienne,
- latéralement, les lignes innominées et les bords antérieurs des ailerons sacrés,
- en arrière la face antérieure de l'articulation lombo-sacrée ou le promontoire.

Ses diamètres :

- les diamètres transversaux :
 - diamètre transverse maximal (Tmax) : 13,5 cm
 - diamètre transverse médiane (TM) : 12,5 cm
- les diamètres antéropostérieurs :
 - diamètre promonto sus pubien : 11 cm
 - diamètre promonto retro-pubien (PRP) : 10,5 cm
 - diamètre promonto sous-pubien: 12 cm
- les diamètres obliques
 - diamètre oblique gauche (OG): 12 cm
 - diamètre oblique droite (OD) : 11 cm

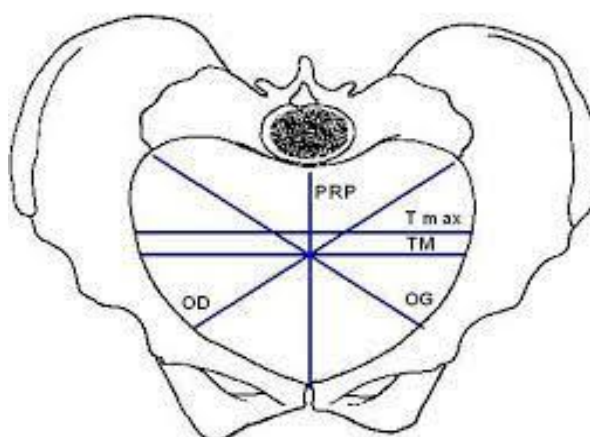


Figure 2 : Bassin obstétrical (Détroit supérieur).

- Excavation pelvienne [10] :

Ses limites sont:

- en avant, la face postérieure de la symphyse pubienne et de ses corps,
- en arrière, la face antérieure du sacrum et du coccyx,
- latérale, la surface quadrilatère de l'os coxal et la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Ses diamètres :

- diamètre transversal ou diamètre bi épineux: 11 cm
- diamètre bi-ischiatique : 10,5

Détroit inférieur [10] :

Ses limites sont:

- en avant, le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- en arrière, le coccyx ;
- latéral, d'avant en arrière, le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Ses diamètres :

- diamètre sous-sacro - sous pubien : 11 cm
- diamètre sous-coccyx - pubien : 9,5 à 12 cm
- diamètre transverse : 11 cm.

L'orifice inférieur est le plan de dégagement ; c'est le détroit inférieur.

Le dégagement est la phase la plus contrôlé par l'accoucheur et comporte successivement:

- La déflexion de la tête autour de la symphyse pubienne remarquée par la distension des tissus musculaires pelvi-périnéaux,
- La rotation de restitution qui entraîne l'engagement et la descente des épaules fœtales.
- Les dégagements des épaules.

*** Le moteur utérin [1] :**

Lorsque le travail se déclenche, marqué par des contractions utérines perçus par la mère, le moteur utérin devra suivre successivement trois périodes:

- Effacement et dilatation du col,
- Expulsion du fœtus,
- Expulsion des annexes.

➤ **Période d'effacement et de dilatation [1,11] :**

Cette période se produit sous l'influence des contractions utérines qui ont les caractéristiques suivantes:

- intermittentes, rythmées, régulières,
- progressives dans leur durée et leur intensité,
- totales et se diffusent dans tout l'utérus,
- douloureuses et involontaires.

On note un effacement du col utérin quand ce dernier perd sa longueur et les orifices interne et externe sont confondus.

La dilatation est dite complète quand son diamètre atteint de 10 à 12 cm pour permettre le passage du fœtus ; et la poche des eaux se rompt spontanément.

L'effacement et la dilatation sont les périodes les plus longues de l'accouchement, 10 heures chez la primipare et 3 à 6 heures chez la multipare.

➤ **Période d'expulsion du fœtus [1] :**

Cette période correspond à la sortie du fœtus hors de la cavité utérine. Elle commence après la dilatation complète du col et comprend deux phases:

- phase d'achèvement de la descente et de la rotation
- phase d'expulsion

➤ **Période de la délivrance [1] :**

C'est la dernière étape de l'accouchement, mais la plus dangereuse du fait de la complication hémorragique gravissime et parfois mortelle.

Cette période comprend 3 phases:

- **Décollement du placenta** : Il résulte des rétractions utérines avec accentuation progressive en intensité des contractions utérines et ressenties par la mère.

Le placenta subit des pressions concentriques qui favorisent son décollement suivi de création d'un hématome rétro-placentaire.

- **Descente et expulsion** : Sont dû aux contractions utérines ou, poids du placenta et à l'hématome rétro-placentaire. Le placenta va migrer vers le segment inférieur. Le placenta décollé traverse le col et le vagin pour être expulsé vers la vulve.

- **Hémostase** : La rétraction utérine assure mécaniquement l'hémostase dont les vaisseaux sont enserrés par les rétractions des fibres musculaires utérines, suivi d'une formation des thromboses par les facteurs de coagulation.

III-4- Démarche diagnostique [12] :

III-4-1- Interrogatoire :

Il va préciser l'existence des facteurs favorisants :

- L'âge de la patiente précisant la maturation de la sphère génitale ou l'épuisement utérin chez les grandes multipares.

- Le domicile, l'ethnie, le niveau socio-économique renseignant sur la possibilité de faire une consultation prénatale.

- Les antécédents gynéco-obstétriques :

- Le nombre de grossesses, la parité, l'existence de fausse couche, il faut noter le poids du dernier enfant à la naissance, la notion d'accouchement antérieur long

- Les antécédents chirurgicaux :

- Antécédent de boiterie, de fracture du bassin, un cerclage ou conisation au niveau du col.

- Les antécédents médicaux :

- Diabétique ou hypertendue connue.

III-4-2- Examen clinique :

On doit évaluer la taille de la parturiente (supérieure ou inférieure à 1,50 m), l'obésité, l'état de la femme (agitée ou anxieuse) car ceci pourrait perturber la dilatation du col.

- L'inspection montre si le bassin est symétrique ou non, s'il existe une déviation de la colonne vertébrale, ou si le ventre est très gros et distendu.
- La palpation renseigne sur la présentation du fœtus, sa position, son engagement, ainsi que l'existence de tumeur intra-abdominale ou pelvienne ou des malformations comme l'hydrocéphalie.
- L'auscultation renseigne sur la vitalité du fœtus ou, l'existence de deux fœtus.
- La hauteur utérine pourrait être exagérée par rapport à l'âge de la grossesse.
- Le toucher pelvien peut montrer un promontoire accessible ou une dilatation stationnaire du col ou l'existence d'obstacle prævia ou les lignes innominées suivies trop loin.
- Le partogramme est un tableau montrant l'évolution de la dilatation du col par rapport au temps.

III-4-3- Examens para cliniques :

- La tocographie interne évalue la durée et la périodicité de la contraction. Elle mesure aussi l'intensité du tonus de base.

- L'échographie et la radiopelvimétrie permettent d'évaluer avec précision l'importance de la disproportion céphalo-pelvienne et définissent les différents diamètres des bassins chirurgicaux:

- un diamètre promoto-retro pubien inférieur à 8,5 cm,
- un diamètre transverse médian inférieur à 9,5 cm,
- un diamètre bi sciatique inférieur à 8 cm.

III- 5- Différents types de dystocie [12] :

La classification diffère peu selon les auteurs et les organisations. Elle peut être la suivante :

- dystocie dynamique ;
- dystocie mécanique ;
- dystocie de la délivrance.

III-5-1- Dystocie dynamique [12] :

Elle est caractérisée par l'anomalie de la contraction utérine et de dilation du col.

Anomalie de la contraction :

- soit anomalie par défaut: Hypocinésie (contraction utérine trop faible ou trop espacée) ;
- soit anomalie par excès: Hypercinésie (contraction utérine trop rapprochée).

Anomalie de la dilatation du col :

- soit une dilatation traînante, une stagnation de la dilatation ou, une dilatation qui ne progresse plus depuis une heure ou plus ;
- soit un état du col qui normalement souple et mince, devient dur, s'épaissit et s'œdématisé.

III-5-2- Dystocie mécanique [12] :

Elle peut être:

La dystocie osseuse, qui se passe à tous les niveaux du petit bassin, en raison de l'anomalie de ce dernier.

La dystocie fœtale peut être subdivisée en:

- dystocie due au gros fœtus ;
- dystocie liée à l'excès d'un volume localisé du fœtus (cas d'hydrocéphalie congénitale) ;
- dystocie provoquée par une mauvaise présentation (face, front, transversale, siège).

III-5-3- Dystocie de la délivrance [12] :

Elle est constituée de :

- l'hémorragie de la délivrance qui est une perte sanguine survenant à un moment quelconque, après la sortie du fœtus et dans les 24 heures qui suivent l'expulsion du placenta ;
- Une rétention placentaire totale ou partielle due à des anomalies de la contraction utérine, adhérence ou insertion anormale du placenta.

III-6-Conduite à tenir (CAT) :

La conduite à tenir en cas de dystocies varie selon les étiologies de ceux-ci et suivant la décision de l'obstétricien.

En général, la terminaison des accouchements dystociques doit se faire, soit par voie basse, soit par voie haute.

III-6-1- Accouchement par voie basse :

Ce sont des accouchements dystociques nécessitant des instruments obstétricaux et/ou des manœuvres obstétricales pour les terminer ou l'utilisation d'oxytocine.

III-6-1-1- Forceps [1] :

C'est un instrument de préhension grâce aux deux cuillères, de direction et de traction, destiné à saisir la tête fœtale pendant le travail afin de l'expulser hors des voies génitales maternelles, en plus des forces expulsives maternelles.

*** Technique :**

Avant l'acte, faire un toucher vaginal afin d'élucider la position fœtale dans le bassin. Introduire la branche gauche du forceps, saisie par la main gauche, par un mouvement de glissement dans les voies génitales maternelles, entre la tête fœtale et le vagin, puis tenir verticalement. La même manœuvre se fait avec la main droite sur la branche droite.

Une fois introduite, abaisser progressivement les deux branches pour remonter les cuillères prenant place, vérifier par le toucher vaginal s'il y a pincement du col ou du cordon ombilical.

La traction proprement dite par mécanisme normal de l'accouchement.

***Indication :**

- Rétention de la tête dernière ;
- Difficulté d'extraire le fœtus en présentation du sommet malgré l'exécution d'une épisiotomie.

***Incidents :**

Maternels :

- Hématomes péri-vaginaux ;
- Entorse coccygienne ;
- Lésions cervicales, viscérales et pelviennes.

Fœtus :

- Blessure cutanée ;
- Lésion nerveuse périphérique
- Lésion de la face, boîte crânienne (fracture, embarrure, enfoncement) ;
- Lésion cérébro-méningée.

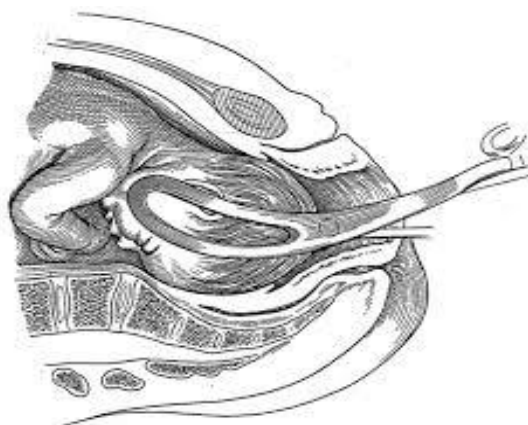


Figure 3 : Extraction par Forceps.

III-6-1-2- Ventouse [1] :

C'est un instrument aidant à accélérer la sortie du fœtus. Son but est d'obtenir la progression du mobile fœtal par addition de traction et d'effort maternel.

*** Technique :**

Introduire la cupule, vérification de cupule par toucher vaginal pour être sûr que sa place est au niveau de l'occiput fœtal, si la cupule est bien placée, faire la dépression.

Pour la présentation du siège décomplété, appliquer la cupule sur la fesse antérieure du fœtus.



Figure 4 : Accouchement assisté par ventouse.

III-6-1-3- Manœuvres obstétricales [12] :

Ce sont des manœuvres destinées à modifier la polarité de la présentation fœtale dans l'utérus, de façon à éloigner du détroit supérieur la région fœtale qui s'y présente.

III-6-1-3-1- Version par manœuvre interne (VMI) [12] :

C'est une version podalique consistant à saisir le pied du fœtus in-utero pour transformer la présentation céphalique ou transverse en présentation du siège.

*** Technique :**

- Patiente en position de décubitus dorsal ;
- Vessie vide ;
- Injection d'Antispasmodique en intraveineuse, avant l'acte.

L'opérateur introduire la main dans les voies génitales et l'autre main est placée sur l'abdomen de la patiente qui maintient énergiquement la tête fœtale. La main intra vaginale va chercher le bon pied du fœtus dans l'utérus et le tirer vers le bas tandis que l'autre main sur l'abdomen abaisse le siège du fœtus vers la main intra-utérine.

Le bon pied est celui qui correspond à la hanche antérieure de fœtus pour permettre une descente facile du siège et la rotation du dos en avant.

Grande extraction : le ou les pieds étant amenés à la vulve puis hors des voies génitales, le fœtus doit être extrait selon l'extraction du siège.

*** Indications :**

- Présentation de l'épaule chez une multipare ;
- Extraction du 2ème jumeau en présentation céphalique ou l'épaule ;
- Placenta prævia hémorragique à dilatation complète ou incomplète, enfant très compromis ;
- Souffrance fœtale ou maternelle, certaines procidences du cordon et des membres.

*** Contre-indications :**

- Présentation à l'issue d'un travail prolongé, utérus cicatriciel ;
- Membranes rompues depuis plusieurs heures ;
- Fœtus mort à la suite d'une dystocie prolongée ;
- Disproportion fœto-pelvienne.

III-6-1-3-2-Manœuvre de MAURICEAU [12] :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dernière dans l'excavation lors de l'accouchement du siège.

Elle consiste à introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue.

On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras et les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet pour :

- Fléchir la tête ;
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant et abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse ;
- Fléchir lentement la tête pour dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution.

Tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

III-6-1-3-3-Manœuvre de BRACHT [12] :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège.

La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches, est relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

III-6-1-4- Embryotomies [12] :

Elles ne se pratiquent que sur une enfant mort-in-utéro. Si lorsque l'enfant est vivant, ces opérations sont faites dans des cas exceptionnels.

Son but est d'extraire le fœtus après réduction des diamètres de la présentation.

***Méthodes :**

- soit la craniotomie,
- soit la décollation,
- soit l'éviscération,
- soit la rachitomie,
- soit la cleïdotomie.

III-6-2- Accouchement par voie haute :

Ce sont des accouchements nécessitant une ouverture chirurgicale de l'utérus.

III-6-2-1- Césarienne [12] :

C'est un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.

***Technique :**

L'intervention doit commencer par un rasage soigneux avec lavage de la paroi abdomino-pubienne par des antiseptiques.

- Incision pariétale :

Il s'agit d'une incision médiane sous ombilicale de $14 \pm 2,1$ cm; particulièrement, pour les femmes très obèses ou en cas de macrosomie fœtale, on fait recours à l'incision transversale de Maylard, large de $18,3 \pm 4,5$ cm.

- Exposition et incision du péritoine viscéral :

Quand la cavité abdominale est ouverte, on met en place un écarteur à deux valves et deux champs abdominaux humides de chaque côté de l'utérus afin de refouler les anses intestinales et éviter la contamination abdominale.

Inciser le péritoine viscéral à l'aide de ciseaux dans un plan transversal, après avoir fait un pli péritonéal sur 2 à 3 cm au dessous de la limite supérieure de la zone décollable.

-Hystérotomie :

Le choix d'incision utérine est selon les conditions cliniques et les constatations au moment de la réalisation de l'intervention.

- Extraction du fœtus :

- Remonter la présentation au niveau de l'incision ;
- Mettre le pouce dans la bouche du fœtus et saisir son menton ;
- Extraire la tête par des mouvements oscillants, de flexion et d'extension successive.

*** Délivrance :**

Elle est dirigée, suivie d'une révision utérine.

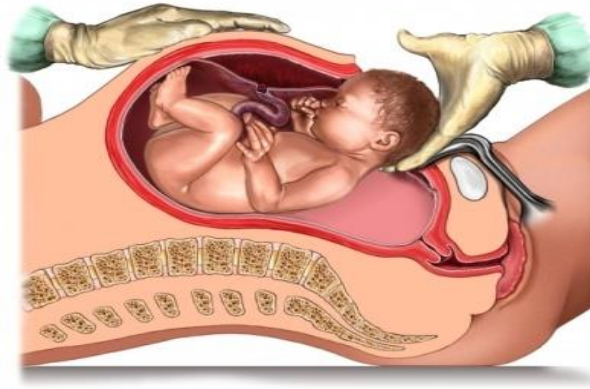


Figure 5 : Accouchement par Césarienne.

III-6-2-2- Hystérectomie d'urgence [12] :

C'est une arme ultime permettant de sauver la vie d'une mère, elle peut être faite selon les raisons suivantes:

- Raison obstétricale :

- Rupture utérine constatée après les bilans lésionnelle ;
- Déchirure de tractus génital.

- Hystérectomie d'indications mixtes :

- Césarienne et myome ;
- Césarienne et désir de stérilité ;
- Hémorragie et grande multipare.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

IV-1- Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

IV-1-1- Caractéristiques générales de la région de Mopti :



Figure 6 : Carte de la région de Mopti, Mali.

La région de Mopti, d'une superficie de 79017 km², est la 5^{ème} région administrative du Mali. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne. La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agro – écologiques, qui sont :

- ° La zone exondée : située en grande partie à l'Est, elle comprend les cercles de Bankass, de Bandiagara et de Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, de Mopti et de Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la partie montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la partie de la plaine (Bankass).
- ° La zone inondée ou le delta intérieur du Niger : c'est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, de Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, de Mopti et de Djenné. La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 2.037.330 (2009) habitants (hbts), soit plus de 15 % de la population totale du Mali. La plupart des ethnies y sont représentées : 26 % de Bambara, 23 % de Peulh et Diaoulamé, 18 % de Songhoï, 11 % de Bozo, 9 % de Dogon.

Le taux d'accroissement de la population pour l'année 2009 était de 3 %. Près de 50 % de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture, de l'élevage, du commerce et du tourisme. L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger. Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose, en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En termes d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose de réseau routier, bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles disposent de radios rurales. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'organisations non gouvernementales (ONG) de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et plusieurs fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et ont été mises en place depuis 1999 par la politique de décentralisation au Mali.

IV-1-2-Description du cercle de Mopti :

➤ Historique :

Fondation :

La ville de Mopti a été fondée par Kiffou Nassiré qui habitait à l'emplacement actuel de l'hôtel Kanaga de Mopti. Il pratiquait la pêche sur le long du fleuve

Niger. Kiffou Nassiré était originaire du village de Sina, situé à huit (8) km de Mopti. Il a accueilli à Mopti Assékou Touré et Yawo Kanta. Assékou, commerçant originaire de Seiry dans le cercle de Niafunké pratiquait le commerce entre Tombouctou et Djenné. Yawo Kanta (nom de famille en réalité Keïta) était un chasseur venu du mandé qui a trouvé hospitalité auprès de Kiffou Nassiré.

Évolution historique :

Tous les empires et royaumes qui se sont succédés sur le territoire actuel du Mali ont influencé la vie politique et économique des populations qui habitent aujourd'hui le cercle de Mopti. Les influences les plus marquantes sur le cercle de Mopti ont été celles des empires Songhaï et Peulh du Macina. Sékou Amadou, fondateur de la Dîna a démocratisé la vie politique dans le Macina, par l'institution des organes législatif, exécutif et judiciaire. La capitale de l'empire du Macina était Hamdallaye, commune de Soufouroulaye (cercle de Mopti).

A la suite de la domination coloniale française, le cercle de Mopti a été créé en 1918. Les villes de Bamako, Kayes, Ségou et Mopti accédèrent au statut de commune de plein exercice en 1919. Depuis l'indépendance, Mopti est la capitale de la cinquième région administrative du Mali.

➤ Aspects géographiques :

a) Superficie : le cercle de Mopti couvre une superficie de 7 262 Km².

b) Limites : il est limité :

° Au Nord par les cercles de Youwarou et de Niafunké ;

° Au Sud par le cercle de Djenné ;

° A l'Ouest par le cercle de Tenenkou ;

° A l'Est par les cercles de Bandiagara et de Douentza.

c) Relief : il comporte deux zones, l'une basse englobant les principales plaines et l'autre haute centrée sur le plateau Dogon.

d) Hydrographie : Le réseau hydrographique est dominé par le fleuve Niger qui reçoit son affluent le Bani au niveau de Mopti et le Yamé au niveau de Konna, l'affluent Koli-koli alimente le lac Korientzé qu'il relie au lac Debo.

e) La circonscription se trouve divisée en deux zones géographiques bien distinctes :

°Une zone exondée sur 2/3 de la superficie ;

°Une zone inondée occupant le 1/3 de la superficie du cercle, d'accès difficile où le moyen de déplacement demeure exclusivement la pirogue ou la pinasse. Ce qui pose au niveau du cercle la plus grande contrainte à la fréquentation des services de santé en période de crue du fleuve qui dure six à huit mois de l'année.

➤ **Données démographiques :**

- **Population totale :** 2 037 330 habitants en 2009 - Densité : 35 hbts/km²

- **Principales ethnies :** Peulh, Bambara, Bozo, Dogon, Somono, Songhaï, Mossi et Sarakolé

- **Découpage sanitaire :** le cercle de Mopti compte :

°Un centre de santé de référence (CSréf) et un hôpital régional ;

° Vingt-trois centres de santé communautaire (CSCCom).

➤ **Économie :**

Elle est essentiellement dominée par l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat et le tourisme.

IV-1-3- Présentation générale de l'hôpital :

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure médico-chirurgicale de 2ème référence de la 5ème région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 hectares(ha). La surface bâtie est de 12 000 ares.

L'hôpital Sominé DOLO précédemment situé au quartier Komoguel II (quartier administratif) de la ville de Mopti au fil des ans a connu des évolutions aussi bien sur le plan institutionnel que structurel qui ont marquées son existence.

C'est ainsi que constitué d'un seul bâtiment en 1952, il passa par diverses appellations et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquent son histoire :

- 1952, date des premières constructions ;
- 1995, l'hôpital est baptisé Sominé Dolo (seul ministre de la santé de la 1ère république) institutionnel que structurel ;
- 2002, la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et elle confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;
- 2003, l'Hôpital Sominé Dolo, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003);
- 2003, validation du premier Projet d'Etablissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du programme d'appui au développement social et sanitaire(PADSS) ;
- Juin 2007, tenue du premier conseil d'administration ;
- 2007- 2008, élaboration du 2ème Projet d'Etablissement (2009-2013) ;
- 8 octobre 2012, transfert de l'hôpital sur le nouveau site à Sévaré ;
- 18 mars 2014, inauguration du nouvel hôpital ;

L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :

°Loi n°02-050, du 22 Juillet 2002, portant loi hospitalière ;

°Loi n°03-016 du 14 Juillet 2003, portant création de l'Hôpital Sominé Dolo ;

°Décret n° 03-342/P-RM du 07Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé Dolo.

a) Missions de l'hôpital :

L'hôpital a pour missions d'assurer :

- ° Les soins curatifs de 2ème référence et la prise en charge des urgences ;
- ° La recherche dans le domaine de la santé.

b) Infrastructures : L'hôpital est composé des services suivants :

- ° Médecine, regroupant la médecine générale et la kinésithérapie ;
- ° Pédiatrie ;
- ° Ophtalmologie ;
- ° Chirurgie, regroupant la chirurgie générale, la traumatologie, l'urologie et d'Otorhinolaryngologie (ORL) ;
- ° Odontostomatologie ;
- ° Gynécologie obstétrique ;
- ° Urgences et réanimation ;
- ° Bloc opératoire ;
- ° Pharmacie ;
- ° Laboratoire ;
- ° Imagerie ;
- ° Service social ;
- ° Maintenance ;
- ° Administration ;
- ° Financier et matériel.

IV-1-4-Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie.

a) Situation : Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boxes de consultation externe.

b) Personnel : Le personnel est composé de :

°Deux(2) gynécologues obstétriciens ;

°Huit(8) sages-femmes ;

°Cinq(5) infirmières obstétriciennes et trois(3) infirmières de santé publique chargées de soins dans l'unité d'hospitalisation

°Trois(3) manœuvres ;

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS), les étudiants de l'institut national de formation en science de santé (INFSS) et des écoles privées de santé.

c) Infrastructures : Le service comprend :

°Un(1) bloc opératoire avec vestiaire ;

°Un(1) bureau pour le médecin chef du service ;

°Un(1) bureau de consultation externe des médecins ;

° Un(1) bureau pour la sage-femme maîtresse ;

°Une(1) unité de prise en charge des victimes de violence basée sur le genre(VBG) ;

°Une(1) salle d'urgence, 2 bouchés d'oxygène et aspirateur;

°Une(1) salle de garde pour les sages-femmes;

°Une(1) Salle de garde pour les médecins ;

°Une(1) salle de garde des internes du service ;

°Une(1) salle de consultation prénatale (CPN);

°Une(1) salle de travail ayant deux lits, deux bouchés d'oxygène et d'aspirateur ;

°Une(1) salle d'accouchement ayant trois box, 2 bouchés d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;

°Une(1) salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouchés d'oxygène et aspirateur ;

°Une(1) salle de soins nouveaux nés ayant trois bouchés d'oxygène et aspirateur;

°Une(1) unité hospitalisation et soins;

°Deux(2) magasins ;

°Six(6) salles d'hospitalisation comprenant :

➤ Deux(2) salles à 6 lits chacune;

➤ Deux(2) salles à 3 lits ;

➤ Une(1) salle à lit unique ;

➤ Une(1) salle d'hospitalisation pour les victimes de violence basée sur le genre.

°Une(1) salle de surveillance des patientes dans les 6 premières heures postopératoires ayant deux(2) lits;

°Une(1) salle de pansement ;

°Deux(2) toilettes fonctionnelles pour le personnel ;

°Deux(2) bureaux d'accueil maternité ;

d) Fonctionnement :

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Vendredi par les médecins avec le concours des sages-femmes et des étudiants faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient chaque jour à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des autres cercles.

IV-2- Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données.

IV-3- Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude qui s'étendait sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

IV-4- Population d'étude :

Notre étude porte sur toutes les femmes enceintes en travail d'accouchement admises à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti durant la période d'étude.

IV-5- Echantillonnage :

➤ Technique d'échantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif sur les 12 mois.

➤ Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude :

- Femmes enceintes en travail d'accouchement ;
- Parturientes ayant présenté une dystocie ;
- Utérus multi cicatriciels en travail d'accouchements ;
- Eclampsies du per-partum associées à une autre anomalie contre-indiquant l'accouchement par voie basse.

➤ Critères d'exclusion :

Ont été exclues de l'étude :

- Patientes non en travail d'accouchement ;
- Césariennes prophylactiques ;
- Patientes ayant accouché dans une autre structure et admises dans le post partum ;
- Parturientes dont le dossier obstétrical était inexploitable.

➤ Taille minimale de l'échantillon :

Elle a été calculée par la formule suivante :

$$n = \frac{\epsilon^2 pq}{i^2} \text{ pour } i=0,05; \epsilon\alpha=1,96=2$$

i =précision de l'étude (marge d'erreur=5%)

p =proportion des femmes exposées au phénomène étudié (référence obstétricale)

$q=1-p$

n =taille de l'échantillon

$p=17\%$ (Fréquence de l'accouchement dystocique à Ségou au Mali en 2010[7])

$$n=4pq/i^2=4 \times 0,17 \times 0,83/0,05^2$$

n=226 accouchements dystociques

IV-6- Technique et outil de collecte des données et analyse des données :

Les données sont recueillies sur une fiche de collecte à partir :

- Des dossiers obstétricaux ;
- Du registre d'accouchement ;
- Du registre de la césarienne ;
- Du registre d'admission.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi6.04dfr.

IV-7-Les variables :

Tableau I : Les variables étudiés.

Nom de la variable	Type	Echelle
Identification de la femme et Antécédents		
Age	Quantitative	En année
Parité	Quantitative	0, 1,2, 3...
Nombre de césarienne antérieure	Quantitative	0, 1, 2, 3...
Examen clinique		
Mode d'admission	Qualitative	Référence, évacuation...
Motif d'admission	Qualitative	Douleur, saignement...
Conscience	Qualitative	Bonne, altérée...
Taille	Quantitative	En mètre
Age de la grossesse	Quantitative	En semaines d'aménorrhée
Bruits du cœur foetal	Quantitative	En battement par minute
Couleur du liquide amniotique	Qualitative	Clair, teinté de méconium...
Type du bassin	Qualitative	Normal, limite, BGR...
Accouchement		
Durée du travail	Quantitative	En heure
Type de dystocie	Qualitative	Dynamique, mécanique...
Pronostic		
Complication maternelle	Qualitative	Hémorragie, Infection...
Complication foetale	Qualitative	Asphyxie, décès ...

IV-8- Définitions opérationnelles :

Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour but la sortie du fœtus et des ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [1].

Accouchement dystocique : Nous avons considéré comme une dystocie, l'ensemble des anomalies pouvant entraver la marche normale du travail d'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes [1].

Travail d'accouchement : c'est l'apparition des contractions utérines régulières, aboutissant à l'effacement et la dilatation du col sur utérus gravidique à terme théorique de l'accouchement [1].

Dystocie : La dystocie du grec « Dystakos » désigne un travail d'accouchement difficile quelque soit la cause [9].

Grossesse : C'est la nidation et le développement de l'œuf de sa fécondation à sa terminaison dans l'organisme maternel quelque soit son siège.

Mortalité maternelle : selon l'OMS, la mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [8].

La mortalité périnatale : est le décès d'un enfant de moins d'une semaine (0 à 6 jours) ou le décès d'un fœtus après 28 semaines d'aménorrhée de gestation.

Travail prolongé :

Travail d'accouchement excédant 12 heures.

- **Nullipare :** une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare :** une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare:** une femme qui a accouché de 2 à 3 fois.
- **Multipare :** une femme qui a accouché de 4 à 5 fois.

- **Grande multipare**: une femme qui a accouché 6 fois ou plus.
 - **Nulligeste** : une femme qui n'a jamais fait de grossesse.
 - **Primigeste** : une femme a fait une grossesse.
 - **Paucigeste** : une femme qui a fait 2 à 3 grossesses.
 - **Multigeste** : une femme qui a fait 4 à 5 grossesses.
 - **Grande Multigeste** : une femme qui a fait 6 grossesses ou plus.
 - **Phase de latence** : phase du travail d'accouchement avec dilatation du col inférieure ou égale à 4cm.
 - **Phase active** : phase du travail d'accouchement avec dilatation du col supérieure ou égale à 5cm.
 - **Anémie** : c'est la diminution de la concentration sanguine d'hémoglobine dans le sang (< 11g/l).
 - **Placenta prævia(PP)** : C'est l'insertion vicieuse du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.
 - **Hématome rétro placentaire (HRP)** : Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.
 - **Césarienne** : C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.
 - **Hémorragie de la délivrance** : Ce 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. Elles sont anormales par leur abondance (plus de 500cc lors d'un accouchement naturel et plus de 1000cc lors de la césarienne) et ou leur effet sur l'état général.
- Partogramme** : Il est un outil de surveillance du travail dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et périnatale. Il est considéré comme bien rempli si tous les items sont correctement renseigné et mal rempli dans le cas contraire.

IV-9- Aspects éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des gestantes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé obstétricale, afin de fournir aux décideurs locaux un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la santé maternelle.

RESULTATS

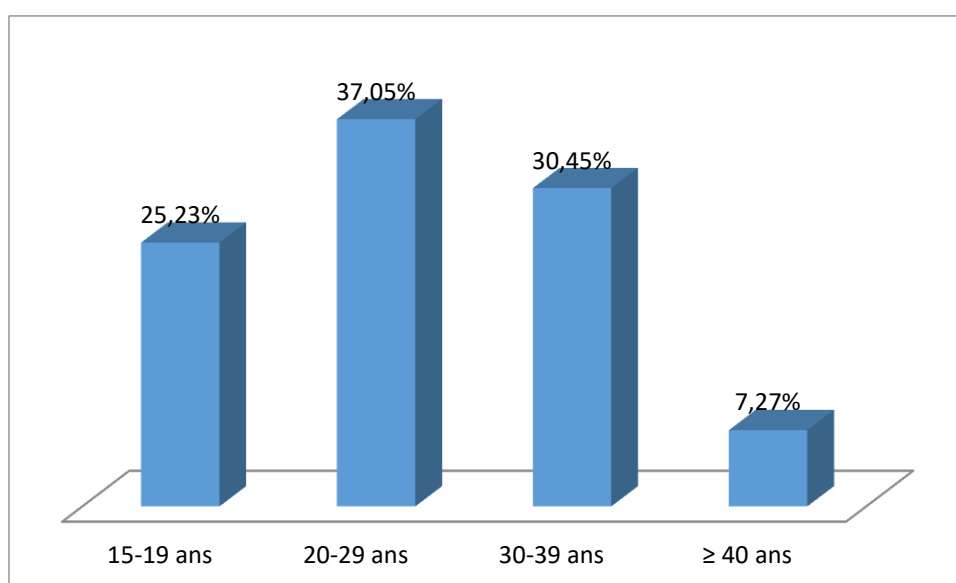
V- RESULTATS

V-1-Fréquence :

Pendant la période d'étude de janvier à décembre 2020, nous avons enregistré 440 accouchements dystociques sur un total de 1967 accouchements soit une prévalence de 22,37%, soit 1 accouchement dystocique pour chaque 5 accouchements.

V-2-Caractéristiques sociodémographiques:

Figure 7 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.



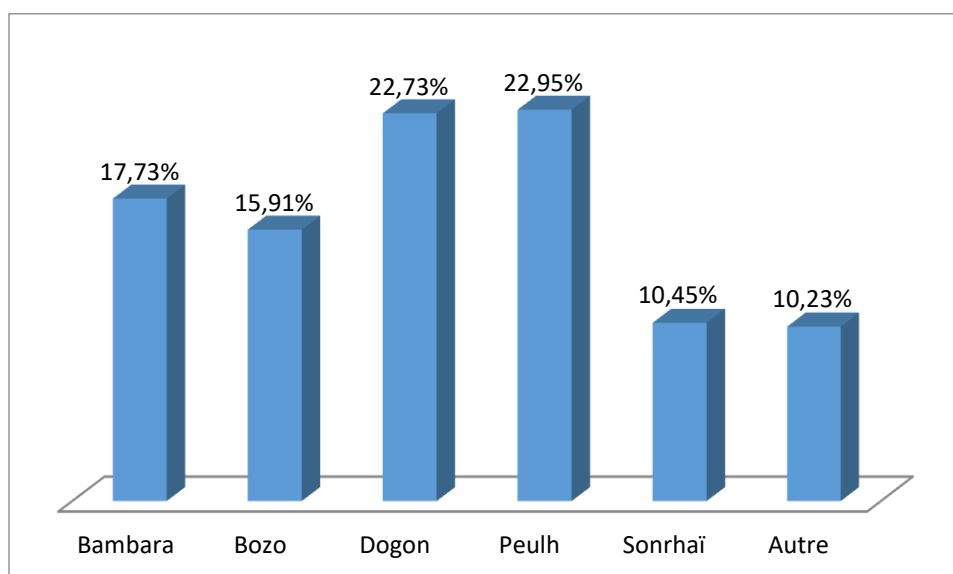
La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-29 ans avec 37,05%.

Tableau II : Répartition des parturientes selon leur résidence.

Résidence	Effectif	%
Cercle de Mopti	222	50,45
Hors Mopti	218	49,55
Total	440	100

La majorité des parturientes venait du cercle de Mopti soit 50,45%.

Figure 8 : Répartition des parturientes selon leur ethnie.



L'ethnie peulh était la plus représentée avec 22,95%.

Tableau III : Répartition des parturientes selon leur profession.

Profession	Effectif	%
Ménagère	343	77,95
Vendeuse/commerçante	40	9,09
Elève/ étudiante	33	7,50
Fonctionnaire	24	5,46
Total	440	100

Le plus grand nombre, soit 77,95% des parturientes était des ménagères.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.

Statu matrimonial	Effectif	%
Mariée	412	97,11
Célibataire	16	1,93
Veuve	12	0,96
Total	440	100

Les femmes mariées étaient dominantes dans l'étude avec 97,11%.

Tableau V : Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non instruite	308	70,00
Primaire	78	17,73
Secondaire	41	9,32
Supérieur	13	2,95
Total	440	100

Les femmes non instruites étaient majoritaires avec 70,00%.

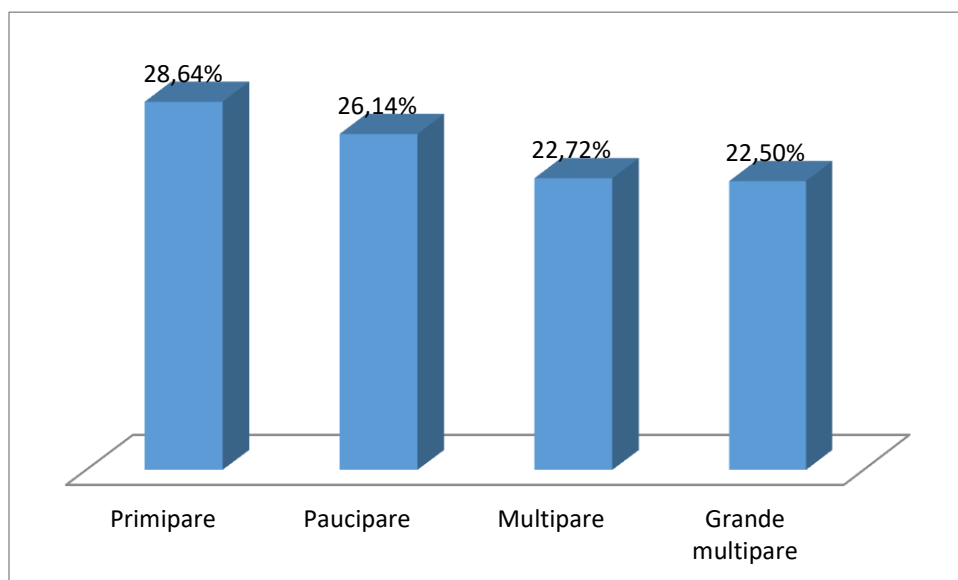
V-3-4- Caractéristiques cliniques :

Tableau VI : Répartition des parturientes selon leur gestité.

Gestité	Effectif	%
Primigeste	126	28,64
Paucigeste	120	27,27
Multigeste	85	19,32
Grande multigeste	109	24,77
Total	440	100

Les primigestes étaient les plus représentée avec 28,64%.

Figure 9 : Répartition des parturientes selon leur parité.



Les primipares étaient majoritaires dans l'étude avec 28,64%.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon leur ATCD obstétricaux.

ATCD obstétricaux	Effectif	%
Avortement	35	7,95
Accouchement prématuré	26	5,91
ATCD de mort né	22	5,00
Aucun ATCD	357	81,14
Total	440	100

La majorité des parturientes n'avait aucun ATCD obstétrical soit 81,14%.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon leur ATCD chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	%
Césarienne	113	25,68
GEU	17	3,87
Myomectomie	10	2,27
Autre	15	3,41
Aucun	285	64,77
Total	440	100

Autre : Appendicectomie (6), prolapsus génital (5), hernie de la ligne blanche (2), chirurgie traumatologique (2).

Les parturientes ayant un ATCD de césarienne représentaient 25,68%.

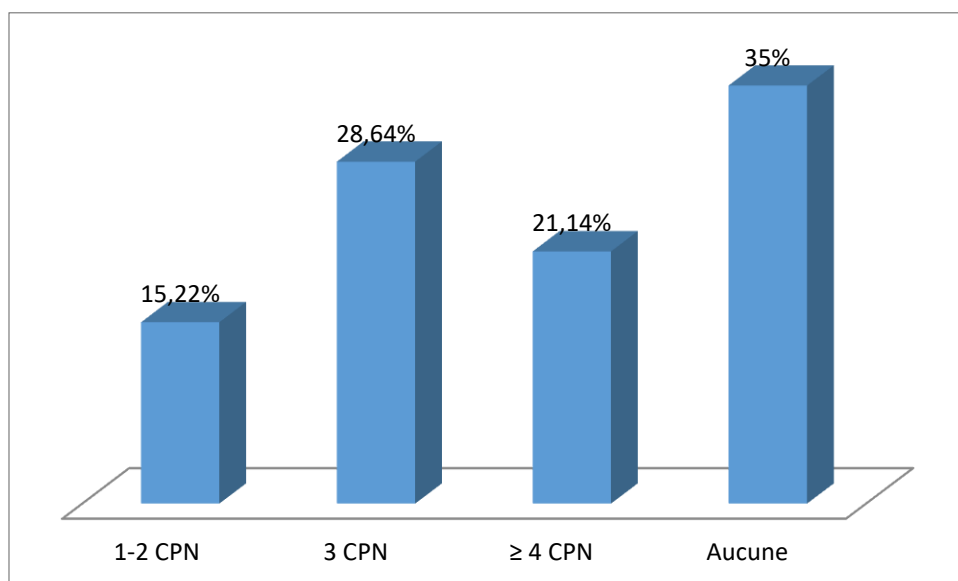
Tableau IX : Répartition des parturientes selon leur ATCD médicaux.

ATCD médicaux	Effectif	%
Hypertension artérielle	31	7,05
Diabète	17	3,86
Cardiopathie	11	2,50
Autre	15	3,41
Aucun	366	83,18
Total	440	100

Autres : Asthme (5), drépanocytose (5), VIH (5).

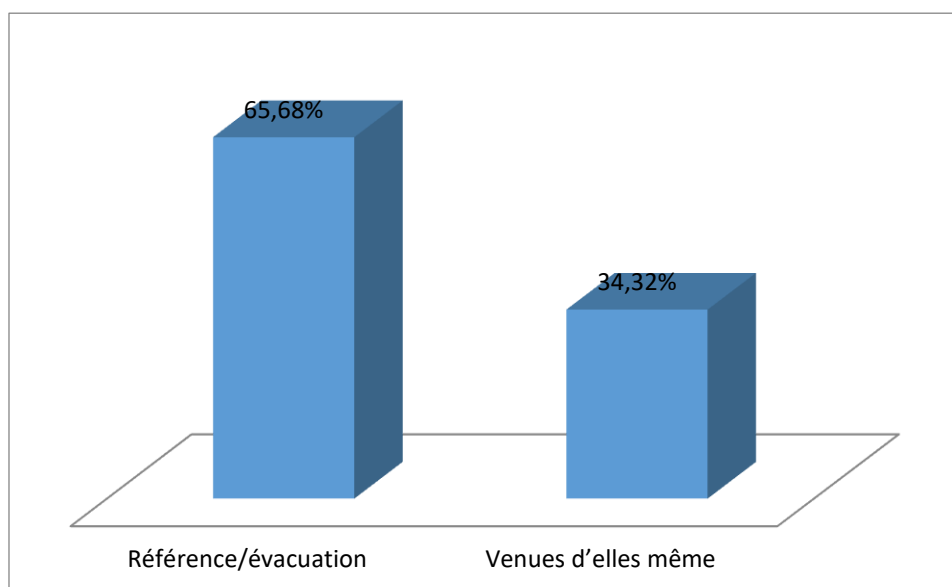
La majorité des parturientes n'avaient pas d'ATCD médical soit 83,18%.

Figure 10 : Répartition des parturientes selon la pratique de la CPN.



La majorité des parturientes n'avait fait aucune CPN soit un taux de 35,00%.

Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.



Les références/évacuations étaient plus représentées avec 65,68%.

Tableau X : Répartition des parturientes selon la zone de provenance.

Caractère de la zone	Effectif	%
Zone Exondée	322	73,18
Zone inondée	118	26,82
Total	440	100

La majorité des parturientes provenait des zones exondées soit 73,18%.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les causes du retard de prise en charge.

Causes de retard de prise en charge	Effectif	%
Dégradation de la route	94	21,36
Absence de véhicule de transport	65	14,77
Trajet trop long	33	7,50
Manque de moyen	24	5,46
Attaque par groupes armés	19	4,32
Aucune	205	46,59
Total	440	100

La prise en charge avait été retardée par la dégradation des routes dans 21,36% des cas.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	%
Contraction utérine	140	31,82
Saignement	70	15,91
Travail prolongé	56	12,73
Anémie	9	2,05
Absence de bruits du cœur fœtal (BCF)	8	1,81
ATCD de mort né	4	0,91
Ancienne césarienne	30	6,81
Convulsion	24	5,45
Défaut d'engagement	4	0,91
Anomalie du bassin	16	3,64
Hauteur utérine (HU) excessive	18	4,09
Hydrocéphalie	3	0,68
Rétention de jumeau 2 (J2)	4	0,91
Rupture prématurée des membranes (RPM)	5	1,14
Présentation anormale	25	5,68
Procidence du cordon	8	1,82
Souffrance fœtale aigue (SFA)	16	3,64
Total	440	100

Les contractions utérines douloureuses étaient le motif d'admission le plus représentées avec 31,82%.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'état de conscience à l'admission.

Etat de conscience	Effectif	%
Bonne	403	91,59
Altérée	37	8,41
Total	440	100

La conscience était bonne dans 91,59% des cas.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la taille.

Taille (mètre)	Effectif	%
≥ 1,50	417	94,77
< 1,50	23	5,23
Total	440	100

La majorité des parturientes mesurait au moins 1,50 mètre soit 94,77%

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la pression artérielle.

Tension artérielle	Effectif	%
Normale	309	70,23
Hypertension	87	19,77
Hypotension	44	10,00
Total	440	100

La tension artérielle était normale dans 70,23% des cas.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel (SA)	Effectif	%
37-41	379	86,14
<37	43	9,77
> 41	18	4,09
Total	440	100

L'âge gestationnel de 37-41 SA était plus représenté soit 86,14%.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le type de grossesse.

Type de grossesse	Effectif	%
Mono fœtale	422	95,91
Gémellaire	16	3,64
Trimellaire	2	0,45
Total	440	100

La grossesse mono fœtale était plus représentée avec 95,91%.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine (cm)	Effectif	%
< 32	33	7,50
32 – 35	358	81,36
≥ 36	49	11,14
Total	440	100

La hauteur utérine était ≥ 36 cm dans 11,14% des cas.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la fréquence des contractions utérines.

Contractions utérines	Effectif	%
Normale	190	43,18
Hypercinésie	99	22,50
Hypocinésie	79	17,96
Hypertonie utérine	48	10,91
Absente	24	5,45
Total	440	100

Les contractions utérines étaient normale dans la majorité des cas soit 43,18%.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal.

BCF(battements/minute)	Effectif	%
120-160	247	56,14
< 120	79	17,95
> 160	16	3,64
Non perçu	98	22,27
Total	440	100

Les BCF étaient non perçus dans 22,27% des cas.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la nature de la présentation.

Nature de la présentation	Effectif	%
Face	15	3,41
Front	10	2,27
Oblique/transversale	40	9,09
Siège	40	9,09
Sommet	335	76,14
Total	440	100

Les présentations anormales représentaient 23,86% des cas.

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la consistance du col.

Consistance du col	Effectif	%
Mou	273	62,04
Rigide	23	5,23
Souple	144	32,73
Total	440	100

Le col utérin était de consistance molle dans le plus grand nombre des cas soit 62,04%.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la dilatation cervicale à l'admission.

Dilatation du col utérin (cm)	Effectif	%
≥5	332	75,45
<5	108	24,55
Total	440	100

La dilatation cervicale de 5 centimètres ou plus était majoritaire soit 75,45%.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif	%
Intactes	37	8,41
Rompues	403	91,59
Total	440	100

Les membranes étaient rompues dans 91,59% des cas.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le type de rupture des membranes.

Type de rupture	Effectif	%
Précoce	365	90,57
Tempestive	38	9,43
Total	403	100

La rupture était précoce dans 90,57% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique.

Couleur du liquide amniotique	Effectif	%
Claire	241	59,80
Teinté de méconium	84	20,84
Teinté de sang	78	19,36
Total	403	100

La couleur du liquide était claire dans la majorité des cas où les membranes étaient rompues soit 59,80%.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le type de bassin.

Bassin	Effectif	%
Asymétrique	7	1,59
BGR	14	3,18
Immature	15	3,41
Limite	27	6,14
Normal	377	85,68
Total	440	100

Le bassin était pathologique dans 14,32% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu à l'admission.

Diagnostic à l'admission	Effectif	%
Travail d'accouchement	186	42,27
Hémorragie 3 ^{ème} trimestre	83	18,86
Anomalie de la dynamique utérine	37	8,41
Pré éclampsie et éclampsie	29	6,59
Rétention de J2	10	2,27
Syndrome de pré rupture	3	0,68
Rupture utérine	20	4,55
Anomalie du bassin	35	7,96
SFA	37	8,41
Total	440	100

Le travail d'accouchement simple était plus représenté avec 42,27%.

V-5- Aspects thérapeutiques :

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon la qualification de l'accoucheur.

Qualification de l'accoucheur	Effectif	%
Gynécologue	307	69,77
Médecin généraliste	79	17,96
Sage femme	54	12,27
Total	440	100

La majorité des accouchements dystociques était réalisée par un gynécologue-accoucheur soit 69,77%.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon la durée de l'expulsion.

Durée d'expulsion (minute)	Effectif	%
≤ 45	370	84,10
> 45	70	15,90
Total	440	100

L'expulsion a durée moins de 45 minutes dans le plus grand nombre des cas soit 84,10%.

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon la durée total du travail.

Durée totale du travail (Heure)	Effectif	%
≤ 12	418	95,00
> 12	22	5,00
Total	440	100

La durée totale du travail de moins de 12 heures était plus représentée avec 95,00%.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon l'existence du partogramme.

Existence du partogramme	Effectif	%
Oui	324	73,64
Non	49	11,14
Non indiqué	67	15,22
Total	440	100

Le partogramme était présent dans la majorité des cas soit 73,64%.

Tableau XXXIII : Répartition des parturientes selon la qualité de remplissage du partogramme.

Qualité de remplissage du partogramme	Effectif	%
Bien rempli	271	83,64
Mal rempli	53	16,36
Total	324	100

Dans les cas où le partogramme était présent, le remplissage était correct dans le plus grand nombre des cas soit 83,64%.

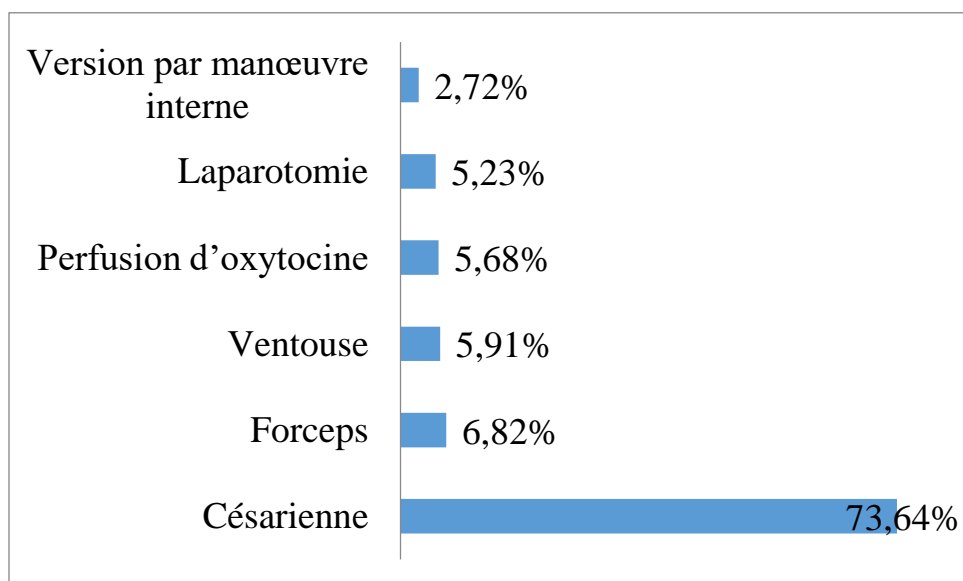
Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon le type de dystocie.

Type de dystocie	Effectif	%
Dystocie dynamique	212	48,18
Dystocie mécanique	188	42,72
Autres	40	9,10
Total	440	100

Autres : Utérus cicatriciels en travail(19), pré éclampsie et éclampsie(21).

La dystocie dynamique était plus représentée avec 48,18%.

Figure 12 : Répartition des parturientes selon les moyens thérapeutiques utilisés.



La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus utilisé soit dans 73,64% des cas.

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon l'indication de la voie haute.

Indication de la voie haute	Effectif	%
Présentations dystociques	52	15,00
Bassin rétréci	43	12,39
HRP	33	9,51
Dilatation stationnaire	31	8,93
SFA	30	8,65
Rupture utérine	23	6,63
Macrosomie/hydrocéphalie	21	6,05
Prééclampsie/éclampsie	21	6,05
Disproportion foeto-pelvienne (DFP)	20	5,76
Utérus multicatriciel en travail	19	5,48
Placenta prævia	17	4,90
Procidence cordon/membre	14	4,03
Défaut d'engagement	12	3,46
Echec de forceps	4	1,15
Echec de l'épreuve utérine	4	1,15
Syndrome de pré rupture	3	0,86
Total	347	100

Les présentations dystociques étaient les principales indications de la voie haute avec 15,00%.

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon l'indication du forceps.

Indication du forceps	Effectif	%
Expulsion prolongée	15	44,11
Eclampsie	7	20,59
Utérus cicatriciel	6	17,65
SFA	6	17,65
Total	34	100

L'expulsion prolongée était la principale indication du forceps avec 44,11%.

Tableau XXXVII : Répartition des parturientes selon l'indication de la ventouse.

Indication de la ventouse	Effectif	%
Expulsion prolongée	12	46,15
SFA	5	19,23
Utérus cicatriciel	4	15,38
Cardiopathie	3	11,54
Anémie décompensée	2	7,70
Total	26	100

Le plus grand nombre d'application de ventouse était pour prolongation de l'expulsion soit 46,15%.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon le type de délivrance.

Type de délivrance	Effectif	%
Extemporannée	347	78,86
Artificielle	47	10,68
Active dirigée	42	9,55
Naturelle	4	0,91
Total	440	100

La délivrance extemporannée (notamment dans les cas d'accouchement par voie haute) était la plus représentée avec 78,86%.

Tableau XXXIX : Répartition des parturientes selon le résultat de la révision utérine.

Résultat de la révision	Effectif	%
Caillot sanguin	54	12,27
Débris placentaire	57	12,96
Placenta Accreta	3	0,68
Rupture utérine	33	7,50
Normale	259	58,86
Pas de révision	34	7,73
Total	440	100

La révision utérine était normale dans le plus grand nombre des cas soit 58,86%.

Tableau XL : Répartition des parturientes selon le traitement des ruptures utérines.

Traitement des ruptures utérines	Effectif	%
Hystérorraphie	24	72,73
Hystérectomie	9	27,27
Total	33	100

La majorité des ruptures utérine était traité par Hystérorraphie soit 72,73%.

V-6- Pronostic maternel et fœtal

Tableau XLI : Répartition des accouchements dystociques selon les complications maternelles survenues dans le post partum.

Complications maternelles	Effectif	%
Hémorragie	111	25,23
Lésion parties molles	40	9,09
Infection	22	5,00
Eclampsie et complications	14	3,18
Psychose	10	2,27
Fistules	9	2,05
Aucune	234	53,18
Total	440	100

La complication hémorragique avait été retrouvée dans le post partum dans 25,23% des cas.

Tableau XLII : Répartition des accouchements dystociques selon la cause de la complication hémorragique.

Cause de l'hémorragie	Effectif	%
Atonie utérine	67	60,36
Rétention de débris ovulaire	23	20,72
Lésion des parties molles	15	13,51
Trouble de la coagulation	6	5,41
Total	111	100%

L'atonie utérine était la principale cause d'hémorragie avec 60,36%.

Tableau XLIII : Répartition des accouchements dystociques selon le pronostic maternel.

Etat de la mère	Effectif	%
Décès	18	4,10
Vivant	422	95,90
Total	440	100

Le taux de décès maternel dans l'étude était de 4,10%.

Tableau XLIV : Répartition des accouchements dystociques selon la cause du décès maternel.

Cause des décès maternels	Effectif	%
Hémorragie	10	55,55
Infection/choc septique	3	16,67
Eclampsie et ses complications	5	27,78
Total	18	100

L'hémorragie était responsable de 10 cas de décès maternels sur 18 soit 55,55%.

Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance.

Etat des nouveau-nés	Effectif	%
Vivant réanimé	237	51,52
Vivant non réanimé	128	27,83
Décès périnatal	95	20,65
Total	460	100

La moitié des nouveau-nés avait été réanimé à la naissance soit une proportion de 51,52%.

Tableau XLVI : Répartition des nouveau-nés selon leur poids.

Poids du nouveau né (gramme)	Effectif	%
2500 – 3500	369	80,22
3500 – 4000	30	6,52
≥ 4000	32	6,96
< 2500	29	6,30
Total	460	100

La majorité des nouveau-nés pesaient entre 2500-3500 grammes soit 80,22%.

Tableau XLVII : Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 1^{ère} minute.

APGAR à la 1ère minute	Effectif	%
0	85	18,48
1 – 3	10	2,17
4 – 6	134	29,13
≥ 7	231	50,22
Total	460	100

Environ 18,48% des nouveau-nés était des mort nés frais à la naissance.

Tableau XLVIII : Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 5^{ème} minute.

APGAR à la 5 ^{ème} minute	Effectif	%
0	10	2,66
1 – 3	4	1,07
4 – 6	36	9,60
≥ 7	325	86,67
Total	375	100

L'APGAR des nouveau-nés était supérieur ou égal à 7 à la 5^{ème} avec 86,67% des cas.

Tableau XLIX : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie.

Motif de référence	Effectif	%
Asphyxie néo natale	66	18,08
Macrosomie	32	8,76
Petit poids de naissance	29	7,95
Mère diabétique	12	3,29
Prématurité	35	9,59
Traumatisme	10	2,74
Malformation	3	0,82
Non référé	178	48,77
Total	365	100

L'asphyxie néonatale était la principale cause de référence en néonatalogie soit une proportion de 18,08%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-1- Approche méthodologique :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020, nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données incluant toutes les parturientes admises à la maternité de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti durant la période d'étude ayant présenté une dystocie, les utérus multi-cicatriciels en travail d'accouchement et les éclampsies du per-partum associées à une autre anomalie contre-indiquant l'accouchement par voie basse. Notre étude excluait les césariennes prophylactiques. La principale difficulté rencontrée était l'incomplétude des informations sur les différents supports des données utilisées.

VI-2-Fréquence :

La fréquence de l'accouchement dystocique est variable selon les études et d'un pays à l'autre. Elle est fonction des systèmes de santé.

Dans notre étude, nous avons enregistré 440 cas d'accouchements dystociques durant la période d'étude sur un total de 1967 accouchements, soit une fréquence de 22,37%, soit 1 accouchement dystocique pour chaque 5 accouchements.

Notre fréquence était supérieure à celles d'Andryamady RCL au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Antananarivo en Madagascar 11,9% [13], de Traoré B à l'hôpital régional de Ségou au Mali 16,96% [7], d'Ould El Joud et Al dans une enquête de cohorte prospective en population dans 7 villes en Afrique de l'Ouest ont trouvé une fréquence de 18,3% [14]. Elle était inférieure à celle de Kabuyang KR et al. à Goma en RDC qui était de 33,6% [3]. Ces différences de fréquence des accouchements dystociques seraient probablement liées à la méthodologie adoptée.

Le contexte particulier d'insécurité dans la région est aussi à prendre en compte du fait de l'accès difficile à des soins de santé pendant cette période de conflit.

VI-3-Caractéristiques sociodémographiques :

Les tranches d'âge de 20 à 29 ans et 30 à 39 ans étaient plus représentée avec respectivement 37,05% et 30,45%.

La proportion des adolescentes ayant un travail dystocique était assez élevé soit 25,23%, celle des parturientes âgées de 40ans ou plus à 7,27% dans notre étude. Esambooy V avait retrouvé dans une expérience des cliniques universitaires de Kinshasa les proportions suivantes : La tranche d'âge de 31 – 35 ans avec 30,9%, celles de 26 moins de 30 ans avec 28,0%, les femmes de 36 ans et plus 24,3%, celles de 20 – 25 ans 8,4% et les moins de 20 ans 0,6% [15].

Nos chiffres montrent non seulement la précocité du mariage de la jeune fille dans la région mais aussi que la dystocie était retrouvée à tous les âges de la vie obstétricale de la femme dans cette étude.

L'ethnie peulh était plus représentée avec un taux de 22,95%, venait ensuite les dogons 22,73% puis les bambaras 17,73%. Cette répartition est plus ou moins cohérente avec la répartition ethnique globale dans la région de Mopti. La dystocie d'accouchement touche donc toutes les ethnies et la répartition était fonction de la composition de la population du site de l'étude.

Les ménagères dominaient dans l'étude avec un taux de 77,95% ; 97,11% des parturientes étaient mariées et 70,00% des parturientes n'étaient pas instruites.

VI-4-Caractéristiques cliniques :

Le profil clinique des parturientes a été étudié. Les primipares dominaient l'étude avec 28,64% des cas, suivie des paucipares 26,14%, puis des multipares 22,72% et les grandes multipares 22,50%. Cette tendance est proche de celle dans l'étude de Traoré B [7] où elle était la suivante : Les primipares 35,8%, les paucipares 28,8% suivie des grandes multipares 22,9% mais diffère de celle trouvée par Kabuyanga K R en RDC qui était la suivante : Les grandes multipares 37,4% et les nullipares 36,5% [3].

Dans notre étude 25,68% avaient subi au moins une césarienne dans le passé. Ces chiffres diffèrent de celui retrouvé par Kabuyanga K R et al où 67% des

femmes avec accouchement dystocique avait au moins un ATCD de césarienne [3].

Dans notre étude 35,00% des parturientes n'avaient bénéficié d'aucun suivi prénatal et 15,22% des parturientes étaient mal suivi avec moins de trois CPN. Dans l'étude 49,78% des parturientes étaient suivi régulièrement.

Nous remarquons ainsi qu'un peu plus de la moitié des parturientes avec accouchement dystocique était non ou mal suivi. Ces chiffres sont plus ou moins proches avec ceux trouvés par Zaranaina L.F où 61,01% des femmes n'avaient faites aucune CPN, 23,47% de suivi irrégulier, dans cette même étude seulement 15,52% des femmes avait un suivi régulier [12]. Une étude faite à Kinshassa a montré que les femmes n'ayant pas eu de suivi prénatal étaient 4 fois plus exposé à la dystocie que celles qui suivent régulièrement leur CPN [15].

Une grande partie des parturientes dans notre étude venait des zones inondées soit une proportion de 26,82%. Ces proportions élevées pourraient s'expliquer par l'accès difficile des populations des zones inondées aux structures de santé de références.

Dans notre étude 65,68% des parturientes avaient été référée ou évacuée. Cette proportion est proche de celle rapportée par Traoré B qui est de 53,8% [7].

Les quatre(4) principaux motifs d'admission étaient :

Les contractions utérines douloureuses (31,82%) ;

Les saignements (15,91%) ;

Les cas de référence pour travail prolongé (12,73%) ;

Les utérus cicatriciels (6,81%). Ces résultats diffèrent de ceux CISSE B qui étaient de 15,1% d'hémorragies du troisième trimestre; 10,2% de travail dystocique; 9,3% d'utérus cicatriciel et 8,1% de hauteur utérine excessive [16].

Dans notre étude, sur les 440 parturientes ayant présentées un accouchement dystocique, la conscience était bonne dans 91,59% à l'admission contre 8,41% de cas d'altération de la conscience.

Les patientes avec une conscience altérée étaient composées des cas d'éclampsies en travail et d'hémorragie avec état de choc.

Les bruits du cœur fœtal étaient perçus et quantifié entre 120-160 à l'admission dans 56,14%, une bradycardie fœtale avait été observée dans 17,95% des cas.

Les BDCF n'avaient pas été perçus dans 22,27% des cas.

Dans notre étude, le bassin était pathologique dans 14,32% des cas. Il s'agissait de bassin limite (6,14%), de bassin immature (3,41%), de BGR (3,18%) et de bassin asymétrique (1,59%).

Au total, après l'examen clinique, les principaux diagnostics retenus étaient : le travail d'accouchement 42,27%, l'hémorragie du 3^{ème} trimestre 18,86%, la SFA 8,41% de même que les anomalies de la dynamique utérine, l'anomalie du bassin 7,96%. Dans l'étude de ANDRIAMADY RCL et al, les dystocies dynamiques constituaient 39,2 % des cas, les présentations dystociques : 26,4 %, les hémorragies du 3^{ème} trimestre : 10,5 % et les disproportions fœto-pelviennes : 10,3 % [13].

VI-5- Aspects thérapeutiques :

La prise en charge thérapeutique est codifiée au Mali et se fait selon le manuel des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Au cours de l'étude 69,77% des accouchements dystociques ont été fait par un gynécologue accoucheur ou sous la supervision de celui-ci.

La durée totale du travail comptée à partir de l'admission à l'hôpital n'excédait pas les 12 heures dans 95,00% des cas, ce qui s'explique par le niveau de rigueur dans la surveillance du travail d'accouchement et le recours immédiat à la voie haute dès qu'une indication se présente.

Le partogramme étant le principal outil de surveillance du travail d'accouchement, il était présent dans le dossier médical des parturientes dans 73,64% des cas, et parmi les cas où le partogramme était présent 83,64% des partogrammes était bien rempli. Le partogramme n'était pas indiqué dans 15,22% des cas et absent dans 11,14% des cas. En comparaison, Sanogo. A et al

ont trouvé que 50% des parturientes avaient un partographe dans la commune V [17] et Koné M. [18] a rapporté un taux d'utilisation de 48% dans le Cscm de Garantigoubougou en 2007. Les résultats de l'étude de Konaté A sur l'évaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou dans le district de Bamako, ont trouvé que 29,10% des accouchements ont été effectués sans l'utilisation du partogramme [19]. Selon l'étude réalisée par Camara S 81,15% des partogrammes étaient correctement remplis et 18,85% des partogrammes étaient incorrectement remplis à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2007 [20].

Dans notre étude le taux de césarienne s'élevait à 73,64% des dystocies et 16,47% de l'ensemble des accouchements (324 cas de césarienne d'urgence sur 1967 accouchements). Ce taux est supérieur à ceux d'Andriamady RCL à propos de 919 cas où les opérations de césariennes ont été indiquées dans 433 cas, soit 47,1% des dystocies, et 5,6 % du total des accouchements, de Diarra Y qui a trouvé 13,4% [21], de DIALLO A 7,25% [22] et de Sangaré S 9,3% [23] sur l'ensemble des accouchements. Notre taux de Césarienne était inférieur à ceux de OUEDRAGO C.M. [24], Bokossa M. [25] et Labibe L. [26] qui ont retrouvé respectivement 36,7% ; 31,03% et 20,8% de césarienne sur l'ensemble des accouchements. Zaranaina LEF a retrouvé 10,47% de césarienne parmi les accouchements dystociques [12].

La proportion des accouchements par forceps dans notre étude était de 6,82% des dystocies et 1,53% de l'ensemble des accouchements (30 cas de forceps sur 1967 accouchements). Notre taux est similaire à celui trouvé par Fané S 1,5% [27], diffère de ceux de Macalou I [28], Kouyaté [29] qui ont trouvé respectivement 2,7% ; et 3,01% de taux de forceps sur l'ensemble des accouchements. Dans l'étude d'Andriamady RCL, le taux d'extraction instrumentale par forceps était de 12,3% parmi les accouchements dystociques [13].

Dans notre étude, le taux d'accouchement assisté par ventouse obstétricale était de 5,91% des accouchements dystociques et 1,32% de l'ensemble des accouchements (26 cas de ventouse obstétricale sur 1967 accouchements). Notre taux est inférieur à ceux de Diakité MF [30] et Kodjo E[31] qui ont trouvé respectivement 4,74% et 3% mais proche de celui de Koné Y 1 ,83% [32] sur l'ensemble des accouchements. .

Le recours à la version par manœuvre interne dans notre étude, suivie d'une grande extraction du siège a eu lieu dans 2,72% des accouchements dystociques. Dans l'étude d'Andriamady RCL à propos de 919 cas, Le recours à la version par manœuvre interne, suivie d'une grande extraction du siège, a eu lieu dans 12,4 % des cas [13].

Dans notre étude, les principales indications de la voie haute était : les présentations dystociques 15,00% ; le bassin rétréci 12,39% ; l'HRP 9,51% ; la stagnation de la dilatation 8,93% ; la SFA 8,65% etc....

Kabuyanga KR à Goma a retrouvé les principales indications suivantes : SFA 16,67% ; le bassin rétréci 15,51% ; la DFP 10,34% ; les présentations dystociques 6,32% [3].

Dans notre étude, la délivrance a été de type extemporané dans la majorité des cas soit 78,86% notamment dans les cas d'accouchement par voie haute. La délivrance était artificielle dans 10,68% des cas, active dirigée dans 9,55% des cas.

La révision utérine avait suivie la délivrance dans 92,27% des cas et était normale dans 58,86% des cas. Le résultat en était la mise en évidence d'une rupture utérine dans 7,50% des cas soit 33 cas (dont les 7 cas diagnostiquées en post partum), et 3 cas de placenta accreta soit une proportion de 0,68%.

Dans notre étude, parmi les 33 cas de rupture utérine, 24 cas ont été traité par hystéroraphie soit 72,73% contre 9 cas d'hystérectomies soit 27,27% pour un total de 2,16% d'hystérectomie sur l'ensemble des accouchements dystociques. Notre taux d'hystérectomie était inférieur à celui rapporté par Andriamady RCL

qui a eu 3,48% [13] et nettement supérieur à celui de Zaranaina LEF qui a rapporté 1 seul cas sur 277 accouchements dystociques soit 0,36% [12].

VI-6-Pronostic maternel et fœtal

Dans notre étude, les principales complications retrouvées dans le post partum étaient : l'hémorragie du post partum immédiat 25,23% (dont la principale cause était l'atonie utérine dans le post partum immédiat 60,36%) ; les lésions des parties molles 9,09% ; l'infection/septicémie notamment post opératoire 5,00%. Nous avons retrouvé 9 cas de fistules obstétricales soit une proportion de 2,05%. La complication hémorragique était retrouvée dans les études sur les accouchements à domiciles de Diarra. N [33] et de Touré. B et coll. [34] qui avait trouvé respectivement 25% et 2,78% d'hémorragie de la délivrance. La complication traumatique notamment par lésion périnéale a été retrouvée dans l'étude de Coulibaly SK à un taux de 1,5% [35].

Dans notre étude, le décès maternel était survenu dans 18 cas soit 4,10%. La principale cause de décès était l'hémorragie responsable de 55,55% des décès. En comparaison, AndriamadyRCL [13] a rapporté 25 cas de décès maternels sur 919 accouchements dystocique soit 2,7% et la principale cause étant les complications hémorragiques (52% des décès) dans cette même étude.

Dans notre étude, un grand nombre de nouveau-nés avait présenté une souffrance à la naissance avec un score d'APGAR de moins de 7/10 à la 1^{ère} minute dans 49,78% des cas et de moins de 7/10 à la 5^{ème} minute dans 13,33% des cas.

Ce même constat a été fait par Andriamady RCL et al où 24,1 % des nouveau-nés ont eu un APGAR inférieur à 7/10 à la 5^{ème} minute [13].

Dans notre étude 50,23% des nouveau-nés avaient été référés en néonatalogie avec comme principal motif l'asphyxie néonatale 18,08% des cas.

Nous avons retrouvé 95 cas de décès périnatal soit un taux de 20,65%, proche de celui trouvé par Andriamady RCL et al [13] qui était de 20,8%.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

L'accouchement dystocique est fréquent à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. La dystocie est retrouvée à tous les âges de la vie obstétricale de la femme, plus fréquente chez la primipare. Les problèmes posés par les évacuations sanitaires tels que les longues distances entre l'hôpital et les cercles, les barrières physiques notamment la zone inondée aggravent d'avantage le tableau clinique de la dystocie. Les moyens thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement de cette dystocie ont été la césarienne et les extractions instrumentales (forceps et ventouse). Le pronostic de l'accouchement dystocique est mauvais, marqué par un taux élevé de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale. Pour réduire ce taux de mortalité maternelle et périnatale, il est nécessaire d'identifier les facteurs de mauvais pronostic des grossesses à risque au cours des CPN de qualité et d'assurer leur prise en charge correcte et précoce.

Recommandations

Pour améliorer le pronostic materno-fœtal de accouchement, nous formulons les recommandations suivantes :

Au personnel de santé :

- Dépister les facteurs de risque pendant les consultations prénatales ;
- Surveiller de façon adéquate le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte du partogramme ;

A la population :

- Fréquenter régulièrement les services de la santé (CPN, accouchement assisté, CPON, Planification familiale (PF)) ;
- Se présenter au centre de santé le plus proche dès l'apparition d'un signe de danger (saignement, crise convulsive, perte des eaux)

A la direction de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

- Mettre en place une mini-banque de sang et une armoire d'urgence à la disposition du service de gynéco-obstétrique ;
- Former le personnel dans la réanimation des nouveau-nés tout en mettant à disposition de façon permanente l'équipement adéquat pour cet effet.

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Médicaliser les CSCOM, notamment dans les zones inondées ;
- Assurer la formation des agents de santé de qualité pour s'occuper des dystocies du travail d'accouchement ;
- Doter la région de Mopti en ambulances, en routes et pistes praticables pour faciliter les évacuations des CSCOM vers les CSRéf et l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

VIII- REFERENCES

- 1- **Merger R., Levy J., Melchior J.** Précis de l'obstétrique. 6^{ème} ed. Paris, New York, Barcelone Milan: Masson ; 2001, 635 p.
- 2- **Armstrong R.** Prévention des décès maternels. Genève : OMS ; 1990 ; 11-34.
- 3- **Kabuyanga K., Kakoma Z., Sakatolo JB., Katenga B., Gedeon., Kalume J et al.,** Facteurs prédictifs et issues des accouchements dystociques à Goma, RDC : Rev. méd. Gd. Lacs 2013; 2(3): 265-282.
- 4- **Organisation Mondiale de la Santé.** Dossier mère et enfant : Guide pour une maternité sans risque. Genève : OMS ; 1996, 108 p.
- 5- **Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali.** Enquête Démographique et de Santé du Mali, 5^e édition Bamako: Ministère de la Santé du Mali ; 2018, 535p.
- 6- **OMS, UNICEF et FNUAP.** Mortalité des mères en 1995, estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP. Genève : World Health Organization ; 2001. 56p.
- 7- **Traore B., Thera AT., Kokaina C., Beye SA., Mounkoro N., Teguede I. et al.** Les accouchements dystociques au Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali - A propos de 240 cas. Médecine d'Afrique Noire. Mars 2010 ; 57(3) : 161-5.
- 8- **OMS, UNICEF, UNESCO.** La maternité sans risque. New York : UNICEF ; 1990.9-11.
- 9- **Ranaivoson L.** Les systèmes de références des cas obstétricaux. Place de la maternité de Befelatanana [thèse : Méd]. Antananarivo : Université d'Antananarivo ; 1998, 141 p.
- 10- **Thoulon JM., Puech F., Boog G.** Obstétrique. Paris : Ellipse ; 1995, 992 p.
- 11- **Raynor MD.** Pratique obstétricale. 1^{re} éd. Paris : Malvine ; 2019, 608 p.

12- Zaranaina LF. Etude Epidémio clinique des accouchements dystociques au CHDII de Fort-Dauphin [thèse : méd]. Antananarivo : Université d'Antananarivo ; 2004, 81 p.

13- Andriamady RCL., Andrianarivony MO., RanjalahyRJ. Les accouchements dystociques à la maternité de Befelatanana-CHU d'Antananarivo, à propos de 919 cas. Médecine d'Afrique noire. 2000 ; 47(11) : 456-9.

14- Ould EJD., Bouvier MH., Le Groupe Moma. Dystocia : frequency and risk factors in seven areas in West Africa. J GynecolObstetBiolReprod. 2002 Feb; 31(1): 51-62. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11976578/>

15- Esambo V., BaluaKumona V., Mukuma NB. Facteur Socio-démographiques favorisant les accouchements dystociques, prédisposant au décès maternel : Une expérience des Cliniques Universitaires de Kinshasa. International Journal of Innovation and Applied Studies. Oct 2019 ; 27(3) : 854-860.

16-Cissé B. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRef de Markala en 2013 [Thèse : Méd]. Bamako : FMPOS; 2014, 95 p.

17- Sanogo A. Évaluation de la qualité des soins en salle d'accouchement au centre de santé communautaire de Sabalibougou III en commune V du district de Bamako. [Thèse Médecine]. Bamako: FMPOS; 2007, 97 p.

18- Koné M. Évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le Cscm de Garantiguibougou. [Thèse Médecine]. Bamako: FMPOS; 2007, 116 p.

19- Konaté A. Évaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de santé communautaire de Daoudabougou (CSCOM- ASACODA) [Thèse Médecine]. Bamako: FMPOS; 2008, 82 p.

20- Camara S. Évaluation de l'utilisation du partogramme au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse Médecine]. Bamako: FMPOS; 2007, 98 p.

21- Diarra Y. Evaluation de la qualité de la césarienne au centre de sante de référence de keniéba au Mali [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2019, 110 p.

22-Diallo A. Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au centre de santé de référence de Keniéba [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2009, 76 p.

23- Sangaré S. La gratuite de la césarienne au centre de sante de référence de la commune vi du district de Bamako au Mali [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2011, 93 p.

24- Ouédraogo CM., Ouédraogo A., Ouattara A., Lankoandé J. La pratique de la césarienne dans un hôpital de district de Ouagadougou: Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 3381 cas. Médecine et santé tropicales 2015 ; 25(2) : 194-199.

25- Bokossa M., Nguessan K., Doumbia Y., Kakou C., Djougou C., Boni S. Césariennes prophylactique et d'urgence : à propos de 394 cas au CHU de Cocody (Abidjan). Med Afr Noire 2008 ; 55(11) : 594-60.

26- Labibe L. Evolution des indications de la césarienne à la maternité de Souissi entre 1986 et 2010(à propos de 35830 cas) [thèse : Méd]. Rabat (Maroc) : Université Mohamed V ; 2012, 135 p.

27- Fané S. Accouchements par forceps dans le service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 158 cas à Bamako Mali [thèses : Méd]. Bamako : USTTB ; 2003, 131 p.

28- Macalou I. Accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni DAO de Kayes à propos de 101 cas [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2009, 71 p.

29- kouyate S. Utilisation du forceps au centre de santé de référence de la commune IV a propos de 120 cas [Thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2008, 115 p.

- 30- Diakité MF.** Les accouchements par ventouse obstétricale dans le centre de sante de reference “ Major Moussa DIAKITE ” de Kati de janvier 2012 a juin 2013 [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2014, 110 p.
- 31- **Kodjo E.** Accouchement par ventouse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2005, 115 p.
- 32- Koné Y.** Accouchement par ventouse obstétricale dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé référence de la commune V [thèse :Méd]. Bamako: USTTB;2008, 132 p.
- 33- Diarra N.** Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de728 cas [Thèse : Méd]. Bamako: USTTB; 2001, 70 p.
- 34- Toure B., Dao B., Nacro B., Sankara N., Kone B.** Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au Burkina FASO. Journal de la SAGO 2004 ; 5(1) : 36-41.
- 35- Coulibaly SK.** Les accouchements non assistés dans le centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako étude cas/témoins [thèse : Méd]. Bamako : USTTB ; 2011, 97 p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

IDENTITE

- Q01 - Numéro du dossier /...../
- Q02 - Age /.... / 1 = (15 -19) ; 2= (20-24) ; 3 = (25-29) ; 4 = (30-34) ; 5 = (35-39) ; 6 = (40-44) ; 7= \geq 45
- Q03 - Résidence /..... / 1=urbaine ; 2=rurale
- Q04 – Ethnie /...../ 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3 = Dogon ; 4= Sonrhäi ; 5= Bozo ; 6= Sénoufo ; 7=Minianka ; 8= Soninké ; 9= Autre
- Q05 – Profession /...../ 1 = femmes au foyer ; 2 = commerçante ; 3 = étudiant/élève ; 4 = fonctionnaire ; 5 = autre à préciser.....
- Q06 - Statut matrimonial /.... / 1 = mariée ; 2 = célibataire ; 3 = veuve
- Q07- Niveau d'instruction /..... / 1=non instruite, 2=primaire, 3=second, 4=supérieur ; 5 = école coranique

ANTECEDENTS

Antécédents obstétricaux

- Q08– Gestité/.... / ; Parité /.... / ; Vivant /.... / ; Avortement /.... / ; Décédé /..../

Antécédents Chirurgicaux personnels

- Q09 - GEU /.... / 1 = oui ; 2 = non
- Q10 - Myomectomie /...../ 1 = oui ; 2 = non
- Q11 - Césarienne // 1 = oui ; 2 = non
- Q12 - Autres /..... / 1 = oui à préciser ; 2 = non

Antécédents médicaux personnels

- Q13 – ATCD médicaux/...../ 1=oui à préciser; 2 = non

SUIVI DE LA GROSSESSE

- Q14 - CPN / / 1 = oui ; 2 = non
- Q15 - Nombre de CPN /...../ 1 = Aucune ; 2=01 et02 ; 3 = 03 ou plus
- Q16 - Lieu /...../ 1 = inconnue ; 2 = Cscm ; 3 = CS réf ; 4 = Hôpital;

5 = autres à préciser.....

➤ Q17 – L'auteur / / 1 = Matrone ; 2 = Infirmière ; 3 = sage –femme ;

4 = Médecin gynécologue ; 5 = Médecine généraliste ; 6= Interne ;

PATHOLOGIES SURVENUES AU COURS DE LA GROSSESSE

➤ Q18 - Métrorragies // 1 = oui ; 2 = non

➤ Q19 - Anémie / / 1 = oui ; 2 = non

➤ Q20 - Infections urinaire / / 1 = oui ; 2 = non

➤ Q21 - Paludisme /..... / 1 = oui ; 2 = non

➤ Q22 – Autres à préciser.....

ADMISSION

➤ Q23- Provenance/...../ 1=maternité rurale ; 2=CScom ; 3 CS réf ;4=domicile ;
5=autre

➤ Q24- Mode d'admission/...../ 1 = évacuée par ambulance ; 2 = propre moyen

➤ Q25 - Motif d'évacuation.....

➤ Q26 - Traitement reçu avant évacuation / / 1 = oui ; 2= non

EXAMEN CLINIQUE

➤ Q27 - Etat de conscience / / 1 = bon ; 2 = altéré,

➤ Q28 - TA/.... /.... / en mm hg

➤ Q29 - Température //

➤ Q30 - Etat des muqueuses/...../

➤ Q31 – Age gestationnel /...../ 1= moins de 37SA ; 2= 37 – 41SA ; 3= plus de 37SA

➤ Q32 - HU /..... / En centimètre

➤ Q33 - CU / / 1 = oui ; 2 = non

➤ Q34 - BDCF/..... /en bat/min 1= 120-150 ; 2 = <120 ; 3>150

Présentation

➤ Q35-Nature/..../ 1 = sommet ; 2 = front, 3 = face ; 4 = siège ; 5 = transversale

➤ Q36- Orientation sommet /...../ 1= OIGA, 2=OIDA, 3=OIGP, 4=OIDP

➤ Q37-Orientation siège /...../ 1=SIGA, 2=SIDA, 3=SIGP, 4= SIDA

➤ Q38- Mode siège /...../ 1=complet, 2=décompleté

➤ Q39- Variété de la face /...../ 1=antérieure, 2=postérieure

Etat du col

- Q40- position /...../ 1 = postérieur ; 2 = médian ; 3 = antérieur
- Q41 - Longueur /...../ 1= long ; 2 = mi long ; 3 = court
- Q42- Consistance /...../ 1= rigide ; 2 = souple ; 3 = mou
- Q43 - Dilatation// 1 = < 4cm ; 2 = > 4cm
- Q44- Hauteur de la présentation /..... / 1= -3 ; 2= -2 ; 3= -1 ; 4=+1 ; 5=+2 ; 6 =+3
- Q45 - Etat des membranes // 1 = intactes ; 2 = rompues
- Q46 - Si rompues ; type /..... / 1= prématuré ; 2= précoce ; 3= tempestive
- Q47 - Couleur du Liquide Amniotique // 1 = clair ; 2 = teinté de méconium ; 4 = teinté de sang
- Q48 - Bassin 1 = normal, 2 = BGR, 3 = bassin limite, 4 = bassin asymétrique, 5= bassin immature, 6 = autre à préciser.....

ACCOUCHEMENT

- Q49- Identité accoucheur /...../ 1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme, 5= autre à préciser.....
- Q50- Existence du partogramme : oui= 1 ; non= 2
- Q51- Partogramme bien renseigné : oui= 1 ; non= 2
- Q52- Durée de dilatation /...../ (H)
- Q53- Durée d'expulsion /...../ (H/Min)
- Q54- Durée de délivrance /...../ (H/Min)
- Q55- Durée totale du travail /...../ (H/mn)
- Q56- Dystocie dynamique /...../ 1= oui ; 2= non
- Q57- Si oui type de dystocie /...../ 1=anomalie de contraction ; 2=anomalie de dilatation ; 3=autre/...../
- Q58- Dystocie mécanique /...../ 1= oui 2= non
- Q59- Si oui type de dystocie /...../ 1=anomalie du bassin ; 2=anomalie fœtale ; 3=anomalie des annexes ; 4=tumeur prævia ; 5=autre/...../
- Q60- Voie accouchement /...../ 1=voie basse non instrumentale ; 2= voie basse avec instruments ; 3=césarienne
- Q61- Si césarienne indication /...../
- Q62- Si ventouse indication /...../
- Q63- Si forceps indication /...../

- Q64- Episiotomie médio latérale /...../ 1= oui 2= non
- Q65- Manœuvres obstétricales /...../
- Q66- Indication de la manœuvre/...../
- Q67- Auteur manœuvre /...../ 1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme
- Q68- Délivrance /...../ 1=spontané, 2=active dirigée, 3=artificielle
- Q69- Hémorragie délivrance /...../ 1= oui 2= non
- Q70- Révision utérine /...../ 1= oui 2= non
- Q71- Si indication
/...../
- Q72- Résultat de la révision utérine /...../ 1=caillot sanguin, 2=débris placentaire, 3= autre à préciser.....

EXAMEN DU NOUVEAU NE ET SES ANNEXES

Nouveau-né à la naissance

- Q73- Prématuré/...../ 1= oui ; 2=NON
- Q74- Gros fœtus/...../ 1=oui ; 2=non
- Q75- Macrosomie/...../ 1=oui ; 2=non
- Q76- Petit poids de naissance/...../ 1=oui ; 2=non
- Q77- Malformation /...../ 1=hydrocéphalie, 2=anencéphalie, 3=spina-bifida, 4=omphalocèle, 5=autres
- Q78- Score d'Apgar 1ère mn /...../
- Q79- Score d'Apgar 5ème mn /...../
- Q80- Réanimé /...../ 1= oui 2=non
- Q81- Si oui durée /...../ (min)
- Q82- Evacué /...../ 1= oui 2= non
- Q83- Si oui motif /...../ 1=SFA, 2=fracture, 3=paralysie plexus brachial 4=luxation épaule, 5=autres à préciser
- Q84- Nouveau-né /...../ 1=vivant, 2=décès, 3=mort-né
- Q85 – Cause probable de décès /...../

Placenta et Cordon ombilical

- Q86 – Placenta/...../ 1= complet ; 2= incomplet
- Q87- Longueur du cordon /...../

- Q88- Insertion /...../ 1=centrale, 2=marginale
- Pronostic maternel
- Q89- Complications /...../ 1= oui à préciser 2= non
- Q90- Décès mère /...../ (O/N)
- Q91- cause du décès /...../

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TANGARA

Prénom : Abdoulaye

Année de soutenance : Année universitaire 2021-2022.

Adresse : tangaraabdoulaye041@gmail.com

Titre : Aspects cliniques et thérapeutique des accouchements dystociques à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

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

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique.

Résumé :

Les accouchements dystociques sont une cause fréquente de morbidité sévère, de mortalité voir même de séquelles maternelles.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données portant sur les aspects cliniques et thérapeutiques des accouchements dystociques sur une période de 12 mois, concernant les parturientes admises en salle d'accouchement et ayant présentées une dystocie.

Pendant la période d'étude, 440 cas d'accouchements dystociques ont été recensé sur un total de 1967 accouchements, soit une fréquence de 22,37%.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20- 29 ans avec 37,05%.

La proportion des adolescentes dans l'étude était de 25,23%.

Les primipares était plus représentée dans l'étude soit 28,64%.

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus utilisé soit chez 73,64% des parturientes.

Les principales indications de la Césarienne étaient :

La présentation dystocique 15,00% ;

Le Bassin rétréci 12,39%.

Le taux de mortalité maternelle était de 4,10% principalement liée à l'hémorragie responsable de 55,55% des décès maternels.

La mortalité périnatale était de 20,65%.

Mots clés : Accouchement, dystocie, césarienne, mortalité maternelle et périnatale.

Abstract:

Obstructed deliveries are a frequent cause of severe morbidity, mortality and even maternal sequelae.

This was a descriptive cross-sectional study with retrospective collection of data on the clinical and therapeutic aspects of dystocic deliveries over a period of 12 months, concerning parturients admitted to the delivery room and having presented with dystocia.

During the study period, 440 cases of obstructed labor were recorded on a total of 1967 births that is a frequency of 22.37%.

The most affected age group was that of 20-29 years with 37.05%.

The proportion of adolescent girls in the study was 25.23%.

The primiparous were more represented in the study that is 28.64%.

Caesarean section was the most used mode of delivery in 73.64% of parturients.

The main indications for Cesarean were:

Dystocic presentation 15.00%;

The Shrunken Basin 12.39%.

The maternal mortality rate was 4.10% mainly linked to hemorrhage responsible for 55.55% of maternal deaths.

Perinatal mortality was 20.65%.

Keywords: Childbirth, dystocia, caesarean section, maternal and perinatal mortality.

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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !!!