

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2007-2008

N° THESE: _____

THESE

*Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le
service de gynécologie – obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune V du District de Bamako.*

*Présentée et soutenue publiquement le/...../2008 devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie par :*

Monsieur Issa KEÏTA

*Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)*

JURY :

Président du Jury : Professeur Salif DIAKITE

Membre du Jury : Docteur Soumana Oumar TRAORE

Co - Directeur de Thèse : Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de Thèse : Professeur Mamadou TRAORE

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: Mme 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
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET 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
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Alhousseyni 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 ? Chef de D.E.R
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
Mr Sékou SIDIBE
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

Chirurgie Générale
Orthopédie –Traumatologie
Anesthésie –Réanimation
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco-obstétrique
Anatomie et 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 Diénéba 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 Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE

Gynéco-Obstétrique
O.R.L.
O.R.L.
Chirurgie Générale
Anesthésie –Réanimation
Urologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Urologie
Gynéco- Obstétrique
Odontologie
Odontologie
O.R.L.
Gyneco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie – Réanimation
Gynécologie

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 Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale et Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie –Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO

Histoembryologie
Bactériologie- Virologie
Parasitologie

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie - Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Djibril SANGARE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Parasitologie
Parasitologie Entomologie

Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie-Parasitologie
Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-Entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne

Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA

Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-Entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Soungalo DAO
Mr Cheïck Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Galénique
Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

4. ASSISTANTS

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

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
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Akory AG IKNANE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO Biostatistique
Mr Seydou DIARRA Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS 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. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie
Pr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A ALLAH LE TOUT

PUISSANT ET

MISERICORDIEUX

**Merci de m'avoir permis d'accomplir ce travail
jusqu'au bout**

**A toutes les mères, surtout
celles qui ont perdu la vie en
donnant la vie.**

- A ma mère : Nakany BERTHE

Brave femme animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu resteras chère mère un modèle pour moi. Je garderais toujours en mémoire ton courage, ta résignation et ton esprit de sacrifice,

Que Dieu le tout puissant t'accorde une longue vie dans la paix et le bonheur auprès de nous,

Ce travail est le fruit de tes conseils et bénédictions.

- A ma grande – mère : feu Madouba KEÏTA

Tu es la grande absente de cet évènement, mais je sais qu'en ce moment tu es de cœur avec moi. Je garderai toujours en mémoire ton amour pour nous, ton esprit de solidarité et de sacrifice

Puisse Allah t'accueillir dans son paradis, dors en paix

Amen.

- A ma tante : Sounouba KEÏTA

Votre soutien et vos conseils ne n'ont jamais fait défaut.

Ce travail me permet de te réitérer tout mon amour et d'émettre le souhait que vous fassiez mieux.

- A mon père : Kalyfa KEÏTA

Sans être un homme comblé, tu as toujours partagé avec les plus démunis.

Ainsi n'as-tu pas l'habitude de nous dire que la charité est la seule satisfaction que l'homme puisse tirer de sa suffisance matérielle.

Ma réussite pour le bien-être de toute la famille a été ton souci permanent.

- A mon épouse : Takady BERTHE

En témoignage de notre amour et de notre vie commune, femme de principe, soucieuse de la bonne formation et du travail bien fait, tu resteras un modèle pour moi.

L'étape a été difficile mais en voici le fruit.

Merci pour tout ; je pris le bon Dieu qu'il protège notre union jusqu'à la fin de nos jours ;

Que le fruit de notre amour soit récompensé.

Amen

- Ames frères, mes sœurs, mes cousines et cousins, mes belles – sœurs, à vous toutes mes pensées.

REMERCIEMENTS

- A mes oncles et tantes

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour tout le soutien que vous m'avez porté. Soyez rassurés de ma disponibilité et de mon profond attachement.

- A ma grande sœur : Sokona KEÏTA

C'est l'occasion pour moi de te rappeler que je garderai pour toujours un très bon souvenir des aides financières, alimentaires et morales que tu m'a prodiguées durant toutes mes études ; sois – en sincèrement remerciée.

Que le tout puissant t'accorde une longue vie et heureuse.

- Au Docteur Oumar. M. TRAORE

Nous avons beaucoup appris à votre contact et nous voudrions bien pouvoir vous imiter. L'exemple que vous nous donnez et que nous essayons d'avoir constamment à l'esprit est la meilleure garantie d'honnêteté et de rigueur morale qu'implique l'exercice de la médecine. Plus qu'un maître avez été pour nous un frère. Recevez nos sincères remerciements.

- Aux Docteurs :

Diakaridia KONE, Diakaridia DIALLO, Karim COULIBALY,
Mamadou SIMA, Kelly EGAH, Mamadou KEÏTA, Mamadou
TRAORE, Pierre Adegnée TOGO, FANE Seydou, Seydou Z. DAOU,
Brahima CISSE

En témoignage de notre gratitude.

- A mes collègues internes :

Merci pour votre esprit confraternel et sympathique.

- A Mademoiselle Mariam BOUARE

Les mots ne suffisent pas à exprimer ce que je ressens pour toi plus
qu'une collègue, tu as été pour moi une sœur, je ne t'oublierai jamais.

- A mes amis :

Sékou DIAKITE et son épouse Bintou SOUMARE

Soumaïla KONE et son épouse Fatoumata

Mahamadou Modibo TRAORE et son épouse Kadiatou

Chaka MALLE, Namory KEÏTA, Yacouba KONE;

Karounga CAMARA et son épouse Sata DOUMBIA

N'koro DOUMBIA et son épouse ; Bessy SAMAKE ; Moussa KEÏTA

Plus que des amis vous avez été pour moi des frères.

- A Mohamed DIALLO

Vous nous avez guidé avec franchise ; notre témoignage de respect et
d'amitié.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Salif DIAKITE

**Professeur titulaire de Gynécologie – Obstétrique à la
Faculté de Médecine, Pharmacie et d’Odonto -
stomatologie**

C’est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations, votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l’estime et l’admiration.

Trouvez ici, cher maître l’expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A notre Maître, Membre du jury

Docteur TRAORE Soumana Oumar

Gynécologue – Obstétricien

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres du jury

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynécologie – obstétrique. L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche médicale et par-dessus tout votre extraordinaire humilité font de vous un des plus beaux fleurons de l'intelligencia nationale.

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

**A notre maître et Directeur de thèse Mamadou TRAORE
Professeur Agrégé de Gynécologie - Obstétrique Secrétaire
Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie -
Obstétrique (S.A.G.O) ; Membre du réseau Malien de lutte
contre la mortalité maternelle.**

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la
Commune V du district de Bamako.

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée
en nous, en nous acceptant au sein de votre service.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu
apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit
d'ouverture et la qualité de votre enseignement qui font de
vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en
rassuré que nous nous servirons durant toute notre vie de la
méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre
haute considération.

A notre maître et membre du jury.

**Codirecteur Niani MOUNKORO Gynécologue -
Obstétricien, Maître Assistant à la F.M.P.O.S.**

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Ce travail est le fruit de notre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire, votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins ; Acceptez ici ma profonde gratitude.

Merci infiniment.

LEXIQUE

ATCD : Antécédent

BDCF : bruit du cœur foetal

CC : centimètre cube

CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée

CPN : consultation prénatale

CPON : consultation post-natale

Cm : centimètre

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

C S Réf : Centre de Santé de Référence

EDSM III : Enquête Démographique et de Santé Mali III

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HTA : Hypertension Artérielle

HRP : Hématome Retro-placentaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Kg : Kilogramme

M² : Mètre carré

Mn : Minute

ml : Millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFC : Plasma Frais Congelé

PF : Planning Familial

PP : Placenta Prævia

PEV : Programme Elargi de Vaccination

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine Aménorrhée

SIS : Système d'Information sanitaire

TA : Tension Artérielle

TC : Temps de Coagulation

TCK : Temps de Céphaline Kaolin

TP : Taux de Prothrombine

TS : Temps de Saignement

USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

< : Inférieur ; > : supérieur ; ≤ : inférieur ou égal ; ≥ :
supérieur ou égal.

SOMMAIRE

1. Introduction et objectifs	1
2. Généralités.....	4
3. Méthodologie.....	23
4. Résultats.....	30
5. Commentaires.....	54
6. Conclusion et Recommandations.....	64
7. Références.....	i

INTRODUCTION

1 – INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant, cette naissance constitue pour des milliers de femmes à travers le monde un enfer personnel qui peut leur coûter la vie [10].

Les hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post – partum constituent la première cause de décès maternel dans le monde [10].

Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante. Environ 525 000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post – partum, laissant au moins derrière elles 1 000 000 d'orphelins [10].

Dans nos pays en voie de développement cette mortalité est encore plus marquée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés. Au Mali, elle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes selon E.D.S.M. III.

Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnues, le placenta praevia, l'hématome retro – placentaire et la rupture utérine constituent les principales causes d'hémorragie au 3^{ème} trimestre.

Au Mali à l'hôpital Gabriel Touré (HGT) une étude faite par KANE F. en 1998 a trouvé 67 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements, ce qui représentent 2,6% des accouchements effectués dans cet hôpital. Ce même auteur trouve, que les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse représentent 18,75% des causes des décès maternels, avec des taux de léthalité maternelle et fœtale respectifs de 4,54% et 57,57%.

A cela s'ajoute le fait que la transfusion sanguine, souvent indispensable dans le protocole thérapeutique des hémorragies constitue à court terme par déficit ou manque de sang et à long terme depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine, un risque supplémentaire [38] de décès maternel.

En Afrique si les différentes causes ont fait l'objet d'études spécifiques, peu de travaux ont été réalisés sur la pathologie de manière générale.

Il nous a donc parut opportun d'initier ce travail pour mieux sensibiliser nos populations et décideurs et mieux orienter le personnel médical en vue d'un diagnostic étiologique précoce pour une meilleure prise en charge.

Ainsi nous nous sommes fixés comme objectifs :

1.1- OBJECTIFS

1.1.1 – Objectif général

- Etudier les hémorragies au 3^{ème} trimestre de la grossesse.

1.1.2 – Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les facteurs étiologiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Etablir le pronostic maternel et fœtal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Formuler des recommandations.

GENERALITES

2 – GENERALITES

2.1- DEFINITION

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée [43]. Elles compliquent 2 à 5 % des grossesses.

2.2- 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 transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme. Plus tard LEVRET découvrit un placenta praevia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante. [10]

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 ces auteurs on peut citer DOSNANTOS par aortographie ; SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin depuis la publication de DONALD en 1958. Les premières césariennes pour placenta praevia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA.

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.

En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte d'une infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort [20]. Les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. MICHAELLIS reconnaît les principales causes de ruptures utérines : disproportion foeto-pelvienne, présentation transverse.

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

RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes retro – placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta praevia BAUDELOQUE décrit la cupule rétro – placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrirait à l'occasion d'un hématome retro – placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par DEEKERMAN qu'en 1936.

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

2.3- RAPPEL ANATOMIQUE

2.3.1- Utérus gravide

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

L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

A terme son poids varie entre 90 et 1200g. Sa capacité à terme est de 4 à 5 l [19].

2.3.1.1– 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 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 – 7cm au niveau du corps [20].

2.3.1.2- Le col utérin

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient 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 pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [20].

2.3.1.3- Le segment inférieur

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide comprise entre le corps et le col. 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.

- **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 corporeale.
- **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 2 à 4 mm, 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 fœto – utero – 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 sa présentation.

- Sur le plan physiologique :

C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement, qui, après avoir conduit la contractilité corporeale vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, mal distendu 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, c'est lui que s'insère le placenta praevia.

2.3.2- Le placenta

En latin Placenta signifie Gâteau.

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

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyte.

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du cinquième mois.

2.3.2.1 – Structure du placenta

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16 – 20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2 – 3 cm au centre, 4 – 6 cm 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 fœtale

Encore appelée plaque chorale, 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-villositaire, une arborisation villositaire organisée en système 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 Mitabuch 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 utérins 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 repartis 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'œuf.

d – La physiologie du placenta

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

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

Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses.

Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

- Par simple diffusion ;
- Par les molécules porteuses ;
- Par 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.

2.3.2.2 – La circulation placentaire

Elle est double : maternelle et fœtale :

La circulation utéro – placentaire s'établit au 14^{ème} – 15^{ème} jour de la fécondation par l'extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle – ci par des artères ayant perdus 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 villositaire existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéroplacentaires 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 fœtal est à terme de 160 ml/kg/mn.

La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les éléments nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, 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 fœtus et mère.

- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [36].

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

2.3.3- Les membranes de l'œuf

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

2.3.3.1 – L'amnios

C'est une membrane mince, transparente et résistante, qui circonscrit dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

2.3.3.2 – Le chorion

C'est une membrane fibreuse transparente, 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 de mucus

qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

2.3.3.3 – 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'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie qui recouvre l'œuf et accolée au chorion extra – placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice 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].

2.4- ETIOLOGIES

2.4.1- Le placenta prævia

2.4.1.1- Définition

C'est l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.

Il représente selon de nombreux auteurs la 1^{ère} cause d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse [26, 38].

2.4.1.2- Classification

a- Classification anatomique

- Variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice cervical interne.
- Variété marginale : le placenta affleure l'orifice cervical interne ;
- Variété centrale : le placenta recouvre complètement l'orifice cervical interne.

b- Classification échographique

Décrit le placenta bas inséré antérieur ou postérieur avec type (I, II, III) pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice cervical interne.

c- La classification clinique

Il faut que la femme soit en travail d'accouchement pour parler de cette classification :

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

2.4.1.3- Pathogénie de l'hémorragie

Au cours du placenta prævia, les hémorragies constituent le principal symptôme. Elles surviennent généralement au cours du travail d'accouchement 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 décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

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

Nous avons retenu deux théories :

- Théorie de tiraillement des membranes de PINARD

Lors des contractions utérines de fin de grossesse ou du début de travail, la tension intra-utérine qui s'exerce sur le pôle inférieur de l'œuf est inégalement répartie sur la surface des membranes ; le petit côté des membranes étant plus sollicité que le grand côté des membranes. A un moment, le petit côté moins élastique tire sur le bord inférieur du placenta et tend à le décoller, provoquant ainsi l'hémorragie à moins qu'une rupture providentielle des membranes n'intervienne pour éviter cet accident [20].

- 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, mais et surtout celles des variétés centrales [18].

Ces théories qui semblent apparemment opposées sont en fait complémentaires en raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies de placenta prævia.

2.4.1.4- 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 d'accouchement. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable faite du sang rouge.

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

b- Signes généraux

Leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence.

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

-Le toucher vaginal qui ne devrait pas être fait avant l'échographie mais très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, les doigts tombent directement sur le matelas placentaire sous forme de masse molle interposée entre les doigts et la présentation. Le doigt revient avec du sang rouge vif.

2.4.2- L'hématome retro-placentaire (HRP)

2.4.2.1- Définition

C'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 interne de l'utérus.

Il est généralement la conséquence de l'hypertension artérielle et grossesse, mais il peut aussi être dû à un traumatisme.

2.4.2.2- Pathogénie de l'hémorragie

Le phénomène initial serait un spasme des artéριοles basales provenant des artères spirales irriguer 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 utéro-placentaire : ainsi se constitue l'hématome retro-placentaire. Le sang extériorisé n'est pas toujours proportionnel au degré de saignement.

2.4.2.3- Etude clinique

Le début est brutal, l'HRP survient sans prodrome, 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.

a- Signes généraux

- altération rapide de l'état général ;
- faciès angoissé ;
- le pouls s'accélère et s'affaiblit ;
- la tension artérielle élevée au début, chute brutalement traduisant le choc ;
- les urines sont réduites en quantité, la protéinurie existe, elle est soudaine et massive : c'est l'ictus albuminurique.

b- Signes physiques

- **L'examen** : l'utérus qui est le siège de l'hémorragie devient dur comme du bois ; dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est 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 BDCF sont souvent absents.

- **Au toucher vaginal** : le segment inférieur dur et tendu participe à l'hypertonie utérine.

Le doigtier ramène du sang noirâtre. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

2.4.3- La rupture utérine (RU)

2.4.3.1- Définition

Il s'agit d'une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide [31]. Le diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{ème} trimestre [20].

2.4.3.2- Pathogénie de l'hémorragie

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

- saignement des berges utérines lésées ;
- la désinsertion de placenta richement vascularisé ;
- la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

La rupture sur l'utérus cicatriciel qui est une déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

2.4.3.3- Etude clinique

Il y a trois (3) phases :

2.4.3.3.1- 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, subintraites ; l'utérus se relâche mal. La gestante supporte mal la douleur.

2.4.3.3.2. 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.

2.4.3.3- Phase de rupture

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister, 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. A côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du contenu. Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu. La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [26].

2.4.4- Rupture de vaisseau praevia ou hémorragie de BENKISER

C'est une hémorragie par rupture d'un vaisseau du cordon ombilical en position praevia, se produit uniquement au cours de l'accouchement lors de la rupture de la poche des eaux. Un vaisseau du cordon ombilical se trouve à la surface des membranes ovulaires. Lors de la rupture de la poche des eaux, spontanée ou provoquée, la déchirure d'un vaisseau aboutit à une hémorragie fœtale massive. Elle se manifeste par un saignement indolore, sans modification de l'état maternel mais avec une souffrance fœtale immédiate. La mortalité fœtale est de 90%. Seule une césarienne en extrême urgence peut sauver le fœtus. L'échographie avec Doppler à codage couleur permet parfois d'en faire le diagnostic avant la rupture de la membrane.

2.5- LE TRAITEMENT

2.5.1- Le Traitement Préventif

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

2.5.2- 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 néo-natale.

2.5.2.1- Les buts du traitement curatif

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

2.5.2.2- 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 CPN (groupe Rhésus, NFS entre autre) et le bilan de coagulation (Taux fibrinogène). Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible.

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

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont administrées, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500cc 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 anti-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 recommandé lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min. aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait pas être ajoutée à un dérivé de sang mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : fibrinogène, plasma frais congelée (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50.000mm³ avec saignement actif.
- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic ; prévention de l'infection par l'antibiotique si nécessaire.

b- Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b.1 Le placenta prævia

Il y a 3 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 fœtal ;

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 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 SA, 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 :

- Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30%.
- Immunoglobulines anti-D pour les patients de Rhésus négatif ;

- Corticothérapie pour accélérer la maturation pulmonaire ;
- Repos stricte au lit avec interdiction de toucher vaginal. Après la 34^{ème} SA, une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic fœtal, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus.

b.2 Hématome retro-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 fœtale ;

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 un accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère. L'accouchement par voie basse peut être envisagé, si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, l'état maternel est bon ; 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 détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près. Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [25].

b.3 La rupture utérine

Le traitement de la rupture utérine est chirurgical :

Il s'agit de la laparotomie pour hystérorraphie (c'est-à-dire suture utérine) ou hystérectomie (c'est-à-dire ablation utérine) et traitement des lésions associées.

2.5.3- La Surveillance

Elle est clinique et échographique :

- La surveillance clinique

Elle comporte :

L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls. La température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur 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. En cas d'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

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel dans le cas particulier du placenta praevia (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 de 34 à 35 SA [39].

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

2.5.4- Evolution et complications

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, la grossesse se poursuivant jusqu'à terme cependant, en l'absence de traitement ou lorsque celle ci est inefficace, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

- Le choc hypovolémique

Particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, et pouvant 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 poste partum décrit en 1937 par SHEEHAN.

- **Les troubles de la coagulation**

Ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'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, car réagit au traitement bien conduit.

- **La nécrose corticale du rein**

Elle survient dans les suites de couches. Les lésions glomérulaires sont définitives et la mort survient dans un tableau d'insuffisance rénale par anurie.

2.6- LE PRONOSTIC

- **Le pronostic maternel**

Si la mortalité maternelle a fortement baissée de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction du fœtus par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux et thrombotiques (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, mettant fin à la procréation et aux règles avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela peut avoir sur la vie du couple.

- **Le pronostic fœtal**

En général, il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'anémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant la mort in-utéro et la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic foetal est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 35 et 39 S.A.

METHODOLOGIE

3- METHODOLOGIE

3.1 – CADRE D’ETUDE

L’étude s’est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la Commune V et environnant, mais aussi parfois des évacuations des centres de santé de l’intérieur du Mali. Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population, le centre de santé de référence comporte plusieurs services et unités :

- un service de gynécologie et obstétrique ;
- un service de médecine pédiatrique, d’ophtalmologie, d’odonto - stomatologie, de dermatologie, de comptabilité.
- une unité de : laboratoire, pharmacie, radiologie, ophtalmologie, stomatologie, médecine/pédiatrie, CPN, PF/CPON, suites de couches, PEV, bloc d’hospitalisation opératoire, personnelle, compartiment technique bloc, SIS, brigade d’hygiène, matérielle, parc auto, gynécologie, USAC, Morgue.

3.1.1- Aperçu historique

Le Centre de Santé de référence de la Commune V fut créé en 1982, avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

La commune V est constituée de huit quartiers qui sont dirigés par des Chefs de quartiers regroupés en un collectif avec à sa tête un Président.

A la faveur de l’essor du centre, par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Ce texte ayant été très satisfaisant le centre est érigé en centre pilote du District de Bamako. Sur la base du succès de ce centre, le système de référence a été instauré dans les autres communes.

3.1.2- Superficie et Population

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41 km² avec une population d’environ 279 240 habitants (2006). C’est une commune urbaine. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée par le fleuve Niger au nord – ouest, à l’est par la commune VI et au sud ouest par le quartier Kalaban – coro (cercle de Kati).

3.1.3- Les ressources humaines

La situation du personnel du Centre de santé de Référence de la commune V par catégorie professionnelle.

Le Centre de Référence de la Commune V est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique.

Catégorie	Effectif
Médecins	19
Assistants médicaux	28
Sage – femmes	32
Techniciens supérieurs et infirmiers d'état	12
Techniciens supérieurs de labo	02
Techniciens 1 ^{er} cycle obstétriciens	11
Techniciens de laboratoire 1 ^{er} cycle	03
Infirmiers du 1 ^{er} cycle santé publique	12
Aides – soignantes	30
Matrones	01
Administration – Finance – Comptabilité	11
Chauffeurs	05
Manœuvres	15
Gardiens	06
Plantons	01
Jardiniers	01
Lingères	02
Agents d'assainissement de la brigade d'hygiène de la commune V	12
TOTAL	203

Les travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, des agents de la municipalité et de l'INPS.

Pour assurer la formation continue au niveau du service, un staff se tient tous les jours du lundi au vendredi les matins ; mais aussi pour exposer un thème ou présenter des cas cliniques.

3.1.4 Type d'étude

Notre étude est transversale, prospective et descriptive. Elle s'est étendue sur une période de 06 mois (1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006).

3.1.5- Population d'étude

Il s'agit de femmes admises au Centre de Santé de Référence de la Commune V avec saignement au cours du dernier trimestre de la grossesse qu'elles soient ou non en travail d'accouchement.

3.1.6- Echantillonnage

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

La taille de notre échantillon a été de 83 cas sur 3028 accouchements enregistrés dans le service pendant la période d'étude de 06 mois.

3.1.7- Critères d'inclusion

- Toutes femmes enceintes avec hémorragie survenue à partir de la 28^{ème} SA admises dans notre service pendant la période d'étude.

NB : Age gestationnel déterminé à partir de la date des dernières règles connue, ou une échographie précoce (avant 20 SA).

3.1.8- Critères de non inclusion

Toutes les patientes présentant une hémorragie au 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse ainsi que celles qui ont présenté une hémorragie du post-partum ont été exclues de cette étude.

3.2– SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données récoltées sur une fiche d'enquête ont été stockées et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 6.04 du CDC d'Atlanta / OMS (Centre for Disease Control and Prevention).

Quant à la saisie et le traitement des textes nous avons utilisé un ordinateur portable (références : **TOSHIBA Personal Computer Intel [R] Pentium [R] M Processor 1.73GHz, 504Mo de RAM Système : Microsoft Windows Xp**

Professional Edition Familial version 2002, Service Pack 2). Pour le dit besoin nous avons utilisé deux logiciels : **Microsoft Word et Excel Office 2003** installées sur la dite machine.

3.3- COLLECTE DES DONNEES :

Pour effectuer ce travail, nous nous sommes présentés tous les jours au Centre de Santé de Référence de la Commune V en consultant les registres de garde et de permanence, le protocole opératoire du bloc et les registres de consultation. Pour mieux cerner les pathologies, nous avons élaboré un questionnaire.

3.4- DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE :

Une fois le diagnostic de l'hémorragie du 3^{ème} trimestre connue on procédait à :

- L'installation de la patiente ;
- La prise de la voie veineuse sûre avec un cathéter G 16 ou G 18 ;
- La demande du taux d'hémoglobine en urgence ;
- La demande d'une échographie obstétricale si nécessaire en urgence ;
- Une recherche étiologique.

Précisait :

- Le terme de la grossesse (viabilité fœtale) ;
- La notion de travail d'accouchement ou non ;
- La vitalité fœtale.

Faisait :

- La maturation pulmonaire si nécessaire par les corticoïdes (célestène 4mg) ;
- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;
- Une recherche de pathologie maternelle associée.

La conduite à tenir dépendait de ces différents paramètres.

Nous avons procédé au suivi de nos malades et les nouveaux nés vivants pendant toute la durée de l'hospitalisation.

3.5- VARIABLES :

Concernant la population de 83 patientes, nous avons étudié les paramètres suivants :

- ✓ les données socio-démographiques : âge, ethnie, état matrimonial, profession, résidence ;
- ✓ les antécédents : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux,
- ✓ le mode d'admission ;
- ✓ le diagnostic d'entrée et le diagnostic définitif ;
- ✓ l'issue de la maladie maternelle et foetale.

3.6- DEFINITIONS OPERATOIRES

- Primigeste = 1 grossesse
- Paucigeste = 2 à 3 grossesses
- Multigeste = 4 à 5 grossesses
- Grande multigeste \geq à 6 grossesses

- Nullipare = 0 accouchement
- Primipare = 1 accouchement
- Paucipare = 2 à 3 accouchements
- Multipare = 4 à 5 accouchements
- Grande multipare \geq 6 accouchements

- Mauvais état général est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et ou une tension artérielle inférieure ou égale à 8/4 cmhg, taux d'hémoglobine \leq 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.

- Etat général passable : tension artérielle entre 9/5 cmhg et 10/6 cmhg, taux d'hémoglobine variant de 7g/dl à 10g/dl avec obnubilation, score de Glasgow variant de 9 à 12.

- Etat général bon : tension artérielle \geq 11/7 cmhg, taux d'hémoglobine \geq 11g/dl, bonne conscience, score de Glasgow variant de 13 à 15.

- Le coma se définit comme la suppression de la vigilance et de la conscience.

- Obnubilation : est l'état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.

- Anémie sévère : taux d'hémoglobine \leq 6g/dl ;
- Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;

- Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;

- Référence : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.

3.7- DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

L'échographie qui est un examen prépondérant pour le diagnostic étiologique n'a pas toujours été possible à cause de l'absence d'un échographe dans la salle d'accouchement.

La problématique de dotation en produits d'urgence et en sang au niveau du service a été dans certains cas un handicap sérieux pour leur prise en charge rapide.

RESULTATS

4- RESULTATS

Du 1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V 3028 accouchements dont 83 cas de grossesses compliquées d'hémorragies du 3^{ème} trimestre soit une fréquence de 2,7%.

4.1- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

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

Tranches d'âge en années	Effectif	Pourcentage
< 20	8	9,6
20 – 29	40	48,2
30 – 39	32	38,6
≥ 40	3	3,6

Total

83

100

Age moyen = 28 ans + ou- 8,2

Ages extrêmes sont
15 et 42 ans

Age médiane est 28,5ans

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	76	91,6
Fonctionnaires	2	2,4
Elèves ou Etudiantes	2	2,4
Commerçantes	2	2,4
Teinturières	1	1,2
Total	83	100

Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariées	79	95,2
Célibataires	4	4,8
Total	83	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruites	63	76,0
Primaire	11	13,2
Secondaire	5	6,0
Supérieur	4	4,8
Total	83	100

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

Modes d'admission	Effectif	Pourcentage
Auto référence	37	44,6
Evacuation	39	47,0
Référence	7	8,4
Total	83	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon la provenance

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage
Commune I	1	1,2
Commune II	3	3,6
Commune III	3	3,6
Commune IV	5	6
Commune V	44	53
Commune VI	11	13,3
Kati	14	16,9
Ouelessebougou	2	2,4
Total	83	100

NB : 14 patientes sont venues de Kati dont 4 pour Baguinéda, 9 pour Kalabancoro et 1 pour Bankoumana.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motifs d'admission	Effectif	Pourcentage
Métrorragie	26	31,3
Métrorragie + Douleur abdominale	52	62,7
Douleur Abdominale avec mouvements actifs du fœtus absents	5	6
Total	83	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	4	4,8
Asthme	1	1,2
Cardiopathie	2	2,4
Sans antécédents	76	91,6
Total	83	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	5	6
Sans antécédents chirurgicaux	78	94
Total	83	100

Tableau X : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primi geste	13	15,7
Pauci geste	22	26,5
Multi gestes	27	32,5
Grandes multi gestes	21	25,3
Total	83	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	12	14,4
Primipare	12	14,4
Paucipare	21	25,3
Multipares	23	27,8
Grandes multipares	15	18,1
Total	83	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel (SA)

Age gestationnel (S.A)	Effectif	Pourcentage
28 – 32	9	10,8
33 – 36	20	24,1
≥ 37	54	65,1
Total	83	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	29	34,9
1 – 4	36	43,4
> 4	18	21,7
Total	83	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués

Examens complémentaires		Effectif	Pourcentage
Groupe Rhésus	Oui	70	84,3
	Non	13	15,7
	Total	83	100
Taux d'hémoglobine	Oui	83	100
	Non	0	0
	Total	83	100
NFS	Oui	29	34,9
	Non	54	65,1
	Total	83	100
Crase sanguine	Oui	45	54,2
	Non	38	45,8
	Total	83	100
Total		83	100

NB : La crase sanguine : TP, TCK, TC, TS, fibrinémie a été demandé dans les 45 cas d'HRP et 2 cas de PP + HRP.

- Le taux d'hémoglobine a été demandé en urgence chez toutes les patientes.
- La NFS demandée dans tous les cas n'a pu être réaliser que chez 29 de nos patientes.
- A l'admission 13 patientes n'étaient groupées, on a eu à demander en urgence le groupe Rhésus.

XIV.a- Répartition des patientes selon l'échographie obstétricale effectuée en urgence

Echographie effectuée	Effectif	Pourcentage
Oui	52	62,7
Non	31	37,3
Total	83	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon les moyens d'estimation de l'âge gestationnel

Estimation	Effectif	Pourcentage
DDR	5	6
Echographie précoce	66	80
DDR + échographie précoce	12	14
Total	83	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les étiologies de l'hémorragie

Etiologies de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Placenta prævia	25	30,1
Hématome rétro placentaire	45	54,2
Rupture utérine	11	13,3
PP + HRP	2	2,4
Total	83	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le mode de survenue de l'hémorragie vaginale

Mode de survenue	Effectif	Pourcentage
Spontané	78	94
Provoqué	5	6
Total	83	100

Tableau XVIII : Répartition selon que la patiente soit en travail ou non

Travail ou non		Effectif	Pourcentage
PP	Oui	18	72
	Non	7	28
	Total	25	100
HRP	Oui	45	100
	Non	0	0
	Total	45	100
RU	Oui	10	91
	Non	1	9
	Total	11	100
PP + HRP	Oui	02	100
	Non	0	0
	Total	02	100
Total		83	100

NB : La seule rupture utérine spontanée est survenue sur un utérus bicatriciel.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au Centre (en heure)

Délai en heure	Effectif	Pourcentage
< 1	4	4,8
1 – 12	79	95,2
12 – 24	0	0
Total	83	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon la présence de saignement vulvaire ou non

Présence de saignement	Effectif	Pourcentage
Oui	83	100
Non	0	0
Total	83	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon les aspects du sang

Aspect	Effectif	Pourcentage
Rouge vif	39	47
Noirâtre	44	53
Total	83	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	65	78,3
Obnubilé	16	19,3
Mauvais	2	2,4
Total	83	100

NB : Bon : le score de Glasgow variait de 13 à 15
 Obnubilé : le score de Glasgow variait de 9 à 12
 Mauvais : le score de Glasgow variait de 6 à 7

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le type de présentation foetale

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	75	90,4
Siège	6	7,2
Transversale	2	2,4
Total	83	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le BDCF à l'admission au stéthoscope de Pinard

BDCF	Effectif	Pourcentage
Oui	44	53
Non	39	47
Total	83	100

Tableau XXV : Conduite à tenir en fonction de l'étiologie de l'hémorragie**a- Conduite à tenir devant PP**

PP	Césarienne en 1^{ère} intention		Voie basse		Césarienne en 2^{ème} intention		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Recouvrant hémorragique N=6	6	100	0	0	0	0	6	100
Non recouvrant hémorragique N=3	0	0	3	100	0	0	3	100
Central hémorragique à terme N=5	5	100	0	0	0	0	5	100
Latéral ou marginal hémorragique à terme N=4	0	0	4	100	0	0	4	100
Latéral ou marginal non à terme avec arrêt de l'hémorragie N=2	0	0	2	100	0	0	2	100
Central non à terme avec arrêt de l'hémorragie N=5	0	0	1	10	4	90	5	100

NB: Les cas de PP dont l'indication de césarienne ne s'imposait dans l'immédiat (arrêt des saignements, grossesse non à terme, PP latéral ou marginal) bénéficiaient :

- d'une hospitalisation,
- d'un repos absolu (strict) au lit,
- d'une prise de voie veineuse avec perfusion du Ringer lactate 500ml
- d'un bilan biologique,
- d'une échographie obstétricale,
- d'une transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire,
- de fer acide folique,
- d'antispasmodiques si nécessaire (Spasfon ou Nospa),
- d'une maturation pulmonaire si nécessaire par les corticoïdes (Célestène 12mg en IM à renouveler dans 24 heures)
- d'une proscription de touchers vaginaux,
- d'une antibiothérapie si anémie,
- d'une surveillance maternelle et fœtale 3 fois par jour (état général, conjonctives, tension artérielle, contractions utérines, saignements vulvaires, mouvements actifs du fœtus, bruits du cœur fœtal).

b- Conduite à tenir devant l'HRP

HRP	Césarienne en 1 ^{ère} intention		Voie basse		Césarienne en 2 ^{ème} intention		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Fœtus vivant en travail	13	72,2	5	18,5	0	0	18
Fœtus mort en travail	5	27,8	22	81,5	0	0	27
Total	18	100	27	100	0	0	45

C- RU : la laparotomie avec hystérorraphie a été réalisée dans 9 cas une fois le diagnostic fait soit 81,8% et une hystérectomie d'hémostase² dans 2 cas soit 18,2%.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Basse	39	47
Césarienne	44	53
Total	83	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la durée du travail d'accouchement (en heure)

Durée en heure	Effectif	Pourcentage
< 2	53	63,9
2 – 4	12	14,4
≥ 5	18	21,7
Total	83	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la nature des complications survenues

Nature des complications	Effectif	Pourcentage
Choc hypovolumique	2	2,4
Hémorragie de la délivrance	2	2,4
Infection	1	1,2
Décès	3	3,6
Sans complication	75	90,4
Total	83	100

NB : infection : suppuration pariétale de la plaie opératoire.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Favorable	80	96,4
Non favorable	3	3,6
Total	83	100

Tableau XXX : Répartition des décès maternels en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
HRP	2	66,7
PP	1	33,3
Total	3	100

NB : Il n'y a pas eu de décès maternel lié à une RU ou à une association HRP+PP.

*Pronostic fœtal****Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon le terme en semaine d'aménorrhée***

Semaine d'aménorrhée (S.A)	Effectif	Pourcentage
28 – 32	9	10,8
33 – 36	20	24,1
≥ 37	54	65,1
Total	83	100

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon l'état de vitalité fœtale à l'admission au stéthoscope de Pinard

BDCF	Effectif	Pourcentage
BDCF entendus	44	53
BDCF non entendus	39	47
Total	83	100

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Scores d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Effectif	Pourcentage
0	37	44,6
1 – 7	22	26,5
> 7	24	28,9
Total	83	100

NB : Au cours de notre étude nous n'avons pas enregistré de grossesses multiples.

Tableau XXXIV : Pronostic fœtal en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	Vivant		Décédé	
	Effectif	%	Effectif	%
PP (N=25)	17	37	8	21,6
HRP (N=45)	27	58,7	18	48,6
RU (N=11)	0	0	11	29,7
PP + HRP (N=2)	2	4,3	0	0
Total	46	100	37	100

NB : N= nombre de cas

Tableau XXXV : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	PP		HRP		PP+HRP	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 à 7	5	27,8	17	65,4	0	0
> 7	13	72,2	9	34,6	2	100
Total	18	100	26	100	2	100

NB : Tous les nouveau-nés dont le score d'Apgar était inférieur à 8 ont été référés à la néonatalogie de l'Hopital Gabriel TOURE.

% = pourcentage.

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés évacués ou non à la néonatalogie de l'Hôpital Gabriel TOURE

Evacués ou non	Effectif	Pourcentage
Oui	22	26,5
Non	61	73,5
Total	83	100

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids (en g)	Effectif	Pourcentage
< 2 500	32	38,6
≥ 2 500	51	61,4
Total	83	100

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon la taille à la naissance

Taille en cm	Effectif	Pourcentage
< 47	28	33,7
≥ 47	55	66,3
Total	83	100

Tableau XXXIX : Répartition des mort-nés selon les modes d'admission des mères

Mode d'admission de la mère	Nombre de mort-nés	
	Effectif	Pourcentage
Mères évacuées	38	84,4
Mères non évacuées	7	15,6
Total	45	100

Tableau XL : Pronostic vital des nouveau-nés évacués en néonatalogie de l'Hôpital Gabriel TOURE durant les 7 premiers jours d'hospitalisation

Pronostic	J 0 – J 3		J 4 – J 7	
	Effectif	%	Effectif	%
Vivant	14	63,6	11	78,6
Décédé	8	36,4	3	21,4
Total	22	100	14	100

NB : 8 nouveau-nés sont décédés dans les 72 premières heures suivant la naissance suite à une détresse respiratoire et 3 après les 72 premières heures suite à une infection néonatale.

Tableau XLI : Répartition des morts fœtales et des décès néonataux précoces selon les étiologies de l'hémorragie

Nbre de morts fœtales et décès néonataux précoces	Effectif	Pourcentage
Etiologie de l'hémorragie		
P.P (N = 25)	9	19
H.R.P (N = 45)	28	58
R.U (N = 11)	11	23
Total	48	100

COMMENTAIRES

5- COMMENTAIRES

5.1- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

5.1.1- Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service 3028 accouchements dont 83 cas de grossesses compliquées d'hémorragies au 3^{ème} trimestre soit une fréquence de 2,7%.

Cette fréquence est comparable à celle de BAUDET [8] qui rapporte une fréquence moyenne de 2 à 5 %.

Notre fréquence peut s'expliquer par le fait que le C. S. Réf de la commune V est très sollicité par les parturientes.

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

5.1.2- L'Age

La tranche d'âge la plus touchée était de 20 à 29 ans avec 48,2%. Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de fécondité. Dans la série de DIAKITE. R [10] la tranche d'âge la plus représentée était de 18 – 35 ans soit 75,6%.

Dans la série de KANE. F [20] la tranche d'âge la plus représentée était de 21 – 35 ans avec 64,17%. MABOUNGA. R. A. a trouvé dans sa série que la tranche d'âge la plus touchée était de 20 – 35 ans avec 67,6% des cas [42].

FOOTE [14] trouve que le P.P est deux fois plus fréquent après 29 ans.

L'hématome retroplacentaire 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].

La tranche d'âge 25 – 30 ans est dominante dans la survenue de l'hématome retroplacentaire au Mali par GARBA. H [15].

5.1.3- La Gestité

Les multigestes représentaient 27 cas soit 32,5%. La multigestité a été citée comme facteur de risque du placenta praevia, l'hématome retroplacentaire et de la rupture utérine par plusieurs auteurs [6, 7, 10, 34]. Dans la série de DIAKITE. R [10] les paucigestes représentaient 46,3%.

COULIBALY. F [6] trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes.

5.1.4- La Parité

Les multipares représentaient 27,8% de notre échantillon.

L'association de la parité et les principales causes des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ont été traitées par plusieurs auteurs. Notre taux est bas par rapport à celui de KONE. F [23] qui était de 51,11% de placenta praevia hémorragique.

BOOG [3] trouve que la parité est un facteur déterminant que l'âge, 35% étaient des multipares; FOOTE [14] note une fréquence quatre fois plus grande de P.P parmi les multipares 36% des patientes.

5.1.5- Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique est un paramètre difficile à définir dans notre pays. Dans notre étude, les femmes au foyer ont représenté 91,6%, les non instruites constituaient 76%, les fonctionnaires 2,4%.

- 34,9% n'avaient fait aucune consultation prénatale et pourtant les mariées représentaient 95,2%, 4 cas de célibataires.
- 43,4% des patientes s'étaient présentées en consultation prénatale de 1 à 4 fois, 21,7% ont fait plus de 4 consultations prénatales.

5.1.6- Les conditions associées

5.1.6.1- Les antécédents obstétricaux

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausses couches, de PP, d'H.R.P et de R.U ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de ces pathologies [6, 18, 20, 23, 30].

Dans notre série nous avons enregistré 5 cas d'antécédents de césarienne soit 6%.

Les lésions durables de la muqueuse utérine s'opposeraient à la migration placentaire vers le fond utérin. Notre taux est inférieur à ceux de KANE. F [20] et MABOUNGA. R. A. [30] qui étaient respectivement de 13,43% et 7,2%. Il est supérieur à ceux de DIAKITE. R [10] et de HODONOU [18] qui étaient de 4,88% et 4,56% respectivement.

5.1.6.2- Hypertension artérielle gravidique

Au cours d'une étude rétrospective portant sur 265 cas UZAN [42] rapporte que l'H.R.P est associé à une affection hypertensive dans 71 cas soit 26,9% dont 42 cas de prééclampsie pure ; 12 cas d'HTA chronique compliquée de prééclampsie et 17 cas d'HTA chronique.

Dans notre série d'étude, 4,81% de patientes avaient un antécédent d'HTA gravidique.

5.1.7- Mode d'admission

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse pose des problèmes en périphérie.

L'évacuation en urgence était dans notre série d'étude 47% et la référence 8,4% sont la règle en vue d'une prise en charge adéquate.

DIAKITE. R. [10] a trouvé dans sa série 48% d'évacuation, KANE. F. [20] 58,2%, DEMBELE. B [7] 68,7%, MABOUNGA. R. A [30] 53,6%.

OUATTARA. A [34] a trouvé 58,51% des patientes non évacuées.

5.1.8- Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au C.S. Réf C.V :

Le temps mis entre la décision de référence ou d'évacuation et leur arrivée au C.S.Réf était jugé long. Il était inférieur à 1 heure dans 4,8% des cas et compris entre 1 heure et 12 heures dans 95,2% des cas. Ce retard aggrave l'hémorragie et compromet gravement le pronostic maternel et fœtal.

DIAKITE. R [10] a trouvé dans sa série 59,8% des patientes ont fait 1 heure à 12 heures avant leur admission.

Ce résultat nous montre que la sévérité du pronostic materno fœtal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse s'explique aussi par l'attitude de certaines gestantes qui se décident trop tardivement à venir dans nos maternités à un moment où elles ont déjà perdu beaucoup de sang.

5.1.9- Etat général à l'admission

Dans notre série d'étude 2,4% des patientes avaient un mauvais état général à l'admission. Ce résultat peut s'expliquer d'une part par l'importance du saignement et d'autre part par le retard de la prise en charge et l'état antérieur de la patiente toute situation aggravant le pronostic vital. Cependant il faut se souvenir que les femmes enceintes supportent de façon surprenante, les hémorragies importantes [25].

5.1.10- Signes cliniques

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic cliniquement. La métrorragie considérée comme principal signe fonctionnel était chez 31,3% des patientes, 62,7% des patientes se plaignaient de métrorragie plus douleur abdominale. Par contre, dans la série de DIAKITE. R [10], COULIBALY : [6] et de GARBA. H [15], elle était extériorisée dans respectivement 100%, 91,9% et 94,25% des cas.

Soulignons que certains signes physiques peuvent être trompeurs tels que la tension artérielle ; elle peut être dans les limites de la normale alors que le saignement est abondant à l'intérieur.

5.1.11- Examens complémentaires

13 patientes soit 15,7% n'ont effectué aucun examen complémentaire. Ce résultat s'explique d'une part par l'attitude de certaines gestantes qui préfèrent ignorer ces examens soit par méconnaissance de leur importance capitale dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement soit par manque de moyens financiers et d'autre part par « Ignorance » de certains prestataires au cours des CPN.

5.1.12- Abondance du saignement

L'appréciation de l'abondance du saignement se faisait dans la salle d'accouchement et non sur les réponses des parturientes. 4,8% des patientes avaient un saignement très abondant. Notre taux est inférieur à celui de DIAKITE .R [10], qui avait trouvé dans sa série 7,3% de cas de saignement très abondant selon BARBOTX.J [2] il y a risque de mort in-utéro lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5litre. Souvent le volume de sang extériorisé n'est absolument pas représentatif de la réalité du saignement, très souvent, il peut y avoir rétention de sang en amont.

5.1.13- Age gestationnel

L'âge gestationnel au moment de la survenue de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est important du point de vue pronostic materno foetal. 10,8% de nos patientes ont saigné entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA et 24,1% ont saigné entre la 33^{ème} et la 36^{ème} SA ; la plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse. Par contre 73,2% des cas dans la série de DIAKITE.R [10] ont saigné entre la 35^{ème} et 42^{ème} SA.

5.1.14- Les bruits 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'étaient pas audibles dans 47% des cas au stéthoscope de Pinard. Dans la série d'étude de DIAKITE .R [10] les BDCF n'étaient pas audibles dans 19,8% des cas.

5.2- ETIOLOGIES

Malgré l'existence des moyens d'investigations performants, le diagnostic étiologique n'a pas pu être précisé dans certains cas.

Par ordre de fréquence décroissante, nous avons trouvé :

5.2.1- Hématome retroplacentaire (HRP)

Avec 54,2%, il occupe la première place des causes de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse dans notre série d'étude, elles étaient toutes en travail d'accouchement. Dans les séries d'étude de DIAKITE .R [10] ; KANE [20] ; FOOTE [14] ; leurs taux étaient respectivement de 24,4% ; 35,82% ; 37% et ceux de BARBOTX. J [2] ; LANSAC. J [25] étaient respectivement de 15-16% et 7,4% des cas.

Ces différences relativement importantes peuvent s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie à savoir la recherche et la prise en charge de ses principaux facteurs de risque au cours des CPN.

5.2.2- Placenta praevia (P.P)

Il constitue avec l'hématome retroplacentaire l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies de la grossesse.

Il occupe la deuxième cause des hémorragies du troisième trimestre dans notre série avec 30,1%. Les cas de PP enregistrés pendant notre période d'étude, 72% étaient en travail d'accouchement et 28% non en travail.

DIKITE .R [10], KANE.F [20] ; FOOTE [14] qui incriminent le P.P ont trouvé respectivement 57,3% ; 43,28% et 36% des cas des hémorragies.

Dans leurs séries d'étude HOHLFELD [17] ; LANSAC .J [25] et DARDOTX. J [2] ont trouvé respectivement 20%, 3,7% et 12-24% des cas.

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].

5.2.3- La rupture utérine (R.U)

La rupture utérine qui a presque disparu dans les études des pays bien médicalisés est encore d'actualité dans notre étude avec 13,3%. Dans leurs études DIAKITE .R [10], KANE. F [20], BOOG. G [3] ont trouvé respectivement de 6,1% ; 11,94% et 0,7 à 3,5% des cas.

Cette fréquence élevée s'explique par le fait que notre étude s'est déroulée dans un centre de santé de Référence. Toutes ces patientes étaient des évacuées soit à partir des maternités périphériques de Bamako ; soit par d'autres centres de santé de l'intérieur du Mali. Parmi eux 91% étaient en travail ; 9% non en travail.

5.2.4- Placenta praevia associé à l'hématome retroplacentaire

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [1, 3, 4, 15, 18, 20, 23].

Dans notre série, nous avons trouvé 2 cas sur 83 soit 2,4% qui étaient tous en travail BAGAYOKO S. [1], GARBA H. [15], KONE. F [23] qui ont respectivement trouvé 4,84% ; 4,2% et 3,75%. Notre fréquence est conforme à la moyenne de 0,8 à 10,9% citée par BOOG. G [3] ; KANE. F [20] n'ont pas trouvé cette association dans leurs séries.

5.2.5- Causes indéterminées

Le diagnostic étiologique des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse reste souvent difficile.

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de causes indéterminées. Dans les séries d'études, DIAKITE. R [10], KANE. F [20] trouvait respectivement 9,8% et 8,95%.

5.3- ATTITUDE THERAPEUTIQUE

5.3.1- Mode d'accouchement

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

Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par ces hémorragies compromettant leur vie et celle de leurs enfants, l'attitude de notre service est de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel ou fœtal.

La césarienne a été pratiquée dans 53% des cas, dans les séries de Diakité R [10] ; KANE F [20] ces taux étaient respectivement de 56,1% et 58,20%.

L'accouchement a été effectué par voie naturelle dans 47% des cas. Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante quand on pense aux principales causes de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse qui sont toutes pourvoyeuses de césarienne. Ailleurs BOOG. G [3] indique dans le traitement du placenta praevia 25-96,5% de césarienne. Coulibaly F [6] estime qu'en cas d'H R P le risque de césarienne est environ 4 fois plus élevé. L'indication de 43,47% de nos césariennes était le sauvetage maternel et 56,5% pour sauvetage fœtal.

5.3.2- Traitement médical

- Les cas de PP dont l'indication de césarienne ne s'imposait pas dans l'immédiat (arrêt de saignement, grossesse non à terme, PP latéral marginal) bénéficiaient d'une hospitalisation, de la prise d'une voie veineuse sûre avec Cathéter G 16 ou G 18, avec une perfusion du Ringer lactate 500ml, d'un repos strict au lit, d'un bilan biologique, d'une échographie obstétricale, d'une transfusion sanguine isogroupe isorhésus si nécessaire, de fer acide folique, d'antispasmodiques si nécessaire, d'une maturation pulmonaire avec des corticoïdes (célestène 4 mg : 12mg en intramusculaire par 24h pendant 48h), d'une proscription de touchers vaginaux, d'une antibiothérapie si anémie, d'une surveillance maternelle et fœtale 3 fois par jour.
- Les Cas d'HRP qui ont accouché par voie basse bénéficiaient d'une prise de voie veineuse sûre avec Cathéter G 16 ou G 18, avec perfusion du Ringer Lactate, la rupture artificielle de la poche des eaux, la transfusion sanguine isogroupe isorhésus si nécessaire, d'antispasmodiques dans certains cas, perfusion d'ocytocine si nécessaire, taux d'hémoglobine en urgence, la crase sanguine.
- 19,3% de nos patientes ont été transfusées, le nombre d'unité de sang variait de 1 à 4.
- La majorité de nos patientes césarisées, ont bénéficié un traitement anticoagulant (héparine) elles ont toutes bénéficié d'antibiothérapie. Notre taux est supérieur à celui de Diakité R [10] qui était de 17,1% et inférieur à celui de Coulibaly F [6] qui était de 52,87%.

5.4- PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL

5.4.1- Pronostic maternel

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité de l'hémorragie et à la durée de l'évolution de l'hémorragie, il est autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce, la prise en charge rapide et efficace.

5.4.1.1- La mortalité

Le problème de mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en voie de développement. L'ignorance, la non scolarisation et la pauvreté en sont les causes [32]. Cette mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes [E.D.S III]. Ces dernières années grâce à la multiplicité des CSCOM des CS Réf ; à la transfusion et surtout à la disponibilité dans les CS Réf et les hôpitaux, du KIT de césarienne ou de laparotomie.

En effet la disponibilité de banques de sang et la gratuité de la césarienne vont contribuer à la diminution de cette mortalité maternelle et fœtale.

Dans notre série, nous avons enregistré 3 décès maternel sur 83 cas soit 3,6% qui étaient toutes des évacuées hors de la commune V ; elles étaient évacuées pour PP recouvrant hémorragique et HRP (décès survenus après la césarienne dont l'indication était des sauvetages maternels). Dans la série de KANE F [20] ce taux était de 4,54% et ceux de Diakité R [10] ; KONE F [23], de MABOUNGA R.A [30], de FOOTE ET FRASER [14] leurs taux étaient respectivement de 1,2% ; 1,7% ; 0,9% et 0%.

5.4.1.2- La morbidité

Elle demeure élevée ; l'anémie, les accidents transfusionnels, la rupture prématurée des membranes, les caillots de l'H R P, les fragments nécrotique des placentas, les longs séjours d'hospitalisation et les manœuvres obstétricaux favorisent les accidents infectieux et thrombo emboliques (surtout après la césarienne). A ceux-ci s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psychosociales dans une société où la stabilité du foyer repose en partie sur la fécondité de la femme. L'hystérectomie d'hémostase a été réalisé dans 2 cas de laparotomie soit 18,2%.

5.4.2- Pronostic fœtal

Le pronostic fœtal est dominé par la prématurité et la mort foetale. Malgré les progrès considérables réalisés dans la prise en charge des prématurés, le pronostic fœtal reste sévère dans les pays sous médicalisés. Ce pronostic est fonction de l'étiologie de l'hémorragie, de la prise en charge immédiate des prématurés et des nouveau-nés en pédiatrie.

5.4.2.1- La Mortalité

L'HRP a été responsable de 58% des décès fœtaux et néonataux précoces dans notre série d'étude. Selon N'DIAYE M. [23], le PP et l'HRP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in-utéro.

La RU été responsable de 23% des décès fœtaux. Le PP a causé 19% des décès fœtaux et néonataux précoces. Ceci s'explique par les références tardives et les évacuations tardives.

Dans la série d'étude de KANE F [20] ce taux était de 57,57%, dans les séries d'études de Diakité R [10], BAGAYOGO. S [1] et KONE F [23] leurs taux étaient respectivement de 37,21% ; 25,81% et 30, 35%.

5.4.2.2- La morbidité

En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveaux-nés prématurés ou petits poids de naissances sont sujets à une morbidité importante.

Notre taux de prématurité est de 34,9% ; dans la série d'étude de KANE F [20] ce taux était de 31,81% et ceux de DIAKITE R [10] ; BOOG G [3] ; BAGAYOKO. S [1] qui étaient respectivement de 40,7% ; 54% et 77,42%.

Le PP et l'H.R.P constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [9].

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

6- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2006 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V 3028 accouchements dont 83 cas de grossesses compliquées d'hémorragies au 3^{ème} trimestre.

La fréquence des hémorragies a été de 2,7% des accouchements effectués.

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus touchée (48,2%) avec une prédominance des multipares (27,7%). Les évacuations hors de la commune V représentaient 47%. Les hémorragies de fin de grossesse ont un caractère étiologique varié duquel dépend de la conduite thérapeutique

Les étiologies étaient dominées par l'HRP avec 54,2% des cas, le PP avec 30,1% des cas, la RU avec 13,3% des cas ; causes associées PP + HRP avec 2,4% des cas.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 53% des cas. Le taux de létalité maternel est de 3,6%, le pronostic fœtal demeure préoccupant avec 58% de décès périnataux.

Il semble que finalement ces accidents hémorragiques obstétricaux ne sont qu'une expression de notre sous développement. On peut donc espérer que l'angoisse qui nous hante actuellement devant ces hémorragies disparaîtra un jour. Nous espérons également que les multiples campagnes de sensibilisation pour les dons volontaires de sang et la démystification de l'infection à VIH, permettront de rendre le sang plus disponible.

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

6.1- AUX AUTORITES ADMINISTRATIVES ET POLITIQUES DU PAYS

6.1.1- A court terme

- ✓ Dotation des centres de santé périphérique en moyens logistiques pour assurer le transport rapide des référées, des évacuées ;
- ✓ dotation régulière des centres de santé de référence en médicaments d'urgence et en sang ;
- ✓ équipement des services d'obstétrique de C.S. Réf en matériels de réanimation ;
- ✓ équipement des salles d'accouchement en appareil d'échographie et de cardiotocographie ;
- ✓ renforcement des capacités du personnel de santé ;
- ✓ répartition rationnelle du personnel de santé disponible sur toute l'étendu du territoire national ;

- ✓ Recrutement de personnel qualifié.

6.1.2- A long terme

- ✓ doter les centres de santé de proximité en ressources humaines suffisantes et qualifiées et en matériels pour un dépistage précoce des anomalies survenant au cours de la grossesse ;
- ✓ encourager l'installation des médecins en milieu rural ;
- ✓ déconcentrer le centre national de transfusion sanguine au niveau des régions, des cercles et des arrondissements ;
- ✓ équiper le C.S.Réf d'une unité de néonatalogie.

6.2- AUX PERSONNELS DE SANTE

- ✓ la formation continue par des conférences, des journées de formation et des staffs ;
- ✓ la surveillance prénatale correcte de la grossesse ;
- ✓ la sensibilisation des gestantes sur le danger vital des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse aussi bien pour la mère que le fœtus ;
- ✓ Référer et évacuer à temps toutes les patientes avec grossesse à haut risque telle que les hémorragies du 3^{ème} trimestre.

6.3- AUX GESTANTES

- ✓ se rendre régulièrement en consultation prénatale
- ✓ se rendre en consultation en cas d'hémorragie sur grossesse quelque soit son importance ;
- ✓ accoucher dans des centres obstétrico - chirurgicaux en cas d'antécédents d'intervention chirurgicale sur l'utérus ;
- ✓ espacer les grossesses par les moyens de contraception ;
- ✓ renforcer la sensibilisation sur les risques de l'avortement provoqué.

REFERENCES

1. Bagayogo S. Contribution à l'étude du placenta praevia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62 cas ; Thèse médecine ; Bamako ; 2002 N°17.
2. Barbot X J, Bardiaux. M, Crimail P, Deuil. J, Dubuisson J. B, Santarelli. J. Santé – Médecine – Biologie humaine ; Gynécologie obstétrique. Tome 1 et 2 Systématique II ; 1986 – 1987.
3. Boog G. placenta praevia, Encyclopédie, Médecine chirurgie (Elsevier, Paris) obstétrique ; 5 – 069 – 1 – 10, 1996, 21p.
4. Cacault, Lalande J, Marie J. Urgence en garde gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau – né ; Paris ; Maloine ; 1982 ; 120p ; 26.
5. Collette C ; Le placenta bas inséré (praevia) [en ligne] ; < 20 20 20. Femiweb com > consulté le 02/12/02.
6. Coulibaly F. Hématome retro-placentaire : facteurs de risque, pronostic materno foetal dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G ; Thèse médecine ; Bamako 2001 ; N° 99.
7. Dembélé 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 de médecine ; Bamako 2002 ; N° 28.
8. Diakité M. Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako ; Thèse de médecine ; Bamako 1985 ; N° 10.
9. Diakité Z. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C.H.U Gabriel Toure ; Thèse de médecine ; Bamako : 00 – M – 75.
10. Diakité R. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de santé de Référence de la Commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine ; Bamako 2002 – 2003 ; N°71.
11. Dicko S. Etude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes à propos de 160 cas ; Thèse de médecine ; Bamako ; 2001 ; N°101.
12. Doumbia D. Etudes des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital du Point G de novembre 1981 à Novembre 1982 ; Thèse de médecine ; 1982 ; N°13.

13. Fako J. Les ruptures utérines au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : les facteurs qui influencent le pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse de médecine ; Bamako 2002 ; N°34.
14. Foote (W. R) et Fraser (W. D). Placenta praevia – Amer. 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 médecine ; Bamako ; 1988 ; N°1.
16. Gillard P, Bataille B. et Coll. Maladie de rendu Osler – Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse à propos d'un cas; Journal Gynéco – obstétrique et biologie de la reproduction ; 1996 ; N°25.
17. Hohlfeld P, Marty F. Le livre de l'interne en obstétrique. 2^{ème} Edition 1999.
18. Hodonou K. Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à Dakar. Thèse de médecine ; Bamako ; 1968 ; N°18.
19. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris ; Maloine 1984, 515p.
20. Kané F. Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine ; Bamako ; 1998 ; N°56.
21. Kanté F. Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du Point G : à propos de 723 cas. Thèse médecine ; Bamako ; 1997 ; N°24.
22. Koné A. Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G. Thèse de médecine ; Bamako 2000 ; N°2.
23. Koné F. Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas). Thèse médecine ; Bamako ; 1989 ; N°48.

24. Koné M. et Diarra S. Rupture utérines au cours de la grossesse. Encyclopédie, Médecine chirurgie ; (Paris France) obstétrique ; 5-080-A-10-1995 ; 7p.
25. Lansac J. et Coll. Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} Edition SIMEP 1990 N°7227, 7226, 413p.
26. Lansac J, Body G ; Pratique de l'accouchement. 2^{ème} Edition ; SIMEP ; 1992.
27. Lansac J. et Lecomte. P. Gynécologie pour le praticien 4^{ème} Edition ; Paris ; SIMEP ; 1994.
28. Leroy B. et Bessis R. Echographie en obstétrique. 2^{ème} Edition ; Revue et augmentée 148P 21 ans (médecine ultrasonore) Masson 1983.
29. Luton D. et Sybony O. Gynécologie obstétrique. Collection internat ; (préparation au concours) 1997.
30. Mabounga A. placenta praevia hémorragique : aspect épidémioclinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas. Thèse médecine ; Bamako 2003 ; N°42.
31. Merger R., Levy J., Melchior J. Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edition ; Paris ; Milan ; Barcelone ; Masson 1995 – 583p.
32. Mortalité maternelle. Les sages femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes. LONDON : CISF, 1990-66 P-7617.
33. N'Diaye M. La mort fœtale in utero la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye : les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge. Thèse Médecine ; Bamako 2000 ; N°126.
34. Ouattara A. Hématome retro-placentaire : Aspects épidémiologiques et prise thérapeutiques au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse médecine ; Bamako ; 2000 ; N°126.
35. Pitton S., Refahi N., Barjot P. Rupture spontanée des varices utérines au 3^{ème} trimestre de la grossesse journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. FRADA ; 2000 ; Vol. 29; 8 ; 801 – 802.
36. Policard A. Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985.

37. Samaké Y. Approche épidémiologique - clinique des urgences gynécologiques obstétricales à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse Médecine ; Bamako 2002 ; N°11.
38. Sepou A., Nguembi E., Coll. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Médecine Afrique Noire ; 2002 ; 49 (4) ; 185-189.
39. Sidibé K. L'anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Médecine ; Bamako 1991 ; N°16.
40. Tanferna M., Saiera, Brigatti L. Rupture utérine au 3^{ème} trimestre de la grossesse, Considération clinique présentation de 3 cas.
41. Tourris (H.de), Henrion et Coll. Abrégé illustre gynécologie et obstétrique. 6^{ème} Edition ; Masson ; 1994.
42. Uzan M., Haddad B., Uzan S. Hématome retro-placentaire. Encyclopédie ; Médecine chirurgie ; (ELSEVIER, Paris) ; obstétrique ; 5071 – A – 10 ; 1995 ; 3p.
43. A. Fournié. Rev. Fr. Gynécol. Obstet. Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, 1994.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEÏTA

Prénom : Issa

Titre : Etude clinique, épidémiologique et prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le service de gynéco - obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Année Universitaire 2007-2008

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Résumé

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno fœtal.

Pour apprécier ce pronostic materno fœtal, nous avons effectué une étude prospective au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako sur une période de 6 mois (1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006) ou nous avons recensé 83 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 3028 accouchements soit une fréquence de 2,7%.

L'hématome retro-placentaire représente la première cause de ces hémorragies avec 54,2%, suivi du placenta praevia avec 30,1% des cas et de la rupture utérine avec 13,3% des cas ; HRP+PP avec 2,4% des cas.

Le pronostic maternel est dominé par un taux de mortalité de 3,6%. Quant au pronostic fœtal et néonatal, il est dominé par la mortalité qui est 58% ; une prise en charge rapide par une équipe multi disciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres permettent d'améliorer le pronostic materno fœtal au cours de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Mots clés : Grossesse, hémorragie ; 3^{ème} trimestre ; étiologies ; prise en charge et pronostics.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

