

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année : 2011- 2012

N°



**PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DU  
POST-PARTUM IMMEDIAT AU CENTRE DE  
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V**

**DU DISTRICT DE BAMAKO**

**2010-2011**  
**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le...../..../.....  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odontostomatologie

Par Mme SAMAKE Takary dite Bah DIALLO

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY**

Président :	Pr Agrégé Mamadou TRAORE
Membre :	Docteur Oumar M. TRAORE
Co Directeur :	Docteur Ibrahima TEGUETE
Directeur de Thèse :	Pr Niani MOUNKORO

# DEDICACES

## DEDICACES

Je dédie ce travail :

### **Au Prophète Mohamed (Paix et salut à son âme)**

C'est avec humilité et gratitude que je rends grâce à **Allah le Tout Puissant** pour avoir guidé mes pas jusqu'à ce jour si important de ma vie.

### **A mon père Toumani Diallo :**

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l' éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous êtes un père exemplaire.

Puisse l'Eternel nous guide dans le droit chemin. (Amen)

### **A ma mère Saran Traoré :**

Qu'est ce qu'un enfant peut offrir de plus à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance que son affection .

Il est de coutume de dire que derrière un grand homme se trouve une grande dame, l'on devrait aussi ajouter que derrière tout grand enfant se trouve une brave mère.

Tu as tout sacrifié pour notre instruction et notre éducation.

Mère infatigable, tes conseils, ton soutien, ton amour ne nous a jamais manqué dans n'importe quelle circonstance. Ce modeste travail n'est que le couronnement tes bénédictions.

**A ma maman Mariam Tembely :**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, vous m'avez toujours incité à travailler, à bien travailler. J'espère suivre vos pas.

Etre une femme pieuse et forte de caractère. Merci pour la mère formidable et compréhensive que vous êtes. Que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction Qu'Allah vous bénisse.

**A tous mes frères et sœurs : Hawa et époux Issa Diarra (usa), Cheick Tidiane et épouse Hawa Diallo (USA), Moriba (USA), Moussa (USA), Fatim, Boubacar, Ladji Djoumé (Angleterre), Daouda dit Babouti, Amadou dit Att, Yoro, Tina, Sory, Aba.**

Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde sa bénédiction. N'oubliez jamais que la vie est "dure" mais que seul le travail paye. D'après notre papa le travail est un trésor « le Laboureur et ses enfants »

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to". La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez en ce modeste travail l'expression de mon amour et de profond attachement.

**A mon époux Idrissa Samaké :**

Ton soutien moral et affectif ont été inestimables pour la réalisation de ce travail. Trouve ici l'expression de mon amour profond et éternel.

**A mes enfants Mohamed, Sounkoura dite Anna :**

Je garde l'espoir que vous ferez mieux que moi et que le Tout Puissant vous donne une longue vie, plein de sante et de bonheur. Toutes mes bénédictions.

**A mes grands pères et grands mères feu Yoro Diallo, feu Amadigue Tembely ; Feu Tamba et Famoro Traoré, feu Naba Keita, a mon homonyme feu Takarybah Diakité.**

Merci infiniment pour toute l'affection que vous m'avez donné. J'aurais souhaité vos présences à mes cotés en ce jour combien important, mais hélas le bon Dieu en a décidé autrement (qu'il en soit exalté). Qu'il vous accorde sa grâce. Amen

**A ma belle famille :**

Principalement à Siaka Samaké et ses épouses Hawa Diallo, Oumou Cissé Aida Gueye, merci pour vos soutiens et vos encouragements qui n'ont jamais fait défaut. Merci encore de toute vos bénédictions.

**A mes tontons et tantes principalement : Mamadou Traoré et épouse Hawa (Ségou), Fanta Traoré et époux Malick SY (France), Hamssétou Tembely et époux Karim Berthe (France), Sadio Tembely (Banconi), Oumou Kéita et époux Samba, Amadou Diallo ,seydou Diallo,kantéba diallo ,Minata Diallo :**

C'est un plaisir pour moi de vivre ces instants de bonheur avec vous.  
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour les soutiens constants.

Je vous décerne ce travail avec joie.

**A mes oncles Fafreba Traoré et épouse Sira, Zoumana Traoré et épouse Saran, Nouhoum Tembély et épouse Ramata, Abdoulaye Arama et épouse Aïchata dite Ta:**

Merci Pour vos accompagnements et encouragements .J'en suis reconnaissante.

A toutes les femmes décédées des suites de complications liées a la grossesse et a l'accouchement :

Que le tout puissant vous accorde la paix de l'âme.

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

### **A Allah seigneur des univers**

Louanges à Dieu le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux par la grâce de qui ce travail a vu le jour.

A la famille Samaké :

Oumar Samaké et ses épouses Assétou et Ténin, Djibril et ses épouses Sitan et Djéné, Seydou et épouse Mai, Sali et époux Alpha Kone, Aminata et Sory Fofana (Bobo Dioulasso), Kadiatou et époux Sory Sidibé, les jumelles Mme Diawara Adam et Mme Daou Founè, Mme Samaké Fatim, Ba Mariam, Yaya, Moussa (Guinée équatorial) Rokia, Madouba, Koro, Mama, Blo :

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens de tout genre.

**A mes cousins et cousines : Aminta Traoré, Matou, Saran dite Nah, Issiaka Diakité, Moussa Diakité, Adama Diallo**

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

**A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V et particulièrement à notre équipe de garde :**

- Oumar Konaté
- Makadian Kamissoko
- Chaka Koroma
- Mamadou Dounbia
- Bintou Camara

- Michel Sossa
- Marou Coulibaly
- Seybou Gnezin Diarra
- Cheick O Coulibaly
- Belco Tamboura
- Massale Sidibé(infirmiere)
- Fatim Traoré(sage femme)

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

**A tous le personnel du CSRéf de la Commune V du District de Bamako :**

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSRéf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien être de nos patient.

**A tous le personnel de L'ASACONIA, Chu Gabriel Touré, Point G :**

Merci pour le soutien moral et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

**Aux familles Traoré, Diallo, Tembely Bamako, Etats Unis, France, Koro et Mopti.**

Pour les conseils et encouragements.

**A tous les enseignants des établissements d'enseignement de Bamako.**

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur.

**Au corps professoral** de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.

A ma petite sœur Fatoumata Diallo et amie.

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des sœurs, des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Soyez-en remerciés infiniment et soyez assurés de mon indéfectible fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

**A mes amis et camarades : Arouna Ouattara, Djeneba Coulibaly dite la biche, Saran Keita, Mariambleni Fane(Guinée Conakry) Gaoussou Fofana dit Gresey.**

Puisse cette solidarité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

**A mes collaborateurs du village du Point G plus particulièrement à la famille Guindo.**

Merci pour le temps passé ensemble. Je vous souhaite beaucoup de courage pour vos entreprises.

**Mes maîtres médecins :**

Soumana O. Traoré, Oumar M. Traoré, Silimana F. Coulibaly, Dr Kamissoko Hawa, Hamidou Albachar, Hamady Sissoko, Seydou Diabaté, Mamadou Traoré, Mariam Dolo, Soumaila Diallo, Florent Diarra, Youssouf Diakité, Harouna Diané, Kabiné Camara, ALOU Samaké, Gada Coulibaly, Sebani Doumbia, Badian Dembélé, Mamadou Diabaté, Mamadou Keita dit Dou, Amadou Coulibaly sans oublier Dr Adama Dembélé à l'URFOSAME.

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

**Aux sages-femmes et infirmières du CSRéf CV du district de Bamako**

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

**Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako**

Merci pour les conseils

**Aux Aides du bloc du CSRéf CV du District de Bamako**

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur TRAORE Mamadou**

**Professeur Agrégé de Gynécologie-obstétrique**

**Secrétaire Général de la SAGO**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**

**Coordinateur national du programme GESTA internationale**

**Coordinateur du projet URFOSAME au CSRéf CV**

**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V  
du District de Bamako**

**Cher Maître,**

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maître de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge :**

**Docteur Oumar Moussokoro TRAORE,**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,**

**Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**

**Formateur au Programme National de Lutte contre l'Excision  
(PNLE)**

**Cher Maître,**

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

**A notre Maître et Co-Directeur :**

**Docteur TEGUETE Ibrahima,**

**Maître Assistant en Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine  
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,**

**Praticien au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.**

**Secrétaire Général Adjoint de la SAGO.**

**Cher Maître,**

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens aigu de responsabilité mérite une admiration.

Que le Tout Puissant, vous guide et vous donne toujours la force pour l'encadrement des étudiants thésards.

Soyez ici remercié.

Amen.

**A notre Maître et Directeur de thèse :**

**Professeur de gynécologie obstétrique au chu Gabriel Touré**

**Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la Fmos**

**Chef de service d'obstétrique au chu Gabriel Touré**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher maître,

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Que le Tout Puissant, vous garde aussi longtemps près de nous.

Soyez ici remercié.

Amen.

# SIGLES & ABREVIATIONS

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ATCD : Antécédents**

**CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée**

**CPN : consultation prénatale**

**F.M.P.O.S : Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto- Stomatologie**

**FVV : fistule vésico – vaginale**

**Hb : hémoglobine**

**HRP : hématome retroplacentaire**

**HPPI : hémorragie du post-partum immédiat**

**HTA : hypertension artérielle**

**HU : hauteur utérine**

**IM : intra musculaire**

**IVD : intra veineuse directe**

**O.A.P : œdème aigu du poumon**

**PGE : prostaglandine E**

**PGF2 : prostaglandine F2**

**R.U : révision utérine**

**TA : tension artérielle**

**U.I : unité internationale**

## **I. INTRODUCTION :**

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel. Cette assertion soutenue par RIVIERE [8] reste encore valable de nos jours.

L'Hémorragie du post-partum était définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml dans le cas d'un accouchement vaginal, et de plus de 1000 ml dans le cas d'un accouchement par césarienne. [1]

Aujourd'hui pour des raisons cliniques, on considère comme hémorragie du post partum toute perte de sang susceptible de causer une instabilité hémodynamique. [2]

L'hémorragie du post-partum primaire (immédiate) se définit comme étant une perte sanguine excessive qui se produit dans les 24 heures suivant l'accouchement [4].

La quantité de sang requise pour causer une instabilité hémodynamique dépend de l'état préexistant de la femme. Il est plus probable que l'instabilité hémodynamique survienne dans les cas d'anémie (carence en fer, drépanocytose, thalassémie) ou d'état de volume contracté (déshydratation, HTA gravidique). [3]

Environ 70% des cas d'Hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) découlent d'une atonie utérine. L'atonie utérine est l'incapacité de l'utérus de se contracter adéquatement après l'accouchement [5].

L'hémorragie du post-partum immédiat constitue une urgence obstétricale au niveau des services de gynécologie et d'obstétrique.

L'hémorragie est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle à l'échelle mondiale avec environ 25% de l'ensemble des décès maternels. La majorité de ces décès surviennent dans les 4 heures suivant l'accouchement d'où l'intérêt de la surveillance rigoureuse dans le post-partum immédiat [6].

L'hémorragie du post-partum représente 60% de décès dans les pays en voie de développement [7].

Elle représente le 1/3 des décès maternels, d'où la nécessité d'avoir une arme contre ce fléau.

Malgré des progrès marqués en matière de prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci demeure une cause importante de mortalité maternelle, aussi bien dans les pays en développement que dans les hôpitaux à fine pointe de la technologie médicale. Elle représente aussi une cause importante de morbidité maternelle : anémie sévère, insuffisance rénale, syndrome de Sheehan.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions meilleures pour une issue favorable de la grossesse. Pour mieux cerner ce problème nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS :**

### **1- Objectif Général :**

Etudier l'hémorragie du post-partum immédiat dans le centre de santé de référence de la commune V.

### **2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'hémorragie du post-partum immédiat dans le service.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Identifier les structures sanitaires qui ont évacué les patientes.
- Identifier les causes de l'hémorragie du post-partum immédiat.
- Préciser les modalités thérapeutiques de l'hémorragie du post-partum immédiat.
- Préciser le pronostic maternel et néonatal

## II. GENERALITES :

### A. Définitions :

L'hémorragie du post-partum immédiat est une perte sanguine excessive qui se produit dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, et dont les pertes estimées dépassent 500 ml pour un accouchement par voie basse, et 1000 ml lors d'une césarienne.

Elle est qualifiée de sévère lorsque les pertes excèdent 1000 ml pour l'accouchement par voie basse et 1500 ml après une césarienne. [5]

Environ 70% des cas d'hémorragies du post-partum immédiat découlent d'une atonie utérine. L'atonie utérine est l'incapacité de l'utérus de se contracter adéquatement après l'accouchement [2].

L'hémorragie du post-partum secondaire (tardif) se définit comme étant une perte sanguine excessive qui se produit plus de 24h après l'accouchement et jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine de la période du post-partum. La plupart des cas d'hémorragies du post-partum tardif sont attribuables à la rétention de produits de conception, à une infection utérine, ou à une combinaison des deux.

➤ Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologist :

Les hémorragies du post-partum se définissent comme tout saignement responsable d'une chute de plus de 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation. [9]

### B. Physiologie de la délivrance normale :

La délivrance évolue en 3 phases :

- le décollement du placenta
- la migration du placenta
- l'hémostase

Ces trois phénomènes sont régis par la rétraction utérine et la contraction utérine.

## ❖ **DECOLLEMENT DU PLACENTA :**

### **1°) Le temps préparatoire :**

La **rétraction utérine** qui est un phénomène passif et permanent prépare le décollement placentaire. Elle est caractérisée par un épaissement de toutes les parois utérines sauf la zone d'insertion placentaire qui reste mince. Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta.

Ainsi, au fond de cette cuvette circonscrite, le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque. Cette phase de rétraction utérine correspond à la rémission clinique précédant le clivage proprement dit.

### **2°) Le clivage proprement dit :**

Le clivage est principalement assuré par les contractions utérines, se produisant sur un utérus déjà rétracté.

Le placenta enchatonné physiologiquement dans sa cuvette entourée d'un anneau musculaire plus épais, subit des pressions qui s'exercent concentriquement sur les bords de sa surface d'insertion de telle sorte que le placenta tend à tomber vers la cavité utérine en se séparant de la paroi utérine qui bombe vers l'extérieur.

Lorsque se rompent les connexions entre la paroi utérine et le placenta, de nombreux vaisseaux utéro placentaires s'ouvrent, et l'hémorragie qui en résulte constitue un hématome rétro placentaire physiologique qui contribue à parachever le décollement.

Le clivage ne s'effectue pas entre les éléments d'origine ovulaire et les éléments d'origine maternelle. Il se produit en pleine épaisseur de la muqueuse utérine entre :

- la caduque utérine (couche compacte) superficielle qui va tomber avec la délivrance.

- et la couche spongieuse ou muqueuse profonde de la caduque utérine qui reste en place et assurera la régénération de la muqueuse utérine dans les suites de couches.

**En résumé** : le clivage de la délivrance :

- **est préparé** par la rétraction passive de l'utérus réalisant l'enchatonnement physiologique du placenta,
- **est accompli** par :
  - la contraction utérine, phénomène actif
  - et par l'hématome rétro placentaire (H.R.P.) physiologique.

❖ **EXPULSION OU MIGRATION DU PLACENTA :**

Une fois décollé, le placenta prend la forme d'une coupe, retenue par les membranes encore adhérentes sur son bord circonférentiel. Cette coupe est remplie du sang de l'hématome rétro placentaire. Le placenta tombe, poussé par les contractions utérines et entraîné par son propre poids vers le segment inférieur qui se déplisse refoulant vers le haut le fond utérin. Puis il passe dans le vagin ; le décollement des membranes s'achevant alors, il se présente à la vulve le plus souvent par sa face fœtale : c'est la délivrance du type Baudelocque.

Plus rarement et surtout si le placenta était inséré bas, il se présente par un bord voire par sa face utérine ; le sang ayant décollé le petit côté des membranes s'échappe lors du décollement et la délivrance paraît plus hémorragique ; c'est la délivrance selon le mode dit de Duncan.

La rétention des membranes est plus fréquente car le décollement des membranes est moins régulier.

## ❖ HEMOSTASE :

Trois mécanismes vont concourir à l'hémostase. En effet, dès la sortie du fœtus, l'hémostase se produit sous l'action :

- d'une rétraction musculaire suivie de contractions musculaires énergiques
- d'une constriction vasculaire intense
- et d'une coagulation sanguine précoce.

### **Les facteurs musculaires :**

Les vaisseaux qui s'ouvrent dans la surface d'insertion placentaire, en traversant le muscle utérin, sont enserrés par **les ligatures vivantes** que constituent les fibres musculaires utérines rétractées. La rétraction utérine entraîne une constriction des vaisseaux intra-myométriaux. Elle constitue un véritable garrot provisoire d'où le nom de ligature vivante donné aux fibres musculaires de l'utérus.

### **L'efficacité des facteurs musculaires exige :**

- la vacuité utérine
- l'apparition précoce de contractions utérines.

### **2- Le facteur vasculaire :**

Il agit par vasoconstriction intense.

### **3- La thrombose :**

Elle est conditionnée par les modifications de la crase sanguine au cours de la gravido-puerperalité dans le sens d'une hypercoagulabilité "de sauvegarde" lors de la délivrance. En effet :

- tous les facteurs de la coagulation en fin de grossesse sont dans l'ensemble augmentés surtout le fibrinogène, facteur VII (proconvertine) VIII (globuline antihémolytiques) X (Stuart) sauf les facteurs XI et XII.
- adhésivité plus importante des plaquettes

- libération massive de thromboplastine placentaire et tissulaire au moment de la délivrance accélérant la thrombinoformation.

## 2 Etiopathogénie des hémorragies du post-partum

Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum incluent : l'obésité, le gros fœtus, l'hémorragie anté-partum (l'hématome rétro placentaire, le placenta praevia), et la grossesse gémellaire. L'âge maternel, la césarienne augmentent de façon substantielle le risque d'hémorragie du post-partum.

Ces hémorragies sont généralement séparées en deux catégories :

⇒ **Les hémorragies aiguës** : elles surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement et sont dues principalement à l'hémorragie de la délivrance et aux traumatismes de la filière génitale.

⇒ **Les hémorragies retardées** : elles surviennent entre le 1<sup>er</sup> et le 45<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. Elles partagent les mêmes causes que les hémorragies aiguës. Elles sont liées aux infections ou à une involution anormale du site placentaire.

### 3.1 Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique elle doit réunir quatre conditions qui sont : [10]

- une dynamique utérine correcte,
- une vacuité utérine totale,
- un placenta normalement insérer et non adhérent
- une coagulation sanguine normale.

### **3.1.1 Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :**

Deux grands processus nous enseignent la genèse des hémorragies de la délivrance.

#### **3.1.1.1 Le décollement partiel du placenta :**

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions utérines commencent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta précieusement la caduque basale se décolle du myomètre (suivant un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines.

Anormalement une portion seulement plus ou moins grande du placenta se décolle du myomètre. La partie non décollée fixe l'organe au myomètre, alors il reste entièrement dans l'utérus qui ne se contracte, ni se rétracte. Les vaisseaux sanguins de la partie non décollée restent alors béants et le sang s'en écoule.

#### **3.1.1.2 L'atonie utérine**

L'utérus doit normalement se contracter, se rétracter pour entraîner au niveau utérin une oblitération physiologique empêchant la spoliation sanguine. Quelles que soit l'étiologie, la mauvaise contraction et la mauvaise rétraction de l'utérus sont à l'origine des hémorragies de la délivrance.

Le décollement partiel et l'atonie utérine peuvent s'associer.

### **3.1.2 Etiologies :**

#### **3.1.2.1 rétention placentaire :**

Elle est consécutive aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais elle peut être due aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :

⇒ **Décollement incomplet du placenta** [11] qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée

⇒ **Rétention partielle du placenta** : suspectée devant une persistance de saignement externe malgré une apparente rétraction utérine.

⇒ **Les anomalies placentaires**

- Anomalies topographiques qui sont :

- Insertion segmentaire du placenta
- insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchatonnement du placenta et l'empêche d'être expulsé
- insertion du placenta sur la cloison utérine double pouvant donner lieu à une hémorragie cataclysmique.

- Anomalies de conformation du placenta : dues

- à l'excès du volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.
- Aux masses aberrantes (placenta succenturié) qui peuvent engendrer une rétention partielle.

- Les anomalies d'insertion placentaire, il s'agit :

- Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Les anomalies d'adhérence sont :

- **Placenta accreta** : les villosités atteignent la membrane basale utérine.
- **Placenta increta** : villosités placentaires pénétrant l'épaisseur du myomètre.
- **Placenta percreta** : [12] villosités dépassant le myomètre jusqu'à la séreuse.

Les causes de ces anomalies sont multiples, il peut s'agir :

- soit de l'insertion basse du placenta (absence de couche spongieuse) qui est à l'origine du placenta praevia,

- de muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique) ; d'endométriose utérine (adénomyose),
- de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéroplastie, hypoplasie de la muqueuse utérine).

Il est suspecté dès que l'on ne retrouve pas le plan de clivage net entre le placenta et le mur utérin.

### **3.1.2.2 les anomalies de la contraction utérine : peuvent tenir à**

#### **– l'atonie utérine :**

Elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse. Elle représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

#### **– Les facteurs de risque sont les suivants [5] :**

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum ;
- la surdistention utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- la grande multiparité ;
- l'utérus polomyomateux ;
- les chorioamniotites
- un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne l'épuisement de l'utérus ;
- les dystocies dynamiques.

#### **– L'hypertonie localisée de l'utérus**

Se caractérise par la formation d'un anneau hypertonique. Lorsqu'il siège à l'union du corps et du segment inférieur (l'anneau de Bandl), le placenta retenu au dessus de lui est appelé incarcerated ; lorsqu'il siège à l'union d'une corne et de la grande cavité de l'utérus le placenta ainsi partiellement retenu est dit enchatonné.

**3-1-2-3- Les causes iatrogènes :** ce sont les causes les plus fréquentes :

Certaines interférences médicamenteuses, les anesthésiques volatils halogénés (halothane) [13] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

- Proportionnellement à cette atonie l'hémorragie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue.
- Les tocolytiques : les bêtamimétiques (Terbutaline, salbutamol),
- les antispasmodiques : (N-buthylhyocine, Phloroglucinol),
- l'anesthésie péridurale,
- arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail,
- non respect de la physiologie de la délivrance : (tirer sur le cordon, expression sur l'utérus lorsque le placenta est non décollé) ;
- application de forceps qui tiraille les membranes.

Ces éventualités conduisent au décollement partiel du placenta ou à « l'enchatonnement pathologique dans une corne utérine derrière un anneau de contracture localisé ».

### **Les troubles de l'hémostase :**

La survenue d'une hémorragie par coagulopathie de consommation peut compliquer tout accouchement. Le plus souvent s'y associe une pathologie maternelle.

➤ Les facteurs de risque sont :

- la mort fœtale in utero avec rétention prolongée d'œuf mort,
- le décollement du placenta normalement inséré,
- la toxémie gravidique,
- l'embolie amniotique
- l'hépatite virale compliquée,

- la maladie de willebrand,
- les septicémies.

La coagulation intraveineuse disséminée (**CIVD**) : elle est associée à une grande variété de complications obstétricales. Le primum movens est dû à l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation des thrombines. Ceci entraîne une agrégation plaquettaire et la formation des monomères de fibrines, qui polymérisent en fibrines intra- vasculaires. La formation des micros thrombi dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micros thrombi et de la fibrine intra-vasculaire libère les produits de la dégradation de la fibrine-fibrinogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro-placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique, de l'infection utérine, dans la pré-éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulation et plaquettes circulant. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec coagulation intra-vasculaire et un saignement massif par tous les points de traumatisme vasculaire. [14]

### **Inversion utérine :**

Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100000 en France).

⇒ **Classification** : on décrit quatre degrés :

- premier degré : le fond de l'utérus est simplement déprimé en cupule,
- deuxième degré : l'utérus retourné franchi le col,
- troisième degré : l'utérus retourné descend dans le vagin
- quatrième degré : les parois vaginales participent au retournement.

### **3.4 Les lésions génitales :**

Les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent provoquer des saignements très importants. Normalement ce type d'hémorragie est évident après l'accouchement, mais parfois il peut être caché ou retardé.

#### **3.4.1 Les déchirures cervicales existent sous deux ordres :**

##### ➤ **Déchirures sous vaginales :**

Elles n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère, et siègent dans le cul de sac latéral et le plus souvent bilatéral [10].

##### ➤ **Déchirures sus vaginales :**

La déchirure remonte sur le segment inférieur ; en haut c'est une rupture utérine ; la vessie en avant, les rameaux musculaires sur les côtés.

Le risque immédiat est le choc avec hématome sous péritonéal et les coagulations intra-vasculaires disséminées (**CIVD**). A distance il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou recto vaginale.

##### **Etiologies :**

- les efforts expulsifs avant dilatation complète [56],
- les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),
- les dystocies peuvent être à l'origine,
- les traumatismes cervicaux antérieurs à la grossesse,
- thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, chirurgie du col).

### **3.4.2 Les lésions vaginales** : il existe trois grandes formes :

- déchirure de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) : associée parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [16].
- Déchirures moyennes du vagin : relativement plus fréquente, elles ont un mécanisme particulier. Elles surviennent toujours à la suite d'un accouchement opératoire difficile : forceps, version.  
Elles sont favorisées par l'étroitesse du vagin, par l'existence d'un excès du volume de la présentation. Elles sont fréquentes dans l'accouchement du gros fœtus.  
Malgré leur mauvaise apparence, ces vastes déchirures ont un pronostic généralement bénin. Le vagin a une facilité de réparation. Les cicatrises vicieuses peuvent cependant exister ; cause de dyspareunie.  
Ce qui fait la gravité des déchirures de la partie moyenne c'est leur extension aux organes voisins : rectum rarement, vessie quelque fois. Soit immédiatement, soit au bout de quelques jours après chute d'escarre, une fistule vésico-vaginale peut se constituer.
- Déchirures de la partie profonde du dôme vaginale (déchirure haute) : isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associées à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la principale complication est l'hématome sous péritonéal avec CIVD et choc. Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

### **3.4.3 Mécanismes et circonstances de survenue :**

- La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).
- Le mobile fœtal peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ses dimensions, par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en occipito-sacré, tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).
- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux : accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manœuvres obstétricales (version, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).

### **3.5 Les thrombi vulvo-vaginaux :**

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des << tumeurs >> qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couche et il conseille l'application de vinaigre [17]. Il existe trois types :

- L'hématome vulvo-vaginal : n'intéresse que la vulve, les tissus para vaginaux, le périnée et les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.
- L'hématome vaginal proprement dit : limité aux tissus para-vaginaux et n'est pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- L'hématome pelvi-abdominal ou supra-vaginal ou sub-péritonéal :  
L'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétro-péritonéale ou intra-ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

### **3.6 Facteurs de risque :** l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que :

- la primiparité,
- les extractions instrumentales (forceps ou vacuum extractor),
- la toxémie gravidique,
- les grossesses multiples,
- les varices vulvo-vaginales,
- le gros fœtus, restent les facteurs étiologiques.

### **3.7 Les ruptures de varices vulvo-vaginales**

Plus fréquentes au niveau de la vulve qu'au niveau du vagin, elles surviennent :

- soit au moment du travail,
- soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe.

### **3.8 Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin**

Nous citerons les angiomes, les communications artério-veineuses, les anévrysmes cissoïdes exceptionnels.

### **3.9 Déchirures vulvaires**

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [10].

### **3.10 Déchirures périnéales**

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence des déchirures complètes du périnée était estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998 [18].

### **3.11 Classification :**

L'examen du périnée permet de reconnaître les différents degrés de gravité :

- Déchirure périnéale simple ou incomplète = déchirure du premier degré.  
Elle intéresse les derniers centimètres du vagin, l'hymen, la muqueuse vulvaire et la peau ano-vulvaire.
- Déchirure périnéale complète = déchirure du deuxième degré.  
Aux lésions précédentes, s'associe une rupture paramédiane du sphincter strié de l'anus, seule persiste la muqueuse anale.
- Déchirure complète compliquée du périnée = déchirure du troisième degré.  
La muqueuse anale est elle aussi déchirée ouvrant alors le canal anal.

### **3.11.1 Circonstance de survenue**

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes [19] ont cherché à les isoler les uns des autres :

- Primiparité,
- Manœuvres obstétricales :
  - les forceps appliqués sans épisiotomie augmentent de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.
  - La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [19],
  - La manœuvre de Jacquemier est elle aussi un facteur de risque classique.
- La macrosomie fœtale :  
Les variétés occipitales postérieures, les présentations de face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de la déchirure.
- La qualité des tissus :  
Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :
  - distance ano-vulvaire courte,

- périnée oedématié (toxémie, inflammation, infection),
- cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle) ;
- origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie ;
- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet [20].

- **En résumé nous pouvons retrouver ces facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum dans le tableau suivant : [21]**

	<b>Processus étiologique</b>	<b>Facteurs de risque cliniques</b>
<b>Anomalie de la contraction utérine (Tonus)</b>	Utérus sur distendu	Poly hydramnios, grossesse multiple, macrosomie
	Fatigue du muscle utérin	Travail rapide, travail prolongé, parité élevée
	Infection amniotique	Fièvre , rupture prolongée des membranes
	Distorsion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus, c'est-à-dire que la distension de la vessie peut empêcher l'utérus de se rétracter	Fibrome utérin, placenta prævia ou décollement prématuré du placenta, anomalies utérines
	Relaxants utérin	Anesthésiques halogénés, nitroglycérine, sulfate de magnésium
<b>Rétention de produits de conception (Tissus)</b>	Rétention de produits de conception, placenta anormale, présence de cotylédons ou d'un lobe accessoire	Placenta incomplet à la délivrance, chirurgie utérine antérieure, parité élevée, placenta anormal à l'échographie
	Présence de caillots sanguins	Utérus atone
<b>Traumatisme des voies génitales (Traumatisme)</b>	Déchirures (lacérations) du col, du vagin ou du périnée Rupture des varices vulvaires Extensions, lacérations lors de la césarienne	Accouchement précipité, accouchement opératoire, recours inapproprié ou inopportun à l'épisiotomie  Position anormale, engagement profond
	Rupture utérine	Chirurgie utérine antérieure
	Inversion utérine	Parité élevée, placenta fundique
<b>Anomalie de la coagulation (Thrombine)</b>	Trouble préexistant : Hémophilie A, Maladie de von Willebrand	Antécédents de coagulopathies héréditaires, antécédents de maladies du foie
	Acquise pendant la grossesse : Purpura thrombocytopénique idiopathique, thrombocytopénie accompagnée de pré éclampsie, coagulation intravasculaire disséminée : Pré éclampsie, mort fœtale in utéro, infection/septicémie grave, décollement prématuré du placenta, embolie du liquide amniotique	Contusion, TA élevée, mortinaissance, fièvre, quantité élevée de globules blancs, hémorragie antépartum, effondrement soudain/choc
	Anticopagulation thérapeutique	Antécédents de maladie thromboembolique

## **Conduite à tenir devant les hémorragies du post-partum**

La prise en charge d'une hémorragie du post-partum associe un traitement :

- du choc hémorragique,
- des troubles de l'hémostase,
- et des gestes obstétricaux dont la rapidité d'exécution est un facteur pronostic très important.

### **Recherche d'une cause locale :**

L'obstétricien doit systématiquement rechercher une cause locale en réalisant une révision utérine (RU) ou délivrance artificielle (DA). La délivrance artificielle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas délivré, qu'il soit décollé ou non. Elle est pratiquée sous anesthésie générale ou péridurale si cette dernière est encore efficace. Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen du placenta semble normal. La révision utérine permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres causes. Elle permet de s'assurer de la vacuité utérine (cotylédons ou débris membranaires) et d'évacuer les caillots qui distendent l'utérus et empêchent sa bonne rétraction. Cette révision permet d'éliminer par ailleurs une rupture ou une inversion utérine. Au moindre doute et devant la persistance du saignement la révision utérine sera répétée. L'examen soigneux de la filière génitale sous valve en vue d'une hémostase sera systématique. A l'exception des trois causes particulières que sont le placenta accreta, la rupture utérine, et l'inversion utérine l'emploi des utérotoniques est systématique, même si l'atonie utérine n'est pas la cause principale de l'hémorragie.

MANTAL et coll. [22] ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies qui est basé sur :

## Organisation :

Le retard dans l'institution d'un traitement approprié constitue un facteur principal de la morbidité de et la mortalité maternelle.

Les priorités dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale sont :

⇒ Un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste – réanimateur, sage-femme, infirmier).

Aussi le technicien de la banque de sang doit être informé sur le besoin urgent d'importante quantité de sang compatible ; le consultant hématologiste doit être avisé.

La salle de bloc opératoire doit être mise en <<stand by>>, puisque la prise en charge d'une hémorragie obstétricale peut nécessiter une intervention chirurgicale.

⇒ Restauration d'un volume sanguin circulant :

Deux voies veineuses sûres et efficaces.

Environ 20 CC de sang seront prélevés chez la patiente et repartis de la façon suivante :

- 5 CC sur tube sec pour obtenir le sérum qui sera utilisé pour le " cross match" avec les unités de sang à transfusion.
- 5 CC sur tube citraté pour les tests de coagulation.
- 5 CC sur tube contenant de l'Ethylène Diamine Tetra-Acetate (E.D.T.A) pour effectuer l'hémogramme et la formule sanguine.
- 5 CC de sang sur tube sec pour effectuer l'ionogramme sanguin, l'urée et le glucose.

Le remplissage vasculaire devrait être commencé immédiatement. Une revue récente systématique d'essais randomisés pour la réanimation électrolytique au cours d'une hypovolémie avec solutions colloïdes ou cristalloïde n'est pas en faveur de l'utilisation continue de colloïdes pour le remplissage vasculaire chez les patientes dans un état critique.

L'utilisation des colloïdes comparée aux cristalloïdes était associée à une augmentation de risque absolu de mortalité 4% (c'est à dire 4 décès pour les 100 patientes réanimées).

Si les colloïdes tels que le Dextran, solution de gélatine par exemple haemacel ou gélofusine sont administrés, le volume ne devait pas excéder 1000 à 1500 CC en 24 heures ; puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Le Ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'1 litre de Ringer lactate augmente la concentration plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusé passent en milieu extra-vasculaire. La quantité de solution administrée doit être 3 à 4 fois la perte sanguine estimée. Les solutions glucosées sont à éviter pour la réanimation parce que le dextrose est rapidement métabolisé et le liquide est essentiellement de l'eau libre qui met rapidement en équilibre les milieux intra et extra- cellulaires. Moins de 100 ml demeurent dans l'espace intra-vasculaire pour 1 litre perfusé.

Les patientes recevant de grande quantité de cristalloïdes développent souvent un œdème périphérique. Mais ceci ne devrait pas être mis en relation avec la présence d'un œdème pulmonaire. Les cristalloïdes seront facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide [15].

### ➤ **La transfusion :**

Une communication claire avec le laboratoire de transfusion sanguine est essentielle pour assurer la mise à la disposition urgente de quantité importante de sang et dérivés de sang.

Si la patiente a probablement été groupée dans 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 délivrés sans autre test additionnel qu'un contrôle de compatibilité **ABO** de globules rouges [23].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupage **ABO** rhésus rapide est réalisé et des dérivés **ABO** rhésus compatibles seront fournis avec un test de compatibilité de globules rouges réalisé si le temps le permet.

L'utilisation d'un dispositif de réchauffement du sang est recommandée, lorsque le débit de transfusion sanguine est supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min.

La prévention et la correction de l'hypothermie peuvent aider à réduire le risque de coagulopathie. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang.

### ➤ **Les troubles de la coagulation**

Une dilution ultérieure des facteurs de coagulation et de plaquettes peut survenir.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet de surveillance, de monitoring de leur test d'hémostase de routine pour dépister la présence d'une coagulopathie. Le taux de thromboplastine active et le taux de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau clinique. Quand une élongation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec saignotement des surfaces muqueuses, des plaies et de point de piqûre, un plasma

frais congelé devrait être administré à une dose départ de 12 à 15ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé. Ensuite 4 unités de plasma devraient être administrées pour toutes les 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrinogène au dessus du seuil du niveau clinique.

La numération plaquettaire devrait être contrôlée régulièrement. Les plaquettes doivent être maintenues à un niveau de  $50 \times 10^3/\text{mm}^3$

Quand les plaquettes sont en dessous de  $50 \times 10^3/\text{mm}^3$  au cours d'une perte sanguine massive et le saignement n'est pas contrôlé, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées.

#### ➤ **Coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)**

Une CIVD aiguë devrait être suspectée quand les tests de coagulation demeurent anormaux malgré la perfusion de plasma frais congelé. Dans cette situation le taux de fibrinogène sera inférieur à 1g/dl et le taux de prothrombine sera excessivement prolongé c'est à dire supérieur au double de la valeur du témoin. Les taux et les produits de dégradation de la fibrine et des D-dimères seront élevés. Quand cette situation est associée à un saignement sévère, le cryoprécipité devrait être utilisé, habituellement donné en ampoule : 10 unités contenant en moyenne 2 à 3g de fibrinogène. Ceci pourra être utilisé pour les patientes ayant une CIVD nécessitant la chirurgie.

### **3.12 Traitement de la cause :**

La prise en charge obstétricale doit être entreprise immédiatement. Le but de cette action commune est :

- d'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamie correcte afin d'éviter le choc et la Coagulopathie de consommation.
- Corriger les conséquences de l'hémorragie.

### **3.12.1 Première étape :**

L'obtention de la vacuité utérine doit être le premier souci de l'obstétricien. Elle peut nécessiter une délivrance artificielle ou une révision utérine qui permet dans le même temps d'éliminer une rupture utérine ou une inversion utérine encore non diagnostiquée.

#### **4-4-1-1 Délivrance artificielle :**

Elle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas délivré, qu'il soit décollé ou non. Elle doit être quasi-immédiate dès le diagnostic porté et pratiqué sous anesthésie générale ou péridurale. Ce geste obstétrical sera effectué dans les conditions d'asepsie rigoureuse :

– l'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et de gants stériles. La région vulvaire et péri-génitale ainsi que le vagin sont badigeonnés avec une solution antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

#### **➤ Technique :**

La main <<opératrice>> est prudemment introduite dans la cavité utérine en position de <<main d'accoucheur>> après avoir été recouverte d'un antiseptique pour les muqueuses.

L'opérateur est guidé par le cordon et place sa main au niveau du fond utérin. La main controlatérale ou abdominale est capitale car elle maintient le fond utérin et permet de corriger l'antéflexion utérine. Le placenta peut déjà être complètement décollé et libre dans la cavité utérine. En cas de non décollement du placenta, le clivage débutera à sa partie la plus distale par rapport au col de façon à le ramener dans la main. Ce geste est effectué avec le bord cubital de la main et des doigts. Il doit être complet pour pouvoir extraire le placenta sans traction. Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta.

#### **4-4-1-2 La révision utérine**

Si la délivrance est déjà effectuée la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, ce geste permet d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine, d'assurer la vacuité utérine, et la bonne rétraction de l'utérus.

#### **4-4-1-3 L'examen du col et du vagin sous valve**

Il est systématique sauf si le saignement s'arrête immédiatement et que l'accoucheur n'a aucun doute sur l'intégrité des tissus cervico-vaginaux. Il se fera aussi sous anesthésie générale ou péridurale et avec un ou deux aides opératoires pour une exposition correcte du col, des parois et des culs de sac vaginaux.

### **3.12.2 Deuxième étape : prise en charge pharmacologique**

A l'exception des causes particulières que sont la rupture utérine, le placenta accreta, et l'inversion utérine, l'emploi d'utérotonique est systématique. Cette médication est immédiate après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie.

#### **4-4-2-1 Les médicaments utilisés**

➤ L'oxytocine (syntocinon®) :

L'introduction des ocytociques dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de **MOURE J C.** sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral.

L'utilisation des oxytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la

mortalité maternelle existant avant son introduction. Elle a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 à 5%.

➔ **Propriété pharmacologique :**

Au niveau de l'utérus l'oxytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les oestrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'oxytocique, tandis que la progestérone a l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'oxytocine augmentent en fin de grossesse.

➔ **Utilisation thérapeutique :**

- La demi-vie de l'oxytocine varie entre 12 et 17 minutes :
- Voie d'administration et posologie :
  - L'intraveineuse directe en raison de 5 à 10 U.I,
  - Perfusion de 10 à 15 U.I dans une solution glucosée ou saline isotonique.
- Voie intra-myométriale : en raison de 5 à 10 U.I au travers de la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

➔ **Effets secondaires :**

En raison de la structure de parenté entre l'hormone diurétique et l'ocytocine, de forte dose d'oxytocine peuvent entraîner un effet diurétique. C'est pourquoi elle ne doit pas être diluée dans une solution hypotonique.

➤ Dérivés de l'ergot de seigle :

**La methylergométrine (Methergin®)** : c'est l'utérotonique le plus ancien. Elle est obtenue à partir de débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés sémi-synthétiques. Elle appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

### ➔ Propriétés pharmacologiques

**Effet utérin** : la maléate de methylergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre. Elle induit une augmentation du tonus de base tant sur l'utérus gravide que sur l'utérus non gravide.

En plus de cet effet direct, elle potentialiserait localement l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydroxyprostaglandine déshydrogénase qui est une enzyme placentaire dégradant la **PGE et PGF** en métabolites inactifs [41].

De plus la methylergométrine n'a qu'un très faible effet vasoconstricteur direct sur les artérioles utérines, suggérant que son utilisation dans les hémorragies du post-partum trouve son indication en cas d'atonie utérine du fait de son action direct sur le myomètre.

### ➔ Utilisation thérapeutique

#### – voie d'administration et posologie

Les ampoules sont dosées à 0,2 mg, l'administration doit être exclusivement intra- musculaire en respectant les contre-indications.

#### ➔ Les contre-indications : sont nombreuses :

- l'hypertension artérielle sévère préexistante ;
- la toxémie gravidique,
- les affections vasculaires oblitérantes ;
- l'association avec les macrolides (ergotisme aigu).

#### ➤ Les prostaglandines

Elles sont apparues dans les années 1970 et constituent un net progrès dans la prise en charge des hémorragies obstétricales graves.

Les prostaglandines sont principalement synthétisées au niveau des reins, des membranes amniotiques, de l'utérus et de ses caduques.

### → Propriétés pharmacologiques

**Effet utérin :** les prostaglandines ont un effet contracturant au niveau du muscle lisse de l'utérus via une activation de la kinase des chaînes légères de myosine par libération de calcium intracellulaire. Elles agissent également sur le tissu conjonctif cervical, permettant son ramollissement aux alentours du terme.

Impliquées probablement dans la parturition des mammifères, leur taux plasmatique et dans le liquide amniotique augmente dès le début du travail pour atteindre son pic maximal 5 min après la délivrance [23].

### → L'utilisation thérapeutique

#### – Utilisation des prostaglandines PGF

TAGAKI S. [25] est le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans les hémorragies de la délivrance en utilisant la forme naturelle de la PGF2 alpha.

La voie intramyométriale (1 ampoule à 0,25 mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées.

La voie intramusculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine [25], mais présente plus d'effets secondaires et un délai d'action variable.

La voie intraveineuse (5 à 150 mg par min) est peu utilisée pour la **PGF2alpha** en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardio-vasculaires

### → L'utilisation des prostaglandines PGE

C'est BYGDEMAN M. [13] qui fut le premier à suggérer l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie utérine. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI sur PGF2 alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie une meilleure efficacité sur le traitement des hémorragies.

HERTZ H. [26] a été le premier à rapporter des cas d'atonie utérine traités avec succès par PGE2 par voie vaginale.

### → Les molécules et posologies

Les PGE2 et les PGF2 alpha ont été utilisées initialement. Les PGF2 alpha ne sont plus commercialisées, seules les PGE2 sont disponibles.

- **Voie d'administration** : trois molécules sont actuellement disponibles : le **Dinoprostone (prostin®E2)** s'emploie à la posologie de 1,2mg par heure en perfusion continue. Certains auteurs ont prescrit ce traitement en irrigation intra-utérine à l'aide d'une sonde de foley reliée à une perfusion de PGE2 (1 ampoule de **prostin®E2** à 0,75mg dans 500ml de Ringer) au rythme de 50ml les 10 premières minutes, puis 1ml / min sur les 12 à 18 heures suivantes.
- **Le Sulprostone (Nalador®)** : plus utilisé, s'administre à la posologie de 200 à 300 µg/heure à la seringue électrique (1 ampoule de 500µg dans 50ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au delà d'une heure à 100µg/heure.
- **Le Misoprostol (Cytotec®)** est le plus utilisé au Mali il s'administre à la dose de 4 à 6 comprimé de 200µg en intra rectale.

### → Les contre- indications :

- pathologie cardiaque,
- antécédents d'asthme,

- troubles graves de la fonction hépatique,
- diabète décompensé,
- antécédents comitiaux.

### **3.12.3 Prise en charge chirurgicale**

Le traitement chirurgical est envisagé d'emblée ou en deuxième intention selon l'étiologie de l'hémorragie.

Les bases de ce traitement ont été bien codifiées, reposant sur l'anatomie de l'utérus, les techniques chirurgicales et leur indication ont fait l'objet d'une mise au point récente.

#### **➤ Indications**

Ultime étape thérapeutique, il faut savoir ne pas y avoir recours très tôt, pour laisser au traitement médical la possibilité d'agir notamment les prostaglandines en cas d'inertie utérine ; ni trop tard car il faut avoir à l'esprit que l'hémorragie du post-partum reste l'une des principales causes de mortalité maternelle obstétricale. A l'heure actuelle il faut donc savoir recourir au traitement chirurgical dans deux cas :

- en cas d'inertie utérine, après certitude de la vacuité et échec des ocytociques et des prostaglandines à juguler l'hémorragie d'autant plutôt que la patiente présente des troubles hémodynamiques et des signes de **CIVD** difficiles à stabiliser malgré la transfusion de sang et des facteurs de coagulation ;
- en cas d'adhérence placentaire totale ou partielle, avec hémorragie non contrôlée par le traitement médical.

#### **➤ Techniques :**

Deux techniques sont envisagées :

- soit conservatrice par ligature des vaisseaux et par capitonnage des parois utérines en regard de placenta accreta localisé ;
- soit radicale avec hystérectomie totale ou subtotale.

### ➤ **Ligature des vaisseaux :**

Par incision médiane sous ombilicale de préférence, une ligature élective des deux artères utérines au niveau isthmique peut être envisagée, complétée par la ligature des pédicules utéro-ovariens et ronds selon la méthode de **TSIRULNIKOV MS.** [27]. Elle permet d'être efficace avec un taux de succès assez élevé.

En cas d'échec ou de lésions traumatiques basses, il faut avoir recours à la ligature bilatérale des artères hypogastriques qui nécessite un chirurgien entraîné.

En cas de placenta accreta localisé une technique de capitonnage des parois utérines permet l'hémostase élective de ce site placentaire. Cette technique a été étendue avec succès au traitement d'hémorragie persistante sur le segment inférieur après hystérectomie sub-totale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% de cas [28].

### ➤ **Hystérectomie d'hémostase**

Elle reste l'ultime intervention pour le traitement des hémorragies de la délivrance. Elle est à l'heure actuelle réservée aux situations suivantes :

- échec de traitement chirurgical conservateur,
- état hémodynamique mettant en jeu le pronostic vital à cours terme et ne laissant pas le temps d'entreprendre un traitement conservateur ; placenta accreta étendu ;
- rupture utérine avec délabrement telle qu'aucune suture n'est possible [29] ;
- extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ; elle peut être sub-totale mais elle devrait être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

### **Embolisation artérielle sélective**

Devant les succès thérapeutiques rencontrés en gynécologie (traitement des hémorragies génitales et des cancers pelviens inextirpables) l'embolisation artérielle sélective a été introduite en obstétrique au cours des années 1980.

La première embolisation décrite par **BROWN BJ.** Et **COLL.** [30] a concerné une hémorragie incoercible du post-partum en rapport avec un hématome vulvo-vaginal massif étendu en rétro-péritonéal malgré ligature des artères iliaques. Depuis lors de courtes séries ont montré que le recours à la radiologie interventionnelle était intéressant sur plusieurs plans.

- **Techniques** : consiste après cathétérisme rétrograde de l'artère fémorale ou axilo-humérale gauche à réaliser une cartographie pelvienne et à montrer au niveau de quel vaisseau est située la lésion, objectivée par l'extravasation locale des produits de contraste.
- **Indication** : son grand succès est du à des indications bien posées à l'heure actuelle :
  - hématomes vulvo-vaginaux extensifs en rétro péritonéal ;
  - échec de l'hystérectomie d'hémostase surtout lors des lésions basses touchant une branche de l'artère honteuse interne ou de l'artère utérine.

**5.** Certains incidents ont cependant été décrits à type de nécroses tissulaires locales (et plus rarement vésicales) se manifestant par la douleur, la fièvre, la parésie, le plus redoutable restant le reflux dans les réseaux mésentériques ou fémoraux [31].

### **Prévention des hémorragies du post-partum**

Les décès par hémorragie représentent en France l'une des toutes premières causes de mortalité maternelle. Le retard du diagnostic et de la prise en charge des troubles de la coagulation est constamment

retrouvé. La prévention est donc fondamentale dans ce contexte. Celle-ci passe par [17] :

- l'administration systématique de fer, aux femmes anémiées pendant la grossesse ;
- l'individualisation des situations à risque (anémie préexistante, pathologies congénitales de l'hémostase, atonie utérine, anomalie de rétraction de utérus, troubles acquis de l'hémostase, lésion de la filière génitale, épisiotomie, inversion utérine, rupture utérine, césarienne).

Ces patientes à risque outre une surveillance clinique rapprochée bénéficieront d'une surveillance biologique avec un bilan en début de travail comportant au moins une NFS, une numération plaquettaire, la détermination du TP, du TCA, et le dosage du fibrinogène. Dans les situations à risque de CIVD, ce bilan sera complété par le dosage du facteur V, des complexes solubles. Ce bilan sera répété au cours du travail, deux heures après l'accouchement et dans le post-partum immédiat.

- En présence d'un utérus cicatriciel, le contrôle du tonus utérin par tocographie interne permettra un meilleur dépistage des états de pré rupture utérine.
- La mise en place d'une anesthésie péridurale permet de réaliser sans retard et avec facilité une révision utérine ou une délivrance artificielle sans les risques d'une anesthésie générale.
- Après la phase expulsive de l'accouchement, par la surveillance du décollement, de la descente et de l'expulsion du placenta. L'examen du délivre doit être méticuleux. En cas de doute sur son intégralité, une révision utérine et un massage utérin seront pratiqués.

Une délivrance artificielle sera réalisée si le placenta n'est pas décollé au bout de 30 minutes, 20 minutes pour certains. Au delà de 30 minutes il est démontré que les complications hémorragiques sont accrues.

L'accouchée sera surveillée systématiquement deux heures en salle de naissance avec surveillance étroite : constantes, inspection, palpation de l'utérus, examen vulvo-vaginal.

Dans le but de prévenir les hémorragies du post-partum de nombreux essais et plusieurs études ont prouvé que l'administration systématique d'oxytocine au moment de la délivrance peut réduire

Le risque d'hémorragie du post-partum de 40%, ce qui veut dire que pour prévenir une seule hémorragie du post-partum 22 femmes auront besoin d'un traitement prophylactique. D'une manière analogue il a été prouvé qu'une prophylaxie systématique à l'oxytocine réduisait la nécessité du recours thérapeutique à ces médicaments [32, 20]. Il s'agit en effet de la gestion du troisième stade du travail d'accouchement.

Elle consiste en une gamme d'interventions qui ont pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir les hémorragies du post-partum en évitant l'atonie utérine.

Ses composantes habituelles sont :

- L'administration d'agents utérotoniques
- La traction contrôlée du cordon
- Le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta.

#### **Comment utiliser les agents utérotoniques :**

- Dans la minute qui suit l'accouchement du bébé, palper l'abdomen pour enrayer la présence d'un autre bébé et administrer l'oxytocine, 10 unités IM. L'oxytocine est préférable à d'autres médicaments parce qu'elle est efficace de 2 – 3 minutes après l'injection, elle entraîne peu d'effets secondaires et peut être utilisée chez toutes les femmes.

- Si l'oxytocine n'est pas disponible, utiliser d'autres utérotoniques tel : l'ergométrine 0,2 mg IM., la synthométrine (1 ampoule) IM. Ou le misoprostol 400 – 600mcg par voie orale. L'administration orale du misoprostol devrait être réservée aux instances où les conditions d'administration sécuritaire et d'entreposage approprié d'oxytocine et d'alcaloïdes de l'ergot de seigle injectables ne sont pas disponibles.
- Il est important de ranger les utérotoniques correctement :
  - ergométrine : 2 – 8° C, et protéger de la lumière et du gel.
  - Misoprostol : à la température de la pièce dans un contenant fermé.
  - Oxytocine : 15 – 30°C, protéger du gel.

La femme devrait recevoir des conseils vis-à-vis des effets secondaires.

### **Comment effectuer la traction contrôlée du cordon ombilical**

- Pincer le cordon à proximité du périnée (une fois que la pulsation a cessé chez le nouveau né en santé) et le tenir d'une main.
- Placer l'autre main juste au dessus de l'os pubien de la femme et stabiliser l'utérus en appliquant une contre pression pendant la traction contrôlée du cordon.
- Maintenir une tension légère sur le cordon et attendre une contraction utérine puissante (2 – 3min).
- Encourager la mère à pousser avec la contraction utérine puissante et tirer sur le cordon très doucement vers le bas pour expulser le placenta. Continuer à appliquer une contre pression sur l'utérus.
- Si le placenta ne descend pas pendant 30 – 40 secondes de traction contrôlée du cordon cesser de tirer sur le cordon :
  - Tenir le cordon doucement et attendre que l'utérus soit bien contracté à nouveau ;

- Avec la prochaine contraction, répéter la traction contrôlée du cordon avec la contre pression.
- Au moment de l'expulsion, tenir le placenta dans vos deux mains et le retourner doucement jusqu'à ce les membranes soient entortillées. Tirer lentement pour compléter l'expulsion.
- Si les membranes se déchirent, examiner doucement le haut du vagin et le col avec des gants stériles et désinfectés et utiliser une pince porte éponge pour enlever les fragments de membrane qui sont présents.
- Examiner soigneusement le placenta pour vous assurer qu'il n'en manque pas. S'il manque une portion de la surface ou si vous découvrez des membranes déchirées qui comportent des vaisseaux, soupçonner la rétention de fragment de placenta et prendre les mesures nécessaires.

### **Comment procéder au massage de l'utérus**

- Masser immédiatement le fond de l'utérus jusqu'à ce que l'utérus soit contracté.
- Palper pour un utérus contracté à toutes les 15 minutes et répéter le massage utérin au besoin pendant les deux premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne redevienne pas relaxe (mou) après l'arrêt du massage utérin.

### **Mise en garde :**

- Ne pas administrer l'ergométrine ni la syntométrine (car elle contient de l'ergométrine) aux femmes qui souffrent de pré éclampsie, d'éclampsie, ou d'hypertension artérielle.
- Ne jamais appliquer de traction sur le cordon (ne pas tirer) sans appliquer une contre traction (pousser au dessus de l'os pubien sur l'utérus bien contracté).

- Pendant toutes les interventions décrites ci haut, expliquer les procédures et les actions à la femme et à sa famille. Continuer d'offrir votre soutien et de rassurer la femme tout au long des procédures.

Tout accompagnateur à l'accouchement doit avoir les connaissances, les habiletés et le jugement critique nécessaires à la prise en charge active du troisième stade du travail et à accéder aux fournitures et à l'équipement requis [32].

### **III METHODOLOGIE**

#### **1. Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé référence de la commune V est dirigé par un professeur agrégé ; il est assisté dans ses tâches par 5 gynécologues-obstétriciens.

Les sages femmes au nombre de 31 sont d'un apport inestimable.

Le service comprend :

- une maternité avec une salle d'accouchement contenant 4 tables d'accouchement,
- une unité de grossesses à risque de 16 lits,
- une unité post opératoire de 21 lits,
- un bloc opératoire avec deux salles d'opération,
- une unité de néonatalogie,
- une unité de planning familial et post natale,
- une unité de CPN,
- une unité PEV
- une unité de Soins Après Avortement (S.A.A),
- un service d'anesthésie avec 5 assistants médicaux en anesthésie-réanimation,
- une unité de gynécologie.

Le service assure la formation des D.E.S en gynécologie obstétrique, en chirurgie, et des internes de la faculté de médecine.

## **2. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2010 soit 12 mois.

## **3. Population d'étude :**

Elle était constituée de l'ensemble des femmes qui ont présenté une hémorragie du post-partum immédiat et ayant été prises en charge dans le service de maternité pendant la période d'étude.

## **4. Taille de l'échantillon :**

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas d'hémorragie du post-partum immédiat. Notre échantillon était constitué de **466** patientes. Pendant la même période, **9065** accouchements ont été enregistrés dans le service.

## **5. Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes ayant été prises en charge dans le service pour hémorragie du post-partum immédiat.

## **6. Critères de non inclusion :**

Toute accouchée ayant présente d'autres types d'hémorragies que l'hémorragie du post-partum immédiat : l'hémorragie du post-partum tardif, hémorragies en dehors de la sphère génitale.

## **7. Collecte des données :**

La collecte des données a été réalisée à partir d'une fiche d'enquête individuelle pré établie et testée.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

## **8. Sources des données :**

Ont servi de sources des données :

- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre de SONU ;
- Le registre d'accouchement ;

- Le registre d'admission ;
- Les registres de transfert ;
- Le registre de CRO ;
- Le registre de fiche d'anesthésie ;
- Le registre de transfusion ;
- Le registre de césarienne ;
- Le registre de décès maternel ;
- Le carnet de CPN ;
- La fiche de liaison (évacuation)

### **9. Les variables étudiées :**

- LA FREQUENCE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM
- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES
- LES ANTECEDENTS DES PATIENTES
- LA PROVENANCE
- LE MODE D'ADMISSION
- LE MOTIF D'ADMISSION
- LES FACTEURS DE RISQUE D'HPPI
- LA CONSULTATION PRENATALE
- L'AUTEUR DE LA CONSULTATION PRENATALE
- LA VOIE D'ACCOUCHEMENT
- LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT
- LA DUREE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT
- LA QUALIFICATION DE L'ACCOUCHEUR
- MODE DE DELIVRANCE
- DELAI ENTRE LE DEBUT DE L'HEMORRAGIE ET LA PRISE EN CHARGE
- LES CAUSES DES HPPI

- LA DISPONIBILITE DU GROUPE SANGUIN DE LA PATIENTE
- LA PRISE EN CHARGE
- LE PRONOSTIC MATERNEL
- LA MORBIDITE

### **10. Les définitions opératoires**

HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT : dans notre étude, nous avons défini comme hémorragie du post-partum immédiat toute perte sanguine excessive qui se produit dans les 24heures suivant l'accouchement et qui a entraîné une instabilité hémodynamique et /ou une baisse du taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl.

PRIMIGESTE=1 grossesse

PAUCIGESTE= 2 à 3 grossesses

MULTIGESTE= 4 grossesses et plus

PRIMIPARE=Un accouchement ; PAUCIPARE=2 à 3 accouchements ;

MULTIPARE= 4 accouchements et plus

**REFERENCE** = c'est le transfert d'une patiente d'un service a un autre au sein d'une formation sanitaire ou d' un centre a un autre pour meilleure prise en charge sans la notion d urgence ;

**EVACUATION** = c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire a un autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.

### **11. Les difficultés de l'étude :**

Les principales difficultés rencontrées au cours de notre étude étaient : le bas niveau socio-économique des patientes qui a entraîné une impossibilité d'honorer les ordonnances ; l'absence souvent d'accompagnants ; la rupture parfois d'utero toniques et de produit sanguins dans le CSREFCV.

#### IV- RESULTATS :

##### 1- Fréquence :

- Pendant la période de l'étude, nous avons enregistré **9065** accouchements dont **466** compliqués d'hémorragie du post-partum immédiat soit une fréquence de **5,14%**

##### 2- Caractères sociodémographiques :

**Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.**

Age	Effectif	Fréquence (%)
≤ 18	106	22,75
19 – 40	210	45,06
≥ 41	150	<b>32,19</b>
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

Les âges extrêmes sont : **15 – 43** ans. L'âge moyen : **29** ans  
Ecart type : 5,3851

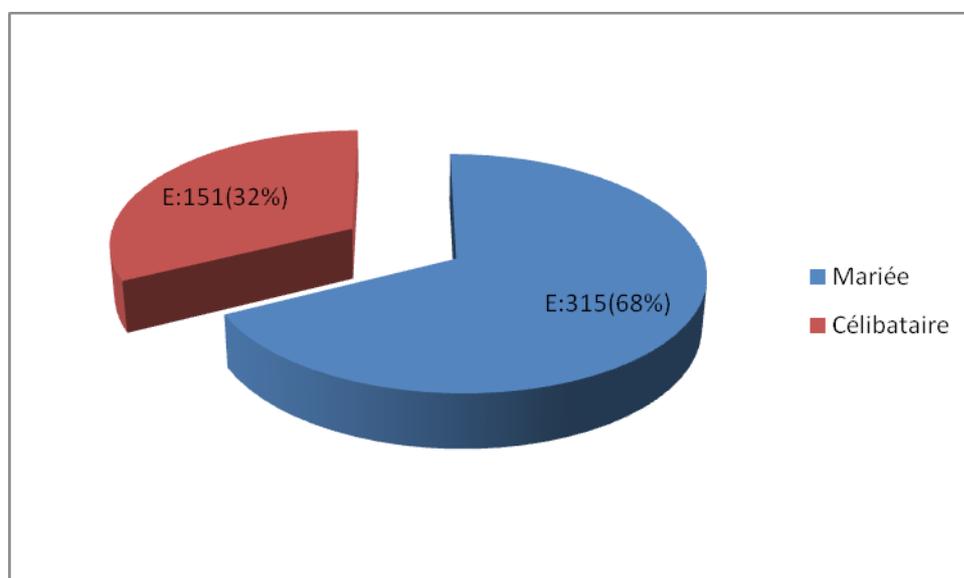
**Tableau II : Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Effectif	Fréquence(%)
Sans profession	232	<b>49,78</b>
Etudiante	74	15,88
Commerçante	102	21,89
Autres	58	12,45
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.**

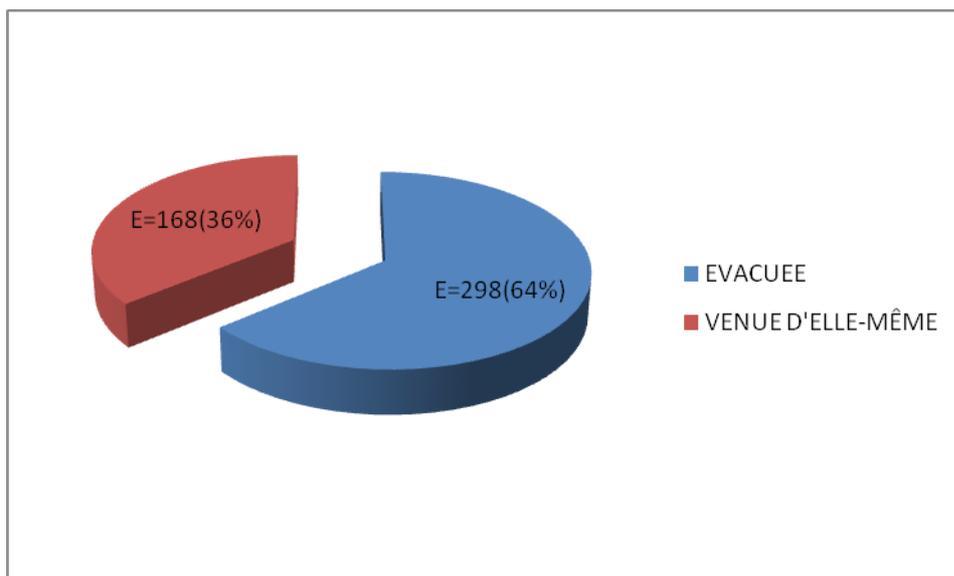
Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non instruite	246	52,79
Primaire	50	10,73
Secondaire	108	23,18
Supérieur	62	13,30
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Le statut matrimonial :**



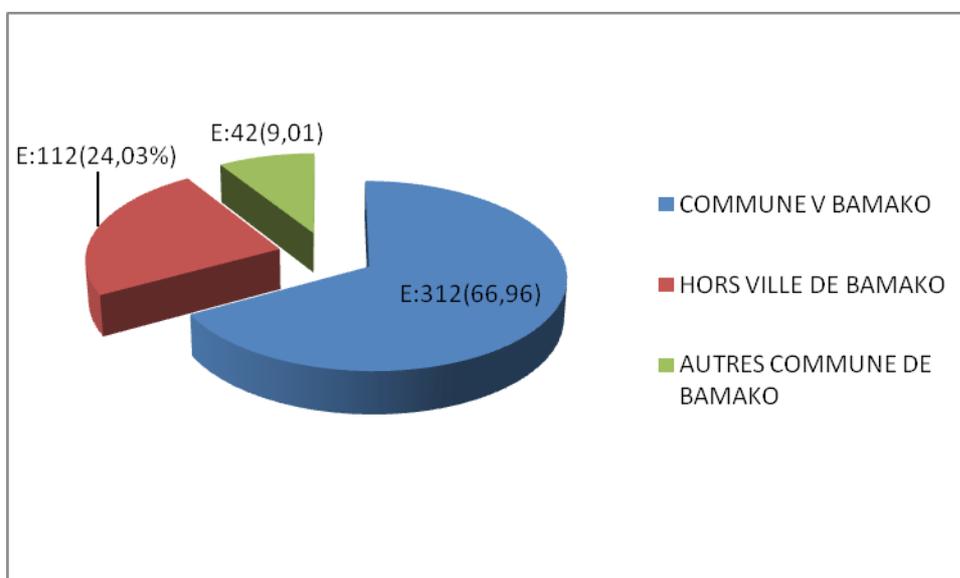
**Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.**

### 3- Mode d'admission :



**Figure 2 :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

### 4- la provenance des patientes



**Figure 3 :** Répartition des patientes selon la provenance

Hors ville de Bamako : Cercle de Kati (Kalaban coro = 89, Gouana = 23)

**Tableau IV** : Répartition des femmes reçues pour urgence obstétricale en fonction de leur Structure sanitaire de provenance.

<b>Provenance de l'évacuation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Femme venue d'elle-même CV	168	36,05
ADASCO	28	6,01
ASACODA	09	1,93
ASACOKAL	16	3,43
ASACOMBAGJI	15	3,22
ASACOSABI	31	6,65
ASACOSABII	13	2,79
ASACOSABIII	06	1,29
ASACOTOQUA	14	3,01
AUTRES COMMUNES DE	42	9,01
BAMAKO		
HORS VILLE DE BAMAKO	112	24,03
STRUCTURES PRIVEES	12	2,58
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**FEMMES EVACUEES : 64%**

### Conditions d'évacuation :

**Tableau V** : Répartition des femmes selon les moyens de transports utilisés.

Moyens de transport	Effectif	Fréquence
l'ambulance	78	16,74
Autres Moyens	291	62,44
Voiture personnelle	97	20,82
Total	466	100

Autres moyens : taxi, sotrama, mobylette

**Tableau VI** : Répartition des femmes selon les conditions d'évacuation.

Condition d'évacuation	Effectif	Fréquence
Voie veineuse	253	54,29
Sans voie veineuse	213	45,71
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

## 5- Motif d'admission :

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Admise après accouchement	Evacuée	Motif d'admission	Effectif	Fréquence
		Hémorragie de la délivrance	108	23,18
Hémorragie après accouchement	89	19,10		
Rétention du 2 <sup>ème</sup> jumeau	12	2,57		
Mauvais état général après accouchement	07	1,50		
Vertige	11	2,36		
Anémie	19	4,08		
Admise pendant le travail	Evacuée	Accouchement à domicile	65	13,95
		HU excessive	26	5,58
		Mauvais efforts expulsifs	15	3,22
	Phase expulsive > 45 mn	11	2,36	
Venue d'elle même	Contractions utérines douloureuses	75	16,09	
	Rupture prématurée des membranes	28	6,01	
<b>TOTAL</b>			<b>466</b>	<b>100</b>



## 6- disponibilité du groupe sanguin/rhésus de la patiente

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon la disponibilité du groupe sanguin.

<b>Groupage rhésus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence(%)</b>
Groupées en urgence	382	81,97
Déjà groupées	84	18,03
Total	466	100

## 7- Les antécédents :

**Tableau IX :** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

<b>ATCD médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
HTA	98	21,03
Cardiopathie	30	6,44
Diabète	57	12,23
Autres	76	16,31
Aucun	205	43,99
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

Autres : Drépanocytose, Asthme, HIV+

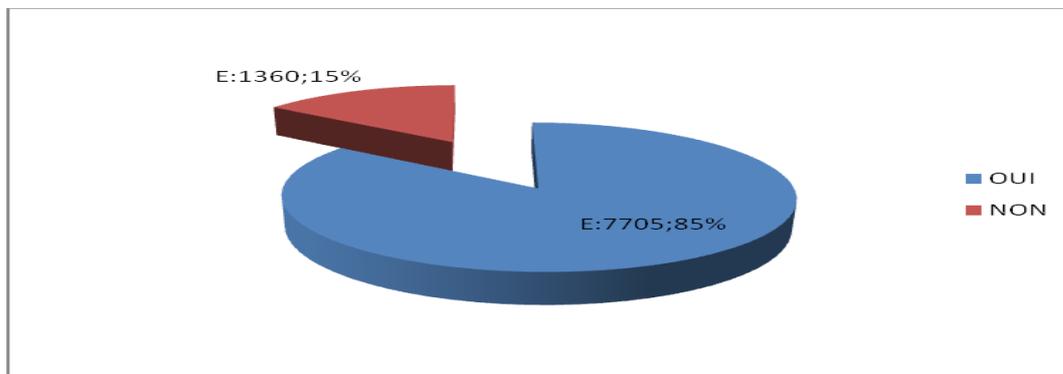
**Tableau X** : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Primigeste	111	23,82
Paucigeste	89	19,10
Multigeste	266	57,08
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon la parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Primipare	142	30,47
Paucipare	63	13,52
Multipare	261	56,01
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

## 8- Facteurs de risque de l'HPPI :



**Figure 4** : Répartition des patientes selon la présence des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum immédiat.

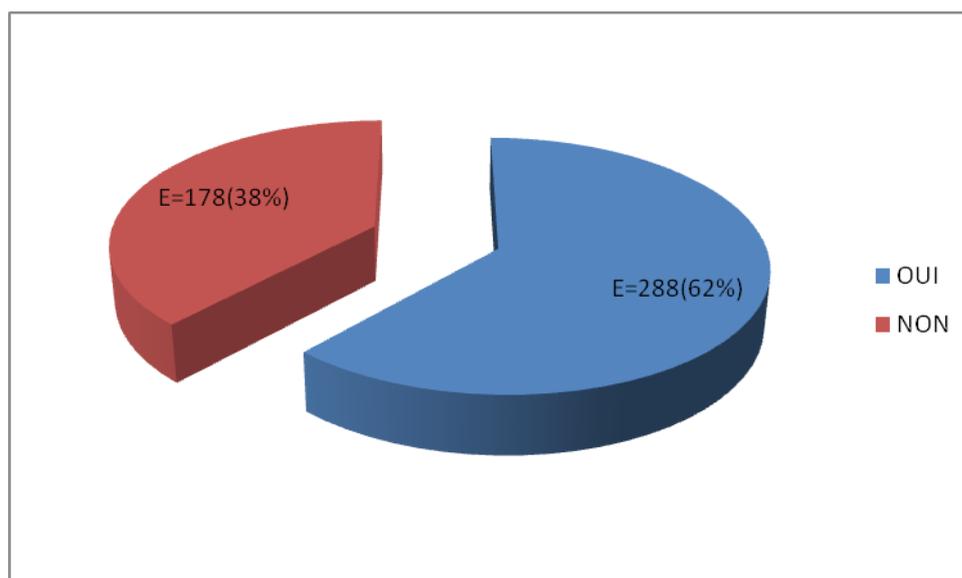
**Tableau XII** : Répartition des patientes en fonction des facteurs de surdistension utérine.

Facteur de sur distension utérine	Effectif	Fréquence (%)
Grossesse gémellaire	75	16,09
Macrosomie	95	20,39
Hydramnios	36	7,72
Fibrome utérin	82	17,60
Aucun	178	38,20
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII** : Répartition des patientes en fonction des facteurs de cicatrice utérine.

<b>Facteur de cicatrice utérine</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Polymyomectomie	52	11,16
Césariennes	79	16,95
Aucun	335	71,89
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

### 9- Le suivi prénatal :



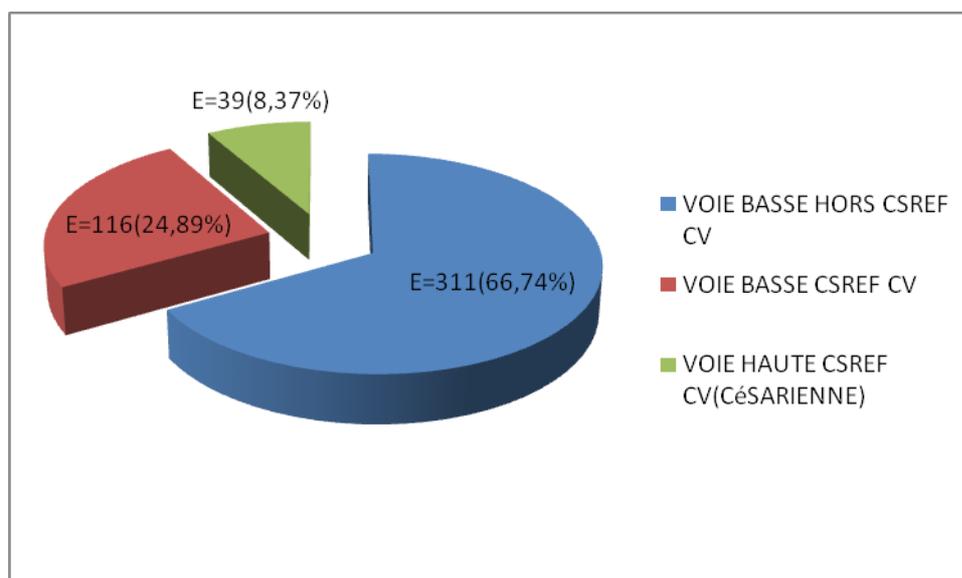
**Figure 5** : répartition des patientes selon le suivi prénatal.

## 10- L'auteur des CPN :

**Tableau XIV:** Répartition des patientes selon l'auteur de CPN.

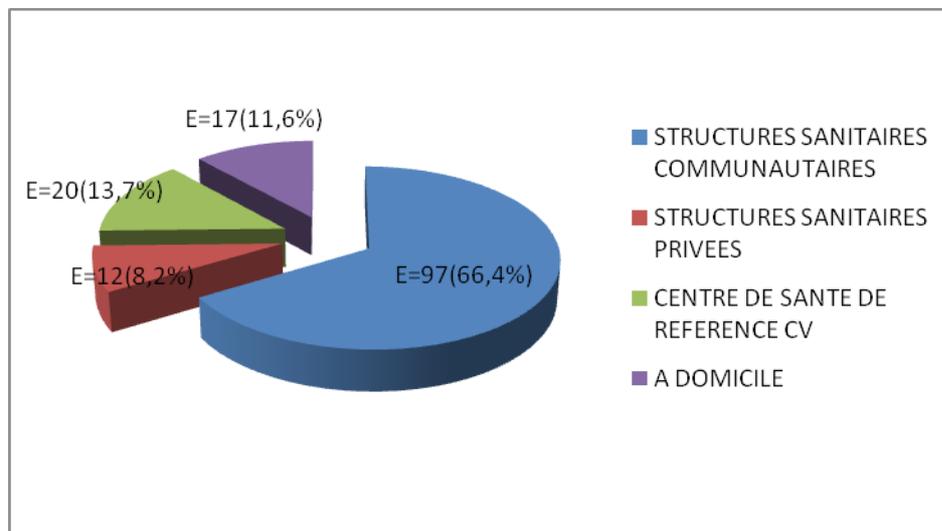
<b>Auteurs CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Médecin	54	11,59
Sage-femme	107	22,96
Infirmière obstétricienne	41	8,80
Matrone	86	18,45
<b>Non suivi</b>	<b>178</b>	<b>38,20</b>
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

## 11- La voie d'accouchement :



**Figure 6 :** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

## 12- Le lieu d'accouchement :



**Figure 7:** Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.

## 13- Durée du travail d'accouchement :

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail en heures	Effectif	Fréquence
< 4 heures	42	9,01
4 – 12 heures	208	44,64
> 12 heures	118	25,32
Indéterminé	98	21,03
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

#### 14- Qualification de l'accoucheur:

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon la qualification de l'accoucheur.

<b>Qualification de l'accoucheur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Médecin	52	11,16
Sage femme	208	44,63
Infirmière obstétricienne	36	7,73
Matrone	90	19,31
Indéterminée	15	3,22
Non assisté (à domicile)	65	13,95
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

#### 15- Mode de délivrance :

**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon le mode de délivrance

<b>Mode de délivrance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Naturelle	65	13,95
Artificielle	104	22,32
Active	297	63,73
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

## 16- Délai entre le début de l'hémorragie et la prise en charge:

**Tableau XVIII:** Répartition des patientes selon le temps écoulé entre le début de l'hémorragie et la prise en charge.

<b>Temps</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
≥ 30 min	332	71,24
< 30min	87	18,67
Indéterminé	47	10,09
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

## 17- Les causes d'hémorragie du post-partum:

**Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de la cause de l'hémorragie.**

Cause de l'hémorragie		Effectif	Fréquence
Hémorragie par rétention placentaire	Rétention totale	11	2,36
	Rétention partielle	102	21,89
Troubles de la coagulation		35	17,51
Hémorragie par atonie utérine		231	49,57
Traumatisme des parties molles	Déchirure du col utérin	32	6,87
	Déchirure du vagin	21	4,51
	Déchirure du col utérin et du vagin	4	0,86
	Déchirure du périnée	19	4,07
	Rupture utérine	11	2,36
<b>TOTAL</b>		<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau XX:** répartition des patientes en fonction de la parité et de la cause de l'hémorragie.

<b>Parité</b>	<b>Primipare</b>		<b>Paucipare</b>		<b>Multipare</b>		<b>Total</b>
<b>Cause d'hémorragie</b>							
Rétention placentaire	68	<b>47,89</b>	29	<b>46,03</b>	16	<b>6,13</b>	113
Atonie utérine	11	<b>7,75</b>	17	<b>26,98</b>	203	<b>77,78</b>	231
Déchirure des parties molles	58	<b>40,84</b>	14	<b>22,22</b>	15	<b>5,75</b>	87
Troubles de la coagulation	5	<b>3,52</b>	3	<b>4,77</b>	27	<b>10,34</b>	35
<b>Total</b>	142	<b>100</b>	63	<b>100</b>	261	<b>100</b>	<b>466</b>

**Tableau XXI:** répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement et de la cause de l'hémorragie.

<b>Durée du travail</b>	<b>&lt;12 heures</b>		<b>≥12 heures</b>		<b>Total</b>
<b>cause d'hémorragie</b>					
Atonie utérine	94	<b>37,60</b>	137	<b>63,42</b>	231
Rétention placentaire	86	<b>34,40</b>	27	<b>12,50</b>	113
Déchirure parties molles	61	<b>24,40</b>	26	<b>12,04</b>	87
Trouble de la coagulation	9	<b>3,60</b>	26	<b>12,04</b>	35
<b>Total</b>	250	<b>100</b>	216	<b>100</b>	<b>466</b>

## 18- La prise en charge des HPPI

**Tableau XXII:** Répartition des patientes selon le geste obstétrical effectué.

<b>Geste obstétricale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Massage utérin	231	49,57
Révision utérine	113	24,25
Massage utérin + révision utérine	97	20,82
Bourrage compressif	25	5,36
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes en fonction du traitement médical reçu

<b>Traitement médical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Perfusion de macromolécule	466	100
Misoprostol (Cytotec ®)	105	22,53

Oxytocine	466	100
Transfusion sanguine	25	5,36

---

**NB : toutes les patientes ont reçu une supplémentation en fer +  
acide folique et des antibiotiques**

**Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon le traitement chirurgical  
reçu.

Traitement	Effectif	Fréquence
Suture des lésions des parties molles	87	18,67
Hystérorraphie	11	2,36
Hystérectomie d'hémostase	14	3,00
Triple ligature artérielle	56	12 ,02
Aucun	298	63,95
Total	466	100

---

## 19- Le pronostic maternel :

**Tableau XXV** : Répartition des patientes selon la morbidité.

<b>Morbidité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Anémie secondaire	113	24,25
Endométrite	16	3,43
Suppuration pariétale	12	2,58
Thrombophlébite	2	0,43
Aucune	323	69,31
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

Aucune morbidité n'a été observée dans plus de 69,31% des cas.

**Tableau XXVI** : Répartition des patientes selon l'issue du traitement.

<b>Issue du traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Vivante	464	99,57
Décédée	02	0,43
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII** : Répartition des nouveaux - nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute.

<b>Score d'Apgar</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
≤7	85	78,97

PRISE EN CHARGE DES HEMORRAGIES DU POST PARTUM IMMEDIAT DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE DU CSREF CV

>7	368	18,24
00	13	2,79
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>100</b>

---

---

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **I. Fréquence :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 Décembre 2010. Durant la période d'étude nous avons enregistré 466 cas d'hémorragies du post-partum immédiat sur 9065 accouchements effectués dans le service soit une fréquence de 5,14 %.

Une fréquence de 1,38 % a été rapportée par Keïta S [39], et Traoré M T [56]. Des fréquences de 1,85% et 2,08 % ont été rapportées respectivement par Ongoïba I H [41] et Bohoussou et coll à Cocody [9]. Cette fréquence élevée dans notre structure s'explique par son statut de centre de référence et par la grande affluence du fait de sa situation géographique dans le district.

### **II. Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **Age :**

La tranche d'âge comprise entre 19 et 40 ans a été la fréquence la plus élevée avec un taux de 45,06%. Elle correspond à la période d'activité génitale intense.

L'âge moyen était de 29 ans avec des extrêmes de 15 ans et 43 ans.

KEITA S. [39] a rapporté 63,04%

PAMBOU O. et coll. [46] ont rapporté 68,75% et TRAORE M.T. a trouvé 61,89% [43] pour la même tranche d'âge.

Les adolescentes de moins de 19 ans représentaient 22,75%.

#### **Niveau d'instruction :**

Plus de 52,80% de nos patientes n'étaient pas instruites.

Cette catégorie de patiente fréquente peu les services de soins prénatals et/ou alors méconnaît peu les signes de danger liés à la grossesse et à l'accouchement.

### **Profession :**

Comme le rapportent certains auteurs [39,18] l'essentiel de notre échantillon 49,80% était sans profession.

### **Statut matrimonial :**

Les femmes mariées venaient au premier rang avec 68% ; Diallo B [35] et de Coulibaly S.S [44] ont obtenu respectivement 78 % et 80 % de cas.

### **III. Les antécédents :**

Les antécédents médicaux retrouvés ont été L'hypertension artérielle 21,03%, le diabète 12,23 %, les cardiopathies 6,44%.

Les antécédents chirurgicaux comme les césariennes 16,95%, les polymyomectomies 11,16 % peuvent être à l'origine d'une insertion vicieuse du placenta ou alors altérer la qualité du muscle utérin qui ne se rétracte pas correctement après la délivrance.

Selon la parité, notre étude a trouvé que les Primipares et les multipares étaient les plus représentées avec respectivement 30,47% et 56,01%.

Chez les primipares la rétention placentaire et le traumatisme de la filière génitale ont été fréquemment causes d'HPPI. Cette première expérience de l'accouchement est durement ressentie par la filière génitale qui n'a pas toute la souplesse requise, entraînant ainsi des traumatismes.

Les multipares ont surtout présenté une atonie utérine. Ceci s'explique par l'épuisement du muscle utérin dû aux nombreux accouchements.

ALIHONOU E. et coll. [34] ont trouvé 39,74% de primipares, 60,26% de multipares et grandes multipares.

#### **IV. Admission :**

##### **Mode d'admission :**

Dans notre série plus de 64% des patientes avaient été transférées en urgence.

Les structures sanitaires qui ont évacué :

- Hors ville Bamako : 24,03%,
- Structures sanitaires privées : 2,58%,
- CSCOM de la commune V : 64,37%

L'ASACOSAB I et l'ADASCO ont été les CSCOM qui ont effectué plus d'évacuations avec respectivement 6,01% et 6,65%.

Le Conditionnement avant l'évacuation était mauvais : des patientes non accompagnées par un agent de santé et dans des moyens de transport inadaptés (83,26%). L'ambulance 16,74%, voiture personnelle 20,82% et les autres moyens de transports (taxis, sotramas, mobylettes) 62,44% ont servi à l'évacuation. Dans 45,71% des cas les patientes n'avaient pas de voie veineuse.

Ces conditions mettent la vie des femmes en danger

TRAORE M.T a rapporté dans son étude que 98,6% des patientes sont venues d'elles mêmes.

Notre taux confirme le caractère référentiel de notre structure sanitaire.

##### **Motif d'admission :**

L'hémorragie de la délivrance a été le motif d'admission le plus souvent évoqué avec 23,18% ; 19,10% des patientes ont été admises pour complication hémorragique après accouchement à domicile.

D'autres motifs ont été évoqués : la hauteur utérine excessive (5,58%), le mauvais effort expulsif (3,22%), la phase expulsive supérieure ou égale 45 minutes (2,36%).

## **V. Suivi prénatal :**

Il est indéniable que le suivi prénatal de qualité permet le dépistage et la prise en charge précoce des facteurs de risque liés à la grossesse et l'accouchement par le biais de la référence.

Dans notre série 38,20% de nos patientes n'avaient fait aucun suivi prénatal, 31,76 % ont été suivies par les Sages-femmes et les infirmières obstétriciennes, 18,45 % par les matrones.

Près de 3/4 des patientes avaient fait un suivi prénatal non satisfaisant car les facteurs de risque n'ont pas été dépistés à temps.

## **VI. L'Accouchement :**

### **Mode et lieu d'accouchement :**

Dans notre étude 91,63 % des patientes ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat avaient accouché par voie basse. Parmi elles, 13,95% des femmes avaient accouché à domicile.

DIARRA N. [37] a rapporté 4,02% de cas d'HPPI après accouchement à domicile en 2000, KEITA S. [39] 13,04% et DIALLO A. [36] 5,12%.

Dans 8,37% des cas, les patientes avaient fait une hémorragie du post-partum immédiat après une césarienne.

AKPADZA K. et coll. [33] ont trouvé 2,71%

Par rapport au mode d'accouchement deux situations pourraient expliquer les hémorragies contemporaines de la délivrance :

- Un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et de ses annexes. Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise ainsi la rétention des cotylédons d'une part et un traumatisme de la filière génitale d'autre part.

- L'accouchement se déroule dans les conditions normales et la délivrance a été effectuée par un personnel non qualifié ne respectant pas la physiologie de la délivrance normale.

#### **Durée totale du travail :**

- la durée du travail d'accouchement était supérieure à 12 heures dans 25,32%.

La durée anormalement longue du travail d'accouchement entraîne l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

ALIHONOU E. et coll. [34] ont trouvé 56,95% de temps de travail supérieur à 12 heures.

### **VII. Les principales causes retrouvées:**

#### **Traumatismes de la filière génitale :**

Nous avons colligé 87 cas de traumatisme de la filière génitale soit 18,67% répartis comme suit :

- La déchirure du col utérin : 32 cas soit 6,87% de cas d'hémorragies. KEITA S. [39] et DIALLO A. [36] ont rapporté respectivement 15,9%, et 5,12% de déchirures du col utérin. DIALLO B. [35] a rapporté un taux 28,2% de déchirure du col utérin.
- déchirure du col utérin associé à la déchirure du vagin : 0,86%
- La rupture utérine : 2,36%. Il s'agissait de déhiscence d'anciennes cicatrices de césariennes ; gestantes pourtant programmées pour césarienne prophylactique mais qui ne se sont pas présentées au rendez-vous fixé.

Dans notre étude les lésions des parties molles pourraient être liées à une mauvaise prise en charge du travail d'accouchement. Des efforts expulsifs mal contrôlés ou sur un col incomplètement dilaté, une mauvaise utilisation des utérotoniques au cours du travail et des

expressions avant dilatation complète entraînent des déchirures du col de l'utérus.

### **La rétention placentaire :**

Elle est retrouvée dans 113 cas sur 466 soit une fréquence de 24,25%. Elle est survenue surtout chez les primipares et elle est due à la mauvaise pratique de la GATPA entraînant une rétention partielle ou totale du placenta.

### **L'atonie utérine :**

Elle a été retrouvée chez 231 patientes soit 49,57% des cas. Ce sont les multipares en majorité qui ont présenté une atonie utérine dans le post-partum.

Ce résultat est proche de celui d'AKPADZA et coll. [33] qui ont rapporté une fréquence de 48,73%.

ALIHONOU E. et coll. [34] et DIALLO B. [35] ont trouvé une fréquence de 55,63% et 69%.

Des facteurs de risque de l'atonie utérine ont été identifiés :

L'épuisement du muscle utérin (travail prolongé, parité élevée, travail rapide) : l'excès de sollicitation du muscle utérin entraînent son épuisement et la perte de ses propriétés qui sont la tonicité, l'élasticité et la contractilité. Après la délivrance, les ligatures vivantes de Pinard du muscle utérin sont incapables de se contracter pour assurer l'occlusion des vaisseaux laissant ainsi béant ces vaisseaux utérins qui alimentaient le placenta. Ce qui explique la survenue de l'hémorragie.

Les facteurs de surdistension : La macrosomie 20,39%, La grossesse gémellaire 16,09 %, L'hydramnios 7,72 %, le fibrome utérin 17,60 %.

L'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé publique puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle. Sa fréquence très élevée dans notre série est de 73,82 %

Au Mali NEM T.D. [45] a trouvé que 59,3% des décès maternels au centre de santé de référence de la commune V étaient liés à la complication des hémorragies de la délivrance.

### **Les troubles de la Coagulation :**

Nous avons conclu que 17,51% de nos patientes avaient présenté un tableau de CIVD consécutive à une hémorragie massive grave. Les taux sont variables selon les auteurs entre 3,3% et 33% [19 ; 33 ; 34 ; 43].

Nous avons retrouvé trois causes : l'hématome retro placentaire, la rétention prolongée du fœtus mort in utero et l'embolie amniotique.

Dans notre étude il ressort que la rétention placentaire et la déchirure des parties molles étaient fréquentes chez les primipares tandis que l'atonie utérine et les troubles de la coagulation étaient survenus surtout chez les multipares.

### **Prise en charge :**

#### **7-1- Traitement médical :**

Dans notre étude 466 patientes soit 100% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical en urgence.

- La Prise de deux voies veineuses de sécurité avec un cathéter G18 ou G20,
- Le Remplissage vasculaire avec des macromolécules,
- L'administration d'utérotoniques (oxytocine) en perfusion dans une solution de macromolécule ou soit en intramusculaire,
- La Transfusion sanguine : 5,36% des patientes avaient bénéficié d'une transfusion sanguine.

Ongoïba I H [41], Traoré M T [43] et Lankoande J et Coll. [40] rapportent respectivement une fréquence de 40,8%, 31,76%, 54,1% de transfusion sanguine.

Cette différence peut s'expliquer par l'inconstance disponibilité de sang au CSRéf de la commune V.

L'utilisation du misoprostol 200µg, 5 à 10 comprimés en intra rectal a souvent été salubre dans 22,53% (soit 105 cas d'association à l'oxytocine).

Goffine T et Coll. [38] ont rapporté 89% d'efficacité avec le misoprostol après un échec à l'utilisation des oxytociques.

### **GESTES OBSTETRICAUX EFFECTUES :**

Toutes nos patientes avaient bénéficié des gestes obstétricaux systématiquement.

Le massage utérin 49,57%, la délivrance artificielle 22,32%, la révision utérine 24,25 % ont contribué à l'hémostase.

Tous les auteurs [21 ; 35 ; 39 ; 41 ; 44] sont d'accords sur les gestes effectués avec les indications précises.

### **7-2- Prise en charge chirurgicale :**

Dans notre étude 18,67 % des patientes avaient bénéficié d'une suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles. Le recours à l'hystérectomie dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum fût une solution ultime pour arrêter l'hémorragie chez 14 patientes soit 3%. Cette même fréquence est rapportée par S.S. Coulibaly [44] et Diallo B [35].

Des patientes, 12,02%, avaient bénéficié d'une triple ligature artérielle ou intervention de Tsurulnikov (artères utérines, artères des ligaments ronds, artères des ligaments utéro-ovariens) pour assurer l'hémostase.

Salva [42] avait rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas dans l'atonie utérine avec 100% de réussite. Nous n'avons pas effectué de ligature des artères hypogastriques.

Le recours aux traitements chirurgicaux au cours d'une hémorragie du post-partum immédiat est la dernière alternative pour arrêter

l'hémorragie après l'échec de tous les moyens thérapeutiques. Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et de plateau technique.

### **Pronostic maternel :**

Au cours de notre étude, nous avons déploré deux cas de décès maternel soit **0,43%**. Ces décès liés à l'hémorragie sont dus au retard dans la référence, à l'absence de prise en charge au moment de la référence surtout la prise de voie veineuse, le manque de produits sanguins (sang total et plasma frais congelé) et des médicaments d'urgence.

DIALLO B. [35] a trouvé 19,7% de décès maternel lié aux hémorragies du post-partum et DIALLO A. [36] a rapporté 23,20% de décès maternel par le manque de sang et des dérivés sanguins.

M.T.TRAORE avait trouvé un taux de 25 ,61%

La mauvaise organisation du système de référence/évacuation constitue le facteur de risque le plus important pour le pronostic maternel.

Une morbidité a été observée dans 30,69 % des cas à type d'anémie secondaire, d'endométrite, de suppuration pariétale et de thrombophlébite des membres inférieurs.

### **Pronostic néonatal :**

Plus de la moitié des nouveaux- nés soit 78,97% avaient un bon Apgar ; 2,79% de cas de mort-nés ont été enregistrés.

## **VI. CONCLUSION :**

Ce travail est le résultat d'une étude transversale descriptive qui a eu lieu au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2010.

L'hémorragie du post-partum immédiat dominée par l'atonie utérine, est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle est l'une des causes de mortalité maternelle dans notre service.

Elle demeure aussi une urgence obstétricale fréquente en pratique. Dans l'espoir de réduire cette fréquence ; un accent particulier doit être mis sur la prévention en maîtrisant les facteurs de risques obstétricaux, en organisant le système de référence/évacuation et en assurant la formation continue du personnel de santé.

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude, nous proposons les recommandations suivantes :

### **Aux prestataires :**

- ✓ Renforcer la surveillance du post-partum immédiat.
- ✓ Promouvoir la C.P.N recentrée
- ✓ Orienter les gestantes à risque d'hémorragie du post partum vers les structures spécialisées.
- ✓ Faire l'accouchement dans les normes afin d'éviter les traumatismes des voies génitales.
- ✓ Prendre systématiquement une voie veineuse sécurisée chez toutes les parturientes.
- ✓ Renforcer la collaboration entre le CSRéf et les structures qui évacuent.

### **A la population :**

- ✓ Eviter les accouchements à domicile.
- ✓ Participer de façon active à la gestion du système de référence/évacuation.
- ✓ Fréquenter régulièrement les services de santé (CPN, accouchement, planning familial).
- ✓ Respecter les conseils donnés par les prestataires de services.

### **Aux autorités administratives et politiques du pays :**

- Assurer de façon continue l'approvisionnement des structures sanitaires de référence en kit de médicaments d'urgence et en oxygène.
- Assurer la formation continue du personnel de santé ayant en charge la CPN et l'accouchement.
- Mettre en place en commune V une unité de réanimation.

- Mettre en application la politique nationale d’approvisionnement en produit sanguin déjà adoptée en conseil des ministres.
- Mettre en place une banque de sang au niveau de chaque CSRéf.
- Assurer la disponibilité, le fonctionnement et en nombre suffisant des ambulances bien équipées.
- Rendre le groupage sanguin gratuit et obligatoire pour toutes les gestantes et les parturientes.

## VII. REFERENCES:

### 1-Arulkumaran S.

The surgical management of post-partum hemorrhage.  
Best practice and Research clinical obstet. and gynaecol. 2002; 16 (1):  
81 – 98.

### 2-Derman R. J.

<< Post partum hemorrhage – the leading global cause of maternal  
Mortality >>.  
Int. J. gynaecol. obstet. 2006 ; 92(3) :202-211

### 3-Miller S. H.

Treatment of post partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal  
suppositories  
BJOG, 2006; vol.113, 283-292

**4- OMS Managing Postpartum Haemorrhage** : Education Material for  
Teachers of Midwifery, deuxième édition Genève: Organisation mondiale  
de la santé, 2006, P 173 .

### 5- Abdel Aleen

Management of severe post partum hemorrhage with misoprostol  
Int . j. gynaecol.obstet. 2001; 72(1): 75-76.

### 6- Dansereau J., Joshi A.K.

<< Double – blind comparison of Misoprostol Versus Oxytocin in  
prevention of uterine atony after caesarean section >>  
Am. J. obstet .gynaecol.1999 ; vol 180(3pt1), page 670 – 6.

### 7- Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

Prise en charge du 3<sup>ème</sup> stade du travail pour prévenir l'hémorragie du  
post partum. Déclaration commune, Londres : The federation, 2003.  
Disponible à : [http://www.org/guidelines/public/136F-JPS-  
Novembre2003.pdf](http://www.org/guidelines/public/136F-JPS-Novembre2003.pdf).

**8- Rivière M., Mahon R. et Coll.**

Essai de classification des causes de mortalité maternelle  
Gynécologie obstétrique 1959 ; 11(1bis) : 262-27.

**9- Hémorragie grave de la délivrance (Anonyme).**

Gynécol. Obstet. 1991; 58: 426 - 429

**10- Suzanne I. Y., Allard H., Meyer J.L.**

Hémorragie obstétricale grave du post-partum immédiat.  
Encycl. Méd-Chir., Paris, Obstétrique, 5109A 10, 12-19

**11- Fernandez H.**

Hémorragies graves en obstétrique 35<sup>ème</sup> congrès national et  
d'anesthésie réanimation. Conférence d'actualisation Paris  
Masson, 1993: 511-529

**12- Read J.A., Cotton O.B., Miller F.C.**

Placenta accreta : changing clinical aspects.  
Obstet. Gynécol. 1986; 56: 31-34.

**13- Bygdemann K. Wonsu M., Mukker Heet, Wiquistn**

Effect of infusion of prostaglandin E2 on the mortality of the pregnant  
human uterus.  
Am. J. Obstet. Gyneacol., 1988, 129: 918-919.

**14- Departement Of Health.**

Why Mothers Die. Report on Confidential inquiries into maternal Deaths  
in the United Kingdom 1994/96. London. Hers Majesty's stationary office  
1998.

**15- Stelhing L.**

Fluid replacement in massive transfusion; in Jeffres LC. Et Brecher  
Banks (eds).  
Massive Transfusion Bethesda.  
Am. Assoc. of Blood, 1994: 1-15.

**16- Merger R., Levy J., Merchior J.**

Précis d'obstétrique

MASSON, 6<sup>ème</sup> éd., Paris milan barcelone 1994; P 345 - 383.

**17- Net Work**

De meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies.

Network 1997; vol. 17 n° 4: 1 - 7

**18- Blondel B., Kaminskin**

Episiotomie anale third degree tears. BR

J. Gynécol.Obstet. 1985; 92 :1997-1998.

**19- Pambou O. et Coll.**

Les hémorragies graves de la délivrance au C.H.U. de Brazzaville

Méd. d'Afr. Noire 1996, 43 (7) : 418 – 422

**20-.. Pigne A., & Freitel**

Déchirures obstétricales

MASSON, Paris, 1990 (chap. 105) : 1353-1355.

**21- Bohoussou M. et coll. :**

Les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody.

Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1999 ; 24 : 104 – 112

**22- Mantal C., Bushmann , Reres H., Pattinson R. C.**

Severe acute maternal mobility: a pilot study of a definition for a near miss.

Br. J. of Gynaecology and Obstetric 1998; 105: 985-990.

**23- Hewitt P.E., Machin S.J.**

Massive blood transfusion in ABO of transfusion.

LONDON BMJ publishing groupe, 1998: 49-52.

**24- Moure J.C.**

The action of ergot preparations on the puerperal uterus.

Br. Med. J. 1932: 119-122.

**25- Tagaki S. Y., Togo Y.**

The effects of myometrial injection of prostaglandin f2 alpha on severe post-partum haemorrhage.

Prostaglandins-1976, 12(4): 565 – 579.

**26- Herts H. Sokol R.J., Dierker W.**

Treatment of post-partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories.

Obstet. Gynecol., 1988 ; 56: 129

**27- Tsirolnikov M.S.**

La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales.

J. Gynéco. Obstét. Biol. reprod., 1999, 8: 751-753.

**28- Cristalli B., Levardon M., Izard V., Cayol A.**

Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1991; 20: 851-854.

**29- Clark S.L., Yehsy, Phelan J.P. et al**

Emergency hysterectomy for obstetric haemorrhage.

J. Obstet. gynécol., 1984, 64: 376 – 380

**30- Brown B.Z. Heaston D.k., Poulson A.M. et al.**

uncontrollable post-partum bleeding: A. new approach to haemostasis through angiographic arterial embolization.

J. Obstet. Gynecol., 1989, 54: 361 – 366

**31- Marpeul, Rhimiz, Laruel et al.**

Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance.

J. gynaecol.obstet.biol.reprod.1992 ; 21 :233-5

**32- Watson P.**

Post-partum haemorrhage in associated with POOR housing and multipary in Botswana.

Lancet, 1986; 4: 278 – 284.

**33- Akpadza K. et Coll.**

Les hémorragies de la délivrance à la clinique de Gynécologie Obstétrique C.H.U TOKOIN-LOME (TOGO) de 1988 à 1992

Med. d' Afr. Noire 1994 ; 41 (11) :601-2.

**34- Alihonou E. et Coll.**

Les hémorragies de la délivrances Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans).

Publication médicale Africaine 2002 ; 121 : 8- 11.

**35- Diallo B.**

Les hémorragies de la délivrance au service gynécologie et obstétrique HGT Bamako 1999

Thèse Med. 1990, N°125.

**36- Diallo A.**

Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT.

Thèse Med. 1989, N°11

**37-Diarra N.**

Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas.

Thèse de Méd. Bamako, 2001, N°54.

**38. Goffinet F. et Coll.**

Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 (suppl. n°2) : 34-8

**39. Keïta S.**

Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G. Bamako 1991-2001.

Thèse Méd. Bamako, 2003, N°99.

**40. Lankoande J. et Coll.**

Hémorragie de délivrance dans la maternité Yalgado OUEDRAOGO.  
C.H.U de Ouagadougou, Burkina Faso.

Dakar médical 1998; 43 (1):57-9;

**41. Ongoïba I.H.**

Hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Thèse Med. Bamako, 2006, N°96.

**42. Salva J. N., Racinet C.**

Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les hémorragies obstétricales.

Rev. Fr. Gynécol. Obstétrique 1981 ; 25 :365-71

**43- Traore M. T.**

Etude épidémio-clinique thérapeutique des hémorragies du post- partum.

Thèse Med. 05M93

**44 – Coulibaly S. S.**

Hémorragie du post-partum immédiat CS réf CII.

Thèse Med. 07M68

**45-Nem T. D.**

Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la Commune V de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas.

Thèse Med. Bamako, 2004, N° 77.

## VIII. ANNEXES :

### FICHE D'ENQUETE

**Sujet de thèse** : Prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune V.

#### IDENTITE DE LA FEMME

**Q1** N° FICHE : /..... /

**Q2** Date d'entrée : /...../...../...../

**Q3** Nom et Prénom ; /...../

**Q4** Age : /.....ans

**Q5** Ethnie : /...../

1= Bambara ; 2= Peuhl ; 3= Sarakolé ; 4= Malinké ; 5= Dogon ; 6= Sonrhai ;  
7= Bobo ; 8= Sénoufo ; 9= Minianka ; 10= Tamashek ; 11= Maure ; 12= Autres

**Q6** Profession : /..... / 1= ménagère; 2= fonctionnaire ; 3= élève /  
étudiante ; 4= commerçante ; 5= autres

**Q7** Statut matrimonial : /..... /

1= mariée ; 2= célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve ; 5= autres

**Q8** résidence habituelle .....

**Q9** adresse à Bamako .....

**Q10** Téléphone :.....

Nom et prénom du conjoint : .....

**Q11** Mode d'admission : /...../ 1= évacuation ; 2= référence ; 3= venue d'elle  
même

**Q11a** – Si évacuation, motif : /...../

**Q11b**- Evacuée avec: /..... /

1= Partogramme, 2= Verbalement, 3= Sans précision

**Q11c**-Traitement reçu avant évacuation : /...../ (1= oui 2= non)

Si oui, préciser : /...../

**Q11d**- Provenance : /..... /

1= CSCOM, 2 =Autre structure du District, 3= structure de santé de  
l'intérieur,

4= Autres

### **ANTECEDENTS**

**Q12** Antécédents médicaux: /..... /

1= HTA, 2= Asthme, 3= insuffisance respiratoire, 4=diabète 5= insuffisance cardiaque, 6= Tuberculose, 7= Drépanocytose, 8= obésité ; 9= autres

**Q13** Antécédents chirurgicaux :

1= Appendicectomie, 2= GEU, 3= Césarienne 4= Fistule vesicovaginale,

5= Myomectomie, 6= Kystectomie, 7= Coelioscopie, 8= curetage ;

9= Autre (préciser).....

**Q14** Antécédents gynéco-obstétricaux :

1: fibrome utérin, 2: malformation génitale, 3: infection génitale,

4 : avortement: /...../ a: spontané b: provoqué

**Q15** Gestité : /..... /

**Q16** Parité : /..... /

**Q17** Nombre de décès néonatal précoce: /..... /

**Q18** Mort né ou Mort in utero : 1= Oui 2= Non Si oui nombre.....

**Q19** Pathologie au cours du dernier accouchement :

si oui (préciser) .....

Autre particularité : .....

### **CARACTÈRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE**

**Q20** CPN faite : /...../ ( 1= oui 2= non )

**Q20a.** Si oui, nombre : /...../

**Q20b.** Préciser l'auteur : /...../

(1= spécialiste, 2= généraliste, 3= sage femme, 4= infirmière obstétricienne, interne 5= matrone, 6= autres)

**Q20c.** Préciser le lieu : /..... /

**Q20d.** Pathologie retrouvée au cours des CPN / .....

## **LES ELEMENTS DE L'EXAMEN A L'ENTREE**

### **INTERROGATOIRE**

**Q21** la durée du travail

1= 12 heures 2= 24 heures 3= 48 heures 4= Autres

**Q22** la nature de l'accouchement

1= voie basse 2= voie haute 3= Autres

**Q23** Manœuvre utilisée si

1= Oui : laquelle..... 2= Non

**Q24** type de délivrance

1= Active 2= Naturelle 3= Artificielle 4= autres

**Q25** le poids du nouveau-né

1= < 2500 g 2= ≥ 2500 et < 4000 g 3= ≥ 4000 g

Pronostic du nouveau-né :  1 = vivant 2=mort-né

**Q26** le traitement au cours du travail

1= perfusion de syntocinon 2= Autres

### **EXAMEN GENERAL**

**Q27** Etat des conjonctives

1= colorées 2= moyennement colorées 3= pâles

**Q28** La tension artérielle mmhg

1= basse 2= élevée 3= normale

**Q29** Le pouls

1= filant 2= normal 3= autres

**Q30** La température

1= Normale 2= Anormale

**Q31** les œdèmes

1= présent 2= absent

**Q32** Le poids

1= obésité sévère 2= obésité modérée 3= autres

### **EXAMEN PHYSIQUE**

**Q33** L'utérus

1= bien rétracté 2= mal rétracté 3= autres

**Q34** globe vésical

1= absent 2= présent

**Q35** La vulve

1= déchirure périnéale 2= épisiotomie non suturée 3= Autres

**Q36** Examen sous valv

1= déchirure du vagin 2= déchirure du col 3= Autre

**Q37** révision utérine

1= cavité vide et régulière 2= présence de solution de continuité

3= présence de débris placentaires 4= présence de membranes

5= rétention du placenta

**Q38** Diagnostic de l'atonie

1= trouble de la contractilité utérine 2= anomalies du placenta

3= troubles de la coagulation 4= Autres

### **TRAITEMENT DE L'ATONIE**

**Q39** Réanimation

1= Oui 2= Non Si oui, la quelle ?

**Q40** Moyens médicaux

1= Misoprostol 2= oxytocine 3= misoprostol + oxytocine 4= autres

**Q41** gestes obstétricaux

1= massage utérin 2= révision utérine 3= autres

**Q42** Moyens chirurgicaux

1= ligatures des utérines 2= hystérectomie d'hémostase 3= Autres

### **SURVEILLANCE DU TRAITEMENT**

**Q43** délai entre l'utilisation du misoprostol et l'arrêt de l'hé  agie

1= 15 – 30 mn 2= 30 – 1 heure 3= > 1 heure

**Q44** Effet secondaire du traitement

1= Fièvre 2= tremblement 3= troubles digestifs 4= autres

**Q45** Complications du traitement  1= oui 2= non

**Q46** Pronostic maternel

1= vivante 2= décédée 3= Autres

## FICHE SIGNALETIQUE

Localisation et résumé de la thèse.

**Nom** : DIALLO

**Prénom** : Takary dite Bah

**Titre du mémoire** : Prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. 2010-2011

**Année universitaire** : 2011-2012

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako.

### Résumé :

Cette étude prospective et descriptive a été effectuée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF de la Commune V du District de Bamako.

L'objectif principal était d'étudier l'hémorragie du post-partum immédiat au CSREF de la commune V du District de Bamako en 2010.

Au cours de notre travail mené entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2010, nous avons enregistré au total 9065 accouchements dont 466 cas se sont compliqués d'hémorragie du post-partum immédiat soit 5,14%.

Sur les 466 cas d'hémorragie, 231 étaient liés à l'atonie utérine soit 49,57%, 87 cas de traumatisme de la filière génitale soit 18,67%, 113 cas de rétention placentaire soit 24,25% et 35 cas de trouble de la coagulation soit 17,51%.

Nous avons déploré deux cas de décès maternel.

**Mots clés** : hémorragie du post-partum immédiat, atonie utérine, traumatisme de la filière génitale, rétention placentaire, trouble de la coagulation.