



Article original

Etude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales en 2022 au Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako, Mali

Epidemiological and clinical study of obstetric emergencies in 2022 at the Health Reference Center of Commune V in the district of Bamako, Mali

SS Diarra^{*1,2}, S Doumbia³, CA Coulibaly^{1,2}, S Togola^{1,3}, A Keita⁴, N Telly², O Sangho², S Keita², M Tounkara², H Sangho², S Doumbia²

Résumé

Introduction : Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant le pronostic vital maternel et/ou foetal à court terme. Ainsi la présente étude avait pour objet était d'étudier le profil épidémiologique et clinique ainsi que le pronostic des urgences obstétricales au centre de santé de référence (CSRéf) de la commune V.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale qui a consisté à étudier les aspects épidémiocliniques des urgences obstétricales sur une période de 24 mois, allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022. Les données sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, les types d'urgences obstétricales et le taux de décès ont été analysées. La fréquence, la moyenne et la régression logistique ont été utilisées pour analyser les résultats avec le logiciel SPSS version 25. Le seuil de signification a été fixé à $p=0,05$.

Résultats : Parmi 19342 patientes, les urgences obstétricales représentaient 387, soit 2%. L'âge moyen était de $26,2 \pm 0,3$ ans avec une prédominance des femmes non scolarisée soit 71,9%. Parmi les urgences obstétricales la souffrance foetale aiguë représentait 14,22% et la prééclampsie 10,46% des cas. Le décès périnatal était de 3,3% et celle maternel était de 2,9%.

Conclusion : Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du CSRéf de la commune V. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

Mots-clés : Epidémiologie et clinique, Urgences obstétricales, centre de santé de référence, Bamako.

Abstract

Introduction: Obstetric emergencies are dramatic clinical situations involving maternal and/or fetal vital prognosis in the short term. Thus, the aim of the present study was to study the epidemiological and clinical profile as well as the prognosis of obstetric emergencies at the reference health center of commune V.

Methodology: This was a cross-sectional study which consisted of studying the epidemiological-clinical aspects of obstetric emergencies over a period of 24 months, going from January 1, 2021 to December 31, 2022. Data on sociodemographic, clinical characteristics, types of obstetric emergencies and the death rate were analyzed. Frequency, mean and logistic regression were used to analyze the results with SPSS software version 25. The significance level was set at $p = 0.05$.

Results: Among 19,342 patients, obstetric emergencies represented 2%. The average age was 26.2 ± 0.3 years with a predominance of women not in school, i.e. 71.9%. Among obstetric emergencies, acute fetal distress represented 14.22% and preeclampsia 10.46% of cases. Perinatal death was 3.3% and maternal death was 2.9%.

Conclusion: Obstetric emergencies are common in the maternity ward of the reference health center of commune V. Reducing morbidity and mortality linked to obstetric emergencies requires improving the quality of care from educating patients to consult early to improving the technical platform and medical inputs.

Keywords: Epidemiology and clinical, Obstetrical emergencies, reference health center, Bamako.

Introduction

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant le pronostic vital maternel et/ou fœtal à court terme (1). Elles constituent un problème majeur de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement (1). Ces

urgences obstétricales sont représentées notamment par les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, la dystocie, les infections et la détresse fœtale aiguë ; la mortalité maternelle et la mortinatalité sont les conséquences dramatiques de ces complications (1–3). L'importance et la gravité des complications sont principalement liées aux conséquences de l'analphabétisme, du manque d'éducation sanitaire, du faible niveau socio-économique, de l'insuffisance des infrastructures médicales ainsi que du manque de personnel qualifié (1).

En Afrique subsaharienne, selon l'Atlas 2022, environ 390 femmes perdront la vie pendant l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Cette estimation est cinq fois supérieure à la cible des ODD fixée pour 2030, qui est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est également très loin de la moyenne de 13 décès pour 100 000 naissances vivantes observées en Europe en 2017. C'est plus que la moyenne mondiale de 211(4). Au Bénin en 2015, au CHU de Parakou, les urgences obstétricales représentaient 31,8% avec une létalité maternelle de 0,4% et un taux létalité de 9,2% (5). En Guinée Diallo BS et al (1) ont rapporté une fréquence de 19% au CHU de Donka en 2019. Le taux de mortalité infantile dans la Région se situe à 72 décès pour 1000 naissances vivantes. Le taux annuel doit baisser de 3,1 %, l'on s'attend à un scénario de 54 décès pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2030, ce qui est bien supérieur à la cible de réduction qui est fixée en-dessous de 25 décès pour 1000 naissances vivantes (4).

Au Mali, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années selon l'enquête démographique de santé en 2018. La mortalité néonatale a baissé de 34 à 33 pour 1000 naissances vivantes entre 2012 et 2018 (6). Malgré la mise en œuvre de multiples programmes de lutte contre la mortalité maternelle, environ 830 femmes dans le monde mouraient par jour de causes

évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, ces décès maternels proviennent dans 99% des cas des pays en développement, notamment en Afrique sub-saharienne (4,7). La gestion des urgences reste ainsi une difficulté pour grand nombre de services surtout dans les pays pauvres, par la surcharge de travail qu'elles engendrent ainsi que pour la difficulté du tri des pathologies. Ainsi la présente étude vise à étudier le profil épidémiologique et clinique ainsi que le pronostic des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Méthodologie

• Cadre d'étude

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali, en pleine ville de la rive droite. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. La Commune V couvre une superficie de 41km². Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalaban coura, à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Baco djicoroni, Sabalibougou, Kalaban coura et Daoudabougou.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V). Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 15 CSCom (Centre de Santé Communautaire). A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été

choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CSRéf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

• Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale qui a consisté à étudier les aspects épidémio-cliniques des urgences obstétricales sur une période de 24 mois, allant du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022.

• Population d'étude

L'étude a concerné toutes les patientes ayant présenté une urgence obstétricale dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V

• Critères d'inclusions

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes admises en urgences dans le service de gynéco-obstétrique pour une affection obstétricale mettant en jeu à court terme le pronostic vital maternel et/ou fœtal pendant la période de l'étude. Les patientes dont le dossier obstétrical était exploitable

• Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude, les patientes admises dans le service en dehors de la période d'étude. Les patientes ne présentant aucune caractéristique d'urgence obstétricale et les cas de dossier inexploitable

• Echantillonnage

L'échantillon était de type exhaustif. La sélection concernait tous les dossiers des patientes respectant les critères d'inclusion.

La taille minimale d'échantillon calculé avec la formule de Daniel Schwartz était de :

$$n = (Z\alpha)^2 (p.q)/I^2$$

- n : taille minimum de l'échantillon
- $Z\alpha$: écart-type (1,96) correspondant au risque d'erreur 5% ;
- p : la prévalence pris à 12,24% pour optimiser la taille d'échantillon [24].
- q : est la probabilité complémentaire de p et est égale à $1 - 0,1224 = 0,8776$.
- i : représente la précision que nous avons prise à 10%.

$$n = (1,96)^2 (0,1224 \times 0,8776) / (0,05)^2 = 165$$

parturientes

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 165 parturientes

- Collecte des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuels (fiches d'enquête) portées en annexe, du registre des références, du registre des accouchements, du registre des comptes rendus opératoires, des partogrammes, des dossiers d'hospitalisation et des fiches de suivi post-opératoire.

- Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 25. Pour les statistiques descriptives, les proportions étaient calculées pour les variables qualitatives et les moyennes et leurs écarts types pour les variables quantitatives. Les tests statistiques de Khi-deux de Pearson et de Fischer Exact ont été effectués selon la convenance pour évaluer les associations entre les types des urgences obstétricales et le pronostic materno-fœtal. Le seuil de signification était fixé à 5%.

- Considérations éthiques

La confidentialité et l'anonymat des patientes ont été respectées, aucune donnée individuelle permettant d'identifier le sujet n'a été collecté. Un numéro d'identification était attribué à chaque patiente incluse dans l'étude. Les données des malades étaient exploitées après l'autorisation du chef de service.

Résultats

- Caractéristiques socio-démographiques des urgences obstétricales

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 18 à 25 ans soit 39,7% des patientes, suivie de 26 à 35 ans soit 38,5%. L'âge moyen était de $26,2 \pm 0,3$ ans avec extrêmes allant de 15 à 46 ans. Les femmes au foyer (ménagères) étaient majoritaires avec 70,5% suivies des élèves et étudiantes (12,8%). Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 97,6%. La majorité des patientes était non scolarisée avec 71,9% contre

28,1% scolarisé parmi lesquels 13,3% avait un niveau secondaire, supérieur (6,8%) et primaire dans 8,0% (Tableau I).

- Données cliniques

Les patientes venue d'elle-même ont représentées 73,6% des cas. Les motifs d'admission étaient principalement marqués par la douleur abdominopelvienne dans 78,6% des cas suivi de la perte liquidienne (6%) et le pré éclampsie sévère (3,6%) des cas. Dans notre étude les patientes sont admises en phase active dans 54,2% des cas et 32,7% en phase de latence du travail. Les multipares étaient majoritairement représentées soit 35,4% des cas et 26,7% chez les nullipares. Le nombre de consultation prénatale était supérieur ou égal à 4 dans 50,8% des cas contre 13,8% pour les gestantes n'ayant pas fait de consultation prénatale. Dans 97,9% des cas aucun antécédent médical n'a été identifié chez les patientes. Les patientes ayant un antécédent médical soit 2,1% dont l'hypertension artérielle dans 1,2% suivi de l'asthme dans 0,7% et le diabète chez 0,2% des patientes. Au cours de notre étude il ressort qu'aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 83,5% toutefois nous avons noté un antécédent chirurgical dans 16,5% des cas dont la césarienne dans 15,8% des cas suivi de la myomectomie, la hernie discale et l'appendicectomie dans 0,2% des cas chacun. Nous n'avons enregistré aucun antécédent gynéco obstétrical dans 94,7%. Seulement 5,3% des patientes un antécédent gynéco obstétrical parmi lesquels 15,3% des cas d'avortement suivi de 0,2% des cas de salpingectomie (Tableau II).

- Type d'urgences obstétricales

Parmi les urgences obstétricales la souffrance fœtale aiguë a représenté 14,22% et la prééclampsie 10,46% des cas. L'accouchement par voie basse a représenté 61,9% des cas contre 38% de césarienne. La prise en charge était constituée de l'antibiothérapie chez 92,5% suivie de la révision utérine dans 38,7% des cas. Dans 2,2% des cas la transfusion sanguine immédiate avait été faite, l'hystérectomie d'hémostase (0,7%) et Salpingectomies dans 0,5% des patientes (Tableau III).

• Evolution

Nous avons enregistré 3,3% des cas de décès périnatal au cours de notre étude. Et douze (12) cas de décès maternel soit 2,90%.

• Durée d’hospitalisation

La majorité des patientes avait séjourné moins de 12 heures de temps à l’hôpital. La durée moyenne était de 25,4±1,0 heures avec des limites allant de 6 à 72 heures (Figure 1).

• Relation bivarié entre l’urgence obstétricale et les autres variables

Dans l’analyse bivarié toutes les variables étudiées étaient statistiquement significative avec un $p < 0,05$ à l’exception des variables professions, parités, et l’antécédant médical. Les variables statut matrimonial, tranche d’âge, niveau d’instruction, tranche de CPN, antécédant chirurgical ont une relation statistiquement significative avec l’urgence obstétricales (Tableau IV).

Tableau I : caractéristiques socio-démographiques des urgences obstétricales du csref de la commune V du district de Bamako

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age		
<18 ans	47	11,4
18-25 ans	164	39,7
26-35 ans	159	38,5
36-40 ans	32	7,7
≥41 ans	11	2,7
Total	413	100,0
Profession		
Ménagère	291	70,5
Commerçante	50	12,1
Étudiante	53	12,8
Agent de santé	9	2,2
Enseignante	10	2,4
Total	413	100,0
Statut matrimonial		
Marié	403	97,6
Célibataire	10	2,4
Total	413	100,0
Niveau d’instruction		
Primaire	33	8,0
Secondaire	55	13,3
Supérieur	28	6,8
Non scolarisé	297	71,9
Total	413	100,0

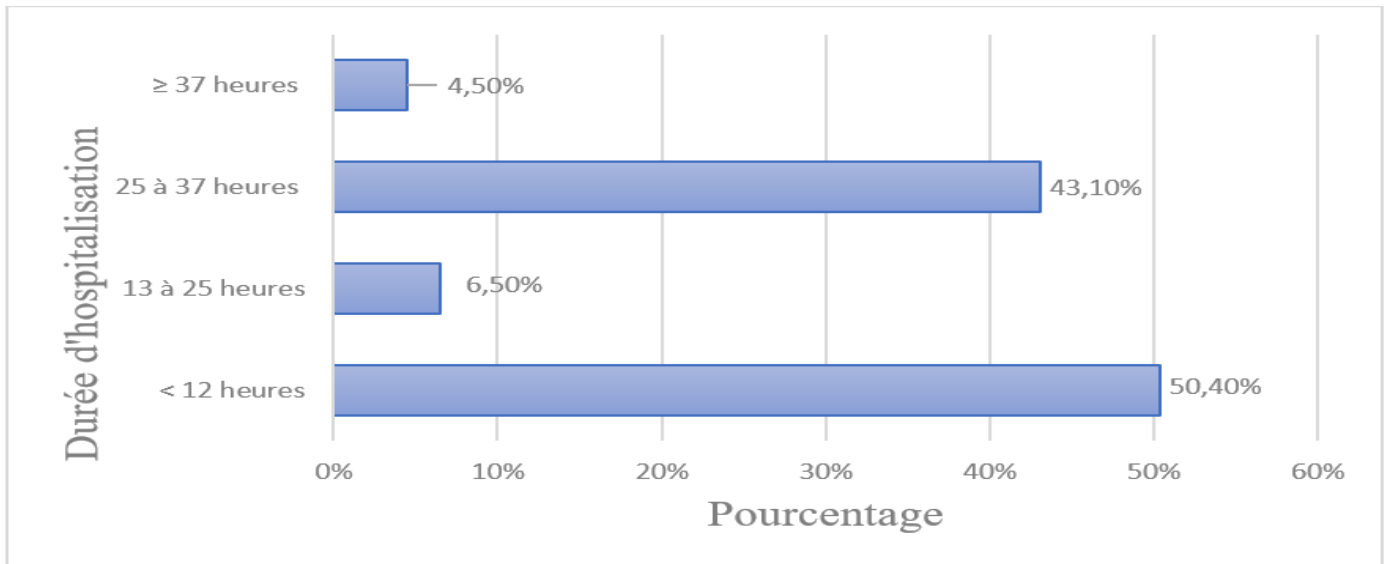


Figure 1 : Durée d’hospitalisation des patientes admises dans un tableau d’urgence obstétricales au csref de la commune V

Tableau II : Données cliniques des urgences obstétricales admises au CSRéf de la commune V du district de Bamako

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Mode d’admission		
Référée/évacué	304	73,6
Venu d’elle-même	109	26,4
Total	413	100,0
Motif d’admission		
Douleur abdominopelvienne	324	78,6
Perte liquidienne	25	6,0
Saignement sur grossesse	15	3,6
Hémorragies post-partum	10	2,4
Césarienne prophylactique	11	2,7
Céphalées	5	1,2
Pré éclampsie sévère	15	3,6
Accouchement prématuré	3	0,7
Anémie sévère sur grossesse	1	0,2
Consultation prénatale	2	0,5
Hystérectomie vaginale	1	0,2
Procidence du cordon 2ème degré battant	1	0,2
Total	413	100,0
Phase d’admission		
Non précise	42	10,2
Phase de latence du travail	135	32,7
Phase active	224	54,2
Phase post-partum	12	2,9
Total	413	100,0

Parité		
Nullipare	110	26,7
Pauci pare	96	23,2
Multipare	146	35,4
Grande multipare	61	14,8
Total	413	100,0
CPN		
Aucun	57	13,8
1 à 3	146	35,4
≥ 4	210	50,8
Total	413	100,0
Antécédant médicaux		
HTA	5	1,2
Diabète	1	0,2
Asthme	3	0,7
Aucun	404	97,9
Total	413	100,0
Antécédant chirurgicaux		
Césarienne	63	15,8
Myomectomie	1	0,2
Hernie discale	1	0,2
Appendicectomie	1	0,2
Aucun	345	83,5
Total	413	100,0
Antécédant gynéco obstétricaux		
Salpingectomie	1	0,2
Avortement	21	15,3
Aucun	391	94,7
Total	413	100,0

Tableau III : Types d'urgence obstétricales du csref de la commune V du district de Bamako

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Types d'urgence obstétricales		
Asphyxie fœtale aiguë	90	14,22
Prééclampsie	25	10,46
Présentations vicieuses (face, front, épaule)	22	10,46
Dilatation stationnaire	13	5,43
Hématome rétro placentaire	10	4,2
Rupture prématurée des membranes	20	8,36
Anémie sévère pendant la grossesse	7	2,92
Hémorragie du post-partum immédiat	8	3,34
Bassin généralement rétréci en travail	5	2,09
Placenta prævia hémorragique	4	1,7
Césarienne prophylactique pour utérus cicatriciel	189	19,12
Autres	20	
Total	413	100,0

Voie d'accouchement		
Voie basse	256	61,9
Césarienne	157	38,1
Total	413	100,0
Modalité de prise en charge		
Antibiothérapie	382	92,5
Révision utérine	160	38,7
Transfusion sanguine immédiate	9	2,2
Hystérectomies d'hémostase	3	0,7
Salpingectomie	2	0,5
Total	413	100,0

Tableau IV : Relation bivariée entre les variables étudiées et la survenue d'une urgence obstétricale

Caractéristiques	Urgences obstétricales		p-value
	Oui	Non	
Statut matrimonial			
Marié	236	167	0,02
Célibataire	2	8	
Tranche d'âge			
<18 ans	21	26	0,003
18-25 ans	87	77	
26-35 ans	99	60	
36-40 ans	20	12	
≥41	11	0	
Profession			
Ménagère	176	115	0,08
Commerçante	30	20	
Étudiante	21	32	
Agent de santé	5	4	
Enseignante	6	4	
Niveau d'instruction			
Primaire	24	9	0,003
Secondaire	23	32	
Supérieur	11	17	
Non scolarisé	180	117	
Parité			
Nullipare	57	49	0,52
Paucipare	51	45	
Multipare	91	55	
Grand multipare	36	25	
Tranche de CPN			
0 CPN	37	20	0,05
1-3 CPN	92	54	
≥4 CPN	109	101	

Antécédant médicaux

HTA	4	1	
Diabète	0	1	
Asthme	3	0	0,39
Aucun	230	172	
Antécédant chirurgicaux			
Appendicectomie	1	0	
Césarienne	59	4	
Myomectomie	1	0	
Hernie discale	1	0	0,001
Aucun	174	171	

Discussion

Au cours de notre période d'étude, nous avons enregistré 413 patientes ayant présenté une urgence obstétricale sur un total de 19342 patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la Commune V, ce qui représente une fréquence de 2%. Ce résultat est inférieur à ceux de Diallo MH et al (8) en Guinée qui trouvé une fréquence hospitalière de 20,29% des urgences gynécologiques et obstétricales. De même que Bagnan et al (7) dans leur étude qui ont rapporté une fréquence des urgences obstétricales dans 21,7% des cas en 2017. Une fréquence plus élevée a été notée dans l'étude réalisée en 2013 par Tchaou et al (9) au CHU de Parakou qui retrouvait une fréquence de 31,8% des urgences obstétricales. Cette fréquence était largement supérieure à celle observée dans les pays développés où elle est généralement inférieure à 1% (10) et 0,95% selon Lelong et al (11). Ceci montre que les urgences obstétricales restent un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en développement et témoignent de la qualité du système sanitaire.

- Données sociodémographiques

- Age

Dans notre étude la tranche d'âge était comprise entre 18 et 25 ans chez 39,7% des patientes, l'âge moyen était de $26,2 \pm 0,3$ ans avec extrêmes allant de 15 à 46 ans. Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M (12) qui dans son étude a trouvé une tranche d'âge comprise entre 20 et 35 ans dans 62,21% des cas.

Dembélé H (12) dans son étude a trouvé une tranche comprise entre 20 et 34 ans dans 53,19% des cas. Dans une étude menée par Traoré Y (13) au CSRéf de Nioro, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 14 à 19ans avec 45,33%. L'âge moyen était de 32 ± 12 ans dans une étude menée par Bannour et al (14) dans le service de gynécologie obstétrique de Sousse. Dans l'étude de Balde IS et al (1) en 2020, l'âge moyen était de $25,9 \pm 6,1$ ans avec des extrêmes de 14 et 44 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 26-30 ans avec respectivement 27,3 et 27,0%. Ainsi cet âge correspond certainement à la période à laquelle l'activité génitale de la femme culmine.

- Statut matrimonial

Au cours de notre étude le statut matrimonial était dominé par les mariées soit 97,6% des patientes. Ce résultat était comparable à celui de Bannour et al (14) qui ont eu un taux de 93,08%. Traoré Y (13) a recensé dans son étude un taux de 99,23% de mariées. Dans l'étude de Diabaté M (12), les femmes mariées ont représenté 98,3% des patientes. Ces taux élevés de mariées seraient imputables aux mariages précoces qui prévalent dans nos pays africains. Le mariage y est une norme sociale et l'adolescente est mariée précocement selon les prescriptions religieuses ou coutumières.

- Niveau d'instruction

La majorité des patientes était non scolarisée avec 71,9% contre 28,1% scolarisée parmi lesquelles 13,3% avait un niveau secondaire, supérieur (6,8%) et

primaire dans 8,0%. Ce résultat était inférieur à celui de Diabaté M (12) qui a rapporté un taux de 99,42% des non scolarisées. Les non scolarisés ont représenté presque la totalité des patientes soit 97% dans l'étude de Traoré Y (13). Dans l'étude de Togola L 69,1% des patientes étaient non scolarisées (15). Nos résultats corroborent avec ceux rapporté par l'enquête démographique et de santé du Mali qui a trouvé 66% des femmes en âge de procréer n'ayant aucun niveau d'instruction. L'instruction est un élément déterminant dans la compréhension du message de sensibilisation pour le maintien en bonne santé. Les femmes instruites pourraient mieux comprendre l'importance des mesures de prévention au cours de la grossesse en effectuant les consultations prénatales de façon régulière.

- Données cliniques

- Mode d'admission

Dans notre étude les patientes ont été référées/évacuées dans 73,6% des cas. Bannour et al (14) dans leurs études ont rapporté que seulement 6,53% (n=131) des patientes étaient référées parmi celles admises en urgence. Le mode d'admission était l'évacuation dans 47,68% des cas, dans l'étude de Diabaté M [28]. Danioko N [33] et Sanogo ST [34] ont rapporté respectivement 78% et 63,54% de patientes évacuées. Ces résultats pourraient s'expliquer d'une part par le faible niveau socioéconomique dans notre contexte qui peut entraîner des retards de consultations. D'autre, le CSRef de la Commune V bien que situé en pleine ville, est la référence de plusieurs centres de santé communautaires périurbains, mais aussi très sollicité par les populations et centres des zones rurales reculées, à cause de sa notoriété dans les soins gynéco-obstétricaux.

- Motif d'admission

Au cours de notre étude les motifs d'admission étaient principalement marqués par la douleur abdominopelvienne dans 77,7% des cas. Notre résultat était similaire à ceux de Bannour et al (14) qui trouve les douleurs pelviennes avec 38% des cas dans l'étude comme motifs d'admission les plus fréquents.

- Parité

Dans notre étude, les multipares étaient majoritairement représentées soit 35,4% des cas. Ce résultat est proche de celui de Ouattara D (16) qui a rapporté 39,5% de primipares, suivies des multipares 26,7%. Notre résultat était différent de celui de Danioko N (17) chez qui les multipares étaient majoritaires avec un taux de 55,3% des cas.

- Consultations prénatales

Dans notre étude, le nombre de consultation prénatale était supérieur ou égal à 4 dans 50,8% des cas. Dans l'étude de Diabaté M (12) 104 sur 172 des patientes ont fait une à trois consultations prénatales soit 60,46%. Dans l'étude de Danioko N (17) plus de la moitié des patientes, soit 51,3% n'avaient réalisé aucune CPN. Notre résultat était inférieur à celui de Ouattara D (16) qui a recensé 66,7 % de patientes avec une à quatre consultations prénatales. Dembélé H [29] dans son étude a trouvé un taux de 24,24% de patientes ayant réalisées quatre CPN. L'efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des consultations, selon la récente enquête démographique et de santé du Mali (EDS-VI, 2018) moins de la moitié des femmes (43 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales (6). Étant donné que les femmes enceintes sont potentiellement à risque de complications obstétricales, une consultation régulière avec un professionnel de la santé est recommandée tout au long de la grossesse, car il s'agit d'une occasion optimale pour les prestataires de soins de santé d'identifier les femmes à risque accru dès le début de la grossesse et de fournir le soutien nécessaire et éduquer les femmes enceintes sur les événements inattendus (18). Plusieurs pays ont commencé à mettre en œuvre les dernières directives de l'Organisation mondiale de la santé recommandant les 8 contacts pendant la période prénatale. Ceci est louable car il s'agit d'une excellente occasion de réduire la morbidité et la mortalité périnatales, ce qui inclut la détection des facteurs de risque et donc d'améliorer l'expérience de soins des femmes.

- Antécédents médicaux

Dans notre étude, seulement 2,1% des patientes

avaient un antécédent médical dont l'hypertension artérielle dans 1,2%. Ce résultat était comparable à celui de Diabaté M (12) qui rapporté dans son étude que seulement 1,16% avaient une anémie et 0,58% l'asthme comme antécédent médical ; 2,33 % avaient un antécédent d'hypertension artérielle. Dans l'étude de Traoré AS (19), L'hypertension artérielle gravidique (HTAG) était l'antécédent médical retrouvé chez 11,5% des patientes. Les troubles hypertensifs de la grossesse (HDP) sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales dans le monde et potentiellement une menace critique pour la santé maternelle et infantile (20). Selon l'étude de Basta et al (21), parmi les femmes souffrantes de troubles hypertensifs sur grossesse, la mortinatalité était deux fois plus élevé que celles normo tendues (ORajusté=2,62 [1,46-4,40]), cinq fois plus de décès néonatal précoce (ORajusté=5,0 [2,40- 10,50]) et cinq fois plus d'accouchement prématuré (ORajusté=5,16 [3,42-7,79]). La gestion et la prévention des troubles hypertensifs de la grossesse devraient être un aspect important pour prévenir les complications maternelles et néonatales afin d'accélérer les progrès vers l'amélioration de la survie néonatale.

- Antécédents chirurgicaux

Au cours de cette étude il ressort qu'aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé chez 83,5% toutefois nous avons noté un antécédent chirurgical dans 16,5% dont la césarienne dans 15,8% suivie la myomectomie, la hernie discale et l'appendicectomie dans 0,2% chacun. Ce résultat est supérieur à celui de Diabaté M (12) qui dans son étude a trouvé 4,7% des patientes avec un antécédent de césarienne. Dans l'étude de Traoré A S (19) sur le plan chirurgical les antécédents étaient une césarienne 11,5%, une laparotomie 1 cas et une cure herniaire 1 cas.

- Type d'urgence obstétricale

Dans notre étude les urgences obstétricales étaient marquées par l'asphyxie fœtale aiguë et l'utérus cicatriciel sur bassin limite dans 13,8% des cas chacun suivi de la pré-éclampsie dans 10,5% et la présentation vicieuse (face, front, épaule) dans 9,2% des cas. Dans l'étude de Bannour et al (14) la grossesse débutante

était la raison principale du recours aux urgences gynécologiques et obstétricales. Dans l'étude de Bagnan et al (7), les urgences hémorragiques, les urgences hypertensives et les souffrances fœtales aiguës avec respectivement 36%, 24,5% et 15,3% sont les urgences les plus fréquentes. Tchaou et al dans leur étude avaient trouvé une souffrance fœtale dans 15,2% des cas (9). Par contre dans celle d'Etoundi P et al (22), les pathologies hypertensives étaient au premier rang (72,3%: prééclampsie, éclampsie, HELLP syndrome), suivies par des pathologies hémorragiques (13,5%: hémorragie antépartum). L'asphyxie fœtale aiguë met en jeu le pronostic vital du fœtus dans les heures voire les minutes qui suivent son installation par l'hypoxie. Elle nécessite une prise en charge rapide et adéquate.

- Prise en charge

Dans notre étude l'accouchement par voie basse a représenté 61,9% des cas. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé dans l'étude de Bonkoungou PZ et al (8), où la césarienne avec 91,9% a été la principale intervention réalisée et les dystocies ont été les principales indications opératoires avec 49,9%. L'accouchement par césarienne fut réalisé dans 51,78% des cas dans l'étude de Traoré Y (13).

Dans notre étude la prise en charge était constituée de l'antibiothérapie chez 92,5% des patientes. Dans l'étude de Diabaté M (12) la césarienne et la révision utérine/perfusion d'ocytocine étaient la prise en charge étiologique la plus représentée.

- Durée d'hospitalisation

Dans notre étude la majorité des patientes avait séjourné moins de 12 heures de temps à l'hôpital. La durée moyenne était de 25,4±1,0 heures avec des limites allant de 6 à 72 heures. Dans l'étude de Diabaté M (12) la majorité des patientes ont fait 3 à 5 jours d'hospitalisation soit dans 65,69%. Dans l'étude de Traoré Y (13) cette durée était de 3 à 7 jours dans 55,82% des cas et dans celle de Tchaou et al (9), la durée moyenne d'hospitalisation était de 4,0 ± 3,4 jours avec des extrêmes de 1 à 23 jours. La durée d'hospitalisation dépend de l'approche thérapeutique en fonction de l'étude clinique des patientes.

- Pronostic

Au cours de notre étude nous avons enregistré douze (12) cas de décès maternel soit 2,90%. Tchaou en 2013 à Parakou (9) a rapporté un taux de 0,4% de décès maternel. Par contre le taux de létalité maternelle était de 2,3% dans l'étude de Bagnan et al (7). Lelong et al (11) a rapporté 2,08% de taux de mortalité maternelle. Selon Etoundi et al (22), la prise en charge s'était soldée par un taux de mortalité maternelle de 9,6%.

Le décès périnatal dans notre étude était de 3,3% des cas. Ce taux de mortalité était supérieur à celui de Diabaté M (12) qui a enregistré le décès dans 2 cas soit 1,16%. Dans l'étude de Kamaté A(23) La mortalité des nouveau-nés était de 5,9%. Traoré Y (13) a rapporté un taux de mortalité fœtal de 27,6% dans son étude. La pauvreté, la distance, le manque d'informations, et l'inadéquation des services paraissent comme des facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement.

- Relation bivarié entre l'urgence obstétricale et les autres variables

Dans notre étude toutes les variables étudiées étaient statistiquement significative avec un $p < 0,05$ à l'exception des variables professions, parités, et l'antécédant médical, ce résultat est proche de ceux de S R SIB et al dans leur étude réalisée au Burkina (24) trouvant que toutes les variables étaient statistiquement significative.

- Limites de l'étude :

L'étude étant rétrospective certains dossiers n'ont pas pu être retrouvés. Certaines informations n'étaient pas disponibles dans les dossiers

Conclusion

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité du centre de santé de référence de la commune V. Elles concernent surtout la femme jeune, les étiologies sont diverses, dominées surtout par la souffrance fœtale aigue, l'utérus cicatriciel. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité

de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel du centre de santé de référence de la commune V pour leur soutien à la collecte des données.

Contributions des auteurs

A K a été responsables de la collecte, S T, S D, C A C, M T, S K ont été responsables de l'analyse et de l'interprétation des données et de la rédaction de l'article. S S D, N T, H S, O S, S D ont supervisé l'élaboration du protocole d'étude, la collecte des données, l'analyse et le rapport final et a été chargées de réviser le manuscrit et d'approuver la version finale pour soumission. Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble du personnel du centre de santé de référence de la commune V

Appui financier

Nous n'avons reçu aucun appui financier extérieur.

*Correspondance :

Souleymane Seckou DIARRA

diarrasoul24@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Septembre 2025

- 1 : Institut National de Santé Publique
- 2 : Faculté de Médecine et Odonto-stomatologie de Bamako
- 3 : Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati (Mali)
- 4 : Centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Baldé O, Diallo MH, Sylla I, Mamy MN, Barry AB, Baldé IS, et al. Perinea trauma during childbirth: socio-demographical aspect and management at obstetrical gynecology department Donka National Hospital (Guinea-Conakry). *Open J Obstet Gynecol.* 2019;9(11):1486-91.
- [2] Mustafa Adelaja L, Olufemi Taiwo O. Maternal and fetal outcome of obstetric emergencies in a tertiary health institution in South-Western Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol.* 2011;2011:160932.
- [3] Drife J. Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? [Internet]. [cité 2025 mars 28]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18178527/>
- [4] Organisation mondiale de la Santé. Les progrès réalisés par l'Afrique en matière de mortalité maternelle et infantile sont en recul, selon un rapport de l'OMS. 2023.
- [5] Nguinzanémou CJK, Mejjiozem BOB, Nazita SN, Fiobème FD, Ngatimo EV, Palet JEKK, et al. Determinants of prematurity at the Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB). *Open J Pediatr.* 2022;12(5):850-6.
- [6] EDSM-VI. Enquête démographique et de santé 2018. Rapport de synthèse [Internet]. 2018 [cité 2025 avr 1]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>
- [7] Bagnan JAT. Les urgences obstétricales à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou: aspects épidémiologiques et pronostiques. *J SAGO Gynécologie Obstétrique Santé Reprod* [Internet]. 2017 [cité 2025 avr 1];18(2). Disponible sur: <https://www.jsago.org/index.php/jsago/article/view/11>
- [8] Diallo MH, Diallo FB, Keita M, Baldé DB, Barry AB, Baldé IS, et al. Gynecological and obstetrical emergencies at the University Clinic of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Donka Guinea. *Open J Obstet Gynecol.* 2021;11(12):1862-74.
- [9] Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin: aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs [Internet]. 2015 [cité 2025 avr 1]. Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2317887>
- [10] Owono Etoundi P, Metogo Mbengono AJ, Tchokam L, Danwang C. Complications obstétricales admises en réanimation: épidémiologie, diagnostic et pronostic [Internet]. [cité 2025 avr 1]. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/746?articlesBySimilarityPage=92>
- [11] Lelong E, Pourrat O, Pinsard M, Goudet V. Admission of women to an intensive care unit during pregnancy or the postpartum period: circumstances and prognosis. A retrospective series of 96 cases [Internet]. 2013 [cité 2025 avr 1]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415058/>
- [12] Diabaté M. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de maternité du centre de santé de référence de Diéma, région de Kayes, Mali. 2021.
- [13] Traoré Y. Évaluation du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales au CSREF de Niore du Sahel de 2015 à 2018. 2020.
- [14] Bannour I, Limam M, Rjiba G, Bannour R, Ajmi T. Les urgences gynéco-obstétricales au service de gynécologie obstétrique de Sousse: étude épidémiologique et devenir des consultants. *Pan Afr Med J.* 2022 oct 3;43:53.
- [15] Togola L. Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de santé de référence de Yanfolila. 2015.
- [16] Ouattara D. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune I du

district de Bamako. 2016.

- [17] Danioko. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de santé de référence de Koulikoro. [année non précisée].
- [18] Kolola T, Morka W, Abdissa B. Antenatal care booking within the first trimester of pregnancy and its associated factors among pregnant women residing in an urban area: a cross-sectional study in Debre Berhan town, Ethiopia. *BMJ Open*. 2020 juin 22;10(6):e032960.
- [19] Traoré AS. La mortalité et morbidité maternelle des urgences obstétricales en réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNFS). 2023.
- [20] Garovic VD, White WM, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, et al. Incidence and long-term outcomes of hypertensive disorders of pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2020 mai 12;75(18):2323-34.
- [21] Basta M, Hanif K, Zafar S, Khabazeh A, Amin F, Sharif Khan S, et al. Impact of hypertensive disorders of pregnancy on stillbirth and other perinatal outcomes: a multi-center retrospective study. *Cureus*. 2022;14(3):e22788.
- [22] Etoundi PO, Mbengono AM, Tchokam L, Danwang C, Tcheyanou LK, Ela AA, et al. Complications obstétricales admises en réanimation: épidémiologie, diagnostic et pronostic. *Health Sci Dis [Internet]*. 2017 janv 10 [cité 2025 avr 1];18(1). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/746>
- [23] Kamate. Complications obstétricales et périnatales de l'accouchement de macrosome dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. USTTB. 2022.
- [24] Sib SR. La césarienne en urgence et son délai de réalisation au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso. *J SAGO Gynécologie Obstétrique Santé Reprod [Internet]*.

2024 août 8 [cité 2025 avr 2];25(2). Disponible sur: <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/175>

Pour citer cet article

SS Diarra, S Doumbia, CA Coulibaly, S Togola, A Keita, N Telly et al. Etude épidémiologique et clinique des urgences obstétricales en 2022 au Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako, Mali. *Jaccr Public Health* 2025; 1(1): 13-26
<https://doi.org/10.70065/2511.jaccrPubhealth.002L013009>