

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

Université de Bamako

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Année Universitaire

2008-2009 Thèse N°.....

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie**

TITRE

**LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET
OBSTETRIQUES CHEZ LES
ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV
DU DISTRICT DE BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 novembre 2009 à 14 heures devant la
faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Par Mlle Fatoumata SISSOUMA

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

JURY

Président : Professeur Tièman COULIBALY
Membre : Docteur Oumar GUINDO
Codirecteur de thèse : Docteur Ibrahim TRAORE
Directeur de thèse : Professeur Salif DIAKITE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mon père : **Yacouba Sissouma**

Papa, les mots n'expriment pas assez tout ce que j'éprouve aujourd'hui.

Ton souci majeur a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as accepté des sacrifices sans limites. A tes pieds je dépose respectueusement et humblement ce travail en gage de ma très grande affection. Que le tout puissant t'accorde encore longue vie afin que tu puisses goûter aux fruits de tes sacrifices.

Amen...

Remerciements

Mes remerciements vont :

A DIEU le Tout Puissant

Maître des cieux et de la terre de m'avoir permis de voir le jour et de grandir.

Au nom d'Allah, le Tout Puissant le Clément et le Miséricordieux
qui par sa grâce, sa bonté nous a permis de mener à bien ce modeste
travail.

A mon mari : Cheick S Tékété

Les mots me manquent pour exprimer ici toute l'affection que j'ai pour
toi.

Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif, ta foi m'ont donné
la force nécessaire pour affronter les obstacles de cette période de
ma vie.

Soit rassuré de mon amour et de ma fidélité, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger.

A mes mamans : **Jeannette, Sira, Djouma, Awa.**

Pour tout effort que vous avez consenti pour moi, mes frères et mes sœurs.

Que le bon Dieu vous accorde une très longue vie pleine de santé.

A mon petit frère : **feu Souleymane Sissouma**

Aucun mot n'exprimera assez mes sentiments.

Que le bon Dieu t'accueille dans son paradis.

Que ton âme repose en paix.

Amen...

A mes sœurs et frères : **Mariam, Edouard, Kadiatou, Gaoussou, Fatou, Aïssata**

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion aussi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

A tous les membres de ma famille dont les noms ne sont pas mentionnés.

Au **personnel du CS Réf CIV**, pour la qualité de l'encadrement offert
A tous les étudiants stagiaires et aux faisant fonction interne (FFI).

Au **personnel du service de médecine du CS Réf CIV**, pour l'aide
et la

collaboration franche et sans limite qui m'ont été d'un apport
inestimable, merci pour tout, je vous en serai reconnaissante.

A tous mes **maîtres de stage : Pr Salif Diakité, Tiéman Coulibaly,**
Dr Touré Moustapha, Dr Guindo Oumar, Dr Ibrahim Traoré.

Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A mes **aînés : Dr Keita Abdallah, Dr Abdoulaye Témé,**
Dr Soumaïla Camara, Dr Makan Kouma, Dr Daouda Simpara,
Dr Ibrahima Koné, Dr Aïssata N Koné.

Je vous remercie infiniment.

A mes **collègues FFI** et ami(e)s

Nous avons partagé des moments de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que DIEU fasse que chacun de nous soit heureux.

Aux familles : Cissouma, Kane, Samake, Marico, Timbo, Toure, Cisse, Daou

Merci pour votre soutien constant.

**HOMMAGES PARTICULIERS AUX
HONORABLES MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Tiéman COULIBALY

- Maître de conférences en traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS.
- Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU G.T.
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Membre de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie(SICOT).
- Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SOMACOT et SOTCOT).
- Membre de l'Association des Orthopédistes de Langue Française (AOLF).
- Membre de la Société Africaine d'Orthopédie (SAFO).

Cher maître ;

Vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif, votre culture scientifique et votre éloquence font de vous un maître admiré de tous.

Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Oumar GUINDO ;

- Diplômé de Médecine générale,
- Diplômé de la 3^{ème} promotion Epivac,
- Médecin chef adjoint du CSRéf CIV.

Cher maître ;

Votre simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Ibrahim TRAORE.

- Gynécologue-obstétricien,

Cher maître ;

Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble.

Vous nous avez enseigné une attitude simple et réaliste vis à vis des malades.

Cher maître, nous avons été touchés par votre disponibilité, votre simplicité et votre sens de l'humanisme.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Salif DIAKITE

- Professeur titulaire de gynéco-obstétrique à la FMPOS
- Gynécologue accoucheur à l'hôpital Gabriel Touré

Cher maître ;

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif, votre rigueur scientifique, votre volonté de transmettre

vosre savoir aux jeunes, vosre désir d'égalité entre les Hommes, vosre franchise font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASP :	Abdomen sans préparation
BDCF :	Bruit du cœur fœtal
BGR :	Bassin généralement rétréci
CHU:	Centre hospitalier universitaire
CIVD :	Coagulopathie intra vasculaire disséminée
CPN :	Consultation prénatale
CSRéf :	Centre de santé de référence
CUD :	Contractions utérines douloureuses
DAT	Division Anti-Tuberculeuse
DFP :	Disproportion foetopelvienne
DIU :	Dispositif intra-utérin
ECBU :	Examen cyto bactériologique des urines

FFI	Faisant Fonction Interne
F.M.P.O.S :	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
GEU:	Grossesse extra-utérine
H.G.T :	Hôpital Gabriel Touré
HRP:	Hématome rétro placentaire
HTA:	Hypertension artérielle
HU:	Hauteur utérine
IEC:	Information, éducation et communication
IST:	Infection sexuellement transmissible
IVG:	Interruption volontaire de la grossesse
J:	Jour
MIDA:	Mento-iliaque droite antérieure
MIDP:	Mento-iliaque droite postérieure
MIDT:	Mento-iliaque droite transverse
MIGA:	Mento-iliaque gauche antérieure
MIGP:	Mento-iliaque gauche postérieure
MIGT:	Mento-iliaque gauche transverse
OMS:	Organisation mondiale de la santé
P:	Probabilité
PP :	Placenta prævia

PPH:	Placenta prævia hémorragique
RPM:	Rupture prématurée des membranes
RU:	Rupture utérine
SFA:	Souffrance fœtale aiguë
SIDA:	Sacro-iliaque droite antérieure
SIDP:	Sacro-iliaque droite postérieure
SIGA:	Sacro-iliaque gauche antérieure
SIGP:	Sacro-iliaque gauche postérieure
SP :	Sulfadoxine pyriméthamine
T°:	Température
TA:	Tension artérielle
UGO :	Urgence gynéco-obstétricale
USAC	Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil
VIH:	Virus de l'immunodéficience humaine
= :	Egal
< :	Inférieur
≤ :	Inférieur ou égal
> :	Supérieur
≥ :	Supérieur ou égal
% :	Pourcentage

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS	page 1 à 4
GENERALITES	page 5 à 37
METHODOLOGIE	page 38 à 44
RESULTATS	page 45 à 63
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	page 64 à 70
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	page 71 à 74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	page 75 à 80
ANNEXES	

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Introduction

Le monde, en 2007, comptait un milliard d'adolescents (et il est estimé que d'ici l'an 2025 leur nombre atteindra deux milliards) dont 85% vivant dans les pays en voie de développement [1].

Malgré cette importance démographique, ce groupe cible n'est pas prioritairement considéré dans la politique de santé de plusieurs pays de cette région.

De nombreuses études sont consacrées aux enfants et aux adultes, mais peu sont relatives spécifiquement aux adolescents, car le plus souvent considérés comme en bonne santé [2, 3].

De ce fait, les problèmes de santé des adolescents sont mal connus ou demeurent latents et insuffisamment intégrés dans les stratégies de santé, contrairement aux pays occidentaux.

C'est pourquoi ces dernières années, l'OMS a invité les responsables de santé africains à s'y intéresser davantage. Cette catégorie de la population relativement oubliée, a pourtant des problèmes de santé spécifiques non négligeables.

Cela paraît encore plus réel en santé reproductive, car les grands bouleversements qui caractérisent l'adolescence, poussent les adolescents à une sexualité précoce avec comme résultat des grossesses non désirées ou précoces, des avortements provoqués clandestins, des infections sexuellement transmissibles.

Au Mali l'activité sexuelle débute très tôt, au moins 75% des adolescentes ont leurs premiers rapports sexuels à 18 ans alors qu'elles sont moins susceptibles de se protéger ou d'utiliser des moyens de contraception, ce qui augmente les infections sexuellement transmissibles (I.S.T) et les grossesses accidentelles avec leur cortège de conséquences [4]. En Ouganda, 60 % des victimes de décès dus à l'avortement sont des adolescentes. Au Nigeria 72 % de tous les décès parmi les femmes de moins de 19 ans sont dus aux complications des avortements provoqués [1].

Par ailleurs, dans le monde, quelques 15 millions d'enfants (plus du dixième de toutes les naissances) naissent de mères adolescentes, les adolescentes africaines contribuent pour 20 % [1].

Le Mali ayant l'une des proportions les plus élevées au monde des femmes ayant eu un enfant avant l'âge de 19 ans (61 %), n'échappe pas à ce phénomène continental [4]. Dans les pays industrialisés également, les grossesses d'adolescentes sont très préoccupantes car les jeunes mères célibataires sont désavantagées, comme le sont leurs enfants.

Les adolescentes sont vulnérables, biologiquement et socialement. Pour une adolescente enceinte avant l'âge de 18 ans, le risque de décès peut être 5 fois plus grand que pour une femme enceinte à l'âge de 20-25 ans [5]. Les jeunes filles sont plus sensibles aux maladies sexuellement transmissibles que les garçons, c'est souvent la pression (dans bien des cas exercée par des hommes plus âgés) qui les conduit à avoir des rapports sexuels et elles doivent supporter l'essentiel des conséquences sociales d'une grossesse non désirée.

Ces quelques points qui illustrent bien une partie du problème justifient l'intérêt de l'étude de la question dans notre contexte où la précarité est le maître mot.

Les urgences gynécologiques et obstétricales, ne présenteraient-elles pas un tableau plus sombre chez l'adolescente dans un pays pauvre comme le Mali ?

Par cette étude, nous avons voulu préciser les particularités des adolescentes reçues en urgence, en déterminant la fréquence de celles-ci admises pour urgences gynécologiques et obstétricales, en précisant les différentes pathologies rencontrées et en déterminant le pronostic maternel et néonatal, pour contribuer à l'amélioration de leur prise en charge à moindre coût.

Objectifs :

1- Objectif général:

Etudier les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente admise en salle d'urgence au CS Réf de la commune IV.

2- Objectifs spécifiques:

- ✓ Evaluer la fréquence des urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente.
- ✓ Décrire le profil sociodémographique de ces adolescentes.
- ✓ Déterminer les différentes pathologies gynéco-obstétricales rencontrées chez les adolescentes.
- ✓ Rapporter les modalités thérapeutiques.
- ✓ Déterminer le pronostic materno-fœtal.

II- GENERALITES

1. Définitions :

L'adolescence est une phase de la vie humaine de transition entre l'enfance et l'âge adulte [7].

La poussée hormonale de l'adolescence provoque une déstabilisation de l'équilibre de l'enfance qui a des conséquences sur tout le champ de la personnalité. Cette phase est marquée par des changements physiques (puberté puis fin de la croissance), affectifs (modification de la vie relationnelle), intellectuels (compréhension de la vie et de sa vie) et psychiques (recherche identitaire, acquisition progressive de l'autonomie) [6, 7].

Le mot adolescent vient du verbe latin adolescere qui signifie grandir.

L'adolescence est selon l'OMS « une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte située entre 10 et 19 ans et qui se caractérise par des mutations physiologiques, morphologiques et psychosociales » [7, 8, 9,10].

2. Historique :

Etymologiquement le mot adolescent signifie « celui qui est entrain de croître ».

Pour Hippocrate (an 470 avant Jésus Christ) cité par OUEDRAOGO CMT [11] l'adolescence constituait la « 3è saison » de la vie (divisée en sept tranches de 7 ans) après « la petite enfance » et l' « enfance » et avant le « jeune homme » et l' « homme fait » et le « vieillard ».

En fait, l'adolescence proprement dite est un concept original des sociétés occidentales lié au retard du mariage chez les jeunes. Ce concept s'installe à partir du 16^{ème} siècle et se généralise au 18^{ème} siècle [6].

3- Rappels sur les urgences gynéco-obstétricales :

3-1- Définitions :

Il est couramment admis que :

✓ La pathologie obstétricale regroupe toutes les pathologies survenant chez la femme enceinte, à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle comporte donc aussi bien les pathologies du pré partum mais aussi celle du per, et post partum [12, 13].

✓ La pathologie gynécologique, elle regroupe toutes les pathologies survenant avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, si la femme est enceinte ou intéressant son système de reproduction lorsqu'elle ne l'est pas.

L'urgence gynéco-obstétricale peut donc se définir comme toute pathologie du système de regroupement de la femme survenant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, les suites de couches ou en dehors de toute grossesse et qui menace la vie ou l'avenir fonctionnel de la mère et /ou celle du produit de conception [14,15].

Elle nécessite souvent une prise en charge médicale ou chirurgicale rapide sans laquelle le couple mère enfant serait en péril. Un diagnostic rapide et une conduite tenue adéquate dans les minutes qui suivent l'admission de la patiente, sont les garants d'une bonne prise en charge.

A. Les hémorragies au cours de la grossesse et de l'accouchement

A.1. Les avortements [16]

A.1.1. Les avortements spontanés

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée du produit de conception avant la vingt-huitième (28^{ème}) semaine d'aménorrhée. Il est en général un avortement facile, peu douloureux et peu hémorragique. Il donne rarement lieu à des complications infectieuses. L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à dix [10] semaines d'aménorrhée

Dans les menaces d'avortement, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale. Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les antispasmodiques et ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intra musculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine digitale ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle. Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

A.1. 2. Les avortements provoqués

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinés à interrompre une grossesse. La surface d'insertion placentaire sur la muqueuse utérine est plus ou moins étendue. Les liaisons utero placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directs peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère. Fréquents, les avortements compliqués sont redoutables. Certaines complications sont encore

mortelles telles que les septicémies à perfringens, à gram négatif infarctus utérin, embolies gazeuses et plus rarement le tétanos. Les séquelles sont toujours fréquentes à type de douleurs, de troubles de règles de stérilités, d'accidents obstétricaux divers, de troubles psychiques.

L'évacuation rapide par curetage et plus rarement par curage est le plus souvent nécessaire. L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication qui est l'hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances, règle importante lorsqu'il s'agit d'une infection ovulaire avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

Il est démontré que nombre de complications et des plus graves (les toxi-infections à perfringens, à germes gram négatif, tétanos) sont les conséquences d'un curetage hâtif.

Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti-infectieux, aboutissant à l'apyrexie.

Le traitement du choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique et la prévention de l'iso immunisation par l'injection de gammaglobuline anti-D chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif.

A.2. La môle:

La môle autre fois appelée hydatiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosité kystique, par un processus à la fois hyperplasique (l'épithélium) et dystrophique (le tissu conjonctif) et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. [17]

L'œuf molaire a un aspect macroscopique, fait de villosité kystique dont la confluence rappelle la grappe de raisin ou le frai de grenouille. Classiquement la

grossesse molaire se manifeste par une métrorragie qui est souvent le premier signe le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse pouvant entraîner la pâleur, l'anémie, les vertiges et l'altération de l'état général selon son importance. Elle peut être accompagnée de troubles digestifs nerveux et rénaux, d'ovaire kystique avec un développement utérin rapide. Parfois l'utérus dépasse l'ombilic alors qu'il n'y a ni bruit du cœur ni de squelette fœtal à la radiographie et/ou diminué. Les gonadotrophines chorioniques urinaires sont trop élevées et spéciales à la môle supérieure à 500000 $\mu\text{l/l}$; au contraire le taux d'oestriol (stéroïdes) plasmatique et urinaire sont abaissés.

Les signes cliniques et biologiques peuvent être considérables.

Les kystes ovariens dus à la lutéinisation des follicules peuvent persister pendant plusieurs mois, le taux urinaire des gonadotrophines peut rester élevé par des débris molaire malgré le curetage ou par invasion profonde du myomètre par la môle non débarrassée par le curetage. Dans les cas où le taux de gonadotrophine chorionique reste élevé au delà de six semaines il est nécessaire de prescrire du methotrexate à titre préventif jusqu'à disparition complète des gonadotrophines.

L'échographie obstétricale est l'un des meilleurs examens complémentaires pour le diagnostic de grossesse molaire. L'absence de structure fœtale et la présence d'image en flocon de neige permettent de confirmer le diagnostic.

L'évolution peut se faire vers le choriocarcinome et même parfois après une grossesse apparemment normale.

Le traitement est l'évacuation qui se fait par voie naturelle par aspiration sous perfusion d'ocytocine et sous couverture antibiotique complète, au besoin par un curage léger.

Lorsque la môle est expulsée en bloc, la révision utérine est nécessaire avec prudence. Les méthodes de choix sont le curage digital en général possible ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée clivant sans agression ou l'aspiration.

Deux médications sont très actives : le Methotrexate antagoniste de l'acide folique et l'actinomycine D.

Hormis les cas d'aplasie médullaire habituellement réversible le traitement ne doit être interrompu qu'après 6 mois de taux de gonadotrophines urinaires nul.

A.3. La grossesse extra-utérine (GEU) :

Elle est caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui conduisent, soit à l'interruption de la grossesse, soit à des risques parfois vitaux pour la femme. Elle est considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

Le diagnostic clinique est quelquefois très difficile et varié, ce qui dépend du stade de développement du processus, de la façon dont la grossesse a été perturbée (rupture utérine ou avortement tuboabdominale), de l'intensité de l'hémorragie interne et de la réaction de l'organisme à la perte de sang.

La rupture se caractérise par un début brutal et l'évolution rapide d'un tableau clinique sévère. La femme ressent une forte douleur hypogastrique accompagnée de lipothymie ou de syncope. La douleur irradie vers l'épaule, l'omoplate ou le rectum. L'hémorragie allant croissant on constate la pâleur des téguments et des conjonctives, un état de choc avec la tachycardie, la baisse de la tension artérielle (TA), la polypnée. Le ventre ballonné est douloureux à la palpation, la pression révèle une matité à l'endroit de la collection sanguine (parties déclives de

l'abdomen et régions inguinales). Les cas graves s'accompagnent de vomissements, de sueur et d'hypothermie.

Dans les formes aiguës, l'échographie peut être faite en urgence et constitue ce jour l'un des meilleurs examens complémentaires.

La ponction du douglas, la ponction abdominale à travers la paroi peut confirmer le diagnostic en ramenant du sang.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer un épanchement sous forme d'une différence d'opacité d'une même région suivant les positions et aussi en montrant les anses légèrement distendues, bien séparées les unes des autres et cernées par le sang.

La coelioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hemosalpinx ou de l'hémopéritoine. Toute grossesse extra utérine (GEU) diagnostiquée doit être traitée chirurgicalement même si l'état du malade est satisfaisant. On associe la transfusion sanguine, des cardiotoniques et autres moyens de lutte contre l'anémie aiguë et le choc.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée de nos jours.

Le traitement par coelioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même d'éviter les risques d'infections, dans les suites opératoires, donc améliorant les mesures d'hygiène du service. [16]

A.4. La pré-rupture et la rupture utérine [18]

A.4.1. La pré rupture :

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail accouchement. La pré-rupture est caractérisée par une hypertonie et une hypercinésie utérine.

Elle se manifeste par :

- ✓ Une douleur abdominale progressivement croissante, une agitation, modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier)
- ✓ Un utérus mal relâché, une anomalie de bruits du cœur fœtal
- ✓ Un liquide amniotique verdâtre (méconial).

Son traitement impose la césarienne en urgence si non survient la rupture utérine.

A.4.2. La rupture utérine:[18]

La rupture utérine est toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. On distingue la rupture complète si toutes les tuniques utérines (muqueuses, musculuse et séreuse) sont lésées et dans laquelle la cavité utérine communique avec la cavité abdominale et la rupture incomplète si elle intéresse la muqueuse et musculuse mais non le péritoine. En général la rupture intéresse le segment inférieur dont la paroi est relativement mince, cependant on peut voir des ruptures du segment supérieur même du fond utérin.

La rupture, étant l'une des urgences obstétricales les plus graves, est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays développés à cause de moyens de surveillances obstétricales, de techniques chirurgicales et de réanimations de plus en plus

perfectionnées. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Les ruptures utérines peuvent survenir pendant la grossesse ou lors du travail.

Au cours de la grossesse la rupture peut être provoquée par traumatisme, par arme blanche, par arme à feu, par corne de bovidés ou par accident de la voie publique et/ ou spontanée survenant sur un utérus cicatriciel.

Au cours du travail la rupture peut s'observer pendant l'accouchement apparemment normal par fragilité particulière de la paroi utérine, la lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, au cours des manœuvres obstétricales et l'administration exagérée d'ocytocine.

Même avec l'organisation moderne d'assistance obstétricale, les ruptures utérines ont souvent pour conséquence la mort de la mère et celle du fœtus in utero.

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

Après la cœliotomie, deux opérations sont possibles et qui sont l'hystérectomie et l'hystérorraphie (la suture des brèches utérines).

L'hystérectomie est indiquée dans la rupture importante compliquée de lésion de voisinage, la rupture contuse irrégulière étendue accompagnée de lésions vasculaires, la rupture datant de plus de six heures ou encore si, même moins grave elle survient chez une multipare relativement âgée.

L'hystérorraphie est le plus souvent le traitement de la désunion de cicatrice. Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme doit être faite à tout prix, même dans le délabrement important. La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur d'un utérus rompu et suturé.

Les antibiotiques seront administrés à dose forte par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours contre les infections et le traitement du choc sera confié au service de réanimation.

A.5. L'hématome retro-placentaire (HRP) [16]

HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. Cet état hémorragique peut aller du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

Cliniquement il se manifeste par :

- ✓ Une contracture utérine (utérus en bois), une métrorragie minime faite de sang noir, un abdomen douloureux,
- ✓ Un état de choc, les BDCF absents le plus souvent.

La cause de l'hématome n'est pas connue. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, la diminution de la fréquence de la toxémie ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques :

- ✓ la forme avec hémorragie externe abondante prêtant la confusion avec le placenta prævia ;

- ✓ les formes débutant par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématurie, les signes de la maladie utero placentaire n'apparaissent que secondairement ;
- ✓ les formes moyennes fréquentes dans lesquelles les signes physiques sont les mêmes mais l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué ;
- ✓ les formes latentes peuvent passer inaperçues, les signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par la découverte d'une cupule sur le placenta.
- ✓ la forme d'origine traumatique dont la cause relève, soit de la réversion par manœuvre externe, soit d'un accident le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

- ✓ Trouble de la coagulation se traduisant par des hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

- ✓ Nécrose corticale du rein : sur le plan hémodynamique on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utero placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire.

Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

Le diagnostic de l'HRP établi, il faut :

- ✓ rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide
- ✓ lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite
- ✓ faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant
- ✓ hystérectomie de l'hémostase trouve actuellement de rare indication

en cas d'hémorragie incoercible donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

A.6. Le placenta Prævia hémorragique:[16]

C'est l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Normalement, le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps de l'utérus. Il s'attache tout entier sur la muqueuse corporeale devenue pendant la grossesse caduque ou déciduale.

Au point de vue clinique le placenta vicieusement inséré est celui qui donne des accidents hémorragiques très souvent redoutables, généralement indolore.

Anatomiquement nous avons trois (3) variétés de PP :

- ✓ La variété latérale dans laquelle le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- ✓ La variété marginale où le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.
- ✓ La variété centrale dans laquelle le placenta recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous distinguons deux (2) types :

✓ La variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

✓ La variété non recouvrante dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

L'échographie obstétricale permet le diagnostic et précise la localisation placentaire.

Dans la variété non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraîne en général l'arrêt immédiat de l'hémorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'à dilatation complète.

Dans le cas du placenta central, nous assistons à des hémorragies particulièrement massives et brutales. De plus il recouvre entièrement le col, ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la césarienne d'extrême urgence sous couvert de transfusion massive et d'administration parentérale d'antibiotique.

A.7. Les hémorragies du post partum immédiat : [18]

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

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

Ces malades ayant beaucoup saigné sont fragiles.

Le traitement doit prendre en compte la correction de la perte sanguine, le traitement de la cause, la prévention des complications thrombo-emboliques mais aussi comporter une antibiothérapie. Ces parturientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

B. Les torsions d'annexe :

La torsion d'annexe est l'une des rares urgences gynécologiques. Son diagnostic difficile est trop souvent tardif, entraînant un acte chirurgical irréversible : l'annexectomie. La torsion peut intéresser une annexe saine ou pathologique 15% des torsions d'annexe surviennent dans l'enfance selon ADELMAN S. et COLL. [19].

B.1. Pathogénie :

Différents facteurs favorisant la survenue possible d'une torsion d'annexe :

En ce qui concerne les annexes saines, des prédispositions anatomiques et hémodynamiques semblent favoriser l'accident : longueur excessive du mesosalpinx, absence congénitale de mesosalpinx, présence de reliquats embryonnaires, longueur et flexibilité plus grandes des veines du mesosalpinx par rapport aux artères favorisant la torsion en situation de congestion veineuse (existant lors de la stimulation hormonale pré pubertaire).

Lorsqu'il s'agit d'une annexe pathologique, l'épisode de torsion est révélateur de la pathologie annexielle. Ainsi, l'existence d'un kyste de l'ovaire peut prédisposer à la torsion. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur bénigne. Les adhérences aux tissus voisins, voire l'envahissement, évitent en général la torsion des tumeurs malignes.

L'augmentation du poids de la trompe en présence d'un hematosalpinx, conséquence d'une malformation congénitale utero vaginale peut également favoriser une torsion d'annexe.

B.2. Clinique :

L'intensité de la douleur et son caractère inopiné et brutal amènent la patiente à consulter rapidement. La douleur évolue par crise de durée variable. Son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements, sont contemporaines de la douleur.

Il est essentiel, car très évocateur du diagnostic, de rechercher dans les semaines, voire les mois précédents l'existence de crises similaires correspondant à des épisodes de subtorsion.

Pendant la crise, la palpation abdominale est douloureuse avec une défense pariétale. Au toucher pelvien on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression.

B.3. Examen complémentaire :

L'échographie pelvienne doit être demandée en urgence devant cette patiente qui souffre. Cet examen met en évidence, en lieu et place de l'ovaire, une masse d'échogénicité homogène au début ou plus tardivement hétérogène avec les zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique.

L'existence d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas est habituelle. Son abondance doit laisser craindre la non-viabilité de l'annexe.

B.4. Diagnostic différentiel :

Lorsque les symptômes sont plus localisés à droite, le diagnostic retenu est celui d'une appendicite aiguë. La découverte d'un appendice sain à l'intervention impose de vérifier l'intégrité des annexes et permet de redresser le diagnostic.

Quelques nuances en préopératoire peuvent évoquer l'appendicite aiguë. Les vomissements suivent de quelques heures le début de la douleur. Il existe souvent une petite fébricule associée.

B.5. Diagnostic étiologique et traitement :

Le diagnostic de torsion d'annexe est souvent porté au cours de l'intervention.

L'annexe tordue peut être indemne de toute pathologie. Ceci concerne plus souvent les filles en pré puberté avec un maximum entre 8 et 11 ans. La torsion peut avoir lieu sur une annexe pathologique : il s'agit le plus souvent d'un kyste dermoïde dont son existence a pu être suspectée en préopératoire par l'existence de calcifications intra-ovariennes visibles sur l'échographie ou sur l'abdomen sans préparation.

D'autres pathologies annexielles peuvent être en cause, soit kyste séreux ou mucineux de l'ovaire, soit kyste du para-ovaire.

De la rapidité avec laquelle est décidée la cœlioscopie dépend l'avenir de l'annexe. Si la torsion est vue précocement, le chirurgien peut réaliser

Une détorsion, s'assurer de la recoloration des tissus et fixer cette annexe.

La découverte d'un kyste ovarien à la surface de l'ovaire ou après ouverture de la capsule impose sa résection.

Si l'annexe est nécrosée et si la détorsion qui doit toujours être tentée (bien que certaines craignent la migration d'embolies à partir d'une veine thrombosée) n'aboutit pas à la recoloration des tissus, une annexectomie est à réaliser. Celle-ci est possible par cœlioscopie.

C. Les infections uro-génitales [20]

C.1. Les infections génitales hautes : (salpingite, endométrite, annexite)

C'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples. Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection. Ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant

des séquelles dont la plus importante est la stérilité; 20% des femmes resteront stériles après la salpingite aiguë [20]. Les salpingites peuvent être provoquées par les endo-cervicites, les endométrites par voie lymphatique ou par continuité rarement une métastase septique atteint la trompe par voie hématogène. La porte d'entrée est en général cervico-vaginale ou anale.

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

Les germes en cause sont : les streptocoques, les staphylocoques, les gonocoques, les entérobactéries (*klebsiella*, *colibacilles*, *proteus*), les entérocoques, les mycoplasmes et les chlamydiæ.

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

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

Les séquelles fonctionnelles (algies pelviennes et stérilité) s'expliquent bien par les séquelles anatomiques : hydrosalpinx avec oblitération tubaire. Agglutination des franges en voiles adhérenciels péritonéaux qui gênent le fonctionnement de l'ovaire et la captation de l'ovule par le pavillon.

La coelioscopie en absence de contre-indications (péritonite, occlusion, femme multiopérée) est l'un des meilleurs examens complémentaires qui permet d'affirmer le diagnostic, de faire un bilan des lésions, d'éliminer une G.E.U, prélever le liquide péritonéal, permet le traitement dans certains cas et ultérieurement de s'assurer de la guérison.

Le traitement de ces infections hautes est curatif et préventif.

Le traitement médical : prévention antitétanique si nécessaire, glace sur le ventre, administration d'antalgiques, antibiothérapie adaptée, ablation du stérilet s'il est en place, le traitement du ou des partenaire(s) est impératif en cas de contagé vénérien.

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

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

C.2. Les infections génitales au cours de la grossesse

L'infection urinaire : c'est l'inflammation tantôt localisée aux voies excrétrices (pyelo-uretero-cystite), tantôt intéressant aussi le parenchyme rénal (pyélonéphrite).

L'infection urinaire peut survenir à toute période de la grossesse et des suites de couches mais s'observe surtout dans le dernier trimestre de la grossesse.

Les différentes formes cliniques de l'infection urinaire sont : la cystite, la pyélonéphrite et la bactériurie asymptomatique mise en évidence par l'examen cytologique et bactériologique des urines (E.C.B.U.) systématique.

L'infection urinaire alourdit la morbidité fœto-maternelle. On peut assister :

- Chez le fœtus à : un accouchement prématuré (plus fréquent), une hypotrophie et une mort in utero.
- Chez la mère : il peut entraîner : le choc septique, un ictère du dernier trimestre de la grossesse (discutée), une néphrite interstitielle possible en absence de contrôle urinaire des formes symptomatiques après l'accouchement, néphrite touchant principalement le pôle supérieur du rein droit.

L'anémie gravidique pourrait être dans certains cas liée à l'infection urinaire. Le rôle de l'infection urinaire dans l'apparition de la toxémie gravidique a aussi été discuté;

Le traitement de l'infection urinaire de la grossesse repose sur une antibiothérapie si possible après antibiogramme.

La pyélonéphrite aiguë fébrile est l'infection urinaire de la grossesse qui comporte le plus grand risque d'accouchement prématuré. Son traitement doit être le plus rapide possible après le recueil de l'urine pour l'ECBU. Le caractère urgent du traitement impose le plus souvent l'utilisation de la voie parentérale.

La durée du traitement de la pyélonéphrite aiguë est de deux semaines avec un E.C.B.U à la 48^{ème} heure du traitement et ensuite toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement.

D. La toxémie gravidique ou pré-éclampsie : (nomenclature internationale)

C'est une triade qui associe :

Une protéinurie, des œdèmes et une hypertension artérielle dont la valeur pronostique est plus importante.

La société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définie en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme pression diastolique égale ou supérieure à 90mmhg.

En 1998 D.A Davey et U. Mac Gillivray [21] proposent les définitions suivantes :

✓ L'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 110mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg à au moins deux mesures successives, distantes de plus de 4 heures.

✓ La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieur ou égal à 300 mg par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l ou à + + au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testés à plus de 4 heures d'intervalle.

R.MERGER et COLL. [22] décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quelque soit leur intensité, ils sont blancs, mous et indolents. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénataux. L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g par semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids.

Cette triade de la toxémie n'est pas toujours complète, les formes mono symptomatiques peuvent exister.

L'évolution peut être grevée de redoutable complications paroxystiques : éclampsie, hématome retro placentaire, hémorragie cérébro-méningée (accident propre à l'hypertension artérielle), insuffisance rénale et HELLP SYNDROME qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée (C.I.V.D.), une anémie hémolytique, une cytolysse et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus.

Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- ✓ mettre la patiente au repos ; donner le sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti œdèmes cérébral et bénéfique pour le flux utero placentaire ;
- ✓ donner de la Dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance ;
- ✓ hospitaliser la patiente en cas de complications.

L'éclampsie:

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition, suivi d'un état comateux pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couches.

Sur le plan physiopathologique, les études les plus récentes notamment celle de J.Milliez (23), a montré que l'éclampsie n'est pas due non plus comme on l'a souvent supposé à un œdème cérébral. Les études autopsiques conduites par Sheehan n'ont trouvé qu'une multiplicité de petites thromboses hémorragiques à la surface du cerveau. Leur origine réelle reste démontrer ; peut être sont-elles dues à la diffusion au cerveau de micro coagulation intra vasculaires disséminées. A l'heure actuelle, la cause réelle de la crise d'éclampsie est inconnue.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparu des pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardiorespiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de trouble de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

✓ le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir :

L'arrêt des convulsions par le Diazépam ou la Clonazepam et le Sulfate de Magnésium (association Diazépam Sulfate de Magnésium ou Clonazepam Sulfate de Magnésium).

On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements.

✓ la réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral :

par le sulfate de Magnésium et de la Dihydralazine ou la Clonidine et les Diurétiques.

✓ Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et placenta [24]

E. Le paludisme grave et grossesse [25,26]

En Afrique malgré les grands efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis 10 ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en période gravidopuerpérales et des nouveau-nés. [25]

Une chimio prophylaxie correcte est donc indispensable.

✓ la grossesse aggrave le paludisme : Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est avancée et plus profondément chez les primipares que les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès pernicioeux mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue de complication graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albuminurie et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique ; accès palustre avec psychoses diverses.

La grossesse est souvent à l'origine de la reviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

✓ le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration

placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance d'auto intoxication avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse, ensuite des avortements, des accouchements prématurés, des morts fœtales in utero et à la naissance des enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et des suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes).

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par aménorrhée

liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : P. Correa et coll. [26].

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage trans-placentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

Le traitement curatif :

Le traitement médical : il consiste à l'administration d'antipaludique : les sels de quinine, chlorhydrate basique ou formiate de quinine (quinoforme), les quinimax.

Le traitement obstétrical : Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, antiémétiques, antispasmodiques ou bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

Au cours du dernier trimestre : la femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtal s'impose. En cas de souffrance fœtale aigue on pourrait décider une césarienne.

La femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

✓ Eviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.

✓ Éviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

Le traitement préventif :

Protection contre les piqûres de moustiques

Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Actuellement c'est le sulfamide pyriméthamine (SP.) qui est préconisée à la dose de trois comprimés en prise unique au quatrième et au septième mois de la grossesse pour la chimio prophylaxie du paludisme.

La vaccination prévention : pose de nombreux problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains à l'heure actuelle sont sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zone d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti palustre.

Outre l'infection urinaire et le paludisme plus fréquent, dont les examens biologiques sont techniquement réalisables au Mali, il existe d'autres infections au cours de la grossesse telles que la méningite, la listériose etc....qui comportent également des risques fœto-maternels graves.

F. Les vomissements gravidiques graves :

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse. Ils sont de deux types :

- ✓ Les vomissements simples, sans retentissement sur l'état général
- ✓ Les vomissements gravidiques graves, ils succèdent très souvent aux

vomissements simples et évoluent en deux phases :

La phase émétisante : ils seront plus abondants mais gardent le reste des signes de vomissements simples.

La phase de dénutrition : c'est une phase dans laquelle s'installent des troubles métaboliques et électrolytiques entraînant une déshydratation importante.

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils peuvent entraîner par leur propre fait : une atteinte hépatique, une atteinte neurologique (démyélinisation entraînant des douleurs atroces) et une atteinte encéphalique (le syndrome de Korsakoff).

Leur traitement repose : sur

- ✓ Isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, seule, moins du bruit) ; mise en confiance ; sédatifs, calmants, tranquillisants, antiémétiques ;
- ✓ Réhydratation (Sérum salé isotonique, Sérum glucosé 5%) ; électrolytes (le potassium en particulier, complexe B1-B12).

G. Les dystocies : [18]

La dystocie, du grec "dystakos", désigne un accouchement difficile.

Les dystocies sont divisées en :

- ✓ Dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- ✓ Dystocie mécanique, que l'obstacle soit en relation avec un rétrécissement de la filière pelvienne, une anomalie du fœtus et un obstacle prævia ou une anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

G.1. Dystocies d'origine fœtale

G.1.1. La disproportion fœto-pelvienne

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

G.1.2. Les présentations anormales

G.1.2.1. La présentation céphalique défléchie :

✓ **La présentation de la face :** C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris. C'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

Les Variétés de position : Le grand axe de la tête défléchie occupe toujours le diamètre oblique gauche. Mais à la flexion de la tête en variété antérieure correspond la déflexion de la tête en variété postérieure. La variété la plus fréquente est la mento-iliaque droite postérieure (MIDP). Puis vient la mento-iliaque gauche antérieure (MIGA).

La mento-iliaque droite antérieure (MIDA) et mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) sont exceptionnelles.

La présentation de la face va de paire avec le bassin plat, on peut rencontrer aussi des positions transversales :

- mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- mento-iliaque gauche transverse (MIGT).

L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques. Le pronostic maternel est bon mais le pronostic fœtal est réservé.

✓ **La présentation du front :**

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face.

Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Elle doit être dépistée le plus rapidement possible pour éviter une évolution spontanément catastrophique. Le seul traitement convenable est la césarienne.

G.1.2.2. La présentation du siège :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus.

On distingue, par ordre de fréquence, les :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ;
- les variétés de position : Le sacrum étant pris comme repère, on a

le sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)

- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie.

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

G.1.2.3. La présentation transverse et oblique :

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

G.2. Dystocies d'origine maternelle :

G.2.1. Dystocie dynamique :

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

G.2.1.1. Les hypocinésies : Sont de plusieurs sortes :

- les hypocinésies d'intensité développent des pressions intra-ovulaires inférieures à 25 mm Hg ;
- les hypocinésies de fréquence se traduisent par l'espacement des contractions, dont la fréquence normale est variable selon le stade du travail ;
- l'hypocinésie totale associe les précédents et caractérise l'inertie utérine.

G.2.1.2. Les hypercinésies : peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions.

- Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent dans l'œuf des pressions pouvant atteindre 70-80 mm Hg au cours de la période de dilatation et bien plus ou moins de l'expulsion ;
- Dans les hypercinésies de fréquence, les ondes contractiles se succèdent à la fréquence de 6 à 10 par 10 minutes, mais les valeurs du tonus de base restent normales, ce qui distingue cet état de la tétanisation ;
- Les hypercinésies totales associent excès d'intensité et excès de

fréquence. Elles sont souvent le premier stade d'une « tétanisation » de l'utérus.

G.2.1.3. Les hypertonies : correspondent à un défaut de relâchement

utérin peuvent intéresser soit la fréquence, soit l'intensité des contractions. Les hypercinésies d'intensité sont assez rares. Elles développent entre les contractions. Plusieurs types peuvent être rencontrés en rapport avec des états pathologiques différents.

- L'hypertonie par contracture est la plus caractéristique, telle qu'on observe dans l'hématome rétro-placentaire.
- L'hypertonie par distension est celle de l'hydramnios
- L'hypertonie par hypercinésie (ou tachysystolie) est réalisée par l'injection d'une quantité excessive d'ocytocine ; les injections intramusculaires d'ocytocine sont aujourd'hui proscrites pour cette raison.

A l'hypercinésie d'intensité et de fréquence se surajoute l'élévation progressive du tonus de base, traduite par un mauvais relâchement utérin entre les contractions, qui risque d'aboutir à la contracture utérine.

G.2.1.4. Les anomalies avec activité utérine apparemment

normale : La contractilité utérine est cliniquement normale ainsi que sa présentation graphique ; l'anomalie porte sur la dilatation du col qui reste stagnante ou ne progresse que très lentement.

Les dystocies dynamiques secondaires peuvent être prévenues par la recherche d'obstacles mécaniques parfois discrets de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

G.2.2. Bassin pathologique :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques.

Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse.

L'examen clinique :

L'interrogatoire retrouve un antécédent de boiterie de l'enfance ou de fracture du bassin, la notion d'accouchement antérieur long, difficile avec extraction instrumentale d'un enfant de poids normal, voire petit. L'examen physique permet d'observer une taille petite (inférieur à 1,5 m) ; au toucher vaginal, un promontoire atteint, une ligne innominée suivie trop loin. La radiopelvimétrie doit alors être pratiquée même en début du travail. Elle permet de définir trois types principaux d'anomalies du bassin selon le diamètre le plus anormal :

- Les bassins transversalement rétrécis,
- Les bassins aplatis,
- Les bassins généralement rétrécis(BGR)

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin :

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

Pour un enfant de poids normal : on parle de BGR si : le promonto-retropubien a moins de 8 cm : la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

Si le promonto-retropubien est entre 8 - 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve de travail devra être instituée.

Les critères essentiels et non suffisants de l'épreuve du travail sont :

- La femme doit être en travail ;
- Le col dilaté 4 à 5 cm ;
- La présentation doit être céphalique.

L'épreuve de travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée.

La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation, et de la dilatation du col. L'erreur serait de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve de travail.

Les dystocies mécaniques peuvent être responsables :

- Chez la mère de : rupture utérine, hémorragie de la délivrance et travail prolongé avec infection amniotique.
- Chez le fœtus de : souffrance fœtale aiguë, mort fœtale in utero, mortalité néonatale précoce et une détresse néonatale.

H. La procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation les membranes rompues. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus.

Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible.

I. La souffrance fœtale aiguë :

Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse. Elle peut apparaître à n'importe quel stade de la dilatation, mais elle est plus fréquente après l'ouverture de l'œuf, et beaucoup plus encore au cours de la période d'expulsion.

Clinique : La souffrance fœtale peut être suspectée sur deux signes :

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

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

III. METHODOLOGIE

A- Cadre d'étude :

Notre étude a été effectuée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

1. Historique de la commune IV :

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les **NIAKATE** sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/cm DU 18 AOÛT 1978 fixant les limites et le nombre des communes,

- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales ;

2. Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District. Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest de Bamako qui fait frontière avec cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PDS CIV Mars 2001).

3. Données sociodémographiques :

La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2 % de la population totale du Mali. La population totale de la commune IV en 2008, était estimée à 245421 habitants dont 51 % sont des hommes et 49 % des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 83063 habitants (Source PDS CIV 2008).

4. Les structures sanitaires :

4.1. Structures communautaires de premier niveau (au nombre de dix) :

Il s'agit de l'ASACOSEK ; l'ASACOLAI ; l'ASACOLAB5 ; l'ASACOLAI ; l'ASACODIP ; l'ASACOLABASAD ; l'ASACOSEKASI ; l'ASACODJENEKA ; Maternité René Cisse d'Hamdallaye ; l'ASACOHAM

4.2. Structure communautaire de deuxième niveau :

Centre de Santé de Référence de la commune IV (CSRéf CIV).

4.3. Niveau secteur privé (au nombre de quarante un)

5. Le centre de santé de référence de la commune IV :

Le centre de santé de référence de la commune CIV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa création (en 1981) est érigé en CS Réf en mai 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

- Une unité de médecine générale, une unité de chirurgie,
- Une unité d'ORL, une unité de pédiatrie,
- Une unité de d'ophtalmologie, une unité de DAT,
- Une unité de consultation prénatale et de planification familiale,
- Un cabinet d'odontostomatologie, un laboratoire d'analyse,
- Une pharmacie, une unité de gynécologie et d'obstétrique,
- Une unité USAC, la morgue.

1.5.1. La maternité :

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée. Le premier comporte :

- À l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements,
- À gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sage-femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes.
- Au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation,
- Au fond les deux blocs opératoires, séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une, servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

B- Type d'étude :

Il s'est agi d'une étude prospective transversale à visée descriptive.

C- Période d'étude :

Notre étude a été menée sur une période d'une année allant du 01 juin 2008 au 31 mai 2009.

D- Méthode d'étude :

Nous avons réalisé une enquête comportant une étude prospective de type descriptif et transversal, par observation participative ouverte des patientes admises en salle d'urgence et en salle d'accouchement pendant la période d'étude. Elle a comporté l'étude des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et pronostique des patientes admises. Les variables étudiées sont entre autre : la fréquence, l'âge, la parité.

E- Echantillonnage :

1- Taille de l'échantillon :

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif de tous les cas.

2- Méthode échantillonnage :

Un échantillonnage exhaustif en série continue. Autrement dit, toutes les adolescentes seront incluses chaque fois qu'elles sont vues en urgence pendant la période d'étude.

3- Critères d'inclusion :

Toutes les patientes âgées de 10 à 19 ans ont été incluses dans cette étude, elles ont été soit adressées par réquisition, soit adressées pour un accouchement, soit pour toutes autres pathologies gynécologiques ou obstétricales dont la prise en charge n'a pas été programmée.

4- Critères de non inclusion :

Ont été exclues de cette étude :

- ✓ Les patientes dont l'âge est inférieur à 10 ans ou supérieur à 19 ans.
- ✓ Les patientes déjà hospitalisées avant la période d'étude et revues en salle d'urgence pour une complication.
- ✓ Les patientes présentant des pathologies autres que gynécologiques ou obstétricales.
- ✓ Les cas de refus.

F- Plan de collecte des données :

1- Organisation de l'équipe de collecte des données :

La collecte des données a été effectuée par jour au sein du service.

2- Instrument de recueil de données :

Nous avons recueilli les données sur des fiches d'enquête individuelles élaborées en fonction des variables suscitées.

3- Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par les logiciels Word et SPSS 12.0.

G-Ethique :

Au début de notre étude, concernant le respect de l'éthique des enquêtés, après une bonne pratique sociale (salutation, accueil chaleureux), une fiche de consentement éclairé a été adressée à tous les patientes afin de participer à cette étude. Ensuite nous avons procédé à une bonne pratique médicale (confidentialité, bonne pratique des examens clinique et para clinique...). Ainsi il leur a été expliqué que cette étude a un but purement scientifique et que les résultats ne serviront pas à d'autres fins lucratives sinon uniquement à améliorer l'organisation de la prise en charge des malades.

IV- RESULTATS

Au cours de notre étude, nous avons enregistré **4866** consultations gynécologiques et obstétricales parmi lesquelles **172** adolescentes admises pour les urgences gynéco-obstétricales soit **3,53 %**.

Tableau I : Répartition des adolescentes selon le type d'urgence.

Types d'urgence	Effectif	Pourcentage
Obstétricale	161	93,60
Gynécologique	11	6,40
Total	172	100,00

Les urgences obstétricales ont représenté **93,60 %** des cas.

Tableau II: Répartition des adolescentes en fonction de l'âge.

Age de la malade	Effectif	Pourcentage
13 ans	2	1,20
14 ans	1	0,60
15 ans	13	7,60
16 ans	28	16,30
17 ans	31	18,00
18 ans	54	31,40
19 ans	43	25,00
Total	172	100,00

Les 18 ans ont été les plus représentées avec **31,40%**.

Tableau III: Répartition des adolescentes en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	6	3,50
Ménagère	98	57,00
Etudiante ou Elève	41	23,80
Commerçante	5	2,90
Autres	5	2,90
Aide ménagère	17	9,90
Total	172	100,00

Les ménagères ont été les plus représentées avec **57,00%**.

Autres : 3 couturières, 1 maitresse de jardin d'enfant, 1 policière.

Tableau IV : Répartition des adolescentes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bamanan	49	28,50
Sarakolé	14	8,10
Peulh	30	17,40
Sonrhaï	8	4,70
Malinké	52	30,20
Sénoufo	2	1,20
Dogon	4	2,30
Minianka	1	0,60
Bobo	9	5,20
Autres	3	1,70
Total	172	100,00

Les malinkés ont été majoritaires avec **30,20 %** des cas.

Autres : ethnies d'autres pays (Côte d'Ivoire, Togo, Guinée)

Tableau V : Répartition des adolescentes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Supérieur	2	1,20
Secondaire	7	4,10
Primaire	68	39,50
Coranique	9	5,20
Analphabète	86	50,00
Total	172	100,00

Les analphabètes ont été les plus représentées avec **50,00%** des cas.

Tableau VI: Répartition des adolescentes en fonction de la résidence.

Résidence de la malade	Effectif	Pourcentage
Commune IV	156	90,70
Hors de la commune	16	9,30

Total	172	100,00
--------------	------------	---------------

La majorité de nos patientes résidaient en commune IV soit **90,70%**.

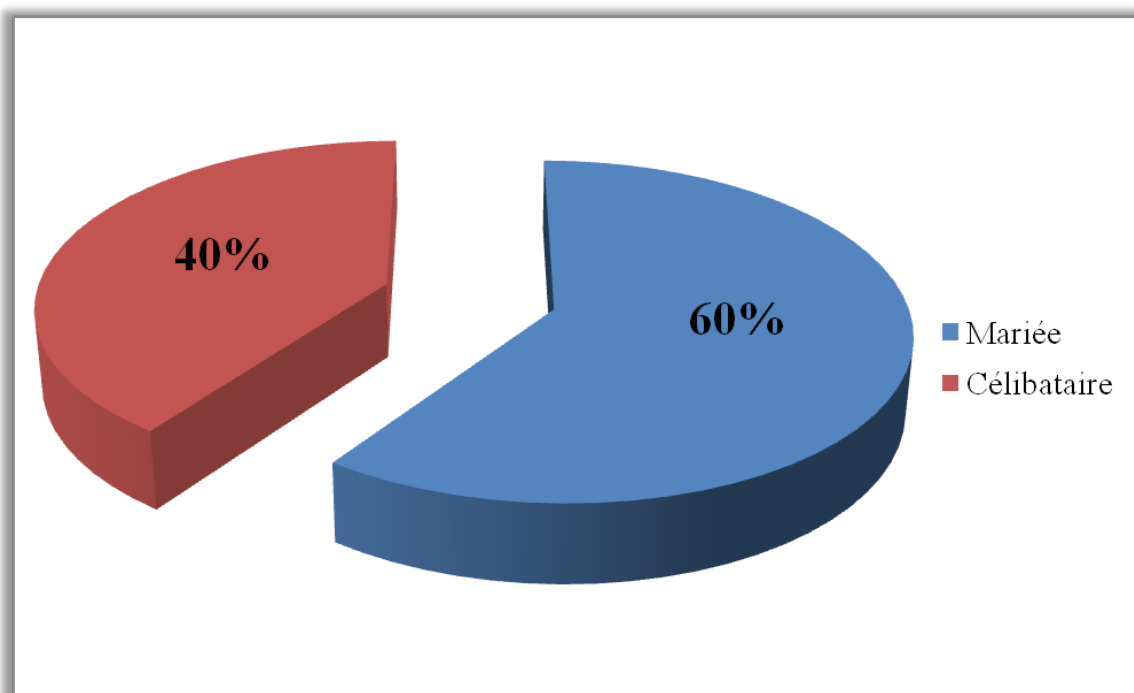


Figure 1: Répartition des adolescentes en fonction de l'état matrimonial

La majorité de nos patientes étaient mariées soit **60,00 %**.

Tableau VII: Répartition des adolescentes en fonction de la profession du conjoint.

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	28	16,30
Ouvrier	51	29,70
Cultivateur	15	8,70

Artisan	6	3,50
Elève ou Etudiant	21	12,20
Autres	34	19,80
Commerçant	17	9,90
Total	172	100,00

Les ouvriers ont été les plus nombreux soit **29,70 %** des cas.

Autres : 9 tailleurs, 13 chauffeurs, 1 marabout, 1 hôtelier, 2 gardiens, 2 diplômés sans emploi, 4 professions non précisées, 2 maçons.

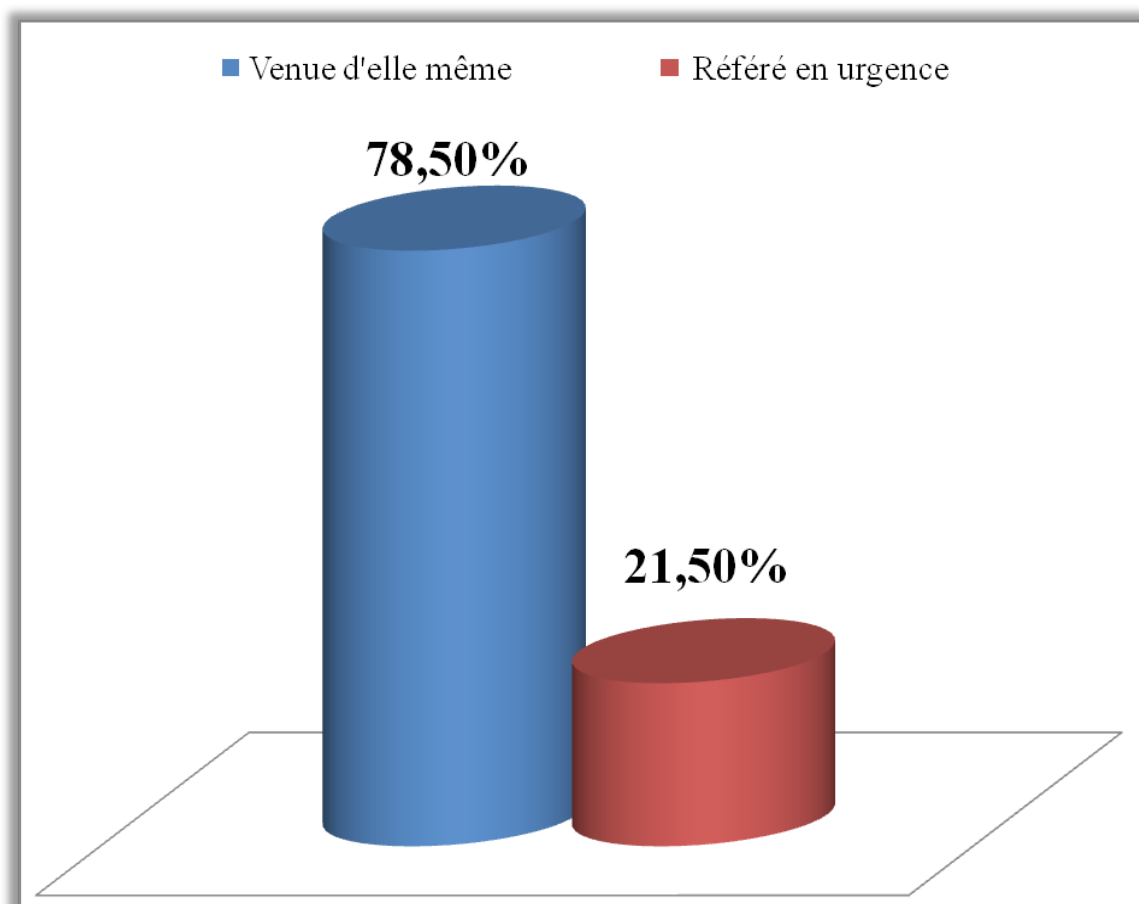


Figure 2 : Répartition des adolescentes selon le mode d'admission.

L'autoréférence (venues d'elle-même) constituait **78,50%** des cas

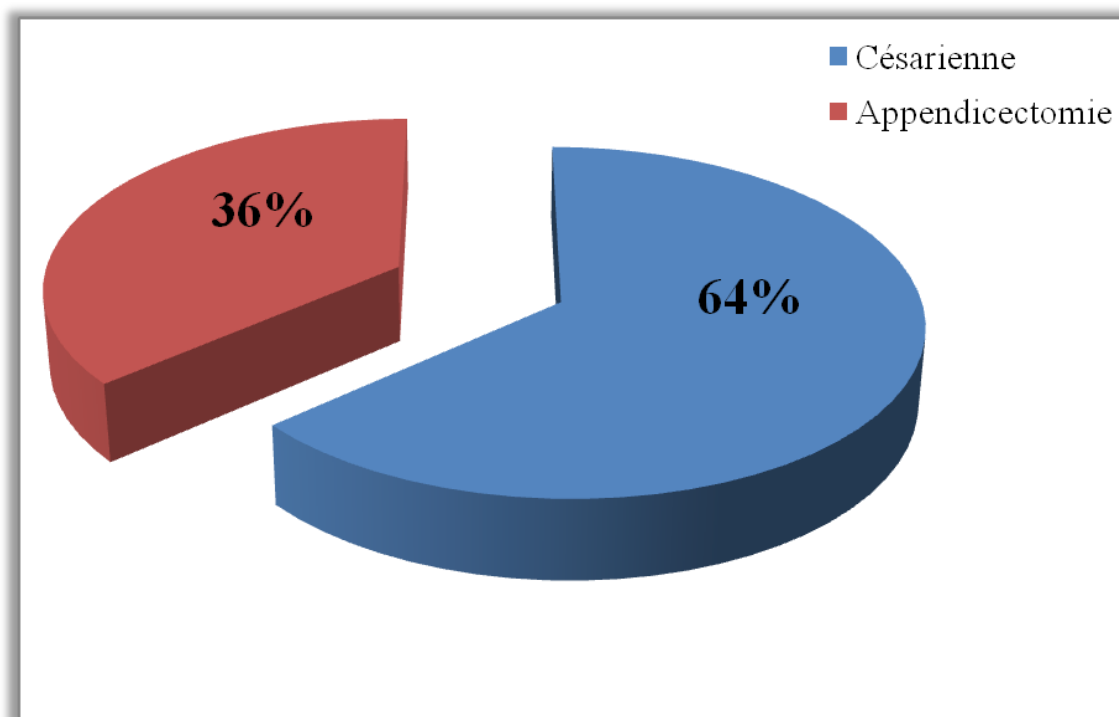


Figure 3 : Répartition des adolescentes selon les antécédents chirurgicaux.

Les antécédents de césarienne ont représenté **64%** des antécédents chirurgicaux.

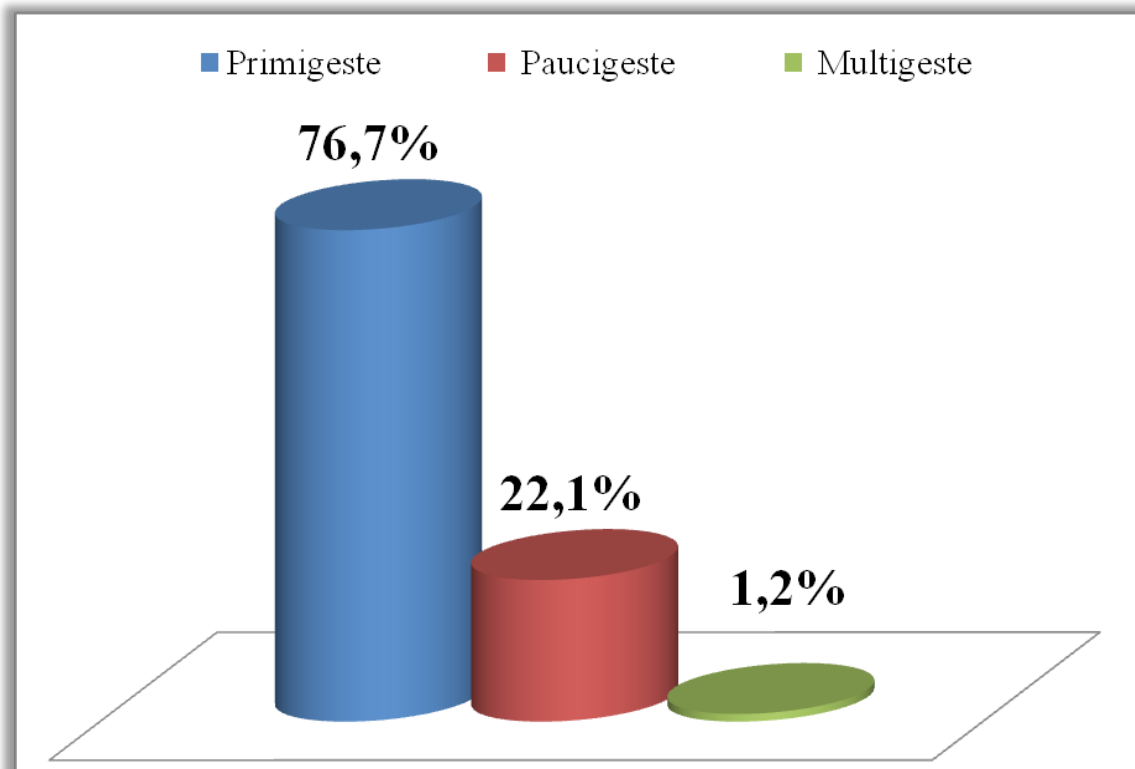


Figure 4 : Répartition des adolescentes en fonction de la gestité.

Les primigestes ont représenté **76,70 %** des cas.

*Primigeste = une grossesse, *Paucigeste = 2-3 grossesses, *Multigeste = 4-5 grossesses.

Tableau VIII: Répartition des adolescentes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	124	72,10
Primipare	44	25,60
Paucipare	4	2,30
Total	172	100,00

Les nullipares ont été les plus nombreuses soit **72,10 %**.

*Nullipare = 0 accouchement, *Primipare = 1 accouchement antérieur,

*Paucipare = 2- 3 accouchements antérieurs.

Tableau IX: répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
0	139	80,80
1	31	18,00
2	2	1,20
Total	172	100,00

Les adolescentes qui n'avaient pas d'enfant vivant ont représenté **80 %** des cas.

Tableau X: répartition des adolescentes selon la nature d'avortement.

Nature d'avortement	Fréquence	Pourcentage
Spontané	5	71,43
IVG	2	28,57
Total	7	100,00

Les avortements spontanés ont été les plus représentés avec **71,43 %** des cas.

✓ **4,07 %** de nos adolescentes avaient fait un avortement.

Tableau XI: Répartition des adolescentes selon les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Leucorrhée	121	53,07
Dysménorrhée	56	24,56

Les urgences gynécologiques et obstétricales chez les adolescentes au Csréf commune IV
du District de Bamako

Dysurie	28	12,28
Dyspareunie	23	10,09
Total	228	100,00

Les ATCD gynécologiques ont été dominés par les leucorrhées soit 53,07%

Tableau XII : Répartition des adolescentes selon la menarche

Menarche	Effectif	Pourcentage
10 ANS	1	0,60
11 ANS	2	1,20
12 ANS	39	22,70
13 ANS	80	46,50
14 ANS	27	15,70
15 ANS	14	8,10
16 ANS	4	2,30
17 ANS	1	0,60
Méconnue	4	2,30
Total	172	100,00

La menarche à 13 ans dominait le tableau soit 46,50%

Tableau XIII: Répartition des adolescentes selon le type de contraception

Type de contraception	Effectif	Pourcentage
Pilule	5	45,45
Préservatif	6	54,55
Total	11	100,00

Le préservatif a été utilisé comme contraceptif dans 54,55%

✓ **6,40** % de nos adolescentes faisaient une contraception.

Tableau XIV: Répartition des adolescentes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	6	66,67
Diabète	2	22,22
Asthme	1	11,11
Total	9	100,00

L'HTA a été la plus représentée avec 66,67 % des cas.

✓ Les antécédents médicaux ont représenté 5,23% de notre échantillon.

Tableau XV: Répartition des adolescentes selon les motifs d'hospitalisation.

Motifs d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Dystocie	84	48,83
Accouchement mort né	10	5,80
Accouchement gémellaire	4	2,32
Accouchement à domicile	6	3,48
Eclampsie et pré éclampsie	15	8,70
Anémie sur grossesse	4	2,32
Complications d'IVG	1	0,60
Avortement spontané	1	0,60
PPH	2	1,16
Procidence du cordon	4	2,32
RPM	5	2,90
CIVD	1	0,60

Les urgences gynécologiques et obstétricales chez les adolescentes au Csréf commune IV
du District de Bamako

Déchirure du col	2	1,16
Rupture du douglas	1	0,60
Endométrite du post partum	2	1,16
GEU rompue	2	1,16
Grossesse sur HTA	7	4,06
HRP	2	1,16
Paludisme sur grossesse	1	0,60
Syndrome pré rupture	5	2,90
SFA	12	6,97
Tumeur des ovaires	1	0,60
Total	172	100,00

Les dystocies ont dominé le motif d'hospitalisation avec **48,83%** des cas.

Tableau XVI: Répartition des adolescentes selon le nombre de consultation prénatale (CPN).

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	55	32,00
< 4	94	54,70
> ou = 4	23	13,40
Total	172	100,00

La CPN n'a pas été faite chez 32,00% de nos adolescentes

Tableau XVII: Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent qui a effectué la CPN

Agent qui a effectué la CPN	Effectif	Pourcentage
Médecin	11	6,39
Sage femme	97	56,40
Interne(FFI)	6	3,49
Non spécifié	9	5,23
Pas de CPN	49	28,49
Total	172	100,00

La CPN a été effectuée par des sages femmes chez 56,40% de nos adolescentes

Tableau XVIII: Répartition des adolescentes selon l'état général à l'admission

Etat général	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	124	72,10
Passable	43	25,00
Altéré	5	2,90
Total	172	100,00

L'état général était altéré chez 2,90 % de nos patientes.

Tableau XIX: Répartition des adolescentes selon le délai de consultation après le début de la pathologie

Délai de consultation après le début de la pathologie	Effectif	Pourcentage
< 1 jour	152	88,40
1 - 3 jours	15	8,70
3 - 7 jours	3	1,70
> 7 jours	2	1,20
Total	172	100,00

7,20 % des adolescentes ont consulté 7 jours après le début de leur pathologie.

Tableau XX : Répartition des adolescentes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse (Semaine)	Effectif	Pourcentage
<24	2	1,18
24-36	5	2,94
> ou = 37	58	34,12
Inconnue	105	61,76
Total	170	100,00

L'âge de la grossesse était méconnu chez 61,76 % des adolescentes.

Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (centimètre)	Effectif	Pourcentage
<27	10	5,88
27-30	40	23,53
31-34	87	51,18
>34	15	8,82
Inconnue	18	10,59
Total	170	100,00

La HU normale a été plus représentée avec 51,18%

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le mode thérapeutique appliqué

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Accouchement normal	56	32,56
Episiotomie	28	16,28
Césarienne	62	36,05
Révision utérine	3	1,74
Laparotomie	3	1,74
Curetage	5	2,91
Suture des parties moles	3	1,74
Référée /évacuée	12	6,98
Total	172	100,00

La césarienne a été effectuée chez 36,05% de nos adolescentes

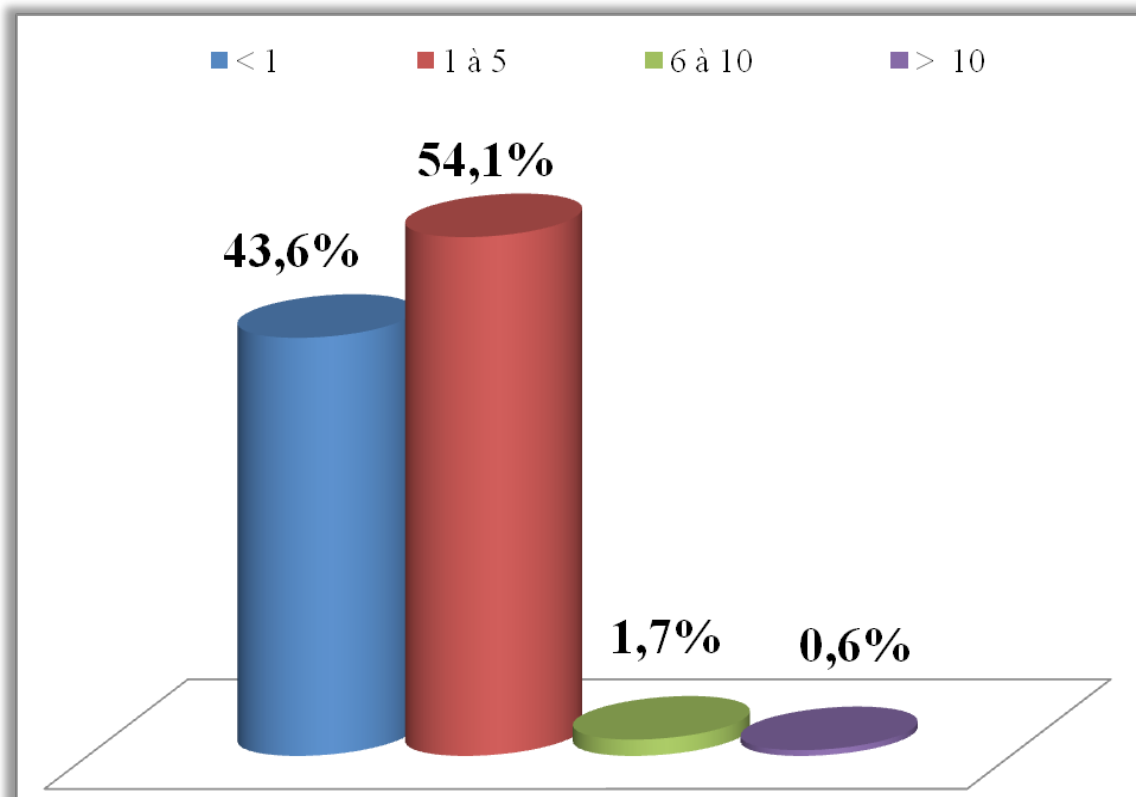


Figure 5 : Répartition des adolescentes selon la durée d'hospitalisation.

54,10 % de nos patientes ont effectué une durée d'hospitalisation de 1 à 5 jours.

Tableau XXIII: Répartition des adolescentes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Bon	157	91,28
Mauvais	15	8,72
Total	172	100,00

Un bon pronostic a été constaté chez 91,28% de nos adolescentes

Nous n'avons pas rencontré de décès maternel dans notre étude

Tableau XXIV Répartition des nouveau-nés en fonction de leur score d'APGAR

Score d'APGAR	Effectif	Pourcentage
Inferieur à 7	55	37,93
Supérieur à 7	90	62,07
Total	145	100,00

37,93 % avaient un APGAR inférieur à 7.

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état

Etat nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	145	90,06
Mort-né	10	6,21
Décès néo-natal précoce	6	3,73
Total	161	100,00

Les décès néo nataux précoces ont représenté 3,73%

Tableau XXVI: Répartition des nouveau-nés en fonction de leur poids a la naissance

Poids a la naissance	Effectif	Pourcentage
Normal	104	71,72
Gros fœtus	4	2,76
Hypotrophe	11	7,59
Prématuré	26	17,93
Total	145	100,00

La macrosomie fœtale représente 2,76 %

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont suscité un certain nombre de commentaires.

1) La fréquence:

Au cours de notre étude nous avons enregistré au total **4866** consultations gynécologiques et obstétricales parmi lesquelles **172** urgences gynécologiques et obstétricales chez les adolescentes soit **3,53%** au CS Réf de la commune IV dont **161** urgences obstétricales soit **93,60%** et **11** urgences gynécologiques soit **6,40 %**.

Dans la littérature, Diallo O.H en 2008 au CS Réf de la commune V a trouvé 3,60% dans une étude similaire [7].

2) Caractéristiques socio-démographiques :

a) Age :

Dans notre étude, les 18 ans ont été les plus représentées avec 31,40%.

- **Diallo O.H en 2008** dans une étude similaire a trouvé 29,30% de ses patientes âgées de 18 ans [7]. - **Coulibaly M .S en 2007** concernant les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala avec 17,70% [18]

-**Keita N en 2008** concernant Les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de Kolondieba (région de Sikasso) avec 18,65% [16].

Ceci pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles, la précocité des rapports sexuelles de même que les grossesses précoces (in désirées).et la taille de l'échantillon.

b) Niveau socioprofessionnel

* Les femmes mariées prédominent avec une fréquence de 60% dans notre étude.

Ce taux est proche de celui de **Diallo O.H en 2008** soit 57,60% [7]

Ceci pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles.

* Les analphabètes ont représenté 50% de nos adolescentes.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé par **Diallo O.H en 2008** [7].

Ceci pourrait s'expliquer par une légère augmentation de l'alphabétisation des filles.

3) Facteurs de risques

a) La parité

* Les nullipares ont été les plus nombreuses soit 72,10%.

Ce taux concorde avec ceux de la plupart des auteurs qui rapportent que plus des deux tiers des adolescentes admises sont à leur première grossesse.

- **Diallo O.H en 2008** a trouvé 72,00% [7] dans une étude similaire

-GAZOBY I. [5] 81,41% d'adolescentes qui sont à leur première grossesse.

Cette parité précoce relativement élevée dans notre étude serait liée d'une part à la nuptialité << ultra précoce >> prédominant dans notre pays surtout en zone rurale et d'autre part à l'absence de surveillance post-natale et à la non utilisation de contraception.

Ce taux est nettement supérieur à ceux de :

- **Coulibaly M .S en 2007** a trouvé 20,00% [18]

- **Keita N en 2008** observe 15,71% des nullipares [16].

Cette différence peut être due au fait que les deux dernières concernaient des UGO

b) Caractéristiques Obstétricaux

Nous constatons sur le tableau XVI qu'environ 32,00% de nos adolescentes n'ont pas fait de CPN ; cela pour des raisons économiques et socio culturelles (grossesse non désirées, faible niveau d'alphabétisation)

Ce taux est supérieur à celui retrouvé par **Diallo O.H en 2008** avec 20,20% sans CPN [7]

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des CPN constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et un identique risque au cours de l'accouchement.

4) Aspects cliniques

a) Grossesse extra utérine : (GEU)

Au cours de notre étude nous avons enregistré deux cas de GEU rompue soit 1,16%, comparable à celui de **Coulibaly M .S** et collaborateurs avec un taux de 0,50% GEU, qui ont signalé pendant ces 20 dernières années une diminution générale du taux de mortalité par grossesse ectopique [18] .Notre pourcentage est nettement inférieur à ceux de **N'GUESSAN K. et COLL.** [24] avec 4.92%.

Nous n'avons déploré aucun décès maternel et les suites ont été simples.

Cette diminution de la mortalité par GEU s'explique par le faite que l'examen anodin l'échographie semble entre donne devant tous cas de syndrome douloureux du pelvis associée ou non à une métrorragie d'où le diagnostic très précoce et une prise en charge adéquate.

b) Le syndrome de pré rupture et rupture :

Le syndrome de pré rupture est de 2,90% sur l'ensemble des UGO dans notre étude. Par contre nous n'avons pas trouvé de rupture utérine, contrairement à celui rapporté par **Coulibaly M .S** et collaborateurs qui trouvent 0,60% de RU dans leurs études [18].

RU est la conséquence des dystocies méconnues ou négligées, d'expressions intempestives dans les maternités périphériques et de l'emploi abusif d'ocytocine.

Cette différence entre l'étude de **Coulibaly M .S** et collaborateurs et notre étude pourrait s'expliquer par le fait, qu'il n'existe pas de grandes multipares, terrain favorable de rupture utérine à cause de la fragilité du muscle utérin.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème sérieux de santé publique engendrant une lourde mortalité et morbidité fœto-maternelle.

c) Placenta praevia

Dans notre étude la fréquence du placenta praevia est de 1,16 % de l'ensemble des UGO dans le service.

Cette fréquence est nettement inférieure à celle de **Coulibaly M .S** et collaborateurs 3,50% [18].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le placenta praevia se voit le plus souvent chez les multipares qui ne sont pas nombreuses dans notre étude.

d) Les dystocies :

Les dystocies sont représentées par les BGR, les bassins limites, les bassins asymétriques, la présentation transversale, la présentation oblique, les présentations céphaliques défléchies, la présentation de siège, les hypercinésies, hypocinésies, les hypertonies. Elles représentent 48,83% des UGO.

- **Diallo O.H en 2008** [7] et **Coulibaly M .S en 2007** [18] trouvent respectivement 26,10% et 31,40% de dystocies dans leur étude respective.

La césarienne a représenté 64,00% des UGO dans notre étude.

Ce taux se rapproche de celui de **Diallo O.H en 2008** qui trouve 67,50% [7] de césarienne dans son étude.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée dans un CS
Réf

e) Eclampsie et pré éclampsie

Au cours de notre étude, 15 cas d' éclampsies et de pré éclampsies ont été enregistrés soit 8,70% des UGO.

f) HRP :

La fréquence obtenue par rapport à l'HRP sur l'ensemble des UGO est de 1,16 %.

Notre résultat est nettement inférieur à celui de **Diallo O.H en 2008** 6 ,5% [7]

Malgré ce faible taux l'HRP étant une, pathologie fréquente chez la femme âgée et multipare, touche de plus en plus les parturientes relativement plus jeunes, en particulier les adolescentes.

g) Souffrance Foétale Aiguë

Sur l'ensemble des UGO du service une fréquence de 6,97% a été obtenue par rapport à la SFA.

Ce taux est nettement inférieur à celui de **Diallo O.H en 2008** [7] qui trouve 13% de SF dans étude.

Ce taux 6,97% est cliniquement significatif et pourrait s'expliquer par le retard dans la prise de décision des structures périphériques.

L'attitude thérapeutique était en fonction des données cliniques. Dans le cadre d'une prise en charge correcte et rapide de ces urgences, le système de kit opératoire était mis en place.

5) Pronostic

Par souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur à 7 comme le décrivent de nombreux auteurs. Nous avons trouvé un taux de 37 ,93% des nouveau-nés avec un Apgar inférieur à 7.

Il est à signaler que tous ces nouveau-nés ont été réanimés.

La mortalité fœtale était de 9,4% dans notre étude, contrairement à celle de **Diallo O.H en 2008 [7]** qui trouve 5,30% de mortalité fœtale.

Ce taux pourrait s'expliquer par :

-le retard d'évacuation chez certaines patientes et leur prise en charge

-certaines complications imprévisibles (l'HRP, placenta prævia)

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1. Conclusion :

Les adolescentes constituent un groupe à risque de survenue des UGO. Il ressort de notre étude qu'elles représentent presque 1/28^{ème} de nos admissions. Dans plus de la moitié des cas, les adolescentes étaient primigestes (76,70%), analphabètes (50,00%) et proviennent de milieux socio-économiques bas.

Les adolescentes n'ont pas bénéficié de CPN dans 32,00% .

Les évacuations étaient tardives et les adolescentes arrivaient très souvent en mauvais état général.

Les problèmes que pose l'adolescente au cours des UGO dans notre contexte, sont imbriqués et inhérents:

- A sa vulnérabilité socio-économique
- A son immaturité morphologique et psychologique
- A son bas niveau d'instruction
- A la précocité des rapports sexuels

- A la maternité précoce
- Au mauvais suivi prénatal en qualité et quantité
- Aux failles au niveau du système d'évacuation.

2. Recommandations :

Au vu de nos résultats et des problèmes sus cités, nous proposons les mesures suivantes :

Aux autorités politiques et sanitaires:

- Lutter contre les mariages précoces :
 - Sensibilisant les leaders d'opinion sur les conséquences des grossesses précoces ;
 - Encourager la scolarisation des jeunes filles ;
- Promouvoir dans les programmes scolaires des modules sur la santé de la reproduction, éducation sexuelle et planification familiale.
- Faciliter l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.

Aux partenaires de santé du Mali.

- Soutenir le Mali en moyens matériels, humains et infrastructures sanitaires afin de mener à bien une politique de santé en matière de santé de la reproduction des adolescentes ;

Aux responsables du CS Réf de la commune IV:

- Doter la salle d'urgence du CS Réf de produits génériques à des coûts réduits, prendre des dispositions pour que les examens complémentaires d'urgence et créer une subvention spéciale pour la prise en charge des urgences chez les adolescentes.

Aux personnels médicaux:

- Porter une attention particulière à la pathologie gynécologique et obstétricale de l'adolescente ;
- Assurer un suivi prénatal de qualité intégrant aussi bien les mesures hygiéno-diététiques, le counseling, la psychoprophylaxie obstétricale que les mesures préventives classiques.

Aux parents et leaders d'opinion:

- Eviter les mariages précoces et privilégier la scolarisation des filles ;
- Assurer l'éducation sexuelle des jeunes filles en brisant le tabous sur le sujet ;
- Encadrer l'adolescente enceinte sur le plan moral et financier.

Aux adolescentes:

- Fréquenter les services de santé de la reproduction pour le suivi prénatal et pour toutes les informations relatives à la planification familiale et à la sexualité;
- Eviter les comportements sexuels à risques.

VII- REFERENCES

1. OMS.

La santé des adolescentes dans la région africaine. Unité de SMI/PF-AFRO :
Brazzaville, 1988 : 24p.

2. MOUMOUNI H.

Problèmes, Défis et Aspirations des adolescentes en matière de santé
reproduction : cas du quartier de « Golf » de Niamey. [Thèse de médecine
n°21]. Université Abdou Moumouni de Niamey. Niamey. 1997.

3. NOBLE J, COVER J, ANAGISHITA M.

Jeunesse dans le monde. 1996. Page web: <http://www.prb.org/prb/>

4. TRAORE S M, BALLO M B, NIAMBELE I et coll.

Enquête démographique et santé Mali 2001 (EDSM-III).

5. GABOZY I.

Les urgences gynéco-obstétricales chez les adolescentes à la maternité ISSIAKA
GABOZY de Niamey ; 2002. .

6. MANCIAUX M ET COLL.

Santé de mère et de l'enfant. Nouveaux concepts en pédiatrie sociale. 2^{ème}
édition. Paris : Flammarion, 1984 : 498p.

7. DIALLO O H.

Les urgences gynéco-obstétricales chez les adolescentes du centre de santé de
référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2008
n°08M182.

8. HERBERT L F, KARIN G.

Aspects medico-sanitaires de ma reproduction chez mes adolescentes. Comment
planifier la recherche sur les services de santé OMS. Genève. 1983: 54p.

9. OJENGBEDE O. A., OTOLORINE E. O.

Pregnancy performance of Nigeria women aged 16 years and below as seen in Ibadan

Nigeria. Afr. J. Med. Sci., 1987; 16 (2); p89-95.

10. OMS.

Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescentes. Genève OMS. 1992 : 71p.

11. OUEDRAOGO C.

Identification et analyse des besoins de santé des adolescents de 12 à 19 ans en milieu scolaire à Ouagadougou (Burkina-Faso). Thèse de médecine n°246. Université de Ouagadougou. Ouagadougou. 1995.

12. MERGER R., MEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition. Paris Masson, 1989 : 740.

13. TOURRIS DE H., HENRION R., DELECOUR M.

Gynécologie et obstétrique. 6^{ème} édition. Paris : Masson. 1994 : 671.

14. DEGUEURCE Y.

Impact internat : gynécologie-obstétrique. N°10.Paris : Edinter. 1992. p268.

15. LANKOANDE J., OUEDRAOGO CMR. , OUATTARA T., THIEBA B, KONE B.

Epidémiologie des urgences obstétricales à la maternité du CHU-YO, dans : Livre des résumés du VI^{ème} congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'obstétrique (SAGO). Ouagadougou du 4 au 8 décembre 2000, 5 : 4-5.

16. KEITA.N.

Les urgences gynécologiques et obstétricales au centre de santé de référence de Kolondieba (région de Sikasso).Thèse de médecine 2008 n°08M173

17. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique ; 6è éd Paris : Masson, 2001.

18. Coulibaly M S Les urgences gynécologiques et obstétricales a la maternité du centre de santé de référence de Koutiala a propos de 344 cas. Thèse de médecine 2007 n°07M251

19. ADELMAN S, BENSON CD, HERTIER J H.

Surgical lesions of the ovary in infant and childhood.

Surg-gynécol-obst-1975, 141, 219-22P3.

20. LANSAC J, C. BERGER, G MAGNIN et AL :

Obstétrique pour le praticien Paris SIMEP 1986(101-156). .

21. SEGUY B et J H. BAUDET

Révision accélérée en obstétrique Paris : Maloine : 1983. N° 4903 _ 263 P ;

22. MERGER R.:

Précis d'obstétrique 6è éd. Paris ; Melau, Barcelone, Masson, 1995. 583 ;

ill. ; 25 cm

23. MILLIER J. :

Hypertension artérielle pendant la grossesse. Revue du gynécologue obstétricien 3, 1989.

24. N' GUESAN K et COLL.:

La grossesse extra-utérine à localisation tubaire au CHU de Cocody Abidjan : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques.

Guinée médical archive N° 23 oct. Nov. décembre 2001

25. OMS :

Rapport sur la santé dans le monde 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »

26. CORRÉA P et COLL. :

Paludisme et grossesse

J. gynécol. Obst. Biol. Réprod. 1982, 11, N°1

ANNEXES

Annexe 1

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SISSOUMA

Prénom : FATOUMATA

Titre de la thèse : Les urgences gynécologiques et obstétricales chez les adolescentes au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

Année Universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Gynécologie- obstétrique, santé publique.

RESUME :

Notre étude prospective transversale à visée descriptive s'est déroulée dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du 01 juin 2008 au 31 mai 2009, soit une période d'une année.

L'objectif principal est d'étudier les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente admise en salle d'urgence dans notre service.

Nous avons enregistré 172 urgences durant la période d'étude soit une fréquence de 3,53 %.

Les urgences gynéco obstétricales chez l'adolescente sont dominées par; les dystocies 48,83% ; l'HTA et ses complications (la Pré éclampsie et l'éclampsie) 12,76 % et la SFA 6,97 %.

La mortalité fœtale est de 9,94 et la mortalité maternelle 00%.

Les primipares, les femmes jeunes, les grandes multipares, les évacuées, les analphabètes, les conditions socio-économiques défavorables constituent les facteurs de risque des urgences gynéco obstétricales.

Pour éviter et réduire considérablement le drame lié aux urgences

Il faut nécessairement :

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

Mots Clés : Urgences, gynéco-obstétricales, adolescence, mortalité.

Annexe 2

FICHE DE COLLECTE

FICHE D'ENQUETE

I- LES DONNEES ADMINISTRATIVES

1. Numéro de la fiche d'enquête : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

2. Numéro du dossier du malade : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

3. Date de consultation : _____

a. Nom : _____ Prénom : _____

b. Age : _____

c. Adresse : _____

1. Commune IV

2. Hors Commune

d. Profession :

1. Sans profession 2. Ménagère

3. Etudiante ou Elève 4. Commerçante

5. Autres

e. Niveau d'instruction :

1. Supérieur 2. Secondaire

3. Fondamental 4. Coranique

5. Analphabète 6. Autres

f. Ethnie :

1. Bambara 2. Sarakolé

3. Peulh 4. Sonrhäi

5. Malinké 6. Senoufo

7. Dogon 8. Minianka

9. Bobo 10. Touareg

11. Autres

g. Statut matrimonial:

1. Mariée 2. Célibataire

3. Divorcée 4. Veuve

h. Régime matrimonial :

1. Monogamie 2. Polygamie

i. Age du mariage :

j. Profession du conjoint :

1. Fonctionnaire 2. Ouvrier 3. Cultivateur

4. Artisan 5. Elève ou Etudiant

6. Pêcheur 7. Autres

k. Mode d'admission :

1. Venue d'elle-même

2. Référée en urgence (structure qui l'a référée)

l. Date d'entrée :

m. date de sortie :

n. Durée d'hospitalisation (en jours):

o. Motif d'hospitalisation :

4. ANTECEDENTS

19. Antécédents médicaux :

1. Tuberculose 2. Bilharziose 3. HTA 4. Asthme

5. Ulcère 6. Diabète 7. Drépanocytose 8. Autres

20. Antécédents chirurgicaux :

1. Oui (préciser) 2. Non

Si oui → Date et Lieu :

→Indication :

→Type d'intervention :

→Antécédents gynéco-obstétricaux :

21. Gestite :

1. Primigeste 2. Paucigeste 3. Multigeste

22. Parité:

1. Nullipare 2. Primipare 3. Paucipare

23. Nombre d'enfants vivants :

24. Nombre d'avortements :

1. Spontané (âge) 2. IVG (âge)

25. Nombre de curetage :

26. Cycle menstruel :

1. Régulier 2. Irrégulier

27. Durée du cycle menstruel :

28. Menarche (âge) :

29. Début de l'activité sexuelle :

30. Délai de consultation après le début de la pathologie

1. < 24 heures 2. 24h – 3 jours 3. 3 – 7 jours 4. >7 jours

31. Leucorrhées :

1. Oui 2. Non

32. Dysménorrhée :

33. Dysurie :

34. Dyspareunie :

35. Contraception :

1. Oui 2. Non

Si oui, type : pilule ou préservatif

36. Antécédents familiaux :

1. HTA 2. Diabète 3. Asthme

LA GROSSESSE

37. Suivi :

1. Oui

2. Non

38. Evolution :

1. A terme

2. Non à terme

III. EXAMEN A L'ADMISSION

39. Etat général :

1. Satisfaisant 2. Altéré 3. Passable

40. Température :

1. Normale 2. Hypothermie 3. Hyperthermie

41. Tension artérielle :

1. Normale 2. Hypotension 3. Hypertension

42. Poids :

43. Conjonctives :

1. Bien colorées 2. Moyennement colorées 3. Pâles

44. Nombres de CPN :

1. 0 2. < 4 3. ≥ 4

45. Agent qui à effectué la CPN :

46. Age gestationnel :

47. Hauteur utérine :

48. Issu de accouchement :

1. Accouchement normal 2. Episiotomie

3. Césarienne

Si oui, préciser le motif et la nature

49. Pronostic maternel :

1. Bon

2. Mauvais

IV. PARAMETRES DE(S) NOUVEAU-NE(S)

50. Etat du nouveau-né à la naissance :

1. A t-il crié tout de suite ? Oui Non
2. Est-il cyanosé ? Oui Non
3. A t-il été réanimé ? Oui Non

51. Score apgar :

1. >7 apgar satisfaisant 2. < 7 apgar non satisfaisant

52. Poids à la naissance :

1. Poids normal 2. Gros fœtus
3. Hypotrophe 4. Prématuré

53. Evacuation du nouveau né :

1. Oui 2. Non

54. Coût prise en charge : I__I__I__I__I__I__I__I

SERMENT D'HYPOCRATE

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 religions, de nations, de races, de partie ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure !