

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2009-2010

Thèse N°.....

Etude clinique, épidémiologique et prise en charge
des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse
dans le service de gynécologie obstétrique
du centre de santé de référence de la Commune V
Du District de Bamako

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie

Par **M. Sidiki A. Guindo**

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

JURY :

Président du jury: Pr. Amadou Ingré Dolo

Membres du jury: Dr. Boubacar Traoré

Co-directeur de thèse Dr. Ibrahima Tékété

Directeur de thèse : Pr. Mamadou Traoré

Je remercie Dieu le tout puissant, créateur du ciel et de la terre, créateur de l'univers et de toutes ses composantes, pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Eternel Dieu duquel nous venons et auquel nous retournerons.

Hommage à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui).

DEDICACES

Je dédie cette thèse à mes parents, grands parents, amis, proches et collaborateurs.

A mon père Amadou Ergoly Guindo

A mes grand-mères: Yatèmèlou & Laya Doyon (in memorium)

A mes mères: Mariam, Dingkorma, Dené, & Anta

A mes frères& sœurs

A mes amies: Michèlle Malacour, Fanjas Annick , José Julien

A tous les membres de l'association destination Bamba

REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement:

- la famille feu Amion Guindo
- mes oncles et tantes
- Mr Allasséiny Telly & famille
- mon cousin Issa Guindo
- Mr Bocar Attoye Guindo
- Mes amies et compagnons: Dr Sidiki B Guindo, Dr Etienne Guirou, Dr Eloi Dara et Ousmane Din, Youssouf TELLY
- mes collègues internes du CSRefCV
- tous mes professeurs du primaire à la faculté
- Dr Soumana Oumar Traoré
- tout le personnel du service

A notre Maître et président de thèse Professeur Amadou Ingré DOLO

- **Professeur titulaire de Gynécologie- Obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**
- **Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré.**
- **Président du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle.**
- **Membre fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).**
- **Point focal de la vision 2010 au Mali.**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique qui a vu le jour sous votre impulsion.

A notre Maître juge Dr Boubacar TRAORÉ

- **Gynécologue obstétricien**
- **Médecin chef du CSRef de la CVI du District de Bamako**
- **Secrétaire général de la SOMAGO**

Cher maître nous vous remercions de votre confiance en acceptant de siéger dans ce jury

A coté de vous nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique, à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens élevé du travail bien fait.

Aussi, nous avons découvert vos connaissances sans limites et toujours d'actualité.

Vos qualités de formateurs et votre respect pour les autres.

Vous êtes et vous resterez un exemple à suivre.

En témoignage de votre reconnaissance indéterminé, nous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux

A notre maître et co-directeur de thèse, le docteur Ibrahima TEGUETE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Maître clinique au CHU Gabriel TOURE**

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre caractère social fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres.

Vous qui nous avez donné l'engouement pour la gynécologie et l'obstétrique par vos qualités expressives, persuasives et votre leadership. Vous nous n'avez toujours considérés comme des jeunes frères. Nous avons beaucoup appris à vos côtés, merci pour la qualité de votre encadrement. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir faire. Recevez ici, l'expression de toute ma profonde gratitude et ma haute considération. Que Dieu vous assiste dans toute votre vie.

A notre maître et directeur de thèse le professeur Mamadou TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMPOST**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SAGO**
- **Membre du réseau malien de la lutte contre la mortalité maternelle**
- **Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée à nous, en nous acceptant au sein de votre structure.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, de toute notre vie, de la méthodologie de travail que vous nous avez inculqué

Veillez accepter cher maître, notre reconnaissance et notre haute considération.

Sommaire

DEDICACES

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HISTORIQUE, ABREVIATIONS

CHAPITRES	PAGES
1- INTRODUCTION	1
2- GENERALITES.....	5
3- METHODOLOGIE	33
4-RESULTATS.....	35
5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	58
6-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
REFERENCES	69
ANNEXES.	

Liste des abreviations

ATCD: Antécédent

BDCF: Bruit du coeur foetal

CC : Centimètre cube

CIVD: Coagulation intra-vasculaire disséminée

CPN: Consultation prénatale

Cm : Centimètre

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

EDS-4 : quatrième enquête démographique et de santé Mali

FMPOS: Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

HPG: Hopital Gabriel Touré

HTA: Hypertension artérielle

HRP: Hématome rétro-placentaire

IVG: Interruption volontaire de grossesse

Kg: Kilogramme

mn: Minute

ml: Millilitre

Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CSRef de la CV du district de Bamako

MFIU: mort foetal in utéro

NFS: Numération formule sanguine

OMS: Organisation mondiale de la santé

PFC: Plasma frais congelé

PF: Planning familial

PP: Placenta praevia

PEV: Programme élargi de vaccination

RU: Rupture utérine

SA: Semaine d'aménorrhée

SIS: Système d'information sanitaire

TA: Tension artérielle

TC: Temps de coagulation

TCA: Temps de cephaline activé

TCK: Temps de cephaline Kaolin

TP: Taux de prothrombine

TS: Temps de saignement

USAC: Unité de soins, d'animations, et de conseils

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Tableau V : Répartition des patientes selon la provenance

Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité

Tableau VII: Répartition des patientes selon la parité

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Tableau IX: Répartition des patientes selon les facteurs favorisant la survenue des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

Tableaux X: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Tableau XI: Répartition des patientes selon les examens complémentaires

Tableau XII: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Tableau XV: Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre (en heures)

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission au stéthoscope de pinard

Tableau XX: Répartition selon la pathologie et le début du travail à l'admission

Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'état du bassin

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'aspect des saignements

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le diagnostic

Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'étiologie de l'hémorragie

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le traitement effectué.

Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} min.

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon la cause de l'hémorragie

Tableau XXX: Répartition des mort-nés et des décès néonataux précoces selon la cause de l'hémorragie

Tableau XXXI: Pronostic vital des nouveau-nés évacués en néonatalogie de l'HGT durant la première semaine

Tableaux XXXII: Répartition des mort-nés selon le mode d'admission des mères

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la survenue des complications maternelles.

Tableaux XXXIV: Répartition des patientes selon le type de complication

Liste des graphiques

Graphique1: Répartition des patientes selon le type de présentation foetale

Graphique2: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Liste des annexes

Annexe 1. Fiche signalétique

Annexe 2. Fiche d'enquête

Annexe 3. Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION

I. Introduction

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant, cette naissance comporte un risque mortel pour des milliers de femmes à travers le monde [8].

Les hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum constituent la 1^{ère} cause de décès maternel dans le monde [10]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante. Environ 525.000 femmes meurent par an dans le monde pendant la grossesse, l'accouchement ou dans le post-partum suites aux complications obstétricales [8].

Dans nos pays en voie de développement, cette mortalité est encore plus marquée, atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés. Au Mali, elle est de 464 décès pour 100000 naissances vivantes (EDS-4). Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnue, le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire et la rupture utérine constituent les principales causes d'hémorragie au 3^{ème} trimestre. Ces complications obstétricales justifient les nombreuses évacuations sanitaires d'une maternité vers un centre mieux équipé.

Elles peuvent parfois être la conséquence d'une prise en charge insuffisante:

- Manque de moyens thérapeutiques
- Manque de personnels compétents
- Retard à l'évacuation

Au Mali à l'Hôpital Gabriel Touré (HGT), KANE F en 1998 a trouvé 67 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements, soit 2.6% des accouchements effectués dans cet hôpital.

Le même auteur trouvait que les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse représentaient 18.75% des causes de décès maternel, avec les taux de mortalité maternelle et fœtale respectifs de 4.54% et 57.57%.

Diakité. R, en 2003 a trouvé 82 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 3696 accouchements au centre de santé de référence de la commune IV (CSRéf CIV) du district de Bamako, soit 2,22%.

Des travaux antérieurs ont été consacrés au Mali à ces hémorragies de façon globale et spécifique, le présent travail a pour intérêt de rechercher un changement éventuel de la situation avec la refonte du système de santé et vise les objectifs suivants:

I.1. Objectifs

1.1 .1.Objectif général

- Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse

1.1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Déterminer les caractéristiques sociodemographiques des patientes
- Préciser les facteurs étiologiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire les aspects thérapeutiques.
- Etablir le pronostic maternel et fœtal.
- Formuler des recommandations.

GENERALITES

II. Généralités

2.1. Définitions

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée (S.A) [14]. Elles compliquent 2 à 5% des grossesses.

2.2. Historique

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs.

Le repérage ultrasonique mit fin au doute depuis la publication de DONALD en 1958. Les premières césariennes pour placenta pærvia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA. Il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit d'être fait dans le traitement du placenta prævia.

Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher trans-cervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta. Parmi ces auteurs, on peut citer DOSNANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934.

Il semble que c'est PORTAL qui, le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher trans-cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [38]. Plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [38].

En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte de l'infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort [16]. Les premières études sur la rupture utérine ont

été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. MICHAELLIS reconnaissait les principales causes de rupture utérine: disproportion fœto-pelvienne, présentation transverse.

RIGLEY opposait les hémorragies «accidentelles» de l'hématome retro-placentaire aux hémorragies «inévitables» du placenta prævia. BAUDELOQUE a décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro-placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par DEEKERMAN qu'en 1936.

COUVELAIRE en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

3. Rappel anatomique

3.1. Utérus gravide

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide comprend anatomiquement: le corps, et le col entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur. A terme, son poids varie entre 900-1.200g. Sa capacité à terme est de 4 à 5 litres [28]

3.1.1. Le corps utérin

Il subit des modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissus conjonctifs et pour moitié de tissus musculaires. Le péritoine appelé séreuse adhère intensivement à l'ensemble du corps utérin.

La fin du 6^{ème} mois de la grossesse, la hauteur utérine est de 24 cm et sa largeur de 16 cm; à terme, l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm. A terme, l'épaisseur des parois est de 8-10 cm au niveau du fond et de 5-7 cm au niveau du corps [28].

3.1.2. Le col utérin

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la grossesse, le volume et la largeur changent peu, la circonférence devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares. Chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [28].

3.1.3. Le segment inférieur

C'est la partie basse de l'utérus gravide comprise entre le corps et le col. Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- **Forme** : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut.
- **Dimensions et limites**: le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur, 9-12 cm de largeur et 3-5 cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporeale.

- Structure: le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- Caractère: son caractère essentiel est la minceur 2-4 mm qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation fœto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.
- Physiopathologie: l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vu clinique, physiologique et pathologique.
 - Sur le plan clinique: il montre la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.
 - Sur le plan physiologique: c'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement qui, après avoir conduit la contractilité corporeale vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, mal distendu dans la dystocie.
 - Sur le plan pathologique: il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique. C'est lui qui est concerné dans la grande majorité des ruptures utérines et c'est sur lui que s'insère le placenta prævia.

3.2. Le placenta

En latin placenta signifie GATEAU. Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même que l'embryon. Il commande les échanges entre l'embryon et la mère [33].

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste.

Le placenta humain qui prend naissance en tant que organe distinct entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse, acquiert sa structure définitive dès le début du 5^{ème} mois.

3.2.1. Structure du placenta

Examiné après délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïde elliptique. Il mesure 16-20 cm de diamètre, son épaisseur 2-3 cm au centre, 4-6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600 g soit le sixième de celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion.

Le placenta comprend 2 faces et un bord:

a- La face fœtale: encore appelée plaque chorale, lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter-villeuse une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités:

- Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation, la plaque chorale à la lame basale

- Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

b- La face maternelle: encore appelée lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter-villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou Nitabuch et d'une caduque basale au niveau de la quelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [28]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utéro-placentaires. Les artères varient entre 180-500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base ou au hasard dans la chambre inter-villeuse. Quant aux veines, leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouve la chambre inter-villeuse [28]. A la périphérie du placenta, la plaque basale adhère activement à la plaque chorale.

c- Le bord: il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

d- La physiologie du placenta: le placenta considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto-placentaire ».

D'une extrême complexité, et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus. Il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. En fin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes :

- Par simple diffusion
- Par les molécules porteuses

- Par l'intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

Les échanges placentaires sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

3.2.2. La circulation placentaire

Elle est double: maternelle et fœtale.

La circulation utéro-placentaire s'établit au 14^{ème} - 15^{ème} jour de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter-villeuse. Le sang arrive dans celui-ci par des artères qui ont perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau, constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités.

A la périphérie de la chambre inter-villeuse, existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéro-placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600 ml/mn et le débit artériel fœtal de 160 ml/kg/mn à terme. La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales, les capillaires qui recueillent les éléments nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits:

- Le premier consiste en l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux. Toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [33].
- Le troisième fait est du à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12 m² lorsqu'elle parvient à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [28].

3.3. Les membranes de l'œuf

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

3.3.1. L'amnios

C'est une membrane mince, transparente et résistante qui circonscrit de dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

3.3.2. Le chorion

C'est une membrane fibreuse, transparente située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios à l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon de mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

3.3.3. La caduque

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte trois parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou sérotine de HUMTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire

réfléchi qui recouvre l'œuf et accolée au chorion extra-placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col.

A terme, les caduques ovulaires et pariétales sont intimement accolées mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios. Membrane jaune tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [28].

4. Etiologies:

4.1 Le placenta prævia:

4.1.1 Définition:

C'est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.

Il représente selon de nombreux auteurs, la première cause d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

a- La classification anatomique:

Elle correspond à la situation du placenta pendant la grossesse et comprend trois variétés:

- La variété latérale: le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- La variété marginale: le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.
- La variété recouvrante: Le placenta recouvre l'orifice cervical. Au cours de la grossesse du fait de la formation du segment inférieur le placenta peut s'éloigner de l'orifice du col

b-classification échographique:

Elle décrit le placenta bas inséré postérieur ou antérieur avec type [1 2 3 4], chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col de l'utérus [Bessis].

b-1 Placenta bas inséré antérieur:

On lui décrit quatre types :

- Type1: le placenta atteint le tiers supérieur de la vessie.
- type2: le placenta recouvre les deux tiers supérieur de la vessie.
- type3: le placenta atteint l'orifice interne du col.
- type4: le placenta recouvre l'orifice interne et atteint la paroi postérieure.

b-2 **le placenta bas inséré postérieur:** il existe aussi quatre types:

- type1: le placenta situe a moins de 4cm du col sans l'atteindre
- type2: le placenta atteint l'orifice interne
- type3: le placenta atteint le tiers inferieur de la vessie
- type4: le placenta recouvre la totalité du mur postérieur de la vessie.

c- la classification clinique :

Elle envisage la situation du placenta pendant le travail d'accouchement. Elle comprend deux variétés:

- La variété non recouvrante : Ici le bord placentaire ne déborde l'orifice cervical interne.
- La variété recouvrante: Une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

4.1.3 Pathogénie de l'hémorragie

Dans le placenta prævia, les hémorragies constituent le principal symptôme. Elles surviennent généralement au cours du travail d'accouchement mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle, le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta tandis que la circulation fœtale et protégée par revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités, le fœtus peut également saigner.

Vu la complexité du mécanisme de ces hémorragies, plusieurs théories ont été proposées. Nous rapportons ici deux théories:

- Théorie de tiraillement des membranes de PINARD

Lors des contractions utérines de fin de grossesse ou du début de travail, la tension intra-utérine qui s'exerce sur le pôle inférieur de l'œuf est inégalement répartie sur la surface des membranes ; le petit coté des membranes, étant plus sollicité que le grand coté des membranes. A un moment le petit coté moins élastique tire sur le bord inférieur du placenta et tend à le décoller, provoquant ainsi l'hémorragie à moins qu'une rupture providentielle des membranes n'intervienne pour éviter cet accident [38]

- Théorie du glissement :

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique, mais et surtout celles des variétés centrales [38]

Ces théories qui semblent apparemment opposées sont en fait complémentaires en raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia.

4.1.4 Etude clinique

a -signe fonctionnel:

Le signe fonctionnel essentiel est constitué par l'hémorragie. Elle survient dans les trois derniers mois de la grossesse ou pendant le travail d'accouchement, l'hémorragie externe est faite du sang rouge indolore insidieux sans horaire particulier.

Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable.

Les variétés latérales saignent tôt, leurs hémorragies se répètent pendant la grossesse et s'arrêtent souvent pendant le travail.

Les variétés centrales au contraire sont souvent silencieuses pendant la grossesse mais saignent avec brutalité qu'au début du travail d'accouchement.

b- Signes généraux:

Ils sont en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence.

On observe tous les degrés des effets de la spoliation sanguine depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardiovasculaire et l'état de choc.

C. Signes physiques

- Le palper abdominal permet de percevoir un utérus souple qui se relâche bien, sans contractions utérines. La présentation est facile à repérer ; elle est haute et mobile, mal accommodée au détroit supérieur. L'auscultation des bruits du cœur fœtal est normale, entre 120 et 160 battements par minute et il n'y pas de signes de souffrance fœtale en absence d'un état de choc.
- l'examen au spéculum:

Il est fait avec prudence et élimine une cause locale de saignement: polype, cervicite, cancer, le col est sain, il existe des caillots dans l'orifice cervical.

- le toucher vaginal:

Très prudemment conduit montre un col de l'utérus long avec un segment inférieur mal formé.

Dans les variétés recouvrantes, les doigts tombent directement sur le matelas placentaire, le doigt revient avec du sang rouge vif.

4.2. L'hématome rétro-placentaire (HRP)

4.2.1 Définition

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la partie interne de l'utérus.

Il est généralement la conséquence de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, mais il peut aussi être dû à un traumatisme.

4.2.2. Pathogénie de l'hémorragie

Le phénomène initial serait un spasme des artéioles basales provenant des artères spiralées irriguant la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra-vasculaire.

Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisé à la zone utéro-placentaire. Ainsi se constitue l'hématome rétro-placentaire. Le sang extériorisé n'est pas toujours proportionnel au degré de saignement.

4.2.3. Etude clinique

Le début est brutal, l'HRP survient parfois sans prodromes ni même hypertension artérielle préalable.

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tous l'utérus, suivie de perte de sang noir.

a- Signes généraux

Sont ceux du choc:

- le pouls s'accélère et s'affaiblit,
- l'altération rapide de l'état général
- le faciès angoissé
- la tension artérielle élevée au début, chute brutalement traduisant le choc
- les urines sont réduites en quantité, la protéinurie existe, elle est soudaine et massive: c'est l'ictus albuminurique.

b- Signes physiques

L'examen: l'utérus qui est le siège de l'hémorragie, devient dur comme du bois, dur partout et dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est d'autant plus dur que l'hémorragie externe est minime. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre

- A l'auscultation:

Les bruits du cœur sont généralement absents

- Au toucher vaginal:

Le segment inférieur est dur et tendu, participe à l'hypertonie utérine. La poche des eaux est également tendue si le col est ouvert. Le doigtier ramène du sang noirâtre. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

4.3. La rupture utérine (RU)

4.3.1. Définition

C'est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide [28]. Sont exclus de cette définition les déchirures du col utérin et les perforations utérines consécutives à une manœuvre abortive ou à un curetage. On distingue:

- La rupture utérine simple qui survient sur un utérus sain
- La rupture utérine secondaire qui survient sur un utérus cicatriciel

- La rupture spontanée qui survient d'elle même
- Les ruptures provoquées surviennent par exemple après un accident de circulation.

De diagnostic parfois difficile, la rupture utérine reste une cause importante de mortalité maternelle: 20 à 39,04% selon les auteurs.

Elle est à l'origine' de 11,94% des hémorragies du 3^{ème} trimestre [16].

4.3.2. Pathogénie de l'hémorragie

L'hémorragie survenant à la suite de l'hémopéritoine a trois origines:

- saignement des berges utérines lésées
- la désinsertion du placenta richement vascularisé
- la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

La rupture sur utérus cicatriciel qui est une déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

4.3.3 Etude clinique

Il existe trois (3) phases:

4.3.3.1 Phase prodromique

Permet de prévoir l'accident ; les signes d'hypertonie utérine apparaissent les premiers: l'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, l'utérus se relâche mal. La gestante supporte mal la douleur.

4.3.3.2 Phase d'imminence de la rupture

La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire: c'est le signe de BANDL FROMMEL traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction, le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

4.3.3.3 Rupture

Les signes sont inconstants, la douleur peut disparaître ou persister, l'utérus est libéré, le fœtus est dans l'abdomen rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant.

Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation fœtale n'est pas perçue.

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [22].

4.4. Rupture de vaisseau prævia ou l'hémorragie de BENKISER

Elle peut se voir lors de la rupture spontanée des membranes s'il existe une insertion vélamenteuse du cordon. Le liquide amniotique est sanglant, teinté de sang veineux. L'urgence est extrême, il apparaît des signes de souffrance fœtale au monitoring, il faut extraire l'enfant par césarienne. A l'examen du délivre on trouvera le vaisseau rompu sur les membranes. En cas de doute sur l'origine du saignement, l'examen d'une goutte de sang au microscope permet de voir qu'il s'agit d'hématies ponctuées, d'origine fœtale.

Elle se manifeste par un saignement indolore, sans modification de l'état maternel, mais la mortalité fœtale est de 90%.

L'échographie avec doppler à codage couleur permet parfois d'en faire le diagnostic avant la rupture de la membrane.

5. Le traitement:

5.1. Le traitement préventif

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont le plus souvent imprévisibles. En effet de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur. Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale qui, bien menée permet de déceler certains facteurs de risque tel qu'une HTA, une cicatrice utérine, les

malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi- fœtale, les antécédents d'hématome rétro-placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac.

5.2. Le traitement curatif

Il doit être assuré par une équipe comprenant: un (1) obstétricien et son aide, un (1) anesthésiste réanimateur et un (1) pédiatre.

5.2.1. Le but du traitement curatif

- arrêter l'hémorragie
- évacuer l'utérus si nécessaire
- corriger les éventuelles complications

5.2.2. Les moyens

a. Le traitement général

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelle que soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [17]. De façon générale et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelle que soit l'étiologie de l'hémorragie:

- mise en place de deux voies veineuses de gros calibre.
- mise en place d'une sonde urinaire.
- oxygénation du malade (réanimation)
- Bilan préparatoire: s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe Rhésus, NFS) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène).

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible.

Les solutés, les cristalloïdes comme le ringer lactate ou sérum salé à 0,9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 /ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extra-vasculaire.

Si les colloïdes (par exemple haemacel) sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500 cc en 24 heures puisque les volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps anti-D des globules rouges et des dérivés de sang ABO rhésus compatibles peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lors qu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50 ml/kg |heure ou 100ml/mn. Aucune autre perfusion de solution, ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé du sang en dehors des additifs comme du calcium.

La correction des troubles de la coagulation: fibrinogène, plasma frais congelé (PFC) plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000mm³ avec saignement actif. La prévention de l'infection par les antibiotiques si nécessaire.

b- Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie:

b.1. Le placenta prævia

Toute hémorragie du troisième trimestre de la grossesse quelle que soit son importance nécessite une hospitalisation dans un établissement de niveau II ou III.

Il y a trois modalités thérapeutiques:

- la césarienne
- l'expectative
- la rupture des membranes

Certains facteurs doivent être pris en considération avant toute décision:

- Le volume du saignement: le but du traitement est d'arrêter l'hémorragie avant que la vie de la mère ne soit en danger, une hémorragie qui entraîne un état de choc nécessite une intervention compte tenu de l'âge de la grossesse et de l'état fœtal.
- L'existence d'un travail spontané est à prendre en compte, le laisser se poursuivre dépend de l'importance du saignement, de la localisation du placenta (latéral ou non) et des possibilités de rupture artificielle des membranes.
- L'état fœtal: si l'enfant est post-mature ou mort, il n'y a pas de raison de prolonger la grossesse, s'il est prématuré on essayera ou contraire de temporiser au maximum sans mettre en danger la vie de la gestante.
- En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion sanguine doit être faite d'urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. Le seul moyen d'arrêter l'hémorragie est ici de vider l'utérus quels que soient le terme ou le degré de dilatation du col.
- En cas d'hémorragie importante avec placenta recouvrant, la césarienne doit être la règle associée éventuellement à la transfusion

sanguine. Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée. Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie, << Une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang >> disait on déjà au XVIIIème siècle [4]; en l'absence d'anomalie du travail, l'accouchement se fait par voie basse dans le cas contraire la césarienne s'impose.

En cas d'hémorragie moyenne au minime on fait à l'admission un groupe sanguin, une numération formule sanguine (NFS). On procède à la mise en place d'une perfusion de grosses molécules en attendant le sang; une échographie pour localisation placentaire en dehors de l'urgence; dosage de l'hémoglobine deux fois par semaine. La malade transfusée si l'hémoglobine tombe en dessous de 9g/dl.

Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34^{ème} SA, si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse. Dans le cas contraire la césarienne est indiquée.

Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA l'attitude thérapeutique est l'expectative. La transfusion sanguine est réalisée dans le but de maintenir l'hématocrite > 30%.

- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif
- Corticothérapie pour accélérer la maturation pulmonaire (Celestène injectable, 12mg à renouveler 24heures après)
- Repos stricte au lit avec interdiction de toucher vaginal. Après la 34^{ème} SA, une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité, on améliore le pronostic foetal, mais on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le foetus.

b-2 Hématome retro-placentaire (HRP)

Dans la prise en charge de l'HRP, cinq objectifs doivent être atteints:

- Traitement du choc
- Arrêt de l'hémorragie
- Evacuation de l'utérine
- Correction de l'anémie
- Correction des éventuels troubles de la coagulation.

Trois autres facteurs doivent être pris en comptes:

- l'état cardiovasculaire de la mère
- la vitalité du fœtus
- la maturité fœtale

Devant un hématome discret de diagnostic échographique l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature; si l'état maternel est bon et ne se détériore pas, il n'y a pas de signe de choc, le saignement a cessé, le rythme cardiaque fœtal est bon. Un enregistrement biquotidien du rythme cardiaque fœtal est réalisé, associe une échographie bi-hebdomadaire pour apprécier le bien être fœtal. On vérifiera en même temps la totalité du volume de l'hématome. Si la patiente est hypertendue, si le fœtus est hypotrophique; la surveillance de la circulation ombilicale au Doppler pulsé sera réalisée une fois par semaine. Il faut envisager l'accouchement, dont la voie dépend des conditions obstétricales et des possibilités de surveillance du fœtus.

Devant un hématome modéré ou sévère, ce qui est le cas le plus fréquent, il n'y pas de place pour l'expectative. Il faut agir vite et efficacement.

A l'admission, une perfusion de grosses molécules sera posée immédiatement après avoir fait les prélèvements pour le groupe sanguin, l'hématocrite, l'hémoglobine, la NFS complète et un bilan de coagulation. Le sang sera commandé au centre national de transfusion et transfusé dès que possible.

Une sonde urinaire est mise en place on notera la diurèse horaire de même que le pouls, la tension artérielle toutes les 15 mn.

S'il apparaît des troubles de la coagulation (hématome aux points de piqûre ; hématurie ; hémorragie digestive) confirmés par le bilan biologique, il faut prévoir du sang frais et du fibrinogène.

Le but de toutes ces mesures est de préparer l'évacuation l'utérine dans de bonnes conditions.

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un enfant vivant et viable avec accouchement non imminent. L'accouchement par voie basse peut être accepté si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signe de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocine. On préférera la voie basse si le fœtus est mort ou non viable [21].

b.3. Rupture utérine

Le traitement de la rupture utérine est chirurgical. Il doit être complété par celui du choc et celui de l'infection.

- Le traitement chirurgical: les ruptures utérines sont opérées par la voie abdominale qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

5.3 La surveillance

Elle est clinique et échographique:

❖ La surveillance clinique:

Elle se base sur l'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (BDCF), les mouvements actifs du fœtus, les contractions utérines, le saignement et la diurèse, la stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement, les suites de couches doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection et du risque thrombo-embolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anti-coagulant chez des personnes à risque, une kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [33].

❖ La surveillance échographique:

L'échographique renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel. Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps.

Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement institué.

5.4. Evolution et complication

L'évolution peut être favorable en cas de prise en charge précoce et adaptée, la grossesse se poursuivant jusqu'à terme ; cependant en l'absence de traitement ou lorsque celui-ci est inefficace, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être:

5.4.1. Le choc hypovolemique:

Particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques et pouvant entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse par un vaso-spasme des artères nourricières de l'antéhypophyse, responsable du syndrome du SHEEHAN ou hypopituitarisme du post-partum décrit en 1937 par SHEEHAN [11].

5.4.2. Les troubles de la coagulation

Ils sont dus à une irruption massive dans la circulation sanguine de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination. L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution de plaquettes et du taux de fibrinogène.

Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

5.4.3. Les syndromes rénaux

« Le rein de choc »

Les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie transitoire car un traitement bien conduit la guérira.

« La nécrose corticale du rein »

Elle s'observe dans les suites de couches et la mort survient par anurie, les lésions glomérulaires sont définitives.

5.4.4. Le pronostic

5.4.4.1. Le pronostic maternel:

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce à l'extraction du fœtus par césarienne et aux transfusions sanguines, la morbidité maternelle reste par contre élevée.

L'anémie et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux et thrombotiques (surtout en cas de césarienne).

Il faut noter également les risques liés à la transfusion sanguine surtout avec l'avènement du VIH/SIDA.

Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles mettant fin à la procréation et aux règles avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela peut avoir sur la vie du couple.

5.4.4.2. Le pronostic fœtal:

En général, il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours mais l'anémie; la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent les facteurs favorisant la mort-in utero et la mortalité péri natale.

Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 35 et 39 S.A

METHODOLOGIE

III.METHODOLOGIE

3.1. Lieu et cadre d'étude

Le CSRef CV a été créé en 1992 avec un plateau technique minimal. A la faveur de l'essor des prestations, ce centre a été choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée et érigé à la même année en centre pilote du district de Bamako. Géographiquement le CSRef CV est situé sur la rive droite du fleuve Niger.

Le service de gynécologie obstétrique se compose:

-D'un bloc opératoire comprenant 2 salles d'opération: une salle pour les interventions d'urgence et l'autre pour les interventions programmées. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation.

Le service de gynécologie obstétrique dispose 42 lits, une salle d'accouchement avec 4 tables.

- Une unité de consultation gynécologique
- Une unité des urgences gynécologiques
- Une unité de grossesse à risque
- Une unité de CPN
- Une unité de planning familial et post-natal
- Une unité de post-opérée
- Une unité d'accouchement/ suite de couches normales
- Une unité d'AMIU (aspiration manuelle intra-utérine).

Le service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique.

Type d'étude

Notre étude est transversale.

Elle s'est étendue sur une période de 12 mois (1^{er} Avril 2007 au 30 Mars 2008)

3.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes enceintes admises au CSRef CV pendant la période d'étude quel que soit le motif. Le total de ces admissions était de 7542 gestantes. Toutes ces parturientes sont admises au service de gynécologie-obstétrique.

Les complications urologiques et médicales graves étaient référées aux services appropriés. La plupart de ces gestantes était soit référées soit évacuées

3.6. Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas d'hémorragies au 3^e trimestre de la grossesse admis dans le service pendant notre période de l'étude.

Au total 119 cas de grossesses compliquées d'hémorragie au troisième trimestre ont été répertoriés sur 7242 admissions.

3.7. Critères d'inclusion

Toute femme enceinte d'au moins 28 SA admise pour hémorragie dans notre service pendant la période d'étude.

NB : Age gestationnel déterminé à partir de la date des dernières règles connue ; une échographie précoce (avant 16 SA).

3.8. Critères de non inclusions

Les cas d'hémorragie au 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse, ainsi que celles qui ont présenté une hémorragie du post-partum ont été exclus de cette étude.

3.9. Déroulement de l'enquête:

Le questionnaire initial a été établi dans le but d'un enregistrement systématique de tous les dossiers d'obstétriques du service. Une maquette de saisie a été conçue sur le logiciel Epi info 6.04 et validée en réunion de staff.

Contraintes: nous avons été obligés de compléter certaines informations et la retro-information sur l'état des nouveau-nés adressés en néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré se faisait avec difficulté, mais surmontée grâce à la collaboration des collègues.

3.10. Collecte des données

Pour effectuer ce travail, nous nous sommes présentés tous les jours au Centre de Santé de Référence de la Commune V en consultant les supports ci-dessous cités:

Supports :

- Les dossiers obstétricaux complétés au besoin par:
- Le registre d'accouchement
- Le registre de compte rendu opératoire
- Le fiche d'hospitalisation des malades
- Le formulaire d'enquête.

Technique de collecte:

La collecte des données a été faite par la lecture des documents sus-cités par consignation des informations sur la fiche d'enquête.

3.11. Saisie et analyse des données:

Les données récoltées sur une fiche d'enquête, ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 6.04.

3.11. Variables

Plusieurs paramètres ont été étudiés pour notre population d'étude de 119 patientes :

- les données socio démographiques: Age, ethnies état matrimonial, profession, provenance
- les antécédents: gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux
- le mode d'admission
- le diagnostic d'entrée et le diagnostic retenu
- l'issue de la maladie maternelle et fœtale

3.12. Définitions

- **Primigeste**: il s'agit de la femme qui est à sa première grossesse
- **Paucigeste**: il s'agit de la femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse
- **Multigestes**: les femmes qui ont fait entre deux (2) et six(6) grossesses
- **Grandes multigestes**: les femmes qui ont fait plus de six (6) grossesses
- **Nullipares**: il s'agit des femmes qui n'ont pas fait d'accouchement
- **Primipares**: les femmes qui sont à leur premier accouchement (grossesse d'au moins 28 SA)
- **Multipares**: les femmes qui ont fait entre deux(2) et six(6) accouchements
- **Grandes multipares**: les femmes qui ont fait plus de six(6) accouchements
- **Bon état général**: les signes vitaux sont stables et dans les limites normales. Le patient est conscient et son état de santé est satisfaisant. Il fait de progrès favorables.
- **Obnubilée**: est l'état de somnolence entre congé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire
- **Altéré**: les signes vitaux sont instables et hors des limites normales
- **Venue d'elle même**: gestante ou parturiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre.
- **Référée**: toute gestante ou parturiente adressée par un agent de santé ou une structure sans notion d'urgence.
- **Evacuée**: gestante ou parturiente adressée par un agent de santé ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- **Mort-né**: tout nouveau-né dont le score d'Apgar est nul à la naissance.

RESULTATS

IV.RESULTATS :

4.1. La fréquence:

Du premier Avril 2007 au 30 Mars 2008, nous avons enregistré 7542 admissions pendant la grossesse. Pendant la même période nous avons recensé 119 grossesses compliquées d'hémorragie au troisième trimestre soit 1,6% . Les taux relevés dans la littérature oscillent entre 2 et 5%.

4.2. Les caractéristiques sociodémographiques :

4.2.1. âge

Tableau I: Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge (années)	Effectif	Pourcentage
<15	3	2,5%
15-19	14	11,8 %
20-24	27	22,8%
25- 29	32	26,9%
30-34	21	17,7%
35-39	18	15,1%
40-44	3	2,5%
45-49	1	0,8%
Total	119	100%

La tranche d'âge 25-29 ans était la plus représentée dans l'échantillon avec 26,9%.

4.2.2. Niveau d'instruction

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Analphabète	105	88,2%
Secondaire	07	05,9%
Primaire	03	02,5%
Supérieur	03	02,5%
Etude coranique	01	00,8%
Total	119	100%

Neuf (9) sur 10 n'avaient pas été scolarisées.

4.2.3. Profession de la patiente

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Ménagère	101	84 ,9%
Etudiants/Elève	09	07,6%
Fonctionnaires	05	04,2%
Vendeuse	03	02,5%
Teinturière	01	00,8%
Total	119	100%

La grande majorité des patientes étaient des ménagères avec 84,9 %

4.2.4. Statut matrimonial

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut	Effectif	Pourcentage
Mariée	106	89,1%
Célibataire	011	09,2%
Veuve	02	01,7%
Total	119	100%

4.2.5. Provenance de la patiente

Tableau V : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune V	78	65,5%
Kati (Cercle)	23	19,3%
Ouéléssébougou	2	1,7%
Commune I	1	0,8%
Commune II	1	0,8%
Commune IV	1	0,8%
Total	119	100%

NB : Nous avons reçu 23 évacuations du cercle de Kati dont 18 étaient venues de Kalaban coro ; 3 de Baguinéda et 2 de N'golobougou.

4.3. Facteurs de risques

4.3.1. Gestité

Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	23	19,5%
Paucigeste	47	39,4%
Multigeste	22	18,5%
Grande multigeste	27	22,6%
Total	119	100%

4.3.2. Parité

Tableau VI I: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	22	18,5%
Primipare	16	13,4%
Paucipare	46	38,7%
Multipare	21	17,7%
Grande multipare	14	11,6%
Total	119	100%

4.4. Les antécédents obstétricaux

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents obstétricaux

Antécédents Obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Absence	75	71,4%
Césarienne	15	12,6%
Métrorragie au cours d'une grossesse	09	07,6%
P P	06	05%
HRP	04	03,4%
Total	119	100%

12,6% de nos patientes présentaient un antécédent de césarienne.

4.5. Facteurs favorisants

Tableau IX : Répartition des patients selon les facteurs favorisant la survenue des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

Facteurs favorisants	Effectif	Pourcentage
Absence	78	65,5%
HTA	25	21%
HU excessive	9	7,6%
Traumatisme	5	4,2%
Grossesse multiple	2	1,7%
Total	119	100%

NB : Environ 1/3 des gestantes présentaient un facteur favorisant la survenue d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

4.6. le nombre de CPN

Tableaux X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	37	31,1%
< 4	54	45,4%
≥ 4	28	23,5%
Total	119	100%

N B: 31,1% n'ont fait aucune CPN

4.7. Auteurs des CPN

Tableau XI : Répartition des patientes selon les auteurs des CPN

Auteur	Effectif	Pourcentage
Médecin	13	15,9%
Sage femme	49	59,8%
Matrone	20	24,3%
Total	82	100%

Parmi les grossesses suivies soient 59,8 % ont été effectuées par les sages femmes.

4.8. Examen de la patiente

4.8.1. Mode d'admission

Tableau XII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référée en urgence	45	37,8%
Référée sans urgence	26	21,9%
Venue d'elle-même	48	40,3%
Total	119	100%

La référence en urgence et sans urgence a concerné 71 de nos patientes dont 45 parturientes référées en urgence et 26 référées sans urgence soient respectivement 37 .8% et 21.8%. Toutes nos patientes référées en urgence et sans urgence possédaient une fiche de référence

4.8.2. Moyen de transport emprunté

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	42	35,3%
Transport en commun	55	46,2%
Voiture personnelle	22	18,5%
Total	119	100%

4.8.4. Motif d'admission

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Métrorragie + douleur abdominale	67	56,3%
Métrorragie sur grossesse	36	30,2%
Douleur sur utérus cicatriciel	10	8,5%
AEG plus métrorragie	04	3,4%
HU excessive plus syndrome de prerupture uterine	02	1,6%
Total	119	100%

4.8.5. Délai à l'admission

Tableau XV: Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre (en heure)

Délai en heure	Effectif	Pourcentage
< 1	22	18,5%
1-12	96	80,7%
>12	01	0,8%
Total	119	100%

NB : Une(1) patiente sur cinq(5) était admise au service en moins d'une heure après

Le début de l'hémorragie soit 18,5%

4.7. Caractéristiques générales

4.7.1. Etat général

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'état général

Etat Général	Effectif	Pourcentage
Bon	98	82,3%
Obnubilé	07	05,9%
Altéré	14	11,8%
Total	119	100%

Bon état général: les signes vitaux sont stables et dans les limites normales. La

Patiente est consciente et son état de santé est satisfaisant. Il fait de progrès favorables.

Obnubilée: est l'état de somnolence entre congé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.

Altéré: les signes vitaux sont instables et hors des limites normales.

4.7.2. L'état des conjonctives

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

- 63,9% des gestantes avaient une pâleur conjonctivale (76/119)
- 36,1% des gestantes étaient colorées (43/119)

4.8. Caractéristiques obstétricales :

4.8.1. le terme de la grossesse

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme	Effectif	Pourcentage
≤ 28SA	07	05.9%
28 ≤ T < 37 SAR	39	32,8%
37 ≤ T ≤ 42 SA	65	54,6%
T > 42SA	08	06.7%
Total	119	100%

NB: 54.6% de nos patientes avaient atteint le terme révolu de 37 SA

4.8.2. BDCF à l'admission

Tableau XIX: Répartition des patientes selon le BDCF à l'admission au stéthoscope de Pinard

BDCF	Effectif	Pourcentage
Entendu	59	49,6%
Non entendu	60	50,4%
Total	119	100%

Les BDCF étaient absents à l'admission dans un cas sur deux.

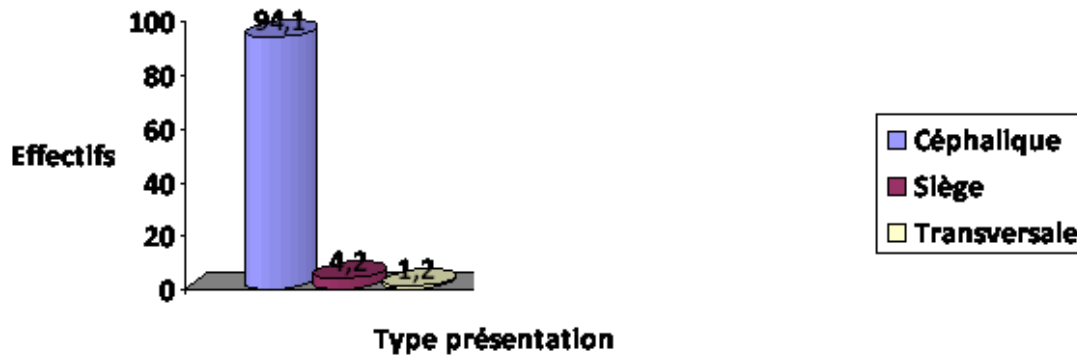
4.8.3.Travail d'accouchement

Tableau XX: Répartition selon la pathologie et le début du travail à l'admission.

Pathologie	Travail d'accouchement		Total
	OUI	NON	
PP	25(21%)	12(10,1%)	25
HRP	62(52,2%)		62
RU	18(15,1%)		18
HRP+PP	02(1,6%)		02
Total	107(89,9%)	12(10,1%)	119

4.8.4. Présentation

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le type de présentation fœtale



4.8.5. Etat du bassin

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	102	85,7%
Limite	12	10,1%
Rétréci	05	04,2%
Total	119	100%

4.8.6. Aspect du saignement :

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'aspect des saignements

Aspect	Effectif	Pourcentage
Rouge vif	52	43,7%
Noirâtre	67	56,3%
Total	119	100%

Toutes nos gestantes présentaient des saignements à l'admission

4. 8.7.Aspect du liquide amniotique

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'aspect du LA

Aspect du liquide Amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	17	14,3%
Hématique	65	54,6%
Méconial	37	31,1%
Total	119	100%

4.9.Mode de diagnostic

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Clinique	94	79%
Echographie	19	16%
Rétrospectif	06	05%
Total	119	100%

Le diagnostic a été posé cliniquement chez 94 patientes soient 79 % des cas.

4.10. Accouchements

4.10.1. Voies d'accouchements :

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

16,8 %

**Césarienne
Naturelle**

83,2 %

Voie d'accouchement

NB: dans un cas sur 10 l'accouchement se fait par césarienne.

4.9. Etiologie de l'hémorragie

Tableau XXVII: répartition des patientes selon la cause de l'hémorragie

Travail ou non	Effectif	Pourcentage
PP	37	31,1%
HRP	62	52,1%
R U	18	15,1%
PP + HRP	02	01,7%
Total	119	100%

4.9.1. Le traitement

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon le traitement administré.

Désignations	Effectif		Pourcentage Total
	Oui	Non	
Repos	12/119(10%)	107/119(90%)	100%
Anti spasmodiques	5/119(4,2%)	114/119(95,8%)	100%
Antibiotiques	119 /119(100%)		100%
R A M	8/119(6,8%)	111/119(93,2%)	100%
Ocytocine	15/119(12,7%)	104/119(87,3%)	100%
Anti-HTA	18/119(15,1%)	101/119(84,9%)	100%
Transfusion	29/119(24,3%)	90/119(75,7%)	100%
Césarienne	99/119(83,2%)	20/119(16,8%)	100%

4.10. Examen du nouveau né

4.10.1. Le score d'Apgar :

Tableau XXIX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} min.

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	60	49,6%
1-7	18	14,9%
>7	43	35,5%
Total	121	100%

Dans un cas sur deux le fœtus nait mort.

4.10.2. Poids des nouveaux nés

Tableau XXX: Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids (en g)	Effectif	Pourcentage
< 2500	57	38,9%
≥ 2500	64	61,1%
Total	121	100%

N.B: La grande majorité des nouveau-nés avec un faible poids de naissance

4.10.4. Pronostic fœtal

4.10.4.1. Pronostic selon l'Étiologie de l'hémorragie

Tableau XXXI: Pronostic fœtal des nouveau-nés selon la cause de l'hémorragie

Travail ou non	Vivant		Décédé	Total
	Effectif		Effectif	
PP (n=38)	28/38(73,7%)		10/38(26,3%)	100%
HRP (n=63)	25/63(39,7%)		38/63(60,3%)	100%
R U (n=18)	06/18 (33,3%)		12/18(66,7%)	100%
PP + HRP (n=02)	02/02(100%)			100%
Total	61			100%

4.10.4.2. Décès

Tableau XXXII: Devenir du fœtus après une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse

Nouveau-nés selon la pathologie	Mort-nés	Mort-néonatale précoce	Vivants	Total
HRP	38/60(63,3%)	4/7(57,1%)	21/54(38,9%)	63(52%)
PP	10/60(16,7%)	1/7(14,3%)	27/54(50%)	38(31,4%)
RU	12/60(20%)	2/7(28,6%)	4/54(7,4%)	18(14,9%)
HRP+PP			2/54(3,7%)	2(1,7%)
Total	60/60(100%)	7/7(100%)	54/54(100%)	121(100%)

Nous déplorons sept nouveaux nés décédés en néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré après évacuation.

Tableau XXXIII: Pronostic vital des nouveaux nés évacués en néonatalogie de l'hôpital Gabriel l'HGT durant la première semaine

Pronostic	Effectif	Jo - J3(%)	Effectif	J4 - J7(%)
Vivant	24	85,8%	21	87,5%
Décédé	04	14,2%	03	12,5%
Total	28	100%	24	100%

Au cours de l'hospitalisation 04 nouveaux nés sont décédés dans les trois premiers Jours post-nataux suite à une détresse respiratoire et 03 décédés entre J4 et J7 au cours de leurs hospitalisations.

4.10.4.3. Morts-nés et mode d'admission des mères

Tableaux XXXIV: Répartition des mort-nés selon le mode d'admission des mères

Mode d'admission de la mère	Effectif	Pourcentage
Mères référées en urgence	40	64,5 %
Mères référées sans urgence	22	35,5 %
Total	62	100%

Les fœtus de mères évacuées ont payé le plus lourd tribut avec 40 morts nés soit 64,5%

4.11. Pronostic maternel

4.11.1. La survenue de complication

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la survenue des complications maternelles.

Complications	Effectif	Pourcentage
Oui	28	23,5%
Non	91	76,5%
Total	119	100%

4.11.2. Complications

Tableaux XXXVI: Répartition des patientes selon le type de complication

Type de complication	Effectif	Pourcentage
-Complications immédiates:		
Etat de choc hypovolémique	13	46,4%
Hémorragie de la délivrance	3	10,8%
Coagulopathie	3	10,8%
-Complications tardives:		
Suppuration pariétale	4	14%
Insuffisance rénale	01	03,5%
Trombophlébite	03	10,8%
Décès maternel	01	03,5%
Total	28	100%

Parmi les cas de choc hypovolémique, il y a eu un cas de rupture utérine dans un contexte de bassin généralement rétréci compliqué d'une double fistule vesico-recto-vaginale et la malade a été confiée au service d'urologie du CHU du Point G

COMMENTAIRES

Chapitre 5. Commentaires et Discussions

5.1. Aspect méthodologique

Nous avons voulu établir le pronostic materno-fœtal des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur une période d'une année à la maternité du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako, qui reçoit des urgences obstétricales provenant des centres de santé communautaires à l'intérieur de la dite commune mais aussi quelque fois, ce centre reçoit des urgences obstétricales en provenance des communes frontalières de Bamako.

Cette étude a l'avantage à partir des données collectées d'appréhender la pratique obstétricale et établir le pronostic maternel et fœtal des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au CSRef cv. Ces données constituent un répertoire complet des hémorragies au troisième trimestre reçues dans le service durant la période d'étude.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes présentés sans difficulté majeure au service en consultant les dossiers d'accouchement, les registres de compte rendu, le registre d'hospitalisation, le registre d'accouchement.etc. Cet état de fait a contribué à faciliter la collecte des données pendant toute la durée de l'étude.

Comme on pouvait s'y attendre, la retro information dans le suivi des mères et des nouveau-nés évacués à l'hôpital Gabriel Touré et au Point G se faisait avec d'énorme difficulté.

5 -2 La fréquence

D'Avril 2007 à Mars 2008 nous avons enregistré dans le service 7542 accouchements dont 119 cas de grossesses compliquées d'hémorragies au 3^{ème} trimestre soient une fréquence de 1,6 %. Cette fréquence est inférieure à celle décrite par des auteurs [14] qui a rapporté une fréquence moyenne de 2 à 5 % de grossesse qui saigne au troisième trimestre.

Cette fréquence de 1,6%, inférieure à la moyenne décrite par les auteurs dans notre étude s'explique par l'amélioration de la qualité de suivi des facteurs de risque de grossesses pouvant se compliquer d'hémorragie au troisième trimestre

L'amélioration de la prise en charge des facteurs de risques dans notre aire de santé et en milieu péri-urbain est obtenue par la disponibilité des ressources humaines répondant aux normes selon la pyramide sanitaire de notre pays.

Dans notre étude 71% de nos gestantes ont été référées en urgences ou sans urgences dans l'aire de santé du service ou de l'intérieur par d'autres formations sanitaires.

Ces résultats démontrent que ces hémorragies sont encore d'actualité malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

5-3 les facteurs déterminants

Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour expliquer la fréquence élevée des hémorragies au troisième trimestre dans notre maternité qui est un centre de référence.

Comme on peut noter sur les tableaux I à V, les variables sociodémographiques mettent l'accent sur la fréquence des complications à partir de 35 ans ou on recrute 18,4% de nos complications.

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée était de 25- 29 ans avec 26,9%. MABOUNGA. R a trouvé dans sa série que la tranche d'âge la plus touchée était de 20 à 35 ans avec 67,6 % des cas [27], FOOTE [9] trouve que le PP est deux fois plus fréquent après 29 ans. L'hématome rétro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN. M [39].

Les âges maternels extrêmes (15 ans et > 35 ans) constituent la période à risque de la rupture utérine selon KONE.

La tranche d'âge 25-30 ans est dominante dans la survenue de l'hématome rétro placentaire au MALI selon l'étude de GARBA.H [10].

la multiparité a été facteurs de risque de placenta prævia d'HRP et de rupture utérine par plusieurs auteurs [6, 7, 10, 34,]. Dans notre série les multigestes et les grandes multigestes représentaient 41,4 % de fréquence cumulée.

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou à une myomectomie, les antécédents de fausses couches, de placenta prævia, d'hématome rétro-placentaire et de rupture utérine ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de ces pathologies [6, 18, 20, 23, 30]. Dans notre série nous avons enregistré 15 cas d'antécédent de césarienne soit 12,6.

Les lésions durables de la muqueuse utérine s'opposeraient à la migration placentaire vers le fond utérin. Notre taux est intermédiaire à ceux de KANE F [16] et de MABOUNGAR.A.[30] qui étaient respectivement de 13,43% et 7,2%. Parmi nos gestantes 21 présentaient un antécédent d'hypertension artérielle pendant la grossesse. Une étude rétrospective menée par UZAN [39] sur 265 cas rapporte que l'hématome rétro placentaire est associé à une affection hypertensive dans 71 cas soit 26,5% dont 41 cas de pré-éclampsie pure; 12 cas d'HTA chronique compliquée de pré-éclampsie sur-ajoutée et 17 cas d'HTA chronique.

En fin la forte prévalence des femmes au foyer (ménagères) dans notre étude remet à jour la question du statut de la femme et de son émancipation pour une meilleure gestion de ses problèmes.

Tous ces facteurs sont entremêlés et leur impact est amplifié par la non fréquentation des centres de surveillance prénatale dont l'effet néfaste est largement rapporté dans la littérature.

Dans notre étude 37 gestantes n'avaient effectué aucune consultation prénatale soit 31,1% des cas.

Seulement 28 gestantes soit 23,5% avaient un nombre des CPN supérieur ou égale à quatre.

En effet la CPN est indispensable pour détecter la survenue probable des pathologies qui sont causes d'hémorragies au troisième trimestre de la grossesse et d'autres complications obstétricales qui sont causes potentielles de décès maternels et fœtaux.

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausses couches, de placenta prævia, d'hématome retro-placentaire et de rupture utérine ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de ces pathologies [4, 13, 16, 19, 27].

Dans notre série nous avons enregistré 15 cas d'antécédents de césarienne soient 12,6% dont 6 cas de désunion de cicatrices soient 5 %. Les lésions durables de la muqueuse utérine s'opposeraient à la migration placentaire vers le fond utérin.

Pronostic materno-fœtal

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité de l'hémorragie et à la durée de l'évolution de l'hémorragie; il est d'autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce et une prise en charge rapide et efficace.

Ces complications obstétricales hémorragiques engendrent une prise en charge particulièrement grave dans notre contexte, caractérisées par le manque de sang. Au Mali la banque de sang ne se trouvant pas dans les structures de soins ou sont enregistrées les urgences hémorragiques graves. Ceci ne fait qu'aggraver le retard dans l'administration des soins au niveau des structures.

La mortalité maternelle reste élevée dans nos pays en voie de développement. Cette mortalité maternelle au Mali était de 464 pour 100000 naissances vivantes [EDS4].

Le taux de décès maternel s'est considérablement amélioré ces dernières années grâce à la multiplicité des CSCOM, des CS Réf, à la transfusion sanguine et surtout à la disponibilité dans les CS Réf et les hôpitaux du Kit de césarienne ou de laparotomie.

En effet la disponibilité de banque de sang et la gratuité de la césarienne vont contribuer à la diminution de cette mortalité maternelle et fœtale.

Ainsi nous avons enregistré dans notre série 28 complications sur 119 patientes soit 23,5%.

Ces complications sont dominées par l'état de choc, avec 50,1%, les troubles de la coagulation les thrombophlébites et les hémorragies de la délivrance chacun 10,8% ; les suppurations pariétales 14,3%, un cas d'insuffisance rénale et un cas de double fistule vesico-vaginale et recto-vaginale survenue chez une primigeste évacuée de l'intérieur pour accouchement difficile.

En dépit de ces complications nous avons déploré un décès maternel par coagulopathie survenue après hystérectomie d'hémostase. Le décès survenu chez une multigeste évacuée pour HRP dont l'indication de césarienne fut posé d'urgence pour sauvetage maternel. Dans la série de KANE.F [16] ce taux était de 4,54% et ceux de DIAKITE.R [8], KONE.F [19] leurs taux étaient respectivement de 1,2%; 1,7%.

Le pronostic fœtal est dominé par la mort fœtale et la prématurité. Malgré les progrès considérables réalisés dans la prise en charge des prématurés, le pronostic fœtal reste sévère dans nos pays sous médicalisés. Ce pronostic est fonction de la cause de l'hémorragie, de la qualité de la prise en charge immédiate des prématurés et des nouveau-nés en pédiatrie.

Dans notre étude l'hématome rétro placentaire a été responsable de 62,7% des décès fœtaux et néonataux précoces. Selon N'DIAYE.M [30], le placenta prævia et l'hématome rétro placentaire constituent les facteurs de risque de la mort fœtale in-utero.

La rupture utérine a été responsable de 16,4% des décès fœtaux. Ceci s'explique par le retard à l'évacuation.

Dans la série de KANE.F [16], ce taux était de 57,7% et dans la série de DIAKITE.R [16], leurs taux étaient respectivement de 37,21%.

En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, les nouveau-nés prématurés ou petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante.

Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CSRef de la CV du district de Bamako

Notre taux de prématurité était de 34,9% ; dans la série d'étude de BOOG.G [3] ; BAGAYOKO.J [1] étaient respectivement de 54 % et 77,47%.

Le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et Recommandations

Durant la période d'étude s'étendant d'Avril 2007 à Mars 2008, nous avons recueilli au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V 7542 gestantes dont 119 cas de grossesses compliquées d'hémorragie au 3^{ème} trimestre.

La fréquence des hémorragies a été de 1,6% des accouchements effectués. La tranche d'âge de 25-29 ans était la plus touchée avec 26,9%. Les évacuations en dehors de la commune V représentaient 34, %.

Les hémorragies de fin de grossesse ont un caractère étiologique varié duquel dépend la conduite thérapeutique. Dans notre série les hémorragies étaient dominées par l'hématome rétro-placentaire avec 52,1% des cas; le placenta prævia avec 31,1% ; la rupture utérine avec 15,1% des cas; les causes associées placenta prævia + HRP avec 01,7% des cas.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 83,2% des cas. Le taux de létalité maternel était de 0,8%, le pronostic fœtal demeure toujours préoccupant avec 60 mort-nés (49,6%) et 7 morts précoces (26,7%).

En effet cette étude nous a permis d'évaluer les différentes mesures préventives qui consistent à:

- L'information des patientes sur l'intérêt des CPN
- La connaissance de ces hémorragies et leurs approches thérapeutiques pour permettre une attitude pratique adaptée en urgence.
- La participation d'une équipe multidisciplinaire (Obstétriciens, anesthésistes réanimateurs et pédiatres) à fin d'assurer une prise en charge fœto-maternelle adéquate

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes:

Aux autorités administratives et politiques du pays:

A court terme

- Garantir un système de référence et de contre référence efficace surtout pour les urgences obstétricales.
- Doter régulièrement les CS réf en médicaments d'urgence et en sang.
- Equiper les salles d'accouchements en appareil d'échographie et d'un cardio tocographe
- Renforcer les capacités du personnel de santé
- Repartir rationnellement le personnel de santé disponible sur toute l'étendu du territoire national.
- Recruter les agents qualifiés.

A long terme

- Doter les centres de santés de proximité en ressources humaines suffisantes et qualifiées et en matériels pour un dépistage précoce de ces anomalies survenant au cours de la grossesse.
- Déconcentrer le centre national de transfusion sanguine au niveau des régions, des cercles et des arrondissements.
- Améliorer le statut social et économique de la femme.

Aux personnels de santé

- Promouvoir le dépistage précoce systématique des facteurs de risque au cours de la grossesse à tous les échelons du système de santé.
- Faire les consultations prénatales de qualité
- Sensibiliser les gestantes sur le risque vital des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse aussi bien pour la mère que le fœtus.

- Référer à temps toute patiente avec grossesse à haut risque tel que les hémorragies du 3^{ème} trimestre.

Aux gestantes

- Respecter rigoureusement les rendez-vous de CPN pour ne pas être surprise par les complications.
- Se rendre en consultation en cas d'hémorragie sur grossesse dans un centre de niveau II ou III quelque soit son importance
- Accoucher dans des centres obstétricaux chirurgicaux en cas d'antécédent d'intervention chirurgicale sur l'utérus.
- Espacer les grossesses par les moyens contraceptifs.
- Renforcer la sensibilisation sur les risques de l'avortement provoqué.

REFERENCES

1. Bagayogo S.

Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62 cas ;

Thèse médecine ; Bamako ; 2002 N°17

2. Boog G.

Placenta prævia, Encyclopédie, Médecine chirurgie (Elsevier, Paris) obstétrique ; 5-069 -1 -10, 1996, 21p.

3. Cacault, Lalande J, Marie J

. Urgence en garde gynécologique et de maternité et les consignes applicables aux nouveau-nés ; Paris ; Maloine ; 1982 ; 120p ; 26.

4. Coulibaly F

. Hématome rétro-placentaire : facteur de risque, pronostic maternel et fœtal dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G ;

Thèse médecine ; Bamako 2001 ; N° 99.

5. Dembele B

. Etude épidémiologique, clinique et pronostic des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V à propos de 114 cas ;

Thèse de médecine ; Bamako 2002 ; N28

6. Diakité M.

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako ;

Thèse de médecine ; Bamako 1985 ; N°10.

7. Diakité Z

. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré ;

Thèse de médecine ; Bamako : 00-M-75.

8. Diakité R.

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de Référence de la commune IV à propos de 82cas.

Thèse de médecine ; Bamako 2002-2003 ; N°71.

9. Foote (W.R) et Fraser (W.D).

Placenta prævia - Amer. Obstet-Gynec ; Juillet 1960 ; 80-10-16

10. Garba H.

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves ;

Thèse médecine ; Bamako ; 1988 ; N°1.

11. HL. SHEEHAN post-partum necrosis of the pituitary J. Pathol. Bacteriol. 1937, 45: 189-214

12. Hohlfeld P, Marty F.

Le livre de l'interne en obstétrique. 2^{ème} Edition 1999.

13. Hodonou K.

Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à Dakar. Bamako ; 1968; N18

14. J. Lansac C. Berger G. Magnin

Collection d'obstétrique pour le praticien. Ed Masson (4^{ème} édition) Paris, 2003 : 469p

15. Kamina P

. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris; Maloine 1984, 515p.

16. Kané F.

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de médecine; Bamako; 1998 ; N°56.

17. Kanté F

. Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G: à propos de 723 cas.

Thèse de médecine ; Bamako ; 1997 ; N° 24.

18. Koné A.

Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du point G. Thèse de médecine ; Bamako 2000 ; N°2.

19. Koné F

. Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).

Thèse de médecine; Bamako; 1989 ; N°48.

20. Koné M. et Diarra S.

Rupture utérines au cours de la grossesse. Encyclopédie, Médecine chirurgie; (Paris France) obstétrique; 5-080-A-10-1995 ; 7p.

21. Lansac J. et Coll.

Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} Edition SIMEP 1990 N° 7227, 7226, 413p.

22. Lansac J. Body G;

Pratique de l'accouchement. 2^{ème} Edition; SIMEP; 1992.

23. Lansac J. et Lecompte. P

. Gynécologie pour le praticien 4^{ème} Edition; Paris; SIMEP; 1994.

24. Leroy B. et Bessis R.

Echographie en obstétrique. 2^{ème} Edition; Revue et augmentée 148P 21 ans (médecine ultrasonore) Masson 1983.

25. Luton D. et Sybony O

. Gynécologie obstétrique. Collection internat; (préparation au concours) 199.

26. Mémoire de l'académie royale de chirurgie. Tome Troisième. A Paris, chez la veuve Delaguette, 1757. In-4 :140pp., 2ff.680 pp,

27. Mabounga A

. placenta praevia hémorragique: aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas.

Thèse de médecine; Bamako 2003; N° 42.

28. Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edition; Paris; Milan; Barcelone; Masson 1995-583p.

29. Mortalité maternelle. Les sages femmes se mobilisent/confédération internationale des sages femmes. LONDON: CISF, 1990-66 P-617.

30. N'Diaye M.

La mort fœtale in utéro à la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye: les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge.

Thèse de médecine ; Bamako ; 2000; N°126.

31. Ouattara A.

Hématome retro-placentaire: Aspect épidémiologiques et prise en charge thérapeutique au centre de santé de Référence de la commune V.

Thèse de médecine ; Bamako ; 2000; N°126.

32. Pitton S., Refahi N. ; Barjot P

. Rupture spontanée des varices utérines au 3^e trimestre de la grossesse journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. FRADA; 2000; Vol. 29 ; 8 ; 801-802.

33. Paul Portal sa vie, son œuvre. Paris, Steinheil,1900, in 8, 176pp.,portr

34. Samaké Y.

Approche épidémiologique et clinique des urgences gynéco-obstétricales à l'Hopital régional Nianankoro FOMBA de Ségou.

Thèse de Médecine ; Bamako 2002 ; N 11.

35. Sepou A., Nguembi E., Coll. Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Médecine Afrique Noire ; 49(4) ; 185-189.

36. Tanferna M., Saiera, Brigatti L.

Rupture utérine au troisième trimestre de la grossesse, Considération clinique, présentation de 3 cas.

37. Tourris (H.de), Henrion et Coll.

Abrégé illustre gynécologie et obstétrique. 6eme Edition ; Masson ; 1994.

38. Théorie de Pinard et de Schroeder

Mécanismes de l'hémorragie pendant la grossesse et le travail [PDF]

Unfiled/www.fmp-usmba. ac.ma lc-thèses/77-07. Pdt

39. Uzan M., Haddad B., Uzan S.

Hématome rétro placentaire. Encyclopédie; Médecine chirurgie; (ELSEVIER, Paris) ; obstétrique ; 5071-A-10 ; 1995 ;

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1 Dossier n:.....
Q2 Date d'entrée:.....
Q3 Nom et prénom:.....
Q4 Age:.....ans

Q5 Ethnie:.....

Q6 Adresse:.....

Q7 Statut matrimonial:.....
1-Mariée 2-Célibataire 3-Veuve 4-Divorcée

Q8 Niveau instruction:.....
1-Analphabète 2-Primaire 3-Secondaire 4-Supérieur
5-Coranique

Q9 Profession:.....
1-Sans 2-Elève ou Etudiante 3-Salariée
4=Commerçante 5-Ménagère 6-Autre

Q10 Procréateur:
Nom et prénom:.....
Age:..... ans

Profession:.....
1-Sans 2-Elève ou Etudiant 3-Salariée 4-
Commerçant 5-Autre

Niveau instruction:.....
1-Analphabète 2-Primaire 3-Secondaire
4=Supérieur 5-Coranique

Adress:
.....

II- ADMISSION

Q11 Mode admission:
1-Evacuée 2-Référée 3-Venue
d'elle-même

Q12 Moyen transport :.....
1-Ambulance 2-Transport en commun 3-Voiture
personnelle 4-Autre

Q13 Provenance et distance :.....

Q14 1-Délai entre décision d'évacuation et admission au
centre référence:..... 2-Heure de départ :.....

- Q15 Motif d'admission :.....
Q16 Existence de la fiche de référence:.....
1-Oui 2-Non

III- LES ANTECEDENTS

- Q17 Médicaux:
1-Familiaux :.....
a-Gémellité: d-Drépanocytose:
b-HTA: e-Aucun:
c-Diabète:
2-Personnels :.....
a-Gémellité: b-Asthme : c-HTA :
d-Diabète : e-Drépanocytose : f-néphropathie :
g-Aucun :
- Q18 Chirurgicaux :..... 1-oui 2-non
a-laparotomie :
b-Césarienne :
c-Myomectomie :
d-Salpingectomie:
- Q19 Gynécologiques:..... 1-oui 2-non
a-Ménarche :.....ans
b- Caractère de cycle :.....
1-régulier 2-irrégulier
c-Durée des règles (en jour) :.....
d-Dysménorrhée
e-Leucorrhées :
f-Prurit :
q-Fibrome :
i-Contraception :
h-Autre :
- Q20 OBSTETRICAUX :
a-Gestité :
b-Parité :
c-Fausses couches :
d-Enfant vivant :
e-Mort-né :
f-Césarienne :
g-IIG :
h-Nombre de curetage :
i-Placenta Praevia :.....1-oui 2-non
j-HRP :.....1-oui 2-non
k-RU :..... 1-oui 2-non

1-Autre (à préciser) :.....

IV- GROSSESSE ACTUELLE

- Q21 DDR :.....1-connue 2-inconnue
- Q22 Age :..... 1-A terme 2-non A terme
- Q23 DPA:.....1-connue 2-inconnue
- Q24 CPN :.....1-oui 2-non
- a-Nombre :.....
- b-Auteur :.....
- 1-sage femme 2-médecin 3-matrone 4-interne
5-autre
- c-Lieu :.....
- Q25 BPN :.....1-oui 2-non
- a-Groupage-rhésus :.....1-oui 2-non
- b-NFS :.....1-oui 2-non
- c-Test d'Emmel :.....1-oui 2-non
- d-Albumine :.....1-oui 2-non
- e-Sérologie VIH :.....1-oui 2-non
- f-Sérologie BW :.....1-oui 2-non
- g-Créatinémie :.....1-oui 2-non
- h-Glycémie :.....1-oui 2-non
- i-Echographie obstétricale :.....1-oui 2-non
- Si oui : nombre..... date..... conclusion :.....
- Q26 VAT :..... (nombre en doses)
- Q27 Pathologies ou évènements survenus au cours de la grossesse
- 1-HTA :..... 1-oui 2-non
- 2-Oedeme :.....1-oui 2-non
- 3-Protéinurie :.....1-oui 2-non
- 4-Diabète :.....1-oui 2-non
- 5-Métrorragie antérieure :.....1-oui 2-non
- Si oui préciser la période de survenue :.....
- 6-Métrorragie spontanée :.....1-oui 2-non
- 7-Métrorragie provoquée :.....1-oui 2-non
- Si oui préciser la période de survenue :.....
- a-Cette métrorragie a-t-elle nécessité une hospitalisation :.....
- Durée :.....
- b-Cette métrorragie a-t-elle nécessité un traitement :.....1-oui 2-non
- Lequel :.....

- c-Cette métrorragie a-t-elle nécessité une transfusion :... 1-oui 2-non 3-Nombre de poche :.....
- Q28 Chimio prophylaxie à la chloroquine :.....1-oui 2-non
- Q29 Chimio prophylaxie à la sulfadoxine-pyriméthamine :
.....1-oui 2-non
- Q30 Supplémentation en fer et acide folique :.....
1-oui 2-non
- Q31 date début du travail :.....
- Q32 Rupture de la poche des eaux :.....1-oui 2-non
Si oui préciser le délai de la rupture :.....

V- TABLEAU D'ACCUEIL

- Q33-Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation :.....
- Q34 Métrorragie :.....
1-minime (inf 100ml)
2-abondant (sup ou égal 100 et inf 300ml)
3-grave (sup ou égal 300plus altération de l'état général)
- Q35 La métrorragie est-elle : 1-spontanée 2-provoquée
- Q36 Aspect du sang :.....
1-rouge vif 2-noirâtre 3-présence de caillot
4-autre
- Q37 Signe d'accompagnement :.....1-oui 2-non
Douleur, vomissement, signes de choc (baisse de la TA, Pouls accéléré)

VI- EXAMEN DE LA PATIENTE

A-Examen Général

- Q38 Conscience :..... 1-lucide 2-obnubilée
3-altérée
- Q39 Etat général :.....1-bon 2-passable 3-mauvais
- Q40 Muqueuses :.....
1-bien colorées 2-moyennement colorées 3-pales
4-ictérique
- Q41 Tension artérielle (cmhg: _____)
- Q42 Pouls (pulsations par minute) : _____
- Q43 Température (degré C) : _____
- Q44 Fréquence respiratoire (cycles par minute) :
- Q45 Poids (kg) : _____
- Q46 Taille (en mètre) : _____

Q47 Oedeme :.....1-oui 2-non

B-EXAMEN OBSTETRICAL

Q48 Axe de l'utérus :.....
1-longitudinal 2-transversal 3-oblique
4=médiane sous ombilicale

Q49 Hauteur utérine (en cm) : _____

Q50 Contraction utérine :.....1-oui 2-non
Si oui préciser le nombre de CU par 10 mm :

Q51 BDCF : 1-oui 2-non
Si oui donner la fréquence en battement par minute :
.....

Q52 BDCF :.....1-régulier, 2-irrégulier

Q53 Présentation :.....1-céphalique 2-siège
3-transversale 4-irrégulier

Q54 Aspect du col au toucher vaginal

1-Position :.....
a-antérieure b-postérieure c-centrale
d-latérale

2-Longueur (en cm) :.....

3-Consistance :.....1-molle 2-ferme 3-dure
4-Dilatation du col (en cm) :.....

Q55 Engagement de la présentation :... 1-oui 2-non
Si oui donner le degré d'engagement :.....

Q56 Poche des eaux :.....1-intacte, 2-rompue, 3-fissure
Si rompue, donner la date et l'heure de la rupture :
.....

Q57 Liquide amniotique : 1-clair 2-méconial
3-sanglant 4-autre

Q58 Bassin : 1-normal 2-limite 3-rétréci 4-autre

C-EXEMENS COMPLEMENTAIRES

1-BIOLOGIE

Q59 Sang :.....1-oui 2-non
a-Groupage rhésus :.....1-oui 2-non
b-NFS (TX d'HB) :.....1-oui 2-non
c-Glycémie à jeun :.....1-oui 2-non

- Q60 Urine
a-Albumine :.....1-oui 2-non
b-Sucre :.....1-oui 2-non

2-IMAGERIE

- Q61 Echographie obstétricale :.....1-oui 2-non
a-BIP :..... 1-oui 2-non
b-Longueur du fémur (en cm) :.....
c-Age de la grossesse (en SA) :.....
d-Autre :.....

VII- DIAGNOSTIC RETENU

- Q62 Placenta praevia :.....1-oui 2-non
1-Latéral :.....1-oui 2-non
2-Marginal :.....1-oui 2-non
3-Central non recouvrant hémorragie :1-oui 2non
4-recouvrant :.....1-oui 2-non
Q63 Rupture utérine :...1-oui 2-non
1-Spontannée :.....1-oui 2-non
2-Provoquée :.....1-oui 2-non
Q64 HRP :.....1-oui 2-non
1-Diamètre de la cupule (en cm) :.....
2-Autre :.....

VIII- MODE D'ACCOUCHEMENT

- Q65 Voie basse :.....1-oui 2-non
Si oui préciser :
a-Spontannée :.....1-oui 2-non
b-Avec assistance instrumentale
Forceps :..... 1-oui 2-non
Ventouse :.....1-oui 2-non
Q66 Césarienne :1-oui 2-non
Si oui préciser l'indication :.....

IX- CONDUITE THERAPEUTIQUE

- Q67 Hospitalisation (repos au lit) :...1-oui 2non
Si oui préciser combien de temps :
Q68 Rupture poche des eaux :.....1-oui 2-non
Q69 Traitement médical: 1-Supplémentation en fer :.....
a-oui b-non
2-Transfusion sanguine :.....1-oui 2-non

- Si oui nombre poche :.....
- 3-Antibiothérapie :.....1oui 2non
- 4-Antalgique :.....1-oui 2-non
- 5-Repos stricte:.....
- 6_Anti-spasmodiques :.....**1-oui**.....**2-non**
- 7-Ocytocine :.....1-oui.....2-non**
- Transfusion.....1-oui.....2-non**
- Q70 Traitement chirurgical:
- 1-Césarienne :.....1-oui 2-non
- 2-Hystérorraphie :.....1-oui 2-non
- 3-Hystérectomie d'hémostase :...1oui 2non
- Q71 Autre :

X- PRONOSTIC MATERNEL

- Q72 Suites :..... 1-Simples 2-complicées
- Q73 Complications :.....1-oui 2-non
- 1-Choc hypovolémique :.....
- 2-Suppuration pariétale :.....
- 3-Endométrite :.....
- 4-Pelvipéritonite :.....
- 5-Péritonite :.....
- 6-Septicémie :.....
- 7-Phlébite :.....
- 8-Embolie pulmonaire :.....
- 9-CIVD :.....
- 10-Autre :.....
- 11-Décès maternel :.....
- Si oui la cause :.....
- Q74 Durée d'hospitalisation (en jour) :.....
- Q75 Pronostic obstétrical :.....
- 1-favorable 2-défavorable 3-autre

XI- PRONOSTIC FOETAL

- Q76 Nombre foetus :.....
- Q77 Vivant :.....1-oui 2-non
- APGAR 1ère minute :.....1-bon 2-mauvais
- Q78 Réanimé :.....1-oui 2-non
- Si oui APGAR 1ère minute :.....5ème minute :.....
- 10ème minute :.....
- Q79 Prématurité :.....1-oui 2-non
- Q80 Sexe :.....1-masculin 2-féminin
- Sexe J1 :.....1-masculin 2fminin
- Sexe J2 :.....1-masculin 2-féminin

Q81 Mesure anthropométrique :

Poids (g) :..... Taille (cm): __PC (cm):.....PT (cm) :

.....
Poids J1(g):.....Taille J1 (cm):..... PC J1 (cm) :.....PT
J1 (cm) :.....

Poids J2 (g) :.....Taille J2 (cm) :.....PC J2 (cm) :
..... PT J2 (cm) :.....

Q82 Transfert en pédiatrie :..... a-oui b-non 1-Motif
référence :.....

2-Durée séjour :.....

3-Evolution :.....

a-favorable b-défavorable.....

Q83 Mort in utéro :.....1-oui 2-non

Si oui préciser :.....

1-Fais :.....1-oui 2-non

2-Macéré :..... 1-oui 2-non 3-Autre

Q84 Malformation :.....1-oui 2-non

Si oui précise :.....

Fiche signalétique

Nom: Guindo

Prénom: Sidiki A

Titre de la thèse: Etude clinique, épidémiologique et prise en charge des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako

Année universitaire: 2008-2009

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt: Gynécologie obstétrique, Chirurgie, Pédiatrie, Anesthésie-réanimation

Résumé:

Ainsi nous avons colligé dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef CV du district de Bamako 119 cas de grossesses compliquées d'hémorragie au troisième trimestre de la grossesse sur l'ensemble des femmes (7242) enceintes, en travail, admises pendant la période d'étude.

La fréquence globale de ces pathologies a été de 1,6%.

L'hématome rétro-placentaire représentait 52,1% suivi du placenta prævia avec 31,1%, la rupture utérine 15,1% et l'hématome rétro-placentaire associé au placenta prævia avec 1,7% des cas.

La mortalité maternelle a été de un décès soit 1,7% et la morbidité maternelle est dominée par les états de chocs hypovolémiques, les hémorragies de la délivrance, les troubles de la coagulation, les infections du post-partum, les trombo-phlébites, et un cas d'insuffisance rénale.

Le pronostic des nouveau-nés reste encore sombre. La mortalité périnatale a atteint 55,3% avec une prédominance des morts fœtales in utéro(MFIU) de 49,6%; 5,9% de mort-nés précoces et une grande majorité des nouveau-nés avec un faible poids de naissance.

En effet cette étude nous a permis d'évaluer les différentes mesures préventives qui consistent à:

- L'information des patientes sur l'intérêt des CPN
- La connaissance de la pathologie et de son approche thérapeutique pour permettre une attitude pratique adaptée en urgence.
- La participation d'une équipe multidisciplinaires (Obstétriciens, anesthésistes réanimateurs et pédiatres) à fin d'assurer une prise en charge fœto-maternelle adéquate.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples et 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 pas un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politique ou de classe sociale viennent s'imposer 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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

*Que les hommes m'accordent leur 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 !!!