

Ministère des Enseignements Secondaires,
Supérieurs et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple

Un But

Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2008

TITRE :

***HEMORRAGIES DU POST-PARTUM IMMEDIATE AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA***

Thèse présentée et soutenue publiquement le ----/----/2008

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Cheick Oumar DIAWARA

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Jury :

Président : Pr. Agrégé Mamadou TRAORE

Membres : Dr. Issa DIARRA

Dr. Niani MOUNKORO

Directrice de thèse : Pr. SY Assitan SOW

I. INTRODUCTION

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leurs filles est enceinte [1]

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel ». Cette assertion soutenue par Rivière [2] reste encore valable de nos jours.

Selon l'OMS sur 585000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesse et de l'accouchement, un quart succombe par hémorragie du post-partum [3].

Selon cette même organisation, la pratique de la délivrance dirigée devra être d'un grand apport dans la lutte contre ce fléau.

En France, une étude récente révèle que les hémorragies du post-partum constituent la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie fréquemment en association avec la césarienne et les troubles de la coagulation constitue les principales causes de décès maternel dans les pays développés. [4]

Les stratégies de prévention sont traditionnellement axées sur la période anté-partale. Cependant une analyse récente a conclu que le post-partum constitue un moment critique « aussi bien aux USA que dans les pays en développement. Plus de 60% de décès maternels surviennent pendant le post-partum » a rapporté l'analyse de 9 études publiées depuis 1985. [5]

Dans les pays en développement, 125000 décès maternels sont enregistrés chaque année par hémorragie du post-partum. [6]

Au Zaïre et au Nigeria sur une étude territoriale, 5% des femmes non suivies pendant la grossesse développent une hémorragie du post-partum avec un taux de décès de 6,9%. [6]

Au Nigeria 1,62% des femmes décèdent d'hémorragie de la délivrance malgré les efforts remarquables en obstétrique, en réanimation et la connaissance de plus en plus approfondies des troubles de l'hémostase. [7]

Ce taux nettement inférieur à celui du Cuba où il a été de 31,7/100000 naissances en 1960 à 18/100000 naissances en 1982. Cette variation en 1960 et 1982 [8] témoigne de l'instauration d'une politique de soins prénatals.

Au Mali, le taux d'hémorragie du post-partum immédiat, particulièrement élevé de 2,7% en 1989 selon Diallo B. [9] est lié à l'insuffisance de couverture sanitaire dans certaines localités et du manque de personnel qualifié.

L'instauration récente des gestes actifs de la troisième période de l'accouchement (GATPA) dans le post-partum immédiat constitue un espoir dans la prévention de ces hémorragies.

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : anémie, accident et complication de transfusion sanguine, choc hémodynamique, coagulopathie, hystérectomie d'hémostase, insuffisance rénale, hépatite imposent un dépistage précoce et une prise en charge adéquate. [10]

Ce traitement nécessite la mise en place d'une équipe entraînée, pluridisciplinaire constituée d'anesthésistes réanimateurs, de gynécologues obstétriciens afin d'éviter le cycle infernal lié à l'état de choc, aux troubles d'hémostases chez les parturientes.

Dans ce but pour les prévenir, il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue d'hémorragie et de reconnaître un terrain prédisposant (les facteurs de risques).

Ce travail se propose d'étudier les causes et de proposer des suggestions pour la prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat dans notre service.

OBJECTIFS

I. Objectif général

1. Etudier les hémorragies du post-partum immédiat dans le centre de santé de référence de Koutiala.

II. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat dans le Centre de Santé de Référence de Koutiala ;
2. Préciser le profil sociodémographique des patientes ;
3. Etablir le pronostic maternel dans les hémorragies du post-partum immédiat ;
4. Déterminer la prise en charge dans le centre des hémorragies du post-partum immédiat ;
5. Faire des recommandations en vue d'une réduction et d'une meilleure prise en charge de ces hémorragies.

II. GENERALITES

1. DEFINITION :

La définition des hémorragies du post-partum est abordée dans la littérature selon deux concepts :

- Selon Merger R. [11] les hémorragies du post-partum ou hémorragies des suites de couches, distinctes des pertes de sang physiologiques, sont des hémorragies qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches. Doivent être exclues de ce cadre nosologie les hémorragies de la délivrance et les hémorragies dues aux tumeurs gynécologiques.
- Selon le concept anglo-saxon, l'hémorragie primaire du post-partum est traditionnellement définie comme une perte de plus de 500 ml de sang après un accouchement par voie basse ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital. Si la perte survient entre 24 heures et 42 jours après accouchement, elle est définie comme hémorragie secondaire du post-partum. [12]

Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature. Les causes du saignement et la présentation clinique sont pourtant bien différentes entre les situations.

Les hémorragies tardives ont notamment fait l'objet de peu de publications, peut être parce qu'elles sont associées à une morbidité maternelle plus qu'à un risque vital. [13]

- Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologist [14] : les hémorragies du post-partum se définissent comme tout saignement responsable d'une chute de plus de 10% du taux d'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum souvent associée à des troubles de la coagulation .
- Nous avons considéré dans notre service, comme hémorragie du post-partum immédiat, toutes les hémorragies qui surviennent immédiatement après l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Notre définition rejoint le concept anglo-saxon.

2. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique, membranes) après 28 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

2-1 Phénomènes dynamiques :

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

- Au potentiel de repos de la membrane.
- Le rôle de l'environnement hormonal : les œstrogènes augmentent le potentiel de membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyper polarisant. Les contractions ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes :
 - Première période (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare.
 - Deuxième période (expulsion du fœtus) commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à la naissance du fœtus et dure en moyenne 30 min chez la primipare, 5 à 20 min chez la multipare.
 - Troisième période (délivrance) elle va de la naissance du fœtus à l'expulsion du placenta et dure 5 à 45 min.

2-2. Physiologie de la délivrance :

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

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

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

- Le décollement du placenta
- L'expulsion du placenta

- L'hémostase

2-2-1. Phase de décollement :

Le décollement est sous la dépendance :

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

2-2-1-1. Rétraction utérine :

Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission [11] ou phase de repos physiologique. La parturiente se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle normale, l'utérus est rétracté, dur, reculé de 2 à 3cm au dessus de l'ombilic ; ses parois s'épaississent tout en respectant la zone d'insertion placentaire qui est mince permettant l'enchatonnement. Cette phase dure 10 à 15 min environ.

Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque, dont le clivage est ainsi préparé.

De la vulve par où sort le cordon, s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang. Cette phase dure en moyenne 15 min.

2-2-1-2. Décollement proprement dit :

Il commence par l'apparition de contractions utérines donnant sensation de colique utérine. Le fond utérin remonte 3 à 5cm au dessus de l'ombilic et s'incline à droite, cette ascension traduit le décollement placentaire : «l'hématome rétro placentaire physiologique».

Lorsque le placenta tombe dans le vagin, il s'abaisse à nouveau au dessous de l'ombilic. Le décollement placentaire se traduit par :

- le déroulement du cordon hors de la vulve,
- la non ascension du cordon lorsque avec la main appliquée à plat au dessus du pubis on refoule vers le haut du corps utérin le cordon remonte dans le vagin si le placenta n'est pas décollé.

2-2-2. Phase d'expulsion du placenta

L'expulsion du placenta peut être spontanée sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, sous l'effet d'une poussée abdominale. Le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Le périnée se distend, l'orifice vulvaire s'entrouvre, le placenta apparaît comme une masse violacée entraînant après elle les membranes, flasques ou distendues par l'hématome rétro-placentaire physiologique en se retournant en doigt de gant. Mais la délivrance spontanée rare, serait trop tardive ou trop brusque risquant de déchirer les membranes ou une partie pourrait être retenue in utero. Aussi lui préfère-t-on la délivrance naturelle, qui en réalité demande l'aide du praticien (de l'accoucheur) ou de la sage femme. Au bout de 30 à 45 minutes, lorsque le placenta n'est pas décollé c'est un fait pathologique entraînant les hémorragies gravissimes de la délivrance.

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

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

La quantité de sang perdue pendant la délivrance est variable, en moyenne 300 ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml au cours d'accouchement par voie naturelle et 1000 ml en cas de césarienne [15]. Au dessus de ces chiffres il y a une hémorragie de la délivrance.

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

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

L'injection de 1 ml de méthyl ergométrine en intraveineux lors de l'accouchement des épaules ou après l'expulsion du fœtus en présentation de siège, accélère la délivrance en supprimant la phase de rémission. Ce médicament est contre indiqué chez les cardiopathes et les hypertendues.

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

2-2-3. L'hémostase : elle est assurée par :

- la rétraction utérine, qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un écrasement des vaisseaux utéro-placentaires appelés « ligature vivante de Pinard » mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ;
- la thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal, normalement inséré sur une muqueuse » si non les complications de la délivrance risquent de se produire.

2-3. phénomènes mécaniques de l'accouchement :

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

- **l'engagement** : comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail.
L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.
- **La descente** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation suit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéro-postérieur de la fente centrale urogénitale.
- **Le dégage**ment : est l'orientation antéropostérieure de la fin de la descente et l'hyper flexion de la tête.

2-4. Tolérance maternelle à l'hémorragie :

Les modifications physiologiques de la grossesse préparent la femme enceinte à l'hémorragie qui accompagne l'accouchement normal. Ces modifications concernent :

- le volume circulant qui augment progressivement au cours de la grossesse pour atteindre plus de 40% en fin de grossesse. Cette augmentation porte plus sur le volume plasmatique (+50%) que sur le volume érythrocytaire (+24%) ce qui explique une bonne tolérance maternelle pour les pertes hémorragiques de l'ordre de 1000 ml.
- les facteurs de coagulation qui réalisent :
 - une véritable augmentation des facteurs I, VII, VIII, X, XII et les facteurs IX, XI qui sont stables
 - une hyper coagulabilité équilibrée
 - une diminution de la capacité fibrinolytique.

Mais au moment du décollement placentaire, on note une augmentation de l'activité fibrinolytique donc une coagulopathie de consommation.

3- ETIOPATHOGENIE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM :

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

Ces hémorragies sont généralement séparées en deux catégories :

- **les hémorragies aiguës:** qui surviennent dans les 24 heures de l'accouchement et qui sont dues principalement à l'hémorragie de la délivrance et le traumatisme de la filière génitale.
- **les hémorragies retardées :** survenant entre le 1^{er} jour et 42^{ème} jour après accouchement, partagent les mêmes causes que les hémorragies aiguës. Elles sont liées aux infections, ou à une involution anormale du site placentaire. [16]

3-1. Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique, elle doit réunir quatre conditions :

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

Si un seul de ces critères est absent, une hémorragie peut apparaître.

3-1-1. Physiologie des hémorragies de la délivrance :

Deux grands processus renseignent la genèse des hémorragies de la délivrance.

3-1-1-1. Le décollement partiel du placenta :

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

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

3-1-1-2. L'atonie utérine :

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

3-1-2. DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM

3-1-2-1. Diagnostic positif :

La mesure exacte des pertes sanguines lors de l'accouchement est difficile, voire impossible, lorsque le saignement reste intra-utérine ou lors qu'il se mélange au liquide amniotique. Seule la surveillance systématique, en salle de naissance, de toute accouchée pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement permet un diagnostic précoce.

Cette surveillance portera sur l'examen des signes généraux qui sont :

- Pâleur des conjonctives, extrémités froides
- La mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque
- L'involution utérine à la palpation abdominale
- La mesure des pertes sanguines par voie vaginale et l'examen vulvo-vaginal au terme des 2 heures.

Toute anomalie de l'un de ces éléments impose de prolonger la surveillance en salle d'accouchement. Malgré cette surveillance, il n'est pas rare de découvrir l'hémorragie devant un état de choc de survenue brutale.

3-1-2-2. Diagnostic étiologique :

Le diagnostic étiologique est essentiel car il va déboucher sur un traitement spécifique.

3-1-2-2-1. Rétention placentaire :

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

- Décollement incomplet du placenta qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée
- Rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance de saignement extériorisé malgré une apparente rétraction utérine
- Les anomalies placentaires

Les anomalies topographiques qui sont :

- Insertion segmentaire du placenta
 - Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchatonnement du placenta et l'empêche d'être expulsé.
- Anomalies de conformation du placenta : dues
- A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peut entraver le décollement placentaire.
 - Aux masses aberrantes (placenta succenturié) qui peuvent engendrer une rétention partielle du placenta.
- Les anomalies d'insertion placentaire, il s'agit :

Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Selon le degré de fusion utero placentaire on distingue artificiellement

- Placenta accreta vrai, caractérisé par une simple soudure à la paroi musculaire utérine
- Placenta incréta défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculature
- Placenta percréta dans lequel cette pénétration est si profonde qu'elle peut aller jusqu'à la séreuse et même l'effondrer.

Dans tous les cas, il n'existe aucun plan de clivage et les villosités plongent directement dans les vaisseaux du myomètre.

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

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

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

3-1-2-2. Les anomalies de la contraction utérine :
peuvent tenir à :

➤ **L'atonie utérine :** Représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance. Elle complique 2 à 5% des accouchements par voie basse.

- Les facteurs de risque sont les suivants [17]
 - La grande multiparité,
 - La surdistention utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
 - Les tentatives de version,
 - Les antécédents d'hémorragie pré- ou post-partum,
 - Les chorioamniotites,
 - Un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne un épuisement dynamique,
 - L'utérus polomyomateux,
 - L'arrêt prématuré des ocytociques et les interférences médicamenteuses (halogènes, bêtamimétiques, sulfates de magnésium) [18]

➤ **L'hypertonie localisée de l'utérus :**

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

3-1-2-2-3. Les causes iatrogènes : Ceux sont les causes les plus fréquentes :

- Certaines interférences médicamenteuses,
- Les anesthésiques volatils, halogènes (halothane) [19] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

Proportionnellement à cette concentration l'atonie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue ;

- Les tocolytiques : les bêtamimétiques (Terbutaline :Bricanyl®; Salbutamol) ;

- Les antispasmodiques (N buthylhyocine : Buscopan® ; Phloroglucinol : Spasfon®) ;
- L'anesthésie péridurale ;
- Arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail ;
- Non respect de la physiologie de la délivrance (tirer sur le cordon, expression sur l'utérus lorsque le placenta n'est pas décollé) ;
- Application du forceps qui tiraille les membranes.

Ces éventualités conduisent au décollement partiel du placenta ou à « l'enchatonnement pathologique du placenta dans une corne utérine derrière un anneau de contracture localisée ».

4- TROUBLES DE LA COAGULATION :

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

➤ ***Les facteurs de risque sont :***

- La mort fœtale in utero (rétention prolongée d'œuf mort)
- Le décollement de placenta normalement inséré
- La toxémie gravidique
- L'embolie amniotique
- L'hépatite virale compliquée
- La maladie de von Willebrand
- Certaines septicémies.

➤ ***La coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)***

Elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le primum movence semble être l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ce-ci entraîne une agrégation placentaire et la formation du monomère de fibrine qui polymérise en fibrine intra-vasculaire. La formation des micro-thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micro-thrombus et de la fibrine intra-vasculaire en libérera les produits de dégradation de la fibrine en fibrinogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro-placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique, de l'infection utérine, dans la pré-éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteurs de coagulation et plaquettes circulantes. Ce-ci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire. [20]

5- INVERSION UTERINE :

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

- **Classification :** on décrit 4 degrés :
 - Premier degré : le fond utérin est simplement déprimé en cupule,
 - Deuxième degré : l'utérus retourné franchi le col,
 - Troisième degré : l'utérus descend dans le vagin et s'exteriorise,
 - Quatrième degré : les parois vaginales participent au retournement.

6- LES LESIONS GENITALES :

Les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent provoquer des saignements très importants. Normalement ce type d'hémorragie est évident après l'accouchement, mais parfois elle peut être « cachée » ou retardée.

6-1. Les déchirures cervicales : Existente sous des ordres :

- **Déchirures sous vaginales :**

N'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère, et siègent dans les culs-de-sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [21].

- **Déchirures sus vaginales :**

La déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine ; la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés. Le risque immédiat est le choc hypovolémique avec hématome sous péritonéal et les coagulations intra vasculaires disséminées (CIVD). A distance il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

6-1-1. Etiologie :

- Les efforts expulsifs avant dilatation complète, [16]
- Les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- Les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer)
- Les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine,
- Thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, chirurgie du col).

6-2. Les lésions vaginales : Il existe deux grandes formes :

- **Déchirures de la partie basse du vagin (déchirures du tiers inférieur) :**

Associées parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [7].

- **Déchirures moyennes du vagin :**

Plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fond du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.

- **Déchirures de la partie profonde du dôme vaginal (déchirures hautes) :**

Isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associés à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la complication principale est l'hématome sous péritonéal avec CIVD et choc hypovolemique.

Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

6-2-1. Mécanismes et circonstances de survenue :

- **La prédisposition maternelle :** (Primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques)
- **Le mobil foetal :** peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ces dimensions, et par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en OS, tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).

- **La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux :**

Accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manœuvres obstétricales (version, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).

6-3. Les thrombus vulvo-vaginaux :

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des « tumeurs » qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couches et il conseille l'application de vinaigre [22]. Il existe trois types :

- **L'hématome vulvo-vaginal :** n'intéresse que la vulve, les tissus para vaginaux, le périnée et les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.
- **L'hématome vaginal proprement dit :** limité aux tissus para-vaginaux et n'est pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- **L'hématome pelvi-abdominal ou supra vaginal ou sub-péritonéal :** L'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétro péritonéale ou intra ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

6-3-1. Facteurs de risque : L'ensemble des auteurs s'accordent à dire que :

- La primiparité
- Les extractions instrumentales (forceps ou vacuum extractor),
- La toxémie gravidique,
- Les grossesses multiples,
- Les varices vulvo-vaginales, le gros fœtus restent un facteur étiologique.

6-4. Les ruptures de varices vulvo-vaginales :

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

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

6-5. Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

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

6-6. Déchirures vulvaires :

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [16].

6-7. Déchirures périnéales :

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence a été estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1981 [23].

6-7-1. Classification :

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

- **Déchirures incomplètes** : ont trois degrés :
 - Premier degré est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne)
 - Deuxième degré : le bulbo caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes. Le périnée reste sous tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.
 - Troisième degré : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

- **Déchirure complète** : elle atteint le sphincter de l'anus en partie ou en totalité. Les bouts du sphincter déchiré se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anale ; tout tissu musculaire a disparu.
- **Déchirure complète et compliquée** : lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé, mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale. Vagin et canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.
- **Déchirure centrale** : cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée, qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. Elle n'est pas verticale mais oblique.

6-7-2. Circonstances de survenue :

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

- Primiparité
- Les manœuvres obstétricales :
 - Le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.
 - La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [24].
 - La manœuvre de Jacquemier est-elle aussi un facteur de risque classique.
- La macrosomie fœtale :

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

- La qualité des tissus :

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

- Distance ano-vulvaire courte,
- Périnée oedémateux (toxémie, inflammation, infection),
- Cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle),
- La peau rousse,

- Origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie,
- L'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet, [21]
- Un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

7. CONDUITE A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM :

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est la même quelle que soit la cause du saignement. Chaque unité devrait avoir un protocole agréé pour la prise en charge des hémorragies massives. Ceci devrait être disponible dans la salle d'accouchement, pour tout le staff infirmier et médical. Les recommandations doivent être suivies aussi souvent qu'une complication est identifiée. Des interventions spécifiques sont nécessaires pour contrôler le saignement sur la base de leur sévérité et de la cause sous-jacente. MANTAL C et coll. Ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies basées sur :

➤ **Organisation :**

Le facteur principal dans la morbidité et la mortalité maternelle associée à l'hémorragie sévère est un retard dans l'institution d'un traitement approprié. La première priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale est :

- Un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage-femme, infirmier) doit être appelé.

Aussi le technicien de banque de sang doit être informé pour le besoin urgent de l'importance de la qualité de sang compatible. Aussi bien le consultant hématologiste doit être informé.

La salle de bloc opératoire doit être mise en « stand bay », puisque le contrôle d'une hémorragie obstétricale nécessitera fréquemment une intervention chirurgicale.

- Restauration d'un volume sanguin circulant :

Deux voies veineuses de gros calibre, préférentiellement cathéter 14G, devraient être mise en place, 22 ml de sang devraient être prélevés et utilisés comme suite :

1- Laboratoire de transfusion : 10 ml de sang coagulé pour le cross test, d'au moins 6 unités de globules rouges.

2- Hématologie :

- a- 2 ml de sang sur EDTA pour le taux d'hémoglobine, le volume plaquettaire moyen et la numération des plaquettes ;
- b- 5 ml de sang citraté pour les tests de dépistage d'une anomalie de la coagulation, des troubles de la coagulation, le temps de thromboplastine active partiel, le temps de thrombine et prothrombine. Si ceux-ci sont tous normaux, les fibrinogènes, les D-dimères et la numération formule sanguine (NFS) doivent être demandés.

3- Biochimie : 5 ml de sang pour l'urée et des électrolytes.

Le remplissage vasculaire devrait être commencé immédiatement. Une revue récente systématique d'essais randomisée pour la réanimation électrolytique au cours d'une hypovolémie avec solution colloïde ou cristalloïde n'est pas en faveur de l'utilisation continue de colloïdes pour le remplissage vasculaire chez les patientes dans un état critique. L'utilisation des colloïdes comparée aux cristalloïdes était associée à une augmentation de risque absolu de mortalité de 4% (c'est-à-dire 4 décès pour toutes les patientes réanimées).

Si les colloïdes tels que le Dextran, solution de gélatine par exemple haemacel ou gélofusine sont administrés, 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.

Les solutions cristalloïdes comme le Ringer lactate ou la solution de Haltmann ou le sérum salé 0,9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce et doivent être perfusés le plus rapidement possible jusqu'à ce que la tension artérielle systolique se rétablisse normalement. Le Ringer lactate contient du sodium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire. La quantité de solution administrée doit être 3 à 4 fois la perte sanguine estimée. Les solutions glucosées sont à éviter pour la réanimation parce que le Dextrose est rapidement métabolisé et le liquide est essentiellement de l'eau libre qui met

rapidement en équilibre les milieux intra et extracellulaires. Moins de 100 ml demeurent dans l'espace intra vasculaire pour 1 litre de perfusé.

Les patientes recevant de grande quantité de cristalloïdes développent souvent un œdème pulmonaire. Les cristalloïdes sont facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide.

➤ **La transfusion :**

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

Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et dérivés de sang ABO rhésus compatibles peuvent être délivrés sans autres tests additionnels qu'un contrôle de compatibilité ABO de globules rouges [25].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupe ABO rhésus rapide peut être réalisé et de dérivé ABO rhésus compatible fournis avec un test de compatibilité de globules rouges réalisés si le temps le permet.

L'utilisation d'un dispositif de réchauffement du sang est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min.

La prévention et la correction de l'hypothermie peuvent aider à réduire le risque de coagulopathie. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajouté à un dérivé de sang. Ils peuvent contenir des additifs comme du calcium.

➤ **Les troubles de la coagulation :**

Une dilution ultérieure des facteurs de coagulation et de plaquettes peut survenir. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet de surveillance, de monitoring de leur test d'hémostase en routine pour dépister la présence d'une coagulopathie. Le temps de thromboplastine partiel active et le temps de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau

clinique. Quand une élongation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec saignotement des surfaces muqueuses, des plaies et de points de piqûre, un plasma frais congelé devrait être administré à une dose départ de 12 à 15ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé. Ensuite 4 autres unités de plasma devraient être administrées pour toutes les 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrinogène au-dessus de seuil du niveau clinique.

La numération plaquettaire devrait être contrôlée régulièrement. Les plaquettes doivent être maintenues à un niveau de $50.10^9/l$, quand les plaquettes sont en dessous de $50.10^9/l$ au cours d'une perte sanguine massive, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées.

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

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

7-1. Traitement de la cause :

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

- D'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamique correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation ;
- Corriger les conséquences de l'hémorragie.

7-1-1. Première étape :

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

7-1-1-1. Délivrance artificielle :

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

- L'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et des gants stériles. La région vulvaire et péri génitale ainsi que le vagin sont badigeonnés avec un antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

➤ Technique :

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

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

7-1-1-2. La révision utérine :

Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclu à l'intégrité du placenta ; elle seule permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée sous anesthésie

générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, et permet d'assurer la vacuité utérine, d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine et l'empêche de se rétracter.

7-1-1-3. Examen sous valve du col et du vagin :

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

7-1-2. Deuxième étape : prise en charge pharmacologique :

A l'exception des trois causes particulières que sont le placenta accreta, la rupture utérine et l'inversion utérine. L'emploi des utéro-toniques est systématique, immédiatement après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie.

7-1-2-1. Les médicaments utilisés :

- L'oxytocine :

L'introduction des oxytociques dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de Moure J C. sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral [26]. L'utilisation des oxytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles existantes avant son introduction.

Pour Beuthe D. [27], l'introduction des oxytociques dans la pratique obstétricale a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 à 5%.

➤ Propriété pharmacologique :

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

➤ **Utilisation thérapeutique :**

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

En raison de la parenté de structure entre l'hormone antidiurétique et l'ocytocine, de fortes doses d'ocytocine peuvent entraîner un effet antidiurétique. C'est pourquoi l'ocytocine ne doit pas être administré en solution hypotonique.

- **Dérivés de l'ergot de seigle**

- **La méthyl ergométrine :** C'est l'uterotonique le plus ancien, obtenu à partir des débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés semi synthétiques. Il appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

➤ **Propriétés pharmacologiques :**

Effet utérin : La maléate de méthyl ergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénrgiques du myomètre, responsable d'une augmentation du tonus de base du myomètre tant sur l'utérus grvide que l'utérus non grvide.

En plus de cet effet direct, il potentialiserait localement l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydroxyprostaglandine déshydrogénase, enzyme placentaire dégradant PGE et PGF en métabolites inactifs. [28]

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

➤ **Utilisation thérapeutique :**

- **Voie d'administration et posologie :**

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

➤ **Les contre-indications :** sont nombreuses

- L'hypertension artérielle sévère préexistante ;
- La toxémie gravidique,
- Les affectations vasculaires oblitérantes,
- L'association avec les macrolides (ergotisme aiguë).

• **Les prostaglandines :**

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

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

➤ **Propriétés pharmacologiques :**

- **Effets utérins :**

Les prostaglandines ont un effet contracturant au niveau du muscle lisse de l'utérus via une activation de la kinase des chaînes légères de myosine par libération de calcium intracellulaire.

Elles agissent également sur le tissu conjonctif cervical, permettant son ramollissement aux alentours du terme.

Impliquées probablement dans la parturition des mammifères, leurs taux plasmatiques et dans le liquide amniotique augment dès le début du travail pour atteindre un pic maximal 5mn après la délivrance [29].

➤ **L'utilisation thérapeutique :**

- **Utilisation des PDF :**

En 1976, Tagaki S. [30] a été le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans l'hémorragie de la délivrance en utilisant la forme naturelle de la PGF2 alpha. La voie intra-myométriale (1 ampoule à 0,25 mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées.

La voie intramusculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine, mais présente plus d'effets secondaires et son délai d'action est variable.

La voie intraveineuse (5 à 150 mg/mn) est peu utilisée pour la PGF2 alpha en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardio-vasculaires.

➤ **L'utilisation des PGE :**

C'est Bygdemann M. [31] en 1968 qui est le premier à suggéré l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie. De nombreuses études suivirent celle de Tagaki S. [30] sur la PGF2 alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie une meilleure efficacité sur le traitement des hémorragies.

Hertz H [32] en 1980, par voie vaginale et Henson G [33] en 1983 par voie intraveineuse sont les premiers à rapporter des cas d'atonies utérines traitées avec succès par PGE2.

➤ **Les molécules et posologie :**

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

- **Voies d'administrations :** Deux molécules sont actuellement disponibles :

***Le Dinoprostone (prostine E2)** s'emploie à la posologie de 1,2 mg/heure en perfusion continue. Certains auteurs ont prescrit ce traitement en irrigation intra-utérine à l'aide d'une sonde de Foley reliée à une perfusion de PGE 2 (1 ampoule de prostine E2 à 0,75 mg

dans 500ml de Ringer Lactate) au rythme de 50 ml sur les 10 premières minutes, puis 1 ml/mn sur les 12 à 18 heures suivantes.

***Le sulprostone (Nalador) :** Plus utilisé, s'administre à la posologie de 200 à 300µg /heure à la seringue électrique (1 ampoule de 500µg dans 50 ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au-delà d'une heure à 100µg/heure.

➤ **Les contre-indications :**

- Pathologies cardiaques,
- Antécédent d'asthme,
- Troubles graves de la fonction hépatique,
- Diabète décompensé,
- Et antécédents comitiaux.

7-2. Prise en charge chirurgicale :

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

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

➤ **Indications :**

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

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

- **Technique :**

Deux techniques sont envisagées :

- Soit conservatrice par ligature élective des vaisseaux et par capitonnage de parois utérine en regard du placenta accreta ;
- Soit radical avec hystérectomie totale ou sub-totale.

- **Ligature vasculaire :**

Par incision médiane sous ombilicale de préférence, une ligature élective des deux artères utérines au niveau isthmique peut être envisagée, complétée par la ligature des pédicules utéro-ovariens et ronds selon la méthode de Tsurulnikov MS [34].

Elle permet d'être efficace avec un taux de succès assez élevé.

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

En cas de placenta accreta localisé une technique de capitonnage des parois utérines permettant l'hémostase élective de ce site placentaire.

Cette technique a été étendue avec succès au traitement d'hémorragie persistante sur le segment inférieur après hystérectomie sub-totale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% de cas [35].

- **Hystérectomie d'hémostase :**

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

- Echec de traitement chirurgical conservateur ;
- Etat hémodynamique mettant en jeu le pronostic vital à cours terme et ne laissant pas d'entreprendre un traitement médical ;
- Placenta prævia accreta étendu ;
- Rupture utérine avec délabrement tel qu'aucune suture n'est possible [36] ;
- Extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ; elle peut être sub-totale mais elle devra être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

➤ **Embolisation artérielle sélective :**

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

La première embolisation décrite par Brown BJ et Coll à concerner une hémorragie incoercible du post-partum en rapport avec un hématome vulvo-vaginal massif étendu en rétro péritonéal malgré une hystérectomie avec ligature des artères iliaques. Depuis lors des courtes séries ont montré que le recours à la radiologie interventionnelle était intéressant sur plusieurs plans.

- **Technique :** Consiste après cathétérisme rétrograde de l'artère fémorale ou axillo-huméral gauche à réaliser une cartographie pelvienne et à montrer au niveau de quels vaisseaux est situé la lésion, objectivée par l'extravasation locale de produit de contraste.
- **Indications :** Son grand succès est dû à des indications bien posées à leur actuelle :

Hématomes vulvo-vaginaux extensifs en rétro péritonéal ;

Échec de l'hystérectomie d'hémostase surtout lors de lésions basses touchant une branche de l'artère honteuse interne ou de l'artère utérine.

Certains incidents ont cependant été décrits à type de nécroses tissulaires locales (et plus rarement vésicales) se manifestant par la douleur, la fièvre, la parésie, le plus souvent redoutable restant le reflux dans les réseaux mésentériques ou fémorales [37].

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude : Notre étude a été effectuée dans le CSRéf du cercle de Koutiala

1.1. Historique

Crée en 1903 après la pénétration Française, Koutiala est une déformation de « Koulé Dianka » ce qui signifie en Minianka le village du fils de koulé.

Ce vieux village malien devenu ville au XIXème siècle, connu un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966.

Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 (Koutiala- Alençon)

1.2. Population

Le cercle de Koutiala compte une population de 515433 habitants repartis entre 256 villages et 36 communes avec une densité de 41,16 habitants/km² et un taux d'accroissement de 2,70%.

La commune urbaine de Koutiala, capitale de l'or blanc, est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako.

Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et plus particulièrement les Miniankas (Majoritaire, autochtone), les Dionkas ; les Bobos, les Bambaras et les Senoufos etc...

Le dialecte majoritaire est le Minianka tandis que le Bambara demeure en fait la langue de liaison la plus parlée.

1.3. Infrastructure socio sanitaire

La ville dispose:

Deux cabinets médicaux privés, une clinique médicale privée, un dispensaire d'entreprise, un centre médical inter entreprise, deux maternités confessionnelles.

Il existe aussi huit officines de pharmacie privée, un dépôt de médicament de la pharmacie populaire du Mali (structure étatique chargée de ravitailler le cercle en médicaments essentiels).

Le fonctionnement du centre de santé de référence fait intervenir un nombre important de personnel composé comme suit :

- Un médecin généraliste, médecin chef du CSRéf,
- Un gynécologue obstétricien,
- Quatre (4) médecins généralistes à compétence chirurgicale,
- Deux médecins généralistes simples,
- Quatre (4) étudiants en thèse faisant fonction d'interne,
- Six (6) sages femmes,
- Cinq (5) chauffeurs,
- Trois (3) instrumentalistes,
- Et un gardien

Il existe deux (2) salles opératoires fonctionnelles, une salle de réanimation et deux (2) ambulances fonctionnelles.

1.4. Activités :

Un staff de 30 minutes a lieu tous les jours ouvrable à partir de 8 heures réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un médecin à compétence chirurgicale, d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une aide soignante, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur.

La maternité dispose de trois (3) tables d'accouchement.

Une pharmacie de garde assure la permanence de 16 heures à 7 heures du matin.

La visite est faite tous les jours dans différentes unités d'hospitalisation du lundi au vendredi après le staff et est dirigée par un médecin.

2. Période d'étude :

Notre étude a couvert une période de 12 mois, allant du 01 février 2007 au 31 janvier 2008.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive.

4. Population d'étude :

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

5. Critères d'inclusion :

- Femmes ayant accouché dans le service pendant la période d'étude et ayant présenté une hémorragie du post-partum dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.
- Femmes évacuées d'une autre structure sanitaire pour HPPI et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

6. Critères de non inclusion :

- Femmes présentant une hémorragie survenant dans le post-partum tardif (après 24 heures).

7. Echantillonnage :

Toutes les femmes ayant présenté une HPPI ont été concernées par notre étude.

7.1. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête complétée à partir des dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement et de compte rendu opératoire.

7.2. Variables d'études :

Les variables étudiées sont :

*L'âge, l'ethnie, le statut matrimonial, la profession, le mode d'admission, la provenance, les antécédents, la voie d'accouchement, les causes de l'hémorragie, parité (Primipare=1, Paucipare=2-3, multipare=4-5, grande multipare >6), gestité, Non précisé=évacuées et accouchement à domicile, Traumatisme de la filière génitale=déchirures du col, du vagin et du périnée.

*Les paramètres de l'hémorragie :

- Pâleurs cutanéomuqueuses, mauvais état général, chute tensionnelle voire collapsus, le taux d'hémoglobine et d'hématocrite en urgence, la numération formule sanguine (NFS), choc hypovolemique, l'accélération du pouls, la transfusion.

8. Saisie et analyse des données :

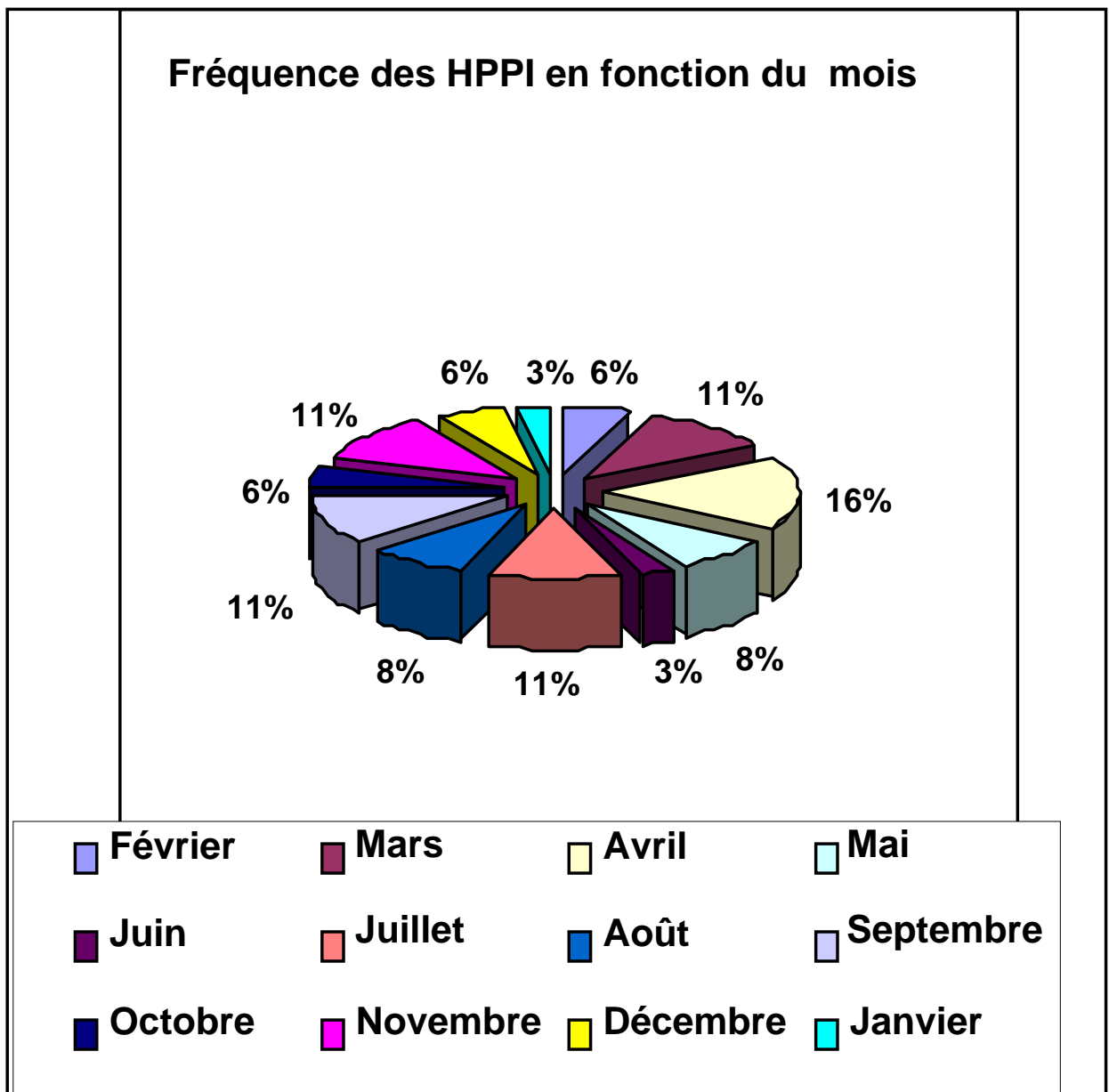
La saisie a été faite sur Microsoft Word. Les données ont été analysées sur le logiciel Epi info version 06.

IV. RESULTATS

1. Fréquence :

Dans la période d'étude, nous avons enregistré 36 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 1441 accouchements effectués, soit une fréquence de 2,49%.

Figure 1 : Fréquence des HPPI en fonction du mois.



La fréquence la plus élevée (16%) a été observée en Avril.

Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age :

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de l'âge.

Tranches d'âge	Effectif	Fréquence %
≤19 ans	9	25
20-35 ans	22	61,1
≥36 ans	5	13,9
Total	36	100

La fréquence la plus élevée (61,1%) est obtenue dans la population de femme ayant un âge obstétrical normal.

Résidence :

Tableau II : Répartition des femmes en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence%
Urbaine	27	75
Rurale	9	25
Total	36	100

27/36 (75%) des femmes sont urbaines.

Ethnie :

Tableau III : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie :

Ethnie	Effectif	Fréquence %
Minianka	20	55,6
Bambara	2	5,6
Senoufo	5	13,9
Bobo	1	2,8
Peulh	3	8,3
Bozo	2	5,6
Malinké	1	2,8
Dogon	1	2,8
Sonrhäï	1	2,8
Total	36	100

L'ethnie majoritaire a été l'ethnie Minianka avec un taux de 55,6%

Profession:

Tableau IV : Répartition des femmes en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Fréquence %
Ménagère	30	83,3
Elève/Étudiante	2	5,6
Autres	4	11,1
Total	36	100

Les femmes au foyer sont plus représentées (83,3%)

Statut matrimonial :

Tableau V : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence %
Mariée	31	86,1
Célibataire	5	13,9
Total	36	100

86,1% étaient des femmes mariées.

Mode d'admission :

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction du mode d'admission :

Mode d'admission	Effectif	Fréquence %
Venue d'elle même	25	69,4
Evacuée	11	30,6
Total	36	100

69,4% des femmes sont venues d'elles même.

Provenance

Tableau VII : Répartition des femmes en fonction de la provenance.

Provenance	Effectif	Fréquence %
CSCOM	9	81,8
Autres structures	2	18,2
Total	11	100

81,8% des femmes étaient évacuées à partir d'un CSCOM.

Motif d'évacuation :

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction du motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence %
Hémorragie de la délivrance	4	36,4
Hémorragie du post-partum	2	18,1
Rétention placentaire	3	27,3
HRP	1	9,1
Gros fœtus	1	9,1
Total	11	100

L'hémorragie de la délivrance occupe la première place avec 36,4%.

2. Les antécédents

3.1. Antécédents médicaux :

Tableau IX : Répartition des femmes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence %
HTA	6	60
Drépanocytose	1	10
Diabète	2	20
Asthme	1	10
Total	10	100

27,7% des femmes avaient un antécédent médical.

3.2. Antécédents chirurgicaux :

Tableau X. Répartition des femmes en fonction des antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence %
Césarienne	2	22,2
Myomectomie	1	11,1
Curetage	5	55,6
GEU	1	11,1
Total	9	100

9/36 femmes (25%) avaient un antécédent chirurgical.

3.3. Antécédents gynécologiques :

Tableau XI : Répartition des femmes en fonction des antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Effectif	Fréquence %
Fibrome utérin	1	20
Infections génito-urinaires	4	80
Total	5	100

5/36 avaient un antécédent gynécologique.

3. Caractéristiques obstétricales :

4.1. Avortement :

Tableau XII : Répartition des femmes en fonction des antécédents d'avortement.

Avortement	Effectif	Fréquence %
Spontané	3	8,3
Provoqué	1	2,8
Aucun	32	88,9
Total	36	100

2,8% des femmes avaient un antécédent d'avortement provoqué.

4.2. Gestité :

Tableau XIII : Répartition des femmes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif	Fréquence %
Primigeste	11	30,6
Paucigeste	7	19,4
Multigeste	5	13,9
Grande multigeste	13	36,1
Total	36	100

La grande multigeste représentait la gestité la plus élevée (13/36) soit 36,1% pour une gestité minimum de 1, maximum de 12.

4.3. Parité :

Tableau XIV : Répartition des femmes en fonction de la parité.

Parité	Effectif	Fréquence %
Primipare	15	41,7
Paucipare	4	11,1
Multipare	6	16,7
Grande multipare	11	30,5
Total	36	100

La grande multiparité et la primiparité représentaient les parités les plus élevées pour une parité minimum de 1, maximum de 12.

4.4. Examen d'admission :

4.4.1. Terme de la grossesse :

Tableau XV : Répartition des femmes en fonction du terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Effectif	Fréquence %
28-36 SA	2	5,6
37-42 SA	31	86,1
>42 SA	3	8,3
Total	36	100

Min=28 SA Moy=39,6 SA Ecart type=2,5 Max=43 SA

31/36 soit 86,1% des femmes avaient mené leur grossesse à terme.

4.4.2. Facteurs de surdistention utérine :

Tableau XVI : Répartition des femmes en fonction des facteurs de surdistention.

Facteurs de surdistention	Effectif	Fréquence %
Grossesse gémellaire	1	2,8
Gros fœtus	1	2,8
Aucun	34	94,4
Total	36	100

2/36 soit 5,6% des femmes avaient un facteur de surdistention utérine.

4.5. Hauteur utérine :

Tableau XVII : Répartition des femmes en fonction de la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Effectif	Fréquence %
≤36cm	25	69,4
>36cm	2	5,6
Non précisée	9	25
Total	36	100

Min=26 cm Moy=31,7 cm Ecart type=2,5 Max=44cm
 Non précisée=9 exclues

2/36 des femmes avaient une hauteur utérine excessive.

4.6. CPN :**Tableau XVIII :** Répartition des femmes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence %
Aucune CPN	8	22,2
1 à 3	23	63,9
≥4	5	13,9
Total	36	100

8/36 soit 22,2% des femmes n'ont pas fait de CPN. Par contre 5/36 soit 13,9% ont fait 4 CPN ou plus de.

4.7. Auteurs de CPN :**Tableau XIX :** Répartition des femmes en fonction de l'auteur de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence %
Médecin généraliste	1	2,8
Sage femme	24	66,7
Matrone	3	8,3
Aucun	8	22,2
Total	36	100

La plus grande majorité des femmes (66,7%) ont été consulté par des sages femmes.

4. Accouchement :

5.1. Mode d'accouchement :

Tableau XX : Répartition des femmes en fonction du mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquence %
Voie basse	35	97,2
Césarienne	1	2,8
Total	36	100

1/36 des femmes avec hémorragie du post-partum a subi une césarienne.

5.2. Durée totale du travail d'accouchement :

Tableau XXI : Répartition des femmes en fonction de la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail	Effectif	Fréquence %
≤12h	25	69,4
13-24h	3	8,3
Non précisée	8	22,3
Total	36	100

25/36 des femmes soit 69,4% avaient une durée de travail inférieure à 12h.

5.3. Emploi des antispasmodiques et des uterotoniques pendant le travail d'accouchement :

Tableau XXII : Répartition des femmes en fonction du traitement antispasmodique et/ou uterotonique.

Traitement reçu	Effectif	Fréquence %
Antispasmodique	2	5,6
Uterotonique	5	13,9
Non précisé	8	22,2
Aucun	21	58,3
Total	36	100

7/36 des femmes avaient reçus un traitement uterotonique et/ou antispasmodique.

5.4. Quantité de sang perdue :

Tableau XXIII : Répartition des femmes en fonction de la quantité de sang perdue pendant l'accouchement :

Quantité de sang perdue	Effectif	Fréquence %
500-1000ml	15	41,7
>1000ml	1	2,8
Non précisée	20	55,5
Total	36	100

1/36 des femmes avait perdue plus de 1000ml de sang.

5.5. Qualité de l'accoucheur :

Tableau XIVX : Répartition des femmes en fonction de la qualité de l'accoucheur.

Qualité	Effectif	Fréquence %
Gynécologue	2	5,6
Médecin	4	11,1
Sage femme	22	61,1
Matrone	6	16,7
Non précisé	2	5,6
Total	36	100

22/36 soit 61,1% de l'accouchement ont été effectué par une sage femme.

5.6. Lieu de l'accouchement :

Tableau XXV : Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement.

Lieu	Effectif	Fréquence %
Maternité	31	86,1
Domicile	5	13,9
Total	36	100

5/36 soit 13,9% des femmes ont accouché à domicile.

5. Paramètres du fœtus :

6.1. Fréquence cardiaque fœtale :

Tableau XXVI : Répartition des femmes en fonction de l'activité cardiaque fœtale.

BCF	Effectif	Fréquence %
<120	4	11,1
120-160	23	63,9
>160	2	5,6
Non précisé	7	19,4
Total	36	100

23/36 soit 63,9% des fœtus avaient une activité cardiaque normale.

6.2. Poids :

Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés en fonction du poids.

Poids	Effectif	Fréquence %
<2500g	7	19,4
2500-3999g	21	58,3
≥4000g	3	8,3
Non précisé	5	14
Total	36	100

La majorité des nouveaux nés 21/36 soit 58,3% ont un poids moyen compris entre 2500-3999g.

6. Etat des patientes après accouchement :

7.1. Etat général :

Tableau XXVIII : Répartition des femmes en fonction de l'état général de la mère

Etat général	Effectif	Fréquence %
Bon	32	88,9
altéré	4	11,1
Total	36	100

4/36 des femmes soit 11,1% avaient un état général altéré.

7.2. Etat des conjonctives :

Tableau XXIX : Répartition des femmes en fonction de l'état des conjonctives.

Etat des conjonctives	Effectif	Fréquence %
Colorées	26	72,2
Pâles	10	27,8
Total	36	100

Environ 10/36 des femmes soit 27,8% avaient l'anémie cliniquement.

7.3. Tension artérielle :

Tableau XXX : Répartition des femmes en fonction du chiffre tensionnel.

Chiffre tensionnel (mmHg)	Effectif	Fréquence %
Imprenable=0	1	2,8
TA 05/03-90/60	8	22,2
TA 10/70-14/09	27	75
Total	36	100

1/36 des femmes avait une tension artérielle imprenable à l'arrivée.

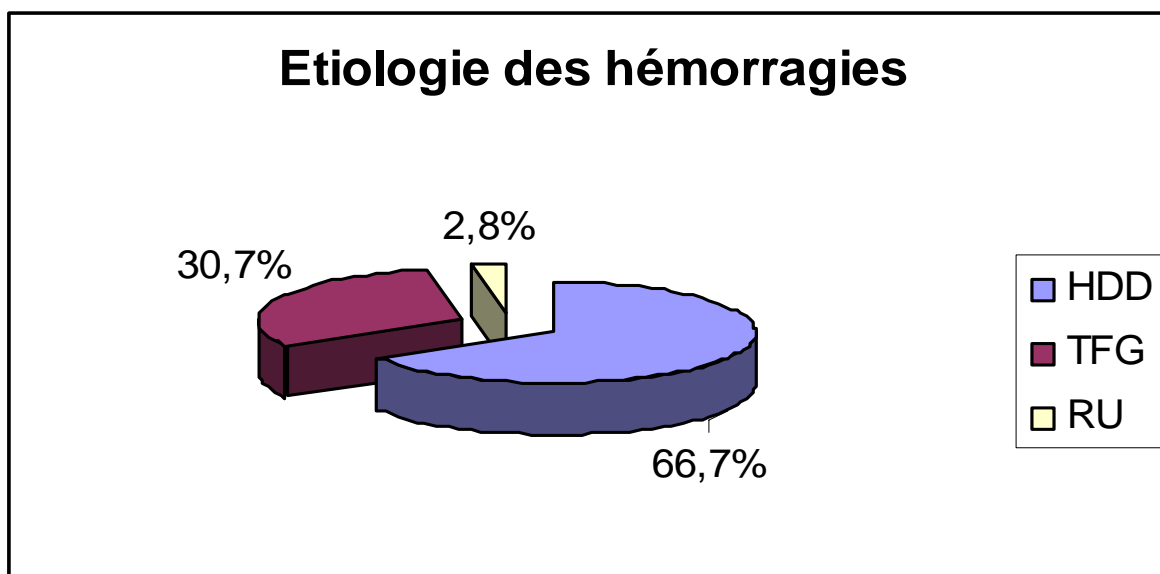
7. Etiologie

8.1. Etiologie générale :

Tableau XXXI : Répartition des accouchées ayant eu une hémorragie du post-partum selon l'étiologie.

Etiologie	Effectif	Fréquence %
Hémorragie de la délivrance	24	66,7
Traumatismes de la filière génitale	11	30,5
Rupture utérine	1	2,8
Total	36	100

L'étiologie la plus fréquente a été l'hémorragie de la délivrance 24/36 soit 66,7% des patientes.



8.2. Hémorragie de la délivrance :

Tableau XXXII : Répartition des accouchées ayant l'hémorragie de la délivrance selon l'étiologie.

Hémorragie de la délivrance	Effectif	Fréquence %
Atonie utérine	15	62,5
Rétention placentaire partielle	7	29,2
Rétention placentaire totale	2	8,3
Total	24	100

L'atonie utérine 15/24 soit 62,5% est la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

8.3. Déchirure du périnée :**Tableau XXXIII :** Répartition des femmes en fonction du degré de la déchirure du périnée.

Degré	Effectif	Fréquence %
1 ^{er} degré	4	80
2 ^{ème} degré	1	20
Total	5	100

4/5 des femmes ont fait une déchirure incomplète du périnée.

8.4. Déchirure du col :**Tableau XXXIV :** Répartition des femmes en fonction du type de déchirure du col.

Type de déchirure du col	Effectif	Fréquence %
Déchirure sous vaginale	5	83,3
Déchirure sus vaginale au segment inférieur	1	16,7
Total	6	100

6/36 ont fait une déchirure du col.

8.5. *Etiologie des traumatismes de la filière génitale :*

Tableau XXXV : Répartition des femmes selon l'étiologie des traumatismes.

Etiologie	Effectif	Fréquence %
Forceps	7	63,7
Ventouse	1	9,1
Sans instrument	3	27,2
Total	11	100

Le forceps a été la cause la plus fréquente avec 63,7% des femmes présentant un traumatisme de la filière génitale.

8. *Taux d'hémoglobine :*

Tableau XXXVI : Répartition des femmes en fonction du taux d'Hb.

Taux d'Hb	Effectif	Fréquence %
≤7g/dl	13	36,1
8-11g/dl	18	50
12g/dl et plus	5	13,9
Total	36	100

Min=4 Moy=7,7 Ecart type=3,7 Max=14

Seulement 5/36 des femmes avaient un taux d'Hb normal.

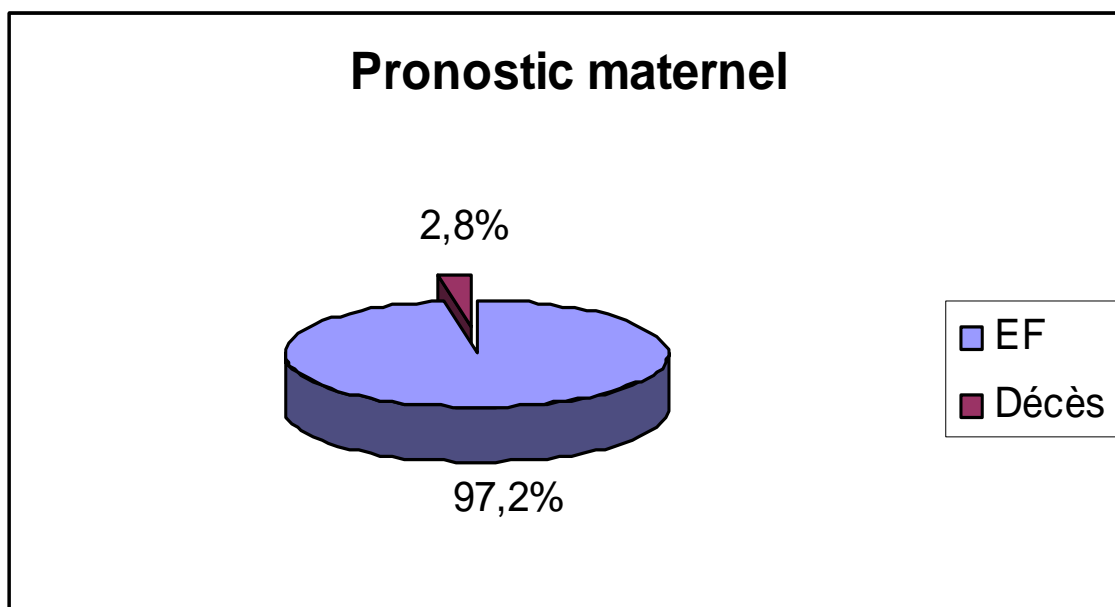
9. Pronostic :

10.1. Pronostic maternel.

Tableau XXXVII : Répartition des femmes en fonction du pronostic maternel.

Pronostic maternel	Effectif	Fréquence %
Evolution favorable	35	97,2
décès	1	2,8
Total	36	100

1/36 des femmes est décédée.



10.2. Causes de décès :

Tableau XXXVIII : Répartition des femmes selon la cause de décès.

Causes de décès	Effectif	Fréquence %
CIVD	1	100
Total	1	100

Le décès était dû au CIVD

10. Prise en charge

11.1. Traitement médicaux :

Tableau XXXIX : Répartition des femmes en fonction du traitement médical.

Traitement médical	Effectif	Fréquence %
Transfusion+Supplément en fer	17	47,2
Macromolécule+Cristalloïde +Ocytocique	36	5,6
Antibiotique	23	64

Toutes nos femmes ont bénéficié d'une perfusion d'ocytocique.

11.2. Transfusion :

Tableau XL : Répartition des femmes en fonction du nombre d'unité de sang transfusé.

Degré	Effectif	Fréquence %
1 unité	10	58,8
2 unités	5	29,4
3 unités	2	11,8
Total	17	100

18/36 soit 47,2% des femmes ont été transfusées.

11.3. Traitement obstétrical :

Tableau XLI : Répartition des femmes en fonction du traitement obstétrical.

Traitement obstétrical	Effectif	Fréquence %
Massage utérin	36	100
Révision utérine + Délivrance artificielle	14	38,8

100% des femmes ont bénéficié d'un massage utérin.

11.4. Traitement chirurgical :

Tableau XLII : Répartition des femmes en fonction de la nature du traitement chirurgical :

Traitement chirurgical	Effectif	Fréquence %
Suture d'hémostase	11	91,7
Hystérectomie d'hémostase	1	8,3
Total	12	100

1/12 des femmes a subi une hystérectomie d'hémostase.

11.5. Anesthésie :

Tableau XLIII : Répartition des femmes en fonction du type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence %
Anesthésie général	2	16,7
Anesthésie locale	10	83,3
Total	12	100

Le type d'anesthésie dominant est l'anesthésie locale 10/12 soit (83,3%)

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence :

Durant la période d'étude (1 an) 1441 accouchements ont été enregistrés dans le service. Pendant la même période nous avons enregistré 36 cas d'hémorragies du post-partum immédiat soit une fréquence de 2,49% réparties selon les étiologies ci-dessous :

- Hémorragie de la délivrance : 24 cas sur 36 soit 1,66% en fonction du nombre total d'accouchement (1441).
- Traumatisme de la filière génitale : 11 cas sur 36 soit 0,76 % en fonction du nombre total d'accouchement (1441).
- Rupture utérine : 1 cas sur 36 soit 0,06% en fonction du nombre total d'accouchement (1441).

Une fréquence de 1,85% a été rapportée par Ongoïba I. [38], une fréquence de 1,38% a été rapportée par Keïta S [39] et Traoré M.T [40] et une fréquence de 2,08% a été rapportée par Bohoussou et coll. [41].

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age :

La tranche d'âge comprise entre 20-34 ans correspondant à la période optimale de fécondité a été la fréquence la plus élevée avec un taux de 61,1%.

Dans cette tranche d'âge, Keïta S [39] et Traoré M. T [40] ont rapporté respectivement 63,04% et 61,89% taux proches du notre. Pour cette même tranche d'âge Pambou O. et coll. [42] ont rapporté 68,75%.

25% des patientes avaient un âge ≤ 19 ans. Ce taux est supérieur à celui rapporté par Alihonou E et coll. [43] qui est de 9,27%, mais proche à celui trouvé par Keïta S [39] et Traoré M. T [40] qui est respectivement de 24,64% et 23,36%.

La précocité du mariage étant une coutume en Afrique pourrait expliquer ce phénomène.

Ethnie :

L'ethnie Minianka a été la plus touchée, avec un taux de 55,6%. Ce résultat reflète la répartition démographique des Minianka dans le cercle de Koutiala. Deux faits pourraient expliquer cette prédominance :

- C'est le 1^{er} groupe ethnique du cercle de Koutiala ;
- Une activité essentiellement agricole avec la culture du coton.

Statut matrimonial :

Les femmes mariées viennent en premier rang avec 86,1%.

Ce taux est supérieur à celui de Diallo B [9] qui a obtenu 77,7% et proche à celui de Keïta S. [39] et Ongoïba I [38] qui ont trouvé respectivement 87% et 90,3%.

Le statut matrimonial ne semble pas à lui seul expliquer les causes des hémorragies du post-partum.

Profession :

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 83,3%.

Ce taux est comparable à celui de Diallo B [9] qui a été de 87,2%, et à celui de Keïta S [39] et Ongoïba I [38] qui ont obtenu respectivement 81,2% et 85,4%. Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femme au foyer, célibataire). L'explication est que les ménagères sont moins suivies en CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés.

3. Clinique :

3.1. Mode d'admission :

30,6% des femmes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient été évacuées d'autres localités. Elles avaient parcouru le plus souvent de longues distances et ont été reçues dans plusieurs centres allongeant le délai d'évacuation. Le parcours du CSCOM et l'arrivée au CSRéf a duré moins de 12 heures pour la majorité des cas et la prise en charge a été instantanée.

81,8% des femmes venaient des CSCOM.

Akpadza K. et coll. [44] ont rapporté 39,09% d'évacuation, Ongoïba I [38] et Keïta S. [39] ont rapporté respectivement 47,9% et 42% d'évacuation. C'est pourquoi en 1986 à Genève on a même proposé d'héberger les femmes pendant le dernier mois et même le dernier trimestre de la grossesse dans les villages ou foyer maternel les plus proche de la maternité.

3.2. Les antécédents :

3.2.1. Antécédents médicaux :

L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquente avec un taux de 16,7%. Diallo B [9] a obtenu 5,4% contre respectivement 2,20% et 8,25% chez Keïta S. [39] et Traoré M.T [40].

3.2.2. Antécédents chirurgicaux :

La cicatrice utérine (césarienne) était présente chez 5,6% des patientes. Ce taux est supérieur a ceux de Alihonou E. et coll. [43] et de Keïta S. [39] qui ont rapporté respectivement un taux de 3,9% et 4,3% mais plus proche à celui rapporté par Traoré M. T. [40] qui est de 6,56%.

La révision utérine et l'utérus cicatriciel peuvent contribuer à une agression mécanique de la muqueuse utérine. Ces lésions peuvent être le siège d'une adhérence partielle du placenta ou entraîner un décollement incomplet du placenta qui sera alors cause d'hémorragie de la délivrance.

3.2.3. Antécédents obstétricaux :

3.2.3.1. Parité :

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

- Primipares et les grandes multipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement un taux de 41,7% et 30,5%.

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

- Alihonou E. et coll. [43] ont trouvé : primipares 39,74%, multipares et grandes multipares 60,26%.

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

- Keïta S. [39] et Traoré M. T. [40] ont rapporté respectivement pour les primipares et paucipares 62,7%, multipares et grandes multipares 37,3% et primipares 35,65% et multipares 39,74% de cas d'hémorragie du post-partum immédiat.

3.2.3.2. Gestité :

Les primigestes et les grandes multigestes étaient les plus fréquentes avec respectivement 30,6% et 36,1%. Ces taux sont comparables à ceux obtenus par Ongoïba I [38] qui est de 27,1% pour les primigestes et 29,9% pour les grandes multigestes.

3.3. Caractéristiques de la grossesse :

3.3.1. Consultation prénatale :

Nous avons trouvé 77,8% des cas ayant fait la CPN.

Diallo A. [45] et Diallo B [9] ont rapporté respectivement 48,1% et 77,5% de celles qui ont fait la CPN. Cela dénote que les CPN n'ont pas été correctement et complètement effectuées, puisque l'un des objectifs de la CPN est de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, de dépister les grossesses à risque.

3.3.2. Terme de la grossesse :

Notre étude montre 88,9% d'accouchement à terme, 11,1% d'accouchement prématuré.

Selon Lacomme M. [46] la prématurité peut entraîner une rétention placentaire se compliquant d'hémorragie de la délivrance. Cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

3.3.3. Hauteur utérine :

69,4% des patientes avaient une HU <36cm. 5,6% des patientes avaient une HU ≥36cm.

La HU excessive dans notre série est due à :

- une macrosomie : 2,8% des cas contre 3,6% et 6,76% respectivement rapporté par Keïta S [39] et Traoré M. T. [40].

- une grossesse multiple : 2,8%

Elle est à l'origine de surdistention utérine qui est l'un des facteurs d'hémorragies du post-partum immédiat.

3.4. Durée totale du travail :

La durée du travail d'accouchement était inférieure ou égale à 12 heures dans 72,2%.

La durée anormalement longue du travail d'accouchement entraîne l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Diallo B. [9] et Diallo A [45] ont rapporté respectivement 11,3% et 14%. Ali Honou E. et coll. [43] ont rapporté 56,9% de temps supérieur à 12 heures.

Keïta S [39] et Traoré M. T. [40] ont rapporté respectivement 25,4% et 39,35%.

4. Mode et lieu d'accouchement :

97,2% des patientes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient accouché par voie basse et 13,9% soit 5 cas ont accouché à domicile ce qui est comparable à celui rapporté par Keïta S [39] qui est de 13,04% contre 5,12% et 4,30% rapportés respectivement par Diallo A [45] et Traoré M. T. [40].

2,8% des patientes avaient fait l'hémorragie du post-partum immédiat après une césarienne, ce taux comparable à celui rapporté par Akpadza K. et coll. [40] qui est de 2,71%.

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

- Un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et des annexes. Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise ainsi la rétention des cotylédons d'une part et un traumatisme de la filière génitale d'autre part.

- L'accouchement se déroule dans les conditions normales et la délivrance a été effectuée par une personne non qualifiée ne respectant pas la physiologie de la délivrance.

5. Principales étiologies retrouvées.

Les étiologies retrouvées ont été :

5.1. Hémorragie de la délivrance :

Elle représente la fréquence la plus élevée avec 66,7%, l'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé d'actualité ; puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle. [47]

Au Mali Nem Techuetn D. [26] a trouvé que 59,3% des décès maternelles au centre de santé de référence de la commune V étaient liés à la complication des hémorragies de la délivrance.

Parmi les étiologies d'hémorragies de la délivrance nous avons 37,5% de cas de rétention placentaire.

- L'atonie utérine a été retrouvée dans 62,5% des cas. Ce résultat supérieur à celui de Akpadza et coll. [44] qui ont rapporté une fréquence de 48,73% et à comparable à ceux de Alihonou E. et coll. [43], Diallo B. [9] et Oongoïba I. [38] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 55,8%, 69% et 68%, Pambou O. et coll. [42] ont rapporté une fréquence de 41,66% d'hémorragie de la délivrance suite à une rupture utérine.

- Keïta S [39] et Traoré M. T. [40] ont rapporté respectivement une fréquence de 45,6% et de 45,70%.

5.2. Traumatisme de la filière génitale :

Nous avons enregistré 11 cas de traumatisme de la filière génitale soit 30,5% des causes d'hémorragies. Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance ou isolées. Elles sont réparties comme suit :

- La déchirure du col : 6 cas soit 16,7% de cas d'hémorragies, ce taux est inférieur à celui de Traoré M. T. [40] et Diallo B. [9] qui ont rapporté respectivement 21,52% et 28,2% de déchirure du col utérin mais proche de celui de Keïta S [39] qui a rapporté 15,9%.

- La déchirure du périnée : 5 cas soit 13,9% de cas d'hémorragies, ce taux est inférieur à celui rapporté par Keïta S [39] qui est de 36,2% soit 50 cas.

Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise prise en charge du travail d'accouchement. Nous avons remarqué que la majorité de ces patientes au moment de l'expulsion avaient poussé sur un col incomplètement dilaté. Cela pourrait être lié aussi à une utilisation mal contrôlée des utéro toniques au cours du travail d'accouchement et où des expressions avant dilatation complète.

Nous avons ainsi enregistré 41,7% des femmes ayant perdu plus de 500 ml de sang.

15% des parturientes ont reçu de l'ocytocine pendant le travail.

6. Complications maternelles :

- Le CIVD:

Nous avons trouvé que 2,8% des patientes soit un cas a présenté un tableau de CIVD. Ce résultat est nettement inférieur à celui de KEITA S [39] et Traoré M.T. [40] qui rapporté respectivement 10,10% et 12,30%.

Alihonou E. et coll. [43] ont rapporté 3,3% fréquence comparable à la notre.

Pambou O. et coll. [42] ont montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des cas d'hémorragies du post-partum.

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

- 27,8% des patientes avaient une anémie clinique par la pâleur des conjonctives, ce résultat est supérieur à celui rapporté par Ongoïba I [38] qui est de 16%.

7. Pronostic maternel :

Nous avons enregistré un taux de décès maternel de 2,8% suite au CIVD.

Les facteurs de risque retrouvés ont été : la référence tardive, la mauvaise condition de transport et l'accouchement à domicile.

Ce taux de décès maternel a concerné l'une des patientes ayant accouchée à domicile et évacuée dans le service pour hémorragie après accouchement et qui a été admise avec un état général altéré.

Diallo B. [9] et Diallo A. [45] ont retrouvé respectivement 19,7% et 23,20% de décès maternels contre 7,20% et 25,61% trouvé respectivement par Keïta S [39] et Traoré M. T. [40]. Notre taux est comparable à celui trouvé par Ongoïba I. [38] qui était de 2%. Le manque de sang et des dérivés du sang surtout le plasma frais congelé, le retard dans la référence peuvent expliquer ce phénomène.

8. Prise en charge :

8.1. Prise en charge médicale :

Au cours de notre étude 34 soit 94,4% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical.

La thérapeutique qu'on a eu à adopter n'est pas du reste différente de celui des autres. C'est ainsi qu'à l'admission toutes nos patientes ont bénéficié un examen systématique sous perfusion ou transfusion.

- Prise d'une voie veineuse de sécurité avec un cathéter au moins une voie. Dans les cas graves deux voies sont possibles.
- L'administration d'utérotonique (oxytocique) en perfusion dans un soluté ou en intramusculaire soit 100%.
- 47,2% des patientes ont été transfusées avec du sang total.

Ce résultat est comparable à celui de Ongoïba I. [38] et Keïta S [39] qui ont trouvé respectivement une fréquence de 40,8% et 44,8% mais beaucoup plus supérieur à celui de Traoré M.T. [40] qui était de 31,76%.

- Nous n'avons pas eu recours au traitement à la prostaglandine même une fois, alors que c'est un produit qui fait l'unanimité aujourd'hui dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine avec une efficacité globale de 89% selon Goffinet et coll. [47] surtout après un échec aux oxytociques.

8.2. Prise en charge obstétricale :

14% de nos patientes ont bénéficié d'une révision utérine. Elle a permis d'assurer l'hémostase dans 38,5% des cas contre 39,6% et 39,33% des cas rapporté respectivement par Ongoïba I. [38] et Traoré M. T. [40]

8.3. Prise en charge chirurgicale :

Dans notre étude 91,7% des patientes ont bénéficié d'une suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles contre 93,7% ; 88,9% ; et 59,2% rapporté respectivement par Keïta S. [39] ; Ongoïba I. [38] et Diallo B. [9].

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

L'embolisation utérine, la ligature des artères hypogastriques sont aussi des moyens chirurgicaux pour arrêter l'hémorragie mais on n'a pas eu recours à ces pratiques dans notre service.

- 8,3% des patientes ont bénéficié une hystérectomie d'hémostase. Cette fréquence est inférieure à celle de Ongoïba I. [38] et Diallo A. [45] qui on rapporté respectivement 11,1% et 10,25% mais comparable à celle de Traoré M.T. [48] qui est de 3,2%.

- Salva J. [49] a rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas pour l'atonie utérine avec 100% de réussite. Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et plateau technique.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. CONCLUSION :

Les hémorragies graves du post-partum sont trop souvent la conséquence d'un retard ou d'une insuffisance thérapeutique. L'absence d'amélioration clinique doit entraîner une décision d'intervention vasculaire d'hémostase, qu'il faut savoir prendre assez plus tôt avant l'installation de lésions viscérales multiples irréversibles, et le plus souvent mortelles. La prévention repose d'abord sur les conditions de sécurité de toute maternité. Elle commence aussi par la disponibilité en permanence d'une équipe obstétrico-anesthésique, dans une maternité dotée d'une installation correcte.

2. RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail, des recommandations sont proposées et s'adressent :

2.1. Au Ministère de la santé :

- Remplacer les matériels chirurgicaux défectueux.
- Assurer de façon continue l'approvisionnement en gaz pour le bloc opératoire.
- Assurer la formation continue des personnels ayant en charge l'accouchement (sage-femme et matrone).
- Mettre en place au centre de santé de Koutiala une unité de réanimation dotée d'un personnel qualifié (réanimateur).
- Organiser au niveau du laboratoire du centre une banque de sang afin de gérer les urgences.

2.2. Aux prestataires de santé :

- Les sages-femmes doivent dépister aux cours des consultations prénatales les grossesses à risque et les adresser aux structures de référence pour l'accouchement.
- Améliorer l'affluence des CPN par l'amélioration sensible de l'accueille.
- Utiliser systématiquement le partogramme.
- Examiner systématiquement le placenta après tout accouchement.
- Prévenir les hémorragies de la délivrance par la gestion du troisième stade du travail d'accouchement qui consiste à administrer 5 à 10 unités d'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement (GATPA).
- Eviter les accouchements traumatiques.
- Apprendre aux praticiens (internes, médecins), les règles d'utilisation du forceps afin d'éviter les traumatismes de la filière génitale.
- Assurer la surveillance des accouchées selon les mesures de l'OMS "Pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement". Prise régulière des constantes de la patiente.
- L'agent ayant en charge l'accouchement doit mettre en place un cathéter de gros calibre « 18 » devant tout accouchement.

2.3. Aux internes du centre :

- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte rendu opératoires en vu de leur utilisation pour les travaux de recherche scientifique.

- Etablir des liaisons fonctionnelles plus dynamiques avec les collaborateurs anesthésiste et réanimateur.

2.4. Aux gestantes :

- Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse surtout pour les primipares.
- Eviter les accouchements à domicile source d'hémorragie pour les multipares car l'habitude n'exclue pas le contrôle.
- Limiter et espacer les naissances pour leur bien être et le bien être de l'enfant par la pratique de la planification familiale.

VII. REFERENCES

- 1. Fourn L.; Lokossou A.; Foyomieb; Yacouboum. :** Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin. Med. Afr. Noir. : 2000, 47 (1)
- 2. Emmanuel K.M.:** Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Thèse Doctorat en obstétrique 2^{ème} édition maloine S.A. édit. Paris ; 1998.
- 3. Net work:** Des meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies. Net Works 1997, vol 17 n°4, 1 – 17
- 4. Tourris H. ; Henrion R. ; Delecour M. :** Abrégé illustré de gynécologie obstétrique 6^{ème} édition, masson, Paris, 1995, 570p
- 5. Li F.; Forthney Ja. ; Kotel Chuck M. :** Etat the post partum period : the key to maternel mortality. J. Gynecol Obstet 1996 54(1) 1-10.
- 6. Harrison K.A.; Rossitier C.E.:** Maternal mortality; In: Harrison K.A. Ed.; cheld bearing health and social pricrities. A survery of 22.774 Consecutive hospital birth in Zaria northen Nigeria Br.J. obst. et Gynecol. 1985; 92 : 100 – 115
- 7. Begin J.P.** Hémorragies vaginales du post-partum. Thèse méd. Nancy, 1976, 285.
- 8. Cardoso U. F.:** Maternal mortality in third. Lancet, 1985. 11, 215 - 216
- 9. Diallo B.:** Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique à l'HGT. Bamako 1999, thèse Méd. 1990 n°125
- 10. King PA.; Duthie S.J.; Dong Z.G.; Mahk:** Secondary post partum hemorrhage. Obstet Gynecol 1989 ; 29 : 394 - 8
- 11. Merger R., Levy J., Melchior J. :** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition masson. 1995; 583p.

- 12. Arurkumaran S.:** The surgical management of post-partum hemorrhage. Best practice and Research Clinical Obstet and Gynaecol 2002 ; 16 (1) : 81 - 98
- 13. Pelage J.P. et coll.:** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. J. Gynécol Obstet Biol. Paris, Masson, 1990 (chap.105): 1553-1355
- 14. Rault:** Hémorragie du post-partum. American college of obstetricians and gynaecologist. 2000 ; p1-2. <http://www.adrenaline122.org>
- 15. Bernard P. et Coll. :** Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine. Rév. Gynécol. Obstet. du Prat. 1989 ; IP 29-34
- 16. Suzanne I.Y. ; Allard H.; Meyer J.L.:** Hémorragies Obstétricales graves du post-partum immédiat. Encycl. Méd.–Chir. ; Paris, obstétrique, 5109 A 10, 12 – 1989.
- 17. Barbarino-Monnier. P., Barbarino A., Bayoument F., Bonnenfirt-Mercray V., Judun P. :** Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum – choc hémorragique ; encycl. Méd.–chir. (Elsevier, Paris), Obstétrique 5 – 082, 1998, 118.
- 18. Wlody DJ.** The critically ill parturient, evaluation and anesthetic management. In : Annual refresher course lectures. American society of anesthesiologists, 1996 :135
- 19. Combs ; Murphy EL. ; Larosr K. :** Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynaecol 1991; 77; 69; 76.
- 20. Department of health :** Why Mothers die report on confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom 1994/96, London : HMSO. Int. J. Gynaecol Obstet 1998 ; 310-315
- 21. Pigne A.; & Freitel :** Déchirures Obstétricales, Paris, Masson, 1990 (chap. 105) : 1353-1355, 48
- 22. Riethmuller D., Pequegnot-Geannin C. :** Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus génital. J. Gynécol Obstet Biol. Réprod 1997; 26 :154 – 158.

- 23. Blondelb ; Kaminskim:** Episiotomy anal third degree tears. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1985; 92 : 1297-1298
- 24. Shiono P.; Kle Banoff M.; Careyo :** Midline episiotomies = More harm than good. Obstet Gynaecol. 1990, 75, 765-769.
- 25. Hewitt P.E., J. et Machin S. J.:** Massive blood transfusion In ABO of transfusion. London: BMJ publishing group, 1998 : 49-52
- 26. Nem T. D. :** Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas. Thèse de Méd. Bamako, 2004- 77 p27
- 27. Beuthe D. :** Die Beeinflussung der nach geburts periode durch methergin Z bl Gynak 1956 ; 78 :1305-14
- 28. Nagai K.; Tanaka T.; Tsuruta K.:** Regulation of placenta 15-hydroxyprostaglandin deshydrogenase activity by obstetric drugs prostaglandins leucotrienes Med, 1987, 29 : 165-173
- 29. Husslein ; Sinzinger H. :** Concentration of 13, 14 dihydro-15-keto-prostaglandin F2 alpha in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset.Br. J. Obstet Gynaecol 1984, 91 : 228-231
- 30. Tagaki S. Yoshida; Togo Y.:** The effects of intra myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post-partum hemorrhage prostaglandins, 1976, 12 : 565-579
- 31. Bygdemann M.; Kwonsu, Mukker Heet, Wiquist N.:** Effect of infusion of PG E, and PGE2 on the motility of the pregnant human uterus.Am J. Obstet Gynaecol, 1968, 129: 918-919
- 32. Hertz H.; Sokol R.J.; Dierker W. :** Treatment of post partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories. Obstet gynecol, 1988, 56:129
- 33. Henson G.; Gough J.O.; Gollmer MDG :** Control of persistent primary post-partum hemorrhage to uterine atony with intravenous prostaglandin E2.Br J. Obstet Gynaecol 1983, 9 : 280-282
- 34. Tsirul Nikov M.S. :** La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales. J. Gynéco. Obstet. Biol. Reprod., 1979, 8:751-753

- 35. Cristalli B., M. Levardon ; V. Izard; A. Cayol.:**
Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1991; 20: 851 – 854.
- 36. Clark S.L., Yehsy, Phelan J.P.:** Emergency hysterectomy for
obstetric hemorrhage Obstet. Gynecol. 1984, 64, 376-380
- 37. Marpeul, Rhimiz, Laruel:** Place de l'embolisation artérielle
pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1992, 21: 233-235
- 38. Ongoïba I.:** Hémorragies du post-partum immédiat dans le
service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de
référence de la commune V de Bamako à propos de 144 cas. Thèse
Méd. Bamako, 2006 n°06-224
- 39. Keïta S.:** Etude des hémorragies du post-partum dans le service
de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du point G. Bamako 1991-
2001. Thèse Méd. Bamako, 2003-99 p47
- 40. Watson P.:** Post-partum hemorrhage in associated with Poor
housing not multipary in Bostwana. Lancet 1986 ; 4 :278-284
- 41. Bohoussou M. et coll. :** Les hémorragies du post-partum
immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le
service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody.
- 42. Pambou O. et coll. :** Les hémorragies Graves de la délivrance au
C.H.U Brazzaville. Méd. Noire 1996, 43 (7) : 418-422
- 43. Alihonou E. et coll. :** Les hémorragies de la délivrance : Etude
statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans).
Publication médicale Africaine 2002 ; 121 :8-11
- 44. Akpadza K. et coll. :** Les hémorragies de la délivrance à la
clinique de gynécologie obstétrique C.H.U TOKOIN-LOME (TOGO) de
1988 à 1992 ; Méd. Afr. Noire : 1994, 41 (11) : 601-603
- 45. Diallo A. :** Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance
HGT. Thèse Médecine. N° 11-1989

- 46. Lacomme M. :** Pratique obstétrique, edit. masson ; Paris 1960 (Tome I), 127-131
- 47. Goffinet F. :** Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 (suppl n°2) : 34-38
- 48. Traoré M. T. :** Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologique et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako à propos de 488 cas. Thèse Méd. Bamako, 2004-98 p46
- 49. Salva J. Nah Manovic C. Raciinetc:** Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les hémorragies obstétricales. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1981 ; 25 :368-371.

Fiche signalétique

Nom : DIAWARA

Prénom : Cheick Oumar

Titre de la thèse : Les hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Koutiala

Année Universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé : C'est une étude transversale et descriptive effectuée au centre de santé de référence de Koutiala du 01 février 2007 au 31 janvier 2008 soit une année.

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

Durant la période d'étude 1441 accouchements ont été enregistrés dont 36 cas d'hémorragie du post-partum soit une fréquence de 2,49%.

Les causes les plus fréquemment retrouvées sont :

- hémorragie de la délivrance : 1,66%
- traumatismes de la filière génitale : 0,76%
- rupture utérine : 0,06%

La prise en charge a été :

- la réanimation : perfusion des solutés isotoniques ou hypertoniques et la transfusion.

- les gestes obstétricaux : révision utérine, délivrance artificielle, massage utérin et administration d'uterotonique.
- Chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase.

2,8% de décès maternel ont été enregistré.

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

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.

Je le jure.