

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du
post-partum immédiat au Centre de Santé de
Référence de la Commune V du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 27/11/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Bala Moussa SAMAKÉ

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Yacaria COULIBALY

Membre : Dr Joseph Koné

Co-directrice : Dr Saoudatou TALL

Directrice : Pr Djénéba Doumbia



DEDICACES

DEDICACES

Au nom d'ALLAH le Tout Puissant, le clément, le très Miséricordieux.

Louange. Gloire à Dieu, le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail.

Je dédie ce travail à

- Mon père : Amadou SAMAKÉ ;

Je ne saurais te remercier assez des conseils que tu m'as toujours donné ; j'espère que je mériterai toujours ta confiance et surtout ton respect. Merci pour tout.

A ma mère : Djénéba SIDIBÉ ;

Quels sacrifices, pour voir ses enfants réussir ! Ton extrême bonté et surtout ta patience ont fait de toi, une femme de grande qualité.

Que ce travail soit la récompense de tes peines et ta patience. Puisse Dieu te payer pour tout ce que tu as fait pour moi, mes frères et ma sœur, qu'il vous accorde une longue vie, pleine de bonne santé. Trouves ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection.



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie Dieu le Tout Puissant pour toute la grâce, la santé et la paix qu'il m'a accordées tout au long de ces années de formation.

Au Mali :

Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le Bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté, loyauté et dévouement. Tu nous rappelles dans l'hymne national : « ... Nous sommes résolus de mourir... pour l'Afrique et pour toi Mali... »

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail, nous disons merci et encore merci à tous de m'avoir aidé à vivre ce jour. Je suis né de vous, je serais de vous.

Au personnel du Centre de Santé de référence de la Commune V, merci pour la confraternité et pour la formation reçue.

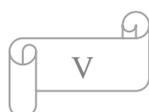
A mes chers Maîtres :

Dr TRAORE Oumar M, Dr TRAORE Soumana O, Dr TALL Saoudatou, Dr KONE Joseph, Dr SYLLA Niagalé et Dr DOUMBIA Salec

Merci pour l'encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Retrouvez ici chers Maîtres l'expression de ma profonde gratitude.

A tout le personnel du bloc opératoire et de la salle d'accouchement particulièrement aux sages-femmes ; aux internes du service de gynécologie-obstétrique du CSREF C V, retrouvez ici, tous mes sincères remerciements. Ce travail est le fruit de vos efforts.

A mes camarades du lycée Mouhammar El KHADAFI (LKHADA) et de l'université de Bamako, singulièrement ceux des facultés de la médecine et d'odontostomatologie et de la pharmacie ;



Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Au corps professoral de la faculté de médecine ;

Monsieur le Doyen, le Professeur DOUMBIA Seydou, recevez ici mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement qui m'a été dispensé par les éminents enseignants de votre faculté. Je prie Dieu afin que vous et vos collègues trouviez en moi un digne élève. Merci chers Maîtres.

A mon cousin : Dr. Abdou DOUMBIA ; Lui qui a énormément contribué à ma réussite depuis que j'avais franchi les portes du lycée jusqu'à la fin de mes études universitaires. Acceptez mes remerciements, mon amour fraternel et mon respect.

A mon cousin : Daouda DOUMBIA ; Tu m'as été une aide sans doute et sans faille dans cette vie, trouves ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A la famille DOUMBIA et SAMAKÉ pour le soutien. Que Dieu vous protège et vous bénisse. Amen !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Yacaria COULIBALY

- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;**
- **Maître de conférence agrégé à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous forcent estime et admiration. Soyez-en infiniment remercié. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses biens faits et vous accorde une longue vie.

A notre maître et juge :

Docteur Joseph KONE

- **Spécialiste en anesthésie réanimation ;**
- **Diplômé en Bio statistique et Méthodologie de recherche clinique ;**
- **Certificat Universitaire en anglais médical ;**
- **Certifié en Ethique de recherche médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA.**

Cher maître,

Les mots seraient bien faibles pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour l'élaboration de ce travail. Nous avons été séduits par votre qualité intellectuelle, votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien et votre sens élevé du devoir.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Ces multiples caractères ont forcé notre admiration.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

A notre maître et codirectrice de thèse

Docteur Saoudatou TALL

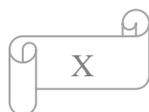
➤ **Praticienne en gynécologie obstétrique au CSREF CV**

Chère maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Chère maître trouvez ici cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que DIEU vous protège durant votre carrière !



A notre maître et directrice de thèse :

Professeur Djénéba DOUMBIA

- **Spécialiste en Anesthésie- réanimation**
- **Maitre de conférences à la FMOS**
- **Praticienne Hospitalière au CHU du Point G.**

Chère maître,

Nous avons trouvé en vous plus qu'un maître, une mère tant votre disponibilité, votre simplicité et votre humanisme. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multitudes occupations. Chère maître, nous vous réitérons notre attachement indéfectible et notre profonde gratitude.

Puisse Dieu dans sa miséricorde, vous comble de ses biens faits et vous accorde une longue et heureuse vie.

A large decorative scroll graphic with a black outline and grey shading on the top and bottom edges, containing the title text.

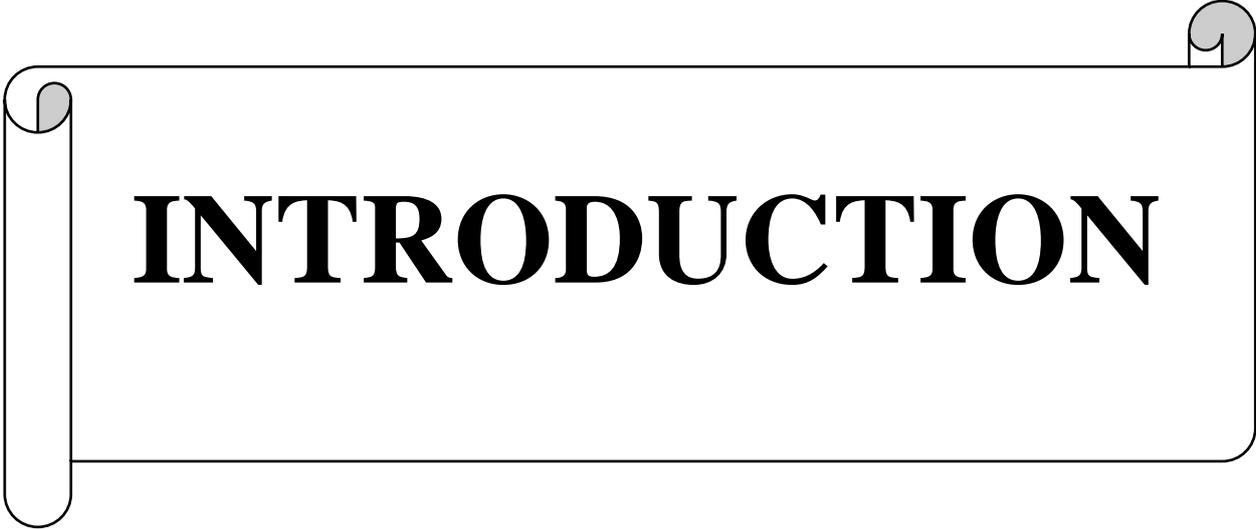
LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations

<i>ANAES</i>	: <i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé</i>
<i>CGR</i>	: <i>Culot de globules rouges</i>
<i>CH</i>	: <i>Centre hospitalier</i>
<i>CIVD</i>	: <i>Coagulation Intravasculaire Disséminée</i>
<i>CNGOF</i>	: <i>Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français</i>
<i>DA</i>	: <i>Délivrance artificielle ; DD : Délivrance dirigée</i>
<i>HELLP</i>	: <i>Hemolysis elevated liver enzymes and Low platelet count</i>
<i>HPP</i>	: <i>Hémorragie du post-partum</i>
<i>HRP</i>	: <i>Hématome rétro-placentaire</i>
<i>HTA</i>	: <i>Hypertension artérielle ; PA : Pression artérielle</i>
<i>IMC</i>	: <i>Indice de Masse Corporelle</i>
<i>NFS</i>	: <i>Numération Formule Sanguine</i>
<i>PDF</i>	: <i>Produits de dégradation de la fibrine</i>
<i>PFC</i>	: <i>Plasma frais congelé</i>
<i>PG</i>	: <i>Prostaglandines</i>
<i>RAI</i>	: <i>Recherche d'agglutinines irrégulières</i>
<i>RH</i>	: <i>Facteur rhésus</i>
<i>RPC</i>	: <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>
<i>RU</i>	: <i>Révision Utérine</i>
<i>SA</i>	: <i>Semaine d'aménorrhée</i>
<i>SHAG</i>	: <i>Stéatose hépatique acquise gravidique</i>
<i>TCA</i>	: <i>Temps de céphaline activée ; TP : Taux de prothrombine</i>
<i>UI</i>	: <i>Unité internationale</i>
<i>VVP</i>	: <i>Voie Veineuse périphérique</i>

Table des matières

DEDICACES	III
.....	VII
Hommages aux membres du jury	VIII
.....	XII
Liste des abréviations	XIII
.....	XV
I-INTRODUCTION	1
.....	3
II-OBJECTIFS	4
.....	5
III-GÉNÉRALITÉS	6
Rappel	6
1 Définition et diagnostic	6
4 Les recommandations pour la pratique	11
.....	24
IV-METHODOLOGIE	25
.....	29
V-RÉSULTATS	30
VI Commentaires et discussions	49
I Fréquence :	49
.....	58
VII-CONCLUSION	59
.....	60
VIII-RECOMMANDATIONS	61
.....	62
Références	63



INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Une hémorragie (du latin haemorrhagia) est un saignement, un écoulement du sang en dehors de son circuit naturel constitué par le cœur et les vaisseaux (veines et artères).

L'hémorragie du post-partum (HPP) est une complication fréquente de l'accouchement et bien connue des sage-femmes, obstétriciens et anesthésiste-réanimateurs en maternité. La prévention et la prise en charge de cette pathologie sont actuellement bien codifiées. En effet, selon le *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*, la mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16%) et la plus évitable (80%) [1].

Au Maroc, les dernières données rapportées par le ministère de la santé ont montré une réduction importante du ratio de la mortalité maternelle, qui est passée de 112 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010, à 72,6 en 2017. Soit une réduction de l'ordre de 35%. Selon les données rapportées par le ministère de la santé, les HPP représentent 52% des décès maternels [2].

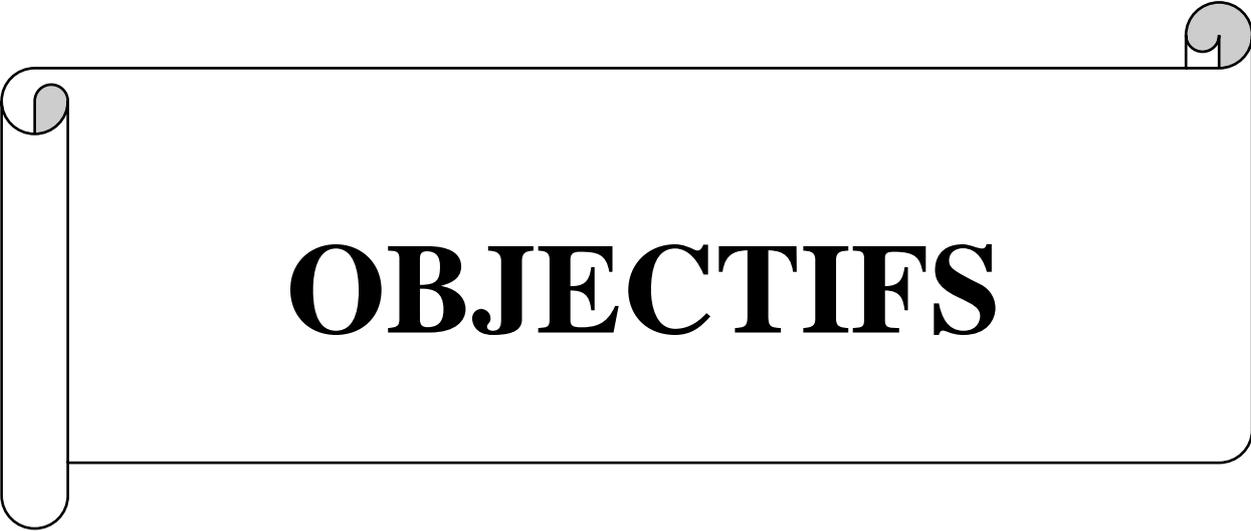
Au Mali, la situation sanitaire est caractérisée par des niveaux de mortalité et de morbidité élevés. En effet un décès maternel est enregistré toutes les 3 heures, et 11% de ces décès sont dus à l'hémorragie ; l'hémorragie du post-partum occupe le premier rang [3].

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

- A l'hôpital du Point « G », au service de gynécologie et d'obstétrique, cette fréquence s'élevait à 1,32% en 2003 [4].
- Au Centre de Santé de Référence de la Commune V, au service de gynécologie et d'obstétrique, cette fréquence s'élevait à 5,14 % en 2010 [5].

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Elle demeure encore un problème d'actualité et un problème majeur de santé publique malgré les progrès marqués en matière de prise en charge [6] Vu l'ampleur du problème ; il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue de l'hémorragie du post-partum immédiat et d'identifier les facteurs de risque.



OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

Objectif général

Etudier le profil épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Décrire les causes de l'hémorragie du post-partum immédiat.
- Identifier les facteurs de risque.
- Décrire les moyens de prévention de l'HPPI.
- Décrire les moyens de prise en charge de l'HPPI et leur impact sur le pronostic obstétrical

GENERALITES

III-GÉNÉRALITÉS

Rappel

1 Définition et diagnostic

Le terme d'hémorragie de la délivrance est souvent employé alors qu'il désigne les hémorragies provenant du lieu d'insertion placentaire et exclut les hémorragies secondaires à des lésions cervico vaginales, une coagulopathie ou une rupture utérine. Il paraît donc plus judicieux d'utiliser le terme d'HPP pour englober l'ensemble des pertes provenant du tractus génital.

Lors d'un accouchement par voie basse, le saignement dit physiologique qui accompagne la délivrance est estimé entre 50 et 300 ml [7].

Une HPP se définit de manière internationale par des pertes sanguines d'un volume supérieur à 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance. Cette définition reste discutée car dans la réalité du terrain, la quantification visuelle du volume des pertes sanguines est souvent très imprécise et peut entraîner un sous diagnostic assez important [8].

Il est également important de distinguer les hémorragies du post-partum immédiat qui surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, des hémorragies du post-partum tardif qui surviennent après 24 heures mais dans les 42 jours qui suivent l'accouchement [9].

2 Les facteurs de risque

Certains facteurs de risque d'HPP ont été mis en avant, mais deux tiers des HPP surviennent sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement retrouvé.

Actuellement, les données présentes dans la littérature ne permettent pas de mettre en place des mesures préventives spécifiques pour des patientes présentant des facteurs de risques particuliers [10]. Cependant, l'association de plusieurs facteurs de risque doit accroître la vigilance des professionnels

2.1 Les facteurs liés à la patiente

-L'âge maternel est le facteur de risque le plus lié à la mortalité maternelle, notamment par hémorragie. Par rapport à une population de patientes dont l'âge est compris entre 25 et 29 ans, le risque de décès par hémorragie est multiplié par trois lorsque la patiente a plus de 35 ans et par huit lorsqu'elle a plus de 40 ans [11].

-La baisse de la contractilité utérine, soit par distension utérine chez les grandes multipares ou au contraire du fait de sa rigidité chez les nullipares augmente le risque d'HPP. La cicatrice utérine modifie aussi la qualité de la contractilité et majore le risque de rupture utérine et de placenta accréta, tous deux responsables d'HPP.

-Les troubles de l'hémostase liés à une pathologie maternelle sont un facteur de risque d'HPP et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire avec l'hématologue.

2.2 Les facteurs liés à la grossesse

L'âge gestationnel de la grossesse influe sur le risque d'HPP. En cas de dépassement de terme, l'utérus pourra avoir des difficultés à se contracter correctement. Mais à l'inverse, l'accouchement prématuré lui est un facteur de risque de rétention placentaire, et donc d'HPP [12].

-Si des pathologies vasculaires apparaissent durant la grossesse (prééclampsie, hellp syndrome, stéatose hépatique acquise gravidique (SHAG)), des troubles de la coagulation peuvent survenir au moment de la naissance et modifier l'adaptation hémodynamique maternelle.

-Les patientes présentant une sur-distension utérine (grossesse multiple, hydramnios, macrosome) sont plus à risque du fait de la diminution de la qualité de la contractilité utérine.

2.3 Les facteurs liés à l'accouchement

-Le déclenchement du travail est un facteur de risque discuté d'HPP car il est souvent associé à une pathologie gravidique qui induit le déclenchement. Dans

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

les cas de déclenchements sans pathologie gravidique, Stones a trouvé dans son étude une augmentation du risque d'HPP alors que Water Stone ne retrouvait pas de lien significatif [13].

-La durée du travail intervient dans le risque d'HPP, notamment lorsqu'elle est associée à une parité élevée [13]. Les différentes études ne trouvent pas de résultats homogènes, mais Saunders a montré une augmentation du risque d'HPP avec l'augmentation de la deuxième phase du travail [14].

-L'utilisation d'ocytociques pendant le travail est considérée par Coombs, comme liée à une augmentation significative du risque d'HPP. Il avance l'hypothèse qu'un utérus qui requiert une stimulation du travail est également plus à risque d'HPP par atonie [15]. De plus, une étude de l'INSERM en 2011 confirme que l'utilisation d'ocytocines augmente le risque d'HPP sévère [16].

-L'étude de Stones montre un risque d'HPP multiplié par deux en cas d'hyperthermie durant le travail.

-La pratique d'une extraction instrumentale augmente le nombre de lésions périnéales et majore donc les saignements en cas de déchirures profondes. La pratique du forceps augmente faiblement le risque d'HPP par atonie utérine [13].

-Les lésions périnéales peuvent être à l'origine d'une HPP ou en aggraver les conséquences. L'épisiotomie médio-latérale serait responsable d'un saignement plus important qu'une déchirure du premier ou du deuxième degré [17].

-La durée de la délivrance est considérée comme l'un des facteurs de risque d'HPP les plus significatifs lorsque celle-ci est supérieure à 30 minutes.

3 Les étiologies

Les HPP peuvent être dues à des étiologies différentes qui relèvent chacune d'une prise en charge spécifique. Elles peuvent parfois s'associer, ce qui rend indispensable un diagnostic précis et complet pour permettre une prise en charge rapide et optimale.

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Elles sont classiquement réparties en quatre **T** : tonus (atonie utérine), traumatisme (lésion de la filière génitale), tissus (placenta), et troubles de la coagulation.

3.1 Tonus

Elle reste la première cause d'HPP et correspond à l'hémorragie de la délivrance proprement dite. 60 % des HPP seraient dues à une atonie utérine [18,19].

De manière physiologique, les contractions du myomètre interviennent dans le processus d'occlusion des artères spiralées myométriales. Elles permettent ainsi la réalisation d'un garrot par la ligature vivante de Pinard et entraînent l'hémostase primaire. Toute altération de la dynamique utérine constitue alors un facteur de risque d'HPP [20].

L'atonie ou inertie utérine survient après la délivrance. Il en existe deux types :

a) **-L'atonie primaire** qui est liée à des facteurs préexistants avant l'accouchement : la sur-distension utérine (grossesse multiple, hydramnios, macrosomie fœtale), l'obésité, les antécédents d'HPP, les hématomes retro-placentaires (HRP) et placenta prævia. Elle peut également dépendre des conditions du travail et de l'accouchement : un travail long qui entraîne un mécanisme d'épuisement utérin, un travail trop rapide, une anomalie de la contractilité utérine (multiparité, fibrome utérin, malformation utérine, chorioamniotite), une césarienne ou une extraction instrumentale [20,21]. Certains auteurs évoquent aussi une désensibilisation des récepteurs à l'ocytocine, ce qui entraîne certaines critiques vis-à-vis de l'utilisation importante d'ocytociques pendant le travail [13].

b) **-L'atonie secondaire**, par rétention de cotylédon ou de membranes

3.2 Traumatisme

Elles peuvent siéger à tous les niveaux de la filière génitale : rupture utérine, déchirures du col, déchirures vaginales, vulvaires et périnéales, thrombus vaginal.

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

D'origine traumatique, elles sont à l'origine d'environ 20 % des HPP et sont responsables des pertes sanguines les plus importantes et de taux de transfusion élevés. Par ailleurs, une épisiotomie peut dans 10 % des cas être responsable de pertes de plus de 300 ml [20].

Les déchirures du col peuvent survenir lorsque les efforts expulsifs ont été débutés avant la dilatation cervicale complète. Elles peuvent également survenir en cas d'accouchement très rapide et lors d'extractions instrumentales. Elles sont alors le plus souvent associées à des plaies vaginales pouvant être responsables de saignements importants.

La rupture utérine est rare et ne survient que dans un accouchement sur 1500 [22]. Elle se voit surtout en cas d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel. L'hémorragie n'étant pas toujours extériorisée, la rupture utérine doit être recherchée en cas d'instabilité hémodynamique maternelle non expliquée par les pertes extériorisées.

Le thrombus vaginal est souvent non extériorisé lorsque la muqueuse vaginale est intacte. Il constitue une hémorragie interne pouvant être massive et évoluant souvent à bas bruit avant les premiers symptômes.

3.3 Tissus

Elles vont compliquer la délivrance et favoriser l'hémorragie. Voici les anomalies placentaires les plus fréquemment retrouvées :

-Le placenta prævia est inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Celui-ci possède de faibles capacités contractiles du fait de la finesse de sa musculature. Il peut donc être à l'origine d'une HPP par atonie utérine [23].

-Le placenta accréta se définit comme une adhérence anormale du placenta au myomètre. Il est le plus souvent secondaire à une altération de la muqueuse utérine suite à des traumatismes (césariennes, myomectomies, curetages). Il en existe trois types, définis selon le degré de pénétration des villosités placentaires dans le myomètre. Il est dit accréta lorsqu'il n'est que partiellement envahi, increta lorsque le muscle utérin est complètement envahi et percreta quand les

villosités franchissent la séreuse et peuvent atteindre les organes avoisinants [23].

-Les anomalies de la structure placentaire, comme les cotylédons aberrants peuvent être responsables de rétention placentaire.

3.4 Troubles de la coagulation

Les patientes porteuses d'un trouble congénital de l'hémostase sont habituellement connues et font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire. La naissance est le plus souvent programmée, avec un protocole spécifique adapté à la patiente afin d'éviter les problèmes hémorragiques [20].

En revanche, certaines situations comme la rétention de fœtus mort, l'HRP, la prééclampsie, l'Haemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelet count (HELLP) syndrome, l'embolie amniotique, peuvent générer des coagulations intravasculaires disséminées (CIVD) ; mais toute HPP grave peut se compliquer d'une CIVD. Les troubles de l'hémostase sont bien plus souvent la conséquence de la spoliation sanguine liée à l'hémorragie que l'étiologie du syndrome hémorragique [21,24]. La présence de troubles de l'hémostase doit donc être considérée comme un facteur de gravité et ne doit pas empêcher la recherche d'une autre étiologie primaire à cette hémorragie.

4 Les recommandations pour la pratique

L'HPP est donc un événement soudain et imprévisible qui nécessite une réactivité immédiate de la part de toute l'équipe médicale. Pour cela, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), avec l'aide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé, ont établi des RPC en 2004.

4.1 Prévention : principe de sécurité à appliquer à toute femme enceinte

a) -En anténatal

Chaque femme enceinte, en plus des consultations prénatales, sera adressée en consultation d'anesthésie. Une numération formule sanguine sera réalisée afin de dépister une éventuelle anémie, et une substitution en fer et en folates sera

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

prescrite si nécessaire. Cette consultation permet de prévoir d'éventuels gestes de réanimation en cas de survenue d'une HPP.

En cas de bilan biologique perturbé, un suivi conjoint entre l'anesthésiste réanimateur, l'hématologue et le gynécologue obstétricien pourra être envisagé. Les mesures nécessaires pour l'accouchement seront alors décidées (ex : commande de sang au laboratoire aux alentours de la date prévue d'accouchement).

Il est recommandé pour les patientes présentant un placenta prævia, une suspicion de placenta accréta ou des troubles sévères de l'hémostase, que la naissance se déroule dans un centre hospitalier disposant des moyens techniques adaptés (soins intensifs maternels, produits sanguins labiles disponibles sur place, gynécologue obstétricien et anesthésiste réanimateur sur place 24 heures sur 24) [10].

De plus, dans le service de salle d'accouchement, un protocole de prise en charge de l'HPP doit être présent. Il doit être rédigé en collaboration avec l'équipe anesthésique et doit préciser le rôle de chaque intervenant. Il doit être adapté aux conditions locales d'exercice et être régulièrement mis à jour.

b) -A l'admission de toute femme en travail

Il est recommandé que chaque patiente se présentant en salle d'accouchement dispose d'une carte de groupe sanguin valide avec deux déterminations de groupe sanguin ABO RH1 (D) et du phénotype RH et KELL 1, ainsi que d'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) datant de moins d'un mois. En leur absence, ces examens doivent être prélevés et acheminés dans les plus brefs délais.

Une voie veineuse périphérique de calibre 18 gauges doit être mise en place.

Un anti acide (Cimétidine ®) doit être donné à la patiente en début de travail afin de prévenir un syndrome de Mendelson en cas de nécessité d'intubation.

Les facteurs de risque d'HPP doivent être recherchés.

c) -Lors de l'accouchement

Il doit y avoir une prise en charge active de la délivrance, grâce à la réalisation d'une délivrance dirigée ou délivrance active dirigée. De plus, un massage utérin sera effectué en cas d'atonie utérine uniquement lorsque la délivrance aura eu lieu. Un sac de recueil doit être mis en place immédiatement après la naissance de l'enfant afin de permettre la quantification des pertes sanguines. Son efficacité à réduire le risque ou la gravité de l'HPP reste cependant à établir.

Un examen soigneux du placenta doit être réalisé afin de vérifier son intégrité. L'absence de cotylédons ou de membranes implique une révision utérine.

En cas de non délivrance dans un délai de 30 minutes, une délivrance active devra être réalisée.

d) -Après l'accouchement

En cas de facteurs de risque, une perfusion lente de 20 UI d'ocytocine maximum dans 500 cc de sérum glucosé ou de Ringer lactate pourra être administrée à la patiente sur une durée de 2 heures.

Une surveillance par la sage-femme tous les quarts d'heure pendant au moins deux heures après l'accouchement est nécessaire. Les éléments suivants doivent être recueillis : l'importance des pertes sanguines, la rétraction utérine, la coloration de la patiente, la pression artérielle et la fréquence cardiaque. Tous ces éléments doivent être notés sur une feuille de surveillance [10,25].

4.2 Prise en charge de l'HPP

Les hémorragies graves peuvent revêtir plusieurs formes, allant de l'hémorragie brutale aux saignements à bas bruit qui entraînent souvent une sous-estimation des pertes. Dans les deux cas, une prise en charge la plus rapide possible est nécessaire.

La sage-femme est, en règle générale, le premier intervenant présent au moment du diagnostic. Son rôle est de prévenir dans les plus brefs délais l'ensemble de l'équipe médicale (l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur, l'infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE)). Les internes d'obstétrique et d'anesthésie

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

pourront également être présents, ainsi qu'une deuxième sage-femme si l'activité du service le requiert.

Le facteur temps étant primordial et les gestes effectués étant chronophages, il est impératif de noter sur une feuille de surveillance spécifique l'heure de diagnostic d'HPP, les différentes constantes, les gestes réalisés ainsi que leurs horaires.

a) -La prise en charge initiale

Elle correspond à un certain nombre d'actions qui doivent être réalisées dans une durée maximum de 30 minutes afin de ne pas retarder la prise en charge.

Du point de vue obstétrical, la recherche de l'étiologie est la priorité.

La délivrance ou troisième période du travail est le dernier temps de l'accouchement. Elle correspond à l'expulsion en dehors du tractus féminin du placenta et des membranes.

Si la délivrance n'a pas eu lieu : une délivrance active est nécessaire, suivie d'au moins une révision utérine. Elle est généralement réalisée par l'obstétricien, mais la sage-femme est en droit de l'effectuer dans l'attente de son arrivée. Une antibioprophylaxie est réalisée. En cas d'échec de la délivrance active, si aucun plan de clivage n'est trouvé et que chaque essai entraîne une majoration des saignements, il faut évoquer la possibilité d'une anomalie d'insertion placentaire. La prise en charge radiologique ou chirurgicale s'impose alors.

Si la délivrance a eu lieu : la RU s'impose, même si la délivrance semble complète. Elle permet de s'assurer de l'intégrité de la cavité utérine, de l'absence de rétention placentaire et de la vacuité utérine. Le plus souvent, une seule RU doit suffire à s'assurer de la vacuité utérine. Un massage utérin intense et constant doit être effectué par la main abdominale de l'opérateur. Dans le même temps, une injection d'ocytocine doit avoir lieu afin de renforcer le tonus utérin. Elle doit se faire en intraveineuse lente à la posologie de 5 à 10 UI.

Un examen sous valve est nécessaire afin d'éliminer tous saignements en provenance du col, des parois et culs de sacs vaginaux. L'exposition facilite la

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

suture des lésions qui devra avoir lieu sans tarder. Les saignements provenant d'une éventuelle épisiotomie ne doivent pas être négligés, et sa suture doit être rapide. Un sondage vésical est réalisé. Voir figure 1.

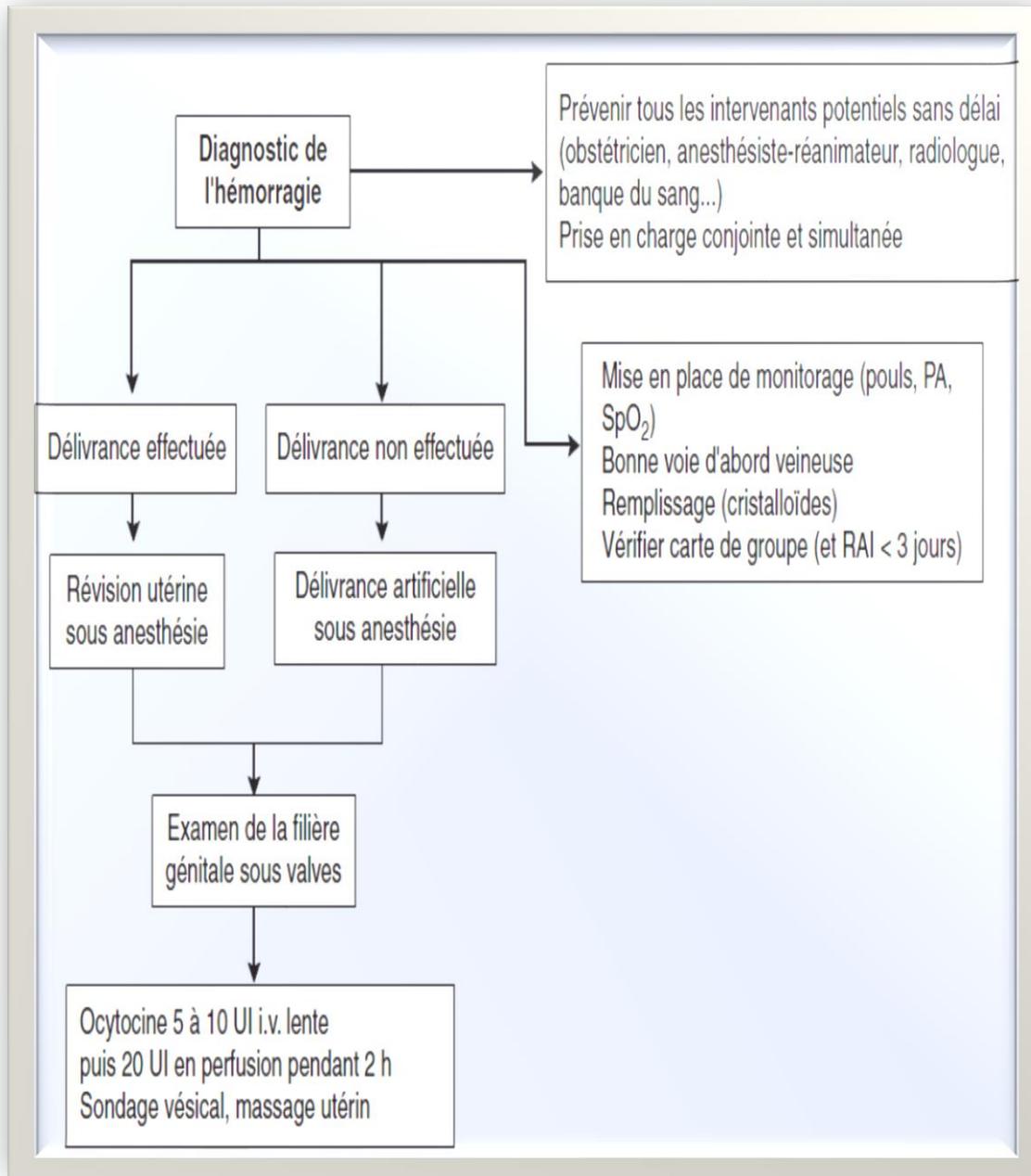


Figure 1 : Arbre décisionnel pour prise en charge initiale d'HPPI [12].

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Du point de vue anesthésique, la mise en condition minimale comporte la mise en place d'une surveillance par scope, pression artérielle (PA) non invasive et une oxymétrie de pouls. Une oxygénothérapie doit être débutée. La vérification d'une voie veineuse périphérique (VVP) fonctionnelle est impérative avec la mise en place d'une perfusion de cristalloïdes pour permettre une expansion volémique.

Si l'hémorragie persiste au-delà de 15 à 30 minutes, il est nécessaire de passer aux autres traitements. Ce délai sera modulé en fonction de l'abondance de l'hémorragie et de son retentissement hémodynamique.

b) -La prise en charge de l'hémorragie qui s'aggrave

L'équipe obstétricale doit se reposer la question de l'étiologie, en réalisant une RU et en pratiquant un examen sous valve s'il n'a pas déjà été fait. Mais ces gestes ne doivent pas retarder la suite de la prise en charge.

Une perfusion de sulprostone (Nalador ®) doit être débutée en IV à la seringue électrique. C'est un analogue de synthèse de la prostaglandine (PG) E2 et il est devenu le traitement de référence de l'atonie utérine résistante à l'ocytocine [26]. Les contre-indications pour ce produit sont l'hypertension artérielle (HTA), l'asthme, les coronaropathies, l'insuffisance cardiaque, le glaucome, la comitialité, les thromboses et le diabète déséquilibré. Elles doivent cependant être discutées au cas par cas. Cette perfusion déclenche fréquemment une hyperthermie, ce qui peut poser un problème de diagnostic différentiel avec un sepsis. Des vomissements et tremblements peuvent également être associés.

Il est recommandé de débiter le sulprostone dans les 15 à 30 minutes après le début de l'hémorragie, dès que les gestes obstétricaux ont été réalisés et que la mise en place d'ocytocine n'a pas permis l'arrêt de l'hémorragie. En effet, sa mise en place après 30 minutes de saignement non contrôlé par l'ocytocine diminue par 8 son efficacité [27]. Il est préparé dans une seringue contenant 50 ml de sérum physiologique et une ampoule de 500 µg de sulprostone. La vitesse de délivrance sera ajustée en fonction de la réponse au traitement, et jugée sur la

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

quantité des pertes sanguines et la tonicité utérine. Elle peut être augmentée de 10ml/h régulièrement sans dépasser une vitesse maximale de 50 ml/h ou débutée d'emblée à 50 ml/h. A l'arrêt de l'hémorragie, un plateau de deux heures doit être maintenu, puis une diminution par palier de 10 ml/h toutes les 15 minutes.

L'arrêt du sulprostone doit être fait en salle de naissance ou en unité de soins intensifs. Un relais par une perfusion d'ocytocine (10 à 20 UI sur deux heures) est recommandé. En cas d'échec du traitement durant 30 minutes, une solution invasive devra être envisagée.

L'utilisation de misoprostol n'est pas recommandée en France mais peut être envisagée en cas de contre-indication au sulprostone [21,25].

Du point de vue de l'équipe d'anesthésie, la surveillance hémodynamique doit être renforcée. Une sonde à demeure est mise en place afin de vérifier la diurèse horaire qui doit être supérieure à 30ml/h.

Une deuxième voie veineuse doit être posée. Un premier bilan de coagulation doit être prélevé et envoyé en urgence. Il doit comprendre une numération formule sanguine (NFS), un taux de prothrombine (TP), un temps de céphaline activé (TCA), le fibrinogène, les produits de dégradation de la fibrine (PDF) et les D Dimère. Les bilans devront être répétés en fonction de la situation clinique. Si les derniers résultats de RAI datent de plus de 5jours, un nouveau prélèvement doit être fait en urgence. Une mesure immédiate du taux d'hémoglobine par un appareil de type Hémocue® peut être réalisée afin de rechercher une anémie et sa gravité.

Le centre transfusionnel doit être prévenu afin de gérer l'approvisionnement en culots de globules rouges (CGR) et de plasma frais congelé (PFC).

L'équilibre hémodynamique est maintenu par un remplissage vasculaire simultané à l'aide de cristalloïdes (Ringer-Lactate®) et de Colloïdes (Voluven®, Plasmion®). Les concentrés globulaires doivent être transfusés dès que possible afin de maintenir un taux d'hémoglobine aux alentours de 9g/dl.

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Si la patiente présente des troubles de conscience et un état hémodynamique instable, il peut être nécessaire de réaliser une intubation oro-trachéale avec ventilation mécanique pour optimiser l'oxygénation et protéger les voies aériennes supérieures.

Si aucune amélioration n'est notée après 30 minutes de perfusion de sulprostone, une prise en charge invasive est nécessaire (embolisation, chirurgie). Si la stratégie appropriée n'est pas disponible dans l'établissement, il est envisageable d'effectuer un transfert pour réaliser le geste d'hémostase. Pour cela il est fondamental que la patiente présente un état hémodynamique stable et que le transport soit médicalisé et rapide. Voir figure 2.

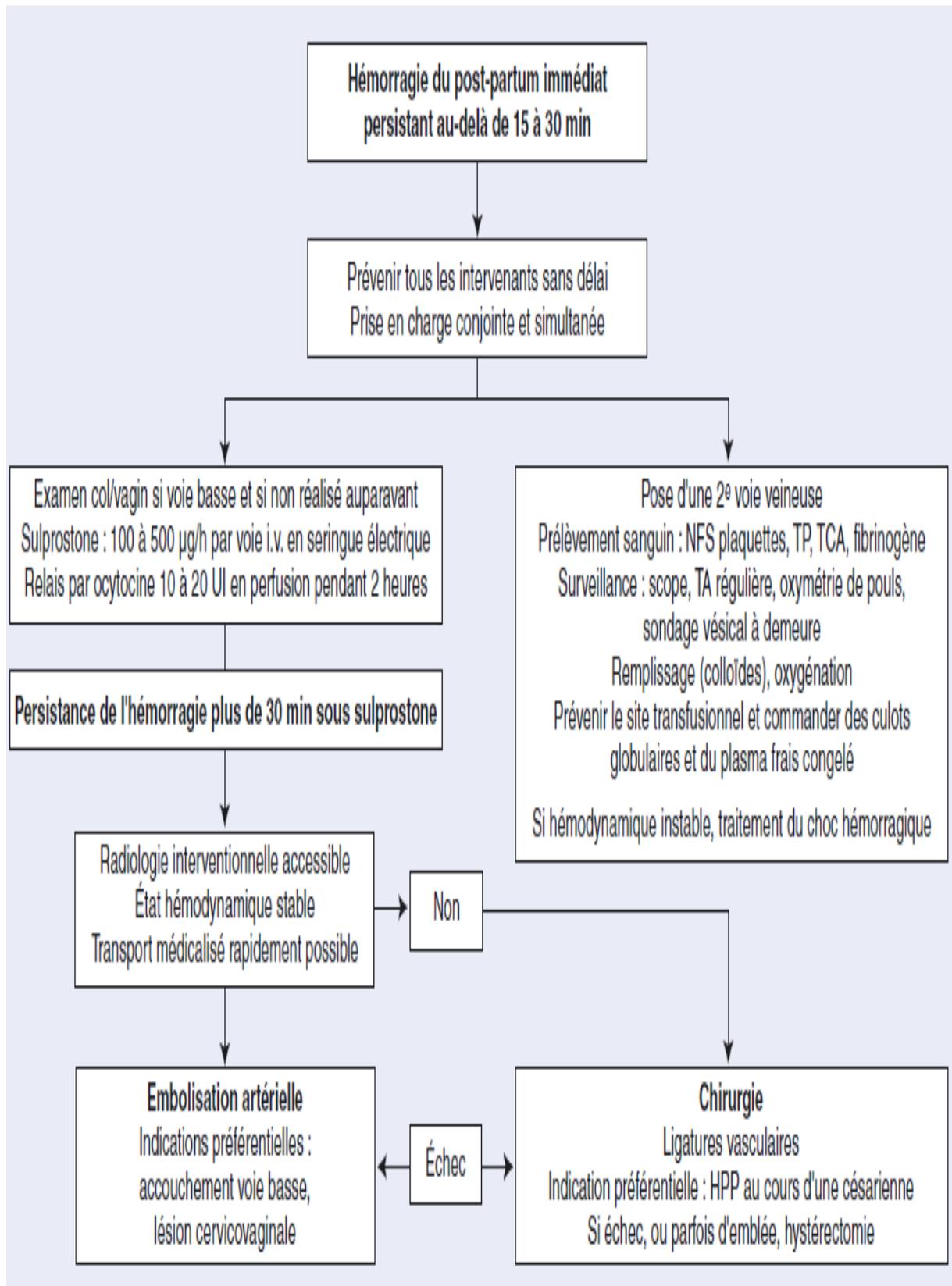


Figure 2 : Arbre décisionnel. Prise en charge d'une HPP qui persiste au-delà de 15 à 30 minutes [12].

Voici un tableau récapitulatif du diagnostic de gravité de l'hémorragie

Perte sanguine(ml)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
(%) de masse sanguine	< 15	15-30	30-40	>40
PAS (mm Hg)	Inchangée	Normale	Diminuée	Très basse
PAD (mm Hg)	Inchangée	Augmentée	Diminuée	Très basse
FC (Batt. Min)	<100	100-120	120 (Pouls faible)	>120(pouls très faible)
Temps de recoloration capillaire	Normale	>2 s Lente	>2 s Lente	Indétectable
Fréquence respiratoire (Cycle.mim)	Normale	Normale	>20 Tachypnée	>20 Tachypnée
Diurèse (ml.h)	>30	20-30	10-20	0-10
Extrémités	Normales	Pâles	Pâles	Pales et froides
Coloration	Normale	Pâle	Pâle	Grise
Conscience	Normal Ou altérée	Anxiété Ou agressivité	Anxiété Ou agressivité Ou altérée	Altérée ou coma

Source : d'après RPC-Remplissage vasculaire au cours des hypovolémies relatives ou absolues
Rean Urg 1997 ; 6(3 bis) :389-405

c) -La prise en charge par méthodes invasives

L'embolisation artérielle :

L'indication d'embolisation doit être prise de manière conjointe entre l'obstétricien, l'anesthésiste et le radiologue. Elle est recommandée lorsque la patiente présente une atonie utérine résistante aux utéro toniques, une déchirure cervico-vaginale déjà suturée ou non accessible, un thrombus vaginal ou un placenta accreta.

La surveillance par l'équipe d'anesthésie et obstétricale doit être constante durant l'embolisation pour permettre une intervention chirurgicale rapide en cas d'échec.

Le cathéter est introduit par voie fémorale ou axillaire et un produit de contraste est injecté pour repérer les vaisseaux responsables de l'hémorragie. Une

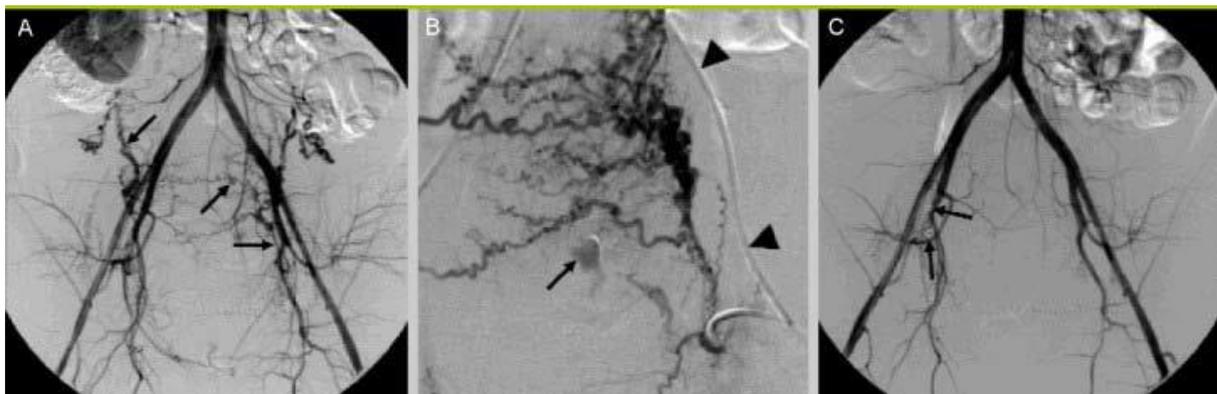
Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

embolisation bilatérale des artères utérines est pratiquée dans tous les cas [12,28]. L'hémostase peut être obtenue après injection de vasopressine (durée d'oblitération d'environ 6 heures) ou de matériel d'embolisation (type Spongel®) si l'on souhaite une oblitération plus longue.

L'embolisation artérielle possède une efficacité comprise entre 70 et 100 %. Il s'agit donc d'une méthode de choix qui comporte de nombreux avantages : elle est peu invasive, l'amélioration clinique et biologique est rapide, la fertilité future est relativement bien conservée et en cas d'échec, le recours à une chirurgie est possible.

En revanche, pour en bénéficier, la patiente doit présenter un état hémodynamique stable car la durée de l'intervention reste souvent supérieure à 2 heures [28,29]. De plus un plateau technique performant doit être disponible immédiatement avec du personnel qualifié.

Des complications peuvent également avoir lieu comme une dissection artérielle, une migration de plaque d'athérome avec emboles distaux, un hématome au point de ponction, une allergie au produit de contraste et rarement une ischémie utérine, vaginale ou vésicale [28]. Mais chez la femme jeune à artères saines, les complications de l'embolisation artérielle sont exceptionnelles [12]. Voir figure 3



La figure 3 : Angiographie avec embolisation des artères utérines réussie chez une patiente de 31 ans présentant une HPP sévère.

Disponible sur : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/art/33520.html>

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

A : l'angiographie initiale du pelvis permet de repérer les deux artères utérines (flèches noires)

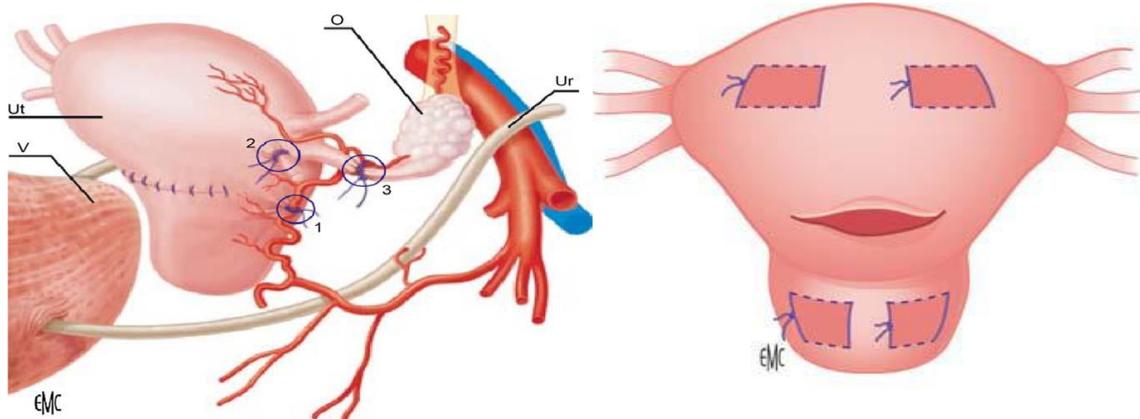
B : après cathétérisme sélectifs de l'artère utérine gauche (tête de flèche noire), mise en évidence d'extravasation de produit de contraste au niveau d'une branche terminale (flèche noire), traduisant un saignement.

C : Le contrôle angiographique final montre une occlusion complète des artères utérines.

Le traitement chirurgical

Il doit être envisagé si la patiente ne remplit pas les conditions nécessaires à une embolisation ou si celle-ci n'est pas réalisable dans l'établissement et que le transfert de la patiente n'est pas possible.

Il consiste en une ligature vasculaire, associée parfois à un capitonnage utérin. Ces ligatures concernent le plus souvent les artères utérines éventuellement associées à celles des ligaments ronds et des utéro-ovariens. Une ligature bilatérale des artères hypogastriques est également possible mais les données sur le sujet ne sont pas suffisantes pour privilégier une de ces méthodes. Voir figure 5



A

B

Figure 5 : **A**-Triple ligature vasculaire selon Tsirulnikov. [42] ; **B**-Capitonnage utérin en cadre selon Cho et al. [43]

Légende : V : vessie ; Ut : utérus ; O : ovaire ; Ur : uretère ; 1 : branche ascendante de l'artère utérine ; 2 : ligament rond ; 3 : ligament utéro-ovarien.

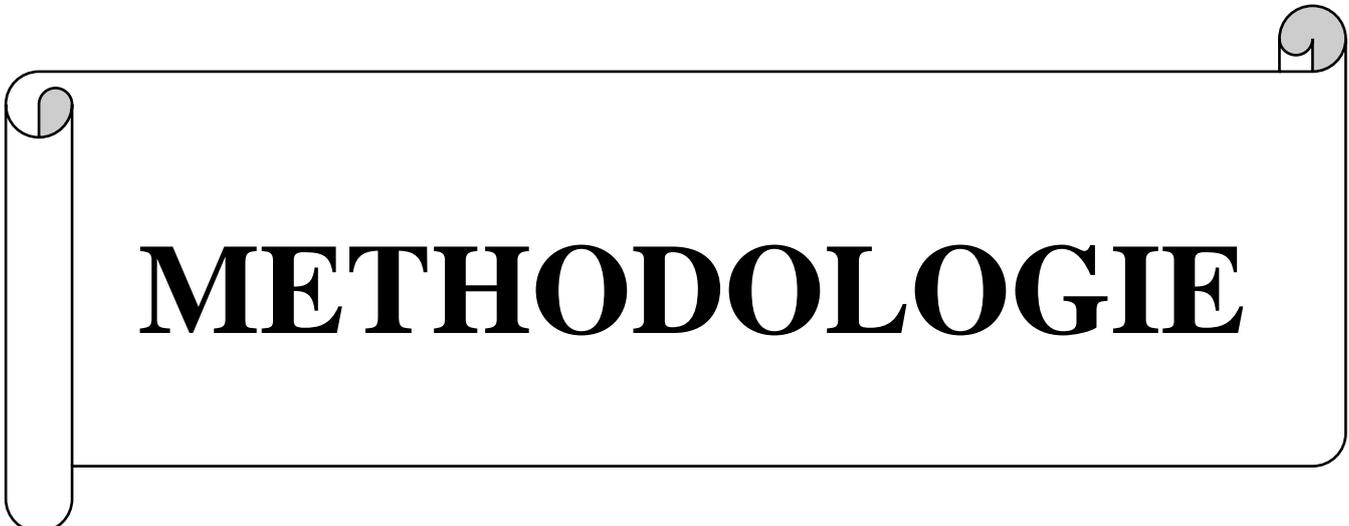
Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Dans les cas d'extrême urgence, ou quand aucune autre solution ne semble envisageable, une hystérectomie d'hémostase est réalisée. Elle sera préférentiellement subtotale car elle est de réalisation plus simple et plus rapide que l'hystérectomie totale, et tout aussi efficace.

La surveillance post-interventionnelle

Elle devra être faite en service de réanimation ou de soins intensifs afin de poursuivre une surveillance rapprochée.

En cas d'intervention radiologique ou chirurgicale, une prévention thromboembolique par bas de contention et par administration d'anticoagulant devra être débutée et mise en place dans les 12 heures suivant la fin de l'hémorragie.



METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

1. Cadre D'étude :

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

Le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé référence de la commune V comporte 5 gynécologues-obstétriciens.

Les sages-femmes au nombre de 32 sont d'un apport inestimable.

Le service comprend :

- une maternité avec une salle d'accouchement contenant 4 tables d'accouchement,
- une unité de grossesses à risque de 16 lits,
- une unité post opératoire de 21 lits,
- un bloc opératoire avec deux salles d'opération,
- une unité de néonatalogie,
- une unité de planning familial et post natale,
- une unité de CPN,
- une unité PEV
- une unité de Soins Après Avortement (S.A.A),
- un service d'anesthésie avec 01 médecine et 05 assistants (techniciens supérieurs) en anesthésie-réanimation,
- une unité de gynécologie.

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

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1er Janvier 2018 au 31décembre 2019 soit 24 mois.

3. Population d'étude :

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

4. Taille de l'échantillon :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas d'hémorragie du post-partum immédiat. Notre échantillon était constitué de **327** patientes. Pendant la même période, **19929** accouchements ont été enregistrés dans le service.

5. Critères d'inclusion :

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

6. Critères de non inclusion :

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

7. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait par un questionnaire complété à partir :

- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre de SONU ;
- Le registre d'accouchement ;
- Le registre d'admission ;
- Les registres de transfert ;
- Le registre de CRO ;
- Le registre de fiche d'anesthésie ;
- Le registre de transfusion ;
- Le registre de césarienne ;
- Le registre de décès maternel ;

- Le carnet de CPN ;
- La fiche de liaison (évacuation)

8. Les variables étudiées :

- la fréquence des hémorragies du postpartum
- les caractéristiques socio-démographiques
- les antécédents des patientes
- la provenance
- le mode d'admission
- le motif d'admission
- les facteurs de risque d'HPPI
- la consultation prénatale
- l'auteur de la consultation prénatale
- la voie d'accouchement
- le lieu de l'accouchement
- la durée du travail d'accouchement
- la qualification de l'accoucheur
- mode de délivrance
- les causes des HPPI
- la disponibilité du groupe sanguin de la patiente
- la prise en charge
- le pronostic maternel

9. Les définitions opératoires

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

PRIMIGESTE=1 grossesse ; **PAUCIGESTE**= 2 à 3 grossesses

MULTIGESTE= 4 à 5 grossesses ; **GRANDE MULTIGESTE**= 6 grossesses et plus

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

MULTIPARE= 4 accouchements et plus

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

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

10. Les difficultés de l'étude :

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

11- Le plan d'analyse et le traitement des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 25.0



RESULTATS

V-RÉSULTATS

1-Fréquence :

-Pendant une période d'étude de 2ans, nous avons enregistré **19929** accouchements dont **327** compliqués d'hémorragie du post-partum immédiat soit une fréquence de **1,64%**

2-Caractères sociodémographiques :

2-1 Age :

Tableau I : répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge (Année)	Effectif	Pourcentage
14 – 25	160	48,9
26 – 35	121	37,0
36 – 45	46	14,1
Total	327	100

Minimum = 14 ans ; Moyenne = 25,81 ± 7,05 ans ; Maximum = 45 ans

2-2 Résidence :

Tableau II : répartition des patientes en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune V	278	85,0
Hors Commune V	46	14,1
Hors Bamako	3	0,9
Total	327	100

2-3 Niveau d'instruction

Tableau III : répartition des patientes en fonction de la scolarisation

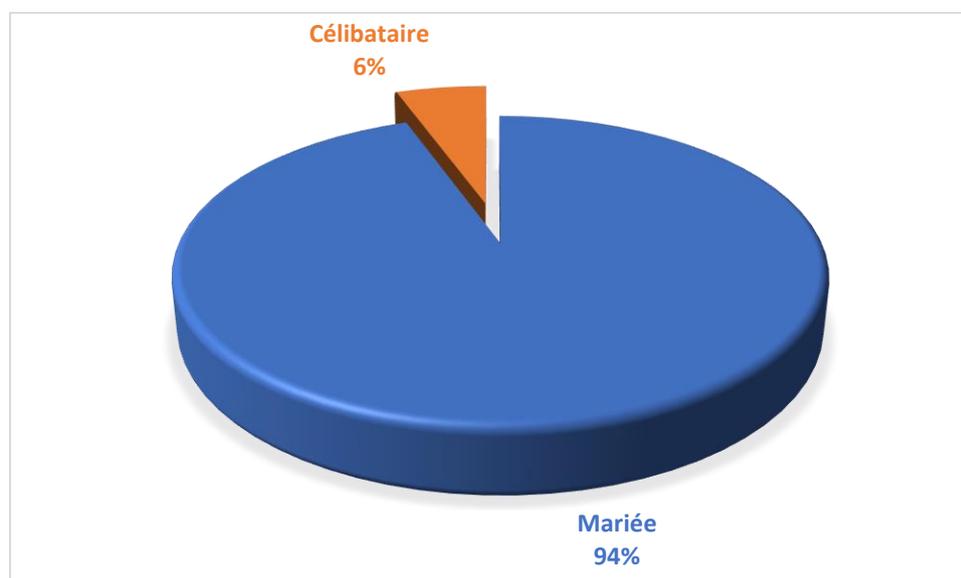
Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Niveau primaire	100	33,6
Niveau secondaire	108	33,0
Universitaire	8	2,4
Post universitaire	21	6,4
Non instruite	90	27,5
Total	327	100

2-4 Profession

Tableau II : répartition des patientes en fonction de leurs professions

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	199	60,8
Elève / Etudiante	78	23,9
Fonctionnaire	21	6,4
Commencante	29	8,9
Total	327	100

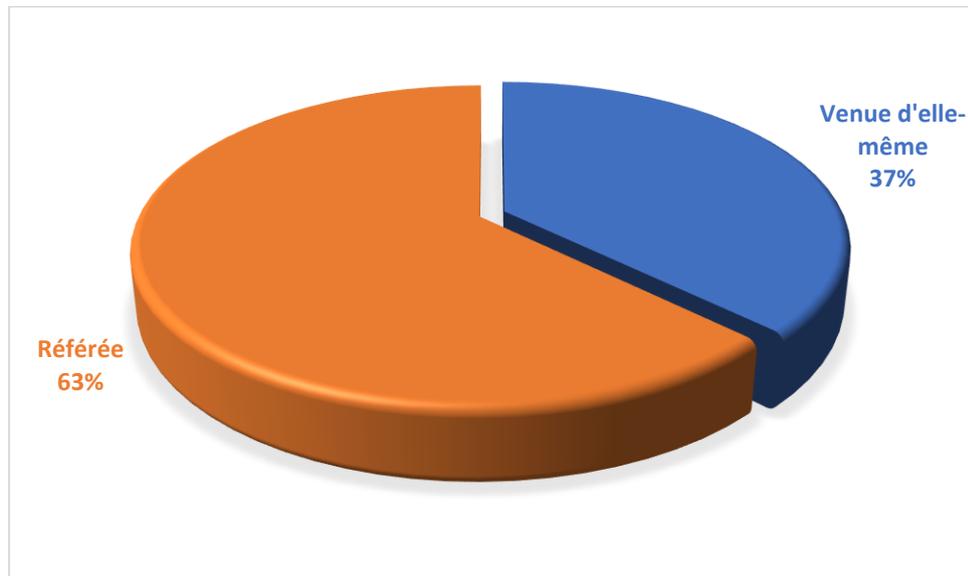
2-5 Statut matrimonial



Graphique 1 : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

3-Clinique

3-1 Mode d'admission



Graphique 2 : répartition des patientes en fonction du mode d'admission

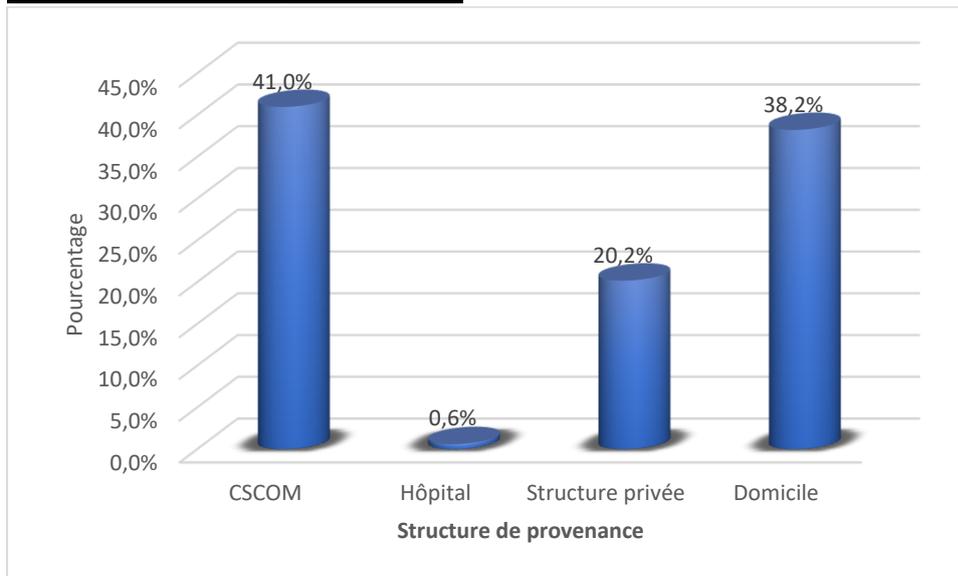
3-2 Motif d'évacuation

Tableau V : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Algie pelvienne	118	36,1
Hémorragie du post partum	140	42,8
Effort expulsif >à 45 minutes	5	1,5
Hauteur utérine excessive	3	1
Accouchement à domicile	4	1,2
HRP	18	5,5
Placenta prævia	3	0,9
Hydramnios	3	0,9
Grossesse multiples	4	1,2
Myome et grossesse	1	0,3
ATCD D'HPP	3	0,9
Autres	25	7,6
Total	327	100

Autres : utérus cicatriciel en travail 3cas, anémie sur grossesse 5cas, bilan prénatal non fait 6cas, présentation vicieuse 3cas, suspicion de macrosomie 2cas, HTA sur grossesse 4cas, antécédents obstétricaux chargé 2cas.

3-3 Structure de provenance



Graphique 3 : répartition des patientes en fonction de la provenance

4-Causes d'hémorragie du post partum

Tableau VI : répartition des patientes en fonction de la cause de l'hémorragie du post partum

Causes d'hémorragie		Effectif	Pourcentage
Hémorragie par rétention placentaire	Rétention totale	5	1,5
	Rétention partielle	68	20,8
Trouble de la contractilité utérine		171	52,3
Trouble de la coagulation		3	0,9
Traumatisme des parties molles	Déchirure périnéale	9	2,8
	Épisiotomie non suturée	30	9,2
	Déchirure du vagin	11	3,4
	Déchirure du col	20	6
	Rupture utérine	10	3,1
Total		327	100

5 Les antécédents

5-1 Antécédents obstétricaux

Tableau VII : répartition des patientes en fonction de la Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	101	30,9
Paucigeste	97	29,7
Multigeste	83	25,4
Grande multigeste	46	14,1
Total	327	100

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	105	32,1
Paucipare	102	31,2
Multipare	77	23,5
Grande multipare	43	13,1
Total	327	100

Tableau IX : répartition des patientes en fonction des autres antécédents obstétricaux

Accouchement prématuré	Effectif	Pourcentage
Oui	11	3,4
Non	316	96,6
Accouchements multiples		
Oui	16	4,9
Non	311	95,1
Antécédents d'HPP		
Oui	1	0,3
Non	326	99,7

5-2 Antécédents chirurgicaux

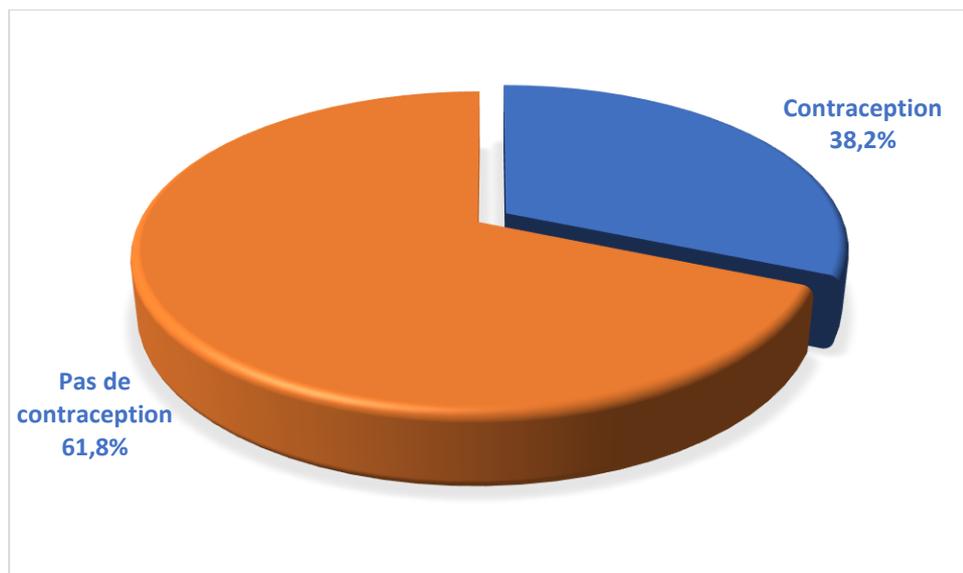
Tableau X : répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	20	6,1
GEU	4	1,2
Myomectomie	1	0,3
Appendicectomie	4	1,2
Aucun	298	91,2
Total	327	100

5-3 Antécédents médicaux

Tableau XI : répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	13	4,0
Drépanocytose	9	2,8
Diabète	1	0,3
Asthme	6	1,8
Obésité morbide	7	2,1
Aucun	291	89,0
Total	327	100



Graphique 4 : répartition des patientes en fonction de la notion de prise de contraception

6- Caractère de la grossesse actuelle

6-1 Nombre de fœtus



Graphique 5 : répartition des patientes en fonction du nombre de fœtus

6-2 La réalisation de CPN

Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la réalisation des CPN

CPN	Effectif	Pourcentage
Réalisées	287	87,8
Non réalisées	40	12,2
Total	327	100

6-3 Nombre de CPN

Tableau III : répartition des patientes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	40	12,2
1	19	5,8
2	40	12,2
3	91	27,8
4	77	23,5
Plus de 4	60	18,5
Total	327	100

6-4 Auteur des CPN

Tableau XIV : répartition des patientes en fonction de l'auteur des CPN

Auteurs CPN	Effectif	Pourcentage
Médecin	50	15,3
Sage-femme	188	57,5
Infirmière obstétricienne	33	10,1
Matrone	16	4,9
Non suivi	40	12,2
Total	327	100

6-5 Terme de la grossesse

Tableau XV : répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Avant terme	13	4,0
Terme	312	95,4
Post terme	2	0,6
Total	327	100

6-6 Hauteur utérine

Tableau XVI : répartition des patientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
Non renseigné*	111	33,9
<32cm	78	23,9
32-35cm	121	37
>36 cm	17	5,2
Total	327	100

Non renseigné* : ce sont des patientes ayant accouché en dehors du CSRef et dont il n'avait pas d'informations sur la hauteur utérine et les cas d'accouchements à domicile.

6-7 Rupture prématuré des membranes

Tableau XVII : répartition des patientes en fonction de la rupture prématuré des membranes

RPM	Effectif	Pourcentage
< 12 H	140	42,8
>12H	67	20,5
Membranes intactes	120	36,7
Total	327	100

6-8 Etat général

Tableau XVIII : répartition des patientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	309	94,5
Altéré	18	5,5
Total	327	100

6-9 Etat des conjonctives

Tableau XIX : répartition des patientes en fonction de la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	229	70,0
Pâles	98	30,0
Total	327	100

6-10 Présentation du fœtus

Tableau XX : répartition des patientes en fonction de la présentation du fœtus

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	312	95,4
Siège	15	4,6
Total	327	100

6-11 Groupage sanguin

Tableau XXI : répartition des patientes en fonction du bilan biologique réalisé

Groupage sanguin	Effectif	Pourcentage
Groupées en urgence	182	55,6
Déjà groupées	145	44,4
Total	327	100

7- Déroulement de l'accouchement

7-1 Mode d'accouchement

Tableau XXII : répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	309	94,5
Césarienne	16	4,9
Laparotomie	2	0,6
Total	327	100

7-2 Extraction instrumentale

Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction de la réalisation d'une extraction instrumentale

Extraction instrumentale	Effectif	Pourcentage
Oui	12	3,7
Non	315	96,3
Total	327	100

7-3 Durée du travail

Tableau XXIV : répartition des patientes en fonction de la durée du travail

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
<12heures	104	31,8
≥12 heures	137	41,9
Non précisée*	86	26,3
Total	327	100

Non précisée* : patientes référées sans aucune information sur le partographe et celles qui ont accouché à domicile.

7-4 Durée d'expulsion

Tableau XXV : répartition des patientes en fonction de la durée d'expulsion

Durée d'expulsion	Effectif	Pourcentage
<15minutes	216	66,1
15-30minutes	16	4,9
>30minutes	10	3
Non précisée*	85	26
Total	327	100

Non précisée* : patientes référées sans aucune information sur le partographe et celles qui ont accouché à domicile.

8-Qualification de l'accoucheur

Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'accoucheur

Qualification accoucheur	Effectif	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien	1	0,3
Médecin	60	18,3
Sage-femme	240	73,4
Infirmière obstétricienne	14	4,3
Matrone	8	2,4
Non assisté (à domicile)	4	1,3
Total	327	100

9- Nouveau-né

Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction de l'état du nouveau-né

Poids du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	317	96,9
Décédé	10	3,1
Total	327	100

Tableau XXVIII : répartition des patientes en fonction du poids du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
<2500	25	7,6
2500- 4000	293	89,6
>4000	9	2,8
Total	327	100

10-Type de délivrance

Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction du type de délivrance

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
Naturelle	4	1,2
Artificielle	31	9,5
Active (GATPA)	292	89,3
Total	327	100

11 Traitement médical

11-1 Révision utérine

Tableau XXX : répartition des patientes en fonction de la réalisation d'une révision utérine

Révision utérine	Effectif	Pourcentage
Cavité vide et régulière	242	74,0
Présence d'une solution de continuité	10	4,0
Présence de débris placentaire	68	20,5
Rétention de placenta	5	1,5
Total	327	100

11-2 Réalisation de transfusion

Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction de la réalisation de transfusion

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	80	24,5
Non	247	75,5
Total	327	100

11-3 Utilisation des solutés de remplissage

Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction de l'utilisation des solutés de remplissage

Solutés	Effectif	Pourcentage
Gélofusine	22	6,7
Cristalloïdes	305	93,3
Total	327	100

11-4 Utilisation d'ocytocine

Tableau XXXIII : répartition des patientes en fonction de l'utilisation d'ocytocine

Ocytocine	Fréquence	Pourcentage
Oui	319	97,6
Non	8	2,4
Total	327	100

11-5 Utilisation d'antibiotique

Tableau XXXIV : répartition des patientes en fonction du traitement antibiotique

Antibiotiques	Effectif	Pourcentage
Oui	327	100
Non	0	0
Total	327	100

11-6 Supplémentation en fer

Tableau XXXV : répartition des patientes en fonction de la supplémentation en fer

Supplémentation en fer	Effectif	Pourcentage
Oui	327	100
Non	0	0,0
Total	327	100

12-Traitement chirurgical

Tableau XXXVI : répartition des patientes en fonction du type de traitement chirurgical

Type de traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Suture des lésions	73	22,3
Hystérectomie d'hémostases	8	2,4
Triple ligature artérielle	14	4,3
Mise en place d'un ballonnet	27	8,3
Aucun	205	62,7
Total	327	100

13-Pronostic maternel

Tableau XXXVII : répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Favorable	317	96,9
Décédé	10	3,1
Total	327	100

14-Cause du décès

Tableau XXXVIII : répartition des patientes en fonction de la cause du décès

Cause du décès	Effectif	Pourcentage
État de Choc	7	2,1
CIVD	3	1
Aucun	317	96,9
Total	327	100

15 Parité et cause de l'hémorragie

Tableau XXXIX : répartition des patientes en fonction de la parité et de la cause de l'hémorragie

Parité	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Cause de l'hémorragie					
Trouble de la contractilité utérine	52	59	39	21	171
Hémorragie par rétention placentaire	12	26	21	14	73
Trouble de la coagulation	0	0	2	1	3
Traumatisme des parties molles	41	17	15	7	80
Total	105	102	77	43	327

$p=0,001$; Test de $Khi^2 = 28,62$

16 Durée du travail et cause de l'hémorragie

Tableau XXXX : répartition des patientes en fonction de la durée du travail et de la cause de l'hémorragie

Durée du Travail Cause de l'hémorragie	>12heures	≤12heures	Total
Trouble de la contractilité utérine	60	73	133
Hémorragie par rétention placentaire	15	35	50
Trouble de la coagulation	1	1	2
Traumatisme des parties molles	28	28	56
Total	104	137	241

$P=0,033$; Test de $Khi^2=8,75$

17 Tranche d'âge et cause de l'hémorragie

Tableau XXXXI : répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et de la cause de l'hémorragie

Tranche d'âge Cause de l'hémorragie	14-25 ans	26-35 ans	36-45 ans	Total
Trouble de la contractilité utérine	86	62	23	171
Hémorragie par rétention placentaire	29	30	14	73
Trouble de la coagulation	0	0	3	3
Traumatisme des parties molles	45	29	6	80
Total	160	121	46	327

$P=0,126$; Test de $Khi^2=9,96$

18 Gestité et cause de l'hémorragie

Tableau XXXXII : répartition des patientes en fonction de la gestité et de la cause de l'hémorragie

Gestité	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	Grande multigeste	Total
Cause de l'hémorragie					
Trouble de la contractilité utérine	50	57	42	22	171
Hémorragie par rétention placentaire	12	25	20	16	73
Trouble de la coagulation	0	0	2	1	3
Traumatisme des parties molles	39	15	19	7	80
Total	101	97	83	46	327

$p=0,004$; Test de $Khi^2 = 28,94$

19 Prise de contraception et cause de l'hémorragie

Tableau XXXXIII : répartition des patientes en fonction de la prise de contraception et la cause de l'hémorragie

Contraception	Contraception	Pas de contraception	Total
Cause de l'hémorragie			
Trouble de la contractilité utérine	70	101	171
Hémorragie par rétention placentaire	27	46	73
Trouble de la coagulation	2	1	3
Traumatisme des parties molles	26	54	80
Total	125	202	327

$P=0,437$; Test de $Khi^2 = 2,72$

20 Présentation du fœtus et cause de l'hémorragie

Tableau XXXIV : répartition des patientes en fonction de la présentation du fœtus et de la cause de l'hémorragie

Présentation Cause de l'hémorragie	Céphalique	Siège	Total
Trouble de la contractilité utérine	164	7	171
Hémorragie par rétention placentaire	71	2	73
Trouble de la coagulation	3	0	3
Traumatisme des parties molles	74	6	80
Total	312	15	327

$P=0,501$; Test de $Khi^2=2,36$

21 Voie d'accouchement et cause de l'hémorragie

Tableau XXXVI : répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement et de la cause de l'hémorragie

Voie d'accouchement Cause de l'hémorragie	Voie basse	Césarienne	Laparotomie	Total
Trouble de la contractilité utérine	165	4	2	171
Hémorragie par rétention placentaire	69	4	0	73
Trouble de la coagulation	3	0	0	3
Traumatisme des parties molles	72	8	0	80
Total	309	16	2	327

$P=0,184$; Test de $Khi^2=8,82$

22 Qualification de l'accoucheur et cause de l'hémorragie

Tableau XXXXVII : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'accoucheur et de la cause de l'hémorragie

Qualité de L'accoucheur Cause de l'hémorragie	Gynécologue obstétricien	Médecin généraliste	Sage-femme	Infirmière - obstétricienne	Matrone	Non assisté	Total
Trouble de la contractilité utérine	0	30	131	7	2	1	171
Hémorragie par rétention placentaire	0	13	53	3	3	1	73
Trouble de la coagulation	0	0	3	0	0	0	3
Traumatisme des parties molles	1	17	53	4	3	2	80
Total	1	60	240	14	8	4	327

P=0,839 ; Test de $Khi^2=9,69$

A large decorative scroll graphic with a black outline and rounded corners. The scroll is unrolled in the center, revealing the title text. The top right and bottom left corners of the scroll are rolled up, while the top left and bottom right corners are unrolled.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI Commentaires et discussion

I Fréquence :

Notre étude s'est déroulée du 1er janvier 2018 au 31 Décembre 2019.

Durant la période d'étude nous avons enregistré 327 cas d'hémorragies du post-partum immédiat sur 19929 accouchements effectués dans le service soit une fréquence de 1,64 %.

Cette fréquence est presque similaire à celles rapportée par **Traoré M T. [32]** et **Ongoïba I H. [30]** soit 1,38 % et 1,85% mais inférieure à celle rapportée par **Bohoussou M K et all. à Cocody [31]** soit 2,08 %.

II. Caractéristiques sociodémographiques :

Tranche d'âge :

La tranche d'âge comprise entre 14 et 25 ans a été la plus fréquente avec un taux de 49% avec un âge moyen de 25ans.

L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes de 14 ans et 45 ans.

Kéita S. [5] a rapporté 63,04% **Pambou O et all. [33]** ont rapporté 68,75% et **Traoré MT.** a trouvé 61,89% [32] pour la même tranche d'âge.

La tranche d'âge comprise entre 14 et 25 ans correspond à la période où l'activité obstétricale est la plus intense dans notre contexte.

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

Les adolescentes représentaient 30% de notre étude. Ce taux est proche de celui de **Coulibaly SS. [34]**, mais supérieur à celui de **Traoré MT. [32]** (23,36%).

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

Niveau d'instruction : Les femmes non instruites ont représenté 27,5% de notre échantillon.

Ces patientes fréquentent peu les services de soins prénatals et/ou alors connaissent peu les signes ou facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement.

Profession :

Les ménagères ont été les plus représentées avec 60,2% dans notre étude. Ce taux est inférieur à celui de **Keita S. [4]** qui a obtenu 81,2% ; mais proche de celui de **Coulibaly SS. [34]** qui a été de 64,3%.

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

Statut matrimonial :

Les femmes mariées venaient au premier rang avec 94% des cas. Ce taux est proche de celui de **Ongoïba IH. [31]** (90,3% de cas), mais supérieur à celui de **Keita S. [4]** qui a trouvé 87%.

III. Les antécédents :

Les antécédents obstétricaux :

Gestité :

Dans notre étude 30,9% des cas, nos patientes étaient des primigestes et dans 29,7% des paucigestes.

Ce taux de primiparité est inférieur à celui de **Coulibaly SS. [34]** qui avait obtenu 42,1% de primigestes et 31,4% de paucigestes. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité de mariage dans notre société et le manque de suivi prénatal. Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie post-partum et la gestité (**p=0,004**).

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

Parité :

Dans notre étude 32,1% des cas, nos patientes étaient des primipares et dans 31,2% des paucipares.

Ce taux de primiparité est inférieur à celui de **Coulibaly SS. [34]** qui avait obtenu 45% de primipares et 33,6% de paucipares. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité de mariage dans notre société et le manque de suivi prénatal. Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie post-partum et la parité (**p=0,001**).

Les grandes multipares représentaient 14,1% dans notre série, taux superposable à celui de **Coulibaly SS. [34]**, mais inférieur à celui de **Ongoïba IH. [30]** (18,8%).

Les antécédents chirurgicaux

Les patientes avaient un utérus cicatriciel dans 6,1% des cas.

Ces cicatrices peuvent être le siège d'adhérences placentaires qui peuvent être responsables d'une insertion vicieuse du placenta ou alors altérer la qualité du muscle utérin qui ne se rétracte pas correctement après la délivrance.

Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par **Coulibaly SS. [34]** et **Alihonou E et all. [35]** qui ont rapporté respectivement 4,2% et 3,97%.

Les antécédents médicaux

L'HTA a été la pathologie la plus fréquente avec 4%. Ce taux est inférieur à ceux de **Coulibaly SS. [34]** et de **Ongoïba IH. [30]** qui trouvaient respectivement 11,4% et 60,5%.

Contraception

Dans notre étude 61,8 % de nos patientes n'étaient pas sous contraception. Ceci peut expliquer la survenue de grossesses non désirées.

Nous n'avons pas eu de corrélation statistiquement significative entre le type d'hémorragie et la contraception (**p=0,437**).

Hauteur utérine excessive :

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Elle n'est retrouvée que dans 5,2% des cas. Les facteurs de sur distension utérine retrouvés ont été :

La macrosomie fœtale : 2,8% des nouveau-nés avaient un poids de naissance de plus de 4 000g contre 10,4% et 18,8% respectivement retrouvés par **Traore MT.** [32] et **Ongoïba IH.** [30].

Les grossesses multiples a été retrouvée dans 1,2% des cas, ce taux est inférieur à celui de **Coulibaly SS.** [34] (2,1%).

L'hydramnios était retrouvé dans 0,9% contre 12,5% et 9,6% rapportés par **Ongoïba IH.** [30] et **Traore MT.** [32] ;

Le myome et grossesse étaient retrouvés dans 0,3% dans notre étude contre 6,5% rapporté par **Ongoïba IH.** [30].

IV. Admission :

Mode d'admission :

Dans notre série plus de 63% des patientes avaient été transférées en urgence.

Parmi les structures sanitaires qui ont évacué :

- les patients venaient hors de la ville de Bamako dans 0,9% des cas,
- les patientes venaient hors de la commune V dans 14,1% des cas,
- les patientes de la commune V représentaient 85% des cas

Les patientes venaient des Cscm de la commune V dans 41% des cas.

Ces conditions mettent la vie des femmes en danger. **Traore MT.** [32] a rapporté dans son étude que 98,6% des patientes sont venues d'elles-mêmes.

Notre taux confirme le caractère référentiel de notre structure sanitaire.

Motif d'admission :

L'hémorragie du post partum a été le motif d'admission le plus souvent évoqué avec 42,8%. Les patientes ont été admises pour complication hémorragique après accouchement à domicile dans 1,2%. L'hématome retro placentaire a représenté 5,5% des motifs d'admission.

D'autres motifs ont été évoqués : la hauteur utérine excessive (1%), la phase expulsive supérieure ou égale 45 minutes (1,5%).

V. Les principales causes retrouvées :

-Traumatismes de la filière génitale

Nous avons colligé 80cas de traumatisme de la filière génitale soit 24,5% dont 6% de déchirure du col de l'utérus. Ce taux est proche de celui de **Diallo A. [38]** qui a rapporté 5,12% des cas mais nettement inférieur à celui de **Keita S. [4]** qui a trouvé 15,9% des cas.

Nous avons trouvé 3,1% de rupture utérine : 3,1%. Il s'agissait de déhiscence d'anciennes cicatrices de césariennes chez gestantes pourtant programmées pour césarienne prophylactique mais qui ne se sont pas présentées au rendez-vous fixe.

Dans notre étude les lésions des parties molles pourraient être liées à une mauvaise prise en charge du travail d'accouchement. Des efforts expulsifs mal contrôlés ou sur un col incomplètement dilaté, une mauvaise utilisation des utero toniques au cours du travail et des expressions avant dilatation complète entraînent des déchirures du col de l'utérus.

-Nous avons trouvé 73 cas de rétention placentaire sur 327 cas soit une fréquence de 22,3%.

Elle est survenue surtout chez les paucipares et les multipares, très souvent due à la mauvaise pratique de la GATPA entraînant une rétention partielle ou totale du placenta.

-L'atonie utérine est survenue chez 171 patientes soit 52,3% des cas. Parmi les multipares 50,6% ont présenté une atonie utérine dans le postpartum. Ce résultat est proche de celui d'**Akpadza K et all. [37]** et de **Alihonou E et all. [35]** qui ont rapporté 48,73% et 55,63%.

Des facteurs de risque de l'atonie utérine ont été identifiés dans la littérature

L'épuisement du muscle utérin (travail prolongé, parité élevée, travail rapide) : l'excès de sollicitation du muscle utérin entraînent son épuisement et la perte de ses propriétés qui sont la tonicité, l'élasticité et la contractilité.

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Après la délivrance, les ligatures vivantes de Pinard du muscle utérin sont incapables de se contracter pour assurer l'occlusion des vaisseaux laissant ainsi béant ces vaisseaux utérins qui alimentaient le placenta. Ce qui explique la survenue de l'hémorragie [9].

L'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé publique puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle. Sa fréquence très élevée dans notre série est de 75,5 %. Au Mali NEM T.D. [39] a trouvé que 59,3% des décès maternels au centre de santé de référence de la commune V étaient liés à la complication des hémorragies de la délivrance.

-Nous avons conclu que 0,9% de nos patientes avaient présenté un tableau de CIVD consécutive à une hémorragie massive grave. Les taux sont variables selon les auteurs entre 3,3% et 33% [32, 33, 35, 37].

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

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

VI. Suivi prénatal :

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

Dans notre série 12,2% de nos patientes n'avaient fait aucun suivi prénatal, 67,6 % ont été suivies par les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes, 4,9 % par les matrones.

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

VII. Accouchement :

Présentation du fœtus :

Dans notre étude 95,4% des patientes avaient une présentation céphalique.

Nous n'avons eu de corrélation statistiquement significative entre la présentation du fœtus et le type d'hémorragie du post-partum($p=0,184$).

Mode et lieu d'accouchement :

Dans notre étude 94,5 % des patientes ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat avaient accouché par voie basse. Parmi elles, 1,3% des femmes avaient accouché à domicile. **Diarra N. [36]** a rapporté 4,02% de cas d'HPPI après accouchement à domicile en 2000, **Kéita S. [5]** 13,04% et **Diallo A. [28]** 5,12%.

Dans 4,9% des cas, les patientes avaient fait une hémorragie du postpartum immédiat après une césarienne. **Akpadza K et all. [37]** ont trouvé 2,71%

Nous n'avons eu de corrélation statistiquement significative entre le mode d'accouchement et le type d'hémorragie du post-partum($p=0,184$).

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

- Un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et de ses annexes. Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise ainsi la rétention des cotylédons d'une part et un traumatisme de la filière génitale d'autre part.
- L'accouchement se déroule dans les conditions normales et la délivrance a été effectuée par un personnel non qualifié n'ayant pas une maîtrise parfaite de la physiologie de la délivrance normale.

Qualification de l'accoucheur

Dans notre étude 73,3% des patientes avaient par une sage-femme. Ce taux est inférieur à celui de **Coulibaly SS [34]** qui a trouvé 79,3% des cas.

Nous n'avons eu de corrélation statistiquement significative entre la présentation du fœtus et le type d'hémorragie du post-partum($p=0,839$).

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Ce taux peut expliquer la négligence des facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum par les sages-femmes.

Durée totale du travail :

La durée du travail d'accouchement était supérieure à 12 heures dans 41,9%. **Alihonou E et all. [35]** ont trouvé 56,95% de temps de travail supérieur à 12 heures.

Le travail prolongé entraîne l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Nous avons trouvé de corrélation significative entre l'hémorragie du post partum immédiat atonie utérine et la durée du travail. (**p=0,033**) .

VIII Prise en charge :

Traitement médical :

Dans notre étude 327 patientes soit 100% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical en urgence.

- La prise de deux voies veineuses de sécurité avec un cathéter G18 ou G20,
- Le remplissage vasculaire avec des cristalloïdes,
- L'administration d'utéro-toniques (ocytocine) en perfusion dans une solution de cristalloïdes ou soit en intramusculaire,
- La transfusion sanguine : 24,5% des patientes avaient bénéficié d'une transfusion sanguine. **Ongoïba IH. [30]**, **Traoré MT. [32]** et **Lankoande J. [40]** rapportent respectivement une fréquence de 40,8%, 31,76%, 54,1% de transfusion sanguine.

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

IX. GESTES OBSTETRIQUES EFFECTUES :

Toutes nos patientes avaient bénéficié des gestes obstétricaux systématiquement. Le massage utérin 58,4%, la délivrance artificielle 9,5%, la révision utérine 22 % ont contribué à l'hémostase.

Tous les auteurs [4, 30, 31, 34] sont d'accord sur les gestes effectués avec les indications précises.

Prise en charge chirurgicale :

Dans notre étude 22,3 % des patientes avaient bénéficié d'une suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles. Le recours à l'hystérectomie dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum fut une solution ultime pour arrêter l'hémorragie chez 8 patientes soit 2,4%.

Il y'a 4,3% (14 cas) des patientes qui avaient bénéficié d'une triple ligature artérielle ou intervention de **TSIRULNIKOV** (artères utérines, artères des ligaments ronds, artères des ligaments utero-ovariens) pour assurer l'hémostase.

SALVA [41] avait rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas dans l'atonie utérine avec 100% de réussite. Nous n'avons pas effectué de ligature des artères hypogastriques.

Le recours aux traitements chirurgicaux au cours d'une hémorragie du post-partum immédiat est la dernière alternative pour arrêter l'hémorragie après l'échec de tous les moyens thérapeutiques. Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et de plateau technique.

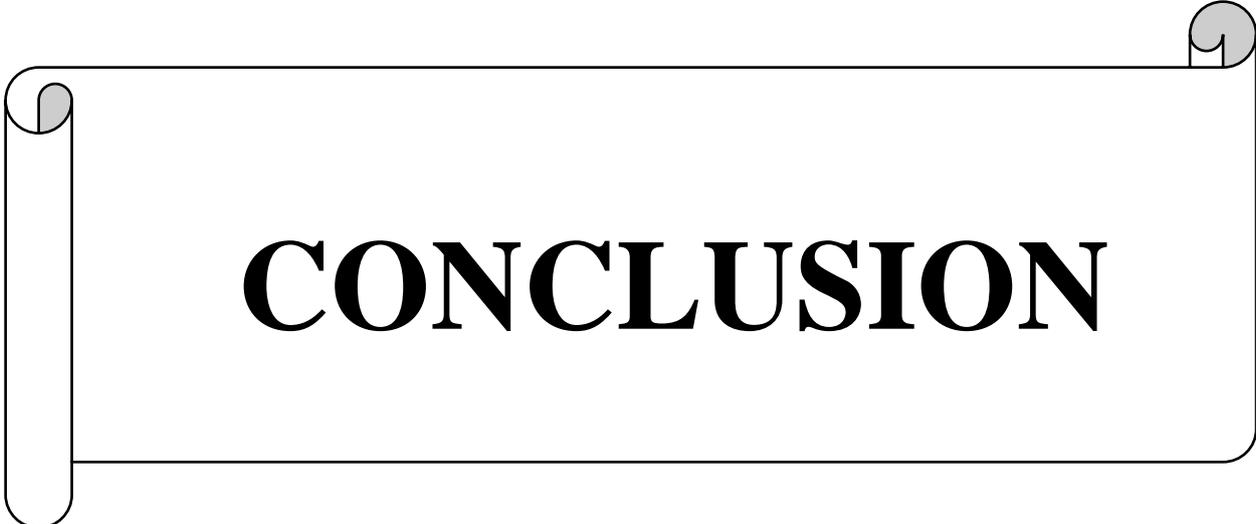
X. Pronostic maternel :

Au cours de notre étude, nous avons déploré dix cas de décès maternel soit **3,1%**. Ces décès liés à l'hémorragie sont dus au manque de produits sanguins (sang total et plasma frais congelé) et des médicaments d'urgence. **Diallo A. [38]** a rapporté 23,20% de décès maternels par le manque de sang et des dérivés sanguins. **Traore M T. [32]** avait trouvé un taux de 25 ,61%

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

XI. Pronostic néonatal :

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



CONCLUSION

VII-CONCLUSION

Cette étude rétrospective a eu lieu au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019.

Dans notre étude, l'hémorragie du post-partum est survenue chez 1,64% des accouchées. Les traumatismes de la filière génitales, la rétention placentaire, l'atonie utérine et les troubles de la coagulation en ont été les principales causes. L'HPPI semble être plus fréquente dans les couches défavorisées. La méconnaissance des facteurs de risque lié à la grossesse et à l'accouchement, la précocité de mariage dans notre société et le manque de suivi prénatal font que ces patientes étaient plus exposées. Toutes nos patientes ont été prise en charge en fonction des indications précises. Cependant, nous avons déploré dix cas de décès maternels liés dans la majorité des cas à la non disponibilité des produits sanguins. L'HPPI demeure une extrême urgence obstétricale mettant rapidement en danger le pronostic maternel. Sa prise en charge nécessite la rapidité, la cohésion et la dextérité de l'équipe obstétricale.

Dans l'espoir de réduire sa fréquence ; un accent particulier doit être mis sur la prévention en maîtrisant les facteurs de risques obstétricaux, en organisant le système de référence/évacuation.

RECOMMANDATIONS

VIII-RECOMMANDATIONS

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

A la population :

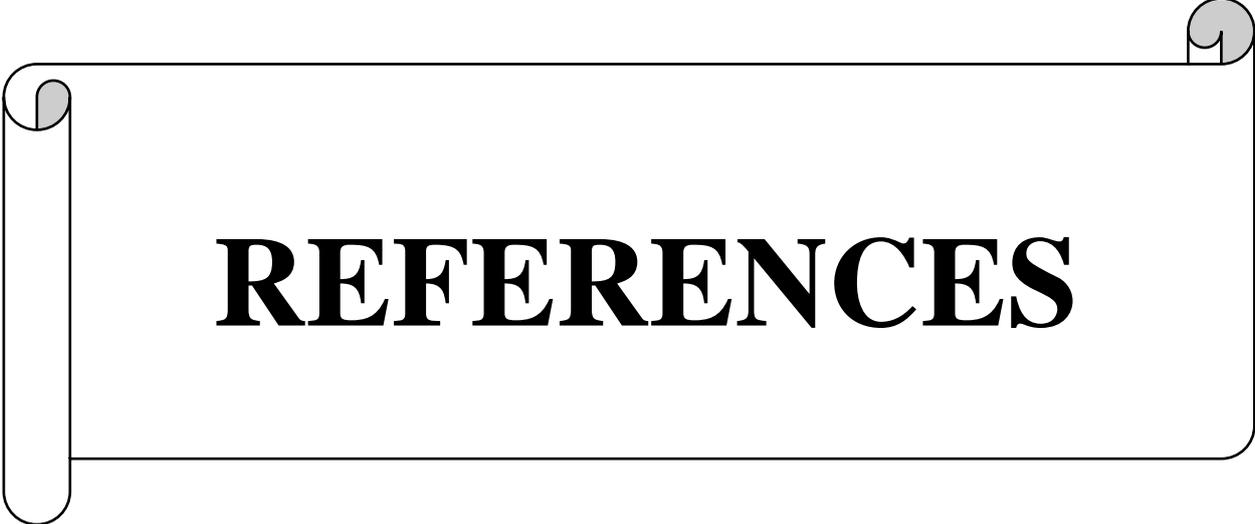
- Éviter les accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Participer de façon active à la gestion du système de référence/évacuation.
- Fréquenter régulièrement les services de santé (CPN, accouchement, planning familial).
- Respecter les conseils donnés par les prestataires de service.

Aux prestataires :

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

Aux autorités administratives et politiques du pays :

- Assurer de façon continue l'approvisionnement des structures sanitaires de référence en kit de médicaments d'urgence et en oxygène et d'équiper la salle du post partum avec des appareils de monitoring.
- Assurer la formation continue du personnel de santé ayant en charge la CPN et l'accouchement.
- Mettre en application la politique nationale d'approvisionnement en produit sanguin déjà adoptée en conseil des ministres.
- Réorganisé les laboratoires dans la gestion du sang et des produits sanguins
- Assurer la disponibilité, le fonctionnement et en nombre suffisant des ambulances équipées.
- Rendre les bilans prénataux gratuits pour toutes les gestantes et les parturientes.



REFERENCES

RÉFÉRENCES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

Hémorragies du post partum immédiat. Revue n°102-Septembre 2015. Consulté le 30/10/2020. Disponible en ligne. URL : <http://johnny-manziel.com/accouchement-par-voie-basse/genial-revue-n102-septembre-2015-hemorragies-du-post-partum-accouchement-par-voie-basse/>

2. Issa MLM. Les hémorragies graves du post partum étude rétrospective sur 5 ans. Th : Med : Marrakech 2017, n° 89.

3. Maïga SI. Les hémorragies du post partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Th : Med : Bamako 2010, n°10M100

4. Kéïta S. Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Point G. Th : Med : Bamako -2003, n° 03M47.

5. Diallo T. Prise en charge de l'hémorragie du post partum immédiat dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef V. Th : Med : Bamako 2012, n°12M302.

6. King PA, Duthie SJ, Dong ZG, Mahk. Secondary post-partum haemorrhage. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1989 ;29(4) :394-398

7. Chichakli L, Atrash H, MacKay A, Musani A, Berg C. Pregnancy-related mortality in the United States due to hemorrhage Obstet Gynecol 1999 ; 94(5) : 721-725.

8. Théry G, Limousin Y, Bachar Y, Faitg R, Durand C. Les poches de recueil sont-elles une méthode fiable de mesure des pertes sanguines de la délivrance. Revue de médecine Périnatale 2012 ; 4 (2) : 41.

9. Lansac J, Descamps P, Oury JF. Pratique de l'accouchement. 5ème édition Paris : Elsevier Masson 2011 ; p .92-94.

- 10. Goffinet F, Mercier F, Teyssier V, Pierre F, Dreyfus M, Mignon A et al.** Hémorragies du post-partum : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2005 ; 33(4) : 268-274
- 11. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret M S.** Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2004 ;33(8) : 9-16.
- 12. Durier M, Grynberg M, Charles C, Gabriel R.** Délivrance normale et pathologique. Paris : Elsevier Masson : 2010.p .5-108
- 13. Tessier V, Pierre F.** Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2004 ;33(8) : 29-56.
- 14. Saunders NS, Paterson CM.** Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 ;99(5):381-5.
- 15. Combs CA, Murphy EL, Laros RK.** Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 1991 Jan;77(1):69-76.
- 16. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier CMH, Deneux TC.** Oxytocin During Labour and Risk of Severe Postpartum Haemorrhage: a Population-based, Cohort-nested Case–control Study. *BMJ Open* 2011; 1.p:2. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000514
- 17. Gayat E, Morel O, Daaloul W, Rossignol M, Dref O, Payen D, et al.** Hémorragies en obstétrique. Paris : Elsevier Masson, 2009.
- 18. Prendiville, Walter JP, Elbourne D, Donald S.** Active versus expectant management in the third stage of labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* The Cochrane Collaboration and Sonja Henderson Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd 2009.p: 1-2.
- 19. Brucker Mc.** Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. *Journal of midwifery and women's health* 2001; 46(6): 381-392.

- 20. Sommé A.** Hémorragie du post-partum. Th : Med : Lens ;2005
- 21. Morel O, Gayat E, Malartic C, Desfeux P, Rossignol M, Dref O, et al.** Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. Paris: Elsevier Masson ;2008.
- 22. Walsh, Colin A, Baxi L.** Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(5):327-34.
- 23. Oyeles Y, Smulian JC.** Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics and Gynecology*. 2006 ; 107(4) :927-41.
- 24. Ozier Y.** Caractéristiques évolutives des CIVD au cours de la grossesse, du sepsis, des traumatismes graves, et de l'insuffisance hépatique. *Réanimation*. 2002 : 11(8) : 618-628.
- 25. Réseau périnatal Aurore.** Hémorragie du post-partum ». Disponible en Linge. Consulté le 17/03/2019. URL : http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/HPP_Validat_17_03_10.pdf
- 26. O'brien WF.** The role of prostaglandins in labor and delivery. *Clinics in perinatology* 1995 ; 22(4) : 973-984.
- 27. Goffinet F, Haddad B, Carbonne B, Sebban F, Papiernik F, Cabrol D.** Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995 ; 24 (2) : 209-16.
- 28. Dr YANES.** L'embolisation artérielle. Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse, Mémoire. 2013.
- 29. Gilbert WM, Moore TR, Resnik R, Doemeny J, Chin H, Bookstein JJ.** Angiographic embolization in the management of hemorrhagic complications of pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology* 1992 ;166(2) : 493-497.
- 30. Ongoïba IH.** Hémorragies du post-partum immédiat au centre de sante de Reference de la Commune V du District de Bamako. Th : Med : Bamako ;2006, n° 06M224.

31. Bohoussou M K, Koné N, Anongba S, Djanhan Y, Anoma M, Tanoh L.

Les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. Rev Fr Gynecol Obstet 1999 ; 24 : 104-112.

32. Traoré MT. Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé référence de la commune V Bamako à propos de 488 cas. Th : Med : Bamako, 2005, n°05M93

33. Pambou O, Ekoundzola J-R, Yoca G, Uzan S. Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville. Méd Afr Noire 1996 ; 43 (7) : 418-422

34 Coulibaly SS. Hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Th : Med : Bamako, 2007, n°07M68

35. Alihonou E, Atade J, Adisso S. Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). Publication médicale Africaines 2002 ; 121 : 8-11

36. Diarra N. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas. Th: Med: Bamako, 2001, N°48.

37. Akpadza K, Baeta S, Kotor KT, Hodonou AKS. Les hémorragies de la délivrance à la clinique de Gynécologie Obstétrique du C.H.U. Tokoin – Lome (Togo) de 1988 à 1992 ; Méd Afr Noire 1994 ; 41(11) : 601-603

38. Diallo AO. Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT. Th : Med : Bamako, 1989, n° 11.

39. Nem TD. Etude de la mortalité maternelle au centre de sante de référence de la commune V de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas. Th : Med : Bamako, 2004, N° 77.

40. Lankoande J. Hémorragie de la délivrance dans la maternité de Yalgado OUEDRAOGO CHU de Ouagadougou – Burkina – Faso. Burkina Médical. 1998 ; 2 (1) 23-26.

41. Salva J, Nah MC, Raciinet C. Indication et techniques de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies obstétricales. Rev Fr Gynécol Obstet 1981 ; 25 : 368-371.

42. Haumonté JB, Sentilhes L, Macéa P. Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2014 ; 43 :1083-1103.

43. Sentilhes L, Resch B, Gromez A. Traitements chirurgicaux et alternatives non médicales des hémorragies du post-partum. Int : Techniques chirurgicales-Gynécologie. Paris : Elsevier Masson SAS :2010. p. 41-905.

FICHE D'ENQUÊTE

N° Dossier /.....

I- IDENTIFICATION Q1- NOM / PRENOM /

.....

Q2- AGE /.....

Q3- DATE /.....

Q4- RESIDENCE/Quartier 1. COMMUNE V 2. HORS COMMUNE
3. HORS DISTRICT DE BAMAKO

Q5- ETHNIES =.....1=BAMBARA 2=MALINKE 3=PEULH
4=SARAKOLE 5=DOGON 6=SONRAÏ 7=BOBO 8=SÉNOUFO
9=MINIANKA 10=TAMASHEK 11=MAURE 12=BOZO 13=AUTRES
SI AUTRES, PRECISER.....

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

Q7- PROFESSION 1=MENAGERE 2=ELEVE / ETUDIANTE
3=FONCTIONNAIRE 4=AIDE MENAGERE 5=VENDEUSE

Q8- STATUT MATRIMONIAL ...1=MARIEE 2=CELIBATAIRE
3=DIVORCEE 4=VEUVE

Q9-MODE D'ADMISSION 1=VENUE D'ELLE-MEME 2=REFEREE
3=EVACUEE 10- MOTIF D'EVACUATION.....

Q11- LIEU DE PROVENANCE..... 1=CSCOM 2=HOPITAL 3=
STRUCTURE PRIVEE 4= DOMICILE

II- ANTECEDENTS

Q12-MEDICAUX ...1=HTA 2=DREPANOCYTOSE 3=DIABETE
4=ASTHME 5=INSUFFISANCE CARDIAQUE 6=INSUFFISANCE
RESPIRATOIRE 7=TUBERCULOSE 8=OBÉSITÉ 9=AUTRES

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Q13- CHIRURGICAUX1=APPENDICECTOMIE 2=GEU
3=CESARIENNE 4=FISTULE VESICOVAGINALE 5=MYOMECTOMIE
6=KYSTECTOMIE 7=CÉLIOSCOPIE 8=CURETAGE 9=AUTRES

Q14- GYNECOLOGIQUES

MENARCHE.....

DUREE DES REGLES.....EN JOURS

CARACTERES DU CYCLE..... 1=REGULIER

2=IRREGULIER

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

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

2=NON

SI OUI, PRECISER LA PATHOLOGIE..... (MAL FORMATION
UTERINE,

INFECTION GENITALE, FIBROME UTERIN...)

III- OBSTETRICAUX

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

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

Q18- ENFANTS VIVANTS.....

Q19- ENFANTS DECEDES.....

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

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

Q21- ACCOUCHEMENT PREMATURE..... 1=OUI 2=NON

Q22- ACCOUCHEMENTS MULTIPLES..... 1=OUI 2=NON

Q23- ANTECEDENT D'HEMORAGIE POST PARTUM 1=OUI 2=
NON

IV- CARATERES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q24- NOMBRES DE FŒTUS.....

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

CPN ... 1=OU 2=NON

SI OUI LE NOMBRE DE CPN.....

Q25- AUTEUR CPN..... 1=GYNECOLOGUE 2=MEDECIN

GENERALISTE 3=SAGE FEMME 4=INFIRMIER 5=MATRONE

6=AUTRES

Q26- TERME DE LA GROSSESSE..... 1=AVANT TERME 2=TERME

3=POST TERME

Q27- HYDRAMNIOS: 1=OUI 2=NON

Q28- HU:1=MOINS DE 32 CM 2=32-35 CM 3=PLUS DE 36

CM

Q29- BCF: 1=OUI 2=NON

SI OUI FREQUENCE..... BATT/MN

Q30- RPM..... 1=INFERIEURE A 12H 2=SUPERIEURE A 12H

Q31- MAF... 1=OUI 2=NON

Q32- ETAT GENERAL..... 1=BON 2=ALTERE

Q33- CONJONCTIVES..... 1=COLOREES 2=PALES

Q34- TA....

Q35- PRESENTATION DU FŒTUS.....

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

Q36- FIEVRE AU COURS DEU TRAVAIL..... 1=OUI 2=NON

Q37-TRAITEMENT ANTIAGREGANT

PLAQUETTAIRE.....1=ASPIRINE 2=AINS

Q38- BILAN

BIOLOGIQUE.....

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

V- ACCOUCHEMENT

Q39- ACCOUCHEMENT 1=VOIE BASSE 2=CESARIENNE

3=LAPAROTOMIE

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Q40- EXTRACTION INSTRUMENTALE 1=OUI 2=NON

SI OUI LE TYPE 1=FORCEPS 2=VENTOUSE

Q44- DUREE DU TRAVAIL.....1=MOINS DE 12 HEURES 2=12-48 HEURES 4=PLUS DE 48 HEURES

Q45- DUREE DE L'EXPULSION.....1=MOINS DE 15 MINUTES
2= 15-30 MINUTES 3=PLUS DE 30 MINUTES

Q46- QUALITES DE L'ACCOUCHEUR

1=GYNECOLOGUE 2=MEDECIN GENERALISTE 3=SAGE FEMME

4=INFIRMIÈRE OBSTÉTRICIENNE 5=MATRONE 6=AUTRES

VI- LE NOUVEAU NE

Q47- NOMBRE.....

Q48- SEXE..... 1=MASCULIN 2=FEMININ

Q49- APGAR.....

Q50- POIDS..... GRAMMES

Q51- TAILLE..... CM

Q52- PC =..... CM

Q53- PT =..... CM

Q54- VIVANTS =..... 1=OUI 2=NON

Q55- MALFORMATIONS FŒTALES.....1=OUI 2=NON

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

VII- DELIVRANCE

Q56- DELIVRANCE..... 1= NATURELLE 2= ARTIFICIELLE

3=ACTIVE (GATPA)

Q57-POIDS DU PLACENTA..... GRAMMES

VIII-EXAMEN PHYSIQUE

Q58-UTÉRUS 1=BIEN RÉTRACTÉ 2=MAL RÉTRACTÉ

3=AUTRES

Q59-GLOBE VÉSICAL 1=ABSENT 2=PRÉSENT

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Q60-VULVE..... 1=DÉCHIRURE PÉRINÉALE 2=ÉPISIOTOMIE NON SUTURÉE 3=AUTRES

Q61-EXAMEN SOUS VALVE1=DÉCHIRURE DU VAGIN
2=DÉCHIRURE DU COL 3=AUTRES

Q62-RÉVISION UTÉRINE.....1=CAVITÉ VIDE ET RÉGULIÈRE
2=PRÉSENCE DE SOLUTION DE
CONTINUITÉ 3=PRÉSENCE DE DÉBRIS PLACENTAIRES
4=PRÉSENCE DE MEMBRANES
5=RÉTENTION DE PLACENTA

Q63-DIAGNOSTIC DE L'ATONIE.....1=TROUBLE DE LA
CONTRACTILITÉ UTÉRINE
2=ANOMALIES DU PLACENTA 3=TROUBLES DE LA COAGULATION
4=AUTRES

VIII- TRAITEMENT

Q64- TRAITEMENT MÉDICAL1=MISOPROSTOL
2=OXYTOCINE
3=OXYTOCINE+MISOPROSTOL 4=AUTRES

Q65-MASSAGE UTÉRIN.....1=OUI 2=NON

IX-TRAITEMENT CHIRURGICAL 1= OUI 2= NON
SI OUI1 = SUTURE DE LA BRECHE 2= HYSTERECTOMIE
D'HEMOSTASE

3=TRIPLE LIGATURE ARTERIELLE 4= EMBOLISATION
ARTERIELLE 5= MISE EN PLACE D'UN BALLONNET 6=
AUTRES

Q66- TRANSFUSION1= OUI 2 = NON
SI OUI LE NOMBRE D'UNITE DE SANG

Q67- MACROMOLECULES1= OUI 2 = NON

Q68- CRISTALLOIDES1 = OUI 2 = NON

Q69- AMTIBIOTIQUES1= OUI 2 = NON

Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragie du post-partum immédiat

Q70- SUPPLEMENTATION EN FER1 = OUI 2 = NON

Q71- PRONOSTIC MATERNEL.....1= BON ETAT 2= TRANSFERT

3 = DECEDE

Q72- DECES: 1=OUI 2=NON

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

X- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q73- GROUPE: 1=A 2=B 3=AB 4=O

Q74- RHESUS..... 1=POSITIF 2=NEGATIF

Q75- TAUX D'HEMOGLOBINE.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 parti 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.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SAMAKÉ **Prénom :** Bala Moussa

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et clinique de l'hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Lieu d'étude : Service de Gynécologie Obstétrique du CSREF de la commune V à propos de 327 cas

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé

C'est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et

Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, allant de janvier 2018 au 31 décembre 2019 soit 24 mois.

Pendant cette période, 19929 accouchements toute confondue ont été colligés en salle d'accouchement dont 327 cas d'hémorragie du post-partum immédiat, soit une fréquence de 1,64%. Cette fréquence nous paraît élevée, l'HPPI semble être plus fréquente dans les couches défavorisées. La méconnaissance des facteurs de risque lié à la grossesse et à l'accouchement, la précocité de mariage dans notre société et le manque de suivi prénatal font que ces patientes étaient plus exposées.

Les étiologies les plus retrouvées sont :

- trouble de la contractilité utérine : 52,3%,
- traumatisme de la filière génitale : 24,5%,
- : hémorragie par rétention placentaire :22,3%,
- trouble de la coagulation : 0,9%.

La prise en charge a été :

- la réanimation à travers, la perfusion, la transfusion,
- chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase
- le taux de mortalité maternelle était de 3,1%.

Mots-clés : Hémorragie du post-partum, hémorragie de la délivrance, placenta accreta, hystérectomie d'hémostase