

Education Nationale

Université de Bamako

République du Mali

Un Peuple – Un But une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2012-2013

N°.....

THESE

LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI (JANVIER 2011-JUIN 2011)

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2013 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie par

Mr Ibrahima Bakaye CISSE
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(*DIPLOME D'ETAT*)

JURY :

Président :Pr Mamadou TRAORE

Membre :Dr TioukaniThera

Co-Directeur de thèse :Dr Pierre Makan COULIBALY

Directeur de thèse :Pr Issa Diarra

DEDICACE

Au non d'Allah le clément et le miséricordieux
Après avoir louer et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et
l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son
prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui)

Je dédie cette thèse à mes parents

A mon père Bakaye CISSE

Merci pour ton éducation. Tu as toujours été un exemple pour moi. Tes qualités humaines ont fait de toi un exemple pour moi. Tu m'as appris que le travail est l'essence de l'homme car dit on « c'est le travail qui anoblie l'homme ».

Merci pour ton soutien moral matériel et financier, qui ne m'a fait défaut au cours de mes études.

Que Dieu le tout puissant t'accorde longue vie. Amen !

A ma mère Malado CISSE

Tu as été d'un apport inestimable dans mon éducation. La sagesse, l'humilité, et la simplicité font de toi une mère exemplaire. Merci pour, toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu m'a inculquée ; car dit-on je cite :

« si la santé est le meilleur trésor, l'éducation est certainement le meilleur héritage ».

Tes bénédictions sont toujours d'un apport inestimable dans ma vie.

Que Dieu le tout puissant exhausse tes vœux les plus intimes.

REMERCIEMENTS

► **Aux familles Cissé à Niamakoro et à DjicoroniACI .**

Recevez mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour moi durant mes études

➤ **A mon grand – frère Amadou Cissé**

La rigueur scientifique, les soucis de justice sociale et le regard pour les plus faibles qui te caractérisent font de toi un homme exemplaire.

Ce travail est le tien car ton soutien moral, matériel et financier ne m'a jamais fait défaut au cours de ces études médicales.

Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes

➤ **A tous mes oncles et tantes**

Vos sages conseils et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut ;

Soyez en remerciées.

A mon ami HamidouGuindo

La rigueur scientifique, le sens élevé du travail bien fait et la persévérance dans l'effort qui te caractérise ont forcé notre admiration.

Tout en t'exprimant ma profonde gratitude et mon attachement indéfectible ; je formule des vœux sincères pour ton bonheur personnel et la réussite de toutes tes entreprises

➤ **Aux Gynécologues –obstétriciens de l’Hôpital Sominé Dolo de Mopti :**

Dr : KANE FAMAKAN, DIARRA ISSA, COULIBALY PIERRE, MARIKO SEYDOU

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour la qualité de l’enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l’élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises

➤ **Aux internes du service de gynécologie-obstétrique de l’Hôpital Sominé Dolo :**

Mr.abdourahamaneGuirou, Mr.Lassanalbringo

Merci pour la chaleur, la confiance, l’estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages internés.

Puisse le bon Dieu exhausser vos vœux les plus intimes.

➤ **Aux Sages-femmes de l’hôpital Sominé Dolo :**

Merci pour la disponibilité et la qualité de la collaboration, Je formule pour chacune de vous mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réalisation de vos projets les plus intimes,

➤ **Aux Médecins Généralistes :**

Dr Traore Mohamed, Dr Dembélé Boureima, Dr Sanogo Souleymane

Merci pour la disponibilité et la qualité de la collaboration,

➤ **A Tout le personnel de l’hôpital SOMINE DOLO**

HOMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Le Professeur Mamadou TRAORE

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique

Secrétaire général de la SAGO

Président de l'URFOSAME

Médecin- chef du centre de santé de référence de la commune V

Tout l'honneur nous revient de vous avoir comme président du jury. Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude reconnaissance cher maître.

A notre Maître et membre du Jury
Docteur THERA Augustin T.

- ❖ **Maitre assistant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie**
- ❖ **Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire du Point G.**

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Le Docteur Pierre M Coulibaly

Gynécologue obstétricien à l'hôpital Somine Dolo de Mopti

Cher maître

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des bons médecins.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

**A notre Maître et Directeur de thèse
Professeur ISSA DIARRA**

- ❖ **Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie,**
- ❖ **Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de kati,**
- ❖ **Ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali,**
- ❖ **Haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé.**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance

ABREVIATIONS

1-Accht : Accouchement

2-ATCD : Antécédent

3-BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

4-CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

5-Cm : Centimètre

6-CPN : Consultation Prénatale

7-DA : Délivrance Active

8-F : Fréquence

9-FRD : Facteurs de Risque D'hémorragies

10-GATPA : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement

11-HDD : Hémorragie De la Délivrance

12-HU : Hauteur uterine

13-IM : Intra Musculaire

14-IV : Intra Veineuse

15- ° C : Degré Celcuis

16- mn : Minute

17-SA : Semaine d'aménorrhée

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION

II – GENERALITES

1-Rappels anatomiques

2-Physiologie de la délivrance

3-Description des techniques de la délivrance

4-Facteurs de risques d'hémorragie

5-Complications de la délivrance

6-Traitement des complications

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion

2-Recommandations

VII- REFERENCES

VIII - ANNEXE

I-Introduction

L'accouchement se définit comme l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir de 28 semaines d'aménorrhée [1].

Il se divise en 3 périodes :

- Première période : l'effacement et la dilatation du col ;
- Deuxième période : l'expulsion du fœtus ;
- Troisième période : la délivrance, c'est le dernier temps de l'accouchement et comporte l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus.

Pendant cette période la femme perd une quantité moyenne de sang d'environ 300CC et est dite pertes physiologiques, lorsque la quantité de sang excède ou égale les 500 CC on parle d'hémorragie de la délivrance qui est une complication grave voire mortelle.

Selon les estimations de l'OMS il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragies liées à la grossesse et parmi ces femmes 128000 meurent suite à l'hémorragie. La plupart de ces décès surviennent dans les 4 heures suivant l'accouchement et sont causés par des problèmes lors du troisième période de l'accouchement .

Selon l'OMS 515000 femmes sont décédées en 1995 suites à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement [2].

Au Mali Diallo A.[3], Diallo B.[4] et Kéita S [5] ont trouvé respectivement un taux de décès maternel dû à l'hémorragie de la délivrance de 23% en 1989, 19% en 2000 et de 7,20% en 2003.

En République démocratique du Congo et au Nigeria ce taux est respectivement de 5% et de 1,62%.

Au Mali le taux d'hémorragie de la délivrance élevé est du fait de l'insuffisance et / ou de l'inexistence de couverture sanitaire dans certaines localités, du manque de personnel qualifié.

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : l'accident et les complications de la transfusion [6], le choc hémodynamique ; la coagulopathie aigue, l'insuffisance rénale, hépatique imposent de dépister et d'en apprécier la gravité, de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement.

La plupart des cas d'hémorragie de la délivrance se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement ; environ 70% des cas sont dus à l'atonie utérine [7].

Toutes les femmes courent le risque mortel de perte de sang au moment de l'accouchement ; les femmes atteintes d'anémie sont particulièrement vulnérables, étant donné qu'elles risquent de ne pas pouvoir tolérer même une perte minime de sang [8, 9]

L'attitude a été de prévenir les hémorragies de la délivrance ou d'en limiter les conséquences par la surveillance de la délivrance ou par l'utilisation d'une technique telle que la délivrance active, la prévention des complications de l'hémorragie en ayant le groupe sanguin de la patiente dans le but d'une transfusion rapide.

Malgré ces mesures préventives et thérapeutiques, les cas d'hémorragie ont continué à poser des problèmes préoccupants pour les obstétriciens. Cette situation préoccupante a motivé l'adoption d'une technique pour aller au-devant de ces risques à savoir la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA). Elle consiste à administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus.

- exercer une tension mesurée sur le cordon ;
- masser l'utérus.

Lors de la troisième période du travail les muscles de l'utérus se contractent .La quantité de sang perdue dépend de la rapidité avec laquelle se fait la délivrance.

La gestion active de la troisième période vise à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines avec les ocytociques et à prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Des essais qui ont été réalisés à travers le monde : au Bénin, en Irlande, en Arabie saoudite et en Angleterre avec des combinaisons d'ocytociques, ont conclu que la gestion active de troisième période du travail permet de lutter contre l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine [9,10].

A ce jour au Mali peu d'étude ont été faite sur la délivrance active d'où l'intérêt d'initier ce travail intitulé : délivrance active ou gestion active de la troisième période de l'accouchement dans un établissement publique hospitalier.

Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

Objectif général

Evaluation de la gestion active de la troisième période de l'accouchement à l'hôpital Somine Dolo de Mopti .

Objectifs spécifiques

- Estimer la quantité de sang perdue pendant la délivrance active
- Déterminer la durée de la délivrance
- Evaluer les besoins transfusionnels liées à la délivrance
- Déterminer le pronostic maternel

1 - RAPPEL ANATOMIQUE

L'utérus gravide est un muscle creux 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. Ce muscle subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide au troisième trimestre comprend trois parties : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité qui est le segment inférieur.

1-1 Le corps utérin

Il est ovoïde à grand axe longitudinal et à grosse extrémité supérieure. C'est l'organe moteur au cours de l'accouchement. D'abord pelvien, il se redresse et remonte refoulant les organes abdominaux. Il s'hypertrophie et augmente sa contenance pour répondre aux besoins de la grossesse.

Ses dimensions sont :

- la hauteur : 31-34 cm
- la largeur : 22 cm
- l'épaisseur : 4-10 mm
- le poids : 900 – 1200 g
- la Capacité : 4 à 5 l à terme [11]

Après l'accouchement, l'utérus se rétracte et devient plus épais : 2-3 cm d'épaisseur.

1-2Le segment inférieur

C'est une unité anatomique particulière à l'utérus gravide ; plus facile à reconnaître en fin de grossesse. Selon P. KAMINA, sa limite supérieure correspond à la zone de brusque changement d'épaisseur de la paroi utérine. Sa paroi est plus mince que le corps utérin. Il est amplifié par la présentation. Cette ampliation réalise la sacculisation de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes. Les différentes dimensions sont :

- la hauteur : 7-10 cm
- la largeur : 9-12 cm
- et l'épaisseur : 3-5 mm

1-3 Le col

Au cours de la grossesse, le col se ramollit, se porte en haut et en arrière. Il est cylindrique et mesure 2,5 cm de haut et de large. Pendant le travail, les contractions utérines entraînent un effacement et une dilatation, il se confond alors au segment inférieur pour constituer le canal utero- segmento- vaginal. Chez la primipare, l'effacement se fait avant la dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes se déroulent simultanément. [1].

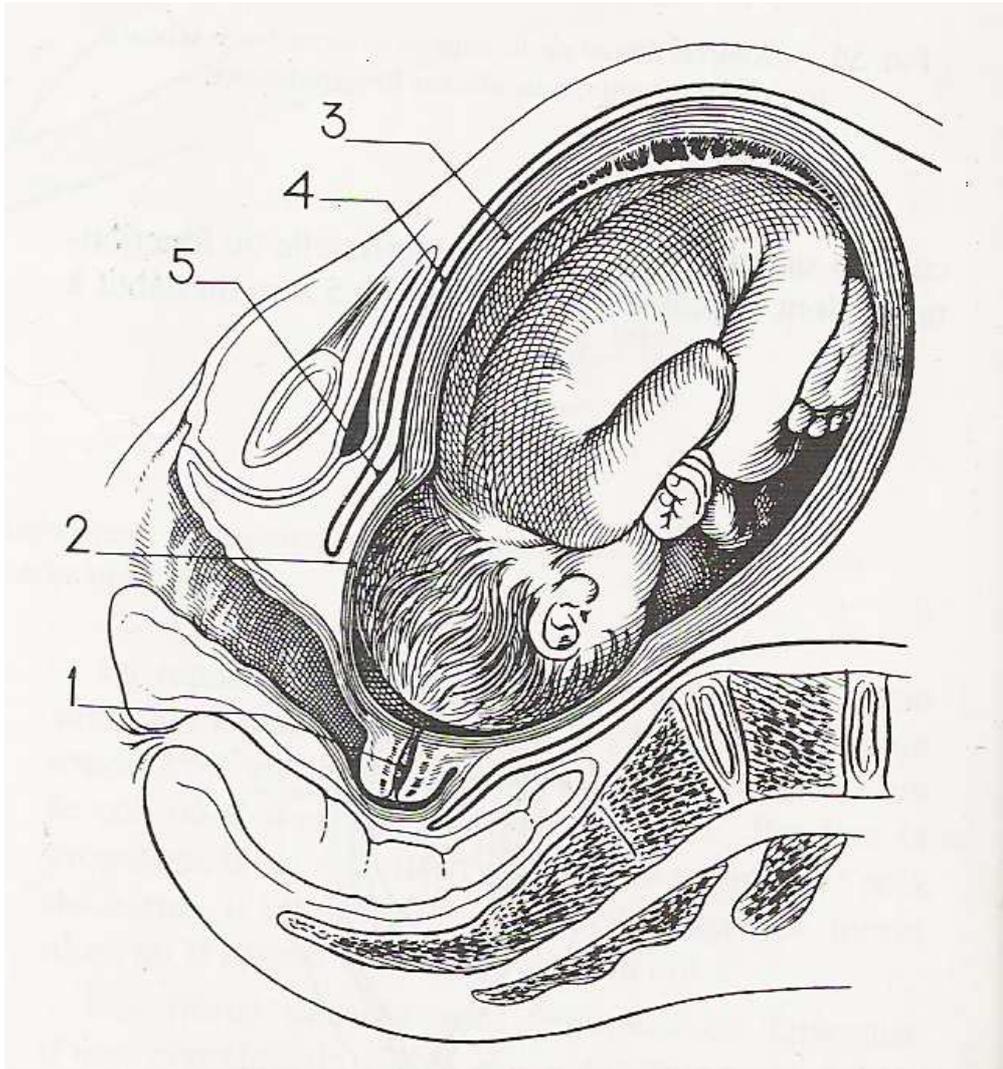


Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide[1].

1 : Le col ; 2 : Le segment inférieur ; 3 : le corps utérin ; 4 :le péritoine adhérent ;5 : le péritoine décollable.

1-4 Structure de l'utérus gravide

1-4-1 la séreuse s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin.

1-4-2 la musculuse est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans. Ceux-ci sont répartis en deux assises (externe et interne) qui forment la partie contractile de

l'organe, entre lesquelles existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées, la couche plexiforme. [1]

Celle-ci enserme de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive.

Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine.

1-4-3 La muqueuse se transforme en caduque ou déciduale qui s'individualise en trois couches qui sont :

- la basale ou inter utéro- placentaire, zone d'insertion placentaire
- l'ovulaire, recouvre l'œuf dans sa partie libre non adhérente
- la pariétale répond au reste de la face interne de l'utérus en dehors de la zone d'insertion placentaire.

Les deux derniers s'accolent en fin de grossesse.

1-5 La vascularisation :

Les artères sont des branches de l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique. Elles sont flexueuses anastomosées entre elles de chaque côté. Dans l'épaisseur du corps utérin, elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Les veines considérablement développées forment de gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporeales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme, soumises à la rétractilité des anneaux musculaires après délivrance.

Les lymphatiques nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux muqueux, musculaire et sous séreux qui communiquent entre eux.

Cette vascularisation assure le contact avec le placenta qui a un rôle d'échanges entre la mère et le fœtus.

Le flux sanguin est de 600ml pour les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus.

2PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE

C'est l'ensemble des phénomènes qui amènent à la vacuité utérine après la naissance du fœtus.

2-1 Les différentes étapes sont :

-le décollement placentaire

-l'expulsion du placenta

-l'hémostase

▪ Décollement placentaire : après l'expulsion du fœtus, l'utérus subit une rétraction passive épargnant la zone d'insertion placentaire. Ceci a pour effet de décoller les villosités des cotylédons qui s'amarrent encore à la caduque. C'est une phase de rémission clinique qui peut durer 10 à 15 minutes en moyenne.

▪ Expulsion du placenta : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin ; les membranes sont entraînées à leur tour. Il peut sortir par la face fœtale (mode BEAUDELOCQUE) ou par sa face maternelle (mode DUNCAN).

La quantité de sang perdu lors de cette phase est d'environ 300cc et est dite pertes physiologiques. Au-delà de 500cc on parle d'hémorragie de la délivrance.

▪ Hémostase : les vaisseaux sont étreints par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard qui réalise le globe de sécurité rassurant l'accoucheur.

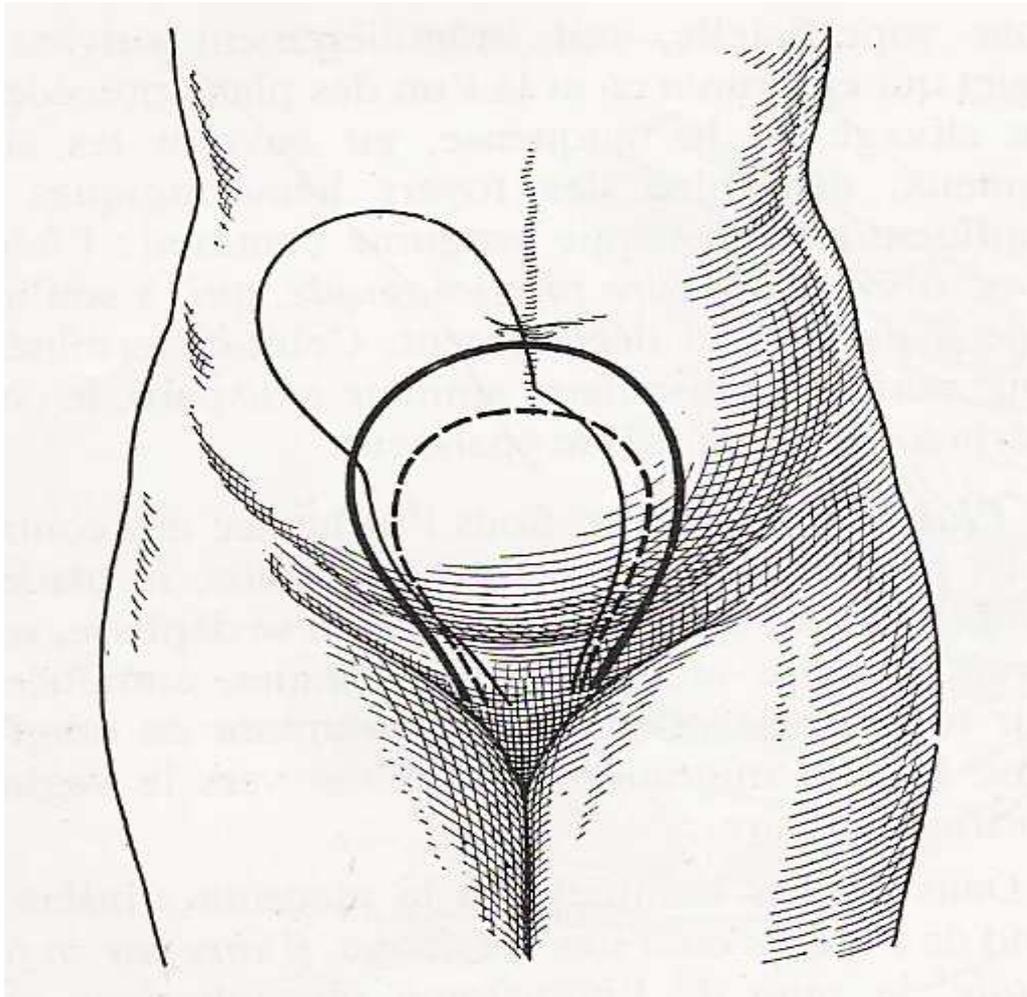


Figure 2 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance [1] :

- en trait gras : le placenta n'est pas décollé
- en trait plein délié : le placenta décollé est dans le segment
- en pointillé : globe de sécurité après évacuation du placenta

2-2Examen du placenta

Cet examen nécessaire renseigne sur l'intégrité du placenta et des membranes, et sur les anomalies possibles. Le placenta est débarrassé des caillots qui le recouvrent. On examine la face fœtale : l'insertion du cordon, puis on met une main dans les membranes qu'on déploie en écartant les doigts. Les membranes doivent être libres de tout vaisseau. La face maternelle est régulière, les cotylédons se juxtaposent sans solution de continuité. Une

dépression doit faire suspecter une rétention placentaire partielle et impose une révision utérine [1, 12]

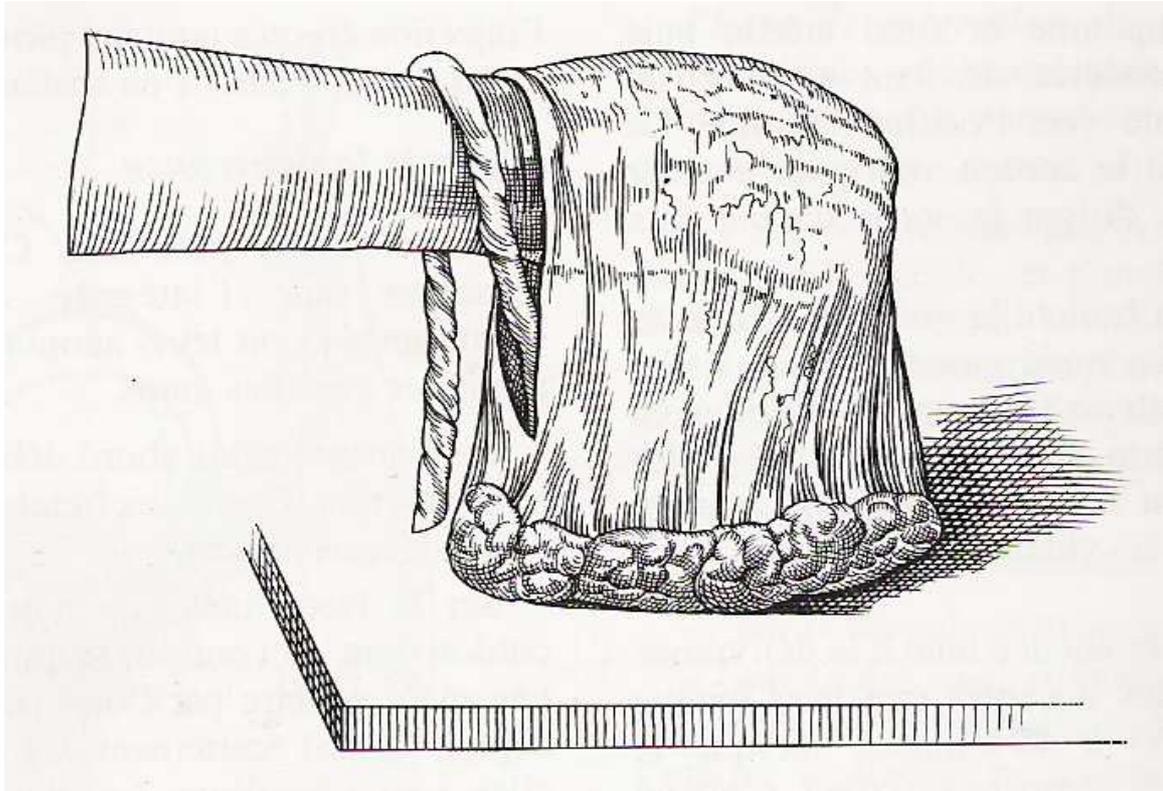


Figure 3 : Examen du placenta et des membranes [1]

3-DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE DELIVRANCE

3-1 la délivrance naturelle : les trois phénomènes se déroulent sans intervention extérieure :

- décollement placentaire
- expulsion du placenta
- hémostase

C'est l'expectative qui peut durer 45 mn

3-2 Délivrance dirigée : c'est l'injection d'ocytociques après la sortie de l'épaule dans les présentations de sommet qui vise à raccourcir la période de la délivrance dans le but de limiter les pertes sanguines.

Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10 unités dans 500cc de

sérum glucosé à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire [12]

3-3 La gestion active de la troisième période de l'accouchement : GATPA [12, 13,14]

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement permet une rapide délivrance du placenta, une 3^{ème} période plus courte, et diminue la perte de sang. Il réduirait donc les hémorragies du post- partum.

La prise en charge active de la 3^{ème} période de l'accouchement aide à prévenir une hémorragie du post-partum. Elle consiste à administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus.

- exercer une tension mesurée sur le cordon ;
- masser l'utérus

Les étapes sont :

3-3-1-L'administration d'Ocytociques : dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus, il faut palper l'abdomen de la femme pour écarter l'éventualité d'un autre fœtus et administrer des utérotoniques. Le choix a porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3minutes) n'a pas de contre-indication, que ses effets secondaires sont minimes et que son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'OMS [15]. Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine. Les autres utérotoniques (Ergométrine, Méthyl-ergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.

Tableau I : Comparatif des utérotoniques [10]

Ocytociques	Action	Délai	Durée
Ocytocine	Provoque la contraction de l'utérus	2,5mn (IM)	2-3 heure
Ergométrine	Provoque la contraction de l'utérus	6-7 mn (IM)	2-4 heure
Syntométrine	Provoque la contraction de l'utérus	Effets combinés de l'ocytocine et de l'ergométrine	
Misoprostol	Provoque la contraction de l'utérus	12- 15 mn (voie orale)	20 mn

Tableau II : Contre-indications des utérotoniques

Ocytocine	Aucune
Ergométrine	HTA, troubles cardiaques, drépanocytose, hémoglobinopathies
Syntométrine	Identique à l'ergométrine
Misoprostol	Asthme pour l'administration IV, allergies aux prostaglandines

Tableau III : Effets secondaires

Ocytocine	Pas d'effets secondaires
Ergométrine	HTA, vomissements, céphalées
Syntométrine	HTA, nausées, vomissements
Misoprostol	sédation, tremblements, convulsions, dyspnée, fièvre, palpitations, hypotension, bradycardie

3-3-2-La traction mesurée sur le cordon :

- Clamper le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince d'une main. Exercer une tension contrôlée sur le cordon.
- La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine.

Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

- Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exercer la tension et clamper plus près du périnée si nécessaire.
- Renouveler la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus-pubienne à la faveur d'une autre contraction.
- Tirer doucement sur le placenta pour extraire les membranes.

3-3-3-Masser l'utérus à travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction de l'utérus.

- Renouveler toutes les 15 minutes pendant 2heures
- Mettre le nouveau-né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contracter.

3-3-4-Vérifier le saignement vaginal et examiner le périnée.

- Vider la vessie.
- Vérifier le nombre de vaisseaux au niveau du cordon : deux artères

et une veine

- Vérifier que les membranes sont complètes.
- Faire un examen du placenta.

4 –FACTEURS DE RISQUE DE L’HPP [10, 12]

Tableau IV :Facteurs de risque d’HPP

	Processus étiologique	Facteurs de risque cliniques
Anomalies des contractions utérines	-surdistension utérine	- polyhydramnios -grossesse multiple -macrosomie
	Epuisement musculaire utérin	-travail rapide -travail prolongé -grande multiparité
	Infection intra-amniotique	-fièvre -rupture de membranes prolongée
	-distorsion fonctionnelle ou anatomique de l’utérus	-utérus fibreux -placenta praevia anomalies utérines
Rétention de produits de la conception	-produits non éliminés - placenta anormal -rétention de cotylédon - placenta incomplet	-chirurgie utérine antérieure -grande multiparité -placenta anormal à l’ultrason
	-caillots de sang non éliminés	-inertie utérine

Traumatisme du tractus génital	-lacération du col, du vagin ou du périnée	-délivrance abrupte -délivrance chirurgicale
	-extensions ou lacérations de la césarienne	-déviation utérine -engagement profond
	-rupture utérine	-Chirurgie utérine antérieure
	-inversion utérine	-grande multiparité -placenta fundique
Anomalies de la coagulation	-conditions préexistantes -hémophilie A	-coagulopathies héréditaires -antécédents de maladie du foie
	-acquises durant la grossesse --thrombopénie avec pré-éclampsie --CIVD °pré-éclampsie °foetus mort <i>in utero</i> °infection grave °décollement placentaire °embolie de liquide amniotique	-ecchymose -tension artérielle élevée -mort du fœtus -fièvre, nombre de globules blancs -hémorragie antépartum -collapsus soudain
	-anticoagulation thérapeutique	-antécédents de caillots de sang

5-COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

Les complications de la délivrance sont :

5-1- Les hémorragies de la délivrance : ce sont des pertes sanguines ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (supérieure ou égale à 500 ml) et leurs effets sur l'état général [12, 13, 16].

5-2 -Les autres hémorragies du post partum immédiat :

Les lésions génitales traumatiques : déchirures du vagin, du col de l'utérus, la rupture utérine.

Les déchirures du col : elles peuvent être simples ou propagées au segment inférieur ; elles sont reconnues par l'examen sous valves. L'intégrité du col doit être vérifiée en cas d'hémorragie de la délivrance et après toute extraction instrumentale.

Les hématomes péri génitaux : au nombre de trois : hématome vulvaire, hématome vaginal, hématome du segment

5-3- L'inversion utérine : c'est l'invagination en doigt de gant de l'utérus. Elle est souvent due à une traction intempestive sur le cordon. Le placenta increta, accreta ou percreta favorise cette situation de même que l'inertie utérine.

L'inversion est décrite en quatre degrés [1] :

- 1^{er} degré fond utérin est simplement déprimé en cupule
- 2^e degré utérus retourné franchit le col ;
- 3^e degré il descend dans le vagin et s'extériorise
- 4^e degré les parois vaginales participent au retournement.

5-4- Les pathologies de l'hémostase : préexistantes ou acquises au cours de la grossesse.

Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée : le sang s'échappe par le vagin.

L'hémorragie peut ne pas être extériorisée : elle est évoquée devant le retard de la délivrance, une pâleur des conjonctives, une hypotension, une tachycardie voire un coma. Un utérus mou ou mal rétracté est également le signe d'une hémorragie de la délivrance

- La rétention placentaire : totale ou partielle.

5-4- Rétention placentaire : si dans les 30mn suivants

l'accouchement la délivrance n'a pas lieu on parle de rétention placentaire complète .Parmi les causes de cette rétention totale on peut citer le placenta accreta, increta et percreta .Si la totalité du placenta n'a pas été expulsé (cotylédons aberrants ,)elle est dite rétention placentaire partielle.

6. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

6-1 La délivrance artificielle : l'indication est posée en cas de rétention partielle ou totale du placenta. Si la délivrance n'est pas effectuée après 30 minutes, ou s'il y a une hémorragie.

6-2 L'examen sous valves : il permet de vérifier l'intégrité de la paroi vaginale, des lèvres et des culs-de-sac. Il est pratiqué devant un saignement persistant après la révision utérine.

6-3 La réduction de l'inversion utérine : l'inversion utérine est l'invagination en doigt de gant de l'utérus. On procède à une réduction manuelle avec le poing fermé après décollement du placenta. En cas d'échec, on réalise une réduction par voie abdominale.

6-4 L'administration des ocytociques il permet d'obtenir une contraction de l'utérus dans le but d'avoir une rétraction satisfaisante [10, 12, 17, 18].

L'ocytocine peut être administrée par voie intraveineuse, par voie intramusculaire et en intramural dans le muscle utérin.

L'ergométrine et la syntométrine sont utilisées avec précaution [19]

L'administration des prostaglandines : Cytotec=Misoprostol est administré en intra rectal [17, 20, 21, 22].

6-5 La transfusion de sang et dérivés : elle est indiquée en cas de choc hémorragique ou de troubles de l'hémostase : Ce sont :

- le sang total
- le plasma frais congelé

6-6 Le traitement des lésions traumatiques

6-6-1 La rupture utérine : peut survenir au cours du travail d'accouchement sur un utérus fragilisé ; ou au cours des manœuvres obstétricales d'extraction du fœtus. Elle est suspectée devant une atonie utérine. Il impose une laparotomie pour hystérorraphie ou pour faire une hystérectomie selon la gravité.

6-6-2 Les déchirures du col : reconnues par l'examen sous valves, et qui doivent être suturées.

6-6-3 Les hématomes péri génitaux : On pratique une incision et une vidange sans curage de la poche ; tamponnement ou méchage, la mèche étant laissée en place 24 heures au besoin.

6-7 Les mesures chirurgicales : il existe des techniques conservatrices et des techniques radicales

- La ligature des vaisseaux utérins : c'est une technique conservatrice. On procède à une dévascularisation des vaisseaux utérins unilatérale puis bilatérale en cas de nécessité.

- La ligature des artères iliaques internes : la ligature est effectuée à environ 2,5 cm en aval de la bifurcation des artères iliaques interne et externe. C'est une technique mal aisée et doit être effectuée par un chirurgien averti [23].
- La technique de TSIRULNIKOV : on réalise un triple ligature des ligaments ronds, des artères utérines, des ligaments utéro-ovariens. Ceci crée une hémostase anoxique mais est sans effets sur les hémorragies du segment inférieur [24]
- L'hystérectomie d'hémostase : c'est une technique radicale qui est souvent le dernier recours. Elle peut être subtotale ou totale qui emporte le col [25].

METHODOLOGIE

I CADRE D'ETUDE : Notre étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de MOPTI.

1-1 L'HOPITAL DE MOPTI

IL a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et de pédiatrie) . Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions. C'est en 1969 qu'il fut baptisé <<HOPITAL SOMINE DOLO>>. IL porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la Santé, natif de la région. L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2^{ème} référence pour toute la région. IL a une capacité d'accueil de 84 lits . Il est devenu en 2002 un établissement public Hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion.

1-2 Le service de Gynécologie et d'obstétrique comporte : deux bureaux servant en même temps de box de consultation ; une salle de garde des sages femme ; une salle de garde des gynécologues dont ; deux salles d'hospitalisation ventilée comportant 11lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à 2lits .La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire et comporte deux tables d'accouchement et trois lits de suites de

couches immédiates ; le bloc opératoire comporte deux salles opératoires et le service de Gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec la chirurgie. La garde est assurée par un gynécologue une sage-femme, trois étudiants faisant fonction d'interne, une Infirmière obstétricienne et le manoeuvre. Les Gynécologues assurent la garde physique.

II TYPE D'ETUDE

Il S'agit d'une étude prospective et descriptive.

III PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée de janvier 2011 au 30 juin 2011 soit une période 6 mois. Cette Période nous a permis d'avoir la taille de l'échantillon souhaitée.

IV POPULATION D'ETUDE

Elle est constituée de l'ensemble des parturientes admises dans le service pendant la période d'étude chez les quelles la GATPA a été effectuée.

V ECHANTILLONNAGE

1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes ayant accouché à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti par voie naturelle et qui ont bénéficié de la GATPA.

2 Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans cette étude les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne ; celles qui ont accouché à domicile et celles qui sont admises avec rétention placentaire.

5.4 Taille minimum de l'échantillon

La taille minimum nécessaire pour assurer la représentativité statistique de l'échantillon a été calculée par la formule : $n = \frac{(\epsilon\alpha)^2 pq}{l^2}$

|²

$\xi\alpha = 2$

I= 5% (précision)

$\alpha =$ **risque**

P= prévalence

$\xi\alpha = 2$ $p=0,035$ $q=1-p=1-0,035=0,965$ $l=0,05$

$n= 4 \times 0,035 \times 0,965 / 0,0025 = 54,05$

La taille minimum de l'échantillon est de 54,05 cas

La taille de notre échantillon a été de 110cas.

1 Source des données

- La fiche individuelle servant de questionnaire.
- Les dossiers d'accouchement.
- Les carnets de CPN.

2 Technique de collecte

Collecte de données obstétricales du registre d'accouchement et des carnets de CPN sur une fiche d'enquête individuelle.

3 Matériel

Avant la délivrance un bassin de lit est placé sous les fesses de la femme afin d'estimer La quantité de sang perdue.

V VARIABLES

Les variables étudiées sont :

- Les données de l'examen clinique
- Les données de l'accouchement
- Les données des suites immédiates de couches
- Le pronostic maternel et néonatal .

VI ANALYSE DES DONNEES

La saisie des textes a été effectuée sur le logiciel word2007. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées a l'aide du logiciel Epi –Info version 6.04. .

VII DEFINITIONS OPERATOIRES

- Primigeste = 1 grossesse
- Paucigeste = 2 à 3 grossesses
- Multigeste = 5 à 6 grossesses
- Grande multigeste > à 6 grossesses
- Nullipare = 0 accouchement
- Primipare = 1 accouchement
- Paucipare = 3 à 4 accouchements
- Multipare = 5 à 6 accouchements
- Grande multipare > à 6 accouchements
- Terme de la grossesse : 37-42SA
- Avant terme : 28-37SA
- Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/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 dehors de toute situation d'urgence.

RESULTATS

Fréquence

Du 1^{er} janvier 2011 au 30 juin 2011 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti 369 accouchements dont 110 parturientes ayant bénéficiées de la délivrance active soit une fréquence de 29,8%. La fréquence de la césarienne est de 70,2% .

Tableau I Répartition des femmes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence
≤19	21	19,1
20-30	69	62,7
31-39	18	16,4
≥40	2	1,8
Total	110	100,0

La tranché d'âge de 20 à 30 ans est la plus représentée avec 62,7%

Tableau II Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence
Ménagère	75	68,2
Fonctionnaire	16	14,5
élève ou étudiante	16	14,5
Commerçante	3	2,7
Total	110	100,0

Les ménagères sont les plus représentées avec 68,2%

Tableau III Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence
Référée	6	5,5
Evacuée	27	24,5
Venue d'elle-même	77	70
Total	110	100,0

70% des parturientes sont venues d'elle même

Tableau IV Répartition selon le statut matrimonial

Statut	Effectif	Fréquence
Mariée	106	96,4
Célibataire	4	3,6
Total	110	100,0

Les mariées représentaient 96,4% des parturientes

Tableau V Répartition selon la provenance

Provenance	Effectif	Fréquence
milieu urbain	74	67,3
Milieu rural	36	32,7
Total	110	100,0

67,3% des parturientes sont venues des zones urbaines

Tableau VI Répartition des femmes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence
peuhl	29	26,4
bambara	19	17,3
sonrhaï	16	14,5
dogon	15	13,6
bozo	13	11,8
autre	18	16,4
Total	110	100,0

*Autre : Somono, Maures, Sarakolé

L'ethnie peuhl est la mieux représentée avec 26 ,4%

Tableau VII Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence
Primigeste	22	20
Paucigeste	42	38,2
Multigeste	30	27,3
grande multigeste	16	14,5
Total	110	100,0

Les paucigestes sont les plus représentés avec 38,2%

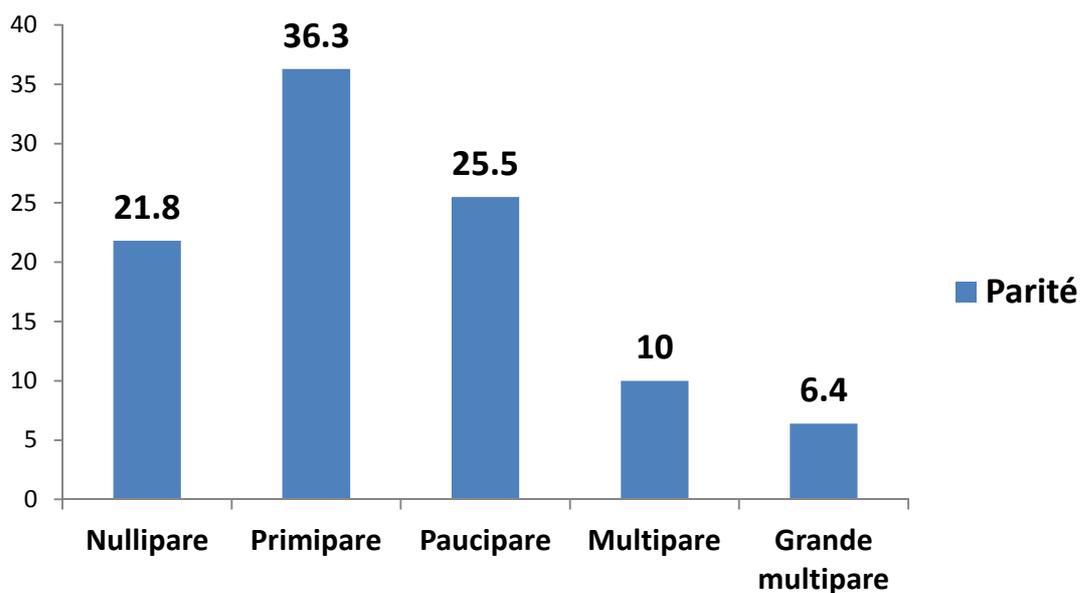


Figure 1 : répartition des femmes selon la parité.

Les primipares avec 36,3% des cas sont les plus représentées.

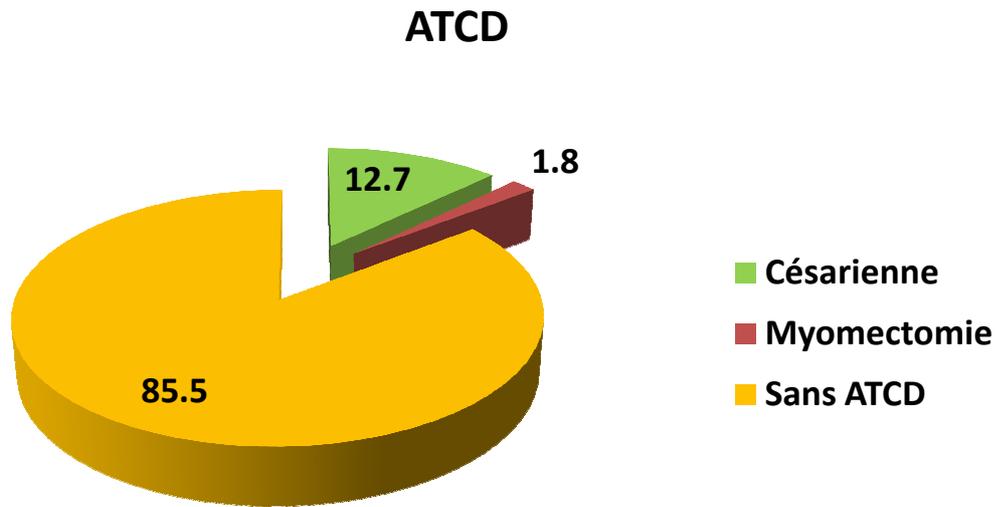


Figure 2 :répartition des femmes selon les antécédents Chirurgicaux.

85,5% des cas n'ont pas d'antécédent chirurgical

Tableau X Répartition des femmes selon le nombre de consultations prénatales(CPN)

CPN	Effectif	Fréquence
1-3	50	45,5
≥4	45	40,9
Non faite	15	13,6
Total	110	100,0

13,6% des patientes n'ont pas effectué de CPN

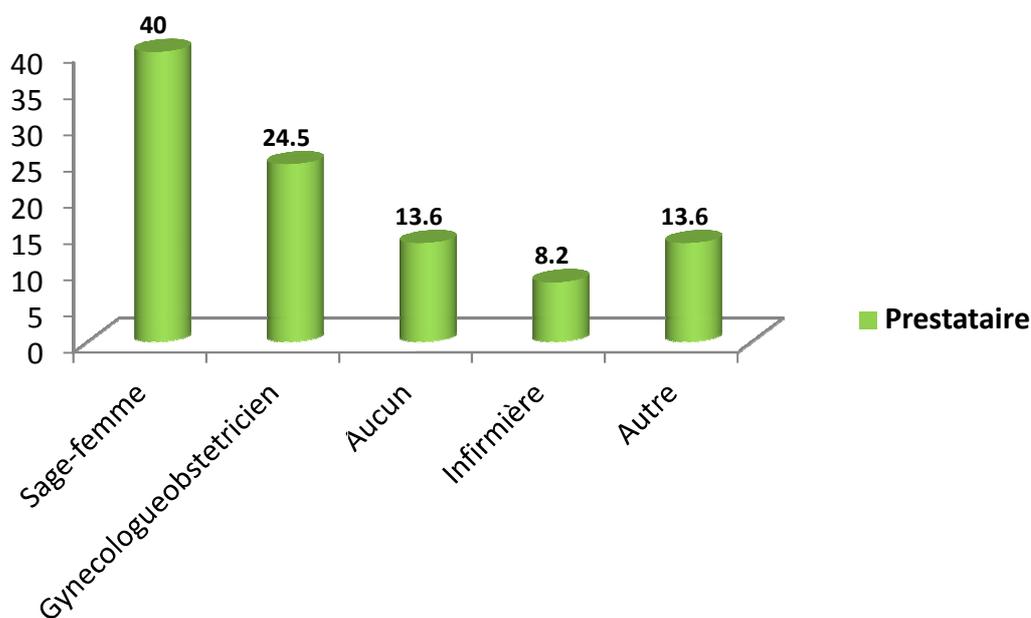


Figure 3 :répartition des femmes selon le prestataire de la consultation prénatale.

*Autre : Interne, médecin généraliste

40% patientes étaient suivies par des sages-femmes pendant la grossesse

Tableau XII Répartition des femmes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Fréquence
terme	102	92,7
Pré-terme	8	7,3
Total	110	100,0

92,7% des grossesses étaient à terme

Tableau XIII Répartition des femmes selon la coloration des Conjonctives à l'admission

Coloration des conjonctives	Effectif	Fréquence
Bien colorées	107	97,3
Moyennement colorées	3	2,7
Total	110	100,0

97, 3 % des patientes avaient des conjonctives bien colorées

Tableau XIV Répartition des femmes selon la température corporelle (en °c) à l'admission

Température	Effectif	Fréquence
≤37	9	8,2
37-38	97	88,2
≥ 38	4	3,6
Total	110	100,0

3,6% des patientes avaient une température très élevée probablement en rapport avec le paludisme.

Tableau XV Répartition des femmes selon la présentation du Fœtus à l'admission

Présentation	Effectif	Fréquence
céphalique	105	95,5
siège	5	4,5
Total	110	100,0

95% des fœtus étaient en présentation céphalique

Tableau XVI Répartition des femmes selon l'état des membranes à l'admission

Membranes	Effectif	Fréquence
Intactes	61	55,5
Rompues	49	44,5
Total	110	100,0

Les membranes étaient intactes chez 55,5% des parturientes

Tableau XVII Répartition selon le type de bassin à l'admission

Bassin	Effectif	Fréquence
normal	99	90,0
limite	11	10,0
Total	110	100,0

Le bassin est normal chez 90% des parturientes

Tableau XVIII Répartition des femmes selon les facteurs de risque d'hémorragie

Facteur de risque	Effectif	Fréquence
multiparité	18	75
grossesse multiple	4	16,66
hydramnios	2	8,33
Total	24	100,0

Tableaux XIX Répartition des femmes selon la durée de la délivrance

Durée de la délivrance en mn	Effectif	Fréquence
4-5	77	70
6-15	28	25,5
16-30	5	4,5
Total	110	100,0

Tableau XX Répartition des femmes selon la durée du travail

Durée du travail en heure	Effectif	Fréquence
2-6	16	14,5
7-11	77	70
12-16	17	15,5
Total	110	100,0

Tableau XXI Répartition des femmes selon le terme

Type d'accouchement	Effectif	Fréquence
à terme	103	93,6
prématuré	7	6,4
Total	110	100,0

Tableau XXII Répartition des femmes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance

hémorragie de la délivrance	Effectif	Fréquence
Oui	4	3,6
Non	106	96,4
Total	110	100,0

Tableau XXIII Répartition en fonction de l'intégrité du placenta

Intégrité du placenta	Effectif	Fréquence
Placenta complet	107	97,3
Placenta incomplet	3	2,7
Total	110	100,0

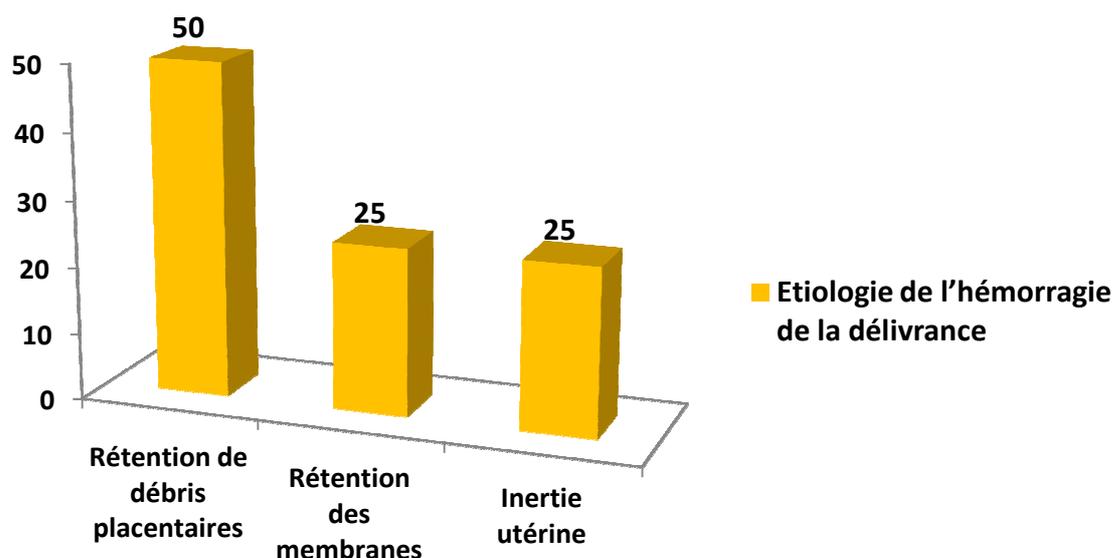


Figure 4 :répartition des femmes selon la cause del'hémorragie de la délivrance.

Tableau XXIV : Répartitiondes femmes selon l'hémorragie de la délivrance par rapport à la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence
≤19	0	0
20-30	2	50
31-39	1	25
≥40	1	25
Total	4	100,0

Tableau XXV Répartition des femmes selon l'hémorragie de la délivrance par rapport à la parité

Parité	Effectif	Fréquence
primipare	1	25
paucipare	0	0
multipare	1	25
grande multipare	2	50
Total	4	100,0

Tableau XXVI Répartition des femmes selon le traitement médical des suites de couche

Traitement	Effectif	Fréquence
Révision utérine	10	55,5
ocytocine	5	27,7
misoprostol	1	5,5
transfusion	2	11,1
Total	18	100,0

Tableau XXVII Répartition des femmes selon l'HDD par rapport à la transfusion

Transfusion	Effectif	Fréquence
OUI	2	50
NON	2	50

Tableau XXVIII Répartition des femmes selon le nombre d'unité de Sang transfusé

Nombre d'unité	Effectif	Fréquence
1	1	50
2	1	50
total	2	100,0

Tableau XXIX Répartition des femmes selon la coloration des conjonctives après l'accouchement

Coloration des conjonctives	Effectif	Fréquence
Bien Colorée	95	86,4
Moyennement Colorée	14	12,7
pale	1	0,9
Total	110	100,0

Tableau XXX Répartition des femmes selon la tension artérielle(TA) après l'accouchement

TA en cm hg	Effectif	Frequence
≤10/5	18	16,4
10/5 à 15/9	88	80
≥16/10	4	3,6
total	110	100,0

Tableau XXXI Répartition des femmes selon le pouls maternel après l'accouchement

Pouls en mn	Effectif	Fréquence
< 60	4	3,6
60-100	100	90
>100	6	6,4
Total	110	100,0

Tableau XXXII Répartition des femmes selon la quantité de sang perdue après l'accouchement

Saignement vulvaire	Effectif	Fréquence
Minime	106	96,4
Abondant	4	3,6
total	110	100,0

Tableau XXXIII Répartition des femmes selon la rétraction utérine

Rétraction utérine	Effectif	Fréquence
Oui	107	97,3
Non	3	2,7
total	110	100,0

Tableau XXXIV Répartition des nouveaux- nés en fonction du score d'Apgar à 5 mn

Score d'apgar	Effectif	Fréquence
7	17	15,5
8	23	20,9
9	55	50
10	11	10
0	4	3,6
Total	110	100,0

Tableau XXXV Le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Fréquence
Vivant	110	100
Décédée	-	-
Total	110	100,0

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Fréquence

Du 1^{er} janvier 2011 au 30 juin 2011 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti 369 accouchements dont 110 parturientes ayant bénéficiées de la délivrance active soit une fréquence de 29,8%.

Notre fréquence basse s'expliquerait par le fait que l'hôpital Sominé Dolo Mopti est une structure de deuxième référence de la région , à cet effet il reçoit presque toutes les évacuées et référées des CSCOM et CSREF de la région qui accoucheront pour la plupart par césarienne.

1-Caractéristique socio démographique

A- L'âge :

Les parturientes âgées de 20-30 ans ont représenté 69% de l'échantillon. Les plus jeunes ont représenté 21% et les plus âgés 1,8%.L'analyse des cas d'hémorragie de la délivrance a montré que 2 cas sur les 4 ont un âge compris entre 20-30ans.Cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale la plus intense. ----Driss ;Ba cheikh et Coll[26] dans leurs études sur l'implantation de la délivrance ont trouvé que 81,81% des parturientes sont de la classe d'âge comprise entre 20-30ans.

B- La Résidence :

La plupart des parturientes résidaient en zone urbaine soit 67,3%.

Sur les 4 cas d'hémorragie de la délivrance que nous avons trouvé dans notre série ; trois(3) résidaient en zone rurale. Cela pourrait être dû au non observance des CPN au cours de la grossesse, qui pourrait permettre de les déceler à risque d'hémorragie de la délivrance.

C- Profession :

La majorité de nos parturientes était des ménagères soit 68,1% .Elles représentaient 75% des patientes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance ; ce résultat est comparable à celui de Keita S [5] 81,2% et à celui de Diallo O[3] 87,17%.Cela peut être expliquer par le faible taux d'alphabétisation des femmes.

D- Statut Matrimonial :

La majorité de nos parturientes, soit 96,4% étaient des femmes mariées. L'hémorragie de la délivrance n'a été observé que chez les femmes mariées, cela peut être dû à une forte représentativité des femmes mariées .Ce résultat est très proche de celui deCamara D.S[27] qui a rapporté 95% de femmes mariées en 2006.

E- Groupe ethnique :

26,6% des parturientes sont des peuhls suivis des bamanans17,3%. Les peuhls représentaient la moitié des parturientes qui ont présenté l'HDD (2cas sur4) suivi des Bozo et Dogon chacune 1cas sur les 4.ces différentes ethnies constituent la quasi-totalité de la population.

2- Mode d'admission :

70% des parturientes sont venues d'elle-même soit 7 sur 10.Deux(2)cas parmi les hémorragies de la délivrance ont été évacué d'autres structures.

3- Antécédents chirurgicaux :

16 parturientes avaient un antécédent chirurgical soit 14,5% de l'échantillon .La césarienne représentait 12,7%des antécédents chirurgicaux suivi de la myomectomie1,8%.

4- Les caractéristiques Obstétricales :

A- La parité :

Les primipares étaient les plus représentées avec 44,6% de l'effectif, suivies des paucipares 33,7%. Les grandes multipares sont les moins nombreuses avec 0,4% et elles constituaient 50% des cas d'hémorragie de la délivrance ; soit 2 cas sur les 4 cas d'hémorragie de la délivrance. En somme la parité influe sur la survenue de l'hémorragie de la délivrance. Selon KEITA S[5] l'hémorragie de la délivrance était observée chez 32% des primipares et 31,2% des grandes multipares ce résultat se rapproche du notre.

5 Consultation prénatale et prestataire:

40,5% des parturientes ont réalisé au moins 4 CPN contre 13,6% des parturientes qui n'ont pas effectué de CPN. Cela était dû à la bonne sensibilisation et à la résidence de ces gestantes. Ce pendant notre taux de grossesse non suivies se rapproche de celui de BAGAYOGO S.N [28] qui a rapporté 13,16% de grossesses non suivies.

Quant à la qualité des prestataires la majorité des CPN était réalisée par des sages-femmes, soit 40% ; suivies des gynécologues obstétriciens et des infirmières obstétriciennes respectivement 24,5% et 8,2%.

6 Examen clinique à l'admission:

92,7% des grossesses étaient à terme, le pré-terme représente 7,3%. Ce résultat se rapproche de celui de KONE Y[29] soit 82,7% de grossesses à terme et est supérieur à celui de KEITA S[5] qui a rapporté 47,1% de grossesse à terme et 8% de prématurité. Selon LACOME M[11] la prématurité peut entraîner une rétention Placentaire se compliquant

d'hémorragie de la délivrance, cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

Les conjonctives étaient colorées chez 97% des parturientes. Cependant ce chiffre est supérieur à celui de KEITA S [5] qui a rapporté 51,4% de Conjonctives colorées ; cette différence serait due à Méthodologie utilisée.

93,3% des patientes avaient une hauteur utérine normale et 7,3% une hauteur utérine excessive. KONE Y[29] en 2006 a rapporté 91,3%de hauteur utérine inférieure à 36cm ; elle était supérieure à 36cm chez 8,7%des parturientes.

La hauteur utérine excessive dans notre série était due à la macrosomie, la grossesse multiple et l'hydramnios ; elles sont à l'origine de la surdistension utérine qui est un facteur de risque de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Nous avons ausculté les bruits du cœur fœtal à l'aide du stéthoscope de Pinard. Ils étaient inférieurs à 120 battements par minute dans 5,5% des cas, supérieurs à 160 battements par minute dans 2,7% des cas et absents dans 1,8%des cas.

La présentation céphalique a été la plus dominante suivie de celle du siège avec respectivement 95,5% et 4,5%.Ce sont les types de présentations qui sont compatibles avec les accouchements par voie basse ;c'est ce qui explique leur fréquence élevée dans notre série.

Dans notre étude 95% des parturientes avaient un bassin cliniquement normal contre 5% de bassin limite. C'est le type de bassin qui est compatible avec les accouchements par voie basse. THIERO M[31] en1995 a rapporté 86,3% de bassins normaux et 13,7% de bassins pathologiques ; ce résultat se rapproche du notre.

55,5% des parturientes avaient de membranes intactes contre 44,5% de membranes rompues.

7-ACCOUCHEMENT

Le mode d'accouchement a été exclusivement la voie basse avec 100% des cas ; DEMBELE Y [32] en 2004 a rapporté 87,4% de voies basses et 15,5% de voies hautes ; cette différence s'explique par la méthodologie car il s'agissait des hémorragies de la délivrance quel que soit la voie d'accouchement.

La durée de délivrance a été comprise entre 4 à 5 minutes dans 70% des cas ; elle a été comprise entre 6-15 minutes dans 25,5% des cas. Nous avons observé 4,5% de délivrance entre 16-30 minutes.

Il n'y a pas eu de cas de délivrance après 30 minutes. Cela s'expliquerait par le fait que la délivrance active est caractérisée par une troisième période très courte.

La durée totale du travail a été inférieure ou égale à 12 heures chez 84,5% des cas, 15% avaient un travail prolongé (supérieur à 12 heures). Ce résultat s'expliquerait par le fait que la délivrance active seule ne permet pas de réduire significativement la durée du travail. Keita S [5] en 2003 a rapporté 11,60% de travail prolongé. Le choix du syntocinon se justifie par les résultats des différentes études [33, 19, 20, 18, 34, 23] qui sont parvenus à la conclusion suivante : utilisé l'ocytocine quand elle est disponible car il est possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves périodes (1 mois à 30°C et 2 semaines à 40°C) elle a une meilleure stabilité.

Pronostic de l'accouchement : l'accouchement a été normal chez 93,6% des cas ; prématuré chez 6,4% des cas. Selon LACOMME M [18] il existe un rapport entre la prématurité et l'hémorragie de la délivrance. Dans notre étude nous n'avons pas observé de cas d'hémorragies de la délivrance chez les parturientes ayant accouché prématurément.

8 - SUITES DE COUCHES

80% des parturientes avaient une tension artérielle normale après l'accouchement ; 3,6% avaient une hypertension artérielle. La rapidité dans la prise en charge des hémorragies pourrait expliquer cette modification peu importante des chiffres tensionnels.

16,4% des parturientes avaient une bradycardie après l'accouchement. 96% avaient un pouls maternel normal après l'accouchement. Cela nous montre que la délivrance active est associée à moins de modification du pouls maternel.

Les conjonctives étaient colorées chez 86,4% des accouchées ; moyennement colorées 12,7% et pales chez 0,9%% des accouchées.

KEITA S [5] en 2003 a rapporté 51,40% de conjonctives colorées ; 13,70% moyennement colorées et 34,8% pales.

Koné Y [29] a rapporté en 2006 86% de conjonctives colorée, 12% de conjonctives moyennement colorées et 2% de conjonctives pales. Ce résultat est proche du notre.

Dans notre étude nous avons utilisé le terme minime pour les femmes qui avaient perdu peu de sang après l'accouchement et abondant pour celles qui avaient perdu beaucoup de sang; ainsi 96,4% avaient des saignements minimes et seulement 3,6% avaient des saignements abondants. Les étiologies de ces saignements étaient dominées par la rétention placentaire partielle et / ou de membranes pour lesquelles la DA n'a pas d'effet ; elle permet de lutter contre l'H DD par atonie utérine. Par contre une étude américaine [35] a rapporté une perte sanguine moyenne de 355 ml après la délivrance active. Nous remarquons que la délivrance active est associée à une réduction de perte sanguine lors de l'accouchement.

Rétraction utérine : 97,7% des parturientes avaient un utérus bien rétracté contre 2,3% qui avaient un utérus mal rétracté .Ce résultat nous permet de dire que la délivrance active est associée à une bonne rétraction utérine après l'accouchement.

DEMBELE Y [32] en 2004 a rapporté 14,5% d'utérus mal rétracté et 85,7% d'utérus rétracté.

Nous avons noté 3,6% d'hémorragie de la délivrance, cela s'explique dans notre étude par les étiologies de l'hémorragie de la délivrance ; dont 3/4cas de rétention placentaire partielle ou de membrane qui fait une fréquence de 75% alors que nous avons enregistré 1/4 cas par atonie utérine. Notre taux est inférieur à celui rapporté par l'étude américaine [18] qui est de 17,6% de cas d'hémorragie de la délivrance liée à la délivrance active.

ALIHONOU E et Coll. Cotonou [36], DEMBELE Y [32] en 2004, DIALLO B [4], GOFFINET [20] ont rapporté respectivement 0,89% ; 3,5% ; 2,07% ;2% et 2 à 9% d'hémorragie de la délivrance.

Notre fréquence basse par rapport à celles de l'étude américaine [18] qui est de17, 6% d'hémorragies de la délivrance s'explique par le fait que dans les pays développés les conditions dans lesquelles les parturientes accouchent leur permet de mesurer la quantité de sang perdue après la délivrance alors que dans notre contexte l'évaluation est faite par estimation

9- TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Les cas d'hémorragies de la délivrance ayant nécessité de la transfusion sanguine étaient de 1,82%. Ce résultat est proche de celui de KONE Y [29] soit 2% .

Cependant dans notre étude un seul cas d'hémorragie de la délivrance avait nécessité deux poches de sang iso groupe iso rhésus.

De l'analyse de nos résultats nous remarquons qu'il y a une réduction de la transfusion sanguine et d'ocytocine thérapeutique associée à la délivrance active.

10- ISSUE IMMEDIATE DE LA FEMME

Nous n'avons pas observé de décès au cours de notre étude ; cependant DEMBELE Y [32] en 2004 ; DIALLO A [3] en 1989; DIALLO B [4] en 2000 ont rapporté respectivement des taux de décès de 15,1% et 23% du à l'H DD .leurs études portaient uniquement sur les cas d'hémorragie de la délivrance ;cela expliquerait leur taux élevé de mortalité .

Les causes de ces décès ont été dominées par le choc hypovolémique 70% et les troubles de la coagulation.

Conclusion

Au regard de nos résultats nous pouvons dire que la GATPA permet de réduire la durée de la délivrance et le risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Cependant des efforts restent à fournir dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance du fait de la mortalité et de la morbidité liées à cette pathologie.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités**

- Une formation continue du personnel qualifié en obstétrique pour une meilleure application de la gestion active du troisième stade du travail.
- Réunir les conditions pour une conservation des utérotoniques destinés à la gestion active du troisième stade du travail.
- Assurer un approvisionnement permanent des centres de santé en utérotoniques.

➤ **Aux agents de santé**

- Une application judicieuse de la délivrance active en prenant en compte les contres indications de certains ocytociques pour un bénéfice de la parturiente.
- Instaurer la surveillance des suites de couche
- Un contrôle régulier des stocks d'ocytociques pour éviter la rupture.
- Etre vigilant dans la salle d'accouchement pour diagnostiquer à temps les cas d'hémorragies et les traiter immédiatement.
- Faire l'examen du placenta après l'accouchement

➤ **Aux femmes**

- Eviter les accouchements à domicile
- Limiter les naissances ou espacer les naissances
- S'alimenter correctement pendant la grossesse

Fiche Signalétique

Nom : CISSE

Prénom : IBRAHIMA BAKAYE

Titre de la thèse : Délivrance active au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année : 2012– 2013

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique et santé publique.

Résumé :

Notre étude de type descriptif effectuée dans le service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo sur une période de 6 mois et portant sur la Délivrance Active a donné les résultats suivants :

-les facteurs de risques d'hémorragie sont : la multiparité (75%) ; la grossesse multiple (16,66%) ;

-Les complications de la délivrance active ont été dominées par l'hémorragie de la délivrance (3 ,6%) ;les étiologies ont été dominées par la rétention de débris placentaires ou membranaires(75%). La délivrance active est caractérisée par :

-une troisième période plus courte 69,7% entre 4-5 minutes ;

-une bonne rétraction utérine 97,73% ;

-une réduction de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine 25% des cas, soit un seul cas ;

-une réduction des pertes sanguines ;

-une réduction de la transfusion sanguine

-une réduction de recours aux ocytociques. Nous n'avions pas observé de décès maternel pendant notre étude.

La Délivrance Active est l'un des actes de référence dans la lutte contre la mortalité maternelle. Elle permettrait de prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine qui est la cause la plus fréquente de décès maternel par hémorragie

Mots clés : Délivrance Active, Accouchement, Hémorragie de la Délivrance

REERENCES

- 1-Merger R ., Levy J., J Melchior J.**Précis d'obstétrique 6^{ème} édition
Masson 1995
- 2-Salvas, Nahmanovivic, Raciinetc.**Indication et technique de la
ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies
obstétricales. Rev Fr gynecol –obstet 1981; 25: 368-371.
- 3-Diallo A.O.** Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance à
l'HGTThèse de médecine 1989 n°11
- 4-Diallo B.** Les Hémorragies de la délivrance au service de gynécologie
et obstétrique de l'HGT Thèse de médecine 2000 n°125
- 5-Keita S.** Etude des hémorragies du post partum dans le service de
gynécologie obstétrique de l'Hôpital du POINT« G»Thèse de médecine
2003 n°47
- 6-Organisation mondiale de la santé.**Réduction de la mortalité
maternelle déclaration commune :OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE
MONDIALE GENEVE 1999
- 7-PATH, Preventing** Post-partum Heamorrhage ;Toolkid for Provides
Condensed version Washington DC:PATH,2004
- 8- Dolo A.I., Traore M.** Anémie chez la femme enceinte
Université du Mali, FMPOS, Société médicale du Mali
EPU : 5-6 Février 1999
- 9-PATH.** Santé Maternelle et Néonatale : Prévention de l'hémorragie du
postpartum. Prise en charge du troisième stade du travail Volume
19,Numéro 3 Mai 2002
- 10-Anonymes** : Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de
l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post partum
Ministère de la santé/PRIMEII Bamako 2003

11-Maguiraga M. Etude de la mortalité maternelle au Mali: causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine 2000 n°110

12-Annide.Hémorragie de la délivrance .Thèse de médecine, Cotonou 2003 n°35

13 Schuurman N.,Mackinnon k., Duncan E.,Lane C. Journal SOGC(SOC OBSTET GYNECOL CAN 2000); 22(4) 282-94

Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post partum .Avril 2000 n°88

14-FIGO , ICM. Journal SOGC(SOC OBSTET GYNECOL CAN). Prise en charge du 3^{ème} stade du travail pour prévenir l'hémorragie du post partum Novembre 2003 n°136

15-World Health Organization (WHO).1993.Stability of injectable oxytocics in tropical climates:Resultats of field surverys and stimulation studies on ergometrin

16-Bernard P. et coll. Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine Revue de gynéco obstétrique et praticien novembre 1989 IP29-3421

17-Anonyme : Livre des abstrats VIIème congrès de la SAGO (Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique) à Bamako du 12-17 janvier 2003 Ilème congrès de la SAMAGO (Société malienne de Gynécologie et d'Obstétrique).P1.

18-http : [//www.infogyn.com/detail/fiches/0208050102.asp](http://www.infogyn.com/detail/fiches/0208050102.asp)

Hémorragie de la délivrance, Protocole de la Fédération de gynécologie obstétrique des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG-2001

19-Bullough CH, RS Msuku and I Karonde.1989. Early suckling and post partum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 2(8662):522-525

20-Goffinet F. Hémorragies de la délivrance. Prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. Accouchement prématuré, déclenchement artificiel du travail, hémorragie de la délivrance. Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction 1997 vol 26 :26-33.

21-Ould Lardz , Taleb AhmedL. Utilisation des prostaglandines dans les hémorragies obstétricales par atonie utérine Revue française de gynécologie-obstétrique 1-75 n°565-566

22-Walder J. Misoprostol prévention de l'hémorragie du post partum femme moderne 7 (9) 23-7-1997 septembre

23-Traore A. F. Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'HGT. Thèse de médecine, Bamako 1988 N°20

24-Agostini A. La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales. Gynecolobstetbiol reprod-1979-8 :751-753.

25-Toure K. Les Hystérectomies d'hémostase en obstétrique. Etude de 74 cas observés à la maternité du CHU de TREICHVILLE-Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 1995 ; 42(12)n°282

26- Driss ; Bacheikh et Coll. Evaluation de l'implantation de la délivrance dirigée systématique dans une maternité Souc pour la prévention des hémorragies de la délivrance en 2002. Première expérience marocaine dans une maternité de référence à l'hôpital Ibn Zohar de Marrakech.

27- Camara D.S. Prise en charge active du troisième stade du travail au CSRF de la commune V et à la clinique le lac Tele de Bamako. Thèse de médecine 2005 n°158

- 28-Bagayoko N .S.** Pronostic materno- foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas témoins dans le service de Gynéco-obstétrique de l'HGT.Thèse de médecine Bamako 2004 n°39
- 29 Koné Y.** Délivrance active au service de gynécologie obstétrique de l'hopital Gabriel Touré Thèse de Médecine 2005.
- 30Lacomme M.** Pratique obstétrique,éditmasson ;paris 1960(Tomel) 127-131.
- 31-Thiero M.**Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hopital Gabriel touré. Thèse médecine (Bamako) 1995 n°17.
- 32-Dembele Y.**Etude des hémorragies de la délivrance au csref commune IV de Bamako à propos de 112 cas Thèse de médecine Bamako 2004-83p n°84
- 33-Bamigboye A. et al.** 1998.Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor .ActaObstetGynecolScand 77:178-181
- 34-Magnin P.Nicollet B.Magnin G.** Mortalité maternelle ; EMC ; Paris obstétrique 1981 ; 10 (11)= 5082 p
- 35- Joshva J., Fenton M.D., MPH ; Lisa M. Baumeister., MD,MPH, John Fogarty, MD, MPH.**Activemenangement of the third stage of labor. Among American Indian women Fam Med 2005; 37 (6) 410 - 4
- 36-Alihonou E. et Coll.** Les hémorragies de la délivrance, étude statistique et étiologique (à propos de 151 cas en 5 ans). Publication médicale africaine 2002 ; 121 : 8-11.

FICHE D'ENQUETE
DELIVRANCE ACTIVE

N° Dossier : /___/___/___/___/

1- _____ Nom _____ et _____ Prénom :
/_____/

2- Age (année) : |___|___|

3- Profession : |___| (1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=élève/étudiante,
4=commerçante, 5=autres)

4- Etat matrimonial : |___| (1=mariée, 2=célibataire)

5- Ethnie : |___| (1=bambara, 2=bozo, 3=peulh, 4=sonrhai, 5=dogon, 6=autres)

5a- Autre à préciser : /_____/

6- Provenance : |___| (1=Urbaine, 3=Rurale)

7- Mode d'admission : |___| (1=venue d'elle-même, 2=référée, 3=évacuée)

7-1- Si référée/évacuée :

- Provenance : /_____/

- Motif : /_____/

ATCD Obstétricaux

8- Gestité : |___|___|

9- Parité : |___|___|

10- Nombre d'enfants vivants : |___|___|

11- Nombre d'avortement : |___|

12- Nombre d'enfants décédés : |___|

13- Intervalle inter génésique : |___|___| (mois)

15- ATCD Chirurgicaux : |___| (1=césarienne, 2=myomectomie , 3=cerclage, 4=salpingectomie, 5=appendicectomie, 6=pas d'antécédent

Grossesse actuelle

16- Consultation prénatale : |___| (1=Oui, 2=Non)

. si oui

16a- Nombre : |___|

16b- Lieu : |___| (1=HSD 2=CSR, 3=CSCOM, , , =autres)

16c- Qualité prestataire : |___| (1=spécialiste, , 2=sage-femme, 3=infirmier obstétricien, 4=autres)

17- Examen des urines : |___| (1=fait, 2=non fait)

17a- Albumine : |___| (1=Oui, 2=Non)

18- Echographie obstétricale : |___| (1=fait, 2=non fait)

18a- Si fait nombre : |___|

18b- Première échographie : |___| (1=précoce, 2=tardive)

18c- Position placenta : /_____/

19- Terme de la grossesse : |___| (1=à terme, 2=préterme, 3=post-terme)

19a- Age grossesse : |___|_|___| (SA)

20- Pathologie au cours de la grossesse : |___| (1=cardiopathie, 2=asthme, 3=VIH, 4=diabète, 5= prééclampsie, 6=éclampsie, 7=diabète, 8=anémie, 9=autres)

Admission

21- Etat général : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)

22- Tension artérielle : |___|_|___| (mmHg)

23- Coloration conjonctive : |___| (1=colorée, 2=pâle)

24- Température : |___|_|___|/|___|

27- Hauteur utérine : |___| (en cm)

28- Bruits du cœur foetal : |___| (1=inférieur à 100, 2=100-120, 3=120-160, 4-160-180, 5=sup 180, 6=absents)

29- Dilatation du col : |___| (1=complète, 2=incomplète)

30- Présentation : |___| (1=céphalique, 2=siège)

31- Type du bassin : |___| (1=normal, 2=limite, , 3=autres : /_____/)

- 32- Rupture de membranes : |__| (1=intactes, 2=prématurée,
 32a- Délai de la rupture prématuré des membranes : |__| (heure)
 32b- colorations du liquide amniotique |__| (1=clair, 2=teinté méconial, 3=autres)

Facteurs de risque d'hémorragie

- 33- Hématome rétro placentaire : |__| (1=Oui, 2=Non)
 34- Eclampsie : |__| (1=Oui, 2=Non)
 35- Placenta praevia : |__| (1=Oui, 2=Non)
 36- Grossesse multiple : |__| (1=Oui, 2=Non)
 38-Macrosomie : |__| (1=Oui, 2=Non)
 39- Hydramnios : |__| (1=Oui, 2=Non)
 40- Chorioamniotite : |__| (1=Oui, 2=Non)
 41- Travail prolongé : |__| (1=Oui, 2=Non)
 42- Hyperthermie : |__| (1=Oui, 2=Non)
 42a- Si oui température : |____| °C

Période d'accouchement

- 43- Durée de la phase active : |__|_| (en heure)
 44- Durée de la phase d'expulsion : |__|_| (en min)
 45- Durée de la délivrance : |__|_| (en min)
 46- Durée totale du travail : |__|_| (en heure)
 47b- Synthocinon : |__| (1=Oui, 2=Non)
 47c- Voie : |__| (1=IM, 2=IV, 3=perfusion) - Dose : |____| (en UI)
 48- Mode d'accouchement : |__, 2=forceps, 3=ventouse, 4=voie naturelle)
 49- Episiotomie : |__| (1=Oui, 2=Non)
 49a- Si oui indication : /_____/
- 50- Type d'accouchement : |__| (1=normal, 2=prématuré, 3=autres :
 /_____/)
- 51- Etat du nouveau-né :
- 51a- Nombre de nouveau-né : |____|
- 51b- Score d'Apgar 1^{ère} min: |____| 5^{ème} min : |____| 10^{ème} min : |____|
- 51c- Poids du nouveau-né : |_____| (grammes)
- 51d- Bosse sérosanguine : |__| (1=Oui, 2=Non)

Complications de la délivrance

52- Hémorragie de la délivrance : |___| (1=Oui, 2=Non)

- ***Si oui causes***

52a- Rétention débris placentaire : |___| (1=Oui, 2=Non)

52b- Rétention des membranes : |___| (1=Oui, 2=Non)

52c- Inertie utérine : |___| (1=Oui, 2=Non)

52d- Trouble de la coagulation : |___| (1=Oui, 2=Non)

53- Inversion utérine : |___| (1=Oui, 2=Non)

Traitement des complications

55- Médical : |___| (1=Oui, 2=Non)

55a- Synthocinon en IV : |___| (1=Oui, 2=Non)

55b- Synthocinon en IM : |___| (1=Oui, 2=Non)

55c- Methergin : |___| (1=Oui, 2=Non)

55d- Cytotec : |___| (1=Oui, 2=Non)

55e- Macromolécule : |___| (1=Oui, 2=Non)

55f- Transfusion : |___| (1=Oui, 2=Non)

- Si oui nombre de poche : |___|

56- Hystérectomie d'hémostase : |___| (1=Oui, 2=Non)

57- Suture des déchirures : |___| (1=Oui, 2=Non)

58- Etat de la mère après l'accouchement :

58a- Etat de conscience : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)

58b- Conjonctives : |___| (1=colorées, 2=moyennement colorées, 3=pâles)

58c- Tension artérielle : |___| |___| (mmHg)

58d- Pouls : |_____| (btt/mN)

58e-Température : |___| |___| / |___|

58f- Saignement : |___| (1=minime, 2=abondant)

58g- Rétraction utérine : |__| (1=oui, 2=no58h- Issue de la mère : |__|
(1=vivante, 2=décédé)58h1- Si Décédé circonstance :
/ _____

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai 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 partie politique ou de classe sociale viennent 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 reçue de leurs pères

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

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

Je le jure !

: