



Article original

Pronostic maternel et périnatal des patientes évacuées en milieu obstétrical : une cohorte rétrospective de 10 ans réalisée à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor, Dakar, Sénégal

Maternal and perinatal prognosis of obstetrically evacuated patients: a 10-year retrospective cohort conducted at the maternity unit of the gynecology and obstetrics department of the Philippe Maguilen Senghor Health Center, Dakar, Senegal

M Wade*¹, M Gueye¹, A Mbodji¹, MD Ndiaye¹, IS Gueye¹, DA Diallo¹, M Sene¹,
P Sow¹, AT Gueye¹, MN Sylla¹, M Mbaye¹

Résumé

Objectifs : Évaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes évacuées en milieu obstétrical.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective réalisée à la Maternité du centre de santé Philippe Maguilen Senghor du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2020 portant sur les patientes porteuses d'une grossesse de plus de 22 semaines d'aménorrhée reçues pour la prise en charge de leur accouchement. Les accouchées étaient réparties selon qu'ils venaient de leur domicile ou issues d'un transfert. Les données étaient extraites de notre base de données informatique E- perinatal puis analysées dans le logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS 24, version Mac).

Résultats : Nous avons enregistré 48535 accouchements. Les évacuations représentaient 16,8% (8145) des accouchements. La majeure partie provenait hors district avec un taux de 91,7%. La moyenne d'âge des transférées était de 27,1 ans. On

note un taux de césarienne 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. La probabilité de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevée chez les patientes évacuées. Conclusion : Cette étude confirme les résultats d'études antérieures sur le pronostic défavorable des patientes admises par le biais d'une évacuation médicale. Elles nécessitent dès lors une attention particulière.

Le taux d'évacuées provenant hors du District sanitaire appelle à une révision de la carte sanitaire de la région de Dakar ou à rendre fonctionnelles les autres structures de référence de chaque district sanitaire afin d'améliorer le pronostic des patientes évacuées en réduisant le facteur temps.

Mots-clés : Évacuées, Référées, Accouchement, Pronostic, District, Dakar.

Abstract

Objectives: To evaluate the maternal and perinatal prognosis of patients evacuated to the obstetrical setting.

Methodology: This was a retrospective cohort study conducted at the Maternity Hospital of the Philippe Maguilen Senghor Health Center from January 1, 2011 to December 31, 2020, on patients with a pregnancy of more than 22 weeks of amenorrhea who were received for the management of their delivery. The deliveries were divided according to whether they came from their home or from a transfer. Data were extracted from our computerized E-perinatal database and analyzed in the Statistical Package for Social Science (SPSS 24, Mac version).

Results: We recorded 48535 deliveries. Evacuations represented 16.8% (8145) of deliveries. Most of them came from outside the district with a rate of 91.7%. The average age of those transferred was 27.1 years. The cesarean section rate was twice as high among the evacuated patients (42.4%) compared to a rate of 20.2% for the control group. The probability of an Apgar score lower than 7 at the fifth minute and of early neonatal death was 3 times higher in the evacuated patients. **Conclusion:** This study confirms the results of previous studies on the unfavorable prognosis of patients admitted by medical evacuation. They therefore require special attention.

The rate of evacuees coming from outside the health district indicates the need to revise the health map of the Dakar region or to make the other referral structures in each health district functional in order to improve the prognosis of evacuated patients by reducing the time factor.

Keywords: Evacuated, Referred, Delivery, Prognosis, District, Dakar.

Introduction

La mortalité maternelle et la mortalité périnatale constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement où surviennent 99%

des décès maternels et périnataux [1]. Au Sénégal, la mortalité maternelle reste encore élevée ; elle est de 236 pour 100 000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé de 2017 [2]. Par ailleurs, il a été démontré qu'en Afrique subsaharienne le pronostic obstétrical est aggravé par plusieurs facteurs dont la carence des consultations prénatales, le retard aux soins et les mauvaises conditions d'évacuation [3]. En effet, le temps est un facteur vital pour la survie des femmes présentant des complications. Trois types de retard peuvent avoir une incidence sur les chances d'une femme de survivre à une urgence obstétricale : le retard dans la décision de consulter un prestataire de santé quand les signes d'alarme apparaissent ; le retard à atteindre un établissement de santé et le retard à la prise en charge une fois que la femme arrive à l'établissement [3].

Plusieurs études ont été réalisées au Mali et dans la sous-région Ouest-africaine sur la problématique du système de référence contre-référence des urgences obstétricales [4,5]. Pour cela, une place importante est à accorder à la problématique de la référence / évacuation car le pronostic en dépend.

Le Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor est le centre de référence du District Ouest. À la suite du redéploiement du personnel de la maternité de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) le Dantec de Dakar, il est passé du niveau I au niveau II et, depuis 2011, devenant ainsi la première maternité de la région de Dakar. Le Centre reçoit diverses catégories de patientes de tous les districts de la région de Dakar et des régions du Sénégal. Les évacuées y occupent une part importante. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude dont le principal objectif était d'évaluer le pronostic maternel et périnatal des patientes admises à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective

réalisée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR. Cette étude s'étale sur une durée de 120 mois, allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2020. Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR est une structure de niveau 2 où des activités chirurgicales y sont régulièrement effectuées. Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, de sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-natals, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La chirurgie programmée est réalisée tous les jours et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale et endoscopique).

Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes ayant accouché par voie basse d'une grossesse au-delà de 22 semaines d'aménorrhée au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR durant la période de l'étude.

Les paramètres étudiés étaient les suivants : le mode d'admission ; la provenance des référées selon le district ; les caractéristiques socio-démographiques ; les données de la grossesse et de l'accouchement (terme de la grossesse à l'admission, mode d'admission, type de grossesse, mode d'accouchement) ; les données néonatales (état à la naissance, score d'Apgar, issue néonatale) ; l'issue maternelle ; les complications traumatiques liées à l'accouchement (épisiotomies, déchirures périnéales); les complications obstétricales. Les données étaient saisies dans notre base de données informatique E-Perinatal. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord dans Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS 24, version Mac). Pour les variables qualitatives, nous avons déterminé les pourcentages et pour les variables quantitatives nous avons calculé les paramètres de position et de dispersion.

Dans la partie analytique des résultats, les variables qualitatives étaient décrites par des proportions par rapport à leur part totale.

L'issue obstétricale et néonatale était comparée par le test du Khi 2 entre les deux groupes (Exposées/ non Exposées) à un taux de significativité de $p = 0,05$. Les issues avec une différence significative étaient secondairement évaluées dans un modèle de régression logistique binominale en fonction du mode d'admission en prenant le mode « domicile » comme variable de référence. Enfin, selon un modèle de régression multivariée, nous avons ajusté les risques relatifs en fonction d'autres paramètres dont l'issue sur le paramètre évalué est connue. Il s'agit de l'âge et la parité des patientes, ainsi que le poids de naissance des nouveau-nés. Les issues sont résumées en une information minimale : le risque relatif assorti de son intervalle de confiance (IC).

Résultats

Durant la période d'étude, le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a enregistré 48535 accouchements. Plus d'une patiente sur 6 (16,8%) était admise provenant d'une autre structure sanitaire. La quasi-totalité des évacuées provenaient des autres districts sanitaires de Dakar et du Sénégal alors que moins d'une évacuée sur 10 provenait du District-Ouest. La parité, l'âge de la patiente ainsi que le poids de naissance étaient des facteurs influents sur le mode d'admission comme le montre le tableau 1. Les caractéristiques des patientes sont résumées dans le tableau II.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge, la parité et le poids de naissance

	Domicile (Non expo- sé)	Transfert (Exposé)	p
Age (ans)	27,4	27,1	<0,001
Nullipares (%)	14,3	19,9	<0,001
Poids de nais- sance (g)	3057,9	3007,3	<0,001

RR : Risque Relatif ; IC : Intervalle de Confiance

Par ailleurs, le taux de césarienne était 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre

un taux de 20,2% pour le groupe témoin. Ces dernières avaient aussi un pourcentage d'épisiotomie plus élevé (30,1% chez les exposées contre 25,4% chez les non exposées). La probabilité de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevée chez les patientes évacuées comme le montre le tableau III.

Tableau II : Caractéristiques générales des patientes

	Effectif	Pourcentage
Mode d'admission		
Domicile	40390	83,2%
Transfert	8145	16,8%
Provenance		
District ouest	678	8,3%
Hors district	7467	91,7%
Terme de l'accouchement		
Pré-terme	1456	3%
Terme	45137	92%
Post-terme	1941	4,6%
Type de grossesse		
Monofœtale	47078	97,3%
Gémellaire	1261	2,6%
Présentation		
Sommet	45921	94,6%
Siège	2249	4,6%
Autres	361	0,8%
Induction du travail		
Spontanée	44652	92%
Déclenchement	1456	3%
Césarienne avant travail	2426	5%
Mode d'accouchement		
Voie Basse spontanée	36965	76,1%
Césarienne	11570	23,8%
État fœtal à la naissance		
Vivant	47 791	98,5%
Mort-nés frais	728	1,5%
État fœtal à la naissance		
Score d'Apgar ≥ 7	46620	95,5%
Score d'Apgar < 7	2185	4,5%

Tableau III : Répartition de certaines issues maternelles et néonatales selon le mode d'admission

	Domicile		Transfert		p
	N	RR	N	RR	
Pronostic	%	IC	%	IC	
Épisiotomie	8228 20,4	1	1422 17,5	1,167 1,358-1,718	0,001
Déchirure	2828 8,8	1	364 7,8	0,895 0,807-0,993	0,036
Césarienne	8127 20,2	1	3443 42,4	2,264 2,139-2,395	0,000
Score d'Apgar < 7	1534 3,8	1	781 9,6	1,529 1,358-1,718	0,000
Réanimation	5881 14,6	1	2494 30,6	1,715 1,610-1,828	0,000
Décès Néonatal	78 0,2	1	28 0,3	0,914 0,582-1,434	0,696
Morts Nés Frais	452 1,1	1	292 3,6	1,976 1,631-2,398	0,000

*RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance

Avant ajustement, les patientes évacuées avaient un risque plus élevé de césarienne et d'épisiotomie comparées aux patientes admises en provenance de leur domicile comme le montre le tableau V. Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile.

Les patientes évacuées avaient en plus 2 à 6 fois plus de risque d'avoir au moins une complication obstétricale directe comparés à celles venant de leur domicile comme le montre le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : Répartition de certaines complications néonatales selon le mode d'admission

	Domicile		Transfert		p
	N	RR	N	RR	
	%	IC	%	IC	
Hémorragie du post-partum	115 0,3	1	161 1,97	1,897 1,333-2,695	<0,001
Rupture Utérine	58 0,3	1	94 1,15	2,551 1,650-3,937	<0,001
Hémorragie ante partum	508 1,3	1	299 3,7	2,849 2,450-3,300	<0,001
Dystocie	2165 5,4	1	3371 41,8	3,174 2,949-3,424	<0,001
Pré-éclampsie Sévère	854 2,1	1	1459 17,9	3,571 3,205-3,984	<0,001
Septicémie	1	1	1	6,602 0,375-10	0,232
Décès Maternel	17	1	16	2,518 2,450-3,300	<0,001

*RR= Risque Relatif ; IC= Intervalle de confiance

Après ajustement à l'âge, la parité et au poids de naissance, nos résultats restent significatifs. Ainsi, même si ces derniers influent sur le mode d'admission, leurs actions sur le pronostic maternel et néonatal restent négligeables sur les résultats, il en est de même pour la probabilité de survenue d'une complication obstétricale en fonction du mode d'admission comme le montre les tableaux ci-après.

Discussion

• Principaux résultats

Durant notre période d'étude, le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a enregistré 48535 accouchements dont 8145 évacuées, soit une fréquence de 16,8%. La moyenne d'âge était de 27,1 ans et la parité moyenne était de 1,39 avec des extrêmes de 0 et 13. Les patientes qui étaient admises par le biais d'un transfert étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 27,1 ans. Ces dernières, comptaient plus de nullipares (19,9% contre 14,3%) et le poids de naissance des nouveau-nés était plus faible. Le taux de césarienne était 2 fois plus élevé chez les patientes évacuées soit 42,4% contre un taux de 20,2% pour le groupe témoin. Le risque de survenue d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la cinquième minute ainsi que celle d'un décès néonatal précoce était 3 fois plus élevé chez les patientes évacuées. Elles avaient en outre un risque plus élevé de césarienne comparées aux patientes admises en provenance de leur domicile. Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile. Les patientes évacuées avaient en plus 2 à 6 fois plus de risque d'avoir au moins une complication obstétricale directe comparés à celles venant de leur domicile.

• Interprétation de nos résultats

Fréquence des évacuées

Durant la période d'étude, l'évacuation s'élevait à 16,8% de l'ensemble des accouchements. Notre taux est inférieur à ceux rapportés par Traoré au Mali (24,4%) [6]. Par contre, il est nettement supérieur à ceux rapportés par Camara au Mali (14,8%) [7],

Thiero [8] au CHU Gabriel Toure (12,9%) et Macalou [9] à l'hôpital régional de Kayes (11,5%). Dans les pays développés, les évacuations sont exceptionnelles car il existe toujours, annexé à la maternité, un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence [10].

En Afrique, la fréquence des évacuations est diversement appréciée. Cela dépend de la zone, du mode et de la durée de recrutement. En effet, dans certaines régions, il existe des « déserts médicaux » du fait de l'insuffisance de structure sanitaire et de ressources humaines de qualité qui fait que les hôpitaux sont souvent dits de référence. Notre fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le centre de santé de Philippe Maguilen Senghor dispose d'un service d'accueil d'urgence obstétricale toujours opérationnel d'une part et d'autre part la proximité des autres districts sanitaires qui représentent 91,7% des patientes référées. Par ailleurs, ce fort pourcentage de patientes « hors district » met à nu les failles du « réseau SONU » dans la région de Dakar. En effet, la logique voudrait que les patientes se rendent dans la formation sanitaire la plus proche de leur lieu de résidence. Mais la réalité est tout autre et très complexe, tant les raisons évoquées sont multiformes. La dernière enquête de la direction de la santé et de la mère sur la fonctionnalité des blocs opératoires dans la région de Dakar montre en 2020, que sur 22 structures, seules 12 étaient fonctionnelles obligeant les patientes à faire le tour des hôpitaux pour enfin aboutir dans notre structure.

Pronostic maternel

Les principales complications auxquelles les patientes étaient exposées étaient la césarienne et les lésions traumatiques du périnée. Nous avons noté un taux de césarienne de 42,4% chez les patientes transférées. Ces résultats, diffèrent de ceux rapportés par d'autres auteurs comme Traoré dans un district référence de Bamako qui retrouvait un taux de césarienne de 64,22 % chez les évacuées [11] et nettement inférieur à ceux de Thiam à Ndoum avec un taux de césarienne de 33,2% chez les patientes évacuées [12]. Ces taux de césarienne élevés chez les évacués peuvent être

imputés au système de référence obstétricale mal cordonné pouvant être source de retard à la prise de décision d'évacuation et à la difficulté de trouver un point de chute lorsqu'une régulation est faite par le SAMU. La nécessité de rendre fonctionnels les blocs opératoires et de rendre les soins obstétricaux d'urgence accessibles au niveau des centres de santé qualifiés avec un très bon personnel de réanimation peuvent contribuer à réduire la fréquence ainsi que la morbidité en rapport avec les évacuations.

Malgré les recommandations de l'OMS qui suggèrent une utilisation restrictive de l'épisiotomie, l'épisiotomie a été pratiquée chez 30,1% patientes évacuées. Ce taux, même s'il est supérieur aux directives et recommandations internationales, telles que celles du Royal College of Obstetricians (RCOG) [13] qui recommande un taux inférieur à 30% et du Collège américain d'Obstétrique et de Gynécologie (ACOG) [14], peut être expliqué par les caractéristiques des patientes dans le groupe qui comporte plus de nullipares et de patientes jeunes. Fort de ce constat, il s'impose des mesures pour réduire cette pratique chez les patientes en prêtant plus d'attention au le management de l'accouchement dans ce groupe de patientes.

Pronostic périnatal

Le pronostic néonatal défavorable était plus corrélé aux évacuées comparées aux patientes venant de leur domicile. En effet, la survenue d'un score d'Apgar à la naissance inférieure à 7 et d'une mort fœtale était plus l'apanage des patientes référées avec des risques relatifs respectifs de 1,392 et 2,192. Cette tendance est observée dans plusieurs études africaines [9,15]. Cette augmentation du risque de décès pourrait s'expliquer d'une part par certains facteurs en rapport avec la référence elle-même (décision tardive d'évacuer, problème lié à la régulation) et d'autre part par les limites de notre structure. En effet, le centre de santé Philippe Senghor ne dispose pas d'un service de néonatalogie pour la prise en charge urgente et correcte des nouveau-nés. Le centre ne dispose que d'une unité de néonatalogie qui fonctionne grâce à la délégation de compétence et l'appui de la chaire

de pédiatrie par la présence d'un médecin pédiatre en spécialisation.

La question de la prise charge néonatale à Dakar reste une préoccupation majeure. En effet, seules trois maternités au Sénégal sont équipées pour prendre correctement en charge les nouveau-nés à Dakar. L'une ne dispose pas de maternité et est limitée par le nombre de lits/couveuses. La construction de pôles mère-enfant et la mise en place d'un réseau de périnatalogie permettraient de réduire cette morbi-mortalité néonatale élevée liée à l'évacuation.

• **Implications de nos résultats**

À la lumière de nos résultats, la référence obstétricale est corrélée à un mauvais pronostic néonatal et maternel. Il est ainsi nécessaire de mieux structurer les références par :

la mise en place d'un dispositif d'information et de communication performante entre les structures ;

la création d'un service d'accueil médical d'urgence obstétricale dédié exclusivement à la régulation et aux transports médicalisés des parturientes ;

l'ouverture des structures non fonctionnelles du réseau SONU ;

la mise en place d'un réseau de périnatalogie car la dimension néonatale est très peu prise en considération aussi bien dans les programmes de santé globaux qu'au niveau des pays. L'une des principales causes de cette soi-disant "négligence" est que la néonatalogie est très peu prise en considération par les programmes de lutte contre la mortalité maternelle et les programmes de lutte contre la mortalité infantile, le nouveau-né est un peu oublié entre les deux, tandis que la logique de santé publique plaide pour l'inverse, que les deux stratégies se chevauchent au niveau du nouveau-né qui est inséparable de la mère.

• **Forces et limites de l'étude**

La force de cette étude était la taille de l'échantillon avec 48535 accouchements. L'étude était aussi réalisée dans une maternité universitaire où plusieurs études ont été produites.

Cependant, il s'agissait d'une étude rétrospective qui expose à des données incomplètes pouvant être à l'origine d'un biais dans le recensement de certaines

complications obstétricales. Par exemple, nous n'avions colligé que 2 cas de septicémie.

Conclusion

Le taux d'évacuées provenant hors du District sanitaire appelle à une révision de la carte sanitaire de la région de Dakar ou à rendre fonctionnelles les autres structures de référence de chaque district sanitaire afin d'améliorer le pronostic des patientes évacuées en réduisant le facteur temps. En outre, le Centre de santé Philippe Senghor ne dispose pas de ressources humaines et matérielles pour faire face à plus de 5000 accouchements par année dont près de 10 % de prématurés. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale devrait prendre en charge cet aspect par le biais de la Région Médicale de Dakar en redéfinissant les priorités.

*Correspondance

Mouhamadou WADE

wade200903kia@hotmail.fr

Disponible en ligne : 28 Juillet 2022

1 : Université Cheikh Anta DIOP, Dakar Senegal ; Centre de santé Phillipe Maguilen SENGHOR : BP 29026, Dakar, route de l'aéroport

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2005: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève; 2005. 261p (1-12).
- [2] Youssoufa Ndiaye, Seck P A, Fall MM. Le Plan National de Développement Sanitaire et Social. Sénégal; 2018.

- [3] Matthews Mathai, World Health Organization. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. 63p p.
- [4] Sidiki B. Guindo. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. [THESE]: Université de Bamako; 2008.
- [5] Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, Traoré AT, Doumbia S. Problematique du systeme de reference-contre-reference des urgences obstetricales et l'implication des communautes dans le district de Bamako. *Mali medical*, 2015; 3:34-7.
- [6] Traore Y. évaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au csref de Niore du sahel de 2015 a 2018. [thèse]: Université de Bamako; 2020.
- [7] CAMARA W. Evacuations sanitaires obstetricales : profil epidemiologique et pronostic materno-foetal au centre de sante de reference de la commune v du district de bamako A propos de 4280 cas. [Thèse]: Université de Bamako; 2018.
- [8] Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 160 cas. [Thèse]: Université de Bamako; 1995.
- [9] Macalou B, Dembele S, Diassana M, Sidibe A, Hamidou A, Berthe D, Bocoum A, Fane S, Teguede I, Traore Y. Les Évacuations Obstétricales à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Health Science and Disease*. mai 2021;21(5):90-4.
- [10] Berlan M, Morel O, Gayat E. Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. Elsevier Mason. 2008;
- [11] EA, EP, YD. Les Évacuations Sanitaires Obstétricales dans un Hôpital de Deuxième Niveau de Référence du District de Bamako. *AfrMéd*. 1997;26(250):165-170.
- [12] Thiam O, Cissé ML, Mbaye M, Niang MM, Gueye M, Diouf AA, Dièye S, Moreau JC. La problematique des parturientes evacuees en zone rurale Senegalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum. *RAMReS2S*. 2013;1(2):6.
- [13] RCOG. The Management of Third and Fourth perineal degree Green top Guideline. 2015.
- [14] Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. juill 2016;128(1):226-7.
- [15] Cisse B. évaluation du système de référence/évacuation

des urgences obstétricales au csréf de markala. [Thèse]:
Université de Bamako; 2013.

Pour citer cet article :

M Wade, M Gueye, A Mbodji, MD Ndiaye, IS Gueye,
DA Diallo et al. Pronostic maternel et périnatal des
patientes évacuées en milieu obstétrical : une cohorte
rétrospective de 10 ans réalisée à la maternité du
service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de
Santé Philippe Maguilen Senghor, Dakar, Sénégal.
Jaccr Africa 2022; 6(3): 192-200