

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006 - 2007

LES HEMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE VI

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le/...../
2007 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie par :**

Monsieur Pierre Claver KAREMBERY
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membres : Docteur Benoît KARAMBERY

Co-Directeur de thèse : Docteur Boubacar TRAORE

Directeur de thèse : Professeur SY Aïda SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR
DES FINANCES**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie – Chef de DER
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie – Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Anesthésie – Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie-Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Djénaba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Urologie
Gynéco-Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamdou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie
Chimie Organique
Immunologie Chef de D.E.R.
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie Analytique
PPhysiologie

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie ? Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Mamdou BA	Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatre
Mr Bou DIAKITE	Psychiatre
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de DER
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA **Santé Publique**

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE **Santé Publique**
Mr Adama DIAWARA **Santé Publique**
Mr Hamadoun SANGHO **Santé Publique**
Mr Massambou SACKO **Santé Publique**
Mr Alassane A. DICKO **Santé Publique**
Mr Mamadou Souncalo TRAORE **Santé Publique**
Mr Hammadoun Aly SANGHO **Santé Publique**

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP **Anthropologie Médicale**
Mr Seydou DOUMBIA **Epidémiologie**
Mr Oumar THIERO **Biostatistique**
Mr Seydou DIARRA **Anthropologie Médicale**

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA **Botanique**
Mr Bouba DIARRA **Bactériologie**
Mr Salikou SANOGO **Physique**
Mr Boubacar KANTE **Galénique**
Mr Souleymane GUINDO **Gestion**
Mme DEMBELE Sira DIARRA **Mathématiques**
Mr Modibo DIARRA **Nutrition**
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA **Hygiène du Milieu**
Mr Mahamadou TRAORE **Génétique**
Mr Yaya COULIBALY **Législation**
Mr Lassine SIDIBE **Chimie Organique**

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Daouda BA **Bromatologie**
Pr Babacar FAYE **Pharmacodynamie**
Pr Mounirou CISSE **Hydrologie**
Pr Amadou Papa DIOP **Biochimie**
Pr Iamine GAYE **Physiologie**

SOMMAIRE

Dédicaces

Remerciements

Hommages aux membres du Jury

Introduction.....	1
I. Généralités.....	3
II. Méthodologie.....	22
III. Résultats.....	31
IV. Commentaires et discussions.....	46
V. Conclusion et recommandations.....	55
VI. Bibliographie.....	58
VII. Annexes.....	i

DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

❖ **A la mémoire de mon père feu Augustin KAREMBERY (paix à son âme) :**

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement. Que ton âme repose en paix.

❖ **A mes chères mamans : Bernadette Zerbo, Jénévieve Marie Treize :**

Vous resterez toujours pour moi des mamans modèles, il n'est point nécessaire pour moi de vous dire ce que je ressens ; mais recevez à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde et ma reconnaissance. Que Dieu vous accorde encore une longue vie pour « goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté ».

❖ **A mes tuteurs : Kalifa DIARRA et feu Amadou ZONGO :**

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Je prie Dieu de vous accorder une longue vie afin de pouvoir savourer les fruits de vos dévouements.

❖ **A mes frères et sœurs : Delphine, Gabriel, Charles, Pauline, Honoré, Ferdinand, Françoise, Ivone, Joseph, Jean, Christophe, Apollinaire, feu Alphonse (que ton âme repose en paix), Charlotte, Richard, Joséphine, Augustine, Augustin :**

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne n'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

❖ **A mon cousin : Clément DRABO :**

Aucun mot ne traduirait ce que je pense de vous.

❖ **A mes amis : Vital SANGARE, Emmanuel TOE, Dr Benoï SARIA, Pascal, Dr BAYO, Dr Broïma, Dr Seyba, Papis, Seybou, Pari Albert :**

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici ma sincère gratitude.

❖ **A tous mes maîtres du premier et second cycle ainsi que ceux du lycée notamment Jean Batiste Tony et Jean Dougou pour la qualité de votre formation**

❖ **A toute la population de Kolongo pour leur encouragement.**

❖ **Au Dr TRAORE Aminata CISSE :**

Tu as été pour moi une soeur, une formatrice consciencieuse, engagée et ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu te prête encore une longue vie.

❖ **A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de la commune VI**

- ❖ **A mes collègues du service : Mariam DIACOUMBA, Montaka KANE, Boubacar DIASSANA, Seydou SIDIBE, Sekou Sala KAREMBE, Mountaga TOURE, Babou, ANGOIBA, TEMBELY**
- ❖ **A tous les professeurs de la FMPOS pour la qualité de l'encadrement**

REMERCIEMENTS

✓ **A mes chers oncles :**

Vos conseils ont beaucoup contribué à ma réussite. Je vous dis Merci.

✓ **A la famille DIARRA Niamakoro :**

C'est l'occasion pour moi de vous dire un grand merci du fond du cœur

✓ **A mes aînés et maîtres du Centre de Santé de Référence de la Commune VI :**

**Dr DAO, Dr SIDIBE, Dr KEITA, Dr Mama DIASSANA, Dr Jean Paul
DJOUFACK, Dr COULIBALY, Dr SINAYOGO, Dr DIALLO, Dr CISSE, Dr
DICKO, Mr DICKO**

Pour votre disponibilité, courage pour le reste du chemin laborieux

✓ **A toutes les sages femmes et infirmières :**

Pour les conseils précieux, soyez assurées de ma reconnaissance

✓ **A tous mes amis et camarades de promotion de la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie sans oublier les autres :**

**Votre sens de l'amitié, du pardon, de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces
derniers moments. Merci infiniment**

✓ **A tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

✓ **A tous les internes collègues et cadets du CSRéf de la Commune VI.**

✓ **A nos maîtres de la FMPOS**

**En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir faire et le savoir être. Nous
sommes fiers d'être votre élève.**

**Vous nous avez donné une formation de qualité. Nous n'oublierons jamais le
déroulement, l'honnêteté intellectuelle et la rigueur avec lesquels vos enseignements
étaient dispensés.**

**Soyez assurés de notre respectueuse considération et de notre profonde
reconnaissance.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur titulaire en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,

Gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la Gynéco-Obstétrique.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître

Professeur Aïda SY

*Professeur titulaire en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,
Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune II.*

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

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

A notre Maître

Docteur Boubacar TRAORE

Gynécologue – Obstétricien,

Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI ;

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service ;

A vos côtés, nous avons appris à aimer la Gynéco-Obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans limites et toujours d'actualités, votre sens du travail bien fait font de vous Maître admirable.

Respectez et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un Maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher Maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A notre Maître

Docteur Benoi KARAMBERY

Cher Maître, nous sommes très honorés d'avoir bénéficié de votre apport pour la réalisation de ce travail,

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue font de vous un homme exemplaire.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un Maître de référence.

Croyez ici cher Maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédents
BDCF	: Bruit du Cœur Fœtal
CC	: Centimètre Cube
CHME	: Centre Hospitalier « Mère – Enfant »
CIVD	: Coagulation Intra Vasculaire Disséminé
CPN	: Consultation PréNatale
Cm	: Centimètre
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf	: Centre de Santé de Référence
CU	: Contraction Utérine
FMPOS	: Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto Stomatologie
HGT	: Hôpital Gabriel TOURE
HTA	: Hypertension Artérielle
HRP	: Hématome Rétro Placentaire
IVG	: Interruption Volontaire de la Grossesse
Kg	: Kilogramme
m²	: Mètre Carré
MAF	: Mouvement Actif Fœtal
mn	: Minute
ml	: Millilitre
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PFC	: Plasma Frais Congelé
PP	: Placenta Praevia
RU	: Rupture Utérine
SA	: Semaine d’Aménorrhée
VIH	: Virus de l’Immuno Déficience Acquise
Primigeste	: 1 grossesse
Paucigeste	: 2-3 grossesses.
Multi geste	: 4-6 grossesses.
Grande multi geste	> 6 grossesses.
Nullipare	: 0 accouchement
Primipare	: 1 accouchement.
Paucipare	: 2-3 accouchements.
Multipare	: 4-5 accouchements.
Grande multipare	≥ 6 accouchements.

SOMMAIRE

Dédicaces

Remerciements

Hommages aux membres du Jury

Introduction.....1

VIII. Généralités.....
..3

IX. Méthodologie.....22

X. Résultats.....31

XI. Commentaires et discussions.....46

XII. Conclusion et
recommandations.....55

XIII. Bibliographie.....
58

XIV. Annexes.....i

INTRODUCTION

Selon Rivière «la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel» [21]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours important dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante [22]. Environ 500 000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum immédiat, laissant au moins derrière elles 1 000 000 d'orphelins. Dans nos pays en développement cette mortalité est encore plus marquée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistré dans les pays développés [21]. Au Mali, le taux de mortalité maternelle reste encore très élevé ; il est estimé à 582 pour 1000 selon les résultats de l'enquête EDS III réalisée en 2001. A l'Hôpital Gabriel TOURE (HGT), une étude faite par KANE F. en 1998 [20] a fait cas de 67 hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements, ce qui représente 2,6 % des accouchements effectués dans cette structure. Le même auteur trouve que les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse représentent 18,75 % des causes de décès maternel, avec des taux de létalité maternelle et foetale respectifs de 4,54 % et 57,57 %.

D'autres facteurs, tels que la problématique de la transfusion sanguine au Mali (insuffisance de la disponibilité de sang, problème lié à la qualité du sang), constituent également des facteurs aggravants.

Plusieurs études faites sur la mortalité maternelle révèlent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternel [20, 21, 38] : en effet, ces hémorragies obstétricales occupent le deuxième rang des causes de décès maternels. Parmi elles, celles du troisième trimestre constituent une préoccupation quotidienne en pratique courante, englobant un éventail de pathologies obstétricales dont le retard de prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Aussi, face à l'ampleur et à la gravité du phénomène, il nous a paru opportun de mener une étude sur le problème afin d'en déterminer les facteurs favorisants et proposer des solutions.

OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune VI Du District de Bamako de janvier 2005 à décembre 2006

2-Objectifs spécifiques :

- ✚ Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse
- ✚ Déterminer les aspects épidémiologiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- ✚ Décrire les facteurs étiologiques.
- ✚ Décrire les aspects thérapeutiques.
- ✚ Evaluer le pronostic materno-foetal.

I. GENERALITES

A) DEFINITION:

Il s'agit de métrorragies survenant au cours de la grossesse à partir de 28 semaines d'aménorrhée.

Ce type de complications survient dans 2 à 5 % des grossesses, [20,25, 29].

B) HISTORIQUE:

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs.

Il semble que c'est PORTAL qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher trans-cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [2]. Plus tard LEVRET découvrit un placenta praevia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [20].

Avant 1929, le diagnostic de placenta praevia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS NANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques foetaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [30]. Les premières césariennes pour placenta praevia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux U.S.A; en France TARNIER la réalisa en 1897.

Mais, il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta praevia [2].

De tout temps dans l'histoire de l'obstétrique, il a été question de déchirure de l'utérus mais le mécanisme était mal connu, BAUDELOQUE interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux.

En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc [20].

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit depuis 1811 en Angleterre.

RIGLEY opposait les hémorragies «accidentelles» des hématomes rétro placentaires aux hémorragies «inévitables» du placenta praevia.

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémié acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par DEEKERMAN qu'en 1936.

COUVELAIRE en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

C) RAPPELS ANATOMIQUES:

1- Utérus:

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'oeuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide comprend anatomiquement :

Le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90-1200g. Sa capacité non gravide est de 2 à 3 ml, à terme elle est de 4 à 5 litres [19].

1-1 Le corps utérin:

Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse.

La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin.

L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8 cm et une largeur de 4-5 cm, à la fin du 6^{ème} mois de la grossesse sa hauteur est de 24 cm et sa largeur de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm.

A terme l'épaisseur des parois est de 8-10 cm au niveau du fond et de 5-7 cm au niveau du corps [20].

1-2 Le col utérin:

Contrairement au corps, il se produit peu de modification au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [20].

1-3 Le segment inférieur:

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

- La forme: il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure: caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- Dimensions et limites: le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur, 9-12 cm de largeur et 3-5 cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale,

- Structure: le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives, et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- Caractère: son caractère essentiel est la minceur deux (2) à quatre (4) millimètres, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le

segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

- Physiopathologie: L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

Sur le plan clinique:

Il montre la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.

Sur le plan physiologique:

C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement, qui, après avoir conduit la contractilité corporelle vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie.

Sur le plan pathologique:

Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique: c'est lui qui est concerné dans la grande majorité des ruptures utérines, lorsque le placenta s'insère sur lui il est considéré comme praevia.

2 - Le placenta: signifie en latin gâteau placentaire

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe foetal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [36].

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3ème et le 4ème mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5ème mois.

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5ème jour.

C'est la couche la plus superficielle du blastocyte,

2 - 1 Structure du placenta:

Examiné après la délivrance, le placenta a une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3 cm au centre, 4-6mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600 grammes soit le sixième de celui du fœtus.

Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion.

Le placenta comprend 2 faces et 1 bord:

a- La face foetale: encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villeuse une arborisation villositaire organisée en système de tambour.

On distingue parmi ces villosités:

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

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

b- La face maternelle: encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de Nitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [20]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utéro-placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse.

Quant aux veines, leurs orifices seraient répartis sur toute l'étendue de la lame basale.

Entre les deux plaques se trouve la chambre inter villeuse [22]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

c- Le bord: il est circulaire, se continue avec les membranes de l'oeuf.

2-2 La circulation placentaire:

La circulation placentaire est double: maternelle et foetale:

- La circulation utéro-placentaire s'établit au 14^{ème} -15^{ème} jour de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est

en relation avec de nombreuses veines utero placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel central est à terme de 160 ml/kg /minute.

- La circulation foetale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités foetales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits:

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

- L'extrême lenteur de circulation du sang maternel, qui est favorable aux échanges [36].

- La grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12 m² lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [20].

3 - Les membranes de l'oeuf :

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres.

Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le foetus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors:

3-1 L'amnios: C'est une membrane mince, transparente, très résistante, qui circonscrit en dedans la cavité amniotique, Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, en gaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du foetus,

3-2 Le chorion : C'est une membrane fibreuse transparente et résistante, située entre la caduque et l'amnios, Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios. A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseau ni de capillaires propres.

3-3 La caduque: Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties: La caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de HUMTER située entre l'oeuf et la paroi utérine; la caduque ovulaire réfléchie que recouvre l'oeuf et accolée au chorion extra- placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'oeuf jusqu'à l'orifice interne du col.

A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [20].

D- PHYSIOLOGIE DU PLACENTA:

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du foetus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du foetus réalisant « l'unité foeto-placentaire ».

D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le foetus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse.

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

- par simple diffusion ;
- Par les molécules porteuses ;
- Par l'intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

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

E - LES ETIOLOGIES:

I. LE PLACENTA PRAEVIA (P P) :

1. Définition:

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il complique 0,3 à 2,6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries [20, 26, 38J la 1^{ère} étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28% à 88,7%.

2. Classifications:

a -classification anatomique:

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

b-la classification échographique (d'après BESSIS R, BRIGNON C, SCHNEIDER L):

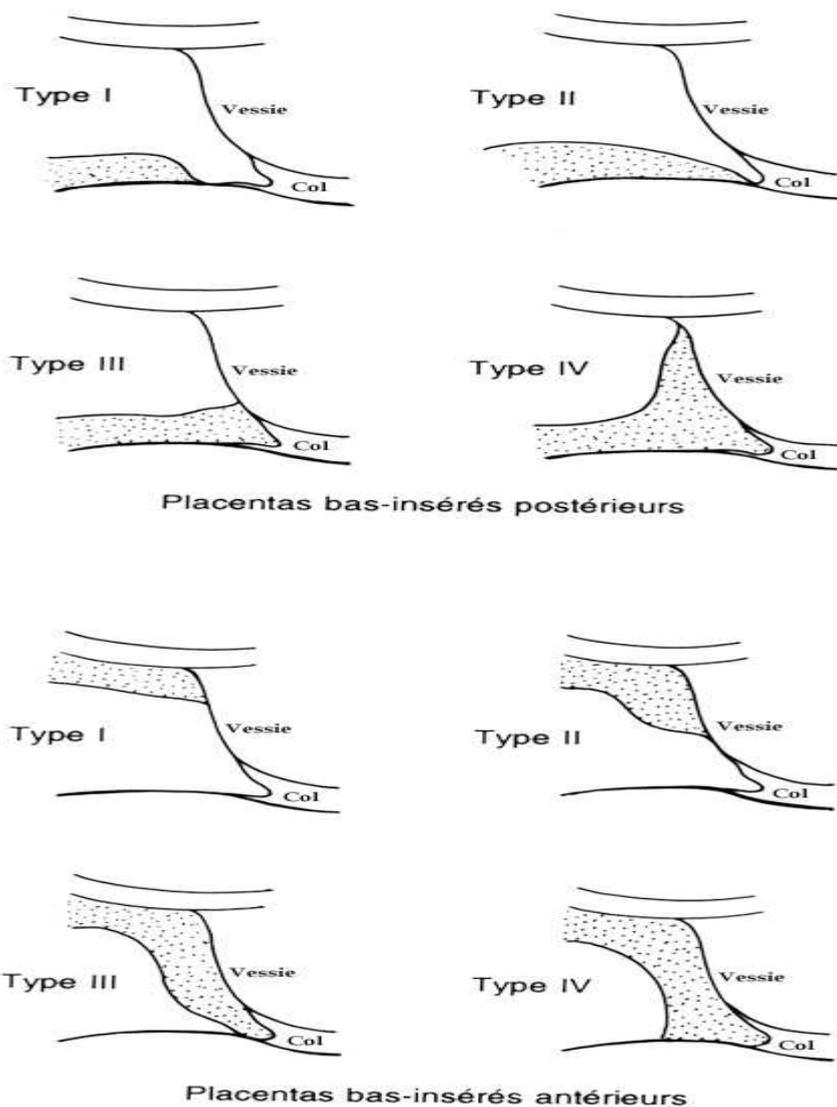
Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec type pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col.

- Les placentas bas insérés antérieurs :
 - De type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie ;
 - De type II : la limite inférieure du placenta atteint les deux tiers supérieur de vessie ;
 - De type trois III : la limite inférieure atteint le col utérin ;
 - De type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.
- Les placentas bas insérés échographiquement postérieurs:
 - De type I : la limite inférieure du placenta se situe à moins de 4cm en arrière du col de l'utérus ;
 - De type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin ;
 - De type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieure de la vessie ;
 - De type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Les placentas de type I et II correspondent aux placentas praevia latéraux

Les placentas de type III correspondent aux placentas praevia marginaux

Les placentas de type IV correspondent aux placentas praevia recouvrant.



c- la classification clinique:

Envisage la situation du placenta pendant le travail:

- variété non recouvrante : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- Variété recouvrante : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

3. Pathogénie de l'Hémorragie :

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

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle; le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta, tandis que la circulation foetale est protégée

par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le foetus peut également saigner.

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

Nous avons retenu deux théories qui méritent d'être soulignées:

- La Théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER :

A partir du 6^{ème} mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta.

Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [20].

- La Théorie du glissement:

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique [20].

4. Etude clinique:

a- L'hémorragie: elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier sans cause apparente.

b- Signes généraux : Leurs importances sont en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition.

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

c- Signes physiques:

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

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

L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et foetale [6].

II. L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE: (H R P)

1. Définition:

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

Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [20].

2. Pathogénies de l'hémorragie:

Le phénomène initial serait un spasme des artéioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisé à la zone utero placentaire :

Ainsi se constitue l'hématome rétro placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie [7].

3. Etude clinique:

Le début est brutal, l'H R P survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable.

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

Ces métrorragies sont absentes dans dix à vingt pour cent des cas.

a - Signes généraux:

Faciès angoissé.

- le pouls s'accélère et s'affaiblit.

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

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

b - Signes physiques:

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

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

- A l'auscultation : les B DC F sont souvent absents.

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

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

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

III. LA RUPTURE UTERINE :(RU)

1. Définition

Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide [13]. Elle est rare dans les pays développés, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses. Elle reste hélas une des premières causes de mortalité maternelle et fœtale. Elle est à l'origine de 11.94% des hémorragies de 3^{ème} trimestre.

2. Pathogénie de l'hémorragie:

L'hémorragie a trois (3) origines:

- Saignement des berges utérines lésées.

- La désinsertion du placenta richement vascularisé.

- Enfin la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

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

3. Etude clinique:

- Phase de prodromes:

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

- Phase d'imminence de la rupture:

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

- Phase de rupture:

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen.

Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant.

On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus.

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

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave,

La prévention précoce n'est pas toujours facile, mais demeure la meilleure solution.

IV. CITONS QUELQUES CAUSES RARES DES HÉMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE

1. Hématome décidual marginal:

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

2. Rupture de vaisseau praevia ou syndrome de Benkiser :

Il s'agit d'un vaisseau fœtal qui saigne [29].

3. Embolie amniotique [29].

Accident très rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de la délivrance, l'embolie amniotique est un syndrome de choc brutal intense dû à l'irruption de liquide et de débris amniotique dans la circulation maternelle.

4. Rupture spontanée de varices utérines:

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [35].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [16].

F -LE TRAITEMENT

I. LE TRAITEMENT PREVENTIF:

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont le plus souvent imprévisibles.

En effet, de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur.

Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risque tels que une

HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome rétro placentaire (HRP), de rupture utérine(RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac etc....

II - LE TRAITEMENT CURATIF:

Il doit être assuré par une équipe comprenant: un (1) Obstétricien et son aide, un (1) Anesthésiste- réanimateur et un (1) Pédiatre néonatalogue.

1. Les buts:

- Arrêt de l'hémorragie.
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- Correction des éventuelles complications.

2. Les moyens:

a) Le traitement général :

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [25].

De façon générale et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelque soit l'étiologie de l'hémorragie:

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre,
- Mise en place d'une sonde urinaire.
- Oxygénation.
- Bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des C P N (groupe-Rhésus, NFS entre autres) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).
- Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire).

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible:

Les solutés cristalloïdes comme le Ringer Lactate ou le sérum salé à 0,9 % sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le Ringer Lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80 % de la solution perfusée passent en milieu extra vasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1 000 à 1 500 CC en

24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps «D», des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatibles peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs.

Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite.

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

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

-Correction des troubles de coagulation: Fibrinogène, Plasma Frais Congelé (PFC), Plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif

-Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

-Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

b) Le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b-1) Le placenta prævia :

Modalités thérapeutiques:

- La césarienne.

- L'expectative.

- La rupture des membranes.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en considération avant toute décision:

- Le volume du saignement.

- L'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire.

- L'état foetal.

En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet.

En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion.

Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée.

Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie, « une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang » disait on déjà au XVIII^{ème} siècle (6), en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse; dans le cas contraire la césarienne s'impose.

En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale. Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34^{ème} SA si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée.

Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA l'attitude thérapeutique est l'expectative:

-Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines.

Rappelons que les Bêta mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur [40].

-Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30 %.

-Immunoglobulines anti-D pour les patientes de Rhésus négatif.

-Cures de stéroïdes (maturation pulmonaire du fœtus, quand la grossesse n'est pas à terme).

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

Après la 34^{ème} S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus.

L'expectative jusqu'à 37- 38 SA imposera 75 % de césarienne en urgence.

b- 2) Hématome Rétro Placentaire (H.R.P) :

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

- L'état cardio-vasculaire de la mère.

- La vitalité du fœtus.

- La maturité foetale.

Devant un hématome modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative il faut au contraire agir vite et efficacement.

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un fœtus vivant et viable avec accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère souvent au prix d'une hystérectomie.

L'accouchement par voie basse peut être envisagé si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance foetale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines.

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante feront l'objet d'une surveillance adéquate.

b.3) La rupture utérine:

Le traitement obstétrical de la rupture utérine est chirurgical: Il s'agit de la Laparotomie pour suture utérine ou hystérectomie et traitement des lésions associées.

III. LA SURVEILLANCE:

Elle est clinique et échographique.

-La surveillance clinique: elle comporte:

Pendant la grossesse l'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du coeur fœtal (BDCF), les mouvements actifs fœtaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement et la diurèse.

La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées.

Pendant l'accouchement les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [40].

-Surveillance échographique : elle est souvent utile pendant la grossesse.

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel.

Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34 - 35 S.A [39].

Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être foeto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement instituer.

IV. EVOLUTION ET COMPLICATIONS:

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, l'accouchement se passant normalement.

Cependant en cas d'absence ou de traitement non convenable, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être:

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

- Les troubles de la coagulation: ils sont dû à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque.

Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination.

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

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

- Les syndromes rénaux:

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

-la nécrose corticale du rein: Elle survient dans les suites de couche et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

G- LE PRONOSTIC:

- Le pronostic maternel:

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les caillots des HRP, les fragments des PP et les manoeuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne).

Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH.

Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec comme traduction arrêt de la procréation avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

Le pronostic foetal:

En général il est mauvais.

L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic foetal de nos jours; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie foetale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais.

Les meilleurs pronostics se situent au delà de 35^{ème} semaine ou si la grossesse est proche du terme.

II. METHODOLOGIE

A- CADRE D'ETUDES :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune VI et environnant.

I. PRESENTATION DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

C'est la plus grande et la plus peuplée commune des communes du district de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'un CSCOM excepté ceux de Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM. Niamakoro et Yirimadio possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako, capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA), mais d'autre part, à son ancienneté parmi les centres de santé de référence du District de Bamako.

I. PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

1. LES RESSOURCES DU CENTRE DE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE

a) Les infrastructures

Le service se compose de deux bâtiments :

- Le premier bâtiment qui abrite le bloc opératoire est composé de :
 - Deux salles d'opération composées de :
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgien,
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Le second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits,
 - L'unité de consultation prénatale,
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste,
 - La salle de consultation pour médecin chirurgien,
 - L'unité ORL,
 - L'unité ophtalmologique,
 - L'unité odonto-stomatologique,
 - Le laboratoire,
 - La salle d'injection,
 - La salle de pansement,

- L'unité de vaccination (PEV)
- La pharmacie.
 - A l'étage :
 - Le service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
 - La salle de consultation gynécologique,
 - La salle de consultation pédiatrique,
 - La salle d'hospitalisation pédiatrique.
 - L'unité de planning familial.
 - La salle de réunion
 - Des toilettes.

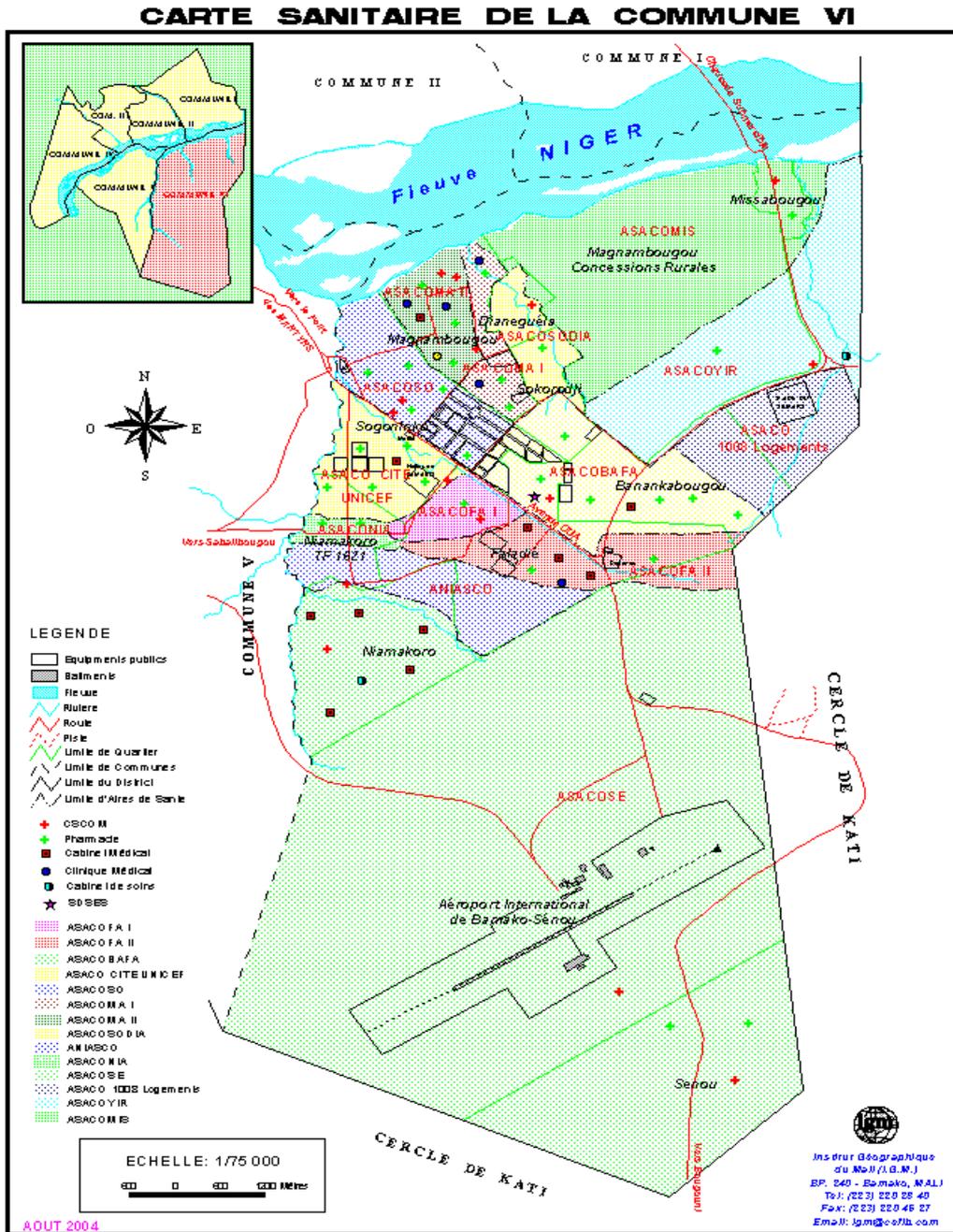
Le centre comprend également :

- La maison pour le gardien,
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- Des toilettes.

b) Les ressources humaines :

catégories	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmier de premier cycle	9
Sage femme	27
Infirmière obstétricienne	2
Matrones	4

Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	139



c) Situation de la logistique au niveau du CSRéf à la date du 31 Décembre 2006

MATERIEL	DATE MISE EN SERVICE	MARQUE	ETAT ACTUEL			PROVENANCE
			BON	PASS	MAUV	
Ambulance 4x4	2002	Toyota		1		DAF
Autres Véhicules 4x4	1994	Toyota Hilux			1	PSPHR
Véhicule 4x2	2006	Toyota		1		Cabinet
Ambulance 4x4	1994	Peugeot 405			1	DAF
Motos	1999	Yamaha 50			1	RECOUVR.
	2005	Yamaha 80		2		Recouvrement. PNLT
	2004	Yamaha 100		2		DRS / RECOUVR
	2005	FDMCO		1		RECOUVR
	2006	Yamaha 100	1			DNS
	2006	Yamaha 100	1			DNS
	2006	Royal DT 125	1	1		DAF PNLT
Photocopieuse	2005	NP7161				Néerlandais
Rétroprojecteurs	2005		1			Villes Unies Bko Lyon Genève
Réfrigérateurs	2002			1		DRS
Réfrigérateurs	2005			1		Recouvrement
Congélateurs	2002	Electrolux		1		DRS
	1998			1		
	1997			1		
Ordinateurs	1999	COMPAQ			1	Unicef
	2004 / 2005	HP		2		Recouv/ Unicef
	2006	Toshiba		1		Néerlandais
	2006	HP		1		Projet SIDA3
	2005	HP		1		UNICEF
Groupe électrogène	2002		1			DAF

Les problèmes importants en matières de logistique dans le CSRéf reste la chaîne du froid, l'outil informatique et les véhicules de liaison/ambulance

d) financières

Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- de la tarification des actes
- de l'Etat

e) L'organisation du service

Au plan technique :

- un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- Des consultations gynécologiques sont réalisées chaque Lundi et Mardi
- Deux séances d'échographie par semaine
- le programme des actes opératoires est exécuté chaque Mardi et Jeudi
- Les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables
- Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24.
- Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours
- Les activités de santé publique sont menées
- Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi

La maternité du centre est composée de :

- 1 salle d'attente
- 1 salle d'observation
- 1 salle d'accouchement qui contient 2 tables d'accouchement et 3 lits.

Elle réalise en moyenne 15 accouchements par jour.

Quelques indicateurs du centre en 2006 :

Récapitulatif des taux de couverture

TAUX DE COUVERTURE	2003	2004	2005	2006
Taux de fréquentation (1)	0,20	0,18	0,23	0,23
Taux d'accouchements assistés (2)	66,32	70,94	79,08	65,48
Taux d'utilisation des services de consultation prénatale : CPN1 (3)	57,64	52,69	74,84	63,16
Taux de consultation prénatale adéquate : 3CPN (3bis)	0,00	0,00	19,48	17,09
Taux de couverture SP (2 doses) femmes enceintes	0,00	13,20	12,07	10,58
Taux de couverture MII femmes enceintes	0,00	0,00	16,43	32,78
Taux de couverture MII enfants de 0 à 11 mois	0,00	0,00	15,50	63,72
Taux d'enfant <12 mois complètement vaccinés au DTCP3 (4)	75,80	78,63	78,38	88,90
Taux d'enfant <12 mois vaccinés au VAR (5)	67,07	60,47	67,82	72,40
Taux de consultations d'enfants sains (6)	17,06	20,62	22,60	21,16
Taux de prévalence contraceptive (7)	1,49	1,21	3,14	2,87
Indice d'assiduité des consultations prénatales (8)	2,20	2,20	1,00	2,06
Indice d'assiduité des consultations enfants sains (9)	1,66	1,69	1,54	1,83
Taux de couverture vaccinale VAT des femmes enceintes complètement vaccinées (10)	50,41	53,57	50,31	43,63

Bilan des activités curatives (en nombre absolu) :

ACTIVITES	2003	2004	2005	2006
Hospitalisations tout âge	0	0	450	608
..... dont hospitalisation enfants de 0-4 ans	0	0	0	0
Interventions Obstétricales majeures pour Indications Maternelles Absolues (*)	0	0	0	544
Césariennes	0	0	338	495
Interventions chirurgicales sous anesthésie générale	0	0	450	608
Autres interventions chirurgicales	0	0	134	151
Laboratoire	17616	18952	23367	21386
Santé mentale	0	0	0	0
Radiologie	0	0	0	0
Soins dentaires	0	0	1163	1124

Ratio personnel sanitaire/ Population :

Indicateurs	Réalisation 2006	Prévision 2006	Prévision 2007
Ratio Médecin/habitants	1/8300	1/7900	1/7400
Ratio Infirmier/habitants	1/4600	1/3200	1/2600
Ratio Sage Femme/habitants	1/7600	1/4800	1/5200
Proportion de CSCOM tenus par du personnel non qualifié (aide soignant, matrone)	0	0	0

B- METHODES D'ETUDE

- Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective et qualitative s'étendant sur une période de vingt quatre mois (1^{er} janvier 2005-31 décembre 2006).

- Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant saigné au cours du dernier trimestre de la grossesse ou au cours du travail admises au centre de santé de référence de la commune VI.

- Echantillonnage

➤ Critères d'inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie du 3^{ème} trimestre en travail ou non.
- Toute femme en travail présentant une hémorragie, évacuée ou non admise au CSRéf de la commune VI.

➤ Critères de non inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Toute femme présentant une hémorragie de post partum immédiat (de moins de 24 heures).

Au total, nous avons recrutés 154 femmes.

- Recueil des données :

Les données ont été recueillies au cours des consultations externes et pendant les gardes à l'aide d'une fiche d'enquête.

- Analyse des données

L'analyse des données a été faite sur support informatique en utilisant les logiciels Word 2000.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 11.0.

Le test de khi² a été utilisé avec comme valeur de P valide < 0,05.

III. RESULTATS

Au cours de notre étude (janvier 2005 à décembre 2006), nous avons recensé 4 786 accouchements avec 154 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 3,2%.

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre dans le CSRéf de la Commune VI de janvier 2005 à Décembre 2006

Hémorragie du 3 ^{ème} trimestre	Fréquence	Pourcentage (%)
Présence d'hémorragie	154	3,2
Absence d'hémorragie	4 632	96,8
Total	4 786	100,0

Le taux d'hémorragie était de 3,2%.

Tableau 2 : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Evacuation	45	29,2
Venue d'elle même	109	70,8
Total	154	100

29.2% des parturientes ont été évacuées par une autre structure de santé au CSRéf.

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon le mode de transport utilisé

Mode de transport	Fréquence	Pourcentage (%)
Médicalisé	42	27,3
Non médicalisé	112	82,7
Total	154	100

82,7% des parturientes ont effectué un transport non médicalisé.

Tableau 4 : Répartition des parturientes selon l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
≤19 ans	19	12,3
20-35 ans	111	72,1
>35 ans	24	15,6
Total	154	100,0

La tranche d'âge 19-35 ans est la plus fréquente, soit 72,1%.

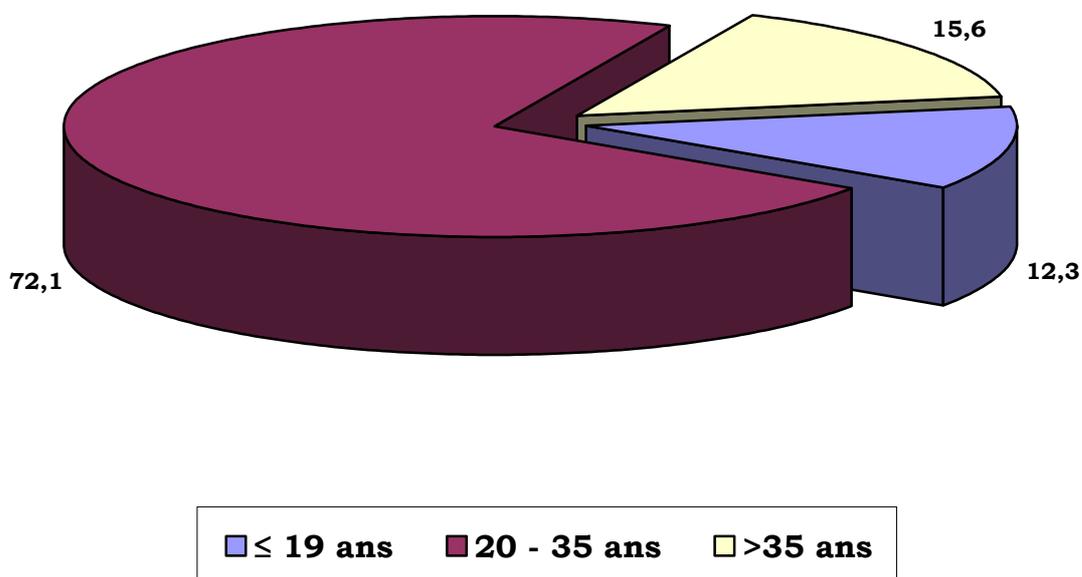


Tableau 5 : Répartition des parturientes selon leur état général à l'admission

Etat général	Fréquence	Pourcentage (%)
Bon	80	51,9
Passable	43	27,9
Mauvais	31	20,1
Total	154	100

20.1% des parturientes ont un mauvais état général à l'admission.

Tableau 6 : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage (%)
Primigeste	20	13,00
Paucigeste	69	44,8
Multigeste	36	23,4
Grande multigeste	29	18,8
Total	154	100

69 patientes soit 44,8 % étaient des paucigestes.

Tableau 7 : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage (%)
Nullipare	15	9,7
Primipare	20	13,00
Paucipare	62	40,3
Multipare	30	19,5
Grande multipare	27	17,5
Total	154	100

Les paucipares ont été les plus touchées avec 62 cas soit 40,3%.

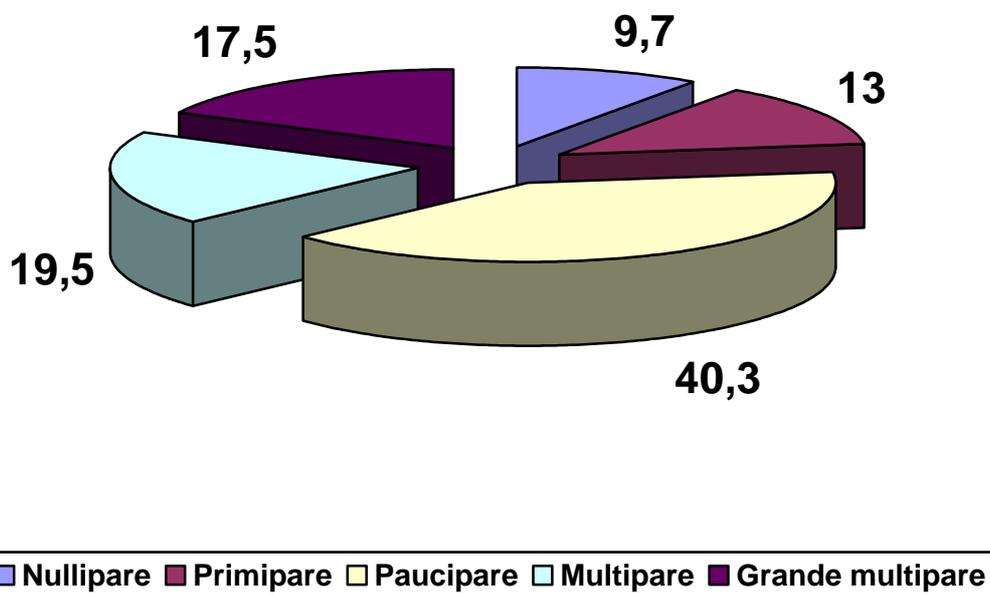


Tableau 8 : Répartition des parturientes selon l'âge théorique de la grossesse

Age théorique de la grossesse	Fréquence	Pourcentage (%)
< 37 SA	38	24,7
37 - 42 SA	116	75,3
Total	154	100

75,3% ont entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

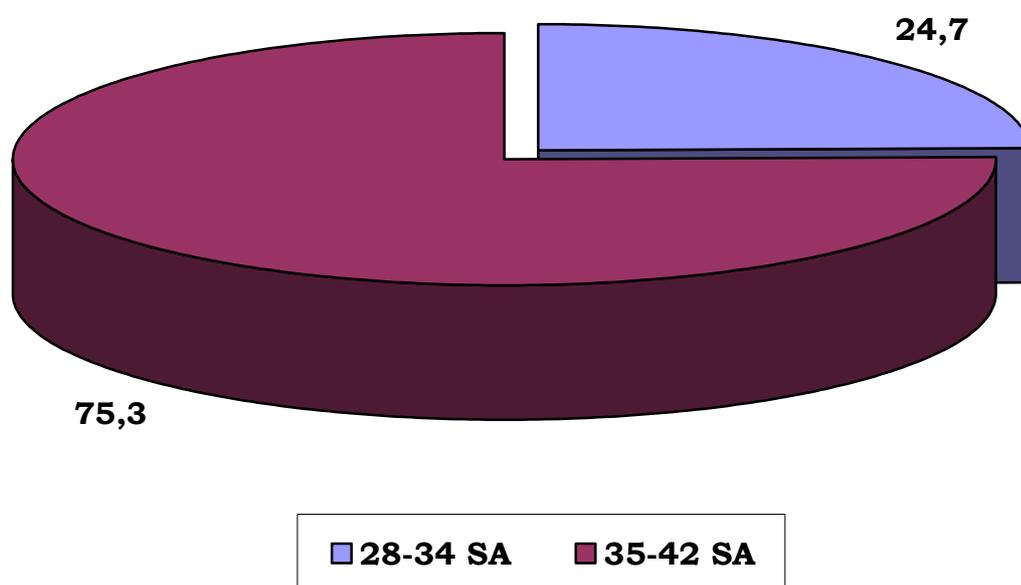


Tableau 9 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisées

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage (%)
0	20	13,0
1-3	86	55,8
≥4	48	31,2
Total	154	100

31.2 % des parturientes ont un score de CPN ≥ 4 .

Tableau 10 : Répartition des parturientes selon le temps entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre.

Temps mis entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre.	Fréquence	Pourcentage (%)
<1heure	16	10,4
1-12 heures	100	64,9
12 - 24 heures	25	16,2
≥ 24 heures	13	8,4
Total	154	100

8.4 % des parturientes ont mis plus de 24 heures avant leur admission au centre.

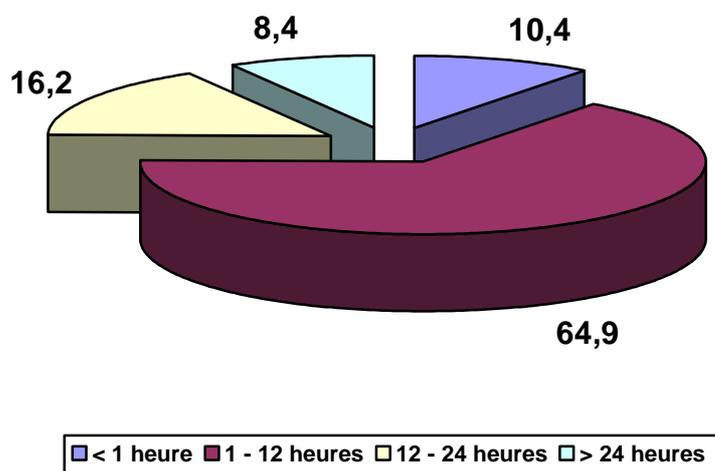


Tableau 11 : Répartition des parturientes en fonction de leurs antécédents

Antécédents	Fréquence	Pourcentage (%)
Césarienne	6	3,9
Avortement	13	8,4
Myomectomie	1	0,6
PP	3	1,9
Absence	131	85,1
Total	154	100

8.4 % des parturientes ont un antécédent d'avortement.

Tableau 12 : Répartition des parturientes selon la notion de saignement antérieur.

Saignement antérieur	Fréquence (n=154)	Pourcentage (%)
Oui	57	37,0
Non	97	63,0
Total	154	100

37 % des parturientes ont présenté un épisode de saignement au cours de leur grossesse antérieure.

Tableau 13 : Répartition des parturientes selon la réalisation préalable de l'échographie

Echographie	Fréquence	Pourcentage (%)
Faite	52	33,8
Non faite	102	66,2
Total	154	100

Seulement 52 femmes ont fait une échographie.

Tableau 14 : Répartition des parturientes en fonction du groupage sanguin effectué avant l'admission

Groupage	Fréquence	Pourcentage (%)
Faite	47	30,5
Non faite	107	69,5
Total	154	100

47 parturientes soit 30,5% n'avaient pas de groupe sanguin connu

Tableau 15 : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires effectués

Examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage (%)
Groupe Rhésus	47	30,50
Taux d'hémoglobine	21	13,63
Echographie obstétricale	30	19,48
Dosage d'albumine dans le sucre	39	25,32
Aucun examen complémentaire	17	11,03
Total	154	100

17 femmes soit 11,03% n'ont effectué aucun examen complémentaire

Tableau 16 : Répartition des parturientes selon les éléments de l'examen d'entrée

Eléments de l'examen d'entrée	Fréquence (n = 154)	Pourcentage (%)
Métrorragie	154	100
Douleur	114	74,02
Pâleur conjonctivale	92	59,70
TA \leq 8/4	13	8,40
Utérus souple	96	62,33
Hypertonie utérine	58	37,66
Epaississement du col	96	62,30
Dilatation incomplète	129	83,80
Femmes en travail	133	86,36
Femmes non en travail	21	13,63

Tableau 17 : Répartition des parturientes en fonction de l'importance du saignement.

Importance du saignement	Fréquence (n=154)	Pourcentage (%)
Minime	55	35,7
Moyen	83	53,9
Abondant	16	10,4
Total	154	100

10.4 % des parturientes ont un saignement abondant

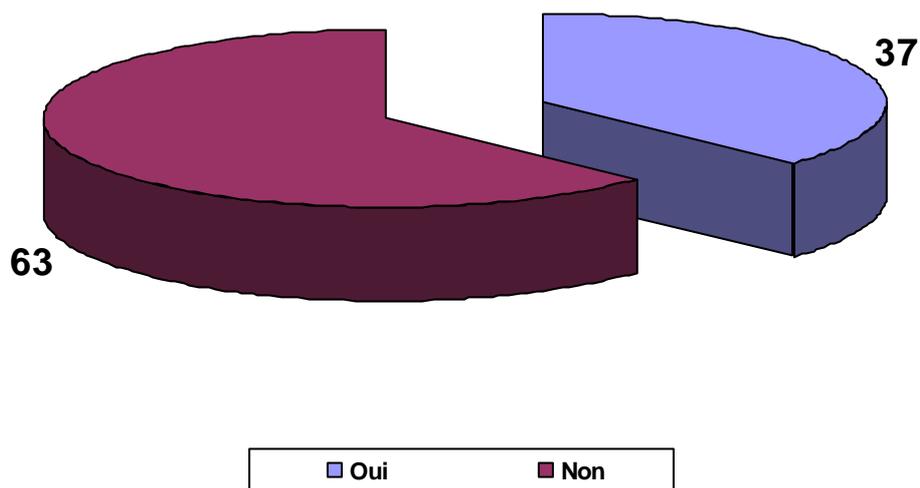
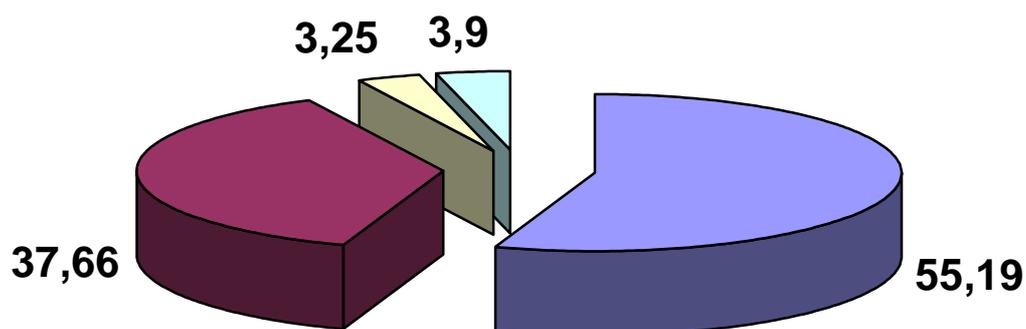


Tableau 18: Répartition des parturientes en fonction de l'étiologie

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage (%)
Placenta prævia	85	55,19
Hématome retro placentaire	58	37,66
Rupture utérine	5	3,25
PP+HRP	6	3,9
Total	154	100

Le PP a été le plus fréquent parmi les cas (55,19%)



■ Placenta praevia ■ Hématome retro placentaire ■ Rupture utérine ■ PP+HRP

Tableau 19 : Répartition des parturientes selon la notion d'évacuation à l'hôpital

Evacuation à l'hôpital	Fréquence	Pourcentage (%)
Evacuée	5	3,2
Non évacuée	149	96,8
Total	154	100

3.2 % ont été évacuées dans les Hôpitaux Gabriel Touré et du Point G

Tableau 20 : Répartition des parturientes en fonction de la présence de BDCF à l'admission.

BDCF	Fréquence	Pourcentage (%)
Présent	135	87,7
Absent	19	12,3
Total	154	100

Les BDCF étaient absents à l'admission dans 19 cas, soit 12.3 %.

Tableau 21 : Répartition des parturientes selon la concomitance entre HTA gravidique et HRP.

TA	HRP Présente		HRP Absente	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Supérieure ou égale 14 / 9	49	84,5	72	75,0
Inférieure ou égale à 14 / 9	9	15,5	24	25,0
Total	58	100	96	100

$P=0.16$

84,5% des patientes faisant l'hématome retroplacentaire présentent une hypertension artérielle.

Tableau 22 : Répartition des parturientes en fonction du traitement reçu avant l'admission au centre.

Attitude thérapeutique	Fréquence	Pourcentage (%)
Voie veineuse	5	3,25
Amniotomie	9	5,84
Anti spasmodique	45	29,22
Anti hypertenseur	19	12,34
Non précisé	76	49,35
Total	154	100

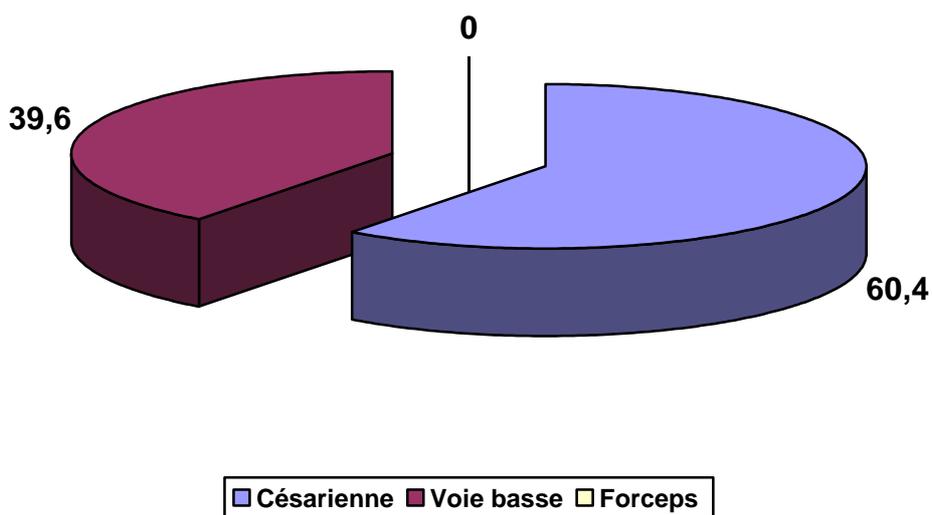
5 parturientes soit 3,25% avaient une voie veineuse à l'admission.

Tableau 23 : Répartition des parturientes selon la nature du traitement médical effectué au centre

Nature du traitement	Fréquence	Pourcentage (%)
Ocytociques	95	61,7
Anti spasmodiques	124	80,5
Anti-hypertenseurs	33	21,4
Transfusion sanguine	16	10,4
Macro- molécule	19	12,3

10.4 % ont été transfusées.

Tableau 24 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement



60,4% des parturientes ont subi la césarienne

Tableau 25 : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu et la voie d'accouchement.

Diagnostic	Voie basse (n=93)	Césarienne (n=61)
Placenta praevia	59	80,60
Hématome retro-placentaire	31,1	9,66
Rupture utérine	0	3,24
PP+HRP	9,9	6,50
Total	100	100

$\text{Khi}^2 = 12,39$ $p < 0,001$

Le placenta praevia a été responsable de 80,6 % des cas de césarienne.

Tableau 26 : Répartition des parturientes selon la nature des complications

Type de complication	Fréquence	Pourcentage (%)
Infection	3	27,3
Coagulopathie	2	18,2
Choc hypovolémique	2	18,2
Hémorragie de la délivrance	2	18,2
Décès	2	18,2
Total	11	100

Les 2 cas de décès : une référée de Baguineda est décédée par suite de rupture utérine à l'admission ; l'autre référée de Senou est décédée de coagulopathie par suite de placenta praevia recouvrant.

Tableau 27 : Répartition des parturientes selon la durée de l'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
1-4 jours	97	63,0
≥4 jours	52	33,8
Non précisée	5	3,2
Total	154	100

33,8 % des parturientes ont une durée de séjour au CSRéf supérieure ou égale à 4 jours

Tableau 28 : Répartition des parturientes selon le pronostic obstétrical.

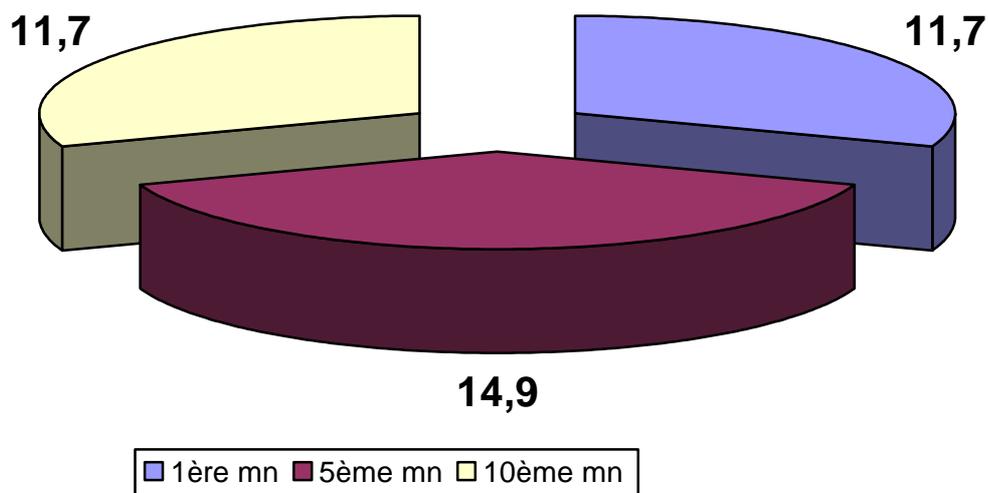
Pronostic obstétrical	Fréquence	Pourcentage (%)
Mauvais	3	1,9
Bon	151	98,1
Total	154	100

Le pronostic obstétrical était mauvais dans 3 cas soit 1.9 %

Tableau 29 : Répartition des nouveaux nés selon l'APGAR

APGAR (n=154)	1 ^{ère} Minute	5 ^{ème} Minute	10 ^{ème} Minute
0	11,7	14,9	11,7
1-6	70,1	11,0	10,4
≥7	18,2	74,0	77,9
Total	100	100	100

11.7 % des NN sont des mort-nés (APGAR=0/10 à la 1ère mn)



Répartition des nouveaux nés selon l'apgar

Tableau 30 : Répartition des nouveaux-nés selon la notion de référence au service de pédiatrie.

Référence à la pédiatrie de HGT	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	15	9,7
Non	139	90,3
Total	154	100

15 nouveau-nés soit 9,7 % ont été référés à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Tableau 31 : Répartition des parturientes selon le pronostic fœtal

Pronostic foetal	Fréquence	Pourcentage (%)
Mort	21	13,6
Vivant	133	86,4
Total	154	100

Le pronostic fœtal mauvais dans 21 cas soit 13.6 %.

Tableau 32 : Répartition des parturientes selon l'âge et le diagnostic retenu

Age de la parturiente	Diagnostic retenu			
	Placenta praevia	Hématome retroplacentaire	Rupture utérine	PP+HRP
< 19 ans	2,4%	29,3%		
19 – 35 ans	70,6%	69,0%	100%	100%
> 35 ans	27,1%	1,7%		
Total	100%	100%	100%	100%

$Khi^2=2,19$ $p<0,13$
 69% des HRP ont été trouvés dans la tranche d'âge 19-35 ans

Tableau 33 : Répartition des parturientes selon la parité et le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Parité				
	Nulipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande
Placenta praevia	53,3%	35,0%	30,7%	80,0%	100%
Hématome retroplacentaire	40,0%	60,0%	54,8%	20,0%	
Rupture utérine			8,1%		
PP + HRP	6,7%	5,0%	6,5%		
Total	100%	100%	100%	100%	100%

$Khi^2=0,04$ $p<0,83$
 80% des multipares ont un placenta praevia

Tableau 34 : Répartition des parturientes selon le pronostic obstétrical et le diagnostic retenu

Pronostic obstétrical	Parité			
	Placenta praevia	Hématome retroplacentaire	Rupture utérine	PP+HRP
Mauvais		1,7%	40,0%	
Bon	100%	98,3%	60,0%	100%
Total	100%	100%	100%	100%

$Khi^2=0,02$ $p<0,87$
 40% des ruptures utérines furent l'objet de mauvais pronostic obstétrical.

Tableau 35 : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu et l'apgar à la 1^{ère} minute

Diagnostic retenu	Apgar à la 1 ^{ère} minute		
	0	1 - 6	> 6
Placenta praevia	34,3%	43,5%	92,9%
Hématome retroplacentaire	50,0%	52,7%	7,1%
Rupture utérine	4,6%		
PP + HRP	11,1%	3,7%	
Total	100	100	100

$Khi^2=0,02$ $p<0,88$

L'HRP fut l'objet de 50% des nouveaux nés ayant l'apgar 0 à la 1^{ère} minute.

Tableau 36 : Répartition de l'APGAR en fonction de la voie d'accouchement

Apgar	Voie d'accouchement	
	Césarienne (n=63)	Voie basse (n=91)
0	4,9	9,7
1-6	44,3	60,2
>6	50,8	30,1
Total	100	100

9,7% des nouveaux nés accouchés par la voie basse ont eu un apgar 0 à la 1^{ère} minute.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I- FREQUENCE:

De janvier 2005 à décembre 2006, il a été enregistré 154 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 4786 accouchements, soit un taux de 3,21 %.

Cette fréquence est supérieure à celle de KANE.F [20] qui était de 2,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par la durée plus longue de notre étude qui est de 24 mois alors que celle de KANE.F est de 18 mois.

II-ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1-Gestité: Les paucigestes représentaient 44.8 % de notre échantillon.

La multigestité a été citée comme facteur de risque du PP de l'H R P et de la R U par plusieurs auteurs.

COULIBALY.F [7] trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un H R P que les paucigestes.

L'étude de Coulibaly F a été réalisée à l'hôpital du Point G qui est une des structures de 3^{ème} référence recevant spécifiquement les cas évacués de tout le District de Bamako et même d'ailleurs, alors que le CSRéf dessert en grande partie les populations de la Commune VI du District de Bamako.

2-Parité : Les paucipares et les multipares représentaient 59,8% de notre échantillon. Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [20] qui était de 76.11%.

Dans la plupart des études de part le monde, la fréquence de l'H R P, de la RU et du PP augmente avec la parité. BOOG.G [4] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge. FOOTE [14] note une fréquence quatre fois plus grande de PP parmi les multipares.

3-Antécédents obstétricaux:

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausse couche ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de PP, d'HRP et de RU [7,18, 20, 23, 30].

Notre étude a enregistré 6 cas d'utérus cicatriciel dus aux césariennes antérieures soit 3.9%. La cicatrice utérine laissée par la césarienne s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

Ce taux est inférieur à ceux de KANE.F [20] et MABOUNGAR.A [30] qui étaient respectivement de 13.43% et 7.2%. Il est proche de celui de HODONOU [18] qui était de 4.56%.

4- L'âge

La tranche d'âge la plus touchée était de 19 - 35 ans avec 111 cas soit 72.1%. Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de fécondité. Par contre, dans la série de KANE. F [20], la tranche d'âge la plus représentée était de 21-35 ans avec 64.17%.

Notre résultat est comparable à celui de MABOUNGA.R.A qui a trouvé dans sa série sur le Placenta praevia que la tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans avec 67.6 % des cas. FOOTE [14] trouve que l'anomalie est deux fois plus fréquente après 29 ans.

L'hématome rétro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN.M [43].

Les âges maternels extrêmes (15 ans et > 35 ans) constituent la période à risque de la rupture utérine selon KONE.F [23]

5- Mode d'admission

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre pose souvent des problèmes en périphérie. La fréquence des évacuations était assez élevée dans notre série 45 cas soit 29.2%. Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [20] qui était de 58,20 %.

Cette différence assez significative peut s'expliquer par le fait que l'étude de KANE F a été réalisée en milieu hospitalier qui reçoit les évacuations de tous les CSRéf de la capitale et d'autres structures de santé.

6- Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au CSRéf :

Treize (13) de nos patientes, soit 8.4% ont passé plus de 24 heures avant leur admission au centre, pourtant elles résidaient toutes à Bamako.

La sévérité du pronostic materno-foetal des hémorragies pourrait s'expliquer aussi par le comportement de certaines gestantes ou parturientes. La décision de venir consulter dans un centre ne provient pas seulement de la parturiente mais dépend également de certaines contingences sociales et économiques du milieu où elle vit.

7 - L'état -général:

20,1% de nos patientes avaient un état général altéré à leur admission.

Ce résultat Pourrait s'expliquer d'une part, par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part, par le retard accusé lors de la prise en charge.

8- Signes physiques

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic.

La métrorragie, considérée comme principal signe clinique était extériorisée chez 100% de nos patientes.

Ce résultat est comparable à ceux obtenus par COULIBALY F. [7] et de GARBA. H respectivement 91,9% et 94.25% des cas.

9- Consultations prénatales

17 parturientes, soit 11,03%, n'ont effectué aucune consultation prénatale.

10 - Abondance du saignement

L'abondance du saignement était appréciée lors des examens cliniques mais non quantifiée.

Le saignement a été très abondant avec obnubilation et TA instable dans 10,4% des cas.

Selon BARBOTX.J [3], il y a risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 litre.

Souvent le volume de sang extériorisé ne reflète pas le volume de sang extravasé.

11 - Age gestationnel

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

75 % de nos parturientes ont saigné entre 35 et 42 SA ; ceci s'explique par le fait que la plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse.

Dans la série de COULIBALY.F [7], 3.45% des cas ont saigné au deuxième trimestre, il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

12. Antécédent de saignement antérieur:

37% des parturientes ont déjà présenté un épisode de saignement soit au 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de leur grossesse; ce taux est supérieur à celui de SEPOU.A [38] qui était de 20.5%.

Ces premières hémorragies posent souvent de nombreux problèmes obstétricaux parfois

difficiles à résoudre.

Le pronostic périnatal dépend :

- De la précocité des lères hémorragies.
- Des récurrences hémorragiques.
- De la quantité de sang perdu.
- De la prise en charge précoce et efficace de la mère et du nouveau né.
-

13 - Bruit du cœur fœtal à l'admission

La présence ou l'absence des BDCF est souvent primordiale dans la prise de décision thérapeutique.

Dans notre série les BDCF n'ont pas été audibles dans 19 cas soit 12.3%. Cependant, leur absence ne saurait être assimilée à la mort du fœtus, car l'audition du BDCF dépend de plusieurs autres facteurs par exemple obésité, surdistension utérine.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y. F [7] qui était de 73.56%.

III - FACTEURS ETIOLOGIQUES

Malgré la disponibilité des moyens de diagnostic, le diagnostic étiologique n'a pas pu être précisé dans certains cas.

Le placenta præviae (PP) occupe la première place des causes des hémorragies dans notre série, soit 55,19% des cas.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer en partie par la multiplicité des facteurs de risque de PP.

Ce taux est supérieur à ceux obtenus par KANE.F [20] et FOOTE [14] qui étaient respectivement de 43.28% et 36%.

HOHLFELD [17] a trouvé 20% de PP contre 3.7% par LANSAC.J [25] et

12 à 24 % par BARBOTX.J [3].

Le taux de fréquence du PP est de 1,69% des accouchements. Ce taux est conforme à la moyenne mondiale qui varie de 0.33 à 2.6% selon BOOG.G [4].

Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% et sur le continent Américain avec 0.33 à 0,99% [30].

Dans notre série les multipares et les grandes multipares dominant avec 80 %. Nous avons

constaté que 92,9% des nouveaux nés ont eu un apgar ≥ 6 à la première minute et 80,6 % d'entre eux sont nés par césarienne.

2- L'hématome retro-placentaire (HRP) :

Avec 58 cas sur 154 soit 37,66%, il occupe la deuxième place des étiologies dans notre étude.

Ce taux est comparable à ceux obtenus par KANE.F [20] et FOOTE [14] qui étaient respectivement de 35.82% et 37%. HOHLFELD [17] avait trouvé 30%

Cependant, ce taux est supérieur à ceux obtenus par BARBOTX .J [3] et LANSAC.J qui étaient respectivement de 15 à 16% et 7.4% des cas.

Cette différence entre les résultats de nos études pourrait s'expliquer en partie par la pratique de la prévention précoce de cette pathologie dans les pays développés.

L'HRP est la troisième pathologie des urgences obstétricales avec un taux de 6.25% [11].

3 - La rupture utérine:

La rupture utérine occupe la 4^{ème} place avec 5 cas sur 154 soit 3.25%. Cette fréquence est inférieure à celle de KANE [20] dont l'étude a été réalisée en milieu hospitalier.

Elle est supérieure ou égale à la fréquence moyenne de 0.7à 3,5% de BOOG.G [4]. Ce résultat pourrait s'explique par le fait que la R U est devenue un phénomène rare sinon exceptionnel dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle reste encore très fréquente dans les pays pauvres où la couverture sanitaire est encore faible.

Urgence obstétricale des plus graves, sa fréquence est estimée à 1/1500 accouchements aux USA ; 1/6000 accouchements en EUROPE; 1/52 accouchements en AFRIQUE SUBSAHARIENN.E [39].

Au Mali, selon les résultats de l'étude réalisée en 1985 par DIAKITE .M [9] , sa fréquence était de 1/194 accouchements.

Dans notre étude, sa fréquence est de 0,10% des accouchements contre 0,31 % de KANE.F [20].

SAMAKE [37] a trouvé 0,68 %.

La R U représente la 2^{ème} pathologie des urgences obstétricales, avec un taux de 8,75 % [11].

4-Placenta prævia associé à l'hématome retroplacentaire

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [2, 4, 5, 15, 18, 20, 23].

Dans notre étude, il a été trouvé 6 cas sur 154, soit 3.9%. Cette fréquence est inférieure à celles obtenues par de BAGAYOKO.S [2] et de GARBA.H [15], qui sont respectivement de 4,84 %; 4,20%.

5-Hypertension gravidique et HRP :

Dans notre étude, H R P est associé à une affection hypertensive dans 84.5% des cas.

Ce résultat est supérieur à ceux de GARBA. H [15] et de COULIBAL Y. F [7] qui étaient respectivement de 20 % et 26 %. Il est aussi supérieur à celui de KANE. F [20] qui était de 37,50 %.

IV - ATTITUDE THERAPEUTIQUE

1- Mode d'accouchement

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre.

Face à cette urgence obstétricale, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauver la mère et l'enfant. La césarienne a été pratiquée dans 60,4% des cas.

La césarienne a été la principale indication thérapeutique eu égard aux étiologies de ces hémorragies.

BOOG.G [4] indique dans le traitement du placenta prævia, 25 - 96,5% de césarienne. COULIBAL Y.F [7] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

L'indication de 64,3 % de nos césariennes était le sauvetage maternel.

2-Traitement médical

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie, soluté (ringer), transfusion sanguine) et le traitement symptomatique (antalgiques, antihypertenseurs, ocytociques).

10.4 % de nos parturientes ont été transfusées; le nombre d'unité de sang (poche de sang de

500ml) variant de 1 à 6.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y.F [7] (52 ,87%). Cette différence pourrait s'expliquer qu'à l'hôpital du Point G, les parturientes étaient reçues dans un tableau très compliqué car la plupart des cas étaient des évacuées des CSRéf.

V-PRONOSTIC MATERNO-FOETAL:

1. Pronostic maternel :

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

-La mortalité

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

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravant [32].

Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence – évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CSRéf et leur gratuité, le renforcement des centres de santé.

Il a été déploré deux (2) cas de décès maternel, soit 18,2 % : une, suite à une coagulopathie d'une parturiente référée pour PP recouvrant hémorragique et le second, suite à une rupture utérine décédée à l'admission.

- La morbidité

Elle demeure encore élevée même dans les pays développés

L'anémie, les accidents transfusionnels, les longs séjours d'hospitalisation et les manœuvres obstétricales intempestives favorisent les accidents infectieux et thromboemboliques (surtout après une césarienne). A ceux-ci, s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psychosociales dans une société où la stabilité du foyer repose en grande partie sur la fécondité de la femme.

33,8% de nos parturientes ont eu une durée de séjour au CSRéf supérieure à 4 jours.

2- Pronostic fœtal:

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

- La mortalité: Selon N'DIA YE.M [33], le PP et l'HRP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in utero.

Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort fœtale [24]. Dans notre étude, on a eu 5 cas de décès fœtaux par suite de rupture utérine soit 26,31%.

- La morbidité: En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés de petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante.

Le PP et l' HRP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [10].

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

De Janvier 2005 à Décembre 2006, notre étude a porté sur 154 femmes présentant une hémorragie au cours du dernier trimestre de la grossesse.

La tranche d'âge 18-35 ans était la plus touchée avec 72.1% ; les pauci pares et les multipares représentaient 98.2% des patientes; 29.2% étaient évacuées des maternités périphériques.

Les étiologies étaient dominées par le PP avec 52.5%, l'HRP avec 37.66%, la RU avec 3.24 %, PP+HRP avec 3.89%.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 60.4%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (0.04% de décès maternel), par contre le pronostic foetal demeure préoccupant (13.6% de décès périnataux).

RECOMMANDATIONS

Pour réduire la fréquence des accidents hémorragiques et améliorer le pronostic materno-fœtal, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux gestantes :**
 - Consulter très tôt un centre de santé dès la constatation d'une aménorrhée ;
 - Se présenter dans un centre de santé pour le suivi de la Grossesse à travers les Consultations prénatales
 - Consulter immédiatement un centre de santé dès le début des hémorragies, si minimales soient elles.
- **A la population générale :**
 - Prendre conscience que la grossesse n'est pas seulement « l'affaire » de la seule parturiente. La grossesse doit attirer l'attention particulière du ménage et de la communauté.
 - Conseiller les parturientes à fréquenter précocement les structures de santé.
 - Participer au don volontaire de sang organisé par la Banque de Sang.
- **Aux prestataires :** - Effectuer des C P N de qualité (Accueil correct, examen gynéco-obstétrical, réalisation du bilan prénatal).
 - utiliser le partogramme pour la surveillance des accouchements.
 - Référer ou évacuer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, HTA, diabète, cicatrice utérine, grossesse multiple) vers les centres de santé de référence et dans les conditions de transfert optimales (voie veineuse, fiche d'évacuation).
 - Organiser les audits internes dans les services (décès maternel, échappée belle etc...).
- **Aux décideurs**
 - Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire ;
 - Assurer la formation continue du personnel de santé à tous les niveaux ;
 - Rendre plus fonctionnels les centres de santé de référence en les dotant d'équipements médico-chirurgicaux et de médicaments indispensables à la prise en charge des malades.
 - Elaborer une politique de communication et son plan de diffusion afin de modifier les comportements des populations en faveur de la prévention et la lutte contre la mortalité

VI. BIBLIOGRAPHIE

1- ASSANI A, ANOMA M, BONI S, KONE N, BOHOUSSOU K M.

Aspects épidémiologiques des hématomes rétro placentaires à propos de 150 observations.
Communication à la société de gynéco obstétrique de COTE D'IVOIRE 1988.

2. BAGA YOKO .S :

Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 62 cas.
Thèse méd. BAMAKO 2002.

3-BARBOT X J, BARDIAUX M, CRIMAIL P, DEUIL J, DUBUISSON JB, SANTARELLI J :

Santé -Médecine -biologie humaine. Gynécologie - Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique 11 (1986-1987).

4- BOOG. G

Placenta prævia. Encycl-Med-Chir (Elsevier, PARIS), obstétrique, 5-069-A-10, 1996, 21P.

5- CACAUL T JA, LALANDE J, MARIE J :

L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. Paris; Maloine ; 1982 ; 120 P, 26 cm.

6- COLLETTE. C :

Le placenta bas inséré (prævia).[en ligne]. <www.femiweb.com>.consulté le 02/12/02.

7- COULIBAL Y. F :

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

8- DEMBELE. B :

Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V à propos de 114 cas. Thèse méd. Bamako 2002.

9- DIAKITE .M :

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse méd, Bamako 1985.

10-DIAKITE .A.Z:

Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C HU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 00-M-75.

11- 01CKO .S :

Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes à propos de 160 cas. Thèse méd. Bamako 2001.

12-DOUMBIA.D:

Etude des urgences chirurgicales reçues à l'H P G de novembre 1981 à novembre 1982. Thèse méd. 1982.

13-FAKO.P.J:

Les ruptures utérines au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : Les facteurs qui influencent le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse méd. Bamako 2002 (34).

14- FOOTE (W.R) et FRASER (W.O) :

Placenta prævia - Amer. J. OBSTET. GYNEC ; JUILLET. 1960, 80; 10-16.

15- GARBA.H :

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse de Med. Bamako 1988.

16- GILLARD P, BATAILLE B et Coll.

Maladie de rendu Osier - Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse: A propos d'un cas. Journal Gynéco obstétrique et biologie de la reproduction; 1996.

17 - HOHLFELD P, MARTY F :

Le livre de l'interne en obstétrique, 2e édition. 1999.

18- HODONOU .E.K :

Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar. Thèse méd. Dakar 1968.

19- KAMIMA .P :

Anatomie gynécologique et obstétricale Paris; Maloine ; 1984.

20- KANE .F :

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse méd. Bamako 1998 (56).

21- KANTE .F :

Grossesses et accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G : à propos de 723 cas. Thèse méd. Bamako 1997.

22- KONE .A :

Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2000.

23- KONE .F :

Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel TOURE (à propos de 56 cas). Thèse méd. Bamako 1989.

24-KONE M et DIARRA S :

Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). Obstétrique, 5-080-A-1 0-1995, 7p.

25- LANSAC J et Coli :

Obstétrique pour le praticien, 2e éd. Paris; SIMEP; 1990. N°7227, 7226, 413 p

26- LANSAC J, BODY G:

Pratique de l'accouchement. 2^{ème} édition SIMEP 1992.

27-LANSAC J, LE COMTE P. :

Gynécologie pour le praticien, 4^{ème} éd - Paris SIMEP ; 1994.

28- LEROY B, BESSIS R :

Echographie en obstétrique, 2e éd, revue et augmentée 148p 21 cm (médecine ultrasonore).
Masson 1983.

29- LUTON D, SIBONY O. :

Gynécologie obstétrique collection Internat (préparation au concours). 1997.

30- MABOUNGA.R.A :

Placenta prævia hémorragique : aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 334 cas. Thèse méd. BAMAKO 2003.

31-MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. :

Précis d'obstétrique, 6^e éd. Paris, Kilan, Barcelone: Masson 1995 583 P.

32- MORTALITE Maternelle:

Les sages-femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes- LONDON:
CISF, 1990 - 66p - 7617.

33- N'DIAYE.M :

La mort fœtale in utero à la maternité RENEE CISSE d'hamdallaye: Les aspects clinique, épidémiologique et prise en charge. Thèse Méd. BAMAKO 2003.

34-OUATTARA.M:

Hématome rétro placentaire: Aspects épidémiologique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V. Thèse méd. Bamako 2000.

35- PITTION S, REFAHI N, BARJOT P:

Rupture spontanée de varices utérines' au 3eme trimestre de la grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction; FRA; DA. 2000 ; vol.29 ; 8 ; 801-802.

36- POLICARD A:

Précis d'histologie physiologique, 4eme éd 1985.

37-SAMAKE.Y:

Approche épidémiologique des urgences gynéco obstétricales à l'hôpital Régional NIANANKORO FOMBA de Ségou. Thèse Méd. Bamako 2002.

38- SEPOU A, NGUEMBI E et COIL:

Les Hémorragies du 3eme trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. Af. Noire; SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185 189,

39- SIDIBE .A.K :

L'anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré, Thèse Méd. Bamako 1991(16).

40-TANFERNA M, SAIERA BRIGATTI L:

Rupture Utérine au 3eme trimestre de la grossesse. Considérations cliniques; présentation de 3 cas.

41- THOUION J M, PUECH F, BOOG G:

Obstétrique (Universités Francophones).1995.

42- TOURRIS (H. de), HENRION R. et GOLL :

Abrégé illustré gynécologie et' obstétrique 6ème édit Masson 1994.

43- UZAN M, HADDAD B et UZAN S:

Hématome rétro placentaire. Encycl. Med-Chir (Elsevier, Paris) obstétrique, 5071-A-JO, 1995,8p.

VII. ANNEXES

1. FICHE D'ENQUETE

Dossier N° :

Date :.....

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom :.....Prénom :.....

Age :.....Profession:.....

Statut Matrimonial : Marié Célibataire Veuve Autres

Poids..... Taille :.....

Nom et Profession du Mari :.....

II-MOTIF DE LA CONSULTATION :.....

Date d'entrée :.....

Référée : Oui Non

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

Personnalité :.....

Distance parcourue (Km) :.....

Moyen de transports : taxi Ambulance Véhicule Autres

Transport médicalisé : Oui Non

III - LES ANTECEDENTS :

MEDICAUX

HTA : Oui Non Diabète : Oui Non

Néphropathie : Oui Non Autres (à préciser).....

CHIRURGICAUX

Césarienne : Oui Non

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

Hysterorraphie Curetage Myomectomie

AMIU Hernie Appendicectomie Occlusion

GYNECOLOGIQUES

Menarche.....Caractère du Cycle : Régulier Irrégulier

Durée des règles :..... Disménorrhée Leucorrhée Prurit

Myomectomie Hystérectomie Chirurgie Tubaire

Obstétricaux

Gestité Parité Gémellité : Oui Non

Nombre de Césarienne Accouchement instrumenté : Oui Non

Si oui : Forceps Ventouse Autres

PP : Oui Non HRP : Oui Non

RU : Oui Non Avortement : Précoce Tardif

VI – Grossesse Actuelle :

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

❖ Evènements survenus au cours de la grossesse

HTA : Oui Non Oedème : Oui Non

Diabète : Oui Non Protéinurie : Oui Non

Saignements antérieurs : Oui Non Si Oui, préciser : 1^{er} trimestre

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

2^{ème} et 3^{ème} trimestre Saignement Spontané Saignement au contact

Présence de douleur : Oui Non . MAP MA tardif

❖ Evènement ayant nécessité une hospitalisation : Oui Non Si oui,

Motif :.....

VII- EXAMEN DE LA PATIENTE A L'ADMISSION

Etat général : Bon Mauvais TA..... Choc
Conjonctives : Colorées pâles Etat du Col.....
Dilatation du Col..... Phase de latence Phase active Phase d'expulsion
Etat du bassin : Normal Limite Rétréci
Présentation : Céphalique Transversale Siège
BDCF : Présents Absents Si Présents : Bradycardie Normal
Tachycardie

VIII- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A l'arrivé : Groupe Rhésus : Oui Non
Taux d'Hb / Hte : Oui Non
Groupe Rhésus demandé : Oui Non
Hb /Hte demandé : Oui Non
Echographie Obstétricale : Oui Non Si oui, Terme de la
grossesse (SA).....
Si Echographie demandé pendant la grossesse : Placenta bien inséré :
Oui Non
Décollement : Oui Non Autres :.....

IX- MODE D'ACCOUCHEMENT :

VB Césarienne Forceps Ventouse
Si VB : Durée de travail.....
Si Césarienne : Indication :.....
Si Forceps : Indication :.....
Si Ventouse : Indication :.....
X- Diagnostic Retenu :

PP : Marginal Latéral Central Recouvrant Non Recouvrant

HRP : Oui Non . Surface de décollement :

1/3 du placenta

1/2 du placenta

Total du placenta

Poids du Caillots en (g).....

RU : Oui Non Autre (à préciser).....

Délai de prise de décision :

1^{er} délai : du CSCOM au CSREF :.....

2^{ème} délai : de l'arrivée a la prise de décision :.....

Délai total : 1^{er} et 2^{ème} délai :

XI- ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

- Repos au lit : Oui Non

- Rupture de la PDE : Oui Non

- Césarienne : Oui Non

- Hystérectomie d'hémostase : Oui Non

- Autres (à préciser).....

XII- PRONOSTIC FCETAL :

Enfant vivant : Oui Non Réanimé Non Réanimé

Apgar : 1^{ère} minute.....5^{ème} minute.....10^{ème} minute.....

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

Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie :.....

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

préciser).....

XIII- PRONOSTIC MATERNEL :

Vivant Décédé . Si décédé, précisé :

A l'admission Pendant le travail Immédiatement

Hospitalisation : Oui Non

Si Oui, durée de l'hospitalisation :

Complication survenue au cours de l'hospitalisation :

Choc hypovolémique Infection : précisée.....

Phlébite Embolie pulmonaire CIVD

Décès Pendant l'hospitalisation : Oui Non

Circonstance de décès :

Etat satisfaisant : Oui Non

Pronostic maternel :

Autres (à préciser) :

2 . FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KAREMBERY

Prénom : Pierre Claver

Titre de la thèse : Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune VI.

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malienne

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

3 . RESUME

Il s'agit d'une étude longitudinale portant sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CSRéf CIV du district de Bamako. Sur une période de 24 mois (Janvier 2005 à Décembre 2006) nous avons recensé 154 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre sur un total de 4 786 accouchements soit une fréquence de 3,21 %.

Urgences obstétricales des plus grave, leurs survenue impose l'hospitalisation dans un service de gynéco obstétrique avec une équipe comprenant un obstétricien, un anesthésiste - réanimateur et un pédiatre néonatalogue.

Les principales étiologies incriminées ont été le placenta prævia avec 52,6% des cas; l'hématome retroplacentaire avec 37,7% ; la rupture utérine avec 3,2%; HRP+PP avec 3,9%.

Ces hémorragies étaient pour la plupart évitables par la recherche et la prise en charges des facteurs de risque au cours des CPN.

13,0 % des parturientes n'ont fait aucune consultation prénatale.

75,3% des patientes ont saigné entre 35 et 42 SA.

La césarienne a été pratiquée dans 60,4% des cas, et 39,6% d'accouchements par la voie basse.

La mortalité maternelle est faible (0,04% %) mais la morbidité reste grande.

Nous avons déploré 7,14% de complications (coagulopathie 2 cas, choc hypovolémique 2 cas, infections 3 cas, hémorragie de la délivrance 2 cas et 2 cas de décès).

La morbidité et la mortalité fœtales sont importantes, liées à la pathologie ou à la prématurité induite.

Mots clés:

Grossesse, hémorragie, pronostics.

3ème trimestre, étiologies, traitement et pronostic

4 . S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure.