

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**HEMORRAGIES DU 3EME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le .../...../2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. SINE BOUBOU DIALLO

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY

Président : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences

Membres : M. Nouhoum DIAKITE, Médecin

M. Saleck DOUMDIA, Médecin

Co Directeur : M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre-assistant

Directeur M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Au nom d'ALLAH LE TOUT MISERICORDIEUX LE TRES MISERICORDIEUX.

« Gloire à TOI ! nous n'avons de savoir que ce que TU nous as appris. Certes c'est TOI L'OMNISCIENT LE SAGE ».

Louange et gloire à ALLAH LE TOUT PUISSANT qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je remercie DIEU LE CLEMENT ET MISERICORDIEUX pour sa grâce infinie. Puisse ALLAH LE TOUT PUISSANT m'éclairer de sa lumière divine AMEN !

Je loue SON prophète Mohammed (Paix et Salut soit sur Lui), qui nous incite à la recherche.

Je dédie cette thèse à toutes les mères, surtout celles qui sont décédées en donnant la vie.

– A mon père BOUBOU DIALLO

Merci pour votre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit de cohésion sociale et dévouement au travail. Je remercie le bon DIEU de m'avoir donné le privilège d'être ton fils.

Tu nous as incarné la sagesse, la cohésion, le travail, le partage, la justice et l'équité. Si je suis arrivé là c'est grâce à toi. Le travail est le tien merci pour tout le père puisse le bon DIEU vous te donne une longue vie en bonne santé.

– A ma mère : Nagnouma DIALLO

Tu es la meilleure des mamans. Je ne saurais jamais te remercier pour tout ce que tu as fait pour mes frères et moi. Votre amour, votre tendresse, votre affection maternelle ne nous as jamais manqué. Tu as tant souffert pour nous rendre heureux. Tu as toujours été une mère courageuse et dévouée pour la cause de tes enfants. Que ce travail soit un réconfort et de fierté pour toi mais aussi de témoignage de ma plus grande reconnaissance. Que DIEU te donne une longue vie en bonne santé près de nous.

– **A mes frères et sœurs**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Ce que vous avez fait pour moi est fait devant DIEU, je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous témoigner ma reconnaissance.

– **A ma feu grande mère : Kankouba KEÏTA**

Par ce travail je vous rends hommage. Puisse ALLAH t'accorde sa grâce pour le repos de ton âme. AMEN

– **Mes oncles et tantes :**

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos hospitalités et vos soutiens de tout genre. Votre contribution à mon éducation a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Votre fidélité et votre attention à l'égard de vos enfants sont sans faille. Vous ne cessez de nous inculquer que seul le travail bien est libérateur. Qu'ALLAH vous garde longtemps à nos côtés.

– **A ma chérie Naïda KEITA**

Ma très chérie merci pour ton soutien. Que DIEU le tout puissant bénisse notre couple, nous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur AMEN

REMERCIEMENTS

– **La famille de Feu Yorodjan DIALLO à Bamako**

C'est l'occasion pour moi de vous remercier tous, tout en vous rappelant que les liens de parentés sont sacrés ; nous devons les entretenir. Bonne chance.

– **Au cabinet médical National à Daoudabougou :**

Ce travail est le vôtre, merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, la formation et le soutien que vous m'avez accordé.

– **A mes amis médecins et camarades de la FMOS et FAPH :**

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat. Sept ans d'étude nous nous sommes côtoyés comme des frères. Votre compréhension, disponibilité, encouragement, attention soutien moral et matériel constant n'ont pas été vains. Trouvez l'expression de ma profonde sympathie et pour tout ce que nous avons partagés. Je vous souhaite courage et merci.

– **Aux différents gynécologues-obstétriciens du CSREF_CV :**

Vous avez été un grand apport dans ma formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils prodigués tout au long de ma formation et de la franche collaboration. Je formule des vœux pour vos bonheurs respectifs et la réussite de vos entreprises.

– **A mes aînés médecins et collègues internes et l'équipe de garde trois du CSREF_CV**

Je n'oublierai jamais ce long parcours si difficile et ce temps formidable de joie de stresse et partage de connaissances scientifiques entre collègues. Courage et bonne chance pour le reste.

– **A toutes les sages femmes du CSREF_CV**

C'est l'occasion pour moi de vous rendre hommage pour l'enseignement reçu.

– **A tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ci-dessus qu'ils se sentent concerné, qu'ils trouvent donc ici l'expression de ma sincère gratitude**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soumana Oumar Traoré

- **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF_CV**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décerné par le gouverneur du District de Bamako ;**
- **Certifié en programme GESTA international (PGI) de la société des obstétriciens gynécologue de Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako**

Honorable Maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances, votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître admirable. Nous vous en remercions très sincèrement et vous réaffirmons notre profond respect. Que DIEU vous donne longue vie.

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Nouhoum DIAKITE

➤ **Gynécologue-obstétricien ;**

➤ **Praticien hospitalier au CSREF_CV**

Cher Maître

Vous nous faites un honneur inestimable en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre assiduité et votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et la valeur de vos connaissances scientifiques ont toujours suscité notre admiration.

Veillez recevoir cher Maître nos sincères remerciements.

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Saleck DOUMDIA

- **Gynécologue-obstétricien;**
- **Hospitalier au CS Réf CV ;**
- **DU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU en sénologie à la FMOS**
- **Détenteur d'un DIU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-
Biostatistique à L'INSTITUT AFRICAINE de Santé Publique de
OUAGADOUGO ;**

Cher maître,

Votre qualité de formateur, de guide est sans commentaire. Ce travail est le vôtre.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à vos côtés.

Que Dieu vous donne longue vie.

A notre Maître et Co Directeur de thèse

Docteur Abdoulaye Sissoko

- **Maître Assistant de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS ;**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- **Médecin militaire ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Membre de la société malienne de médecin militaire (SOMAMEM)**
- **Ancien Secrétaire General adjoint de la société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)**
- **Ancien interne des hôpitaux**

Cher Maître

Vous nous avez accepté et encadré ce travail, malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et votre générosité font de vous un homme remarquable.

Nous vous prions de recevoir ici Cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Alassane Traoré

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Chef de service de la gynécologie de l'hôpital du MALI ;**
- **Maître de Conférences à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du MALI ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître

Ce travail est le vôtre, vous l'avez initié et dirigé sans ménager aucun effort.

Nous sommes très honorés d'être énumérés parmi vos élèves. Nous ne cesserons jamais de vous remercier de la spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre grande pédagogie, votre rigueur scientifique font de vous un Maître admiré de tous. Nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placé en nous.

Puisse ALLAH vous prêter encore heureuse et longue vie

Liste des sigles et abréviations

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Foetal

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire de Point G

CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée

Cm : Centimètre

Cm³ : Centimètre Cube

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

CV : Commune cinq

EDSM : Enquête Démographique et de la Santé du Mali

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

HTA : Hypertension Artérielle

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

Kg : Kilogramme

M² : mètre carré

MAF : Mouvement Actif Foetal

ml : millilitre

mm Hg : millimètre de Mercure

mn : minute

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFC : Plasma Frais Congelé

PP : Placenta prævia

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

< : inférieur

≤ : inférieur ou égal

> : supérieur

≥ : supérieur ou égal

1. Liste des tableaux

1. 1-.....	Fréquence
52	
2. Nous avons étudié les dossiers de 126 parturientes ayant présenté une hémorragie du troisième trimestre de grossesse sur 9828 accouchements, durant la période allant du 1 ^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023. La fréquence globale était 1,28% de l'ensemble des accouchements.	52
3. 2-Caractéristiques socio démographiques :	
52	
4. Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	52
5. Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.....	53
6. Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.....	53
7. Tableau IV : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	54
8. Tableau VII : Répartition des patientes selon le moyen de transport.....	54
9. Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	55
10. 2-6-2 les antécédents obstétricaux.....	55
11. Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.....	55
12. 2-7 la Gestité.....	56
13. Tableau X : Répartition des patientes selon la Gestité.....	56
14. Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité.....	56
15. Tableau XII : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse.....	57
16. Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	57
17. 2-11 les évènements survenus lors de la grossesse.....	57
18. Tableau XIV : Répartition des patientes selon les évènements survenus lors de la grossesse	57
19. Tableau XV : Répartition des patientes selon le motif d'hospitalisation.....	58
20. Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état général.....	59
21. Tableau XVII : Répartition des patientes selon les contractions utérines.....	60
22. 2-15 la présentation.....	60
23. Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la présentation.....	60

24. Tableau XIX : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal.....	60
25. Tableau XX : Répartition des patientes selon les examens complémentaires.....	61
26. Tableau XXI : Répartition des patientes selon la transfusion la transfusion.....	61
27. Tableau XXI : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	62
28. 2-20 le diagnostic retenu après accouchement	62
29. Tableau XXII : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu après accouchement	62
30. 2-21 la décision thérapeutique	63
31. Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la décision thérapeutique	63
32. Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le pronostic fœtal.....	63
33. Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar a la 5eme minute... Erreur ! Signet non défini.	
34. Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les complications.....	67

Table des matières

35. DEDICACE	2
36. REMERCIEMENTS	3
37. Liste des sigles et abréviations	11
38. I-	INTRODUCTION
.....	17
39. II-	OBJECTIFS
.....	20
40. 2.1 Objectif général	20
41. 2.2 Objectifs spécifiques	20
42. III-	GENERALITES
.....	22
43. IV-	METHODOLOGIE
.....	43
44. V-	RESULTATS
.....	52
45. VI-	DISCUSSION
.....	69
46. CONCLUSION	76
47. RECOMMANDATIONS	77
48. REFERENCES	79
49. ANNEXES	83

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant, cette naissance comporte un risque mortel pour des milliers de femmes à travers le monde [1].

Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse constituent de nos jours une situation fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal. Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel [1].

Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en développement où la couverture sanitaire est insuffisante. Selon les statistiques de l'OMS environ 287.000 femmes meurent par an dans le monde pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans le postpartum, laissant derrière elles moins 1.000.000 d'orphelins [2].

Le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, atteint en moyenne 16 pour 100 000 dans les pays développés, mais 230 pour 100 000 dans les pays en développement. Comme les pays en développement les femmes ont plus d'enfants, le risque qu'elles meurent un jour en couches ou pendant leur grossesse est 23 fois plus important que les pays développés en 2013 [3].

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de l'obstétrique ; le diagnostic étiologique de ces hémorragies demeure difficile. Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnue, le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire et la rupture utérine constituent les principales causes d'hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse. Au Mali, en 1998 dans le CHU Gabriel TOURE une étude faite par Kané a trouvé 2,6% de grossesses compliquées d'hémorragie au 3ème trimestre et en 2004 une étude similaire faite par Diakité R. dans le CSRéf Commune IV, a trouvé 2,22% d'hémorragie du 3e trimestre de la grossesse [1].

Ces hémorragies du troisième trimestre constituent non seulement une préoccupation quotidienne en pratique courante mais également elles englobent un éventail de pathologies obstétricales (placenta prævia, hématome retro-placentaire et la rupture utérine) dont le retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus. Ce pendant leur caractère brutal, l'insuffisance et/ou le manque de suivi prénatal, le retard et/ou l'absence de diagnostic, l'insuffisance ou la non disponibilité des moyens de réanimation (sang et produits sanguins) confèrent aux hémorragies du troisième trimestre toute leur gravité : l'urgence étant d'abord d'apprécier le saignement et son retentissement materno-foetal et de procéder à une stabilisation de l'état général avant de rechercher une étiologie.

Ainsi, face à l'ampleur et à la gravité du phénomène, il nous a paru opportun de mener une étude sur la problématique des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des gestantes présentant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse et à la mise à jour des données statistiques.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Déterminer les caractéristiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Déterminer les causes des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire la prise en charge selon les causes ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;

GENERALITES

III- GENERALITES

Définition :

Il s'agit des métrorragies survenant de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhées [6]. Elles constituent une urgence médico-chirurgicale pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal.

Elles comprennent le placenta prævia (PP), l'hématome retro-placentaire (HRP), la rupture utérine (RU) et les causes indéterminées [6].

Ce type de complication survient dans 2 à 5% des grossesses.

Historique :

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue par des anciens auteurs. Il semble que c'est PORTAL qui fut le premier à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse à terme [7]

Plus tard LIVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [4]. Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical.

La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS SANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [4]. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA ; en France TARNIER la réalisa en 1897. Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia. De tout temps dans l'histoire de l'obstétrique, il a été question de déchirure de l'utérus mais le mécanisme était mal connu, BAUDELOCQUE interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux.

En AFRIQUE, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en TUNISIE,

ALGERIE et au MAROC [8].

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en ANGLETERRE en 1811.

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

COUVELAIRE en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre ou dépasser souvent la sphère génitale [4].

RAPPEL ANATOMIQUE :

UTERUS : l'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur. L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 et 1200g sa capacité non gravide est de 2 à 3ml ; à terme elle est de 4 à 5litres [9].

Le corps utérin : Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissus conjonctifs et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement l'ensemble du corps utérin. L'utérus non gravide a une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5 cm à la fin du 6e mois de la grossesse sa hauteur est de 24cm et sa largeur de 16cm, à terme l'utérus a une hauteur de

32cm et une largeur de 22cm. A terme l'épaisseur des parois est de 8à10cm au niveau du fond et de 5 à 7 cm au niveau du corps de l'utérus [9].

Le col utérin : Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient mole. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [9].

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

- Sa forme :

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure.

- Ses dimensions et limites :

Le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12cm de largeur et 3-5cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col et sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement devenant corporeale.

- Sa structure :

Le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

- Caractères :

Son caractère essentiel est la minceur 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps.

Cette minceur est autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation fœtaux-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

Le placenta :

En latin placenta signifie gâteau. Le placenta, organe complexe par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [10]. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3^e et le 4^e mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5^e mois. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^e jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste.

Structure du placenta :

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

La face fœtale :

Encore appelée plaque choriale est lisse luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près

du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villeuse une arborisation villositaire organisée en système tambour.

On distingue parmi ces villosités :

Les villosités crampent ou crochets de LANGHANS qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

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

La face maternelle :

Encore appelée la lame basale est charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profond séparés par des septas. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de MITABUCH et d'une caduque basale au niveau de la quelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [4]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérin et placentaire. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet du septa, pour les autres à la base, au hasard dans la chambre inter villeuse.

Quant aux veines leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouvent la chambre inter villeuse [10]. A la périphérie du placenta, la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

Le bord :

Il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

La circulation placentaire :

Elle est double, maternelle et fœtale. La circulation utéroplacentaire s'établit aux 14-15e jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang

forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac su chorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéroplacentaire et son contenu etendigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel foetal est à terme de 160/kg/minute. La circulation foétale est simple ; les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités foétales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

-le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre les vaisseaux maternels et vaisseaux foetaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre foetus et mère.

-le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [11].

-le troisième fait a dû la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12m² lorsqu'elle parvienne à son plein développement.

-c'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [5].

Les membranes de l'œuf :

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

L'annios : c'est une membrane mince, transparente, très résistante qui circonscrit en dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du foetus.

Le chorion :

C'est une membrane fibreuse, transparente et résistante située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios.

A l'orifice du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

La caduque :

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine dite caduque ou déciduale comporte

3 parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou sérotine de HUNTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie qui recouvre l'œuf et accolée au chorion extra placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice du col.

A terme les caduques ovalaires et pariétale sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au-dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios.

Membrane jaune, tomenteuse, opaque, la caduque est peu résistante [10].

PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto-placentaire ». D'une complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure la fonction hormonale de la grossesse.

Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

- Par simple diffusion.

- Par les molécules porteuses.
- Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

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

LES ETIOLOGIES :

Le placenta prævia (pp) :

Définition :

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus avec de manifestations hémorragiques. Il complique de 0,3 à 2,6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries [30, 47] la 1ère étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28 à 88,7%.

Classifications :

Classification anatomique :

- variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- variété marginale : le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.
- variété centrale : le placenta recouvre l'orifice cervical.

Classification échographique :

Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec type pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta à l'orifice du col

-la classification clinique :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

-variété non recouvrante : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

-variété recouvrante : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

Pathogénie de l'hémorragie :

Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peut survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail.

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

En raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme.

Nous avons retenu deux théories qui méritent d'être soulignée.

-la théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER :

A partir du 6ème mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre la paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [5].

-la théorie du glissement :

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique [10].

Etude clinique :

L'hémorragie : elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable.

Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier sans cause apparente.

Signes généraux : leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition.

On observe à tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardio-vasculaire.

Signes physiques :

- le palper montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.

-le toucher vaginal : très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang.

L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale.

L'hématome retro-placentaire (HRP) :

Définition :

L'HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine.

Ce syndrome, ainsi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{eme} trimestre de la grossesse [5].

Pathogénie de l'hémorragie :

Le phénomène initial serait un spasme des artéioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intravasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale.

Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisée dans la zone utéroplacentaire.

Ainsi se constitue l'hématome retro-placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie.

Très souvent le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

Etude clinique :

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

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus ; de perte de sang noir. Il se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces métrorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

Signes généraux :

- faciès angoissé.

- le pouls s'accélère et s'affaiblit.

- la tension artérielle élevée au début chute brusquement traduisant le choc.

- les urines sont réduites en quantité, quand la protéinurie existe, elle est soudaine et massive : c'est l'ictus albuminurique.

Signes physiques :

- à l'examen l'utérus qui est le siège d'une hémorragie devient dur comme du bois, dur de partout et dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est

d'autant plus dur que l'hémorragie externe est minime. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.

- à l'auscultation : les BDCF sont souvent absents.

- au toucher vaginal : le segment inférieur, dur et tendu, participe à l'hypertonie utérine. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres.

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

Les signes échographiques sont tardifs et n'existeraient que dans 25% des cas.

La rupture utérine (RU) :

Définition :

Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine R.

Merger [10]. Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col, décrites sous le nom de déchirures du col. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses M. N'DIAYE [12].

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une importante cause de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{eme} trimestre [5].

Pathogénie de l'hémorragie :

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

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

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

Etude clinique :

Phase prodromique :

Permet de prévoir l'accident. Les signes de la rétraction utérine apparaissent les premiers. L'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes ; l'utérus se relâche mal.

Phase d'imminence de la rupture :

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

Phase de rupture :

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel ; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus.

Au toucher vaginal la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [13]

Cervicite et érosions cervicales :

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{eme} trimestre de la grossesse [4].

Hématome décidual marginal :

Il provient d'une déchirure des veines utéroplacentaire marginales, et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

Rupture de vaisseau praevia ou syndrome de BENKISER :

Il s'agit d'un vaisseau fœtal qui saigne [5].

Rupture spontanée des varices :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [14].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [5].

Les causes indéterminées

LE TRAITEMENT :

Le traitement préventif :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont plus souvent imprévisibles. En effet de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur. Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risques tels qu'une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome rétro placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac...

Le traitement curatif :

Il doit être assuré par une équipe comprenant :

Un Obstétricien et son aide, un Anesthésiste-réanimateur et un Pédiatre néonatalogue.

Les buts :

- Arrêt de l'hémorragie.
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- Correction de l'éventuelle complication.

Les moyens :

Le traitement général : toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quel que soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [13]. De façon général et urgente, le protocole de prise en charge est identique quel que soit l'étiologie de l'hémorragie :

- Mise en place de deux voies veineuses de gros calibre
- Mise en place d'une sonde urinaire
- Oxygénation

- Bilan prénatal : s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe rhésus, NFS entre autres) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).

- Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire). Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible : les solutés cristalloïdes comme ringer lactate ou le sérum salé à 0.9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passe en milieu extravasculaire. Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemaccel sont administrées, le volume ne devrait pas excéder

1000 à 1500 CC en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique. Si la patiente a été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatible peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite.

L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/mn.

Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang mais peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif.

- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.
- prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

Le traitement obstétrical : Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

Le placenta prævia : Il y'a 3 modalités thérapeutiques :

- La césarienne - L'expectative
- La rupture des membranes.

Un certain nombre de facteur doit être pris en considération avant toute décision:

- Le volume du saignement
- L'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire. -

L'état foetal. En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion. Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée. Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie « une femme qui perd de l'eau ne perd plus de sang »

Disait-on déjà au XVIIIème siècle, en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse ; dans le cas contraire la césarienne s'impose. En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale est demandée. Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34èmeS.A si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée. Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA. L'attitude thérapeutique est l'expectative :

- Toc lyse par voie intraveineuse en présence des contractions utérines.

Rappelons que les bêtas mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur.

- transfusion sanguine dans le but de maintenir

L'hématocrite > 30%

- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif

- Repos strict au lit jusqu'à 3 jours après l'arrêt du saignement.

Après la

34ème S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit le risque de prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus. L'expectative jusqu'à 37- 38 S.A imposera

75% de césarienne en urgence.

Hématome rétro placentaire : Trois (3) facteurs doivent entrer en ligne de compte :

- L'état cardio-vasculaire de la mère

- La vitalité du fœtus

- La maturité fœtale. Devant un hématome rétro placentaire modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative il faut au contraire agir vite et efficacement. La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit de fœtus vivant et viable avec accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère généralement au prix d'une hystérectomie. L'accouchement par voie basse peut être envisagé si l'hématome est modéré. S'il n'y a pas de risque de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocique. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré ; le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines. Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près.

Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome. [15]

La Rupture utérine : Le traitement de la rupture utérine est chirurgical : il s'agit de la laparotomie pour hystérorraphie ou hystérectomie et le traitement des lésions associées.

LA SURVEILLANCE :

Elle est clinique et échographique et est fonction du diagnostic.

La surveillance clinique : Elle comporte : L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la contraction utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur foetal (BCF), les mouvements actifs foetaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement et la diurèse. La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement les suites de couches doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anti coagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [5].

La Surveillance échographique : L'échographie renseigne sur la

Vitalité et l'âge gestationnel Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34-35 S.A [16].

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

Evolution et complication :

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, l'accouchement se passant normalement. Cependant en cas d'absence ou de traitement non convenable, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

- Le choc hypovolémique : particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, peut entraîner une nécrose des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN ou hypopituitarisme du post-partum décrit en 1937 par SHEEHAN.

- Les troubles de la coagulation : ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'en suit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination.

L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène.

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

- Les syndromes rénaux : --« le rein de choc » : les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, disparaissant après un traitement bien conduit.

--« la nécrose corticale du rein » : elle survient dans les suites de couches et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

LE PRONOSTIC :

Le pronostic maternel :

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée de membranes, les hémorragies, et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, péritonites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase

ne sont pas exceptionnelles, avec la tradition arrêt de la procréation et toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

Le Pronostic Fœtal :

En général il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

METHODOOGIE

IV- METHODOLOGIE

1- 1-Cadre de l'étude

L'étude se déroulera à la maternité du centre de santé de référence de la commune v du District de Bamako

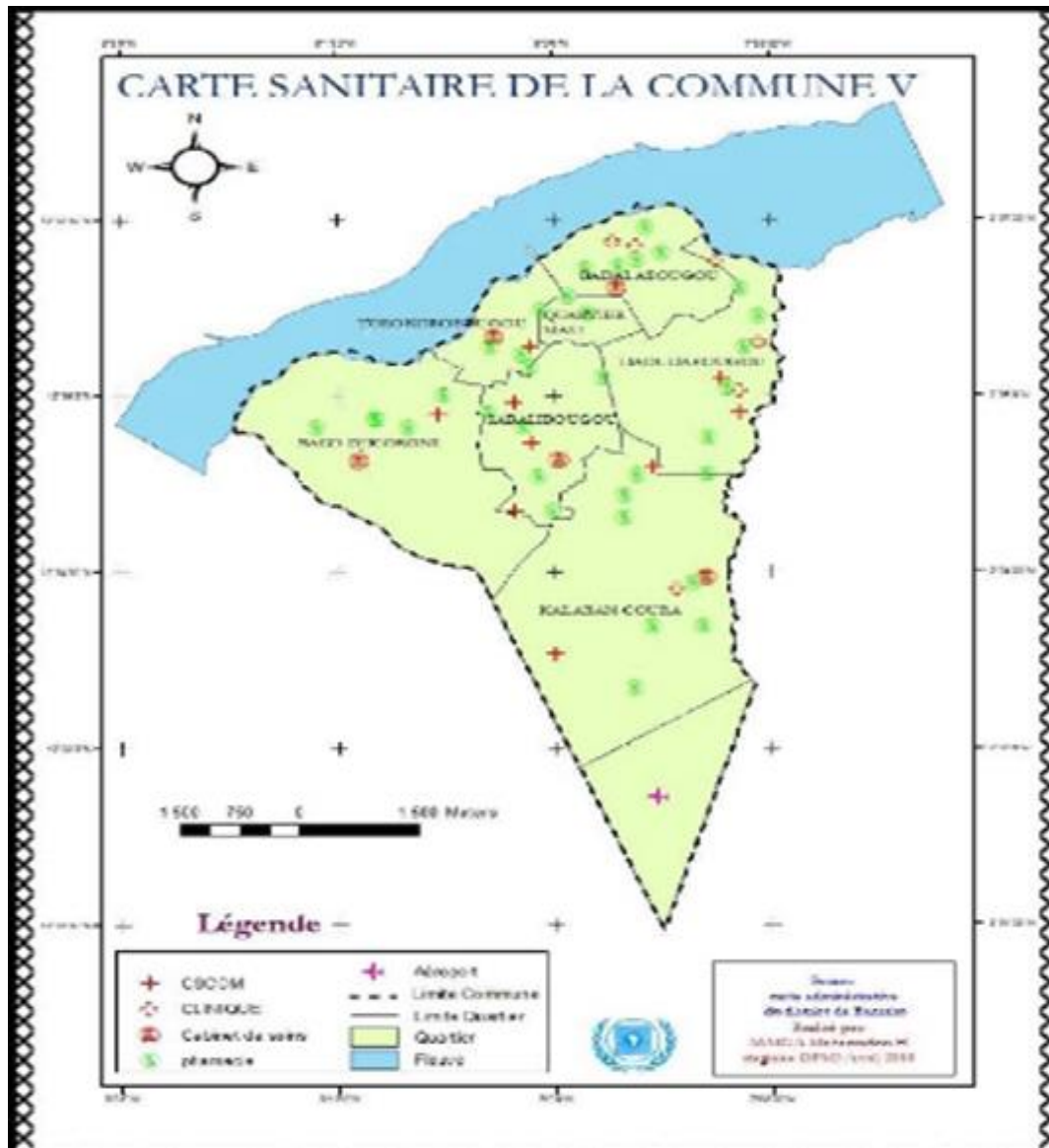
Le Centre de santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSC om). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré. A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès ce qui a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V, partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la

promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.



Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique. Le fonctionnement du centre santé de référence de la commune V est animé par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.

Organisation structurale de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

La maternité du CS Réf CV est composée de :

- Une unité de consultation prénatale des grossesses à risque (gynécologues-obstétriciens).
- Une unité de consultation prénatale (sage-femmes).
- Une unité de planning familial (PF)
- Une salle d'accouchement contenant cinq (5) tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches
- Une unité d'hospitalisation des post opérées
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération : une salle des urgences, et une salle aseptique pour les interventions programmées
- Une salle de réveil des opérées
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat à l'unité de suites de couches.

La maternité du Centre de santé de Référence de la Commune V à comme personnel :

- Un Chef du service
- Un professeur (Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique)
- Des étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique qui passent par groupe pour leur stage pratique
- Quarante faisant fonction d'internes en médecine
- Cinquante-Trois sage-femmes
- Vingt infirmières obstétriciennes
- Un pharmacien
- Un médecin en anesthésie réanimation
- Cinq techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Deux lingères
- Cinq aides de bloc
- Quinze manœuvres
- Treize agents d'hygiène
- Cinq chauffeurs

1-2-Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont assurées par les gynécologues pour grossesses à risque et les sage-femmes tous les jours ouvrables. L'équipe de garde dispose :

- D'une salle d'accouchement avec quatre lits.
- Un bloc opératoire pour les interventions programmées et les urgences obstétricales ;
- Un laboratoire ;
- Un dépôt de sang ;
- Une pharmacie.

Les gynécologues assurent la consultation externe du lundi au vendredi.

Deux ambulances assurent la liaison entre le Centre de santé de Référence de la Commune V et les 12 CSCOM et PMI de Badalabougou, les CHU Gabriel Touré ; Point G, le CNTS les cabinets médicaux et les cliniques médicales.

- Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.
- La visite des hospitalisées est assurée tous les jours.

2-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V sur la période allant du 1^{er} Octobre 2022 au 30 Septembre 2023 ; soit une période de (12 mois).

4-Population d'étude :

Il s'agissait de femmes enceintes admises au Centre de Santé de Référence de la Commune V durant la période d'étude.

5-Echantillonnage :

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

5-1-Critères d'inclusion :

Toute femme enceinte présentant une hémorragie provenant de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée admise dans le service pendant la période d'étude et sa prise en charge.

5-2-Critères d'exclusion

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Toute femme admise avant ou après la période d'étude.
- Toute femme présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse ne provenant pas de la cavité utérine.

6-Variables étudiés (qualitatives et quantitatives) :

Les variables qualitatives sont : le sexe ; la résidence ; la profession ; les étiologies ; les signes cliniques ; les résultats des examens complémentaires ; le traitement ; l'évolution et les complications le statut matrimonial, les

antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, le mode d'évacuation, le diagnostic retenu et mode thérapeutique, le pronostic maternel et fœtal.

Les variables quantitatives sont : l'âge, le score d'APGAR du nouveau-né, la CPN, la parité, la gestité,

7-Supports des données

Les supports des données ont été :

- Le registre d'accouchement ;
- Le registre de compte rendu opératoire ;
- La fiche d'enquête ;
- Les dossiers obstétricaux.

8-Technique et collecte de données

La technique de collecte était basée sur les données de la fiche d'enquête (voir ANNEXE) remplie à partir de l'interrogatoire, des informations recueillies sur les supports cités ci-dessus.

9-Traitement et Analyse des données :

Les logiciels Microsoft Word 2016, Excel et SPSS version 26, ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

10-Considérations éthiques

Le consentement verbal des patientes a été demandé et obtenu avant que le questionnaire ne leur soit administré. Elles ont été informées de l'importance de l'étude : les données à caractère confidentielles n'ont pas été prises en compte.

11-Les définitions opérationnelles

- **Primigeste** : première grossesse
- **Pauci geste** : entre deuxième et troisième grossesse
- **Multi geste** : entre quatrième et cinquième grossesse
- **Grande multi geste** : à partir de sixième grossesse et plus
- **Nullipare** : aucun accouchement
- **Primipare** : un accouchement
- **Pauci pare** : entre deuxième et troisième accouchement

- **Multipare** : entre quatrième et cinquième accouchement
- **Grande multipare** : à partir de sixième accouchement et plus
- **Mauvais état général** : est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et ou une pression artérielle inférieure ou égale à 80/40 mm Hg, taux d'hémoglobine ≤ 7 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.
- **Etat général passable** : pression artérielle entre 90/50 mm Hg et 100/60 mm Hg, taux d'hémoglobine variant de 7 à 9 g/dl avec obnubilation, le score de Glasgow variant de 9 à 12.
- **Etat général bon** : pression artérielle $\geq 100/70$, taux d'hémoglobine ≥ 10 g/dl, bonne conscience score de Glasgow variant de 13 à 15.
- **Le coma** : se définit comme la suppression de la vigilance et de la conscience.
- **Obnubilation** : état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.
- **Anémie sévère** : le taux d'hémoglobine < 7 g/dl.
- **Anémie modérée** : le taux d'hémoglobine entre 7 à 9 g/dl.
- **Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- **Référence** : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée en absence d'urgence.
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même sans être passée par une autre structure sanitaire ni par un agent de santé.
- **Souffrance fœtale aiguë (SFA)** : définit par les altérations des bruits du cœur fœtal (bradycardie et tachycardie) isolé ou associé à un liquide amniotique méconiale avec un score d'Apgar $< 7/10$ à la première minute de la vie extra-utérine.
- **Hypertension Artérielle (HTA)** : lorsque la pression systolique est ≥ 140 mm Hg et ou diastolique ≥ 90 mm Hg à deux prises successives séparés par un intervalle de 15 minutes.

- **Rupture prématurée des membranes (RPM) :** ouverture de l'œuf avant tout début du travail d'accouchement.
- **Rupture précoce des membranes :** ouverture de l'œuf survenant au cours du travail d'accouchement mais avant la dilatation complète.
- **Hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) :** toute perte sanguine survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement entraînant une instabilité hémodynamique.

RESULTATS

Bibliographie

Aucune source spécifiée dans le document actif.

V- RESULTATS

1- Fréquence

Nous avons étudié les dossiers de 126 parturientes ayant présenté une hémorragie du troisième trimestre de grossesse sur 9828 accouchements, durant la période allant du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023. La fréquence globale était 1,28% de l'ensemble des accouchements.

Cette fréquence est sous-estimée due a :

- Un problème d'archivage.
- Les dossiers sont souvent incomplets

2- Caractéristiques socio démographiques :

2-1-L'âge maternel

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

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
14-19 ans	14	11,1
20-34 ans	72	57,1
35-45 ans	38	31,8
Total	126	100,0

La tranche d'âge de 20 à 34 ans a été la plus représentée avec 57,1% des cas. L'âge moyen des patientes étaient de 28,86 +/- 6,41 ans avec des extrêmes allant de 14 à 45 ans.

2-2-La profession

2-2-1 La profession de la patiente

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	91	72,2
Commerçante	16	12,7
Elève/Étudiant	8	6,3
Enseignante	3	2,4
Autres*	8	6,4
Total	126	100,0

* : Sociologue (2), Agroéconomie (2), Monitrice (2), Standardiste (2)

Les ménagères ont représenté 72,2% des professions de notre étude.

2-2-2 La profession du conjoint

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Commerçant	71	56,4
Chauffeur	15	11,9
Ouvrier	4	3,1
Fonctionnaire	26	20,7
Enseignant	10	7,9
Total	126	100,0

Dans 56,4% des cas, les conjoint des patientes ont été des commerçants

2-3-L'état civil

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	124	98,41
Célibataire	2	1,59
Total	126	100,0

Les mariées ont été représenté dans 98,41% des cas.

2-4 le mode d'admission

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Evacuée	23	18,3
Venue d'elle-même	96	76,2
Référée	7	5,6
Total	126	100,0

Le mode d'admission prédominante a été la venue des patientes d'elle-même dans 76,2%.

2-5 le moyen de transport

Tableau VI : Répartition des patientes selon le moyen de transport

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage (%)
Ambulance	21	16,7

Taxi	74	63,5
Véhicule personnel	25	19,8
Total	126	100,0

63,5% des patientes ont été transporté en taxi.

2-6 les antécédents

2-6-1 les antécédents médicaux

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédent médicaux	Effectif (N=17)	Pourcentage (%)
HTA	12	70,6
Diabète	1	5,9
Drépanocytose	4	23,6

Parmi les 13,5% (17/126) patientes présentant des antécédents médicaux, l'HTA a été l'antécédent prédominant dans 70,6% des cas.

2-6-2 les antécédents obstétricaux

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédent obstétricaux	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Placenta prævia (PP)	1	2,4
Hématome retro- placentaire (HRP)	4	9,5
Rupture utérine (RU)	2	4,8
Avortement	36	85,7
Total	43	100,0

Parmi les 34,1% (43/126) patientes présentant des antécédents obstétricaux, l'avortement a été l'antécédent prédominant dans 85,7% des cas.

2-7 la Gestité

Tableau IX : Répartition des patientes selon la Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage (%)
Primigeste	15	11,9
Paucigeste	31	24,6
Multigeste	57	43,7
Grande multigeste	22	17,5
Total	126	100,0

Les multigestes ont été représenté à 43,7%

2-8 la parité

Tableau X : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Primipare	20	15,9
Paucipare	44	34,9
Multipare	38	30,2
Grande multipare	8	6,3
Non précisé	16	12,7
Total	126	100,0

Les paucipares ont été représenté à 43,7%

2-9 l'âge de la grossesse

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
28 – 34	36	19,0
34 - 37	34	36,5
>37	41	43,7
Non précise	15	3,2
Total	126	100,0

Près de 43,7% des patientes ont eu un âge de grossesse supérieur à 37SA.

2-10 le nombre de CPN

Tableau XII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage (%)
0	12	4,8
1-3	97	77,0
4 et plus	17	13,5
Total	126	100,0

Environ 77,0% des patientes ont eu faire entre 1 à 3 CPN

2-11 les évènements survenus lors de la grossesse

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les évènements survenus lors de la grossesse

Evènements survenus	Effectif (n=113)	Pourcentage (%)
HTA gravidique	9	11,5
Diabète	1	1,3

Cedème	5	6,4
Notion de paludisme	1	1,3
Saignement Spontané	36	46,2
Présence de douleur	8	10,3
Menace d'accouchement prématuré	5	6,4
Protéinurie	36	46,2
Saignements antérieurs	12	15,4
Total	113	100,0

Le saignement spontané et la protéinurie ont été les évènements survenus majoritairement lors de la grossesse dans 46,2% des cas respectivement.

2-12 le motif d'hospitalisation

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

Motif	Effectif	Pourcentage (%)
Menace d'accouchement prématuré dans contexte infection urinaire et paludisme	1	7,7
Mort fœtale in utéro	1	7,7
Placenta prævia central	1	7,7
Placenta prævia hémorragique	1	7,7
Rupture prématurée des membranes sur Grossesse sur utérus bicatriel	1	7,7

**LES HEMORRAGIES DU 3EME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Saignement aux 3e trimestre		1	7,7
Saignement sur Grossesse		5	38,5
Saignement sur Grossesse 34 SA+4jour		1	7,7
Saignement sur Grossesse au 2e trimestre		1	7,7
Total		13	100,0

Dans 38,5% des cas, le saignement sur grossesse a été le motif.

2-13 l'état général

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'état général

État général	Effectif	Pourcentage (%)
Bon	117	92,40
Mauvais	9	7,14
Total	126	100,0

L'état général a été bon dans 93% des cas.

2-14 les contractions utérines

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les contractions utérines

Contractions utérines	Effectif	Pourcentage (%)
Absents	32	25,40
Présents	94	74,60
Total	127	100,0

Les contractions utérines ont été présentés dans 74,60% des cas.

2-15 la présentation

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage (%)
Céphalique	111	87,4
Siège	5	3,94
Transversale	1	0,79
Non précisé	10	7,87
Total	127	100,0

La majorité des présentations a été céphalique dans 87,4% des cas.

2-16 les bruits du cœur fœtal

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal

Bruits du cœur fœtal	Effectif	Pourcentage (%)
Absents	43	33,86
Présents	84	66,14
Total	127	100,0

Les BCF ont été présentés dans 66,14% des cas.

2-17 les examens complémentaires

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les examens complémentaires

Examens	Effectif (n=122)	Pourcentage (%)
Taux d'Hémoglobine	73	59,84
Groupe Rhésus	43	35,24
Echographie	6	4,92
Obstétricale		
Total	122	100

Le taux d'hémoglobine a été l'examen le plus demandé à l'arrivé

2-18 la transfusion

Tableau XX : Répartition des patientes selon la transfusion la transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage (%)
Reçue	76	60,32
Non reçue	50	39,68
Total	126	100,0

Dans 60,32% soit 76 cas les patientes ont été transfusé

2-19 le mode d'accouchement

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	121	96,0
Voie basse	5	4,0
Total	126	100,0

Dans (96%) soit 121 cas des parturientes ont été accouché par césarienne

2-20 le diagnostic retenu après accouchement

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu après accouchement

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage (%)
Hématome retro placentaire	60	47,62
Placenta prævia	45	35,71
Rupture utérine	21	16,67
Total	126	100,0

L'HRP a été le diagnostic retenu dans 47,62% des cas.

2-21 la décision thérapeutique

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la décision thérapeutique

Décision thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	100	79,36
Hystérogaphie	14	11,11
Hystérectomie d'hémostase	12	9,52
Total	126	100,0

La césarienne a été la décision thérapeutique appliquée dans 79,36% des cas.

2-22 le pronostic foetal

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le pronostic foetal

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage (%)
Mort foetal in utero	1	0,79
Mort-né frais	43	33,86
Mort-né macéré	2	1,57
Nouveau-né vivant	81	63,78
Total	127	100,0

Dans 63,78% des cas le Nouveau-né était vivant.

2-23 la réanimation

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon la réanimation

Nouveau-nés	Effectif	Pourcentage (%)
Réanimé	28	22,05
Non réanimé	99	77,95
Total	127	100,0

Dans 22,05% soit 28 cas, le nouveau-né a été réanimé

2-23 la malformation

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon la malformation

Nouveau-nés	Effectif	Pourcentage (%)
Malformé	1	0,79
Non malformé	126	99,21
Total	127	100,0

Dans 0,79% soit 1 cas, le nouveau-né avait une malformation

2-24 le score d'Apgar

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Score d'APGAR	Effectif 1 1ere minute	Effectif 2 5eme minute	Pourcentage 1 (%)	Pourcentage 2 (%)
0/10	46	46	36,22	36,22
4/10 – 7/10	30	5	23,62	3,94
8/10 – 9/10	51	75	40,16	59,05
Total	127	127	100,0	100,0

Dans 27,8% des cas, les nouveau-nés ont eu un score Apgar a 9/10 a la 1ere minute.

Dans 50,8% des cas, les nouveau-nés ont eu un score Apgar a 10/10 a la 5ere minute.

2-25 le poids

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Poids (en gr)	Effectif	Pourcentage (%)
1000-2000	35	27,8
2000-3000	60	47,6
3000-4000	30	23,8
4600	1	0,8
Total	126	100,0

Le poids moyen de enfants a été de 2607,14 +/- 1811,87 g. dans 47,6% des cas, le poids était compris entre 2000-3000 g. Le poids du plus gros fœtus était de 4600 g.

2-26 L'évacuation en pédiatrie

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon l'évacuation en pédiatrie

Nouveau-nés	Effectif	Pourcentage (%)
Evacués	46	36,22
Non évacués	81	63,78
Total	127	100,0

36,22% soit 46 cas le nouveau-né a été évacué en pédiatrie

2-27 le pronostic maternel

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	124	98,41
Décédé	2	1,59
Total	126	100,0

Deux des patientes furent décédées en post partum

2-28 les complications

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les complications

Complications	Effectif (n=96)	Pourcentage (%)
Hystérectomie	11	11,46
Anémie	76	79,17
Endométrite	3	3,12
Suppuration pariétale	4	4,17
Insuffisance rénale	2	2,08
Total	96	100,0

DISCUSSION

VI- DISCUSSION

A- Fréquence :

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Sante de Référence de la commune V 9828 accouchement dont 126 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 1,28%.

Cette fréquence est respectivement supérieure à celle de Lahmar R [17] qui était de 0,88%, celle d'Adnaoui F [18] en Tunisie qui était 0,85% et à celle de KONE N au CSREF CV [19] qui était 1,37%. Elle est cependant inférieure à celle de Sanogo S.D [20] qui était de 6,33%.

Elle pourrait s'expliquer par le fait que le CSRéf de la commune V reçoit en grande partie les populations de la commune V et ses aires sanitaires alors que l'étude de Sanogo S. D [5] a été réalisée à l'HOPITAL SOMINE DOLO de Mopti qui reçoit les évacuations de tous les CSRéf et d'autres structures de santé. ? de la région.

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

B- Caractéristiques sociodémographiques :

• L'âge :

Dans notre étude l'âge maternel était compris entre 14 et 45 ans. La tranche d'âge la plus touchée était de 21 - 31 ans soit 57,1%. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale est accrue. Notre résultat est inférieur à celui de Koné N [19] et de Sanogo S.D[5] qui ont trouvé respectivement 71% et 73,4%.

La fréquence dans cette tranche d'âge peut s'expliquer par le fait que c'est pendant cette période que la plupart des femmes de notre communauté deviennent multigestes si non grande multigestes.

•**Les antécédents obstétricaux :**

Parmi les 49,21% (62/126) patientes présentant des antécédents obstétricaux, l'AMIU a été l'antécédent prédominant dans 58,9% des cas suivi de la césarienne dans 51,8%. Notre résultat est supérieur à ceux de Sanogo. S D [5], Lahmar R [17] et Fané. M [22] de Diop B [21] qui ont rapporté des antécédents de césarienne respectivement dans 10,6% ; 14,28% ; 16,2% et 3,8%.

•**Gestité**

Les multigestes représentaient 43,7% des cas de notre échantillon. La multigestité a été citée comme facteur de risque de l'HRP, du PP et de la RU par plusieurs auteurs. Coulibaly. F [20] trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes. L'étude de Coulibaly F a été réalisée à l'hôpital du Point G qui est une des structures recevant spécifiquement les cas évacués de tout le District de Bamako et même d'ailleurs, alors que le CSRéf de la commune V reçoit en grande partie les populations de la commune V et ses aires sanitaires.

•**Parité**

Les paucipares ont été représenté à 35%, suivi des multipares avec 30,2%. Ce taux est inférieur à ceux de Sanogo.S D [5] ; de Lahmar R [17] mais inférieur à celui de Koné N [19] qui ont respectivement rapporté 52% ; 42,31% et 62%.

Boog. G [23] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

C- Les aspects cliniques :

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3ème trimestre est difficile en périphérie. La fréquence des évacuations dans notre série est 23 cas soit 18,8%. Aucune consultation prénatale chez 4,8% de nos parturientes.

On notait 7% de nos patientes avaient un mauvais état général, ce résultat pourrait s'expliquer d'une part, par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part, par des évacuations tardives, et toute situation aggravant le pronostic vital.

•**Age gestationnel :**

L'âge gestationnel au moment de la survenue de l'hémorragie est important du point de vue pronostic materno-fœtal.

Les parturientes qui avaient saigné entre 37 et 41 SA représentaient 48,3% des cas ; ceci s'explique par le fait que certaines de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines à la fin de la grossesse.

Dans la série de Coulibaly F [22] : 3,45% des cas ont saigné au deuxième trimestre, il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

•**Antécédent de saignement antérieur :**

Les parturientes qui avaient déjà présenté un épisode de saignement soit au 2ème ou 3ème trimestre de leur grossesse représentaient 9,5% des cas ; ce taux est légèrement supérieur à celui de Sepou. A [24] qui était de 20,5%.

Le pronostic périnatal dépend :

- De la précocité des 1ères hémorragies.
- Des récurrences hémorragiques.
- De l'abondance du saignement.
- De la prise en charge précoce et efficace de la mère et du nouveau-né.

•**Signes physiques :**

L'examen physique a permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic. Le saignement spontané et la protéinurie ont été les événements survenus majoritairement lors de la grossesse dans 46,2% des cas respectivement.

Ce résultat est pratiquement le même que celui obtenu par Pierre C [23] qui était 100% des cas aussi. Il est supérieur à celui obtenu par Coulibaly F. [22] qui était 91,9% des cas.

D- Facteurs étiologiques :

•L'hématome Retro placentaire :

(HRP) Dans notre étude, il occupe la première cause des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse avec 47,62% des cas.

Ce taux est nettement supérieur à ceux obtenus par Barbotx.J [25] et Lansac. J [26] qui était respectivement de 15 à 16% et 7.4% des cas. Cette différence entre les résultats de nos études pourrait s'expliquer en partie par la pratique de la prévention précoce de cette pathologie dans les pays développés.

•Le placenta prævia :

Il constitue avec l'HRP l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. Avec 45 cas soit 35,71%, il occupe la deuxième cause des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse dans notre série. Ce taux est supérieur à ceux de Barbotx J [25] et Lansac. J [26] qui ont trouvé respectivement 24%et 3,7% ; cette différence pourrait s'expliquer en partie par la multiplicité des facteurs de risque de PP ; par contre notre fréquence est inférieure à ceux de Diakité R [4] et Pierre C [24] qui incriminent le P.P dans respectivement 57,3% et 55,19% des cas.

•La rupture utérine :

Occupe la 3ème place dans notre série avec 21 cas, soit 16,67%. Cette fréquence est nettement supérieure à la fréquence de 0,7% de Boog G [23]. Cette différence s'explique par le fait que la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante.

E-Attitude thérapeutique :

•Mode d'accouchement :

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre. Face à cette urgence obstétricale, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel et /ou fœtal.

La césarienne a été le mode d'accouchement pratiquée chez 96% patientes.

La césarienne a été la principale indication thérapeutique face aux étiologies de ces hémorragies (48,8%). Boog.G [21] indique dans le traitement du placenta prævia 25,5% de césariennes. Coulibaly. F [20] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

F-Pronostic materno-fœtal :

•Pronostic maternel :

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité et à la durée de l'hémorragie ; ce pronostic est d'autant meilleur lorsque le diagnostic a été précoce, la prise en charge adéquat et rapide.

La mortalité maternelle demeure encore un problème préoccupant dans les pays en développement.

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravant [27]. Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que la mise en place du système de référence-évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la gratuité de la césarienne dans les CSRéf et Hôpitaux et le renforcement des centres de santé.

Nous avons enregistré 02 cas de décès maternel soit 1,59%.

Dans notre étude 96 de nos patientes ont développé des complications, elles sont dominées par l'anémie (79,17%).

•Pronostic fœtal :

Il demeure, malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine de la réanimation, de l'élevage des prématurés et l'extraction par césarienne, beaucoup plus sévère que le pronostic maternel.

Selon N'Diaye .M [28], l'HRP et le PP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in utero. Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort fœtale [29].

Dans notre étude, on a eu 1 cas de mort fœtal in utéro, 43 cas de mort-né frais et 2 cas de mort-né macéré. En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés de petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante.

L HRP et PP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude, les hémorragies du 3^{ème} trimestre représentent 1,28 % des femmes enceintes. Elles restent à travers ses complications l'une des pathologies les plus redoutables.

Ce pendant notre étude a permis de noter que :

Le saignement sur grossesse a été le motif prédominant ;

La césarienne a dominé le mode d'accouchement ;

L'hématome rétro placentaire a été le diagnostic retenu chez moins des patientes ;

Nous notons une forte proportion de décès dans la population des nouveaux nés

Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettrait d'améliorer ce pronostic.

RECOMMANDATIONS

Pour réduire la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre et améliorer le pronostic materno-fœtal, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités administratives et politiques :

- Sensibilisation et éducation des gestantes sur l'importance des CPN.
- Formation continue des personnels de santé qualifiés.

Aux prestataires :

- Effectuer des CPN de qualité (Accueil correct, examen gynéco obstétrical, réalisation du bilan prénatal, informer les femmes sur les risques), en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie afin de déceler certains facteurs de risque d'hémorragie.
- Référer ou évacuer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque d'hémorragie vers les centres spécialisés.
- Organiser les séances d'audits dans les services (décès maternel et périnatal).

Aux gestantes :

- Consulter très tôt dans un centre de santé dès la constatation d'un retard des règles.
- Respecter le calendrier de suivi prénatal
- Consulter immédiatement en cas d'hémorragie sur grossesse quelle que soit sa quantité.

A la population générale :

- Participer au don volontaire de sang organisé par la Banque de Sang.

REFERENCES

REFERENCES

- 1) **COULIBAL Y.** Les Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la Grossesse au Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro. Thèse, méd. Bamako 2021. 21M252.109
- 2) **World Health Organizations to 2020 :** <https://www.who.int/health>
- 3) **Trends in maternal mortality :1990 to 2013**, estimations de l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et la Division de la population de l'ONU.
- 4) **DIAKITE R.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 2002-2003 : p. N.71.
- 5) **SANOGO S. D.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti à propos de 94 cas. Thèse médecine ; Bamako, 2010-2011 : p 12-M-108.
- 6) **R FW and F WD.** Placenta prævia. AMER. Obsté. GYNECO. JUILLET 1960:P .80-10-16
- 7) **Dembélé I.** Etude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au CSREF de la commune V du district de Bamako à propos de 83 cas thèse de médecine ; Bamako, 2006 P. 70-79.
- 8) **Akpovi I., Guiadem FA., Permin RX., Alihonou E.** Les hémorragies du troisième trimestre et de l'accouchement au CNHU de Cotonou, Bénin Médical, 1998, N° 8, 76-79.
- 9) **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. PARIS ; Maloine, 1984 :P. 515P.
- 10) **Robert M. J. Levy, and J. Melchior.** Précis d'obstétrique. 6^é édition ; PARIS ; Milan ; Barcelone MASSON ,1995 P. 583P.
- 12) **Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985

13)N'Diaye. M. La mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'Hamdallaye : Les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.

14)Lansac J. Obstétrique pour le praticien. Deuxième édition SIMEP, 1990. 413 P. : P. N 7227 7226.

12) Foote (W. R) et Fraser (W. D) : Placenta prævia – Amer. Obstet – Gynéco ; Juillet 1960 ; 80 – 10 – 16

15)Lansac J., P Lecomte. Pour le praticien 4^{ème} édition ; PARIS. SIMEP, 1994.

16)Samaké Y. Approche epidemio- clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de médecine ; Bamako, 2002 : P.N.11.

17)Adnaoui F. Hémorragies du troisième trimestre. Thèse de doctorat en médecine, Monastir (Tunisie) 2007.

18)Koné N. Hémorragie de 3^e trimestre de la grossesse au centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. Thèse de doctorat en médecine Bamako 2016-2017

19) Fane M. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine ; Bamako, 2008-2009 : 09-M-399.pdf.

20)Diop B.D. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et du travail d'accouchement au C.H.UA le DANTEC ; Thèse de médecine ;2005 ; THM 45369pdf.

21)Coulibaly F. Hématome rétro placentaire : Facteurs de risque, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2001.

22)Boog G. Placenta previa. Encycl. Med-Chir (Elsevier, PARIS), obstétrique, 5-069-A-10, 1996, 21P.

23)Sepou A, Nguembi E, Coll T. Les Hémorragies du 3^{eme} trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. AF. Noire ; SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185 189.

24)Karembery P.C. Les hémorragies du 3^{éme} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse médecine ; Bamako, 2006-2007 : 08M186.pdf.

25)BarbotxJ, Bardiaux M, Crimail P, Deuil J, Dubuisson J, SantarelliJ.Santé -Médecine -biologie humaine. Gynécologie - Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique 11(1986-1987).

26)Mortalité Maternelle. Les sage-femmes se mobilisent/confédération internationale des sage-femmes LONDON : CISF, 1990 - 66p - 7617.

27)Koné M et Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). Obstétrique, 5-080-A1 0-1995, 7p.

28)N'Diaye M. La mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'Hamdallaye : Les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en Charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.

29)Diakité A.Z. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 2000-M-75.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dossier N° : Date :

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

NomPrénom

AgeProfession.....

Statut Matrimonial : Marié....., Célibataire.....

Poids..... Taille,

IMC.....

Nom et Profession du Mari

II-MOTIF DE LA CONSULTATION

.....

Date d'entrée

Référée : Oui // Non //, ou évacuée Oui // Non

Si oui par qui : Centre de Santé (à préciser)

Personnalité

Distance parcourue (Km)

Moyen de transports : taxi Ambulance Véhicule Autres

Transport médicalisé : Oui // Non //

III - LES ANTECEDENTS :

MEDICAUX

HTA : Oui // Non // Diabète : Oui // Non //

Néphropathie : Oui // Non //, Drépanocytose : Oui // Non

Autres (à préciser)

CHIRURGICAUX

Césarienne : Oui // Non //

Si oui 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} Itérative

Hysterorraphie Curetage Myomectomie

AMIU Hernie Appendicectomie Occlusion

GYNECOLOGIQUES :

Ménarche.....Caractère du Cycle : Régulier // Irrégulier //

Durée des règles Dysménorrhée Leucorrhée Prurit

Myomectomie Hystérectomie Chirurgie Tubaire

Obstétricaux

Gestité Parité Gémellité : Oui // Non //

Nombre de Césarienne

Accouchement instrumenté : Oui // Non //

Si oui : Forceps // Ventouse //

Autres

PP : Oui // Non // HRP : Oui Non

RU : Oui // Non //

Avortement : Précoce // Tardif //

Si prise en charge : AMIU : Oui // Non //, ou Misoprostole : Oui // Non /

VI – Grossesse Actuelle :

Age de la grossesse (SA)..... Nombre de CPN

Evènements survenus au cours de la grossesse

HTA : Oui // Non // Œdème : Oui // Non //

Diabète : Oui // Non // Protéinurie : Oui // Non //

Notion de paludisme : Oui // Non //

Saignements antérieurs : Oui // Non //

Si Oui, préciser : 1^{er} trimestre // 2^{ème} trimestre // et L'état du placenta :

3^{ème} trimestre // ; 1^{er} et 2^{ème} trimestre // ; 1^{er} et 3^{ème} trimestre //

2^{ème} et 3^{ème} trimestre //.

Saignement Spontané // Saignement au contact //

Présence de douleur : Oui // Non //, MAP MA tardif

RPM : Oui // Non //

Evènement ayant nécessité une hospitalisation : Oui ou Non Si oui, Motif

.....

VII- EXAMEN DE LA PATIENTE A L'ADMISSION

Etat général : Bon // Mauvais // TA..... Choc

Conjonctives : Colorées // pâles //

Contractions utérines : Oui // Non //

Etat du Col.....

Dilatation du Col..... Phase de latence // Phase active // Phase
d'expulsion //

Etat du bassin : Normal // Limite // Rétréci //

Présentation : Céphalique // Transversale // Siège //

BDCF : Présents // Absents // Si Présents : Bradycardie // Normal //

Tachycardie //

VIII- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A l'arrivé : Groupe Rhésus : Oui // Non //

Taux d'Hémoglobine (Hbt) / Hématocrite (Hte) : Oui // Non //

Groupe Rhésus demandé : Oui // Non //

Hbt /Hte demandé : Oui // Non //

Echographie Obstétricale : Oui // Non //

Si oui, Terme de la grossesse (SA).....

Si Echographie demandé à l'admission : Placenta bien inséré :

Oui // Non //

Décollement : Oui // Non //

Autres

IX- MODE D'ACCOUCHEMENT :

VB Césarienne // Forceps // Ventouse //

Si VB : Durée de travail.....

Si Césarienne : Indication

Si Forceps : Indication

Si Ventouse : Indication

X- Diagnostic Retenu :

PP : Oui // Non //.

HRP : Oui // Non //.

RU : Oui // Non //.

Autres ;

XI- ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

Repos au lit : Oui // Non//

Césarienne : Oui // Non //

Hystérorraphie Oui // Non //.

Hystérectomie d'hémostase : Oui // Non//

Autres (à préciser)

XII- PRONOSTIC FOETAL :

Enfant vivant : Oui // Non //, Réanimé //, Non Réanimé //, Malformation//

Apgar : 1ère minute.....5èmeminute.....10èmeminute.....

Poids Taille..... Evacuer à la pédiatrie (J).....

Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie

Enfant mort in utero : Oui // Non// Frais // Macéré // Autres (à préciser)

.....

XIII- PRONOSTIC MATERNEL :

Vivant // Décédé//. Si décédé, précisé :

Pendant le travail //, Au cours de l'intervention //, Post partum//

Complication : Oui // Non//

Si oui, préciser le type de complication :

Obstétricale //, ou Anesthésiste //

Autres (à préciser)

Fiche signalétique :

Nom : DIALLO

Prénom : SINE BOUBOU

Tel : 96 36 80 08/ 82 96 94 01

Titre de la thèse : Les Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la Grossesse au Centre de santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

Année : 2022 – 2023

Ville : Bamako

Pays d'origine : Mali

Date de naissance : 31 / 12 / 1995

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et de la FAPH

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, santé publique

Résumé :

Les hémorragies du 3^e trimestre correspondent à un saignement extériorisé vaginal à partir de la 28^e semaine d'aménorrhée. Elle constitue un motif fréquent de consultations dans le service de Gynéco- obstétrique.

Notre travail qui a pour objectif d'étudier les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse au CSRef de la commune 5, a porté sur une étude transversale de 126 cas sur une période de 12 mois du 1^{er} octobre 2022 au 30 Septembre 2023. Durant cette période, 9828 accouchements ont été enregistré dont 126 cas d'hémorragies du 3^e trimestre soit une fréquence de 1,28%. Les principales causes des métrorragies du 3^e trimestre étaient l'hématome rétro placentaire (48,8%), placenta prævia (36%), rupture utérine (17,6%).

La décision thérapeutique appliquée était majoritairement la césarienne dans notre contexte.

Une prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire composées d'obstétricien, de réanimateur, de pédiatre permettrait d'améliorer le pronostic materno foetal

Mots clés : Hémorragies, Hématome rétro placentaire, Placenta prævia, Rupture utérine

Serment d'Hippocrate

En présence des Maître 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'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leurs 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 !