

Hémorragie du Post Partum Immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2009 - 2010

Thèse N°...../2010

THESE

HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

présentée et soutenue publiquement le __/__/2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Monsieur MAIGA Sagaidou Ibrahim

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

JURY :

Président :	Pr. Salif	DIAKITE
Membres :	Dr. Moustapha	TOURE
Co-Directeur de thèse :	Dr. Bakary	DEMBELE P/O
Directeur de thèse :	Pr. SY, Assitan	SOW

**Dédicaces
&
Remerciements**

DEDICACES

*Louange à Allah, le tout miséricordieux,
le très miséricordieux.*

*Sa bénédiction et son salut soient sur le prophète Mohamed,
paix et salut sur lui Amen !*

Je dédie ce travail à,

Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

A mes pères : Feu Ibrahim Balobo MAÏGA ;

Paix à son âme, qui nous a quittés depuis que j'étais tout petit ;

Adama KEITA : lui qui a énormément contribué à ma réussite depuis que j'avais franchi les portes du Lycée jusqu'à la fin de mes études universitaires. Acceptez mes remerciements, mon amour filial et mon respect.

Que Dieu vous protège et vous bénisse. Amen !

A ma mère : Katoumi MAÏGA ;

Quels sacrifices, pour voir ses enfants réussir. Votre extrême bonté et surtout votre patience ont fait de vous, une femme de grande qualité.

Que ce travail soit la récompense de vos peines et votre patience, puisse Dieu vous payer pour tout ce que vous avez fait pour moi, qu'il vous accorde une longue vie, pleine de bonne santé, trouvez ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

REMERCIEMENTS :

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mon beau pays le Mali, terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme disait l'autre « La plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, d'hospitalité, d'humanité, une terre de réconciliation... », Merci pour tout ce que tu nous as donné (Education – Santé – Sécurité... etc.).

A mes frères et sœurs :

Gaoussou, Mamadou, Lassine, Boubacar, Assétou KEITA et Mamadou MAÏGA, Abdoulaye, Amadou, Yacouba, Oumar, Ousmane, Aïssata, Kadidiatou, Mariam.

Pour vous dire, restons toujours unis car « l'union fait la force » et sachons que « seul le travail libère l'homme ».

Merci infiniment pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficié.

Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration pour la réussite.

A mes grands parents :

N'Kirgny Halama et Fatoumata dite Fata Halama, vous m'avez guidé dans le bon sens vers la réussite depuis ma tendre enfance me permettant de traverser avec bonheur, les difficultés d'apprentissage des années 1984, acceptez mes remerciements.

A mes oncles :

Feu Daouda Mahamadou MAÏGA, paix à son âme, Diabirou Hamida MAÏGA, Issa Mahamadou MAÏGA, Minkaïla Halidou

MAÏGA, Moussa S MAÏGA et Mohamed CISSE ; les mots me manquent pour dire et témoigner tout ce que vous avez fait pour moi.

Merci pour vos encouragements et que Dieu vous accorde le paradis Amen !

A ma tante Adizatou MAÏGA et son mari Youssouf DIALLO :

Cette Réussite est la vôtre, car vous n'avez jamais cessé de me rappeler que « seul le travail libère l'homme ». Soyez assurés de mon profond attachement.

Tous les enseignants de mon parcours.

Au corps professoral de la F.M.P.O.S. de Bamako.

Pour la qualité des enseignements reçus tout au long de notre formation ; Hommage respectueux.

Aux médecins Chefs, aux chefs de services du CSRéf C I.

Aux Docteurs : Mahamadou DIASSANA, Samba TRAORE et Sidi YATTARA ;

Votre disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, surtout votre souci constant pour le travail bien fait, font de vous de grands maîtres admirés de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous gratifier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons bénéficié à travers votre riche expérience.

Que Dieu vous accorde longue vie et beaucoup de succès à fin que d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement remarquable.

Au Docteur Malick BOUARE :

Je n'oublierai jamais les bons conseils que vous m'avez prodigués durant mon séjour à l'hôpital de Markala.

Aux Docteurs : Samba TRAORE, Mohamed DIABY, DIASSANA Alima SIDIBE, Nanko BAGAYOKO, KEITA Mahamadou, Ali OULOGUEM, DIALLO Diakaria, Seydou DAO, DIARRA Issa ; BAMBBA Harouna, Samoura Astan BAMBBA ;

La jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement ; la rigueur et le souci du travail bien fait.

A la promotion 1998 -1999 de la FMPOS ainsi qu'à la promotion du Baccalauréat 1998 au Lycée de Markala.

A tout le personnel de l'ONG CARD pour votre appui matériel et également votre disponibilité. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes amis : Modibo GUINDO et Moussa Ibrahim ;

J'ai eu plusieurs camarades et amis durant tout au long du cycle, mais vous êtes exceptionnels, votre soutien matériel et moral n'ont jamais fait défaut, trouvez ici, l'expression de ma profonde affection.

Ibrahim ALASSANE, Mohamed AG ACHAROM, Aguibou BAH, Aboubacrine MAÏGA, Moussa Salihou MAÏGA, Almahamoud MAÏGA, Moulaye DJITEYE, Kama DEMBELE, Cathérine COULIBALY : pour le soutien matériel et moral dont j'ai toujours bénéficié. Soyez assurés de mon profond attachement.

Tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du CSRéf C I, particulièrement, Mme BARRY Fatoumata FOFANA sage-femme maîtresse, Mme COULIBALY Salimata COULILALY, Mme SANOGO , Mme Adama SAMBA, Mme Hawa Lamine TRAORE, Mme COULIBALY Fanta DEMBELE, Mme OMBOTIMBE Oumou TANGARA etc...

Pour avoir dégagé le maximum de leur temps afin de m'assurer une maîtrise des registres et dossiers obstétricaux.

Tous les thésards du CSRéf C I, votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est aussi le vôtre, particulièrement à Ibrahim KEITA dit Boua pour sa disponibilité à chaque fois que le besoin est là et pour son soutien.

A tous les habitants du village de Point G, pour leur humanisme.

**Hommages
aux membres
du jury**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

Professeur SALIF DIAKITE ;

**✚ Professeur titulaire de Gynécologie et
d'Obstétrique ;**

**✚ Chargé de cours de gynécologie et d'Obstétrique à
la Faculté de Médecine, Pharmacie et
d'Odontostomatologie (FMPOS) ;**

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples sollicitations.

Vous avez notre admiration pour vos qualités de chef maniant avec une maîtrise extraordinaire la simplicité et la rigueur.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :

Docteur MOUSTAPHA TOURE ;

✚ Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique ;

**✚ Maître assistant à la Faculté de Médecine,
Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ;**

**✚ Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de
la Commune IV du District de Bamako ;**

✚ Chevalier de l'ordre National du Mali ;

Paix et joie à vous qui nous faites l'honneur de juger ce travail. Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger ce travail. Soyez en remercié. Au-delà du Maître, nous voudrions vous réitérer notre admiration pour votre simplicité et votre ardeur au travail.

Espérant que cet humble travail sera à la hauteur de vos espérances, Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :

DOCTEUR Dr Bakary DEMBELE;

✚ Maître assistant en chirurgie au Centre Hospitalier

Universitaire Gabriel TOURE ;

✚ Praticien hospitalier ;

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre dynamisme, votre respect, votre calme, votre simplicité, votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE :

PROFESSEUR SY, ASSITAN SOW ;

**✚ Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique
à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie (FMPOS) ;**

**✚ Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et
d'Obstétrique (SOMAGO) ;**

**✚ Chef de service de l'unité de gynécologie et
d'Obstétrique du Centre de Santé de Référence de
la Commune I I du District de Bamako ;**

✚ Chevalier de l'ordre national du Mali.

C'est une grande joie pour nous de vous avoir comme Directrice de thèse.

Femme de principe et de rigueur, nous avons découvert en vous une femme aux qualités multiples sur le plan socioprofessionnel.

Votre ardeur pour la promotion et la vulgarisation de la santé se fait sentir tant dans nos villes que dans nos campagnes. Votre volonté ferme de transmettre vos connaissances et votre expérience, votre simplicité et votre modestie font de vous un Maître et une mère.

Recevez ici chère mère, l'expression de notre profonde gratitude. Que le tout puissant vous donne encore longue vie. Amen !

LISTE DES GRAPHIQUES

Pages

Graphique 1 : Répartition des patientes selon les tranches d'âges-----	36
Graphique 2 : Répartition des patientes selon la résidence -----	37
Graphique 3 : Répartition des patientes selon la profession-----	37
Graphique 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial----	38
Graphique 5 : Répartition des patientes selon le mode d'admission-----	39
Graphique 6 : Répartition des patientes selon la gestité-----	42
Graphique 7 : Répartition des patientes selon la parité-----	42
Graphique 8 : Répartition des patientes selon le suivi en CPN-----	43
Graphique 9 : Répartition des patientes en fonction de l'auteur de la CPN	43
Graphique 10 : Répartition des patientes en fonction de la durée totale du travail d'accouchement-----	48
Graphique 11 : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'accoucheur-----	49
Graphique 12 : Répartition des nouveaux-nés en fonction du score d'APGAR-----	50
Graphique 13 : Répartition des nouveaux-nés en fonction du poids en Gramme-----	51
Graphique 14 : Répartition des nouveaux-nés en fonction de la vitalité----	52
Graphique 15 : Répartition des patientes en fonction des anomalies d'insertion placentaire-----	54
Graphique 16 : Répartition des patientes en fonction des traumatismes de la filière génitale-----	55

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau I : Analyse de l'OMS des causes de la mortalité maternelle en Afrique-----	5
Tableau II : Utilisation des ocytociques-----	23
Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction-----	38
Tableau IV : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation-----	40
Tableau V : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement-----	40
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents-----	41
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN-----	43
Tableau VIII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse-----	44
Tableau IX : Répartition des patientes selon la présence d'hydramnios-----	45
Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général-----	45
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives-----	45
Tableau XII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine-----	45
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission-----	46
Tableau XIV : Répartition des patientes selon les chiffres tensionnels à l'admission -----	47
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du mode de l'accouchement-----	47
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du mode d'extraction-----	48
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du nombre de nouveau né-----	49
Tableau XVIII : Répartition des nouveaux nés en fonction de leur sexe-----	50
Tableau XIX : Répartition des nouveaux nés en fonction de la taille-----	51
Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction du mode de délivrance-----	52
Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction des causes de l'hémorragie-----	53

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du type d'anomalie d'insertion placentaire-----	54
Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de l'utérus après la Délivrance-----	55
Tableau XXIV : Répartition selon les types de traumatisme de la filière Génitale-----	56
Tableau XXV : Répartition des patientes selon la délivrance hémorragique-----	57
Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires-----	57
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les produits reçus-----	57
Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la transfusion-----	58
Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du nombre d'unité de sang reçu-----	58
Tableau XXX : Répartition des patientes selon les macromolécules reçues-----	58
Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction des cristalloïdes reçus-----	59
Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction des utérotoniques-----	59
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le traitement antibiotique-----	59
Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le massage utérin-----	60
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical-----	60
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon le type de traitement chirurgical-----	60
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel-----	61
Tableau XXXVIII : Répartition des tranches d'âge en fonction du type d'hémorragie-----	62
Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le statut matrimonial en fonction du type d'hémorragie-----	63

Tableau XL : Répartition de la parité en fonction du type d'hémorragie----**64**

Tableau XLI : Répartition de la durée du travail en fonction du type
d'hémorragie-----**65**

Tableau XLII : Répartition de la qualification de l'accoucheur en fonction du
type d'hémorragie-----**66**

Tableau XLIII : Répartition du type d'hémorragie en fonction du poids du
nouveau-né-----**67**

Sigles et abréviations

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-utérine
APC	: Avortement provoqué clandestin
ASACO	: Association de santé communautaire
ATCD	: Antécédent
CSRéf C I	: Centre de Santé de Référence de la Commune I
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CIVD	: Coagulation Intra Veineuse Disséminée
CPN	: Consultation Pré Natale
GATPA	: Gestion active de la troisième période de l'Accouchement
DES	: Diplôme d'étude de Spécialisation
Cm	: Centimètre
DDR	: Date des Dernières Règles
DIU	: Dispositif intra-utérin
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la Population
GEU	: Grossesse extra – utérine
HTA	: Hypertension Artérielle
HPPI	: Hémorragie du Post-Partum Immédiat
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles.
ITG	: Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVA	: Inspection visuelle en acide acétique
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
MG	: Milligramme
ML	: Millilitre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.

- PF** : Planification Familiale
- PTME** : Prévention de la transmission mère enfant
- RDV** : Rendez-vous
- S.R** : Santé de la Reproduction
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- SAA** : Soins Après Avortement
- SIDA** : Syndrome Immuno Déficience Acquise
- VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine
- USAC** : Unité de Soins d'Appui et de Conseils
- CRESAR** : Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction

PLAN	Pages
1. INTRODUCTION -----	1 - 2
2. OBJECTIFS -----	3
3. GENERALITES -----	4 - 30
4. METHODOLOGIE -----	31 - 35
5. PRESENTATION ET ANALYSES DES RESULTATS -	36 - 67
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS -----	68 - 76
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	77 - 78

SOMMAIRE

Pages

1. INTRODUCTION.....	1-2
2. OBJECTIFS.....	3
– Objectif Général.....	3
– Objectifs Spécifiques.....	3
3. GENERALITES.....	4-30
3.1-Définitions.....	4-5
3.2 – Rappel physiologique de l'accouchement.....	6
3.2.1 – Phénomènes dynamiques de l'accouchement.....	6-7
3.2.2 – Phénomènes mécaniques de l'accouchement.....	7
3.3 - Physiologie de la délivrance.....	7
3.3.1 – Phase de décollement.....	7-8
3.3.2 – Rétraction utérine.....	8
3.3.3 – Migration et l'expulsion placentaire.....	8-9
3.4 – Physiopathologie des hémorragies de la délivrance.....	9
3.4.1 – Déroulement partiel du placenta.....	9
3.4.2 – Atonie utérine.....	9
3.5- Etiologies.....	9
3.5.1 – Causes utérines et causes non utérines.....	9
3.5.1.1 – Causes utérines.....	10-12
3.5.1.2 – Causes non utérines.....	12-16
3.5.2 – Hématomes pelviens et périnéaux.....	16
3.5.2.1 – Thrombus vulvos-vaginaux.....	16-17
3.5.2.2 – Ruptures des varices vulvovaginales.....	17
3.5.3 – Troubles de la coagulation.....	17

3.5.3.1 – Coagulation Intra Veineuse Disséminée.....	17-18
3.6 – Conduite à tenir devant les hémorragies du post-partum.....	19
3.6.1 – Laboratoire et transfusion.....	19
3.6.2 –Hématologie.....	19
3.6.3 – Biochimie.....	19-22
3.7 - Prise en charge Médicale.....	22
3.7.1 – Traitement curatif en fonction de l'étiologie.....	22
3.7.1.1 – Atonie utérine.....	22-27
3.7.1.2 – Inversion utérine.....	27
3.7.1.3 – Déchirures des parties molles.....	27-28
3.7.1.4 – Troubles de la coagulation.....	28-29
3.8 – Prise ne charge chirurgicale.....	29
3.8.1 – Indications.....	29
3.8.2 – Techniques.....	30
3.9 – Prévention.....	30
4 - METHODOLOGIE.....	31-35
4.1 – Cadre d'étude.....	31
4.1.1 – Situation géographique et services.....	31-32
4.1.2 – Description du cadre.....	32-33
4.1.3 – Fonctionnement.....	33-34
4.2 – Type et période d'étude.....	34
4.3 – Population d'étude.....	34
4.4 – Echantillonnage.....	34
4.4.1 – Critères d'inclusion.....	34
4.4.2 – Critères de non inclusion.....	34
4.4.3 – Techniques d'échantillonnage.....	34
4.5 – Plan de collecte des données.....	34-35

5. RESULTATS.....	36-67
5.1 – Données sociodémographiques.....	36-38
5.1.1 – Ages.....	36
5.1.2 – Résidence.....	37
5.1.3 – Profession.....	37
5.1.4 – Statut matrimonial.....	38
5.1.5 – Niveau d’instruction.....	38
5.2 – Clinique.....	39-47
5.2.1 – Modes d’admission.....	39
5.2.2 - Motifs d’évacuation.....	40
5.2.3 – Lieu d’accouchement.....	40
5.2.4 – Les antécédents.....	41
5.2.4.1 – Les antécédents médicaux-chirurgicaux-gynécologiques.....	41
5.2.4.2 – Les antécédents obstétricaux.....	42
a°) Gestité.....	42
b°) Parité.....	42
5.2.5 – Caractères de la grossesse actuelle.....	43-44
5.2.5.1 – La Consultation Périnatale.....	43
5.2.5.2 – Le nombre de consultation périnatale.....	43
5.2.5.3 – Auteur de la consultation périnatale.....	44
5.2.6 – Terme de la grossesse.....	44
5.2.7 – Présence d’hydramnios.....	45
5.2.8 – Etat des conjonctives.....	45
5.2.9 – Hauteur Utérine.....	46
5.2.10 – Bruits du cœur foetal.....	46
5.2.11 – Chiffres tensionnels.....	47
5.3 – Déroulement de l’accouchement.....	47
5.3.1 – Mode d’accouchement.....	47
5.3.2 – Durée totale du travail de l’accouchement.....	48

5.3.3 – Qualification de l’accoucheur.....	49
5.4 – Nouveau né.....	49-52
5.5 – Délivrance.....	52
5.6 – Causes de l’Hémorragie post-partum.....	53-56
5.7 – Traitement.....	57
5.7.1 – Bilan biologique.....	57
5.7.1.1 – Les examens complémentaires effectués.....	57
5.7.2 – Traitement obstétrical.....	60
5.7.3 – Traitement chirurgical.....	60
5.8 – Pronostic maternel.....	60
5.9 – Croisement de quelques variables.....	62-67
6. COMMENTAIRES DISCUSSION.....	68-76
6.1 – Fréquence.....	68
6.2 – Caractères sociodémographiques.....	68
6.2.1 – Tranches d’âge.....	68
6.2.2 – Statut matrimonial.....	69
6.2.3 – Profession.....	69
6.3 – Clinique.....	69
6.3.1 – Lieu de provenance.....	69
6.3.2 – Les antécédents.....	70
6.3.2.1 – Les antécédents médicaux.....	70
6.3.2.2 – Les antécédents chirurgicaux.....	70
6.3.2.3 – Les antécédents obstétricaux.....	70
6.3.3 – Hauteur utérine excessive.....	71
6.3.4 – Durée du travail.....	71
6.4 – Lieu d’accouchement.....	72
6.5 – Principales étiologies retrouvées.....	72
6.5.1 – Hémorragie de la délivrance.....	72
6.5.2 – Traumatismes de la filière génitale.....	72-73

6.6 – Complications maternelles.....	73
6.7 – Paramètres fœtaux.....	74
6.7.1 – Poids du nouveau-né.....	74
6.7.2 – Morts fœtales.....	74
6.8 – Prise en charge.....	74
6.8.1 – Traitement médical.....	74
6.8.2 – Prise en charge obstétricale.....	75
6.8.3 – Prise en charge chirurgicale.....	75
6.9 – Pronostic maternel.....	76
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	
7.1 Conclusion.....	77
7.2 – Recommandations.....	78

Introduction

1. INTRODUCTION :

Dans bon nombre de pays en voie de développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les causes prédominantes de décès chez les femmes en âge de procréer.

Plus de la moitié de tous ces décès maternels surviennent dans les 24 heures après l'accouchement. La plupart de ces décès maternels sont dus à un saignement excessif. Ce saignement grave ou hémorragie du post-partum immédiat demeure encore un problème majeur de santé publique dans le monde.

Cependant une analyse récente a conclu que le post-partum immédiat constitue un moment critique « aussi bien aux Etats-Unis que dans les pays en voie de développement » avec 125 000 décès maternels enregistrés chaque année par hémorragie du post-partum immédiat **[15]**.

En France, une étude récente révèle que les hémorragies du post-partum constituent la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie en association avec les autres complications de la césarienne et les troubles de la coagulation, constituent les principales causes de décès maternel dans les pays développés **[16]**.

En Afrique, des études ont montré que la première cause de décès maternel est l'hémorragie et parmi les types d'hémorragies ; l'hémorragie du post-partum immédiat occupe le premier rang avec une fréquence de 24% ; ensuite viennent respectivement **[15]** :

- Les infections avec une fréquence de 15% des cas,
- Les avortements à risque avec 13%des cas,
- L'éclampsie avec 12% des cas,
- Les accouchements dystociques avec 8% des cas,
- Les autres causes représentent 8%. Il s'agit de : grossesse extra-utérine, d'embolie et celles liées à l'anesthésie,

- Les causes indirectes sont retrouvées dans 20%. Ce sont notamment l'anémie, le paludisme, les troubles cardiaques, le VIH/SIDA etc... **[32]**.

Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par des niveaux de mortalité et de morbidité élevés. En effet un décès maternel est enregistré toutes les 3 heures, soit 11% de ces décès sont dus à l'hémorragie et l'hémorragie du post-partum occupe le premier rang **[20]**.

Les principaux hôpitaux de Bamako rapportaient la situation des hémorragies du post-partum de la façon suivante :

- A l'hôpital Gabriel TOURE, au service de gynécologie et d'obstétrique, la fréquence des hémorragies du post-partum s'élevait à 2,17% en 1989 **[17]**.
- A l'hôpital du Point « G », au service de gynécologie et d'obstétrique, cette fréquence s'élevait 1,32% en 2003 **[30]**.
- Au Centre de Santé de Référence de la Commune V, au service de gynécologie et d'obstétrique, cette même fréquence s'élevait à 1,32% en 2005 **[55]** et 1,85% en 2006 **[42]**.

Selon l'OMS, sur 585 000 femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement, un quart succombe de l'hémorragie du post-partum immédiat **[41]**.

Elle demeure encore un problème d'actualité et un problème majeur de santé publique malgré les progrès marqués en matière de prise en charge **[32]** notamment la GATPA (Gestion active de la troisième période de l'Accouchement). Vu l'ampleur du problème ; il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue d'hémorragie et de reconnaître un terrain prédisposant (les facteurs de risque).

Objectifs

2. OBJECTIFS :

2.1 - Objectif général :

Etudier les hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

2.2 - Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat durant la période de l'étude
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ayant présenté l'hémorragie du post-partum immédiat
- Rechercher les causes des hémorragies du post-partum immédiat
- Décrire les différentes conduites à tenir
- Evaluer le pronostic maternel
- Formuler des recommandations

Généralités

3. GENERALITES :

3.1 - Définitions :

La définition des hémorragies du post-partum est abordée dans la littérature selon deux concepts :

- ❖ **Selon le concept anglo-saxon**, l'hémorragie primaire du post-partum est classiquement définie comme une perte de plus de 500ml de sang après un accouchement par voie basse et supérieure à 1000 ml lors d'une césarienne ; survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital [3]. Il peut s'agir :
 - Des hémorragies de la délivrance : qui sont des hémorragies provenant de la zone d'insertion placentaire.
 - Des hémorragies contemporaines de la délivrance qui sont des hémorragies liées aux lésions des parties molles.

Si la perte sanguine survient entre 24 heures et 42 jours après accouchement, elle est définie comme hémorragie secondaire du post-partum [21].

Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature. Les causes du saignement et les formes cliniques sont pourtant bien différentes entre les situations.

- ❖ Selon le collège Américain de gynécologie et d'obstétrique [47] :

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

- ❖ En pratique, c'est une estimation essentiellement visuelle et clinique ; les pertes sanguines exactes étant difficiles à quantifier ; c'est pourquoi *PRITCHARD* a démontré que les pertes sanguines moyennes étant de 500ml pour l'accouchement par voie basse et de 1000 ml après une césarienne [46]. On pourrait considérer que toute perte sanguine qui excède cette moyenne dans les 24 heures constitue une hémorragie du post-partum immédiat.

D'autres auteurs ont proposé une diminution brutale de l'hématocrite de 10% suite à un accouchement.

- ❖ On retiendra dans notre service que **l'hémorragie du post-partum immédiat** se définit comme une perte de sang ayant leur origine dans la zone d'insertion placentaire et/ou une partie molle survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement ; anormale par son abondance de plus de 500 ml (voie basse) et plus 1000 ml (césarienne) et son retentissement sur l'état général de la mère.

Coumbs a suggéré comme définition clinique « toute hémorragie mal tolérée par la mère ou nécessitant une transfusion sanguine » [46].

Le problème de cette définition c'est que, les pratiques cliniques et attitude à l'égard des transfusions varient considérablement tant chez les médecins que chez les patientes [46].

L'absence de définition précise et unanime de l'hémorragie du post-partum rend difficile l'estimation exacte de son incidence à travers le monde. C'est pourquoi une analyse de l'OMS sur les causes de la mortalité maternelle due à l'hémorragie, retrouve les cas suivants :

Tableau I : Analyse de l'OMS des causes de la mortalité maternelle en Afrique [29] :

Pays	Années	Décès	MMR	Hémorragie
RD Congo	1997	143	510	16%
Egypte	2000	585	84	30%
Sénégal	2002	87	690	22%
Tanzania	1988	76	529	23%
South Africa	2002 - 2003	3121	150	10%
Zambia	1998	349	729	28%
Zimbabwe	2001	92	695	19%
MCW Africa	2001	55	334	33%

MMR = Mortalité Maternelle Ratio

3.2 - Rappel physiologique de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois, c'est-à-dire 28 semaines d'aménorrhées :

📅 entre 28 et 37 semaines d'aménorrhées l'accouchement est **prématuré**,

📅 entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées il est dit à **terme**,

Après 42 semaines d'aménorrhées il est dit post-terme,

- Si l'accouchement se fait sans difficulté il est dit **eutocique**,
- Si l'accouchement de fait avec difficulté il est dit **dystocique**,
- S'il se fait sans apport thérapeutique il est dit **spontané**,
- S'il y a un apport thérapeutique de déclenchement il est dit **provoqué**.

L'accouchement lui-même comporte ainsi deux (2) phénomènes [38] :

3.2.1 - Phénomènes dynamiques de l'accouchement :

La contraction utérine est la force motrice de l'accouchement. Son mécanisme d'initiation est lié :

- Au potentiel de repos de la membrane
- Le rôle de l'environnement hormonal : les oestrogènes augmentent le potentiel de repos de la membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hypopolarisant. Les contractions utérines ont pour effet le déclenchement du travail.

Le travail d'accouchement comprend trois (3) périodes :

- ◆ *Première période* : « **effacement et dilation du col** » commencent au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10 cm, elle dure 6 à 12 heures chez la femme primipare, 2 à 8 heures chez la multipare.
- ◆ *Deuxième période* : « **expulsion du fœtus** » commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure 30 minutes chez la multipare.

- ◆ *Troisième période* : « délivrance » elle va de la naissance du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 45 minutes.

3.2.2 - Phénomènes mécaniques de l'accouchement :

Le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

- ⇒ **L'engagement** : comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail.

L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.

- ⇒ **La descente - rotation** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation poursuit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéropostérieur de la fente centrale urogénitale.

- ⇒ **Le dégagement** : est l'orientation antéropostérieure de la fin de la descente et l'hyper flexion de la tête : expulsion du fœtus.

3.3 - Physiologie de la délivrance :

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette période de l'accouchement est redoutable, du fait des hémorragies gravissimes qui peuvent survenir.

La délivrance évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- Décollement du placenta ;
- Migration et l'expulsion du placenta ;
- l'hémostase.

3.3.1 - Phase de décollement :

Le décollement est sous la dépendance :

- De la rétraction utérine qui le prépare ;
- Et de la contraction utérine qui le provoque.

3.3.2 - Rétraction utérine :

Après l'expulsion du fœtus, il se déroule une phase de rémission [33] ou phase de repos physiologique. L'accouchée se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle normale, l'utérus est rétracté, dur, recule de 2 à 3 cm au dessus de l'ombilic, ses parois s'épaississent tout en respectant à la zone d'insertion placentaire qui est mince [7] permettant l'enchatonnement. Cette phase dure 10 à 15 minutes environ.

3.3.3 - Migration et l'expulsion placentaire :

Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque, dont le clivage est ainsi préparé.

De la vulve par où sort le cordon, s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang. Cette phase dure en moyenne 15 minutes.

▪ Phase l'hémostase :

La rétraction utérine, qui intéresse la zone placentaire, les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un écrasement des vaisseaux utéro-placentaires appelés « ligature vivante de Pinard » mais la rétraction utérine n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ; la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal et normalement inséré sur la muqueuse utérine » si non les complications de la délivrance risquent de se produire [56].

▪ Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le 3^{ème} et dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique, elle doit réunir quatre (4) conditions qui sont [53] :

- une dynamique utérine correcte,
- une vacuité utérine totale,

- un placenta normalement inséré et non adhérent
- une coagulation sanguine normale.

3.4 - Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :

Deux (2) grands processus nous enseignent la genèse des hémorragies de la délivrance.

3.4.1 - Le déroulement 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 précisément 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 ou partiellement dans l'utérus qui ne se rétracte pas et ne se contracte pas. Les vaisseaux sanguins de la partie décollée restent béants et le sang s'en écoule.

3.4.2 - L'atonie utérine :

L'utérus doit normalement se contracter et se rétracter pour entraîner au niveau des vaisseaux utérins, une oblitération physiologique empêchant la spoliation sanguine. Quelle que soit l'étiologie, la mauvaise contraction utérine et la mauvaise rétraction utérine sont à l'origine d'hémorragie de la délivrance.

3.5- Etiologies :

3.5.1 - Causes utérines et causes non utérines [46] :

❖ *Les causes utérines sont constituées par :*

- anomalie de la contraction utérine (atonie utérine)
- anomalie de rétraction (rétentions placentaires)
- anomalie de la placentation (placenta accreta, percreta et increta)

- rupture utérine
- inversion utérine

❖ **Les causes non utérines sont constituées par :**

- dilacération des parties molles (col, vagin, périnée)
- hématomes pelviens et périnéaux
- coagulopathies.

3.5.1.1 - causes utérines :

♣ **L'atonie utérine :** elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse, représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

◆ Les facteurs de risque sont les suivants [4] :

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum,
- la sur distension 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 épuisement de l'utérus,
- le globe vésical,
- une anomalie placentaire : insertion au niveau du segment inférieur,
- une anomalie utérine : malformation,
- certaines interférences médicamenteuses ; les anesthésiques volatiles, halogènes (halothane) [12] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

Proportionnellement à cette concentration, l'atonie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue :

- Les tocolytiques : les bêtamimétiques (terbutaline : Bricanyl® ; salbutamol : Ventoline®) ;
- L'anesthésie péridurale ;
- Arrêt brutal des ocytociques en fin de travail.

♣ **Rétentions placentaires** : elles sont consécutives aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais elles peuvent être dues aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :

- ◆ Décollement incomplet du placenta **[23]** : qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimenté par la zone accolée ;
- ◆ Rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance de saignement extériorisé malgré une apparente rétraction utérine ;
- ◆ Les anomalies placentaires.

Anomalies topographiques qui sont :

- Insertion segmentaire du placenta ;
- Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enclavement pathologique du placenta et l'empêche d'être expulsé ;
- anomalies de conformation du placenta : dues
 - A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.
 - Aux masses aberrantes (placenta accreta) qui peuvent engendrer une rétention partielle du placenta.
 - Les anomalies de la placentation : il s'agit :

Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Selon le degré de fusion utero placentaire, on distingue artificiellement :

- Placenta accreta vrai, caractérisé par une simple soudure à la paroi musculaire utérine.

- Placenta increta défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculuse.
- Placenta percreta dans lequel cette pénétration est si profonde qu'elle peut aller jusqu'à la séreuse et même l'effondrer.

Dans tous les cas, il n'existe aucun plan de clivage et les villosités plongent directement dans les vaisseaux du myomètre.

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

- ♣ **Inversion utérine** : Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100 000 en France).

Classification : on décrit 4 degrés :

- *Premier degré* : le fond utérin est simplement déprimé en cupule,
- *Deuxième degré* : l'utérus retourné, franchit le col ;
- *Troisième degré* : l'utérus descend dans le vagin et s'exteriorise ;
- *Quatrième degré* : les parois vaginales participent au retournement.

3.5.1.2 - Les causes non utérines :

- ♣ **Dilacération des parties molles (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 elle peut être « cachée » ou retardée.

♦ **Les déchirures cervicales** : Il existe trois (3) variétés :

a) Déchirures sous vaginales : N'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère et siègent dans les culs- de- sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [45].

b) Déchirures sus vaginales : La déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine et menace la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les cotés. Le risque immédiat est le choc hypovolémique avec hématome sous péritonéal et les coagulations intra vasculaires disséminées (CIVD). A distance, il faut craindre la fistule vésico vaginale ou vésico cervicale et rectale.

❖ **Etiologies des déchirures cervicales** :

- Les efforts expulsifs avant dilatation complète, [53]
- Les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- Les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),
- Les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine,
- Thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, conisation)

♦ **Les lésions vaginales** : Il existe trois (3) grandes formes :

a) Déchirures de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) : associées parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [5].

b) Déchirures moyennes du vagin : plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fonds du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.

c) Déchirures de la partie profonde du dôme vaginal : (Déchirures hautes) : isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associés à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la

complication principale est l'hématome sous périnéal avec CIVD et choc hypovolémique. Une fistule vésico-vaginale peut survenir.

Mécanismes et circonstances de survenue :

La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale vaginale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).

Le mobile fœtal : peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ses dimensions et par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en OS (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 par manœuvres internes, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).

◆ **Déchirure vulvaire :**

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [53].

◆ **Déchirure vulvaire :**

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence a été estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998 [8].

Classification des déchirures périnéales :

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

a) Déchirures incomplètes : ont trois degrés

- **Premier degré** est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne)
- **Deuxième degré :** le bulbo caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes. Le périnée reste

sous tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.

- **Troisième degré** : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virile musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

b) Déchirures complètes :

Elle atteint le sphincter de l'anus en partie ou en totalité. Les tissus musculaires du sphincter déchiré se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anale ; tout tissu musculaire ayant disparu.

c) Déchirures complètes et compliquées : lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé, mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse, le vagin et le canal anal communiquent largement constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale à la forme d'un V à pointe supérieure.

d) Déchirures centrales : cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée, qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. Elle n'est pas verticale mais oblique.

Circonstances de survenue des déchirures périnéales :

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés.

Quelques études récentes ont cherché à les isoler les uns, des autres :

- Primiparité,
- Les manœuvres obstétricales :
 - Le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.
 - La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [51].
 - La manœuvre de **Jacquenier** est-elle aussi un facteur de risque classique.

- La macrosomie foetale
- La qualité de tissus :

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

- Distance ano-vulvaire courte,
- Périnée oedémateux (toxémie, inflammation, infection),
- Cicatrice vulvaire rétractile (excision),
- La peau rousse,

Origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie ;

L'épisiotomie médicale fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois ; le risque de déchirure complète [45] avec un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

3.5.2 - Hématomes pelviens et périnéaux :

3.5.2.1 - Les thrombus 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 couches et il conseille l'application de vinaigre [49].

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 diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- ❖ L'hématome pelvi-abdominal ou supra-péritonéal ou sub-péritonéal : l'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région retro-péritonéale ou intra-ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

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 un facteur étiologique.

3.5.2.2 - 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 d'accouchement,
- soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe des varices.

Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

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

3.5.3- Troubles de la coagulation (coagulopathies)

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 prématuré du placenta normalement inséré,
- La toxémie gravidique,
- L'embolie amniotique
- L'hépatite virale compliquée,
- La maladie de willebrand,
- Certaines septicémies

3.5.3.1 - La coagulation intra vasculaire disséminée

Elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le *primus movence* semble être l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ceci entraîne une agrégation placentaire et la formation du monomère de fibrines qui polymérisent en fibrines intra vasculaires. La formation des micro-thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications **de l'hématome retro-placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique de l'infection utérine, dans la pré-éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-marternel et le choc hémorragique**. Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulation et de plaquettes circulant. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire [14].

3.6 - Conduite à tenir devant les hémorragies du post partum :

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est multidisciplinaire quelle que soit la cause du saignement. Chaque unité devrait avoir un protocole agréé pour la prise en charge des hémorragies massives. Ceci devrait être disponible dans la salle d'accouchement, pour tout le staff infirmier et médical. Les recommandations doivent être suivies aussi souvent qu'une complication, est identifiée. Des interventions spécifiques sont nécessaires pour contrôler le saignement sur la base de leur sévérité et de la cause sous-jacente. Mental C et Coll. [43]. Ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies basées sur :

Organisation : est la première priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale ; elle est composée d'un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage femme, infirmier).

3.6.1 - Laboratoire de transfusion : 10 ml de sang coagulé pour le cross test, d'au moins 6 unités de globules rouges.

3.6.2 - Hématologie :

- a) 2 ml de sang sur EDTA pour le taux d'hémoglobine, le volume globulaire moyen et la numérotation des plaquettes ;
- b) 5 ml de sang citrate pour les tests de dépistage d'une anomalie de la coagulation, le temps de thromboplastine active partiel, le temps de thrombine et prothrombine. Si ceux-ci sont tous normaux, les fibrinogènes, les D-dimères et la Numération Formule Sanguine (NFS) doivent être demandés.

3.6.3 - Biochimie :

5 ml de sang pour l'urée et des électrolytes. Le remplissage vasculaire devrait être commencé immédiatement. Une revue récente systématique d'essais randomisée pour la réanimation électrolytique au cours d'une Hypovolémie avec solutions colloïdes n'est pas en faveur de l'utilisation continue de colloïde 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 de 4% (c'est-à-dire 4 décès pour toutes les 100 patientes réanimées).

Si les colloïdes tels que le Dextran, solution de gélatine par exemple haemacel ou gélofusine sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1 000 à 1 500cc en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Les solutions cristalloïdes comme Ringer lactate ou la solution de Haltman ou le sérum salé 9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce et doivent être perfusés le plus rapidement possible jusqu'à ce que la tension artérielle systolique se rétablisse normalement. Le Ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passe en milieu extravasculaire. 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 extracellulaires.

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 oedème périphérique. Mais ceci ne devrait pas être mis en relation avec la présence d'un oedème pulmonaire. Les cristalloïdes sont facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide [59].

La transfusion sanguine :

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 préalablement été groupée par le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et de dérivés de sang ABO rhésus comptabilité ABO de globules rouges [27].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupe ABO rhésus rapide peut être réalisé et dérivé ABO rhésus compatible fournis avec un test de compatibilité de globules rouges réalisés si le temps le permet. L'utilisation d'un dispositif de réchauffement du sang à débit 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. Ils peuvent contenir des additifs comme du calcium.

APPELER A L'AIDE : Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible :

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température) ;
- Masser l'utérus pour avoir un bon globe de sécurité ;
- Administrer 10 unités d'ocytocine en IVD ;
- Prendre une voie veineuse et commencer à perfuser ;
- Sonder la vessie ;
- Si le placenta a été expulsé, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet ;
- Examiner le périnée, le vagin et le col et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques ;
- Une fois que le saignement est maîtrisé (24h après l'arrêt du saignement), faire un dosage de l'hémoglobine ou une mesure de l'hématocrite pour vérifier si la patiente est anémique.

Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/dl ou si l'hématocrite est inférieur à 20% = >> anémie sévère : Transfusion sanguine isogroupe-isorhésus).

- c) donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux plus 400mg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois ; poursuivre la supplémentation à raison de 60 mg de sulfate ferreux, plus 400 mg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par un jour pendant 6 mois.

3.7 - Prise en charge médicale :

3.7.1 - Traitement curatif en fonction de l'étiologie :

3.7.1.1 - Atonie utérine :

L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions utérines après l'accouchement.

La prise en charge obstétricale sera entreprise immédiatement

Le but de cette prise en charge est :

D'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamique correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation.

Première étape :

a) La révision utérine :

La révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle est réalisée afin de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle peut se réaliser sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, et permet d'assurer la vacuité utérine, d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine et l'empêchent de se rétracter.

b) Deuxième étape : prise en charge pharmacologique :

L'utilisation des ocytociques se fait soit en IM ou en IVD (tableau)

TABLEAU II : Utilisation des ocytociques [29]

	Ocytocine	Ergométrine/ méthylergométrine	15 méthyl prostaglandine
Voie D'administration et posologie	IV : 20 unités dans 1L de solution intraveineuse, à raison de 60 gouttes par minute IM : 10 unités	IM ou IV (en injection lente) : 0,2 mg	IM : 0,25 mg
Dose d'entretien	IV : 20 unités dans 1L de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute	IM : 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV : 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4h si nécessaire	0,25 mg toutes les 15 minutes
Dose maximale	3L de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine	5 doses (total : 1,0 mg)	8 doses (total : 2 mg)
Précautions/ contre- indications	Ne pas administrer sous forme de bolus intratveineuse	Préclampsie Hypertension artérielle, maladie cardiaque hémoglobinopathies Fibrome utérin	Asthme Glaucome

a) L'ocytocine :

L'introduction des ocytociques dans le traitement 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 [38]. L'utilisation des ocytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles existantes avant son introduction.

Pour BEUTHE D [7], l'introduction des ocytociques dans la pratique obstétricale a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3-5%.

➤ Propriétés pharmacologiques :

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

➤ Utilisation thérapeutique :

- La demi-vie de l'ocytocine varie entre 12 et 17 minutes :

- Voies d'administration et posologie :
- La voie intraveineuse directe en raison de 5 à 10 UI,
- Perfusion de 10 à 15 UI dans une solution de Ringer lactate ou saline isotonique.
- Voie intra-myométriale : en raison de 5 à 10 UI au travers de la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

Effet secondaire :

En raison de la parenté des structures entre l'hormone antidiurétique et l'ocytocine, de fortes doses d'ocytocine peuvent entraîner un effet antidiurétique. C'est pourquoi l'ocytocine ne doit pas être administrée en solution hypotonique.

- Dérivés de l'ergot de seigle.

b) La méthylergométrine :

C'est l'utérotonique le plus ancien, obtenu à partir de débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés sémi-synthétiques. Il appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

❖ **Propriétés pharmacologiques :**

- **Effet utérin :** la maléate de tréthylergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre, responsable d'une augmentation du tonus de base du myomètre tant sur l'utérus grévide que sur l'utérus non grévide.

En plus de cet effet direct, il potentialiserait localement l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydroxyprostaglandine déshydrogénase, enzyme placentaire dégradant PGE et PGF en métabolites inactifs [39].

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

➤ Utilisation thérapeutique :

- voie d'administration et posologie :

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

➤ Les contre-indications : sont nombreuses

- l'hypertension artérielle sévère préexistante ;

- Hémoglobinopathies

- La toxémie gravidique,

- Les affections vasculaires oblitérantes,

- L'association avec les macrolides (ergotisme aigu)

c) Les prostaglandines :

Elles sont apparues dans les années 1970 et constituent un net progrès dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance. Les prostaglandines sont principalement synthétisées au niveau des reins, de l'utérus des caduques et des membranes amnio-choriales.

➤ Propriétés pharmacologiques :

○ Effets utérins :

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 un pic maximal 5 mn après la délivrance.

➤ L'utilisation thérapeutique :

○ Utilisation des PGF :

En 1976, TAGAKI S. [54] a été le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans l'hémorragie de la délivrance en utilisant la forme naturelle de la PGF2 alpha. La voie intra-myométriale (1 ampoule 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, présente plus d'effets secondaires et son délai d'action est variable. La voie intraveineuse (5 à 150 mg / mN) est peu utilisée pour la PGF2 alpha en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardiovasculaires.

✓ **L'utilisation des PGE**

C'est BYGDEMANN M. [10] en 1968 qui est le premier à suggéré l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI S. [54] sur la 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] en 1980, par voie vaginale et HENSON G [25] en 1983 par voie intraveineuse sont les premiers à rapporter des cas d'atonies utérines traitées avec succès par PGE2.

✓ **Les molécules et posologie :**

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

- Voies d'administration : Deux molécules sont actuellement disponibles : **le Dinoprostone (prostin E2)** s'emploie à la posologie de 1,2 mg/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 0,75 mg dans 500 ml de Ringer lactate) au rythme de 50 ml sur les 10 premières minutes, puis 1 ml / mN sur les 12 à 18 heures suivantes.

d) 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 50 ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au delà d'une heure à 100µg / heure.

Les contres indications :

- Pathologies cardiaques,
- Antécédent d'asthme,
- Troubles graves de la fonction hépatique,
- Diabète décompensé
- Et antécédents comitiaux.

RETENTION PLACENTAIRE :

- Si le placenta est visible, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. S'il est palpable au toucher vaginal, procéder à son extraction
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si le placenta n'a pas été expulsé, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.

3.7.1.2 - Inversion utérine :

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement. Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang. Si la douleur est très forte, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (sans dépasser 100 mg au total), en IM ou en IV ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM. Note : Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée, uniquement d'antibiotique prophylaxie à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine : - 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ; OU- 1g de céfazoline IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV. Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques pour éviter une endométrite.

3.7.1.3 - Déchirures des parties molles :

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté,

Le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale. Il faut d'abord faire.

Un Examen sous valve du col et du vagin :

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 une asepsie stricte, sous anesthésie générale ou péridurale et avec une ou deux aides opératoires pour exposition correcte du col et des culs-de-sac vaginaux. Examiner soigneusement la patiente et en cas de lésions génitales, on procède à la réfection des parties déchirées.

3.7.1.4 - Troubles de la coagulation (coagulopathie) :

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 en routine pour dépister la présence d'une coagulopathie. Les temps de thromboplastine partiel active et de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau clinique. Quand une élongation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal, saignement des surfaces muqueuses, des plaies et de points de piqûre, le plasma frais congelé devrait être administré à une dose départ de 12 à 15 ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé. Ensuite 4 unités de 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrinogène au-dessus de seuil du niveau clinique.

La numération plaquettaire devrait être contrôlée régulièrement. Les plaquettes doivent être maintenues à un niveau de $50.10^9/l$, quand les plaquettes sont en dessous de $50.10^9/l$ au cours d'une perte sanguine massive, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées.

a) Coagulopathie 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 témoin. Les taux et les produits de dégradation de la fibrine et les D-dimères seront élevés. Quand cette situation est associée à un saignement sévère, le cryoprécipité devrait être utilisé, habituellement donné en ampoule de 10 unités contenant en moyenne 2 à 3g de fibrinogène. Ceci pourra être utilisé chez les patientes ayant une CIVD nécessitant la chirurgie [46].

3.8 - Prise en charge chirurgicale :

Le traitement chirurgical peut être 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 leurs indications ont fait l'objet d'une mise au point récente.

3.8.1 - Indications :

Ultime étape thérapeutique, il faut ne pas y avoir recours trop tôt, pour laisser au traitement médical la possibilité d'agir notamment, les prostaglandines en cas d'inertie utérine. Cependant, il ne faut pas y recourir trop tard, car il faut toujours 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 ne faut donc recourir au traitement chirurgical que 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 du sang et des facteurs de coagulation ;
- 🚦 En cas d'adhérence placentaire totale ou partielle, avec hémorragie non contrôlée par le traitement médical.

3.8.2 – Techniques :

Deux techniques sont envisagées :

- Soit conservatrice par ligature sélective des vaisseaux et ou par capitonnage de parois utérine en regard du placenta acreta ;
- Soit radicale avec hystérectomie totale ou sub-totale.
 - Ligature vasculaire ;
 - Hystérectomie d'hémostase.

3.9 – Prévention :

La prévention est fondamentale, elle repose sur la prise en compte des facteurs de risque des étiologies, et sur la surveillance de la délivrance. La prévention de l'atonie utérine consiste à une perfusion lente d'ocytocine au moment de l'expulsion, une délivrance dirigée et un clampage rapide du cordon. La délivrance dirigée correspond classiquement à l'injection de 10 unités de Syntocion® en intramusculaire ou en IVD au dégageant de l'épaule antérieure et un sondage vésical doit être envisagé ;

Devant une rétention utérine, la révision utérine associée à la délivrance placentaire est recommandée ;

Devant un utérus cicatriciel, le contrôle de tonus utérin par tonographie interne permettra un meilleur dépistage des états de rupture utérine par désunion.

Méthodologie

4 – METHODOLOGIE :

4.1 - Cadre d'étude :

Notre étude s'est réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.

4.1.1 - Situation géographique et services :

La commune I couvre une superficie 34,26km² soit environ 12,83% de la superficie totale du District de Bamako.

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle comprend 9 quartiers repartis en 13 aires de santé dont 10 sont fonctionnelles et 3 non fonctionnelles.

Elle est limitée :

- ❖ Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- ❖ Au Sud par le fleuve Niger ;
- ❖ A l'Ouest par Commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités)

Le centre de santé de référence se trouve à Korofina.

Il comporte plusieurs services :

- ⇒ L'administration
- ⇒ La pharmacie
- ⇒ Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL)
- ⇒ Le service d'ophtalmologie
- ⇒ Le service d'odonto-stomatologie
- ⇒ Le service de médecine générale
- ⇒ Le service social
- ⇒ Le service de pédiatrie
- ⇒ Le service de gynéco-obstétrique
- ⇒ Le service de chirurgie générale
- ⇒ L'unité d'imagerie générale
- ⇒ Le laboratoire d'analyse médicale
- ⇒ Le bloc opératoire

- ⇒ La brigade d'hygiène
- ⇒ L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils)
- ⇒ Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire
- ⇒ La morgue

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités, le CSRéf de la commune I bénéficie du soutien de plusieurs ONG parmi lesquelles on peut citer :

- ◆ KENEYA CIWARA : amélioration de la qualité des soins, monitoring, formation et équipement des relais, dotation en petits matériels.
- ◆ FAMILY CARE INTERNATIONAL : Réduction des IST/VIH/SIDA et promotion de la planification familiale.

4.1.2 - Description du cadre :

Le service de gynécologie obstétrique se trouve au milieu du centre, en face du bloc opératoire.

Il Comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec deux (2) lits ;
- Des infirmières et des aides-soignantes ;
- Un bureau pour la sage femme maîtresse ;
- Une toilette externe et deux (2) toilettes internes pour le personnel ;
- Une unité prénatale (CPN) et de Prévention de la transmission mère-enfant (PTME);
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale
- Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de grossesse à risque ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation dont trois (3) salles de six (6) lits et deux (2) salles de lits ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV)

Le personnel comprend :

- Un spécialiste en gynécologie obstétrique qui est le chef de l'unité
- Quatre (4) médecins ;
- Un pédiatre,
- Un ophtalmologue ;
- Deux (2) chirurgiens ;
- Un agent de santé publique ;
- Des sages femmes parmi lesquelles une sage femme maîtresse ;
- Quatre anesthésistes ;
- Des infirmières Obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Trois (3) chauffeurs ;
- Trois (3) gérantes
- Des étudiants faisant fonction d'interne, et des CES en gynécologie obstétrique ;
- Des manœuvres ;

4.1.3 - Fonctionnement :

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (accouchement à risque) sont assurées par un gynécologue obstétricien trois (3) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les C.E.S en gynécologie obstétrique et les internes.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'appui des infirmières et aide-soignantes.

Un staff se tient tous les matins pour discuter de la prise en charge des dossiers, des entrantes et les événements survenant lors des gardes (évacuations etc...)

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres et d'un médecin.

Un exposé hebdomadaire se tient tous les jeudis à 12 heures sur un thème choisi par le gynécologue, chef de service.

4.2 - Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, analytique avec collecte prospective des données du 1^{er} janvier 2007 au 30 janvier 2008.

4.3 - Population d'étude :

Toutes les accouchées admises dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I de janvier 2007 à janvier 2008.

4.4 - Echantillonnage :

4.4.1 - Critères d'inclusion :

Toutes les accouchées ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat, (hémorragie provenant des voies génitales Maternelles) dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

4.4.2 - Critères de non inclusion :

Toutes les accouchées ayant présenté d'autres types d'hémorragies que l'hémorragie du post-partum immédiat qui sont : l'hémorragie du post-partum tardif, ou d'autres types d'hémorragies en dehors de la sphère génitale.

4.4.3 - Technique d'échantillonnage :

Toutes les femmes ayant accouché dans le service présentant une hémorragie du post-partum immédiat pendant la période d'étude, ont été systématiquement enregistrées.

4.5 - Plan de collecte des données :

 Le support des données a été :

- Les registres d'accouchement et le partogramme ;
- Les carnets de consultation prénatale ;
- Les registres de compte-rendu opératoire ;
- Les registres d'hospitalisation ;

- Les carnets d'accouchement.

Outre, les patientes ont bénéficié d'une fiche d'enquête individuelle.

La technique de collecte des données a été l'interrogatoire direct par des sages femmes ou les internes de Garde de la salle d'accouchement qui me font appel dès qu'il y a des cas d'hémorragie du post-partum immédiat. L'examen physique, les dosages biologiques et l'utilisation des supports des données sont réalisés par l'enquêteur.

Les tests statistiques utilisés

- P
- Khi²
- Intervalle de confiance
- Epi info version 6.1
- Le test est déterminé significatif si $P < 0,05$

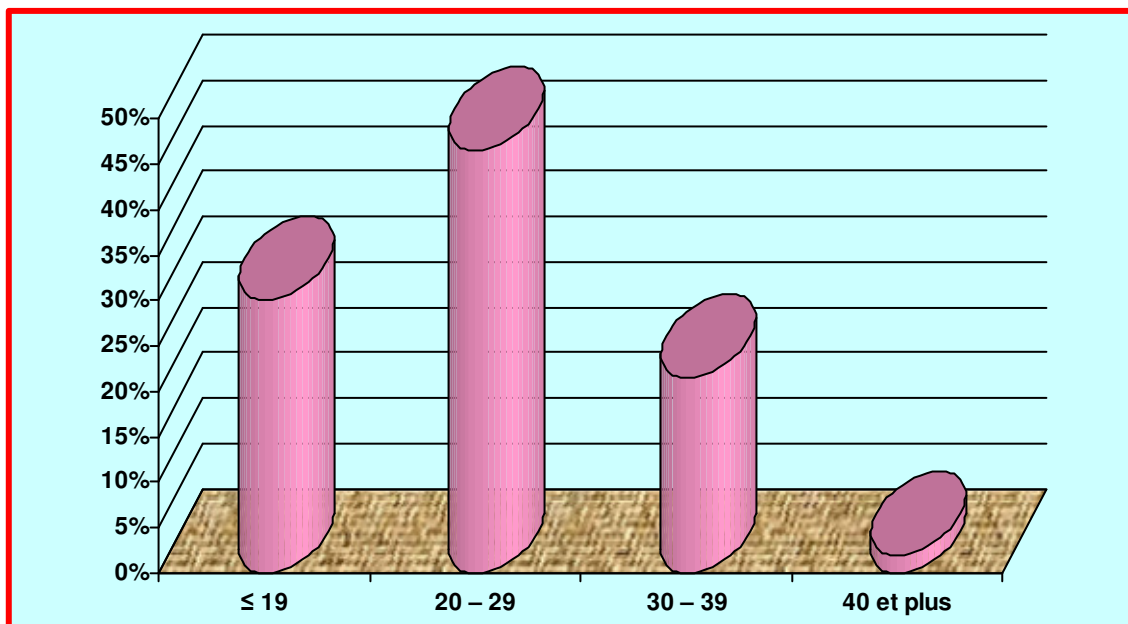
Résultats

5. RESULTATS :

Durant notre période d'étude, sur 4663 accouchements réalisés, nous avons enregistré 200 cas d'Hémorragie du Post Partum Immédiat, soit 4,23% des accouchements.

5.1 - Données sociodémographiques :

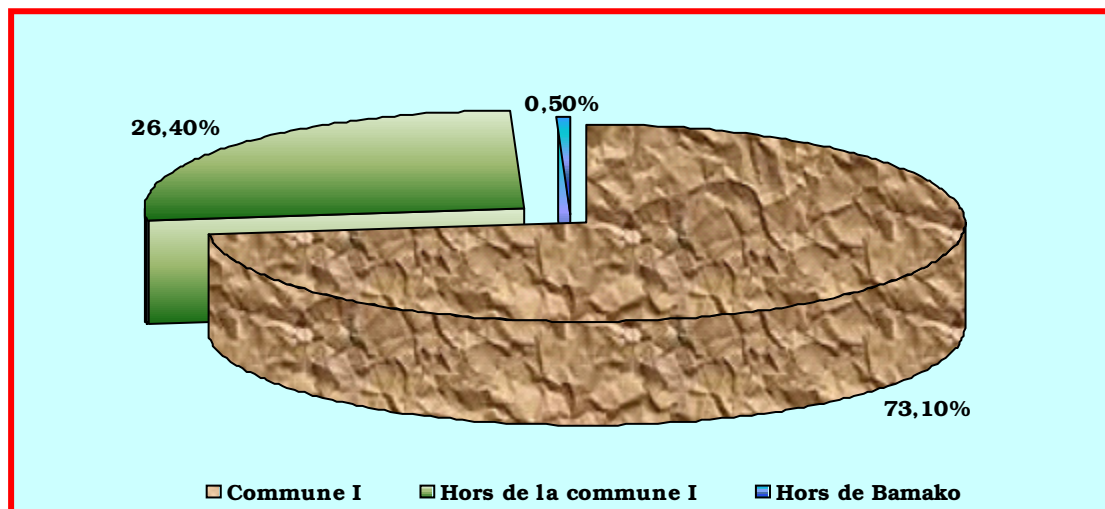
5.1.1 - Age :



Graphique 1 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Presque la moitié de nos patientes avait un âge compris entre 20 - 29 ans (46,5%) avec un âge moyen de 25 ans.

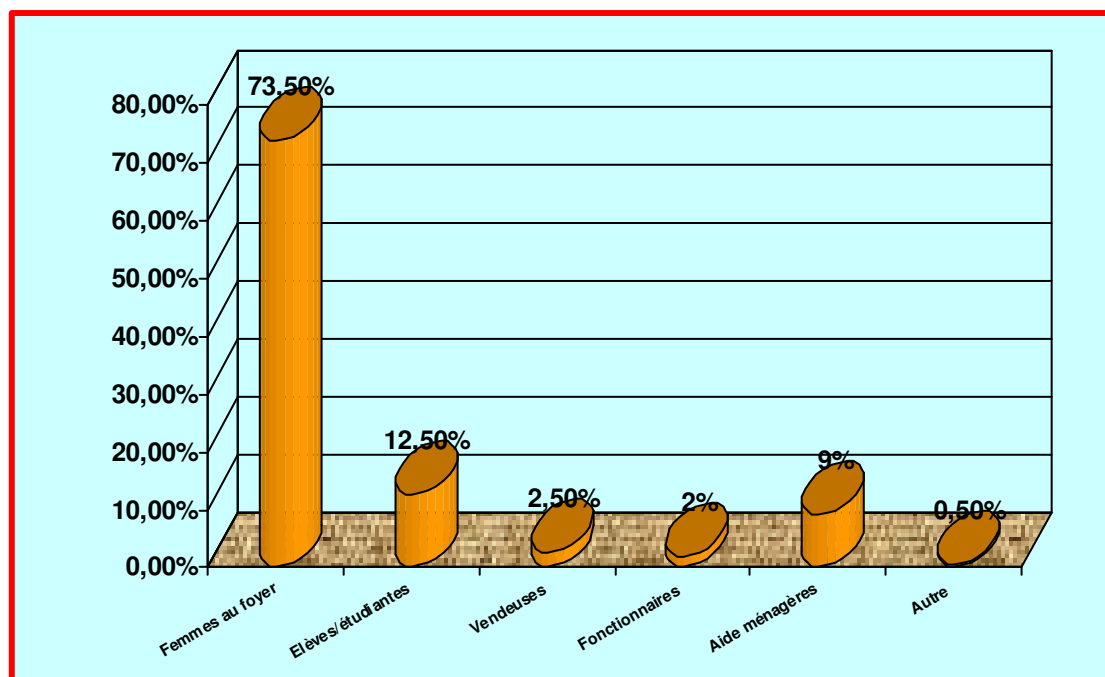
5.1.2 - Résidence :



Graphique 2 : Répartition des patientes selon la résidence

7/10 de nos patientes venaient de la Commune I.

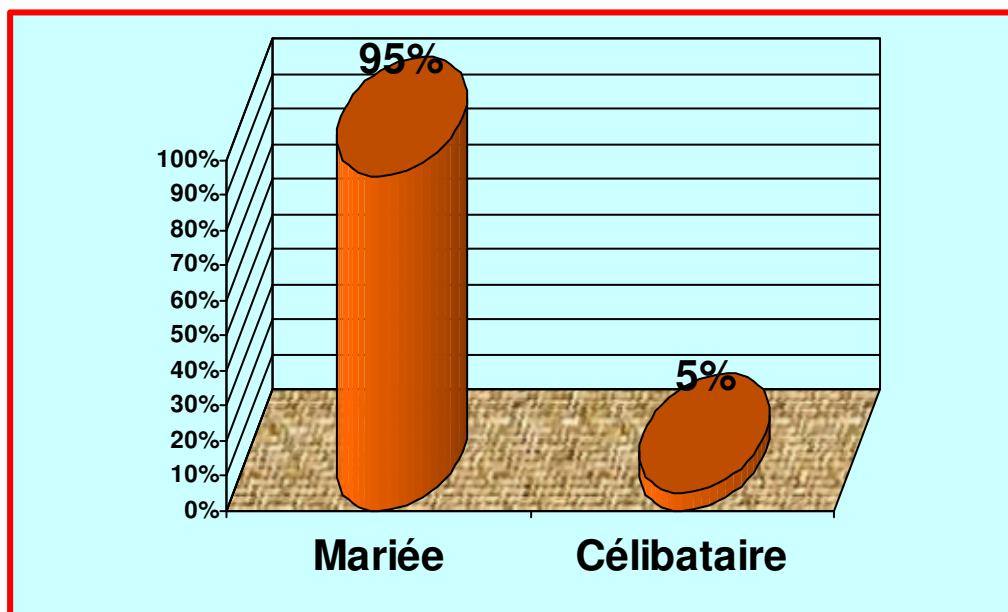
5.1.3 - Profession :



Graphique 3 : Répartition des patientes selon la profession

Dans notre série, la majorité de nos accouchées était des ménagères

5.1.4 - Statut matrimonial :



Graphique 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les mariées représentaient 95% de notre étude

5.1.5 - Niveau d'instruction :

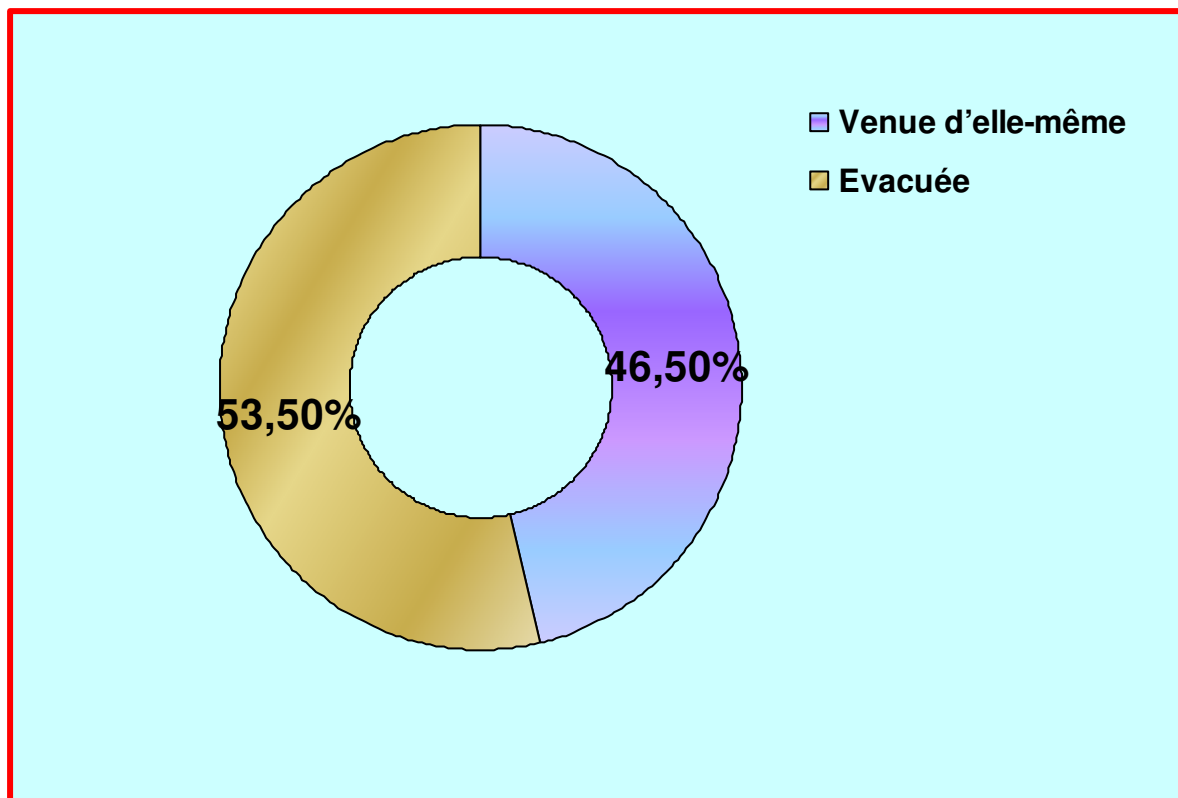
Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Analphabète	141	70,5
Secondaire	26	13
Primaire	23	11,5
Supérieur	10	5
TOTAL	200	100

Les analphabètes occupaient le premier rang avec 70,5%.

5.2 - Clinique :

5.2.1 - Mode d'admission :



Graphique 5 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Les évacuées représentaient 53,5% de nos patientes.

5.2.2 – Motifs d'évacuation :

Tableau IV : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Hémorragie du PPI	132	66
Inertie utérine	53	26,5
HTA	6	3
Anémie post partum	5	2,5
Hyperthermie	4	2
TOTAL	200	100

Le motif d'admission le plus fréquent était l'Hémorragie du Post-Partum Immédiat (66%).

5.2.3 - Lieu d'accouchement :

Tableau V : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
CSCOM	74	37
Domicile	65	32,5
CSRéf CI	50	25
Structures privées	11	5,5
TOTAL	200	100

Les parturientes venues des CSCOM étaient les plus représentées avec 37%. Cependant les accouchements à domicile représentaient plus du 1/3 des cas (32,5%).

5.2.4 - Les antécédents :

5.2.4.1 - Médicaux, Chirurgicaux et gynécologiques :

Tableau VI : Répartition des patientes selon les Antécédents

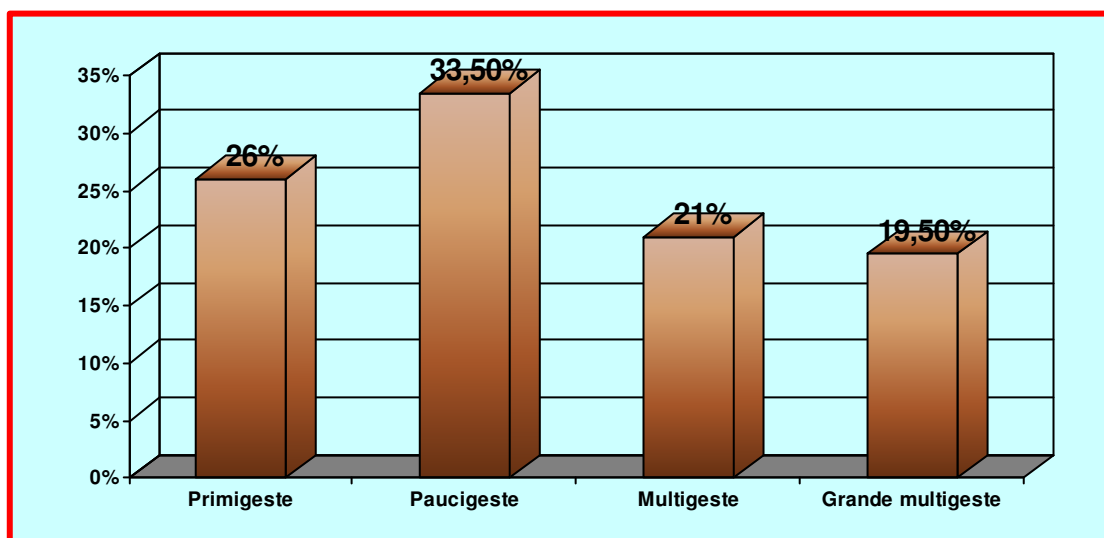
Antécédents	Effectifs	Pourcentage (%)
Antécédents médicaux personnels		
Absents	183	91,5
HTA	9	4,5
Asthme	5	2,5
Autres*	3	1,5
Total	200	100
Antécédents chirurgicaux		
Absents.	186	93
Césarienne	13	6,5
Péritonite	1	0,5
Total	200	100
Antécédents gynécologiques		
Absents	39	19,5
Infection génitale	97	48,5
Fibrome utérin	5	2,5
Avortements	34	17
Curetage	25	12,5
Total	200	100

Parmi nos patientes, 4,5%, avait un antécédent d'HTA ; 6,5% de césarienne et 48,5% d'infection génitale.

* = Cardiopathie 01 (0,5%), maladie mentale 01 (0,5), notion de gémellarité 01 (0,5).

5.2.4.2 - Antécédents Obstétricaux :

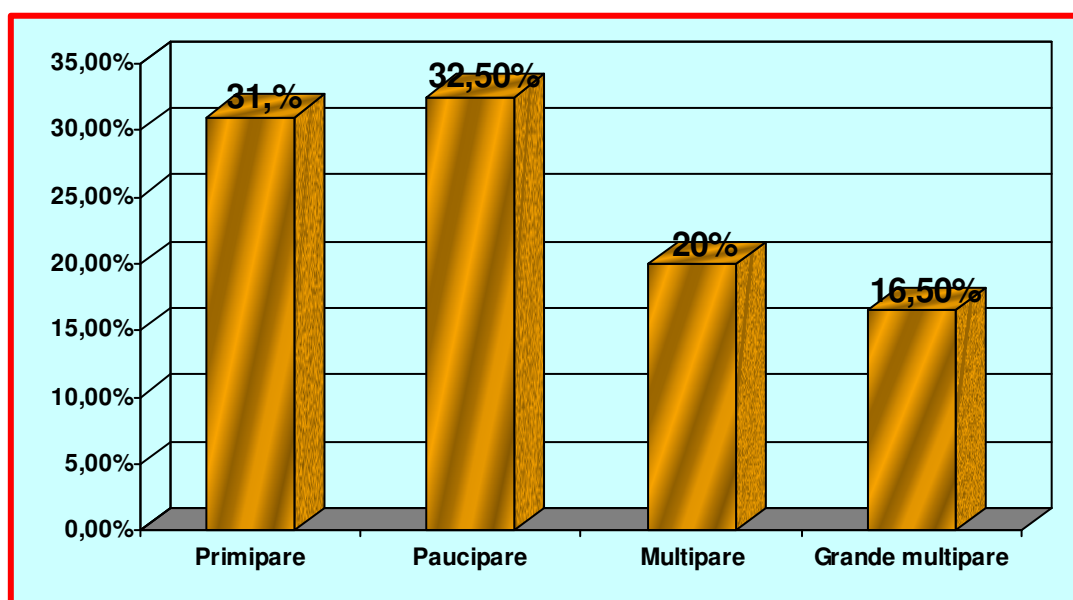
a) Gestité :



Graphique 6 : Répartition des patientes selon la gestité

Les paucigestes (2 à 3 grossesses) étaient les plus représentées avec 35,5% de cas.

b) Parité :

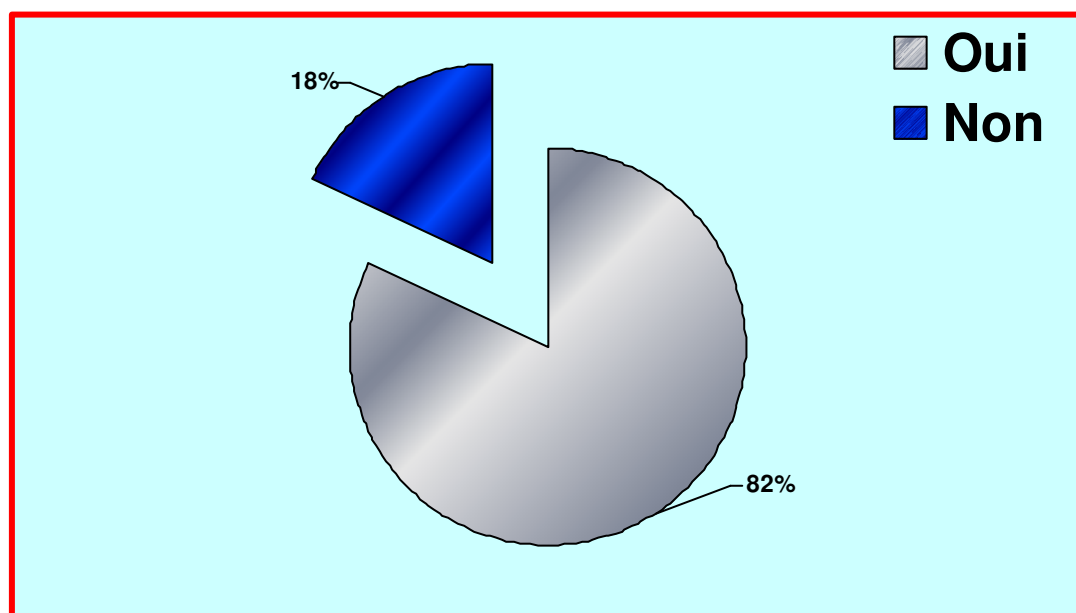


Graphique 7 : Répartition des patientes selon la parité

Les paucipares étaient les plus représentées avec 32,5% des cas.

5.2.5 - Caractères de la grossesse actuelle :

5.2.5.1 - La CPN :



Graphique 8 : Répartition des patientes selon le suivi en Consultation prénatale

82% des patientes avaient fait des CPN, soit presque la majorité d'entre elles.

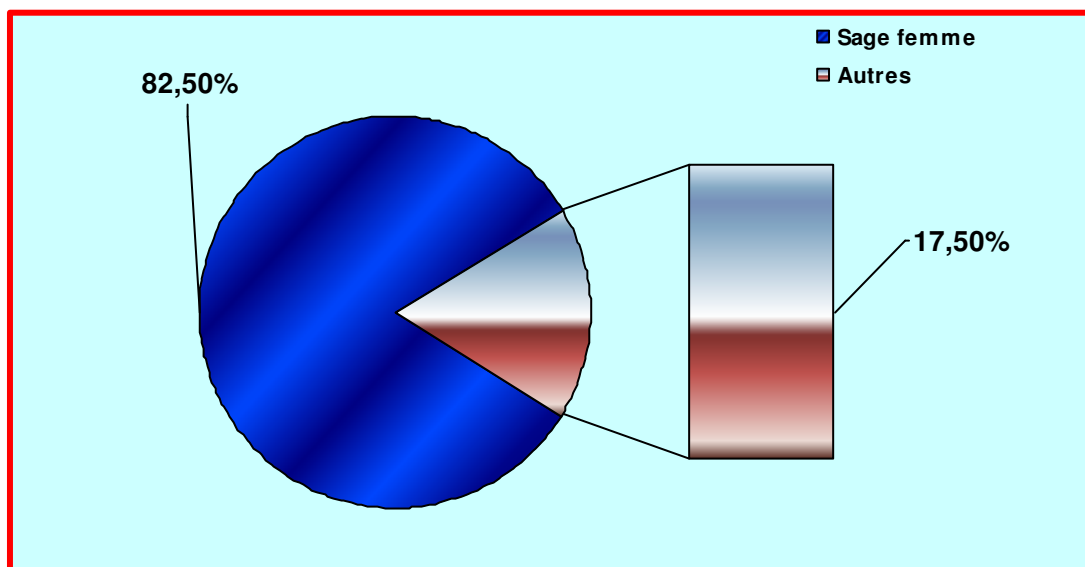
5.2.5.2 - Le nombre de CPN effectuée :

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN effectuée

Nombre de la CPN	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	36	18
1- 3	104	52
≥4	60	30
TOTAL	200	100

La majorité de nos femmes n'avait fait que 3 CPN, soit 52%.

5.2.5.3 - Auteur de la CPN :



Graphique 9 : Répartition des patientes en fonction de l'auteur de la CPN

Les CPN étaient réalisées dans la majorité des cas par les sages femmes (82,5).

5.2.6 - Terme de la grossesse :

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

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
A terme	189	94,5
Avant terme	11	5,5
TOTAL	200	100

Les grossesses à terme étaient les plus observées 94,5%.

5.2.7 - Présence d'hydramnios :

Tableau IX : Répartition des patientes selon la présence d'hydramnios

Présence d'hydramnios	Effectif	Pourcentage (%)
Non	186	93
Oui	14	7
TOTAL	200	100

Présence d'hydramnios seulement dans 7% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage (%)
Bon	188	94
Passable	12	6
TOTAL	200	100

La majorité des patientes étaient admises avec un bon état général, soit 94%.

5.2.8 - Etat des conjonctives :

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

Etat des conjonctives	Effectif	Pourcentage (%)
Pâles	125	62,5
Colorées	73	36,5
Indéterminé (non précisé)	2	1
TOTAL	200	100

La majorité de nos patientes avaient une anémie clinique après l'accouchement (62,5%).

5.2.9 - Hauteur utérine :

Tableau XII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Pourcentage (%)
Non précisée	71	35,5
32 – 35	89	44,5
< 32	36	18
> 36	4	2
TOTAL	200	100

La Hauteur Utérine n'était pas précisée chez 35,5% de nos patientes.

5.2.10 - Les BDCF :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon des BDCF à l'admission

BDCF	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	189	94,5
Non	11	5,5
TOTAL	200	100

Parmi les accouchées au CSRéf.de la Commune I, 94,5% avaient les BDCF à l'admission.

5.2.11 - Chiffres tensionnels :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les chiffres tensionnels à l'admission :

Chiffres tensionnels	Fréquence	Pourcentage (%)
<90/60 mm Hg	147	73,5
≥130/70 mm Hg	46	23
140/90 mm Hg	7	3,5
Total	200	100

Nous avons retrouvé 147 cas de choc vagal (Hypovolémie) avec des chiffres tensionnels inférieurs à 90/60 mm Hg.

5.3 - Déroulement de l'accouchement :

5.3.1 - Mode d'accouchement :

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du mode de l'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	180	90
Césarienne	15	7,5
Laparotomie	5	2,5
TOTAL	200	100

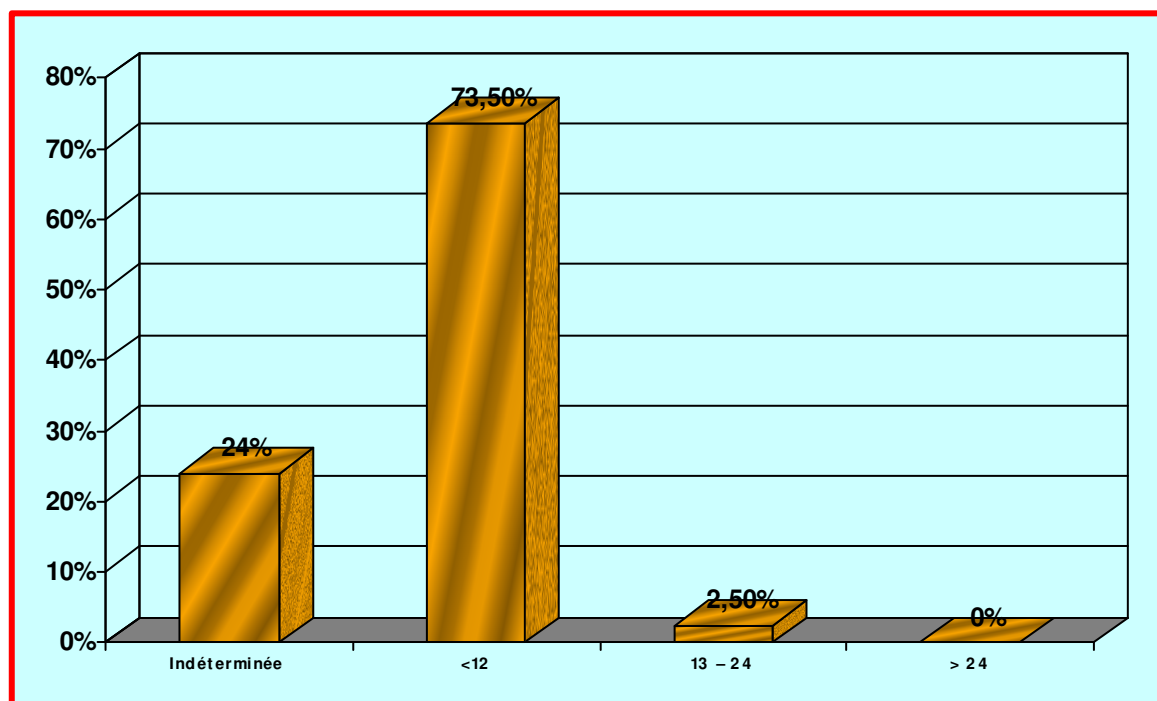
La majorité de nos patientes ont accouché par voie basse (90%).

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du mode d'extraction

Mode d'extraction	Effectif	Pourcentage (%)
Non instrumentales	173	86,5
Instrumentales (forceps)	27	13,5
TOTAL	200	100

Le forceps a été le seul mode d'extraction instrumentale avec une fréquence de 13,5%.

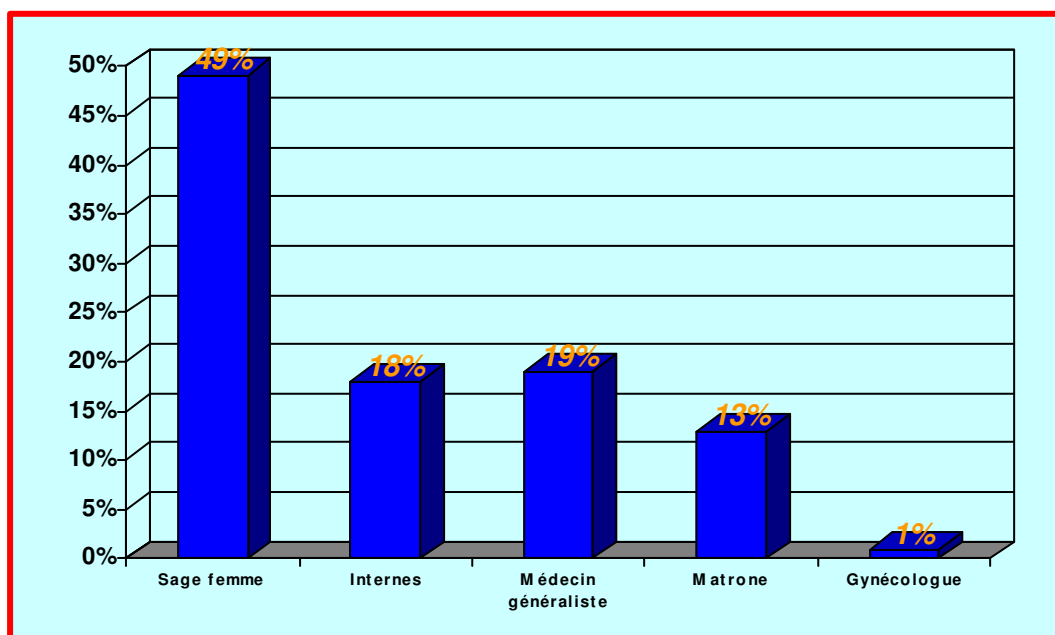
5.3.2 - Durée totale du travail de l'accouchement :



Graphique 10 : Répartition des patientes en fonction de la durée totale du travail d'accouchement.

73,5% de nos patientes ont accouché avant 12 heures avec des extrêmes de 2 heures et de 14 heures.

5.3.3 - Qualification de l'accoucheur :



Graphique 11 : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'accoucheur

Presque la moitié des accouchements a été effectuée par les sages femmes, soit 49%.

5.4 - Nouveau né :

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du nombre de nouveaux nés

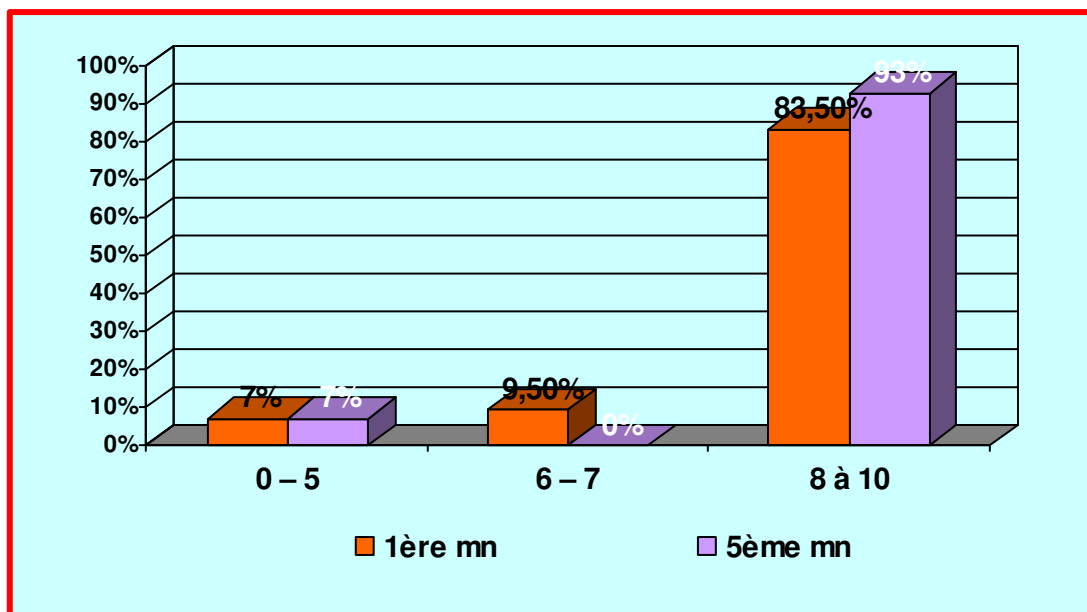
Nombre de nouveaux nés	Effectif	Pourcentage (%)
1 (mono foetal)	195	97,5
2 (Jumeaux)	5	2,5
TOTAL	200	100

La majorité des accouchements était mono foetale, soit 97,5%

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés en fonction de leurs sexes

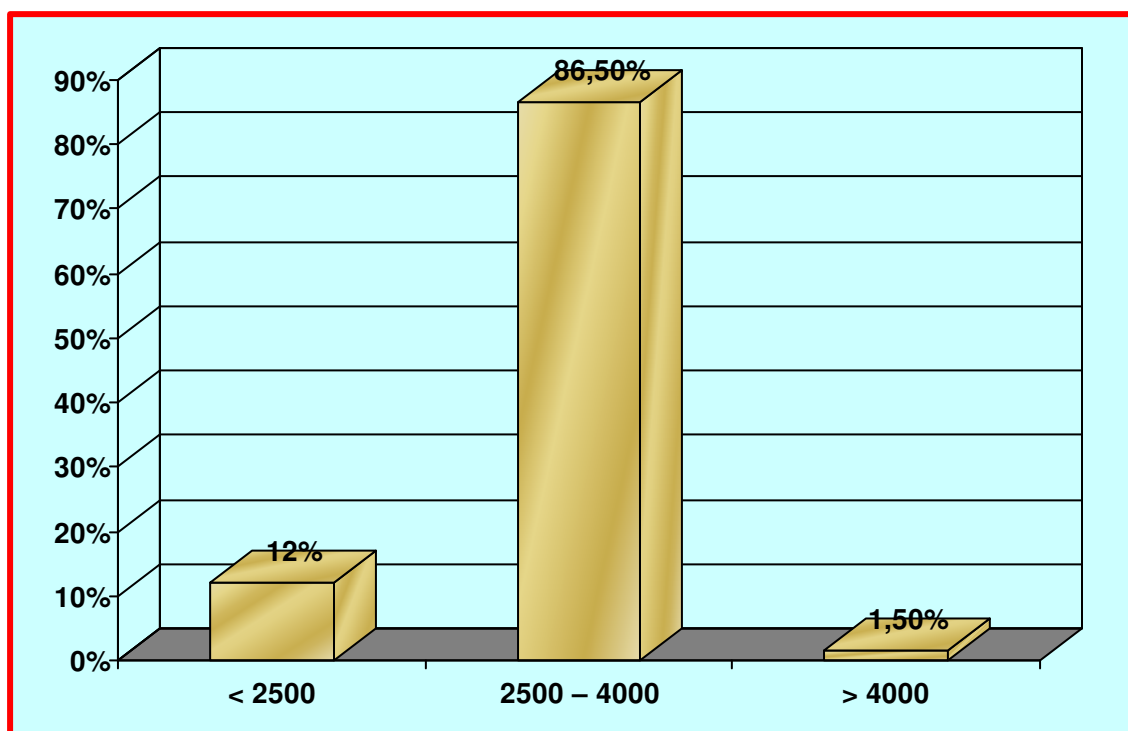
Sexe des nouveaux nés	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	121	60,5
Féminin	79	39,5
TOTAL	200	100

Le sexe masculin était le plus représenté, soit 60,5% des cas



Graphique 12 : Répartition des nouveau-nés en fonction du score APGAR

La majorité de nos patientes avaient des nouveaux nés dont le score d'APGAR était situé entre 8 et 10, soit 83,5% à la 1^{ère} mn et 93% à la 5^{ème} mn avec 6 morts nés.



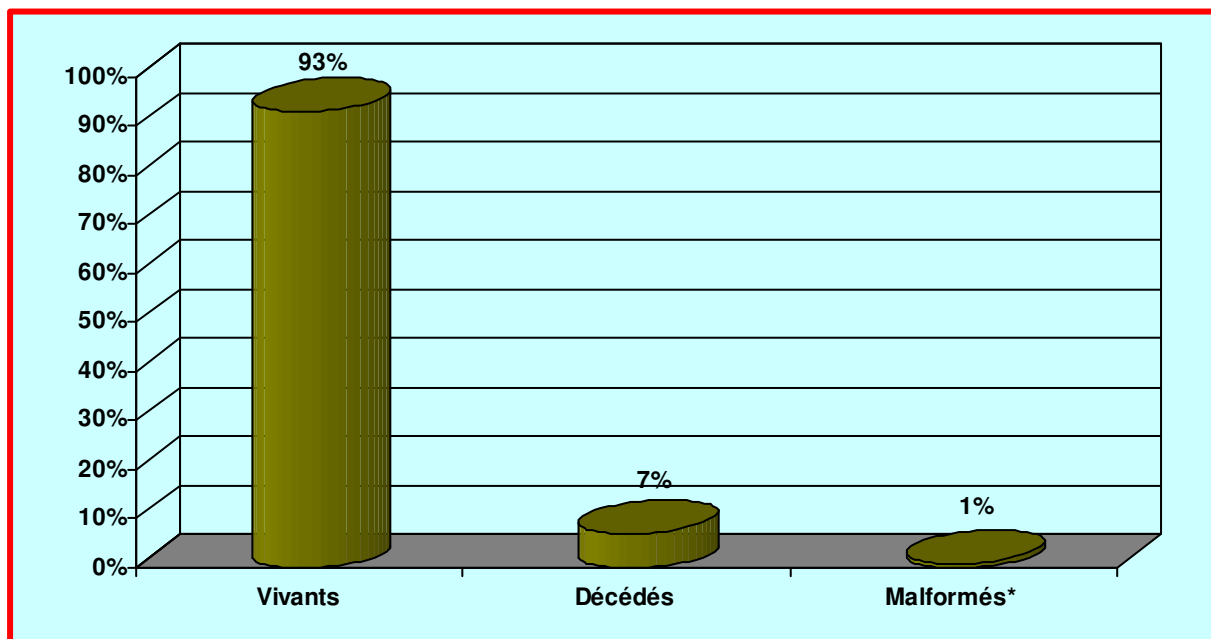
Graphique 13 : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids en gramme.

La macrosomie fœtale n'est retrouvée que dans seulement 1,5% des cas.

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille (en cm)

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage (%)
<46	21	10,5
46 - 50	119	59,5
> 50	60	30
Total	200	100

Dans notre étude, 119 nouveaux nés avaient une taille comprise entre 46 – 50 cm soit 59,5%.



Graphique 14 : Répartition des nouveau-nés en fonction de la vitalité

La viabilité était bonne dans 93% des cas. 6 cas de morts in-utero et 22 cas en per partum parmi 28 décédés.

* malformés et vivants

5.6 - Délivrance :

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction du mode de délivrance

Mode de la délivrance	Effectif	Pourcentage (%)
Active (GATPA)	160	80
Naturelle	33	16,5
Artificielle	7	3,5
TOTAL	200	100

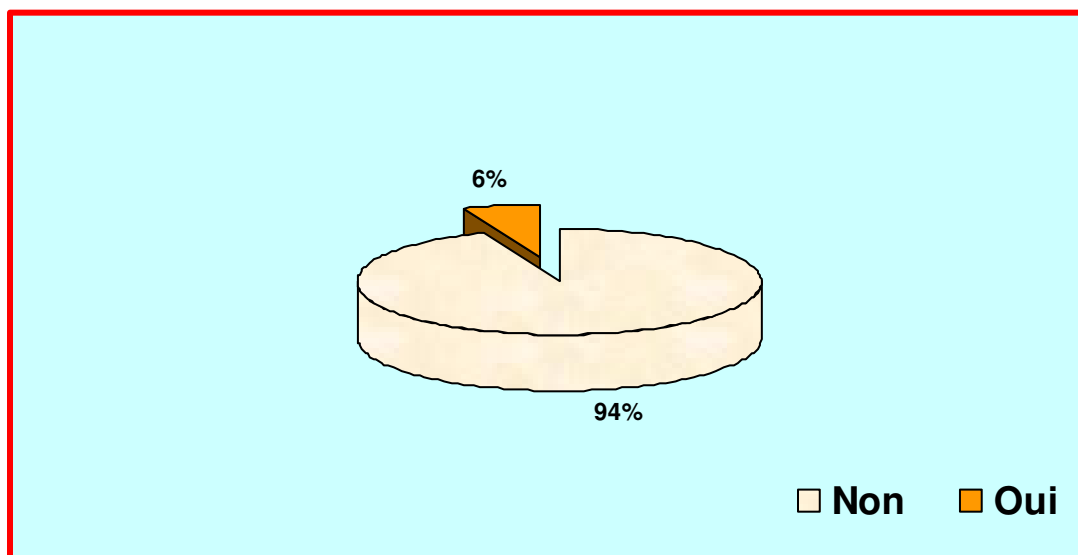
Dans 80% des cas, la délivrance a été active.

5.6 - Les causes de l'hémorragie post partum :

Tableau XXI : Répartition des parturientes en fonction des causes de l'hémorragie

Causes de l'hémorragie		Effectif	Pourcentage (%)		
Hémorragie de la délivrance	Hémorragie par rétention totale	8	19,52	50,5	
	rétention placentaire	33	80,48		
	Total		41		100
	Hémorragie par anomalie liée au placenta	Placenta praevia	10		83,34
		Placenta accreta	1		8,33
		HRP	1		8,33
	Total		12		100
	Atonie utérine	48	24		
Traumatisme de la filière génitale	Déchirure du col utérin	4	4,12	49,5	
	Déchirure vaginale	Haute	1		1,03
		Moyenne	1		1,03
		Basse périnéovaginale	1		1,03
	Déchirure périnéale	Incomplète	47		48,45
		Complète	12		12,37
	Déchirure vulvaire	Latérale	2		2,06
	Association de traumatisme		29		29,89
Total		97	100		
	Thrombus vulvaire	2	1		

Les hémorragies de la délivrance étaient la principale cause retrouvée, soit 50,5%, suivaient les traumatismes de la filière génitale 49,5%.



Graphique 15 : Répartition des patientes en fonction des anomalies d'insertion placentaire

Nous avons noté 6% d'anomalie d'insertion placentaire.

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du type d'anomalie d'insertion placentaire

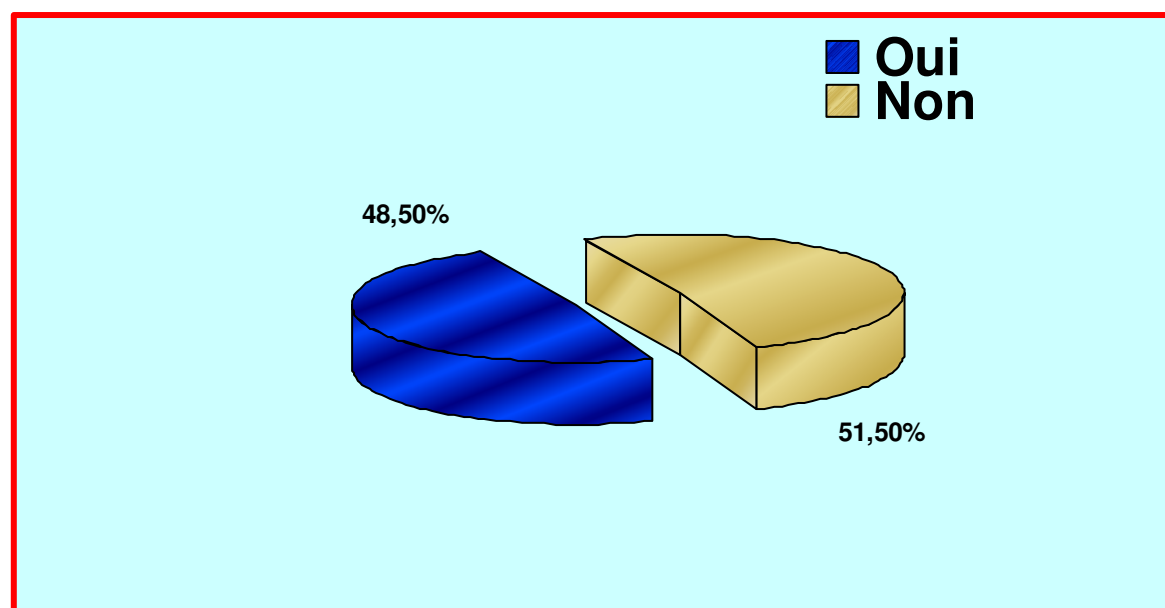
Types anomalies d'insertion placentaire	Effectif=200	Pourcentage (%)
Placenta praevia	10	83,34
Placenta accreta	1	8,33
HRP	1	8,33
TOTAL	12	100

Le placenta praevia était le plus représenté avec 83,34% des cas HRP (01) 8,33%.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de l'utérus après délivrance

Utérus après délivrance	Effectif	Pourcentage (%)
Globe de sécurité bien formé	48	24
Globe de sécurité mal formé	152	76
TOTAL	200	100

L'atonie utérine a été observée chez la majorité de nos accouchées soit 76%.



Graphique 16 : Répartition des patientes en fonction des traumatismes de la filière génitale

Les traumatismes de la filière génitale ont été notés dans 48,5%.

Tableau XXIV : Répartition selon les types de traumatisme de la filière génitale :

Types de traumatisme	Effectif=200	Pourcentage (%)
Déchirure périnéale	59	60,84
Association des types	29	29,89
Déchirure cervicale	4	4,12
Déchirure vaginale	3	3,09
Déchirure vulvaire	2	2,06
Total	97	100

Les déchirures périnéales étaient les principales causes des traumatismes de la filière génitale, soit 60,84%.

Association des traumatismes :

- Déchirure périnéale et Déchirure vaginale (18)
- Déchirure périnéale et Déchirure cervicale (7)
- Déchirure périnéale et Déchirure vulvaire (3)
- Déchirures périnéale, vaginale, cervicale et vulvaire (1)

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la délivrance hémorragique

Délivrance hémorragique	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	170	85
Non	30	15
TOTAL	200	100

85% de nos patientes avaient fait une délivrance hémorragique, soit une perte de sang estimée à plus de 500ml.

5.7 - Traitement :

5.7.1 - BILAN BIOLOGIQUE :

5.7.1.1 - Les examens complémentaires effectués :

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage (%)
Taux d'hémoglobine	47	23,5
Taux d'hématocrite	24	12
Groupage sanguin/Rhésus	57	28,5
Non effectués	72	36
Total	200	100

Le groupe sanguin a été l'examen complémentaire le plus effectué en urgence (28,5%).

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon les produits reçus

Produits reçus	Effectif	Pourcentage (%)
Ocytocine + RL	124	62
Ocytocine + RL + Amoxicilline 1g	36	18
Ocytocine + RL + Misoprostol comp	21	10,5
SS + Ocytocine + Sulfa de Mg + Misoprostol comp + Amoxicilline 1g	11	5,5
RL + Ocytocine + Epilat	3	1,5
SS + Ocytocine + Sulfate de Mg + Amoxi 1g	3	1,5
SS + Ocytocine + Amoxicilline 1g	1	0,5
RL + Ocytocine + Amoxi 1g + Sulfate de Mg	1	0,5
TOTAL	200	100

L'ocytocine et Ringer Lacate ont été les plus utilisés dans le traitement médical, soit 62%.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage (%)
Non	137	68,5
Oui	63	31,5
TOTAL	200	100

La transfusion avait été instituée chez 31,5% de nos patientes

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du nombre d'unités de sang

Si oui le nombre d'unité de sang	Effectif (200)	Pourcentage (%)
2 unités	32	50,79
1 unité	19	31,15
3 unités	12	18,06
TOTAL	63	100

Seulement, 12 patientes avaient bénéficié de 3 unités de sang chacune parmi les 63 transfusées.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon les macromolécules reçues

Macromolécules reçues	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	196	98
Non	4	2
TOTAL	200	100

98% de nos patientes avaient reçu des macromolécules.

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation des cristalloïdes reçus

Cristalloïdes reçus	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	192	96
Non	8	4
TOTAL	200	100

Presque toutes nos patientes ont eu des cristalloïdes dans leur traitement soit 96%.

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction des utérotoniques

Ocytocines reçus	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	200	100
Non	-	-
TOTAL	200	100

L'ocytocine a été utilisée chez toutes les patientes ayant présenté des HPP, soit 100%.

Tableau XXXIII : Répartition selon l'utilisation d'antibiotiques

Traitement Antibiotique	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	200	100
Non	-	-
TOTAL	200	100

100% de nos patientes ont bénéficié d'une couverture antibiotique

5.7.2 - Traitement obstétrical :

Tableau XXXIV : Répartition selon le massage utérin

Massage utérin	Effectif	Pourcentage (%)
Massage utérin	200	100
Révision utérine	200	100

Toutes les patientes ont bénéficié d'une révision utérine systématique et d'un massage utérin.

5.7.3 - Traitement chirurgical :

Tableau XXXV : Répartition selon le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage (%)
Non	101	51,5
Oui	99	48,5
TOTAL	200	100

Un traitement chirurgical a été effectué chez 48,5% de nos patientes.

Tableau XXXVI : Répartition selon le type de traitement chirurgical

Type de traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage (%)
Suture de la brèche	97	97,97
Hystérectomie d'hémostase	2	2,03
TOTAL	99	100

La suture de la brèche a constitué 97,97% du traitement chirurgical et l'hystérectomie d'hémostase 2,03% des cas.

5.8 - Pronostic maternel :

Tableau XXXVII : Répartition selon le pronostic maternel

Le pronostic maternel	Effectif	Pourcentage (%)
Bon état général	187	93,5
Décédé	12	6
Evacuée	1	0,5
TOTAL	200	100

Nous avons déploré 12 cas de décès maternel soit 6%.

5.9 – Croisements des variables :

Tableau XXXVIII : Répartition de l'âge en fonction du type d'hémorragie

Hémorragie Tranches d'âge (ans)	Hémorragie de la délivrance		Traumatisme de la filrière génitale		Trouble de l'hémostase		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
≤19	29	28,72	42	43,29	-	-	71	35,5
20 – 29	55	54,45	41	42,27	2	100	98	49
30 – 39	13	12,87	13	13,40	-	-	26	13
≥40	4	3,96	1	1,04	-	-	5	2,5
TOTAL	101	100	97	100	2	100	200	100
Kh²	21,44		58,54		32,27			
P	0,806		0		0,995			

Nous n'avons pas eu de corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de l'hémorragie ($p > 0,05$)

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le statut matrimonial en fonction du type d'hémorragie

Hémorragie Statut matrimonial	Hémorragie de la délivrance		Traumatisme de la filière génitale		Trouble de l'hémostase		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mariée	91	90,10	88	90,73	2	100	181	90,5
Célibataire	10	9,90	9	9,27	-	-	19	9,5
TOTAL	101	100	97	100	2	100	200	100
Kh²	0,05		7,35		0,16			
P	0,818		0,025		0,923			

Nous avons eu une corrélation statistiquement significative entre le statut matrimonial et la survenue de l'hémorragie (traumatisme de la filière génitale $p < 0,05$)

Tableau XL : Répartition de la parité en fonction du type d'hémorragie

Parité \ Type d'hémorragie	Primipare		Paucipare		Multipare		Grande multipare		Total		Khi2	p
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
	Par rétention placentaire	12	16,90	17	44,74	8	21,05	4	13,79	41		
Par anomalie liée au placenta	2	2,83	3	7,89	7	18,44	-	-	12	6	14,84	0,021
Par atonie utérine	9	12,67	14	36,85	12	31,57	13	44,82	48	24	20,73	0,002
Par traumatisme de la filière génitale	48	67,60	2	5,26	11	28,94	12	41,37	97	48,5	35,52	0
Trouble de la coagulation	-	-	2	5,26	-	-	-	-	2	1	6,37	0,383
Total	71	100	38	100	38	100	29	100	200	100		

Nous avons eu une corrélation statistiquement significative entre la parité et la survenue de l'hémorragie (anomalie liée au placenta ; atonie utérine ; $p < 0,05$).

Tableau XLI : Répartition de la durée du travail en fonction du type d'hémorragie

Durée W Type d'hémorragie	≤ 12 H		> 12 H		Imprécise		Total		Khi2	p
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
Par rétention placentaire	39	20,63	2	18,18	-	-	41	20,5	15,36	0,950
Par anomalie liée au placenta	12	6,34	-	-	-	-	12	6	23,55	0,601
Par atonie utérine	45	23,84	3	27,27	-	-	48	24	17,84	0,881
Par traumatisme de la filière génitale	92	48,67	5	45,45	-	-	97	48,5	33,58	0,146
Trouble de la coagulation	1	0,52	1	9,10	-	-	2	1	45,84	0
Total	189	100	11	100	49	100	200	100		

Nous n'avons pas eu une corrélation statistiquement significative entre la durée du travail et la survenue de l'hémorragie ($p > 0,05$).

Tableau XLII : Répartition de la qualification de l'accoucheur fonction du type d'hémorragie

Qualification Type d'hémorragie	Gynéco.		Méd. Géné		Sage fem.		Matrone		Total		Khi2	p
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
Par rétention placentaire	0	0	4	9,76	28	68,29	9	21,95	41		10,90	0,207
Par anomalie liée au placenta	0	0	4	33,33	8	66,67	-	-			5,11	0,745
Par atonie utérine	1	2,08	8	16,66	29	60,43	10	20,83	48		7,45	0,488
Par traumatisme de la filière génitale	2	2,06	27	27,83	55	56,70	13	13,41	97		15,14	0,056
Trouble de la coagulation	0	0	1	50	1	50	0	-	2		2,71	0,95
Total	3	100	44	100	121	100	32	100	200	100		

Nous n'avons pas eu de corrélation statistiquement significative entre la qualification de l'accoucheur et la survenue de l'hémorragie ($p > 0,05$).

Tableau XLIII : Répartition du type d'hémorragie en fonction du poids des nouveaux nés

Hémorragie Poids	Hémorragie de la délivrance		Traumatisme de la filière génitale		Trouble de l'hémostase		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
	2500 – 4000	74	73,27	88	90,72	2	100	164
< 2500	24	23,76	7	7,22	-	-	31	
> 4000	3	2,97	2	2,06	-	-	5	
TOTAL	101	100	97	100	2	100	200	100
Kh²	9,10		64,25		115,82			
P	0,99		0		0			

Nous n'avons pas trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie et le poids de naissance ; (p>0,05)

Commentaires & Discussion

6 - Commentaires et discussion :

6.1 - Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 200 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur un total de 4663 accouchements, soit une fréquence de 4,23% repartis comme suit :

- Hémorragie de la de la délivrance : 50,5%
 - Rétention placentaire : 20,5% ;
 - Anomalies placentaires: 06% ;
 - Atonie utérine : 24%
- Traumatisme de la filière génitale : 48,5%
- Troubles de l'hémostase : 01%

} 26,5%

Des fréquences de 2,08% ; 1,65% et 1,38% ont été rapportées respectivement par BOHOUSSOU et coll. à Cocody [9], COULIBALY. Samba S. [68] et KEITA S. [30]. Ces taux sont inférieurs au nôtre.

6.2 - Les caractéristiques socio démographiques :

6.2.1 - Tranche d'âge :

46,5% de nos femmes avaient une tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans avec un âge moyen de 25 ans.

PAMBOU O. et coll. [43], COULIBALY. Samba S. [68] et KEITA S. [30], ont rapporté respectivement 68,75% ; 64,3% et 63,04%. Ces taux sont supérieurs au nôtre.

La tranche d'âge 20 – 29 ans correspond à la période où l'activité obstétricale est la plus intense dans notre contexte.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre le type d'hémorragie et l'âge.

Les adolescentes représentaient 30% de notre étude. Ce taux est superposable à celui de COULIBALY.S Samba S. [68], mais supérieur à celui de TRAORE M. T. [56] (23,36%).

Ce phénomène pourrait s'expliquer par la fréquence élevée du mariage précoce dans notre société.

6.2.2 - Statut matrimonial :

Les femmes mariées venaient au premier rang avec 95% des cas. Ce taux est superposable à celui de ONGOÏBA I. H. [42] (90,3% de cas), mais supérieur à ceux de KEITA S. [30] et de DIALLO B. [17] qui ont obtenu respectivement 87% et 78% de cas.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre le type d'hémorragie et le statut matrimonial.

6.2.3 - Profession :

Les ménagères ont été les plus représentées avec 73,5% de notre étude. Ce taux est inférieur à celui de KEITA S. [30] qui a obtenu 81,2% ; mais supérieur à celui de COULIBALY. Samba S. [68] qui a été de 64,3%.

Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femmes au foyer, femmes célibataires). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les ménagères ne réalisent pas de CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque obstétricaux non identifiés.

6.3 - Clinique :

6.3.1 - Lieu de provenance :

Les patientes référées et/ou évacuées en provenance des CSCOM représentaient 53,5% des cas. La référence/évacuation est aussi un facteur de risque. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des gestantes avait fait leur suivi prénatal dans les ASACO.

6.3.2 - Les antécédents :

6.3.2.1 - Les antécédents médicaux :

L'HTA a été la pathologie la plus fréquente avec 4,5%. Ce taux est inférieur à ceux de COULIBALY. Samba S. [68] et de ONGOIBA I. H. [42] qui trouvaient respectivement 11,4% et 60,5%.

6.3.2.2 - Les antécédents chirurgicaux :

Les cicatrices utérines :

- ♣ La césarienne avait été faite chez 6,5% des patientes.
- ♣ La myomectomie avait également été faite chez 2,5% des patientes.

Ces cicatrices peuvent être le siège d'adhérences placentaires qui peuvent être responsables de rétention placentaire et de placenta accreta.

Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par COULIBALY. Samba S. [68] et ALIHONOU E. et COLL [2] qui ont rapporté respectivement 4,2% ; et 3,97%.

6.3.2.3 - Les antécédents Obstétricaux :

parité :

Dans 31% des cas, nos patientes étaient des primipares et dans 32,5% des paucipares.

Ce taux de primiparité est inférieur à celui de COULIBALY. Samba S. [68] qui avait obtenu 45% de primipares et 33,6% de paucipares. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité de mariage dans notre société et le manque de suivi prénatal. Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie par traumatisme de la filière génitale et la primiparité ($P < 0,05$).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont des tissus peu étoffés prédisposant ces femmes à des lésions de la filière génitale.

Les grandes multipares représentaient 16,5% dans notre série, taux superposable à celui de COULIBALY. Samba S. [68], mais inférieur à celui de ONGOIBA I. H. [42] (18,8%).

Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie par atonie utérine et la multiparité avec ($P=0,002$). Ceci pourrait s'expliquer par le mauvais état rétractile des fibres musculaires lisses et du mauvais suivi prénatal au cours de la grossesse.

6.3.3 - Hauteur utérine excessive :

Elle n'est retrouvée que dans 2% des cas. Les facteurs de surdistension utérine retrouvés ont été :

◆ **La macrosomie fœtale** ; 1,5% des nouveau-nés avaient un poids de naissance de plus de 4 000g contre 10,4% et 18,8% respectivement retrouvés par TRAORE M.T. [56] et ONGOÏBA I.H. [42].

◆ **La grossesse Gémellaire** a été retrouvée dans 2,5% des cas, taux superposable à celui de COULIBALY. Samba S. [68] (2,1%).

◆ **L'hydramnios** ; était retrouvé dans 7% contre 12,5% et 9,6% rapportés par ONGOÏBA I. H. [42] et TRAORE M. T. [56] ;

◆ **Le fibrome utérin** était retrouvé dans 2,5% dans notre étude contre 6,5% rapporté par ONGOÏBA I. H. [42].

6.3.4 - Durée du travail :

La durée de travail inférieure à 12 heures a été retrouvée chez 73,5% de nos patientes. ALIHONOU E. et Coll et DIALLO A. [16] ont rapporté respectivement 56,9% et 14% pour la même durée de travail d'accouchement. Ces taux sont inférieurs au nôtre.

On retiendra qu'une durée anormalement longue du travail d'accouchement constitue un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

6.4 - Lieu et mode d'accouchement :

Dans notre étude, 90% de nos patientes ont accouché par voie basse au C.S.Réf. de la Commune I. Parmi ces accouchements par voie basse ; 47% de ces femmes avaient accouché à domicile avec délivrance effectuée au C.S.Réf. de la Commune I, elles arrivent à bord d'un taxi avec le cordon ombilical à la vulve. Ce taux d'accouchement à domicile est nettement supérieur à ceux de KEITA S [30] et de COULIBALY. Samba S. [68] qui ont obtenu respectivement 13,04% et 3,2%.

6.5 - Principales étiologies retrouvées :

Les étiologies retrouvées ont été :

6.5.1 - Hémorragie de la délivrance :

Elle représente le type d'hémorragie le plus fréquemment rencontré avec 101 cas sur 200 soit 50,5%. L'hémorragie de la délivrance reste un problème majeur de santé publique, puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle.

Au Mali, NEM TCHUETN [40] a trouvé que 59,3% des décès maternels au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Ces décès étaient liés aux complications des hémorragies de la délivrance.

Parmi les étiologies des hémorragies de la délivrance, nous avons trouvé :

- ⊕ 48 cas d'atonie utérine soit 24% et parmi ces 48 cas, 2 cas avaient évolué vers la CIVD ;
- ⊕ 41 cas de rétention placentaire soit 20,5%.

Ce taux d'hémorragie de la délivrance est superposable à celui de COULIBALY Samba S [68] (50,7%), mais inférieur à ceux de ALIHONOU E. et Coll. [2] ; DIALLO B. [17] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 55,63% et 69%.

6.5.2 - Les traumatismes de la filière génitale :

Nous avons colligé 97 cas de traumatisme de la filière génitale, soit 48,5% des causes sur 200 cas d'hémorragie.

Ils sont repartis comme suit :

- a) *Déchirures du col utérin* : 4 cas soit 4,12%. Ce taux inférieur à celui de TRAORE M. T. [56] qui a rapporté 21,52%;
- b) *Déchirures vaginales* : 3 cas soit 3,09% ;
- c) *Déchirures périnéales associées aux déchirures du vagin* : 18 cas, soit 18,5% des traumatismes. Taux inférieur à celui rapporté par DIALLO B. [17] (31%);
- d) *Rupture utérine* : elle a été retrouvée dans 2,5% des cas. Ce taux est supérieur à ceux de COULIBALY. SAMBA S. [68] et de TRAORE M. T. [56] qui ont obtenu respectivement 1,4% et 2,05%.

Nous avons remarqué que tous ces cas d'hémorragie peuvent s'expliquer par trois situations :

- ♣ Une poussée expulsive sur un col incomplètement dilaté ;
- ♣ Une expression utérine à dilatation cervicale incomplète ;
- ♣ l'utilisation abusive d'ocytocine en perfusion.

6.6 - Complications maternelles :

🚩 **CIVD** = Coagulation Intra Vasculaire Disséminée.

Dans notre étude, 1% des patientes avaient présenté un tableau de CIVD consécutive à une hémorragie massive grave. Ce taux est inférieur à ceux de ALIHONOU E. et Coll. [2] et COULIBALY. Samba S. [68] qui ont obtenu respectivement 3,3% et 3,6%.

PAMBOU O et coll. [43] avaient montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des hémorragies du post-partum. Cette CIVD peut s'expliquer par la consommation de facteur de coagulation lors des hémorragies graves.

6.7 - Paramètres Foetaux :

6.7.1 - Poids des nouveau-nés :

Le poids supérieur à 4000 g avait été retrouvé chez 1,5% des nouveau-nés, ce taux est nettement inférieur à ceux de KEITA S. [30] et de COULIBALY. Samba S. [68] qui ont obtenu respectivement 4,3% et 7,7%.

6.7.2 - Mort foetale en utero :

Nous avons colligé 28 cas de mort-nés dont 6 cas de mort foetale in utero avec rétention foetale de plus de 48 heures. Cette mort foetale in utero est incriminée dans les troubles de la coagulation survenant au cours de la délivrance, par passage de thromboplastine dans la circulation générale de la patiente.

6.8 - Prise en charge :

6.8.1 - Traitement médical :

100% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical en urgence.

- ✚ Prise d'une voie veineuse de sécurité avec un cathéter G18, G20 ;
- ✚ Remplissage vasculaire avec des macromolécules ;
- ✚ l'administration d'utérotoniques (ocytocine) en perfusion dans une solution de macromolécules ;
- ✚ Surveillance régulière des paramètres maternels (TA, Pouls, Température, etc...)
- ✚ *Transfusion sanguine :*

Les patientes qui avaient bénéficié d'une transfusion sanguine avec du sang total représentaient 31,5%.

Ce taux de transfusion sanguine est superposable à celui de TRAORE M.T. [56] (31,76%), mais inférieur à ceux de LANKOANDE J. et coll. [33] qui ont trouvé une fréquence de 54,1%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la non disponibilité de sang au C.S.Réf. de la Commune I.

10,5% de nos patientes avaient reçu du misoprostol en intra-rectale devant l'inefficacité de l'ocytocine (soit en intramusculaire ou en intramurale) ; GOFFINET et coll. [24] ont rapporté après un échec à l'utilisation des ocytociques, 89% de succès avec le misoprostol.

6.8.2 - Prise en charge obstétricale :

Toutes nos patientes, soit 100% avaient bénéficié d'une révision utérine systématique. Elle a permis d'assurer la vacuité utérine et l'hémostase dans la majorité des cas ;

Egalement, 100% des patientes avaient bénéficié d'un massage utérin, fréquence supérieure à celle de COULIBALY. Samba S. [68] chez qui 49,3% seulement en avaient bénéficié.

Aussi, un examen sous valve avait été fait chez la majorité de nos patientes.

Quant à la délivrance artificielle, 3,5% des patientes en avaient bénéficié, contre 7,8% et 13% rapportés respectivement par COULIBALY. Samba S. [68] et KEITA S. [30].

6.8.3 - Prise en charge chirurgicale :

Dans notre étude, 97,97% sur les 99 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 est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie, 2 cas sur 200 soit 2,03% des patientes avaient bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase.

Cette fréquence est inférieure à celles rapportées par ONGOÏBA I.H. [42] et TOURE COULIBALY [55] qui ont trouvé 3,2%.

SALVA [50] avait rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas dans l'atonie utérine avec 100% de réussite. Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et de plateau technique opératoire existant.

6.9 - Pronostic maternel :

Nous avons enregistré 12 cas de décès maternels, soit un taux de 6%. Ces patientes ont été toutes évacuées suite à des hémorragies graves par atonie utérine des CSCOM vers le C.S.Réf. de la Commune I.

Notre taux est supérieur à celui de COULIBALY. Samba S. **[68]** 2,1%, mais inférieur à ceux de ONGOÏBA I. H. **[42]** et de DIALLO A. **[16]** qui avaient trouvé respectivement 19,7%, 23,2%.

Conclusion & Récommandations

7 - Conclusion et recommandations :

7.1 - Conclusion :

L'hémorragie du post-partum immédiat 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.

7.2 - Recommandations :

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent :

1. Au Ministère de la santé (aux autorités) :

- Multiplier les séances de recyclage du personnel de santé ayant en charge l'accouchement (médecin, sage-femme et matrone),
- Créer une unité de transfusion sanguine au Centre de Santé de Référence de la Commune I,
- Equipement des blocs opératoires en matériels adéquats et promouvoir les unités de réanimation.

2. Aux CSRéf et aux prestataires de santé :

- Les sages-femmes doivent dépister au cours des consultations prénatales, les grossesses à risque et les adresser aux spécialistes pour la prise en charge de la grossesse et l'accouchement ;
- Utilisation systématique du partogramme dès l'entrée de la gestante en salle d'accouchement ;
- Prévenir les hémorragies de la délivrance par la gestion du troisième stade du travail d'accouchement, qui consiste à administrer 10 unités d'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement ;
- Redynamiser et réorganiser la gestion et l'approvisionnement de la banque de sang ;

- Etablir des liaisons fonctionnelles plus dynamiques avec les collaborateurs anesthésiste, réanimateur et biologiste.

3. Aux gestantes et à la communauté :

- Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Limiter et espacer les naissances pour éviter la multiparité retenue comme facteur de risque de l'atonie utérine. Counseling PF ;
- Promouvoir une culture de Don de sang par la communauté ;
- Redynamiser l'ADVS (Association des Donneurs Volontaires de Sang).

REFERENCES

1-Akpadza .K et Coll. : Les hémorragies de la délivrance à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU TOKOIN-LOME (TOGO) de 1988 à 1992 ; Méd d'Afrique noire 1994 ; 41 (11) : 601-2.

2-Alihonou E. et Coll. : Les hémorragies de la délivrance : étude statistique et étiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). Publications médicales africaines 2002 ; N°121 : 8-11.

3-Arurkumaran S.: The surgical management of post-partum haemorrhage. Best practice and research clinical Obstet and gynecol 2002, 16(1):81-98.

4-Barbirino-Monnier. P ; Barbarino A; Bayoument F; Bonnenfirt - Mcreay V; Judun. P : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum- choc hémorragique ; encyclopédie médico-chirurgicale ; (Elsevier, paris), obstétrique 5-082 A AO, 1998 : 118.

5-Berg CJ, A Trash HK, Tucker M : pregnancy related mortality in the united states, 1966; 88: 161-7.

6-Bertauld, Pigneu : Hémorragies de la délivrance, prise en charge actuelle, la presse médicale: (1983) ISSN 0755- 4982 ; coden PRMEEM, FIRA, DA 1995 vol 24 n°30 PP 1397-399 ABS Anglais, bibl 15 ref langue française.

7-Bernard. P et Coll. : le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine. Revue de gynécologie obstétrique du praticien 1989 ; IP 29-34.

8-Besinger.R. : Hémorragie du post-partum, perspectives aux USA ? Accouchement prématuré ; déclenchement artificiel du travail, hémorragie de la délivrance. Jr gyneco-obstetrique biol reprod ; DA 1997 vol 26 n°sup 2pp 34.

9- Beuthe D.: Die beeinflussung der nach geburts periode durch methergin Z bl gynak 1956; 78: 1305-14.

10- Bohoussou M. et Coll: les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic de 120 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de cocody.

11- Bygdeman M.; Mukker, Wiquist N./Effect of Infusion of PGE, PGE2 on the motility of the pregnant human uterus. Am. J. Obstet Gynecol 1968; 129: 918-9.

12- Clark SL, Yehsy, Phelan JP et AL: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage – Obstet Gynécol 1991; 77: 69-76.

13- Combs; Murphy El ; Larors.K.: Factors associated with post-partum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynécol 1991; 77: 69-76.

14. Cristalli, M. Levardon; V. Izard; A. Cayol.: le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales. J gynécol Obstét biol reprod 1991 ; 20 :851-4.

15. Department of health : Why mothers die report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-1996, London : HMSO. Int J gynecology obstet 1998; 310-315

16. Diallo Abdoulaye : Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré ? Thèse de Méd N°11 1989.

17 Diallo. B : les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Bamako 1999, thèse de Méd : 199 ; N° 125.

18. Detourrie H ;Hevrison R ; Delecour. M : abrégé illustré de gynécologie de gynécologie obstétriques 6^{ème} Edition, 1995 ; 122-127.

19. Diarra N. : Etude des accouchements à domicile en Commune V du District de Bamako à propos de 728 cas. Thèse Méd. Bamako 200 ; 54p48.

20. Direction Nationale de la Santé: Enquête démographique de la santé au Mali. 2001.

21. Directive Nationale de la santé : Enquête démographique de la santé au Mali ; évaluation nationale de l'office des soins obstétricaux d'urgence au Mali, 2003.

22. Directive Clinique société Canadienne de Gynécologie obstétrique 2000 ; n°88.

23. Eyoko Heba A.S : Les références obstétricales à l'hôpital national du point < G> de 1985 à 2003. Thèse Méd, Bamako, 2006 ; n°88.

24. Fournil ; Lokossou ; Fayomieb ; Yacouboum : Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin. Méd. Afr. Niore : 2000,47 (1).

25. Goffinet F. : Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. J. Gynecolgy Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 (suppl n°2) : 34-8

26. Henson.G ; Gough. J.O ;Guillmer MDG: Control of persistent primary post-partum haemorrhage to uterine atony with intravenous prostaglandin E2.B J.obstet gyneacol 1983; 9: 280-282.

27. Hertzr H.; Sokol. R.J; et Machin S.J.: Treatment of post-partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories obstet gynaecol; 1988; 56: 129.

28. Hewitt P.E, J et Machin S.J. : Massive blood transfusion in ABO of transfusion London: BMJ publishing group; 1998: 49-52.

29. Husslein ; Sinzinger. H.: Concentration of 13, 14 dihydro 15- keto-prostaglandin f2 alphas in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset. Br.J.Obstet gynaecol 1984; 91: 288-31.

30- Keita Sema (s) : Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du point G. BAMAKO 1991-2001. Thèse Méd. Bamako 2003-99 :p 47.

31. Intra Health International Helping helth Care providers improve lives: The apacity project planning developing & supporting the health workfore.

32. King P.A ; Duthie S.J ; Dong Z G ; Mahk. : Secondary post-partum haemorrhage. Obstet Gyneacol 1989; 29: 394-8.

33. Lankoande J.et Coll.: Hémorragie de la deliverance dans la maternité de yagado Ouedraogo CHU de Ouagadougou –burkina Faso, Dakar Médical 1998; 43(1): 57-9;.

34. Kwast B.E : Post- partum haemorrhage : Ist contribution to maternal mortality. Br J. Gynaecol and Obstet 1991; 7: 64-70.

- 35. Li F. ; Fortney J.A ; Kotel Chuck. M:** Etal the post –partum period: the key to maternal mortality J. gynaecol obstet 1996- 54 (1) 1-10.
- 36. Lopez P :** La délivrance normale. : Rev. Méd 1977 ; 18 ; n°9 : 453-454
- 37. Mantal C. ; Buchmann E. ; Reres H. ; Pattinson R.C.:** severe acute maternal morbidity : a pilot study of a definition for a near miss. Br J. of Obstetric and Gynaecology 1998; 105: 985-990.
- 38. Marpeul ; Rhimiz ; Laurel et Al :** place de l’Embolisation artérielle pelvienne dans l e traitement des hémorragies graves de la délivrance .J. gynécol. Obstet Biol .reprod, 1992,21 : 233-235.
- 39. Merger R. ;Levy J. ; Merchior J.:** Précis d’obstétrique 6^{ème} édition Masson : 1995, p 136-156.
- 40. Nem T.D :** Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de1998 à 2002 à propos de 160 cas. Thèse de Med ; Bamako ; 2004-77 p 27
- 41. MOURE J.C :** the action of ergot preparations on the puerperal uterus. Br Med J. 1932: 11 19 -122.
- 42. Ongoiba .I.H :** Hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du disrict de bamako.these Med, bamako, 2006, N°96
- 43. Net Work :** Des meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies.net work 1997, vol 17 n° 4 :1-7
- 44. Hewitt P.E, J.et Machin S.J.:** Massive blood transfusion in ABO of transfusion. London: BMJ publishing group; 1998: 49-52.
- 41- Harrisson K A, Rossiter C.E.:** Maternal mortality: Harrisson K.A ed;cheald bearing health and social pricrities. A survery off 22.774 consecutive hospital birth in zaria northen Nigeria. BJ. obstet et gynecol 1985; 92:100-115.

- 42-Henson.G; Gough.J.O; Gillmer MDG:** Control of persistent primary post-partum haemorrhage to uterine atony with intravenous prostaglandin E2.B J.obstet gynaecol 1983; 9: 280-282.
- 43- Pambou O et Coll. :** Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville Med afr noire 1996,43 (7) :418-422
- 44. Hertzr.H.Sokol. R.J; Dieker W.:** Treatment of post-partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories obstet gynaecol; 1988; 56: 129.
- 45. Husslein; Sinzinger.H.:** Concentration of 13,14dihydro- 15- keto-prostaglandin f2 alpha in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset. Br.J.Obstet gynaecol 1984 ; 91: 288-31.
- 46. Pelage JP et Coll. :** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. J gynecol obstet Biol reprod 1999; 28: 55 – 61
- 47. Pigne. A; D Freitel :** Déchirures obstétricales, paris, Masson, 1990 (chap 105) : 1353 – 1355
- 48. Phillip B :** Mise à jour de gynécologie et obstétrique édition 1998
- 49. Rault :** Hémorragie du post-partum Américan collège of obstétricians and gynecologist 2000 ; P1-2 [http://www. Adréline 122. org](http://www.Adrénaline122.org)
- 50. Salva J, Nah Manovic ; Raciinetc :** Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies obstétricales Rev fr gynecol obstet 1981,25 :368-371
- 51. Rieltt Muller D; Pequegnot –Geannin c :** Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus génital J Gynécol. obstet Biol reprod 1997 ,26 : 154-158.
- 52. Lif; Fortney J.A, Kotel Chuck.M:** Etal the post-partum period: the key to maternal mortality J. gynaecol obstet 1996 54(1) 1-10
- 53. Read JA; Cotton, O.B; Miller. FC:** Placenta acreta: changing clinical aspects obstetr gynaecol 1986. 56: 31-34
- 54. shiono p, Kle Banoff M; careyo;** Midline episiotomies: More harm than good. Obstet gynaecol 1990, 75; 765-769

55. Touré-Coulibaly.K.: Les hystérectomies d'hémostase en obstétrique, étude de 74 cas observés à la maternité du CHU de Treichville, Abidjan. *Med Afr noire* 1995 ; 42 (12) :602-604

56. Traoré M.T : Etude épidémiologique-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé référence de la commune V Bamako à propos de 488 cas thèse de Med Bamako, 2004-98p46

57. Tagaki.S. Yoshidat; Togo Y.: The effects of intra myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post-partum haemorrhage prostaglandins, 1976, 12:565-579

58. Torriler; Janvier G.; Lahayef; Harran MH. : Hémorragies graves du post-partum immédiat encyclopédie medico-chirurgicale (elservier Paris) obstét 5-08L-A-10. 1991 : 1-10.

59 : Tsurulnikov MS : La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales. *J. Gynéco Obstet biol reprod*, 1979,8 :751-753.

60. Stheling L: fluid replacement in massive transfusion; in Jeffres Lc, et brecher banks (eds), massive transfusion Bethesda. Am Assoc of blood, 1994; 1-15

61. Suzanne.I.Y; Allard.H.Meyer.J.L:Hémorragies obstétricales graves du post-partum immédiat *Encycl Med –chir, paris, obstétrique*, 5109 A 10? 12-1989.

62. Topozada. M.EL- BossatY.M. ;EL-Rahaman. HA ; Shams EL-Dinmh : Control of intractable atonic post-partum haemorrhage by 15- Methyl-prostaglandin F2 alpha .*obstétric gyneacol*, 1981,58: 327 -330

63.Tsurul Nikov MS : La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales .*J gynéco .obstet biol reprod*, 1979,8 :751-753

64. Walder .J : Misoprostol prevention de l'hémorragie du post-partum, femme moderne 7 (9) 23 -7- 1997 septembre

65. Watson.P: Post-partum haemorrhage in associated with poor housing not multiparty in Botswana *lancet* 1986, 4=278-284

66. Woryne R, Cohen : Hémorragie du post-partum rev du praticien, 1985,45:127-129.

Annexes

QUESTIONNAIRE

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIAT AU Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako

N° Dossier /.....

I- IDENTIFICATION

Q1- NOM / PRENOM /

Q2- AGE /.....

Q3- DATE /.....

Q4- RESIDENCE/Quartier :.....

1. COMMUNE I
2. HORS COMMUNE
3. HORS DISTRICT DE BAMAKO

Q5- ETHNIES =.....

1=BAMBARA 2=MALINKE 3=PEULH 4=SARAKOLE 5=DOGON
6=SONRAÏ 7=AUTRES

SI AUTRES , PRECISER.....

Q6- SCOLARISATION..... 1=OUI 2=NON

Q7- PROFESSION..... 1=MENAGERE 2=ELEVE / ETUDIANTE

3=FONCTIONNAIRE 4=AIDE MENAGERE 5=VENDEUSE

Q8- STATUT MATRIMONIAL :.....

1=MARIEE 2=CELIBATAIRE 3=DIVORCEE 4=VEUVE

Q9-MODE D'ADMISSION.....

1=VENUE D'ELLE-MEME 2=REFEREE 3=EVACUEE

Q10- MOTIF D'EVACUATION.....

Q11- LIEU DE PROVENANCE.....

1=CSCOM (à préciser) 2=HOPITAL 3= STRUCTURE PRIVEE 4= DOMICILE

II- ANTECEDENTS

Q12-MEDICAUX :.....

1=HTA 2=DREPANOCYTOSE 3=DIABETE 4=ASTHME
5=TROUBLE COAGULATION 6=AUTRES (PRECISER)

Q13- CHIRURGICAUX :.....

1=APPENDICECTOMIE 2=GEU 3=CESARIENNE
4=PLASTIE TUBAIRE 5=PERITONITE 6=MYOMECTOMIE

Q14- GYNECOLOGIQUES :.....

MENARCHE.....

DUREE DES REGLES.....EN JOURS

CARACTERES DU CYCLE..... 1=REGULIER 2=IRREGULIER

CONTRACEPTION..... 1=OUI 2=NON

Q15- PATHOLOGIES DE L'UTERUS..... 1=OUI 2=NON

SI OUI, PRECISER LA PATHOLOGIE..... (MAL FORMATION UTERINE, INFECTION GENITALE, FIBROME UTERIN...)

III- OBSTETRICAUX

Q16- GESTITE..... 1=PRIMIGESTE 2=PAUCIGESTE 3=MULTIGESTE 4=GRANDE MULTIGESTE

Q17- PARITE..... 1=PRIMIPARE 2=PAUCIPARE 3=MULTIPARE 4=GRANDE MULTIPARE

Q18- ENFANTS VIVANTS.....

Q19- ENFANTS DECEDES.....

Q20- AVORTEMENTS..... 1=OUI 2=NON

SI OUI..... 1=PROVOQUE 2=SPONTANE

Q21- CURETAGE..... 1=OUI 2=NON

SI CURETAGE..... 1=CURAGE DIGITAL 2=INSTRUMENTAL

Q22- ACCOUCHEMENT PREMATURE..... 1=OUI 2=NON

Q23- ACCOUCHEMENTS MULTIPLES..... 1=OUI 2=NON

Q24- ANTECEDENT D'HEMORAGIE POST PARTUM 1=OUI 2=NON

IV- CARATERES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q25- NOMBRES DE FETUS.....

CPN :..... 1=OUI 2=NON SI OUI LE NOMBRE DE CPN.....

Q26- AUTEUR CPN..... 1=GYNECOLOGUE 2=MEDECIN GENERALISTE 3=SAGE FEMME 4=MATRONE 5=AUTRES (A PRE CISER)

Q27- TERME DE LA GROSSESSE..... 1=AVANT TERME 2=TERME 3=POST TERME

Q28- HYDRAMNIOS : 1=OUI 2=NON

Q29- HU :EN CM

Q30- BCF : 1=OUI 2=NON

SI OUI FREQUENCE..... BATT/MN

Q31- RPM..... 1=INFÉRIEURE A 12H 2=SUPÉRIEURE A 12H

Q32- MAF... 1=OUI 2=NON

Q33- ETAT GÉNÉRAL..... 1=BON 2=ALTERÉ

Q34- CONJONCTIVES..... 1=COLOREES 2=PALES

Q35- TA....

Q36- PRÉSENTATION DU FŒTUS.....

1=CEPHALIQUE 2=SIEGE 3=TRANSVERSE 4=AUTRES(A PRECISER)

Q37- FIEVRE AU COURS DEU TRAVAIL..... 1=OUI 2 =NON

Q38- TRAITEMENT ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE.....1=ASPIRINE 2=AINS

Q39- BILAN BIOLOGIQUE.....

1= N.F.S 2= GROUPE SANGUIN 3= TRANSAMINASES

V- ACCOUCHEMENT

Q40- ACCOUCHEMENT : 1=VOIE BASSE 2=CESARIENNE 3=LAPAROTOMIE

Q41- EXTRACTION INSTRUMENTALE : 1=OUI 2=NON

SI OUI LE TYPE : 1=FORCEPS 2=VENTOUSE

Q42-EPISIOTOMIE : 1=OUI 2=NON

Q43- CRANIOTOMIE..... 1=OUI 2=NON

Q44- EXPRESSION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT : 1=OUI 2=NON

Q45- ANTI SPASMODIQUES : 1=OUI 2=NON

SI OUI LA NATURE.....

Q46- B-MIMETIQUES..... 1=OUI 2=NON

SI OUI LA NATURE.....

Q47- UTEROTONIQUES :1=OUI 2=NON

SI OUI LA NATURE.....

Q48- DUREE DU TRAVAIL..... HEURES

Q49- DUREE DE L'EXPULSION..... MN

Q50- QUALITES DE L'ACCOUCHEUR : 1=GYNECOLOGUE 2=MEDECIN
GENERALISTE 3=SAGE FEMME 4=MATRONE

VI- LE NOUVEAU NE

Q51- NOMBRE.....

Q52- SEXE..... 1=MASCULIN 2=FEMININ

Q53- APGAR.....

Q54- POIDS..... GRAMMES

Q55- TAILLE..... CM

Q56- PC =..... CM

Q57- PT =..... CM

Q58- VIVANTS =..... 1=OUI 2=NON

Q59- MALFORMATIONS FŒTALES.....1=OUI 2=NON

NB = SI JUMEAUX, T₁ ET T₂ (TAILLE), POIDS (P₁ ET P₂)

VII- DELIVRANCE

Q60- DELIVRANCE..... 1= NATURELLE 2= ARTIFICIELLE 3=ACTIVE (GATPA)

Q61-POIDS DU PLACENTA..... GRAMMES

Q62- RETENTION PLACENTAIRE=1= OUI 2= NON

SI OUI1= PLACENTA ENTIER 2= PLACENTA PARTIEL
3= DEBRIS PLACENTAIRE

Q63- ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE.....1= OUI 2 = NON

SI OUI1 = PLACENTA PRAEVIA 2 = PLACENTA ACRETA 3 = AUTRES

Q64- DELIVRANCE HEMORRAGIQUE.....ML

Q65- UTERUS APRES DELIVRANCE.....1 =INERTIE 2= GLOBE DE SECURITE

Q66- REVISION UTERINE=1 = OUI 2= NON

SI OUI, LA METHODE =1= DIGITALE 2 = INSTRUMENTALE

Q67- DECHIRURE DU PERINEE =1= OUI 2 =NON

SI OUI,1 = INCOMPLETE 2 =COMPLETE 3= COMPLIQUEE

Q68- DECHIRURES VULVAIRES = 1= OUI 2 = NON

SI OUI, ISOLEE.....1 = HYMENEALE 2 = ANTERIEURE 3 = LATERALE

ETENDUE.....1 = VULVO PERINEALE 2 = VAGINALE

Q69- DECHIRURE VAGINALE :.....1= OUI 2= NON

SI OUI ISOLEE.....1= BASSE PERINEOVAGINALE 2= HAUTE
3= PARTIE MOYENNE

Q70- DECHIRURE DU COL.....1=OUI 2=NON

Q71- THROMBUS VULVAIRE.....1=OUI 2=NON

VIII- TRAITEMENT

Q72- TRAITEMENT MEDI CAL :.....1=OUI 2= NON

SI OUI, LES PRODUITS :

Q73- TRANSFUSION :.....1= OUI 2 = NON

SI OUI LE NOMBRE D'UNITE DE SANG :.....

Q74- MACROMOLECULES :.....1= OUI 2 = NON

Q75- CRISTALLOIDES :.....1 = OUI 2 = NON

Q76- OCYTOCINE :.....1 = OUI 2 = NON

Q77- AMTIBIOTIQUES :.....1= OUI 2 = NON

Q78- SUPPLEMENTATION EN FER :.....1 = OUI 2 = NON

➤ TRAITEMENT OBSTETRICAL :

Q79- MASSAGES UTERIN :.....1= OUI 2 = NON

Q80- DELIVRANCE ARTIFICIELLE :.....1 = OUI 2 = NON

Q81- REVISION UTERINE :.....1 = OUI 2 = NON

Q82- CURAGE DIGITAL :.....1 = OUI 2 = NON

➤ TRAITEMENT CHIRURGICAL
1= OUI 2= NON

SI OUI :.....1 = SUTURE DE LA BRECHE, 2= HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE
3=LIGATURE ARTERIELLE, 4=EMBOISATION ARTERIELLE 5= AUTRES

Q83- PRONOSTIC MATERNEL.....1= BON ETAT 2= TRANSFERT 3 = DECEDE

Q84- DECES : 1=OUI 2=NON

SI DECES CAUSE :..... 1=HYPOVOLEMIE 2=CIVD 3=AUTRES

SI TRANSFERT DANS UN AUTRE SERVICE..... 1=OUI 2=NON

SI OUI LEQUEL.....

IX- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q85- GROUPE : 1=A 2=B 3=AB 4=O

Q86- RHESUS..... 1=POSITIF 2=NEGATIF

Q87- TAUX D'HEMOGLOBINE.....G/DL

Q88- TAUX D'HEMATOCRITE.....%

Q89- TEMPS DE SAIGNEMENTEN MN.

Fiche Signalétique

Nom : MAIGA

Prénom : Sagaïdou Ibrahim

Titre : Hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako

Année Universitaire : 2008 -2009

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Cardiologie, Pédiatrie

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie.

RESUME :

Cette étude, transversale, descriptive et analytique, avec collecte prospective sur une période de 13 mois : du 1^{er} janvier 2007 au 30 janvier 2008. Elle nous a permis d'aboutir à la conclusion suivante :

200 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 4 663 accouchements soit, une fréquence de 4,23%.

La fréquence la plus élevée a été observée dans la tranche d'âge 20-29 ans avec un taux de 46,5%.

Les femmes mariées venaient au premier rang avec 95% des cas.

Les ménagères ont été les plus représentées avec 73,5% de notre échantillon.

Les primipares et les paucipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement un taux de 31% et 32,5%.

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

Les principales étiologies retrouvées étaient :

- Hémorragie de la délivrance : 101 cas sur 200 soit 50,5%,
- Traumatisme de la filière génitales : 97 cas sur 200 soit 48,5%.

Les facteurs de risque retrouvés ont été les suivants:

- la grossesse gémellaire,
- l'hydramnios,
- le fibrome utérin.

Les hémorragies du post-partum immédiat ont constitué une des premières causes de mortalité maternelle dans notre service avec une fréquence de 6% de décès dans notre étude.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers condisciples, devant **l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure**, au nom **de l'Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent **et n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de races, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

Je le jure.