

Ministère de l'Education nationale

République du Mali

Université de Bamako

un peuple un but, une foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
D'Odonto-stomatologie

Thèse N°

Année universitaire 2004 – 2005

## THEME

ETUDE EPIDEMIO – CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES  
HEMORRAGIES DU POST-PARTUM

# THESE

Présentée et soutenue le .....Devant la Faculté  
de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du MALI

Par Mlle TRAORE MARIAME TIEBA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

## JURY

Président: Pr. SIMAGA Sidi Yaya

Membre : Pr. TOUNKARA Anatole

Codirecteur de thèse: Dr MAÏGA Bouraïma

Directeur de thèse: Dr SY Aïda SOW

## INTRODUCTION

<<**La grossesse et l'accouchement** ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel>>. Cette assertion soutenue par **RIVIERE** [51] reste encore valable de nos jours.

- En **Afrique** des études ont montré que la première cause de décès maternel est l'hémorragie et parmi les types d'hémorragie, **l'hémorragie du post-partum immédiat** occupe le premier rang avec une fréquence de 24% ; ensuite viennent respectivement :
- **les infections** avec une fréquence de 15%.
- **les avortements à risque** avec 13% des cas,
- **l'éclampsie** avec 12% des cas.
- **Les accouchements dystociques** avec 8% des cas.
- **Les autres causes représentent 8%**. Il s'agit de : grossesse extra utérine, embolie et celle liées à l'anesthésie.
- **Les causes indirectes** sont retrouvées dans 20%. Ce sont notamment l'anémie, le paludisme, les troubles cardiaques, le V.I.H / SIDA. [44]

Il y'a une quinzaine d'années les deux principaux hôpitaux de Bamako rapportaient la situation des hémorragies du post-partum de la façon suivante:

- **A l'hôpital Gabriel Touré** au service de gynécologie et obstétrique, la fréquence des hémorragies du post-partum s'élevait à 2,17% en 1989 [18].
- **A l'hôpital du point G** au service de gynécologie et obstétrique cette fréquence s'élevait à 1,32% en 2003 [34].

Malgré des **progrès marqués en matière de prise en charge** de l'hémorragie du post-partum précoce (H.P.P), celle-ci demeure une cause importante de mortalité maternelle, aussi bien dans **les pays en développement** [35] que dans **les hôpitaux à fine pointe de la technologie médicale** [21]. Elle représente aussi une cause importante de morbidité maternelle : anémie sévère pouvant

nécessiter une transfusion sanguine, un choc hémorragique, une coagulopathie, une hystérectomie d'hémostase.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse.

Pour ce faire plusieurs rencontres et conférences ont été tenues aussi bien en Europe, Afrique, Asie, et Amérique ; ainsi on peut relever:

- Atelier **inter pays** de présentation des résultats de l'évaluation des soins obstétricaux d'urgence ; 3 et 4 Octobre 2003.
- Atelier **technique sous régional** de la réduction de mortalité maternelle et néo-natale <<**vision 2010**>> du 29 au 1<sup>er</sup> Décembre 2004.

Des travaux antérieurs ont été consacrés au Mali à ce problème et le présent travail a pour but de rechercher un changement éventuel de la situation et vise les objectifs suivants.

# OBJECTIFS

## I. Objectif général :

- Etudier les hémorragies du post-partum sous l'angle épidémio-clinique à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de 1998 à 2003.

## II. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Préciser les conditions et les structures de référence des patientes.
- Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum.
- Rechercher les principales causes des hémorragies du post-partum.
- Décrire les conduites à tenir devant les hémorragies du post-partum.
- Etablir le pronostic maternel.

## GENERALITES

Dans certains pays en voie de développement le risque de mortalité maternelle varie entre 500 à 2000 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui est 50 à 200 fois plus élevé que dans les pays développés [3].

Selon l'O.M.S sur 585000 femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse un quart succombe par hémorragie du post-partum. [44].

Outre son ampleur, la mortalité maternelle demeure toujours un problème plus que préoccupant par son impact socio-économique notamment en terme de perte de capital humain, de désorganisation de la cellule familiale fondement de la société.

### 1. Définitions :

Plusieurs définitions ont été apportées.

➤ Selon les francophones et précisément selon MERGER R. [40]

Les hémorragies du post-partum ou hémorragies des suites de couche, distinctes des pertes de sang physiologiques qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de **couche** ; doivent exclure de ce cadre nosologique les hémorragies de la délivrance et les hémorragies d'origine tumorale.

➤ Selon le concept anglo-saxon :

- L'hémorragie primaire du post-partum est classiquement définie comme une perte de plus de 500 ml de sang lors d'un accouchement par voie basse et supérieure à 1000 ml lors d'une césarienne ; ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement provenant du tractus génital. Il peut s'agir
  - Des hémorragies de la délivrance : qui sont des hémorragie provenant de la zone d'insertion placentaire.
  - Des hémorragies contemporaines de la délivrance qui sont des hémorragies liées aux lésions des parties molles.
- Si la perte survient entre 24 heures et 6 semaines ; elle est définie comme hémorragie tardive du post-partum.

Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature.

Il est encore difficile de donner une définition exacte de l'hémorragie du post-partum.

PRITCHARD a démontré que les pertes sanguines moyennes étaient de 500 ml pour les accouchements vaginaux et de 1000 ml après une césarienne. [21]

On pourrait considérer que toute perte qui excède cette moyenne constitue une hémorragie du post-partum.

Cependant il est bien connu que la mesure des pertes sanguines en situation clinique est extrêmement imprécise. [13,21]

On a aussi proposé qu'un changement de 10% de l'hématocrite constitue une hémorragie du post-partum.

Coumbs a suggéré comme définition clinique :

<< Situation nécessitant une transfusion sanguine >>. [13]

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

Le diagnostic de l'hémorragie du post-partum demeure donc une question d'évaluation clinique subjective devant toute perte sanguine qui menace la stabilité hémodynamique de la femme.

Les cliniciens doivent se rappeler que certaines femmes peuvent être en danger avec des pertes même relativement faibles : cela peut être le cas chez les femmes qui souffrent d'H.T.A gestationnelle accompagnée d'une protéinurie élevée, pour les femmes anémiques ou déshydratées, et pour les femmes de taille inférieure à 150cm.

➤ Selon le collège américain de gynécologie et obstétrique [22]: les hémorragies du post-partum se définissent comme saignement responsable d'une chute de 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum, souvent associé à des troubles de la coagulabilité.

## 2- Rappels physiologiques de l'accouchement

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

- Avant 37 semaines d'aménorrhée il conduit à la prématurité du fœtus.
- Entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée il est dit à terme.
- Après 42 semaines d'aménorrhée il est dit post terme.
- Si l'accouchement est fait sans difficulté il est dit eutocique ;
- S'il se fait sans apport thérapeutique il est dit spontané.
- S'il y a un apport thérapeutique de déclenchement il est dit provoqué

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes : [41]

### 2-1- Phénomènes dynamiques :

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

⇒ **au potentiel de repos de la membrane ;**

⇒ **le rôle de l'environnement hormonal :** les œstrogènes augmentent le potentiel de repos de la membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyperpolarisant.

Les contractions ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes :

⇒ **Première période "effacement et dilatation du col"** commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10 cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare.

⇒ **Deuxième période "expulsion du fœtus"** commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à la naissance du fœtus et dure 30 min chez la multipare.

⇒ **Troisième période ‘ délivrance ‘** elle va de la naissance du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 45 min.

## **2-2- Phénomènes mécaniques de l'accouchement**

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

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

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

⇒ **La descente** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines la présentation poursuit sa progression vers le bas.

La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lamda dans le diamètre antéropostérieur de la fente centrale uro-génitale.

⇒ **Le dégage**ment est l'orientation antéropostérieure de la fin de la descente et l'hyper flexion de la tête.

## **2-3 Physiologie de la délivrance :**

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette délivrance comme l'expulsion est très bien suivie à travers le partogramme dont un des buts, entre autres serait de réduire l'hémorragie de la délivrance ; principale cause de morbidité et de mortalité maternelle [31]

Cette période de l'accouchement est redoutable, du fait des hémorragies gravissimes qui peuvent survenir.

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

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- l'hémostase.



### **2-3- Phase de décollement**

Le décollement est sous dépendance :

- de la rétraction utérine qui le prépare,
- de la contraction utérine qui le provoque.

Après expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission ou phase de repos physiologique.

L'utérus se rétracte, et enchatonne le placenta, dont les villosités crampons tirent sur la muqueuse, amorçant le clivage en déchirant le sinus veineux. C'est la phase clinique de repos physiologiques. En fait, l'utérus continue à se contracter sans que ces contractions soient perçues par la patiente.

Au bout de 15 minutes environ, les contractions utérines augmentent d'intensité. Un clivage franc apparaît dans l'épaisseur de la caduque, suivi de la constitution d'un hématome derrière le placenta qui refoule progressivement et complète le décollement [31].

### **2-4- Phase d'expulsion du placenta :**

L'expulsion du placenta peut être spontanée sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, sous l'effet d'une poussée abdominale. Le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Le périnée se distend, l'orifice vulvaire s'entre ouvre, le placenta apparaît comme une masse violacé entraînant après elle les membranes, flasques ou distendues par l'hématome rétro-placentaire physiologique en se retournant en doigt de gant. Mais la délivrance spontanée rare, serait trop tardive ou trop brusque, risquant de déchirer les membranes dont une partie pourrait être retenue in-utéro.

Aussi lui préfère t-on la délivrance naturelle qui en réalité demande l'aide du médecin ou de la sage-femme.

Au bout de 30 à 45min, lorsque le placenta n'est pas décollé c'est un fait pathologique entraînant les hémorragies de la délivrance.

Dans les cas habituels où le placenta s'insère au fond de l'utérus ou à son voisinage, il sort par sa face fœtale, le sang de l'hématome physiologique reste amassé au fond du sac membraneux retourner.

Dans les cas plus rares où l'insertion était basse le placenta peut sortir par un bord, ou par sa face utérine. Le sang ayant décollé le petit côté des membranes s'échappe lors même du décollement placentaire. La délivrance paraît plus hémorragique.

La quantité de sang perdu pendant la délivrance est variable, en moyenne 300ml ; on estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml au cours de l'accouchement par voie naturelle et 1000 ml en cas de césarienne [13]. Au dessus de ces chiffres il y'a hémorragie de la délivrance.

Cependant ces limites sont arbitraires en raison de difficultés à évaluer les pertes sanguines. Après expulsion placentaire, il est indispensable d'examiner le placenta qui nous donne des renseignements sur son intégrité et celle des membranes, les anomalies possibles d'ordre pathologique.

Si une perfusion d'ocytocine (syntocinon) était posée au cours du travail d'accouchement il ne faut pas l'arrêter, sa poursuite favorise le décollement du placenta.

L'injection d'1 ml de méthyle ergometrine (Métergin®) en intramusculaire ou de 2 ampoule de synthocinon® (ocytocine) lors de l'accouchement des épaules ou après l'expulsion du fœtus en présentation de siège, accélère la délivrance en supprimant la phase de rémission. L'injection du methergin est contre-indiquée chez les cardiopathes et les hypertendus.

L'expulsion du placenta peut être gênée par une rétention d'urine, il faut alors vider la vessie.

## **2-5- Phase L'hémostase :**

La rétraction utérine, qui maintenant intéresse la zone placentaire, les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un écrasement des vaisseaux utéro-placentaires appelés <<ligature vivante

de Pinard>> mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ;

- la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux.

Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : << le placenta est normal, normalement inséré sur une muqueuse >> si non les complications de la délivrance risquent de se produire.

## **2 Etiopathogénie des hémorragies du post-partum**

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

Ces hémorragies sont généralement séparées en deux catégories :

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

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

### **3-1 Hémorragie de la délivrance :**

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique elle doit réunir quatre conditions qui sont : [57]

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

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

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

#### **3-1-1-1 Le décollement partiel du placenta :**

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

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

#### **3-1-1-2 L'atonie utérine**

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

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

### **3-1-2 Etiologies**

#### **3-1-2-1 rétention placentaire**

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

⇒ **Décollement incomplet du placenta** [26] qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée

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

⇒ **Les anomalies placentaires**

- Anomalies topographiques qui sont :

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

- Anomalies de conformation du placenta : dues

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

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

- Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Les anomalies d'adhérence sont :

- Placenta accreta : les villosités atteignent la membrane basale utérine.
- Placenta increta : villosités placentaires pénétrant l'épaisseur du myomètre.
- Placenta percreta : [49] villosités dépassant le myomètre jusqu'à la séreuse.

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

- soit de l'insertion basse du placenta (absence de couche spongieuse) qui est à l'origine du placenta praevia,
- de muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique) ; d'endométriose utérine (adénomyose),
- de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéroplastie, hypoplasie de la muqueuse utérine).

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

### **3-1-2-2 les anomalies de la contraction utérine:** peuvent tenir à

#### – **L'atonie utérine :**

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

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

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

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

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

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

Certaines interférences médicamenteuses, les anesthésiques volatils halogénés (halothane) [11] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

- Proportionnellement à cette atonie l'hémorragie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue.
- Les tocolytiques : les bêtamimétiques (Terbutaline, salbutamol),

- les antispasmodiques : (N-buthylhyocine, Phloroglucinol),
- l’anesthésie péridurale,
- arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail,
- non respect de la physiologie de la délivrance : (tirer sur le cordon, expression sur l’utérus lorsque le placenta est non décollé);
- application de forceps qui tiraille les membranes.

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

### **3-2 les troubles de l’hémostase :**

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

➤ Les facteurs de risque sont :

- la mort fœtale in utero avec rétention prolongée d’œuf mort,
- le décollement du placenta normalement inséré,
- la toxémie gravidique,
- l’embolie amniotique
- l’hépatite virale compliquée,
- la maladie de willebrand,
- les septicémies.

La coagulation intraveineuse disséminée (**CIVD**) : elle est associée à une grande variété de complications obstétricales. Le primum movens est dû à l’entrée de thromboplastine tissulaire ou d’endotoxine dans la circulation, induisant l’activation des thrombines. Ceci entraîne une agrégation plaquettaire et la formation des monomères de fibrines, qui le polymérisent en fibrines intravasculaires. La formation des micros thrombi dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l’activateur du plasminogène. La lyse des micros thrombi et de la

fibrine intra-vasculaire libère les produits de la dégradation de la fibrine-fibrinogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro-placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique, de l'infection utérine, dans la pré-éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulation et plaquettes circulantes. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec coagulation intra-vasculaire et un saignement massif par tous les points de traumatisme vasculaire. [16]

### **3-3 Inversion utérine :**

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

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

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

### **3-4 Les lésions génitales :**

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

#### **3-4-1 Les déchirures cervicales existent sous deux ordres :**

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

Elles n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère, et siègent dans le cul de sac latéral et le plus souvent bilatéral [57].

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

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



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

### **Etiologies :**

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

### **3-4-2 Les lésions vaginales :** il existe trois grandes formes :

- déchirure de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) : associée parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [40].
- Déchirures moyennes du vagin : relativement plus fréquente, elles ont un mécanisme particulier. Elles surviennent toujours à la suite d'un accouchement opératoire difficile : forceps, version.

Elles sont favorisées par l'étroitesse du vagin, par l'existence d'un excès du volume de la présentation. Elles sont fréquentes dans l'accouchement du gros fœtus.

Malgré leur mauvaise apparence, ces vastes déchirures ont un pronostic généralement bénin. Le vagin a une facilité de réparation. Les cicatrisations vicieuses peuvent cependant exister ; cause de dyspareunie.

Ce qui fait la gravité des déchirures de la partie moyenne c'est leur extension aux organes voisins : rectum rarement, vessie quelque fois.

Soit immédiatement, soit au bout de quelques jours après chute d'escarre, une fistule vésico-vaginale peut se constituer.

- Déchirures de la partie profonde du dôme vaginale (déchirure haute) : isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associées à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la principale complication est l'hématome sous péritonéal avec CIVD et choc. Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

### **3-4-3 Mécanismes et circonstances de survenue :**

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

### **3-5 Les thrombi vulvo-vaginaux :**

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des << tumeurs >> qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couche et il conseille l'application de vinaigre [44]. Il existe trois types :

- L'hématome vulvo-vaginal : n'intéresse que la vulve, les tissus para vaginaux, le périnée et les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.
- L'hématome vaginal proprement dit : limité aux tissus para-vaginaux et n'est pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- L'hématome pelvi-abdominal ou supra-vaginal ou sub-péritonéal :

L'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétro-péritonéale ou intra-ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

**3-6 Facteurs de risque :** l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que :

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

### **3-7 Les ruptures de varices vulvo-vaginales**

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

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

### **3-8 Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin**

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

### **3-9 Déchirures vulvaires**

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [57].

### **3-10 Déchirures périnéales**

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence des déchirures complètes du périnée était estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998 [7].

### **3-11 Classification**

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

- Déchirure périnéale simple ou incomplète = déchirure du premier degré.

Elle intéresse les derniers centimètres du vagin, l'hymen, la muqueuse vulvaire et la peau ano-vulvaire.

➤ Déchirure périnéale complète = déchirure du deuxième degré.

Aux lésions précédentes, s'associe une rupture paramédiane du sphincter strié de l'anus, seule persiste la muqueuse anale.

➤ Déchirure complète compliquée du périnée = déchirure du troisième degré.

La muqueuse anale est elle aussi déchirée ouvrant alors le canal anal.

### **3-11-1 Circonstance de survenue**

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes [46] ont cherché à les isoler les uns des autres :

➤ Primiparité,

➤ Manœuvres obstétricales :

– les forceps appliqués sans épisiotomie augmentent de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.

– La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [46],

– La manœuvre de Jacquemier est elle aussi un facteur de risque classique.

➤ La macrosomie fœtale :

Les variétés occipitales postérieures, les présentations de face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de la déchirure.

➤ La qualité des tissus :

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

– distance ano-vulvaire courte,

– périnée oedématié (toxémie, inflammation, infection),

– cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle) ;

– la peau rousse ;

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

- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet [47].

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

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

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

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

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

MANTAL et coll. [37] ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies qui est basé sur :

### **Organisation**

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

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

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

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

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

➔ Restauration d'un volume sanguin circulant :

Deux voies veineuses sûres et efficaces.

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

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

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

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

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

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

Les patientes recevant de grande quantité de cristalloïdes développent souvent un œdème périphérique. Mais ceci ne devrait pas être mis en relation avec la présence d'un œdème pulmonaire. Les cristalloïdes seront facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide [56]

➤ **la transfusion :**

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

Si la patiente a probablement été groupée dans le système **ABO** et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps anti <<D>>, des globules rouges et des dérivés de sang **ABO** rhésus compatibles peuvent être délivrés sans autre test additionnel qu'un contrôle de compatibilité **ABO** de globules rouges [33].

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

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

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

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

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

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet de surveillance, de monitoring de leur test d'hémostase de routine pour dépister la présence d'une coagulopathie. Le taux de thromboplastine active et le taux de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau clinique. Quand une élongation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec saignotement des surfaces muqueuses, des plaies et de point de piqûre, un plasma frais congelé devrait être administré à une dose départ de 12 à 15ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé. Ensuite 4 unités de plasma devraient être administrées pour toutes les 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrinogène au dessus du seuil du niveau clinique.

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

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



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

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

#### **4-4 Traitement de la cause**

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

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

Corriger les conséquences de l'hémorragie.

##### **4-4-1 Première étape :**

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

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

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

- l'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et de gants stériles. La région vulvaire et péri-génitale ainsi que le vagin sont

badigeonnés avec une solution antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

➤ **Technique :**

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

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

#### **4-4-1-2 La révision utérine**

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

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

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

## **4-4-2 Deuxième étape : prise en charge pharmacologique**

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

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

➤ L'ocytocine (syntocinon®) :

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

L'utilisation des ocytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle existant avant son introduction. Elle a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 à 5%.

#### **→ Propriété pharmacologique**

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

#### **→ Utilisation thérapeutique**

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

### → Effets secondaires

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

➤ Dérivés de l'ergot de seigle :

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

### → Propriétés pharmacologiques

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

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

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

### → Utilisation thérapeutique

#### – voie d'administration et posologie

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

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

- l'hypertension artérielle sévère préexistante ;
- la toxémie gravidique,

- les affections vasculaires oblitérantes ;
- l'association avec les macrolides (ergotisme aigu).

#### ➤ Les prostaglandines

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

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

#### ➔ **Propriétés pharmacologiques**

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

Impliquées probablement dans la parturition des mammifères, leur taux plasmatique et dans le liquide amniotique augmente dès le début du travail pour atteindre son pic maximal 5 min après la délivrance [33].

#### ➔ **L'utilisation thérapeutique**

##### – **Utilisation des prostaglandines PGF**

TAGAKI S. [58] est le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans les hémorragies de la délivrance en utilisant la forme naturelle de la PGF2 alpha. La voie intramyométriale (1 ampoule à 0,25 mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées.

La voie intra-musculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine [58], mais présente plus d'effets secondaires et un délai d'action variable.

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

### → L'utilisation des prostaglandines PGE

C'est BYGDEMAN M. [11] qui fut le premier à suggérer l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie utérine. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI sur PGF2 alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie une meilleure efficacité sur le traitement des hémorragies.

- HERTZ H. [32] a été le premier à rapporter des cas d'atonie utérine traitée avec succès par PGE2 par voie vaginale.

### → Les molécules et posologies

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

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

### → Les contre indications :

- pathologie cardiaque,
- antécédents d'asthme,
- troubles graves de la fonction hépatique,

- diabète décompensé,
- antécédents comitiaux.

### **4-4-3 Prise en charge chirurgicale**

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

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

#### **➤ Indications**

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

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

#### **➤ Techniques**

Deux techniques sont envisagées :

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

### ➤ **Ligature des vaisseaux**

Par incision médiane sous ombilicale de préférence, une ligature élective des deux artères utérines au niveau isthmique peut être envisagée, complétée par la ligature des pédicules utéro-ovariens et ronds selon la méthode de **TSIRULNIKOV MS.** [60]. Elle permet d'être efficace avec un taux de succès assez élevé.

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

En cas de placenta accreta localisé une technique de capitonnage des parois utérines permet l'hémostase élective de ce site placentaire. Cette technique a été étendue avec succès au traitement d'hémorragie persistante sur le segment inférieur après hystérectomie sub-totale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% de cas [14].

### ➤ **Hystérectomie d'hémostase**

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

- échec de traitement chirurgical conservateur,
- état hémodynamique mettant en jeu le pronostic vital à cours terme et ne laissant pas le temps d'entreprendre un traitement conservateur; placenta accreta étendu ;
- rupture utérine avec délabrement telle qu'aucune suture n'est possible [12] ;
- extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ; elle peut être sub-totale mais elle devrait être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

### ➤ **Embolisation artérielle sélective**

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



La première embolisation décrite par **BROWN BJ.** et **COLL.** [10] a concerné une hémorragie incoercible du post-partum en rapport avec un hématome vulvo-vaginal massif étendu en rétro-péritonéal malgré ligature des artères iliaques. Depuis lors de courtes séries ont montré que le recours à la radiologie interventionnelle était intéressant sur plusieurs plans.

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

Certains incidents ont cependant été décrits à type de nécroses tissulaires locales (et plus rarement vésicales) se manifestant par la douleur, la fièvre, la parésie, le plus redoutable restant le reflux dans les réseaux mésentériques ou fémoraux [38].

## 5. Prévention des hémorragies du post-partum

Les décès par hémorragie représentent en France l'une des toutes premières cause de mortalité maternelle. Le retard du diagnostic et de la prise en charge des troubles de la coagulation est constamment retrouvé. La prévention est donc fondamentale dans ce contexte. Celle-ci passe par [44] :

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

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

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

réalisé si le placenta n'est pas décollé au bout de 30 minutes, 20 pour certains. Au delà de 30 minutes il est démontré que les complications hémorragiques sont accrues. L'accouchée sera surveillée systématiquement deux heures en salle de naissance avec surveillance étroite : constantes, inspection, palpation de l'utérus, examen vulvo-vaginal.

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

Le risque d'hémorragie du post-partum de 40%, ce qui veut dire que pour prévenir une seule hémorragie du post-partum 22 femmes auront besoin d'un traitement prophylactique. D'une manière analogue il a été prouvé qu'une prophylaxie systématique à l'ocytocine réduisait la nécessité du recours thérapeutique à ces médicaments [61, 47]. Il s'agit en effet de la gestion du troisième stade du travail d'accouchement.

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

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

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

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

- Si l'ocytocine n'est pas disponible, utiliser d'autres utérotoniques tel : l'ergométrine 0,2 mg IM., la synthométrine (1 ampoule) IM. ou le misoprostol

400 – 600mcg par voie orale. L'administration orale du misoprostol devrait être réservée aux instances où les conditions d'administration sécuritaire et d'entreposage approprié d'ocytocine et d'alcaloïdes de l'ergot de seigle injectables ne sont pas disponibles.

- Il est important de ranger les utérotoniques correctement :
  - ergométrine : 2 – 8° C, et protéger de la lumière et du gel.
  - Misoprostol : à la température de la pièce dans un contenant fermé.
  - Ocytocine : 15 – 30°C, protéger du gel.

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

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

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

- Si les membranes se déchirent, examiner doucement le haut du vagin et le col avec des gants stériles et désinfectés et utiliser une pince porte éponge pour enlever les fragments de membrane qui sont présents.
- Examiner soigneusement le placenta pour vous assurer qu'il n'en manque pas. S'il manque une portion de la surface ou si vous découvrez des membranes déchirées qui comportent des vaisseaux, soupçonner la rétention de fragment de placenta et prendre les mesures nécessaires.

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

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

### **Mise en garde :**

Ne pas administrer l'ergométrine ni la syntométrine (car elle contient de l'ergométrine) aux femmes qui souffrent de pré éclampsie, d'éclampsie, ou d'hypertension artérielle.

- Ne jamais appliquer de traction sur le cordon (ne pas tirer) sans appliquer une contre traction (pousser au dessus de l'os pubien sur l'utérus bien contracté).
- Pendant toutes les interventions décrites ci haut, expliquer les procédures et les actions à la femme et à sa famille. Continuer d'offrir votre soutien et de rassurer la femme tout au long des procédures.
- Tout accompagnateur à l'accouchement doit avoir les connaissances, les habiletés et le jugement critique nécessaires à la prise en charge active du troisième stade du travail et à accéder aux fournitures et à l'équipement requis [61].

## **CADRE D'ETUDE**

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

L'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 Août 1978 fixe le statut du district de Bamako, qui est à la fois une circonscription administrative de l'Etat située au même niveau hiérarchique que la région et une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

La même ordonnance crée les six communes du district de Bamako.

La Commune V du district de Bamako est :

Limitée par le fleuve Niger au nord-ouest, à l'Est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-coro (cercle de Kati) avec une superficie de 4100 hectares (41,59Km<sup>2</sup>) et une population estimée à 228859 habitants, la commune V est divisée en huit ''8'' Quartiers : Badalabougou, Daoudabougou, Quartier-Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni, Sabalibougou, Kalaban-coura, Garantikibougou.

### **Infrastructures sanitaires**

Dans le cadre de la de la politique de décentralisation en matière, de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako.

Il existe sur la rive droite, deux centres de santé de référence, dix sept CSCOM, la P.M.I de Badalabougou, des cabinets de soins et des cliniques privés.

### **Choix du CSRéf C V**

Le CSRéf CV a été choisi comme site de l'étude.

Il s'agit d'un centre de très grande affluence et dont le personnel soignant a été formé à la prise en charge intégrée du troisième stade du travail.

### **2. Période d'étude :**

Elle s'étale sur une période de 6 ans, de Janvier 1998 à décembre 2003.

### **3. Type d'étude :**

- Etude descriptive rétrospective.

### **4. Population d'étude :**

L'étude a porté sur l'ensemble des patientes qui ont accouché dans le service pendant la période d'étude, ou ayant été reçues en post-partum immédiat.

### **5. Echantillonnage :**

⇒ **Critères d'inclusion :** sont incluses dans cette étude les patientes suivantes :

- patientes ayant accouché dans le service pendant la période d'étude.
- patientes évacuée et dont la prise en charge a été faite dans le service pour hémorragie du post-partum immédiat pendant la période d'étude.

⇒ **Critères de non inclusion :**

- patientes présentant une hémorragie au cours de la grossesse ;
- patientes présentant une hémorragie survenant dans le post-abortum.

Au total nous avons retenu 488 patientes.

### **6. Collecte des données**

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête complétée à partir des dossiers obstétricaux (partogramme, registre d'accouchement, registre du protocole opératoire).

### **7. Technique de collecte des données**

La technique utilisée a été la lecture des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement et du registre du protocole opératoire et leur consignation sur la fiche d'enquête.

### **8. Traitement informatique**

Les données ont été traitées et analysées avec l'épi 1.6 info version 2000 et saisie dans le WORLD 2000.

## **9. Difficultés opératoires**

Cette étude est initialement exhaustive car nous avons pris en compte tous les cas d'hémorragie du post-partum, mais nous nous sommes rendus compte au cours de l'enquête que dans certains documents toutes les variables n'étaient pas représentées. Pour cela nous avons pris comme paramètre d'hémorragie la notion de saignement, la chute de la tension artérielle, l'accélération du pouls.

## **10. Analyse et traitement des dossiers :**

Les dossiers sont analysés et traités avec le logiciel Epi-info version 1.6.

## **11. Aspects éthiques**

Cette étude sera disponible pour tous les acteurs ayant en charge la santé de la mère et de l'enfant et ceci pour le bien-être des patientes.

- Les dossiers consultés ne feront l'objet d'aucune divulgation nominative.
- Les résultats obtenus seront publiés sous le sceau de l'anonymat.
- Le consentement de nos patientes n'a été pris en compte ; du fait du caractère rétrospectif de l'étude.



## I. Fréquence de l'hémorragie du post-partum dans le service.

**Tableau I :** Evolution de la prévalence en fonction des années

<b>Année</b>	<b>Nombre d'accouchement</b>	<b>Nombre de cas d'H.P.P</b>	<b>Pourcentage</b>
1998	5287	68	1,28
1999	5936	78	1,31
2000	6484	55	0,84
2001	6782	48	0,70
2002	6169	151	2,44
2003	6279	88	1,40
<b>Total</b>	<b>36937</b>	<b>488</b>	<b>1,32</b>

La prévalence la plus élevée 2,44% a été observé en 2002 et la plus basse 0,70% en 2001.

## II. Caractéristique sociodémographique :

**Tableau II:** Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 19 ans	114	23,36
[20 – 35 ans]	302	61,89
≥ 36 ans	72	14,75
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La fréquence la plus élevée 114/488 soit 61,89% a été observée dans la tranche d'âge compris entre 20 et 35 ans.

La patiente la moins âgée avait 14 ans et la plus âgée avait 46 ans.

**Tableau III :** Répartition des patientes selon leur lieu de résidence habituel

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Commune V	203	41,60
Commune VI	145	29,71
Commune IV	59	12,09
Hors du district	37	7,58
Commune III	19	3,89
Commune I	16	3,28
Commune II	9	1,85
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100,00</b>

203/488 des patientes sont de la commune V soit 41,60%.

**Tableau IV:** Répartition des patientes selon leur occupation principale.

<b>Occupation Principale</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	448	91,80
Elève / Etudiante	28	5,74
Fonctionnaire	8	1,64
Autres	4	0,82
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100,00</b>

448/488 soit 91,80% des cas étaient des ménagères.

**Tableau V:** répartition des patientes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	440	90,16
Célibataire	46	9,43
Veuve	2	0,41
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

440/488 soit 90,16% des cas étaient des femmes mariées.

### III. Conditions et structures de référence :

**Tableau VI:** Répartition des patientes selon leur condition d'admission

<b>Condition d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Moyen non précisé	397	81,35
Transport médicalisé	75	15,37
Moyen en personnel	16	3,28
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100,00</b>

Seul 15,36% des patientes avaient bénéficié d'un transport médicalisé.

**Tableau VII:** Répartition des patientes selon l'existence d'un document de référence.

<b>Existence de document de référence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Document existant	260	53,28
Document absent	228	46,72
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

260/488 soit 53,27% des patientes ont été référées avec un document.

12/488 soit 2,46% des patientes étaient venues avec une voie veineuse.

- Document de référence : partogramme ou fiche de référence avec carnet de C.P.N.

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon leur provenance.**

<b>Provenance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
CSCOM	177	36,27
Venues d'elles mêmes	155	31,77
Accouchées à domicile	21	04,30
Centre de santé de référence	92	18,85
Structures de santé privées	24	4,92
Réadmission après libération précoce	15	3,07
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

177/488 soit 36,27% des patientes sont venues des CSCOM.

## IV. Clinique :

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

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	150	30,74
Paucigeste	122	25,00
Multigeste	118	24,18
Grande multigeste	98	20,08
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Les multigestes ont été les plus fréquente 216/488 soit 44,26% des cas.

**Primigeste :** première grossesse ; **paucigeste :** 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> grossesse ;

**multigeste :** 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> grossesse **grande multigeste :** antécédent de 6 grossesses et plus.

**Tableau X :** Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Primipare	182	37,30
Multipare	104	21,31
Pauci pare	114	23,36
Grande multipare	88	18,03
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Les multipares représentent la fréquence la plus élevée avec 192/488 soit 39,34% pour un âge de parité minimum de 14 ans et maximum de 46ans.

**Primipare :** femme ayant fait un seul accouchement ; **pauci pare :** antécédent de 2 à 3 accouchements ; **multipare :** antécédent de 4 à 6 accouchements; **grande multipare :** antécédent de 6 accouchements et plus.

**Tableau XI : répartition des patientes selon leur mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Référées / Evacuées	312	63,93
Venues d'elles mêmes	176	36,07
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

312/488 soit 63,93% des patientes étaient des évacuées.

**Tableau XII:** Répartition des patientes selon leur motifs de d'admission.

<b>Motifs d'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcent</b>
<b>Hémorragie après accouchement</b>	<b>228</b>	<b>46,72</b>
Contraction utérine douloureuse grossesse	176	36,07
Retard à l'expulsion	15	3,08
H.T.A	12	2,46
Dilatation stationnaire	10	2,05
Utérus cicatriciel	9	1,85
Hémorragie sur grossesse	8	1,64
Présentation vicieuse	6	1,23
Grande multipare	6	1,23
Hauteur utérine excessive	4	0,82
placenta praevia hémorragique	3	0,61
Rupture prématurée des membranes	3	0,61
Dystocie cervicale	3	0,61
Indéterminé	3	0,61
Rétention du deuxième jumeau	2	0,41
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

L'hémorragie, 239/488 soit 48,97% des cas était le motif d'évacuation le plus fréquent.



**Tableau XIII:** Répartition des patientes en fonction des antécédents gynécologiques

<b>Antécédents gynécologiques</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans antécédents	430	88,12
Avortement	45	9,22
Fibrome utérin	13	2,66
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

13/488 soit 2,66% des patientes avaient un antécédent de fibrome utérin.

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

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans d'antécédents	421	86,27
H.T.A	40	8,20
H.T.A + obésité	19	3,89
Obésité	8	1,64
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

421/488, soit 86,27% des patientes étaient sans antécédents médicaux.

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas d'antécédents	410	84,02
Cicatrice de césarienne	32	6,56
Cicatrice de myomectomie	13	2,66
Curetage	33	6,76
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

410/488 soit 84,02% des patientes n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux

**Tableau XVI:** Répartition des patientes selon le temps écoulé entre le début de l'hémorragie et leur évacuation.

<b>Temps</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
≥ 30 min	337	90,84
< 30min	34	9,16
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>

34/488 soit 6,97% des patientes seulement avaient été référées en moins de 30 min après le début de l'hémorragie.

## V. Grossesse actuelle :

**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon la pratique de la consultation prénatale.

<b>Pratique de la C.P.N</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	327	67
Non	161	33
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

327/488 soit 67% des patientes avaient fait la C.P.N

**Tableau XVIII:** Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

<b>Terme de la grossesse</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
A terme : 37 – 42 SA	430	88,11
Avant terme < 37 SA	49	10,04
Post-terme > 42 SA	9	1,85
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

430/488 soit 88,11% des patientes avaient la grossesse à terme.

**Tableau XIX:** Répartition des patientes en fonction de la hauteur utérine

<b>Hauteur utérine</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
< 32 cm	70	14,34
[32 – 35 cm]	274	56,15
≥ 36 cm	129	26,44
H.U non précisée	15	3,07
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

274/488 soit 56,15% des patientes avaient une H.U comprise entre 32 et 35 cm.  
129/488 soit 26,44% des patientes avaient une H.U ; excessive pour une H.U moyenne de 34cm ; une H.U minimum de 28 ; une H.U maximum de 46cm.

**Tableau XX:** Répartition des patientes en fonction de la cause de surdistention utérine

<b>Cause de surdistention</b>	<b>effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Macrosomie	49	10,04
Hydramnios	47	9,63
Grossesse gémellaire	33	6,76
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

33/488 des patientes avaient présentées une grossesse gémellaire soit 6,76%

**Tableau XXI:** Répartition des patientes selon la durée de travail

<b>Durée de travail</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
< 12 heures	281	57,58
> 12 heures	192	39,35
Durée non précisée	15	3,07
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

281/488 soit 57,58% des patientes avaient eu une durée de travail inférieure à 12 heures. 192/488 soit 39,35% avaient eu une durée de travail supérieure 12 heures.

**Tableau XXII:** Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

<b>Mode d'accouchement</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Expulsion spontanée	404	82,79
Extraction instrumentale	60	12,30
Césarienne	23	4,71
Grande extraction de siège	1	0,20
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

464/488 soit 95,13% des patientes avaient accouché par voie basse dont 12,30% ont subi une extraction instrumentale par le ''Forceps''

**Tableau XXIII:** répartition des patientes selon la qualité de l'agent en charge de l'accouchement.

<b>Qualité de l'accoucheur</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Sage femme	346	70,90
Interne	55	11,27
Médecin généraliste	40	8,20
Matrone	23	4,72
Accouchement à domicile	21	4,30
Gynécologue	3	0,61
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

346/488 soit 70,90% des accouchements ont été effectués par les sages femmes.

**Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon le type de délivrance

<b>Type de délivrance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Naturelle	322	65,98
Artificielle	104	21,31
Active	62	12,71
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

322/488 soit 65,98% des délivrances ont été spontanées.

## VI. Les causes de l'hémorragie du post-partum :

Tableau XXV: Répartition des patientes selon la cause de l'hémorragie

Cause de l'hémorragie		Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie par rétention placentaire 139 cas	Rétention totale	21	4,30
	Rétention partielle	118	24,18
Hémorragie par anomalies liées au placenta 65 cas	Placenta praevia	30	6,15
	Placenta accreta	25	5,12
	Hématome retroplacentaire	10	2,05
Inversion utérine		1	0,20
Hémorragie par atonie utérine		222	45,49
Déchirure des parties molles 265 cas	Déchirure du col utérin	105	21,51
	Déchirure du vagin	20	4,10
	Déchirure du col utérin et du vagin	30	6,15
	Déchirure du périnée	10	2,05
	Déchirure du vagin et du périnée	90	18,44
	Rupture utérine	10	2,05

Le taux élevé de l'hémorragie de la délivrance est dû au fait qu'une même patiente peut présenter une association d'étiologie.



**TABLEAU XXVI:** répartition des patientes en fonction de la parité et du type d'hémorragie.

<b>Parité</b>  <b>Type d'hémorragie</b>	<b>Primipare</b>	<b>Pauci pare</b>	<b>Multipare</b>	<b>Total</b>
Hémorragie par rétention placentaire	28	32	79	139
Hémorragie par atonie utérine	39	42	141	222
Hémorragie par traumatisme de la filière génitale	47	24	34	105
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>108</b>	<b>254</b>	<b>466</b>

L'atonie utérine a été la complication la plus fréquente chez les multipares.

Le traumatisme de la filière a été plus fréquent chez les primipares.

**TABLEAU XXVII:** répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement et du type d'hémorragie.

<b>Durée du travail</b>	<b>&lt;12 heures</b>	<b>≥12 heures</b>	<b>Total</b>
<b>Type d'hémorragie</b>			
Atonie utérine	67	155	222
Rétention Placentaire	54	85	139
Déchirure du col	35	70	105
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>186</b>	<b>466</b>

L'atonie utérine a été la complication la plus fréquemment retrouvée avec une durée de travail de plus de 12 heures.

## VII. Prise en charge

**Tableau XXVIII:** Répartition des patientes selon leur état général à l'admission.

<b>Etat général à l'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Altéré	258	52,87
Bon	230	47,13
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

258/488 soit 52,87% des patientes avaient un état général altéré à l'admission

– Etat général altéré : T.A et pouls sont imprenables.

**Tableau XXIX:** répartition des patientes selon la coloration des conjonctives à l'admission.

<b>Coloration des conjonctives à l'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Pâleur conjonctivale	430	88,11
Colorées	58	11,89
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

430/488 soit 88,11% des patientes avaient une pâleur des conjonctives signe clinique d'anémie.

**Tableau XXX:** Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'admission

<b>Tension artérielle à l'admission</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Collapsus	323	66,19
Hypotendue	91	18,65
Normale	64	13,11
Hypertendue	10	2,05
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

323/488 soit 66,19% des patientes présentaient un collapsus cardiovasculaire

- Normale : si TA= [12 – 14] '' systolique'' et] 5 – 9[''diastolique''
- Hypotension : si TA= [9 – 11] '' systolique''
- Hypertension: si TA  $\geq$  15 ''systolique'' et  $\geq$  9 ''diastolique''
- Collapsus: si TA  $\leq$  8 '' systolique''

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

<b>Groupage rhésus</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Groupées en urgence	395	80,94
Groupage non fait	48	9,84
Déjà groupées	45	9,22
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

395/488 soit 80,94% des femmes n'étaient pas groupées.

**Tableau XXXII:** Répartition des patientes selon le traitement médical reçu.

<b>Traitement médical</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Transfusion	155	31,76
Administration d'utérotoniques	147	30,12
Perfusion de macromolécule	88	18,03
Pas de traitement médical	52	10,66
Utilisation du misoprostol + de l'ocytocine	46	9,43
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

436 soit 89,93% des patientes ont reçu un traitement médical dont 155/436, soit 35,55% une transfusion.

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

<b>Gestes obstétricaux effectués</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Révision utérine	187	38,33
Mise en observation	130	26,64
Massage utérin + révision utérine	78	15,98
Délivrance artificielle	92	18,85
Bouffrage compressif	1	0,20
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

358/488 soit 73,36% des patientes ont bénéficié d'un geste obstétrical.

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

<b>Traitement reçu</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Suture des lésions des parties molles	255	52,25
Pas de prise en charge chirurgicale	185	37,92
Hystérectomie d'hémostase	38	7,78
Hystérorraphie	10	2,05
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

303/488 soit 62,09% des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical, dont 38 cas d'hystérectomie d'hémostase soit 7,78%.

**Tableau XXXV:** Répartition des patientes selon les différentes complications présentées.

<b>Complications</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Collapsus cardiovasculaire	242	49,90
Décès maternel	125	25,61
C.I.V.D	60	12,30
Sans complication	61	12,50
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

427/488 soit 87,50% des patientes avaient présenté une complication.

## VII. Pronostic maternel :

**Tableau XXXVI:** Répartition des patientes selon l'évolution

<b>Evolution</b>	<b>effectif absolu</b>	<b>pourcentage</b>
Favorable	363	74,38
Décédées	125	25,62
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

125/488 soit 25,62% des patientes étaient décédées.

**Tableau XXXVII:** répartition des patientes selon les causes des décès.

<b>Causes de décès</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Collapsus cardio-vasculaire	76	15,57
C.I.V.D	48	9,84
C.I.V.D + OAP	1	0,20
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>25,61</b>

Le collapsus cardiovasculaire représente la fréquence la plus élevée des causes de décès.



# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## I. Fréquence :

Dans cette étude la prévalence des hémorragies du post-partum a évolué dans le service de la manière suivante :

Au cours de la période d'étude de Janvier 1988 à Décembre 2003, nous avons colligé 488 dossiers d'hémorragie du post-partum sur 36937 accouchements soit une moyenne de 1,32% repartis de la façon suivante :

En 1998 nous avons enregistré 68 cas d'hémorragie du post-partum soit 1,28% ; en 1999, 78 cas soit 1,31% ; en 2000, 55 cas soit 0,84% ; en 2001, 48 cas soit 0,70% ; en 2002 ; 151 cas soit 2,44% et en 2003, 88 cas soit 1,40%.

La variation de ces résultats pourrait s'expliquer par le fait que tous les cas d'hémorragies ne sont pas reportés dans le dossier obstétrical des patientes.

Une fréquence de 1,38% a été rapporté par KEITA S. [34] et une fréquence de 2,08% a été rapportée BOHOUSSOU et coll. [8].

## II. Caractéristiques socio- démographiques

### Tranches d'âge :

La tranche d'âge compris entre 20 et 35 ans a été la fréquence la plus élevée avec un taux de 61,89%.

Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense.

KEITA S. [34] a rapporté 63,04% ce taux est proche du notre PAMBOU O. et coll. [46] ont rapporté 68,75% pour la même tranche d'âge. 23,36% de nos patientes étaient des adolescentes de moins de 19 ans.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par la fréquence élevée du mariage précoce au Mali.

### **III. Clinique :**

#### **1. Mode d'admission.**

63,93% des patientes avaient été évacuées des autres localités du district de Bamako.

Elles avaient parcouru le plus souvent de long trajet et avaient été reçues le plus souvent dans plusieurs centres de santé allongeant ainsi le délais de prise en charge. Parmi les 63,93% des femmes qui avaient été reçues dans le service, seules 18,89% avaient bénéficié d'un transport médicalisé ; et seulement 3,02% étaient venues avec une voie veineuse prise avec un cathéter. Près de 44,58% des femmes venaient des CSCOM. Cette étude nous a permis de faire ressortir la mauvaise qualité d'évacuation des femmes ayant présenté une hémorragie grave dans le post-partum immédiat.

#### **2. Antécédents:**

##### **➤ Obstétricaux:**

##### **• Parité:**

Selon la parité notre étude nous a permis de retrouver la répartition suivante :

- Primipares et les multipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement un taux de 35,65% et 39,34%.

Au cours de cette étude nous avons constaté que le risque de complication de l'accouchement est aussi élevé chez les multipares que chez les primipares.

- ALIHONOU E. et coll. [2] ont trouvé : primipares: 39,74%, multipares et grandes multipares : 60,26%.

Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la précocité des mariages dans notre pays.

- KEITA S. [34] a rapporté : primipares et paucipares 62,70%. multipares et grandes multipares : 37,30% de cas d'hémorragie du post-partum immédiat chez les multipares ce taux est proportionnel au nôtre cela peut s'expliquer par le fait que les femmes courent à peu près les mêmes dans la population.

### ➤ **Médicaux :**

L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquente avec un taux de 8,250% contre 2,20% chez KEITA S. [34].

### ➤ **chirurgicaux :**

La cicatrice utérine (cicatrice de césarienne était présente chez 6,56% des femmes ayant présenté une hémorragie du post-partum.

Ces cicatrices peuvent être le siège d'une adhérence placentaire qui sera la cause d'hémorragie de la délivrance par placenta accreta.

- ce taux est supérieur à ceux de ALI HONOU E. et coll. [2] et de KEITA S. [34] qui ont rapporté respectivement un taux de 3,97% et 4,30%
- Ces mêmes auteurs ont rapporté un taux de curetage de 30,46% et 2,90% contre 6,76% de cas d'antécédent de curetage enregistré dans notre service pendant la période d'étude.

### **3. Durée totale du travail :**

- la durée du travail d'accouchement était supérieure à 12 heures dans 39,35%.

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

ALIHONOU E. et coll. [2] ont trouvé 56,95% de temps de travail supérieur à 12 heures.

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

95,08% des patientes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient accouché par voie basse dont 12,30% d'extraction par forceps.

Parmi ces accouchements par voie basse, 4,30% des femmes avaient accouché à domicile ce taux d'accouchement à domicile est proportionnel à celui de DIARRA N. [20] qui a rapporté 4,02% d'accouchement à domicile en 2000.

KEITA S. [34] et DIALLO A. [18] ont rapporté respectivement 13,04% et 5,12%.

Dans 4,92% des cas les patientes avaient fait une hémorragie du post-partum immédiate après une césarienne contre 2,71% chez AKPADZA K. et coll. [1].

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 une personne non qualifiée ne respectant pas la physiologie de la délivrance normale.

#### **IV. les principales causes retrouvées:**

Les étiologies retrouvées ont été :

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

Elles représentent la fréquence la plus élevée.

Nous avons colligé 265 cas de traumatisme de la filière génitale soit 54,30% des causes d'hémorragie. Elles sont réparties comme suit :

- La déchirure du col utérin, 105cas soit 21,52% de cas d'hémorragies ce taux est supérieur à celui de KEITA S. [34], et DIALLO A. [20] ont rapporté respectivement : 15,9%, et 5,12% de déchirures du col utérin.
- DIALLO B. [19] a rapporté un taux 28,2% de déchirure du col utérin.
- Nous avons enregistré aussi 6,15% de cas de déchirure du col utérin associé à la déchirure du vagin.
- Les déchirures du périnée associées aux déchirures du vagin : nous avons enregistré 18,44% des cas ce taux est inférieur à celui rapporté par DIALLO B. [19] 31%.
- La rupture utérine a été rapportée dans 2,05% ;

Dans notre étude le taux élevé de lésions des parties molles pourrait être lié à une mauvaise prise en charge du travail d'accouchement. Nous avons remarqué que la majorité de ces patientes au moment de l'expulsion avaient poussé sur un col incomplètement dilaté. Cela pourrait être lié aussi à une utilisation mal contrôlée des utérotoniques au cours du travail et ou des expressions avant dilatation complète.

89,75% des parturientes ont reçu de l'ocytocine pendant le travail.

## **2. Hémorragie de la délivrance :**

Elle est retrouvée dans 223 cas sur 488 soit une fréquence de 45,70%

L'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé publique ; puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle.

Au Mali NEM TCHUETN D. [43] 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.

Sa fréquence dans notre série est inférieure à celle retrouvée dans la littérature ; cela peut être expliqué par la sous notification de tout les cas d'hémorragie du post-partum immédiat.

Parmi les étiologies d'hémorragie de la délivrance nous avons trouvé 38,93% de cas de rétention placentaire et 1 cas d'inversion utérine.

– L'atonie utérine a été trouvée dans 45,49% des cas.

Ce résultat est inférieur à celui de AKPADZA et coll. [1] qui ont rapporté une fréquence de 48,73% et inférieur à ceux de ALIHONOU E. [2] et coll. et DIALLO B. [19] qui ont trouvé une fréquence de 55,63% et 69%, PAMBOU O. et coll. [46] ont rapporté une fréquence de 41,66% d'hémorragie de la délivrance suite à une rupture utérine.

– Le placenta accreta :

Nous avons colligé au cours de notre étude 5,12% soit 25 cas de placenta accreta ; DRAVE N. [23] a trouvé une fréquence de 0,33% d'hémorragie par adhérence avec 1 cas de décès en peropératoire.

### **3 La hauteur utérine excessive :**

Elle est retrouvée dans 26,44% des cas. Les facteurs de surdistention retrouvés ont été :

- **La macrosomie foetale:** les nouveaux nés avaient un poids de naissance de 4000 grammes et plus dans 10,04% contre 3,31% rapporté par ALIHONOU E. et coll. [2]. La macrosomie est incriminée dans la genèse des hémorragies du post-partum à cause de la surdistention utérine qu'elle crée.
- **La grossesse gémellaire** était retrouvée dans 6,76% des cas contre 3,60% chez KEITA S. [34]
- **L'hydramnios** était retrouvé dans 9,67%.

### **V. Complications maternelles :**

– **C.I.V.D :** (coagulation intra veineuse disséminée)

Nous avons trouvé que 12,30% des patientes avaient présenté un tableau de CIVD, ce résultat est nettement supérieur à celui de KEITA S. [34] qui a rapporté 10,10%.

ALIHONOU E. et coll. [2], et AKPADZA et coll. [1] ont rapporté respectivement une fréquence de 3,3% et 10,8%. Ces fréquences sont inférieures à la notre.

PAMBOU O. et coll. [46] ont montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des hémorragies du post-partum. Contre 2,05% de cas H.R.P dans notre étude qui se sont compliqués en C.I.V.D.

Ce problème de coagulopathie peut s'expliquer dans notre étude par la perte d'une grande quantité de sang et les facteurs de coagulation.

- 66,11% des patientes avaient présenté un tableau de collapsus cardiovasculaire
- et 88,11% des patientes avaient une anémie cliniquement objectivable par la pâleur des conjonctives.

## **VI. Prise en charge :**

### **1. Prise en charge médicale :**

Dans 89,34% des cas les patientes ont bénéficié d'un traitement médical.

- 80,94% de nos patientes avaient été groupées en urgence (car ne l'étaient pas à l'admission).
- 87,80% avaient bénéficiées d'une prise de voie veineuse systématique avec une solution saline isotonique et administration d'ocytocine.
- 18,03% des patientes avaient été perfusées avec des macromolécules,
- 31,76% avaient été transfusées avec du sang total et dans 3,65% des cas le sang n'était pas disponible.

Ce résultat est inférieur à ceux de KEITA S. [34], DIALLO B. [19], LAKOANDE J coll. [36] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 44,80%, 47,8% et 54,1% de transfusion sanguine.

- 9,43% des patientes avaient reçu du misoprostol en intra rectale plus de l'ocytocine.
- GOFFINET et coll. [30] rapporte après un échec à l'utilisation des ocytociques 89% d'efficacité avec le misoprostol.

### **2. Prise en charge obstétricale :**

73,36% de nos patientes avaient bénéficié d'un geste obstétrical.

La révision utérine a été le premier geste effectué après vidange vésicale.

Elle a permis d'assurer l'hémostase dans 38,33% des cas.

Le capitonnage a été utilisé une fois dans le service pour placenta accreta hémorragique sur utérus cicatriciel.

### **3. Prise en charge chirurgicale :**

- dans notre étude 54,30% des patientes avaient bénéficié d'une suture hémostatique suite aux lésions des parties molles.

Le recours à l'hystérectomie dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie.

L'embolisation utérine, la ligature des artères hypogastriques sont aussi des moyens chirurgicaux pour arrêter l'hémorragie mais ces pratiques n'ont pas été utilisées dans notre service.

– 7,78% des patientes avaient subi d'une hystérectomie d'hémostase.

Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par DIALLO B. [19] 4,2%, TOURE COULIBALY K [59] 3,2% et inférieur à celle de DIALLO A. [18] 10,25%.

SALVA [53] a rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas pour d'atonie utérine avec 100% de réussite.

Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et de plateau technique.

## **VII. Pronostic maternel :**

Nous avons enregistré un taux de décès maternel de 25,61%.

– 15,57% décédées de suite d'un choc hypovolémique et 10,04% par CIVD.

Les facteurs de risques retrouvés ont été :

– la référence tardive et les mauvaises conditions de transport ; 69,05% avaient fait 30min entre la prise de décision et l'obtention du moyen de transport.

Moyens de transport non appropriés 81,35% des patientes étaient aux moyens de transport en commun qui sont générale difficile à obtenir.

Ce taux élevé de décès maternel a concerné les patientes qui ont été référées dans le service pour hémorragie après accouchement et qui ont été admise avec un état général altéré.

DIALLO B. [19] a trouvé une fréquence de 19,7% de décès maternel lié aux hémorragies du post-partum et DIALLO A. [18] a rapporté 23,20% de décès maternel le manque de sang et des dérivés du sang surtout le plasma frais congelé, le retard dans la référence et l'absence d'un système de référence / évacuation organisé. La non organisation du système de référence constitue le facteur de risque le plus important pour le pronostic maternel dans notre service.



## CONCLUSIONS

Ce travail réalisé à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako est le résultat d'une étude descriptive rétrospective sur une période de 6 ans du 1<sup>er</sup> Janvier 1998 au 31 Décembre 2003.

Il a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

**488** cas d'hémorragie grave du post-partum sur 36937 accouchements soit une **fréquence de 1,32%**.

La fréquence la plus élevée a été observée dans la tranche d'âge [20 – 35 ans] avec un taux de 61,89%.

L'étiologie la plus en cause a été les hémorragies liées au traumatisme de la filière génitale avec une fréquence de 54,70%.

Les hémorragies de la délivrance sont retrouvées dans 45,70%.

Les facteurs de risque retrouvés ont été:

- la grossesse gémellaire,
- la macrosomie,
- la grande multiparité,
- l'hydramnios.

Les hémorragies du post-partum immédiat constituent dans notre service la première cause de mortalité et de morbidité maternelle avec une fréquence de 25,62%.

## RECOMMANDATIONS

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

### **1. Au ministère de la santé:**

- remplacer rapidement les matériels chirurgicaux défectueux.
- Assurer de façon continue l'approvisionnement en gaz pour le bloc opératoires.
- Assurer la formation continue des personnels de santé ayant en charge l'accouchement (sage – femme et matrone).
- Mettre en place en commune V une unité de réanimation dotée d'un personnel qualifié (réanimateur) et le matériel source pour l'aspiration.
- Organiser au niveau de chaque structure une unité de transfusion sanguine.

### **2. Aux prestataires de santé:**

- Les sages femmes doivent dépister au cours des consultations prénatales les grossesses à risque et les adresser aux structures de référence pour l'accouchement.
  - Améliorer l'affluence des C.P.N par l'amélioration sensible de l'accueille.
  - Utiliser systématiquement le partogramme.
  - Le personnel ayant en charge l'accouchement doit Procéder à la révision utérine systématiquement après l'accouchement sur utérus cicatriciel.
  - Examiner systématiquement le placenta après tout accouchement.
  - Prévenir les hémorragies de la délivrance par la gestion du troisième stade du travail. Qui consiste à administrer 5 à 10 unité d'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement.
  - Promouvoir l'accouchement atraumatique.
  - Assurer la surveillance des accouchées selon les normes de l'O.M.S
- ''Pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement'' : prise régulière des constantes de la patiente.

- L'agent ayant en charge l'accouchement doit mettre en place un cache-ter de grosse calibre ''18'' devant toute complication de l'accouchement avant la de référer.

### **3. aux internes et externes du service:**

- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte-rendu opératoires en vu de leur utilisation pour les travaux de recherche scientifique.
- Etablir des liaisons fonctionnelles plus dynamiques avec les collaborateurs anesthésiste et réanimateur.

### **4. aux gestantes :**

- commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse surtout pour les primipares.
- Eviter les accouchements à domicile source d'hémorragie pour les multipares car l'habitude n'exclue pas le contrôle.
- Pour les grandes multipares pratiquer l'espacement des enfants pour leur bien être et le bien être des enfants par la pratique de la planification familiale.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. AKPADZA et coll.**

Les hémorragies de la délivrance à la clinique de gynécologie et obstétrique du C.H.U. de TOKOIN – LOME (Togo) de 1988 à 1992 ; Méd. Afr. Noire : 1994 ; 41 (11) : 601 – 603.

### **2. ALIHONOU E. et Coll.**

Les hémorragies de la délivrance étude statistique et étiologique à (propos de 151 cas recensés en 5 ans).

Publication Médicale Africaine 2002 ; 121 : 8 – 11.

### **3. BARBARINO-MONIER P ; BARBARINO A, BAYOUMEU F, BONNENFANT-MEZERAY V ET JUDLIN P.**

Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum.

Choc hémorragique. Encycl. Méd. chir. (Elsevier, PARIS), Obstétrique, 5-082-A-10 1998 11P.

### **4. BAUMGARTEN K.**

Uterine mortality after post-partum application of sulpostrone and oxytocis.

Europ. J Obstet Gynéco Reprod Biol. 1983; 16: 181 – 192.

### **5. BERG CJ, ATRASH HK, TUCKER M.**

Pregnancy-related mortality in the United States, 1996; 88; 161-7.

### **6. BERTAULD. D. PIGNE A.**

Hémorragie de la délivrance prise charge actuelle.

La presse médicale 1985 ; 24(30) : 1337-1399.

### **7. BLONDEL B., KAMINSKIN.**

Episiotomie anale third degée tears. BR

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

### **8. BOHOUSSOU M. et coll. :**

Les hémorragie du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody. Rev Fr Gynécol. obstet 1999 ; 24 : 104 – 112.

**9. BOUVIER COLLE MH, VARNOUX N, BREART G.**

Les morts maternels en France.

Les éditions INSERM, Paris, 1994.

**10. BROWN BZ. HEASTON Dk., POULSON AM. Et al.**

un controllable post-partum bleeding: A. new appro achto haemosrasis through angiographic arterial embolizatin obstet gynecol, 1989, 54: 361 – 366

**11. BYGDEMANN. KWONSU M., MUKKER HEET, WIKUISTN.**

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

**12. CLARK SL, YEHSY, PHELAN JP ET al**

Emergency hysterectomy for obstetric haemorrhage.

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

**13. COUMBS CA, MURPHY EL, LAROS RK.**

Factors associated with post-partum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynécol. 1991; 77:69-76.

**14. CRISTALLI B., M. LEVARDON., V. IZARD., A. CAYOL.**

Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales.

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

**15. DARGENT D.**

Hémorragie grave de la délivrance.

Gynécol Obstet 1991; 58: 426 - 429

**16. DEPARTEMENT OF HEALTH.**

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

**17. DE USAID'S CALL TO ACTION:**

USAID'S post partum haemorrhages prevention special initiative. Octobre, 2002

**18. DIALLO ABDOULAYE O.**

Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Méd. N° 11 – 1989.

**19. DIALLO B.**

Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Méd. 1999 – N° 125.

**20. DIARRA N.**

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

Thèse de Méd. Bamako, 2001 – 54p48.

**21. DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOCIETE CANADIENNE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.**

N° 88 ; Avril 2000.

**22. RAOUL Ph.**

Hémorragie du post-partum.

American college of obstetricians and gynecologist 2000 P1-2.

[Http/www.adrenline112.org](http://www.adrenline112.org).

**23. DRAVE N.**

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G.

Thèse Méd. 1996 N° 39.

**24. ELBOURNE DR, PRENDIVILLE WJ, CARROLI G, WOOD J, Mc DONALD S.**

Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour.

In the Cochran Library, issue 3, 2003. Oxford. Update Software.

**25. EMMENUUEL K.H.**

Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Thèse de doctorat en obstétrique 2<sup>ème</sup> édition maloine S.A édit Paris 1998.

**26. FERNANDEZ H.**

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

**27. FERNANDEZ H PONS J.C ; CHAMBON G ; FRYDMAN R. ; PAPIERNIK.**

Internal iliac artery ligation in post-partum haemorrhage. Eur. J. Obstet. Gynecol. Biol. Reptod; 1988, 28: 213 – 220.

**28. FOURNL; LOKOSSOU; FOYOMIEB; YACOUBOUM.**

Mortalité maternelle evitable en milieu hospitalier dans un department au Bénin. Med. Afr. Noir: 2000, 47(1).

**29. GILBERT L, PORTER. W, BROWN VA.**

Post-partum haemorrhage: a continuing problem. Br J Obstet Gynaecol: 1987; 67-71.

**30. GOFFINET F., HADD B., CARBONNE B., SEBBRANE, PAPIERNIK.**

Utilisation du sulpostrone dans le traitement des hémorragies de la délivrance. J. Gynec – Obstet et Biol Reprod 1995 ; 24 N°2 : 209 – 216

**31. H. DE TOURIS ; R. HENRION ; M. DELECOUR**

In <<Abrégé illustré de gynécologie et obstétrique>>.

6<sup>ème</sup> édition MASSON ; 1994 : p : 398 – 402.

**32. HERTS H. SOKOL RJ., DIERKER W.**

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

Obstet. Gynecol, 1988, 56: 126

**33. HEWITT P.E, J. et Machin S.J.**

Massive blood transfusion in ABO of transfusion. LONDON:  
BMJ publishing groupe, 1998: 49-52.

**34. KEÏTA S.**

Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et  
obstétrique de l'hôpital du point G. Bamako 1991 – 2001  
Thèse-Méd Bamako, 2003 – 99p, 47

**35. KWAST BE.**

Post-partum Hémorragie: its contribution to maternal mortality.  
Br J. Gynaecol and Obstet 1991,-7: 64 – 70

**36. LANKOANDE J et coll.**

Hémorragie de la délivrance dans la maternité de Yalgado OUEDRAOGO  
C.H.U. de Ouagadougou Burkina-Faso.  
Dakar médical 43 (1) 57 – 9 ; 1998.

**37. MANTAL. C, BUSHMANN. , RERES H., PATTINSON R. C.**

Severe acute maternal mobility: a pilot study of a definition for a near miss.  
Br J. of Gynaecology and Obstetric 1998; 105: 985-990.

**38. MARPEUL., RHIMIZ., LARUEL et al.**

Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies  
graves de la délivrance.  
J. Gynécol Obstét Biol Reprod, 1992, 21: 233-235

**39. MATERNAL HEALTH AROUND THE WORLD POSTER.**

World health Organisation and World Bank, 1997

**40. MERGER.R., LEVY J., MERCHIOR. J.**

In <<Précis d'obstétrique 6ème édition>>  
6<sup>ème</sup> MASSON 1994; P 345 - 383.

**41. MOURE J.C.**

The action of ergot preparations on the puerperal uterus.  
Br. Med. J 1992: 1119-1122.



**42. NAGAI K., TANAKA. T. TSURUTA. K. ET AL.**

Regulation of placenta 15- hydroxyprostaglandin deshydrogenase activity by obstetric drugs.

Prostaglandins Leukotrienes Med, 1987, 29: 165-173.

**43. NEM T. D.**

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

Thèse de Méd. Bamako, 2004 – 77p27

**44. NET WORK**

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

Network 1997; vol. 17 n° 4: 1 - 7

**45. NORDSTRÖM L, FOGELSTAM K, FRIDMAN G, LARSSON A, RYDHSTROEM H.**

Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled trials.

Br. J Obstet. Gynécol. 1997; 104: 781 - 6

**46. PAMBOU O. et coll.**

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

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

**47. PIGNE. A., & FREITEL.**

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

**48. PREDIVILLE W., ELBOURNE D., CHALMERS I.**

The routine oxytocic administration in the management of the third stage of labour: an overview of the evidence from controlled trials.

Br J Obstet gyneacol 1988; 95: 3 6 16

**49. READ J.A., COTTON. O.B., MILLER FC.**

Placenta accreta = changing clinical aspects.

Obstet Gynécol. 1986; 56: 31-34.

**50. RIETHMULLER. D., PEQUEGNOT-GEANNIN C.**

Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus génital  
J. gynécol.

Obstet Biol. Reprod 1997; 26 : 154-158.

**51. RIVIERE M ; MAHON. A et Coll.**

26 Observations de placenta de décollement inséré bas étude clinique.

**52. ROCHAT. R W, KOONIN LM, ATRASH HK, JEWITT JF.**

The maternal mortality Collaborative. Maternal mortality in the united states:  
report from the maternal mortality collaborative. Obstet gynéco 1991 ; 72 : 91-  
97.

**53. SALVA J. NAH MANOVIVIC .C RACIINETC.**

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

Rev Fr gynécol Obstét 1991; 25: 368 – 371.

**54. SEGUY. B. BAUDET JH**

Révision accélérée en obstétrique 2<sup>ème</sup> édition Maloine S.A éditeur Paris 1993 ;  
p : 183 - 191.

**55. SHIONO P., KLE BANOFF M., CAREYO.**

Medline episiotomies: More harm hard good?

Gyneacol-Obstet 1990, 75; 765-769.

**56. STEHLING L.**

Fluid replacement in massive transfusion; in Jeffres LC. Et Brecher Banks (eds).

Massive Transfusion Bethesda.

Am assoc of Blood, 1994: 1-15.

**57 SUZANNE. I. Y., ALLARD. H., MEYER. J.L.**

Hémorragie obstétricale grave du post-partum immédiat.

Encycl. Méd-Chir., Paris, Obstétrique, 5109A 10, 12-1989.

**58. TAGAKI. S. YOSHIDAT.; TOGO Y.**

The effects of myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post-partum haemorrhage prostaglandins. 1986, 12: 565 – 579.

**59. TOURE COULIBALY K.**

Les hystérectomies d'hémostase étude de 74 cas observés à la maternité du C.H.U. de TREICHVILLE. Abidjan.

Méd. Afr. Noire 1995 ; 42 (12) 602 – 604.

**60. TSIRUL NIKOV MS.**

La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales.

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

**WORLD HEALTH ORGANISATION**

Maternal mortality: a global fact book. Geneva, W H.O

**61. WATSON P.**

Post-partum haemorrhage in associated with POOR housing not multipary in Botswana.

Lancet 1986; 4: 278 – 284.

**62. WORYNE R, COHEN.**

Hémorragie du post-partum.

Rev du praticien, 1985, 45 : 127-129.

## ABREVIATIONS

<b>CIVD</b>	=	coagulation intra vasculaire disséminée
<b>CPN</b>	=	consultation prénatale
<b>FVV</b>	=	fistule vésico – vaginale
<b>HB</b>	=	hémoglobine
<b>HRP</b>	=	hématome retroplacentaire
<b>HPP</b>	=	hémorragie du post-partum
<b>HTA</b>	=	hypertension artérielle
<b>HU</b>	=	hauteur utérine
<b>IM</b>	=	intra musculaire
<b>IVD</b>	=	intra veineuse directe
<b>O.A.P</b>	=	œdème aigu du poumon
<b>PGE</b>	=	prostaglandine E
<b>PGF2</b>	=	prostaglandine F2
<b>TA</b>	=	tension artérielle
<b>R.U</b>	=	révision utérine
<b>U.I</b>	=	unité internationale
<b>F.M.P.O.S</b>	=	Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie

# Plan

<b>I-</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
	▶ Objectifs.....	3
<b>II-</b>	<b>Généralités .....</b>	<b>4</b>
	Définition .....	4
	Rappel physiologique de l'accouchement .....	6
	Etiopathogénie et facteurs de risque de survenue des hémorragies du post-partum .....	10
	Conduite à tenir devant l'hémorragie du post-partum .....	20
<b>III-</b>	<b>Méthodologie</b>	
	Cadre d'étude .....	37
	Période d'étude .....	37
	Population d'étude .....	38
	Echantillonnage.....	38
	Traitement Informatique.....	39
	Aspect éthique.....	39
<b>IV-</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>40</b>
<b>V-</b>	<b>Commentaires et discussions.....</b>	<b>65</b>
<b>VI-</b>	<b>Conclusion et recommandations.....</b>	<b>73</b>
<b>VII-</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>76</b>
<b>VIII-</b>	<b>Annexes</b>	

# FICHE SIGNALITIQUE

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Mariame Tiéba

**Titre de la thèse :** Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

**Année universitaire :** 2004 - 2005

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**Secteurs d'intérêt :** Gynécologie – Obstétrique, Santé publique.

**Résumé :** C'est une étude rétrospective effectuée au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de la référence de la commune V de Janvier 1998 à Décembre 2004 soit 6 ans.

L'objectif principal est de contribuer à l'étude des hémorragies du post-partum à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

Durant la période d'étude, 36937 accouchements ont été enregistrés dont 488 cas d'hémorragie du post-partum soit une fréquence de 1,32%.

Cette fréquence élevée peut s'expliquer par le manque de structure adéquat, de personnel qualifié, un système de référence mal organiser.

Les causes les plus fréquemment retrouvées sont :

- traumatisme de la filière génital : 54,30% ;
- hémorragie de la délivrance : 45,70% avec une fréquence de placenta accreta 5,12%.

La prise en charge a été au niveau du service :

- la réanimation avec les solutés isotoniques ou hypertoniques,
- les gestes obstétricaux : révision utérine, délivrance artificielle, massage utérin et administration d'utérotoniques, le capitonnage dans un cas de placenta accreta sur utérus cicatriciel.
- Chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase.
- 25,61% de décès maternel ont été enregistré.

**Mots clés :** hémorragie du post-partum, mortalité maternelle, urgence obstétricale, santé publique.

# **Sommaire**

## **I. Introduction / Objectifs**

*Généralités*

## **II. Méthodologie**

## **III. Résultats**

## **IV. Commentaires – discussion**

## **V. Conclusion – recommandations**

## **VI. Références Bibliographiques**

## **VII. Annexes**

# AU NOM D'ALLAH LE TOUT PUISSANT LE CLEMENT ET MISERICORDIEUX

Louange à Allah, l'unique, et que la bénédiction et le salut soient sur l'ultime prophète.

Je dédie ce travail à :

Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie des suites de complications de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé par hémorragie après leur avoir donné la vie.

A notre grand-mère : **feue Kotiè Diarra**

Nous aurions voulu vous voir là assise en ce jour solennel. Mais hélas Dieu en a décidé autrement. Dormez en paix.

A mon père : **Tiéba Traoré**

Sociable, passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es totalement investi pour mon éducation dès ma tendre enfance. Ce travail est un début de



récompense de tes nombreux sacrifices. Jamais je ne saurais te rendre un hommage à la hauteur des efforts déployés.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A ma chère mère : **Aminata Coulibaly**

Qui a guidé mes premiers pas : en plus d'être ma mère, tu es aussi pour moi une amie, une confidente.

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance. Tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes efforts.

A mon oncle : **Moussa Coulibaly**

Je ne saurais assez te remercier pour tout ce que tu as pu faire pour moi.

J'espère que ce travail te plaira.

A tous mes parents et leurs familles respectives:

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos sacrifices, vos prières, vos encouragements, et vos bénédictions ce travail n'aurait jamais pu se réaliser.

Puisse ce modeste travail vous donner une légitime fierté.

**A mes frères et sœurs :**

Compréhension, disponibilité, attention et soutien moral n'ont pas été vains.

C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement. J'espère que ce travail sera un exemple pour vous.

A ma petite sœur : **Melle Aminata Traoré**

Merci pour toutes les bénédictions et les conseils ;

Tu es comme une amie pour moi. Que Dieu te prête encore longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de ce travail.

Aux familles : **Diawara** à Kati coura,

- **Diakité** à kati Noumorila,

- **Koné** à Kati N'tominikoro, et Kati coura,
- **Coulibaly** à Kati Malibougou et Missira Bamako,
- **Sangaré** à Kati Coura,
- **Makan Diarra et Famille,**
- **Coulibaly à Médina coura,**

Je vous remercie pour tout.

A ma chère amie et cousine : **Mme Haïdara Mariame Sangaré**

Vous avez été plus qu'une sœur pour moi ; je vous remercie pour tout.

A mon cousin **Check Mohamed Lackdaf Traoré:**

Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez pu faire pour moi.

Que Dieu vous prête encore longue vie.

A mon cher ami : **Mr Souleymane Sanogo**

Comme on le dit couramment, c'est pendant les moments difficiles que l'on reconnaît ses vrais amis et tu as toujours été au rendez-vous. Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que tu représentes pour moi. Je dirai tout simplement grand merci.

A mes Chers Amis: **Dr Thiam Seydou Malliame, Dr Maïga Abdoulaye,**

Vous avez su cultiver en moi le courage durant tout le cycle universitaire et tout au long de cette thèse.

**Gaoussou Keïta, Abdoulaye Arama, Mamoutou Dembélé, Moumouni Ouattara, Jean marie Coulibaly, Mr BODO Oumar ; Dr Diawara Abdoulaye, Dr Kamara Mahamadou dit Seyba.** Je vous remercie pour tout

Au **Dr Keïta Sema** : je vous remercie pour tout.

Au **Dr Togo Adégné** : Votre apport a été considérable dans la réalisation de ce travail. Merci pour tous vos encouragements.

A **tous mes camarades internes et médecin** des hôpitaux (Kati, Gabriel Touré, Point G et d'autres régions) Merci.

A **tout le personnel du centre émetteur du point G.**

Merci pour votre soutien.

A mes amies : **Mlles Coulibaly Aminata, Korotoumou Bamba, Kadiatou B Touré, Batènin Sacko, Tenin Samaké.**

Je vous remercie pour votre soutien.

A mon ami : **Mr Koné Bamoussa et ses collègues de service**

Recevez mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez pu faire pour mener à bien ce travail.

**A Mrs Diabaté Mamadou, Sissoko Mahamadou, Samaké Bakary, Boïté Bouraïma et tout le personnel de la Direction Nationale de l'Enseignement Normal leurs collaborateurs.**

Vous avez été plus que des amis pendant tout le long de ce parcours. Votre sympathie et votre courtoisie m'ont beaucoup aidée, je vous remercie pour tout.

**A mes aînés cadets et camarades du service :**

Rien ne vaut l'esprit d'équipe, nous avons passé ensemble des moments pénibles, j'espère que nous goûterons ensemble au fruit de ce travail.

A mes amis et camarades médecins et pharmaciens sortant de la **F.M.P.O.S** grand merci.

A mes anciennes camarades du **Lycée de Jeunes Filles**, mes anciennes camarades de **chambre**.

Vivre avec vous a été pour moi un grand plaisir recevez ma profonde reconnaissance.

A tout le personnel du **service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence du quartier Mali et de l'Hôpital National du Point G.**

Je reconnais aujourd'hui l'impact positif des relations humaines sur la performance au travail. Je vous remercie très sincèrement.

A tous mes maîtres du premier, second cycle et lycée :

Merci pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.

# QUESTIONNAIRE DE THESE DE MEDECINE

## Hémorragie du Post Partum

N° ...../

### I. Identification de la parturiente

#### 1.1 Date:

Nom: ...../

Prénom:

...../

#### 1.2 Age: ...../ ans

#### 1.3 Ethnie : /...../

1: bambara 2: malinké 3: peuhl 4 : Sarakolé 5: Dogon 6: sonrai 7:  
bozo 8: senoufo 9: minianka 10: tamashek, 11:bobo,  
12 :autres à préciser.....

#### 1.4 Résidence: /...../

1: commune I 2: commune II 3: commune III 4 : commune IV  
5 : commune V  
6 : commune VI 7:intérieur du pays

#### 1.5 Profession: /...../

1: ménagère 2: élève/étudiant 3: fonctionnaire 4: autres

#### 1.6 Statut matrimonial : /...../

1: mariée 2 : célibataire 3: divorcée 4: veuve

### II. Mode d'admission: /...../

1: venue d'elle même 2: évacuée

#### 2.1 si évacuée

a. motif : ...../

b. condition d'évacuation /...../

c. temps de référence/...../

d temps de prise en charge/...../



## V. Caractère de la grossesse actuelle

1. CPN /...../ a: oui b: non
2. terme de la grossesse /...../  
a avant terme /...../  
b à terme /...../  
c poste terme /...../
3. hauteur utérine : /...../ cm
4. nombre de fœtus: /...../
5. poids du fœtus : /...../ en grammes
6. hydramnios : /...../ 1 : oui 2 : non

## VI. Déroulement du travail

- 1 Durée du travail : /...../  
a: < 12 heures b:  $\geq$  12 heures < 24 heures c: > 24 heures
- 2 Qualité de l'accoucheur : /...../  
a: gynécologue-obstétricien, b: médecin généraliste, c: sage femme  
d: interne, e : matrone f : autres
- 3 Voie d'accouchement : /...../  
a: voie basse b: césarienne c: extraction instrumentale d: épisiotomie  
e: craniotomie f: expression au cours de l'accouchement
- 4 Si traction instrumentale Type à préciser: /...../

## VII. Délivrance :

2. type de délivrance : /...../  
a : délivrance spontanée b : délivrance active dirigée  
c : délivrance artificielle
2. Rétention Placentaire : /...../  
a: totale b: partielle c: débris placentaires d: pas de rétention placentaire
- 3 Anomalie d'insertion placentaire : /...../  
1: PP 2: PA 3: pas d'anomalie d'insertion 4: autres

**VIII. Utérus après délivrance :** /...../

1: inertie 2: globe de sécurité

**3. Anomalie des parties molles :**

1 Déchirure du périnée: /...../ 1 : oui, 2 : non

2 Déchirure vaginale : /...../ 1 : oui 2 : non

3 Déchirure du périnée et du vagin : /...../ 1 : oui, 2 : non

4 Déchirure du col: /...../ 1 : oui, 2 : non

5 Déchirure du col et du vagin : /...../ 1 : oui 2 : non

6 Inversion utérine : /...../ 1 : oui 2 : non

**Si oui préciser le degré /...../**

7 troubles de l'hémostase : /...../ 1: oui 2 : non

**IX. Examen de la patiente**

1 État général : /...../ a: bon b: altéré

2 Coloration des conjonctives : /...../

a: colorées, b: pâles, c : très pâles

3 Tension artérielle : /...../

a: normale : si TA= [12 – 14] ‘‘ systolique’’ et] 5 – 9[‘‘diastolique’’

b : hypotension : si TA= [9 – 11] ‘‘ systolique’’

c : hypertension : si TA  $\geq$  15 ‘‘systolique’’ et  $\geq$  9 ‘‘diastolique’’

d : collapsus : si TA  $\leq$  8 ‘‘ systolique’’

e : imprenable : /...../ 1 : oui, 2 : non

4 Le Pouls : /...../

a: normal : si BDC [75 – 100[ btm/mn

b: tachycardie si BDC [100 - 120] btm/mn

c : filant

d: imprenable

## **X. Examens biologiques :**

1 Groupage rhésus : /...../ a : oui, b : non

2 Taux Hb : /...../...../ a : oui, b : non

3 Taux Ht : /...../...../ a : oui, b : non

## **XI. Conduite à tenir**

1 médicale : /...../

a : voie veineuse

b:perfusion

c: administration d'utérotonique

d: transfusion

Si transfusion préciser : /...../ 1: sang total 2:concentré globulaire  
3: plasma frais congelé

2 Chirurgicale : /...../

a: suture des lésions des parties molles

b: hystérectomie d'hémostase

3 Obstétricale : /...../

a: massage utérin

b: délivrance artificielle

c: révision utérine

d: curage digital

e : bourrage

## **XI. pronostic maternel**

1 Résultat : /...../

1: bon état 2: DCD

1a Si DCD préciser la cause : /...../

1: hypovolémie 2: CIVD 3: autres /...../



*A notre cher maître et codirecteur de thèse : **Docteur Maïga***

***Bouräïma***

*Gynécologue-obstétricien*

*Chef du service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital National du*

*Point G*

*Détenteur d'un Diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère*

*de la promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille pour son*

*combat en faveur de la femme et de l'enfant*

*Responsable de la filière Sage-femme à l'ESS*

**Chevalier de l'Ordre National du MALI**

Vous avez initié ce travail. Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble.

Vous nous avez accueilli à bras ouvert dans votre service. Vous nous avez enseigné une attitude simple et réaliste vis à vis des malades.

Cher maître, nous avons été touché par votre disponibilité pour la recherche scientifique, votre simplicité et votre grand sens de l'humanisme.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

*A notre Maître, et Président de jury,*  
***Professeur Sidi Yaya SIMAGA,***  
*Professeur de santé publique,*  
*Chef du D.E.R de santé publique à la Faculté de Médecine de*  
*Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,*  
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher père,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Tout au long de nos études, vous nous avez impressionné par la clarté, l'aisance, et la simplicité avec lesquelles vous transmettez votre connaissance.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde encore longue vie auprès de nous.

*A notre maître et directeur de thèse **Docteur SY Aïda SOW***

Maître de conférences en gynécologie et obstétrique de la Faculté de Médecine  
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

*Chef de l'unité de gynécologique au centre de santé de référence de la  
commune II*

Cher maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de  
diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre  
abnégation associée à votre qualité de mère et de formateur nous ont beaucoup  
séduit. Veuillez recevoir ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude  
et de notre sincère remerciement.

*A notre maître et juge, **Anatole TOUNKARA***

*Maître de conférence agrégé en immunologie,*

*Directeur du Centre National de Transfusion Sanguine (C.N.T.S)*

*Directeur du programme de recherche NIAID/NIH/F.M .P.O.S sur le*

*SIDA et la Tuberculose*

Cher maître, si nous avons apprécié votre détermination et votre rigueur dans le travail, ce sont surtout votre courtoisie et votre bonté naturelle qui ont le plus retenue notre attention.

Merci de nous honorer de votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

**Je le jure !**

**A l'Afrique tout entière :**

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration du taux de mortalité maternelle dans le post-partum immédiat.

A ma noble **patrie, le MALI**, mère chérie toi qui sut relever tant de défis en réunissant l'institution de l'éducation, la formation, le travail dont je suis aujourd'hui une des manifestations, à toi tout mon dévouement et abnégation prenants.

Allah puisse que de toi la scintillation de mon émanation rehausse majestueusement ta légitime gloire.

**A mon Cher oncle : Dr Ouattara Zanafon**

Je ne saurais jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. J'espère que ce travail vous plaira.

**A mon Tonton : Mr Niamanto Diarra et sa famille**

Je ne saurais assez vous remercier pour tout ce que vous avez pu faire pour moi depuis ma tendre enfance : assistance socioéducative, disponibilité ; je vous dis grand merci. Vous resterez pour moi un parent modèle.

**A Dr Sima Mamadou :**

Tu es pour moi un frère, un encadreur, un formateur consciencieux, engagé, ayant le souci du travail bien fait. Tu m'as beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail, qui est aussi tien. Que Dieu te prête encore longue vie et t'ouvre les portes de la connaissance et du succès.

III  
NOTRE ETUDE  
METHODOLOGIE

REMERCIEMENTS PARTICULIERS AUX  
HONORABLES MEMBRES DU JURY



# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

# CONCLUSION RECOMMENDATIONS

# SOMMAIRE

# ANNEXE QUESTIONNAIRE

# ANNEXES

# I INTRODUCTION

# PLAN

REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES



**LISTE DU PERSONNEL  
ENSEIGNANT PAR  
D.E.R ET PAR  
GRADE**

# REMERCIEMENTS

# II

# GENERALITES

NOS RESULTATS

# DEDICACES

**Ministère de l'Education nationale**

**République du Mali**

~~~~~  
**Université de Bamako**  
~~~~~

~~~~~  
**un peuple, un but, une foi**

~~~~~  
**Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
D'Odonto-stomatologie**  
~~~~~

**Thèse N°**

~~~~~  
**Année universitaire 2004 – 2005**  
~~~~~

## **THEME**



**ETUDE EPIDEMIO – CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES  
HEMORRAGIES DU POST-PARTUM**

# **THESE**

**Présentée et soutenue le .....Devant la Faculté  
de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du MALI**

**Par Mlle TRAORE MARIAME TIEBA**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

## **JURY**

**Président: Pr. SIMAGA Sidi Yaya**

**Membre : Pr. TOUNKARA Anatole**

**Codirecteur de thèse: Dr MAÏGA Bouraïma**

**Directeur de thèse: Dr SY Aïda SOW**

