



Article Original

Les Évacuations Sanitaires Obstétricales dans un Hôpital de Deuxième Niveau de Référence du District de Bamako

Pattern of obstetrical evacuations in a second level hospital of Bamako health district

Samaké A⁽¹⁾, Traoré SO⁽²⁾, Keita M⁽¹⁾, Doumbia S⁽²⁾, Diallo M⁽¹⁾, Konate M⁽¹⁾, Diarra L⁽⁴⁾, Maiga M⁽¹⁾, Traoré OM⁽²⁾, Traoré MA⁽²⁾, Diakité N⁽²⁾, Sangaré RT⁽²⁾, Kamissoko A⁽²⁾, Coulibaly F⁽²⁾, Dao S Z⁽⁵⁾, Traore MS⁽⁶⁾, Sima M⁽⁶⁾, Traoré M⁽³⁾, Dolo A⁽³⁾.

RÉSUMÉ

Objectifs. Préciser le profil socio-épidémiologique des patientes référées dans une formation de sanitaire de deuxième référence du district de santé de Bamako, et déterminer le pronostic maternel et périnatal. **Matériels et méthodes.** Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive sur une période de deux ans, du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018 portant sur toutes les évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. **Résultats.** Nous avons enregistré 15 755 accouchements dont 3 876 cas d'évacuation soit une fréquence de 24,60%. L'âge moyen des patientes était de 26 ans \pm 5,16 ans, moins d'une patiente sur cinq avait utilisé l'ambulance comme moyen de transport (24,06%), et n'avait fait aucun suivi prénatal (21,94%). Les motifs d'évacuation étaient dominés par les dystocies (52,84%), suivie de l'hémorragie (13,13%). La césarienne a été réalisée chez 2 489 patientes (64,22%) ; la laparotomie pour rupture utérine chez 52 patientes (1,34%). Nous avons enregistré 31 décès maternels (soit 850 pour 100 000 naissances vivantes). Les principales causes obstétricales directes des décès maternels ont été l'hémorragie avec 16 cas (51,25%), l'infection avec 10 cas (32,25%). Nous avons enregistré 985 décès périnataux soit 254 pour 1000. **Conclusion.** Le pronostic obstétrical chez les évacuées reste encore mauvais en Commune V du District de Bamako.

ABSTRACT

Objectives: To specify the socio-epidemiologic profile of the patients referred to a second level reference hospital of Bamako and to determine the maternal outcome. **Material and methods.** We made a retrospective study to sign descriptive over one two years period, of bearing January 1, 2017 to December 31, 2018 on all the obstetrical evacuations received at the health centre of reference of Council V of the district of Bamako. The variables of interest were as follows: maternal age, parity, number of antenatal visits, source, reason for evacuation, and diagnosis of entry, maternal and newborn outcome. **Results.** We recorded 15.755 childbirth, among whom 3.876 case of evacuations (24.60%). The mean age of the women was 26 years \pm 5.16 with (range: 15 -44 years). There were 50.43% of primiparous. 83.51% of patients came from the medical district of Council V. The percentage of women who had used the ambulance as means of transport was 24.06%. 850 women (21.94%) and had no history of antenatal visit. The main reasons for evacuation were: dystocies (52.84%) and hemorrhage (13.13%). Caesarean section was done in 2.489 patients (64.22%); laparotomy for uterine rupture in 52 patients (1.34%), vaginal maneuvers in 97 cases (2.5%) and simple vaginal childbirth in 1.238 patients (31.94%). We recorded 31 maternal deaths (850 for 100 000 deliveries). The direct causes of maternal deaths were: hemorrhage (16 cases - 51.25%), infection (10 cases - 32.25%), dystocia (4 cases - 12.9%) and eclampsia (1 case - 3.22%). We recorded 985 deaths perinatal deaths (254/1000). **Conclusion.** Maternal and perinatal are still high death in Council V of Bamako. Obstetrical care must be improved.

1. Centre de santé de référence de la commune VI Bamako/Mali
2. Centre de santé de référence de la commune V Bamako
3. Centre de santé de référence de la commune III Bamako
4. Centre National d'appui à la lutte contre la Maladie
5. Centre de santé de référence de la commune II Bamako
6. CHU du point G.

Mots clés : Evacuation, Mortalité maternelle et péri natale

Key words: Evacuation, Maternal death and perished native

INTRODUCTION

Au Mali, la mortalité maternelle est estimée à 464 /100.000 naissances vivantes (NV) selon l'EDS Mali 2006 (1). La commune V est l'une des six communes du district de Bamako qui est située sur la rive droite du fleuve Niger et couvre une superficie de 41,59 km², pour une population estimée à 240 530 habitants dont 127 481

femmes et 113 049 hommes avec un taux d'accroissement de 5,1 (source Mairie commune V 2008) et compte 10 aires de santé. Le Centre de Santé de Référence de la commune V (CS Réf CV) fut créé en 1982 sous le vocable de service socio sanitaire. En 1993, dans le cadre de la politique sectorielle, il fut érigé en centre de santé de référence qui correspond au 2^{ème}

niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il dispose d'un bloc opératoire fonctionnel et d'une équipe chirurgicale permanente assurant la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales. Le but de ce travail était de savoir le devenir de ces patientes qui y sont évacuées.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif sur une période de 24 mois, du 1 janvier 2017 au 31 décembre 2018.

Méthodologie

L'étude a porté sur toutes les évacuations sanitaires obstétricales reçues au centre de référence de la commune V (CS Réf CV) du district de Bamako durant la période d'étude.

Les variables étudiées étaient pour :

- **La mère** : l'âge, la parité, le nombre de consultations prénatales, la provenance, le motif d'évacuation, le diagnostic d'entrée, la conduite tenue et le devenir de la mère.

- **le nouveau-né** : son devenir

Collecte, saisie et traitement des données

La collecte des données a été faite à partir des fiches d'évacuation ; les registres d'accouchement, de décès périnataux, de transfert de nouveau nés, de compte rendu opératoire, de césariennes, d'anesthésie et de décès maternels.

Les données collectées ont été saisies et analysées grâce au logiciel SPSS version 17.0

Les limites de l'étude

Comme pour la majeure partie des études rétrospectives, elle a connue quelques difficultés du fait que certains registres étaient mal tenus.

RÉSULTATS

Fréquence des évacuations

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 15.755 accouchements dont 3.876 cas d'évacuations (24,60 %).

Caractéristiques des patientes

Tableau I : Caractéristiques des patientes

Variables	Résultats
Age moyen	26 ans \pm 5,16 ans
Parité moyenne	4
Résidence	
Bamako	3770(97,27%)
Hors Bamako	106(2,73%)
Total	3876(100%)
Moyen de transport	
Taxi	2515 (64,88%)
Ambulance	932 (24,06%)
Autres	429 (11,06%)
Total	3876(100%)
Suivi prénatal	
Oui	3026 (78,06)
Non	850 (21,94)
Total	3876(100%)

Tableau II : Motifs d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	%
Dystocies	2346	60,57
Hémorragies	653	17,18
Refus de collaborer /de pousser	299	7,71
HTA/Eclampsie	73	1,88
Procidence du cordon	42	1,08
Rupture des membranes	59	1,52
Rupture utérine	16	0,41
Bruits du cœur fœtal non entendus	72	1,85
Sans motif	200	5,15
Total	3867	100

Tableau III: Voie d'accouchement

Voie	Effectif	%
Voie basse		
Simple	1238	31,95
Opératoire : ventouse, forceps, version par manœuvres internes	97	2,5
Sous total	1335	34,44
Voie haute		
Césarienne	2489	64,22
Laparotomie pour rupture utérine	52	1,34
Sous total	2541	
Total	3876	100

Tableau IV: Indications de césariennes

Indications de césariennes	Effectif	%
Dystocies	1362	55,86
Souffrance fœtale aigue	742	30,43
Cicatrices uro- génitales	180	7,38
Hémorragie antépartum	154	6,33
Total	2438	100

Détails sur les indications des césariennes

- Hémorragie antépartum : hématome rétro placentaire 112(4,61%) ; Placenta prævia 42(1,72%).
- Cicatrices urogénitales : césariennes, cures de prolapsus génital, cures de fistules obstétricales.

Tableau IV : Pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	%
Suites favorables	3315	86,00
Suites compliquées (Morbidité)	521	13,40
Mortalité (décès maternels)	31	0,60
Total	3867	100

NB : Dans 17 cas ? il s'agissait de décès maternel constaté à l'arrivée.

Pronostic périnatal

Le décès anténatal a représenté 25,42% des cas ; le décès néonatal précoce a été observé dans 23 cas (0,79%). Le score d'Apgar aux cinq premières minutes de la vie extra utérine était \geq 8/10 chez 70,9% des nouveaux nés.

DISCUSSION

Fréquence des évacuations

L'évacuation a représenté 24,60% de l'ensemble des accouchements, A Sepou (Centrafrique) et Coll. (3) ont rapporté une fréquence de 27,3%.

Âge des patientes

L'âge moyen des patientes était de 26 ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans. C.L.Andriamady R. et coll. (2) ont rapporté des extrêmes de 15 à 48 ans avec un âge moyen de 29 ans ; A.Sepou et coll. (3) retrouvaient un âge moyen de 24 ans avec des extrêmes de 13 et 60 ans. Dans cette dernière étude, les pathologies gynécologiques étaient incluses.

Parité

Les primipares ont représenté 60,4% de l'échantillon et les multipares 39,51% pour une parité moyenne de 04 avec des extrêmes de 1 et 14. C.L.Andriamady R. et Coll. (2) ont rapporté une parité moyenne de 4 avec des extrêmes de 0 et 14.

Lieu de résidence

L'essentiel de nos patientes résidaient dans le district de Bamako avec 97,27%, A.Sepou et Coll. (3) au Centrafrique avaient fait le même constat dans leur étude et C.L. Andriamady et Coll. (2) trouvaient que 42,5% des évacuations provenaient des formations sanitaires rurales situées dans un rayon moyen de 150 Km autour d'Antananarivo.

Moyen de transport

Le taxi a été le moyen de transport le plus utilisé dans notre série avec 64,88% puis l'ambulance avec seulement 24,06%. Ceci traduit un dysfonctionnement grave dans le système de référence/évacuation au niveau du District de Bamako. Car il s'agit de patientes présentant pour l'essentiel de tableaux cliniques graves et qui sont embarquées dans des taxis de ville sans confort ni assistance médicale.

Suivi prénatal

La majeure partie des patientes étaient suivies en prénatal avec 78,06% et 21,94% sans suivi prénatal. Ceci met en exergue la mauvaise qualité du suivi prénatal car la bonne qualité de CPN diminue le nombre de patientes évacuées et augmente le nombre de référence (c'est-à-dire en l'absence de tableau clinique nécessitant toute intervention immédiate) mais il s'agit là de l'effet inverse qui se produit.

Motifs d'évacuation

Les principaux motifs d'évacuation ont été les dystocies (60,57%), les hémorragies (17,18%), le refus de collaborer ou pousser (7,71%) HTA/Eclampsie (1,88%). Cependant 5,15% des patientes ont été évacuées sans aucun motif.

Les évacuations pour refus de collaborer ou de pousser relevaient soit d'un déficit de communication ou de la traduction d'une dystocie notamment les prodromes du syndrome de pré rupture utérine ou la rupture utérine. Dans certaines séries les dystocies plus les hémorragies et les pathologies du post partum ont représenté les principaux motifs d'évacuations (7,8).

Voie d'accouchement

Dans notre série, moins d'une évacuée sur deux a accouché par voie basse. D'autres auteurs ont rapporté des proportions d'une évacuée sur 4 (3) et d'une évacuée sur 3 pour les deux autres (7,8).

En effet, nous avons pratiqué l'accouchement par voie basse chez 34,44% des évacuées dont 2,5% par extractions instrumentales (ventouse) et autres manœuvres obstétricales (version par manœuvres internes, grande et petite extractions du siège, réduction d'une dystocie de l'épaule).

Indications de césarienne

Les indications de césariennes ont été : Les dystocies 1 362 (55,86%), Souffrance fœtale aiguë 742 (30,43 %), l'hématome rétro placentaire 112 (4,61 %), placenta prævia 42 (1,72 %), procidence du cordon battant 51 (2,04%), utérus cicatriciels 180 (7,38 %). Des indications de césarienne similaires ont été rapportées par C.L.Andriamady et Coll (2).

La césarienne a été pratiquée chez 64,22 % des évacuées et la laparotomie pour rupture utérine chez 52 évacuées (1,34 %) dont 9 cas d'hystérectomie ; 43 hystérorraphies avec 11 cas de ligatures et résections des trompes.

A.Sepou et Coll (3) avaient pratiqué la césarienne chez 1 évacuée sur 6 (17,3 %) et Boni (6) 23,7 %. Dans ces deux études les pathologies gynécologiques et post partum étaient incluses. D'autres auteurs ont trouvé une prédominance des ruptures utérines chez les évacuées (8, 9, 10,12).

Pronostic obstétrical :**- Pronostic périnatal**

Dans plus d'un quart des cas (1/4) il s'agissait d'une mort fœtale ante natale soit un total de 985 fœtus (25,42 %). Parmi les nouveaux nés avec morbidité grave, 23 sont décédés dans les cinq premières minutes de la vie extra-utérine et 70,9% avaient un bon score d'Appgar.

Certains auteurs ont rapporté des cas de souffrances fœtales dans plus de 30% jusqu'à 50,46% (3,4).

Les taux de mort-nés ont été variablement appréciés : 7,6% pour A. Sepou (3) et 27,7% pour Dossou (4). Quant à K.Lompo (5), il a rapporté un taux de mortalité périnatale de 420 pour 1000.

Il s'agit là du reflet d'une insuffisance notoire dans le suivi prénatal et de la surveillance du travail d'accouchement (non prise en compte des facteurs de risque notamment l'utilisation non optimale du partographe).

- Pronostic maternel**• Morbidité**

La morbidité a été observée chez 31,31% des patientes et était dominée par l'infection puerpérale et l'anémie.

• Mortalité

Nous avons enregistré 31 décès maternels (31/3876) soit 0,799% (799/10000NV).

Les décès maternels étaient liés à l'hémorragie 16(51,25%), l'infection 10 (32,25%), la dystocie 4(12,9%), éclampsie 1 (3,22%). Les mêmes constats avaient été observés par d'autres auteurs (3, 8, 10, 13, 14). Les taux de décès maternels par éclampsie étaient particulièrement élevés pour certains auteurs (3,12).

CONCLUSION

Les soins obstétricaux doivent être consolidés dans cette commune du District de Bamako où la mortalité maternelle et périnatale reste encore élevée.

RÉFÉRENCES

1. **Ministères de l'économie de la santé du Mali, Direction Nationale de la statistique et de l'information (DNSI)** .Enquête Démographique et de Santé Mali 2006(EDS Mali IV) .Calverton, Maryland, USA ; 2006
2. **C.L. Andriamady Rosoarimahandry , M. Rakotoarimanana, R.J. Ranjalahy.** Mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana.Journal de gynécologie obstétrique et Biologique de la Reproduction vol 29, N°5 – Septembre 2000
3. **A. Sepou, M.C.yanza, E.Nguembi, G.R.Dotte, M.N.Nali.** Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui, Centrafrique ; cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Volume 10, Numéro 6, 399-405, Novembre – Décembre 2000, Etudes originaires.
4. **Dossou y.** contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical. A propos de 569 cas recensés à la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique de Cotonou.Thèse Doctorat Méd. Cotonou 1995.
5. **K.Lompo, y.J.F. Hutin, G.Traoré, F.Tall, J.B Guiard – Schmid, G.Yameogo, B. Fabre –Teste.** Morbidité et Mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Ann. Soc. belge Med. Trop.1993, 73,153-163.
6. **Boni S, Bokassa M, Abauleth Y, Kodjor, Koné N, Bohoussou K.** Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique.Bilan des deux années d'études (1989-1990) dans le service de référence de la maternité du CHU de COCODY .Communication 3ème congrès de la SAGO,Yaoundé (Cameroun) 12 au 16 /12 / 1994.
7. **Alihonou E, Perrin R, Atchade D, Hekpazo A , Dossou Yovo L.** Le problème des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence. (cas de la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU de COTONOU). Afr. Méd., 1987, 26,165, 170.
8. **Keita N, Hizazy y, Diallo MS :** Etude de la mortalité maternelle au CHU de DONKA (Conakry, Guinée).J. gynécol.obstét. Biol.Reprod. 1989,18, 849-855.
9. **Picaud A, NLome – Nze AR, Ogowet G :** Les ruptures utérines .A propos de 31 cas observés à Libreville (GABON) Rev.fr Gynécol.obstét. ; 1989, 84,411-416.
10. **Picaud A, NLome-Nze AR, Faye A, Ogowet N , Nouely G :** Les ruptures utérines. A propos de 31cas observés à Libreville (1984-1987). J.Gynécol.obstet .Biol.Reprod. , 1989, 18,445-450
11. **Poovan R, Kifle F, Kwast B !** Moins d'accidents obstétricaux grâce à une « maternité d'attente ».Forum Mond.Santé, 1990, 11, 478 -483.
12. **Ribault L :** L'activité obstétricale d'un centre hospitalier régional au Nord de la Cote d'Ivoire .Rev.Fr . gynécol .Obstét . , 1989, 84, 377, 379.
13. **Ouedraogo IB :** Facteurs évitables de la mortalité maternelle.(analyse critique de la prise en charge de femmes dont le décès est survenu à la maternelle du centre Hospitalier national de Ouagadougou et dans deux centres médicaux de provinces limitrophes).Thèse Doctorat en Médecine , Ecole Supérieure des sciences de la Santé ,Université de Ouagadougou , 1989 , 86 pp.(n°9).
- 14.**Bohoussou KM , Boni S , Aw OT , Anongba S , Djanhan Y, Sangaret M.** La mortalité maternelle au cours de la parturition et le post partum immédiat. Etude hospitalière. Afr. Méd. ; 1986, 25 ; 125 : 130.