

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR
ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 - 2009

N°



**LES HEMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE DE
LA GROSSESSE A L'HOPITAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES
(A PROPOS DE 91 CAS)**

Présentée et soutenue publiquement le : 22/01/ 2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

PAR MONSIEUR CHEICKNE KONATE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)



Président du Jury : Pr Salif Diakité
Membre du Jury : Docteur Touré Moustapha
Co-Directeur de Thèse : Docteur Diassana Mahamadou
Directeur de Thèse : Professeur Sy Aida Sow

I-INTRODUCTION

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse correspond à un saignement extériorisé par la voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Elle survient dans moins de 50% des grossesses et constitue une urgence obstétricale avec un risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [1].

Environ 500.000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post partum immédiat. Cette mortalité est encore plus marquée dans nos pays en développement [2].

De nombreuses études faites sur la mortalité maternelle révèlent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternels [3, 2,4].

Parmi elles, celles du troisième trimestre de la grossesse constituent une préoccupation quotidienne en pratique courante. Elles englobent un ensemble de pathologies dont le retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Mali ; comme dans le reste des pays de la région avec des taux se situant autour de 464 décès maternels 100000 naissances vivantes [39].

Au Mali, selon une étude faite par Kane, à l'hôpital G.Touré (HGT) en 1998 [3], on a trouvé 67 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements effectués dans cet

hôpital. Il ressort de cette étude que les hémorragies du troisième de la grossesse représentaient 18,75% des causes de décès maternels.

Cependant ; il faut noter que la transfusion sanguine souvent utile dans le protocole thérapeutique des hémorragies constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine, un risque supplémentaire [4] de décès maternels par la rareté du don de sang donc une pénurie.

A l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse, C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de mener cette étude avec les objectifs suivants :

II-OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

2-Objectifs spécifiques :

- 1-Déterminer la fréquence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.
- 2-Définir le profil socio-démographique des patientes.
- 3- Décrire les facteurs étiologiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- 4- Décrire les aspects thérapeutiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- 5- Etablir le pronostic maternel et fœtal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- 6-Formuler des recommandations.

III-GENERALITES

A- Définition

Il s'agit des hémorragies provenant de la cavité utérine à partir de la 28 semaines d'aménorrhée, ce type de complication survient dans 2 à 5% des grossesses [5].

B- Historique

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

Il semble que c'est PORTAL qui est le 1^e à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [6].

Plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [3].

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la 1^{ère} fois par BAUDELOQUE en 1802 en France et par RIGLET en Angleterre en 1811.

RIGLEY opposait les hémorragies <<accidentelles>> des hématomes rétro placentaires aux hémorragies <<inévitables>> du placenta prævia.

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro placentaire des hémorragies cachées.

DE LEE [7] en 1901 décrivait à l'occasion d'un HRP le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée qu'en 1936 par DEEKERMAN.

Dans tout le temps de l'histoire de l'obstétrique il a été question de déchirure de l'utérus mais le mécanisme était mal connu,

BAUDELOQUE interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux.

En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc [3].

C – Rappels Anatomique

1- Utérus

L'utérus est un organe musculaire creux à fibre lisse, en forme de poire légèrement aplati d'avant en arrière [8] destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes physiologiques.

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

L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 et 1200g, sa capacité non gravide est de 2 à 3 ml, à terme elle est de 4 à 5 litres [9].

1-2- Le corps utérin

C'est la partie supérieure la plus massive [8], il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse et la couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire.

Le péritoine appelé sereuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin. L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8 cm et une largeur de 4-5 cm ; à la fin du 6^e mois de la grossesse sa hauteur est de 24

cm et sa largeur est de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm.

A terme l'épaisseur des parois est de 8-10 cm au niveau du fond et de 5 à 7 cm au niveau du corps [3].

1-2 – Le col utérin

C'est l'extrémité inférieure placée dans le vagin [8] il subit peu de modification pendant la grossesse.

Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu, la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primaires ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variable.

Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé.

1-3 – Le segment inférieur

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

* **La forme** : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut.

Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi postérieure ; caractère important, puisque, c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.

* **Dimension et Limites** : Le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur 9-12 cm de largeur et 3-5 cm d'épaisseur ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

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

* **Structure** : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque impropre à assurer parfaitement la placentation.

***Caractère** : son caractère essentiel est la minceur deux (2) à quatre (4) millimètres, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

***Physiologie** : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique ; physiologique et pathologique.

- **Sur le plan clinique** : Il montre la valeur pronostique capital qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.

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

- **Sur le plan pathologique** : il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique, c'est lui qui est conerné dans la grande majorité des ruptures utérines. C'est sur lui que s'insère le placenta prævia.

2- Le placenta

En latin placenta signifie gâteau. Il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus [10], c'est un organe né en même temps que l'embryon. Mais de son étude nous verrons :

- **Formation du placenta** : le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le cinquième jour de la fécondation. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste. A partir du 3^e et 4^e mois de la grossesse il devient un organe distinct et acquiert sa structure définitive dès le début du 5^e mois.

2-1 – La morphologie (anatomie) placentaire

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïde elliptique.

Il mesure 16-20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3 cm au centre, 4-6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500-600 grammes soit le sixième de celui du fœtus.

a- La face fœtale : encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaire superficiel de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villositaire une arborisation villositaire organisée en système tambour. Ces villosités chorales se divisent en branches divergentes, les unes prenant contacte avec la muqueuse utérine et s'y ancrant solidement (villosités crampons), les autres restent libres et baignant dans les lacs sanguins. La villosité est l'organite

élémentaire du placenta. Elle est formée d'un axe vasculaire (artérioles et veines) et d'un revêtement qui se modifie avec l'âge de la grossesse.

b- La face maternelle : encore appelée lame basale ; est charnue tomenteuse. Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds, creusés par les septas.

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

2-2 La circulation placentaire

Elle est double : maternelle et le sang fœtale. Il se produit un échange continu de substances entre le sang maternel et fœtal.

-La circulation utero placentaire s'établit aux 14^e -15^e jours de la fécondation par extra vasation du sang maternel dans la chambre inter villositaire. A la périphérie de cette chambre se trouve le sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utero placentaire et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600 ml/minute et le débit artériel fœtal est à terme de 160 ml/minute.

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

Il faut noter que la circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du

syncytium de la villosité syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [10].

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

3- Les membranes de l'œuf

On décrit à l'œuf trois membranes, disposées successivement de dedans en dehors : l'amnios, le chorion et la caduque. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical.

3-1 L'amnios

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

3-2 Le chorion

C'est une membrane fibreuse, très transparente et résistante, situé entre la caduque et l'amnios. Dans le placenta elle devient la plaque choriale d'où émanent les villosités choriales. A l'orifice interne du col ; le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obstrue le canal cervical. A la fin du 3ème mois l'amnios et le chorion se fusionnent.

3-3 La caduque basale ou déciduale

Dès l'implantation, la muqueuse utérine se transforme en caduque ou déciduale. L'œuf en grossissant fait sailli dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement

D- Physiologie du placenta :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis le fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire ».

D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus assurant la nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. En fin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

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

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

E- Les étiologies

1- le placenta prævia (pp)

1-1 Définition

Normalement le placenta s'insère sur le fond et l'une des faces du corps utérin.

Le placenta prævia est une anomalie d'insertion du placenta, qui s'insère trop bas sur le segment inférieur de l'utérus.

Il représente dans de nombreuses séries [3, 11,4] la première étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse avec un taux variant selon les auteurs de 43,28% à 88,7%.

1-2 Classification

a- Classification anatomique : qui correspond à la situation du placenta pendant la grossesse et comprend trois variétés :

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

b- Classification échographique : selon BESSIS [12], il considère comme bas insérés échographique les placentas dont l'insertion se situe en totalité ou en partie dans une zone allant du sommet du mur supérieur de la vessie en réplétion à une distance de 4cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus.

c- Classification clinique : envisage la situation du placenta pendant le travail :

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

1-3 Pathogénie de l'hémorragie

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

avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle, le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités ; mais la déchirure de villosité peut ouvrir de surcroît une source d'hémorragie du côté fœtal.

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

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

- La théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER

A partir du 6^e mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre la paroi utérine et le placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [3].

- la théorie du glissement

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col ; le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique [3].

1-4 Etude clinique

a- L'hémorragie : elle représente 11 à 38 % des hémorragies de la deuxième moitié de la grossesse [13]. L'hémorragie peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable

faite de sang rouge. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier ; sans cause apparente.

b- Les signes généraux : leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition.

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

c- Signes physiques : - **Le palper abdominal:** montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur, l'utérus est souple, sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue

- **Le toucher vaginal :** très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang. L'échographie symptomatique permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, la mort maternelle et fœtale [14].

2- L'hématome rétro-placentaire

2-1 Définition

L'hématome rétro placentaire est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser [15]. Ce syndrome est encore appelé :

- décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)

- abruption placentaire (arrachement du placenta) [16].

Il complique 0,25% à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse [3].

Globalement la mortalité prénatale dans l'hématome rétro placentaire est entre 30 et 50% [17].

2-2 Pathogénie de l'hémorragie

Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisé à la zone utero placentaire. Ainsi se constitue l'hématome rétro placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie [18].

2-3 Etude clinique

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

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus, la perte de sang noir. Il se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang

noir extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces hémorragies sont absentes dans 10 à 20 %.

a- Signe généraux : - faciès angoissé

- le pouls s'accélère et s'affaiblit

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

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

b- Signes physiques : - **A l'examen :** l'utérus qui est le siège d'une hémorragie devient dur comme du bois, dur de partout et dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.

- **A l'auscultation :** les BDCF sont souvent absents.

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

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic. Les signes échographiques sont tardifs et n'existeraient que dans 25% des cas.

3- La Rupture utérine

3-1 Définition

Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide [19]. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92 des grossesses.

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de mortalité maternelle : 20 à 39,0 % selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3e trimestre [3]

3-2 Pathogénie de l'hémorragie

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

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

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

3-3 Etude clinique

-Phase de prodromes : permet de prévoir l'accident, les signes de rétraction utérine apparaissent les premiers. L'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes, l'utérus se relâche mal.

- **Phase d'imminence de la rupture** : la rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'allonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

- **Phase de rupture** : les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister, l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen.

Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalés et superficiels ; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus. Au toucher la femme perd de sang noirâtre, la

présentation a disparu. La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave ; dont la prévention précoce n'est pas toujours possible. [11]

4- Cervicite et érosion cervicale

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse [20].

5- Hématome décidual marginal : (rupture du sinus marginal)

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

6- Rupture de vaisseau prævia ou syndrome de BENKISER

Il s'agit d'un vaisseau fœtal qui saigne [21].

7- Embolie amniotique [21]

8- Rupture spontanée de varices utérines

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hercotectonique. [22]

La grossesse fragilise les malformations vasculaires. [23]

9- Les causes indéterminées

F- le traitement

1- le traitement préventif

Les hémorragies du troisième trimestre sont le plus souvent imprévisibles. En effet de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur le moyen préventif le plus sûr est la consultation prénatale qui bien menée permet de déceler certains facteurs (de risque tels que une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtal ; les antécédents

d'hématome rétro placentaire (HRP) de rupture utérine (RU) d'interruption volontaire de la grossesse (IVG) ; d'endométrite ; de traumatisme, de consommation de stupéfiants. D'alcool ou de tabac etc.

2- Le traitement curatif

Il doit être assuré par une équipe comprenant un obstétricien et son aide, un anesthésiste réanimateur et un pédiatre néonatalogiste.

2-1 Les buts

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

2-3 moyens

2-3-1 le traitement général

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [20].

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

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre.
- Mise en place d'une sonde urinaire.
- Oxygénation.
- Bilan préopératoire ; s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe rhésus, NFS entre autres) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène et de prothrombine, taux de plaquettes ...)
- Correction de la volémie (cristalloïdes, transfusion si nécessaire)
- Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible.

Les solutés cristalloïdes comme le ringer lactate ou le sérum salé à 0,9% sont les traitements de première intention pour une

réanimation précoce, le ringer lactate contient du sodium, du potassium du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'1 litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extra vasculaire. Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple haemacel sont administrées, les volumes ne devraient pas excéder 1000 à 1500cc en 24heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

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

Si la patiente n'a pas été groupée au préalable un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement, les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite.

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

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

- Correction des troubles de coagulation : Fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquette si leur nombre est inférieur à 50.000/mm³ avec un saignement actif.
- Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotique si nécessaire.

2-3-2- Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.



Le placenta praevia

Il y a trois modalités thérapeutiques :

- La césarienne
- L'expectative
- La rupture des membranes

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

- Le volume du saignement
- L'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire
- L'état foetal.

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

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

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

Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie « une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang » disait on déjà au XVIII siècle en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne s'impose. En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale.

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

Après la 34e SA si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée.

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

- Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines.

Rappelons que les bêtas mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur [24].

- Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hémorragie supérieure à 30%.

- Immunoglobuline anti-D pour les patientes de rhésus négatif.

- Cures de stéroïdes

- Repos strict au lit jusqu'à 3 jours de saignement.

Après la 34^e SA une césarienne sera réalisée, si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus.

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

Hématome rétro – placentaire (HRP)

Trois facteurs doivent entrer en ligne de compte

- l'état cardio-vasculaire de la mère

- la vitalité du fœtus

- la maturité fœtale

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

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un enfant vivant et viable avec accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec hémorragie cataclysmique ou choc

maternel pour sauver la mère généralement au prix d'une hystérectomie.

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

Devant l'hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature ; si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près.

Il faut se souvenir que le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [20].



La rupture utérine

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

2-3-3 La surveillance

Elle est clinique et échographique

- **La surveillance clinique** : elle comporte l'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (BDCF), les mouvements actifs fœtaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement et la diurèse.

La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées en cas d'accouchement les suites de couche doivent être

particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part et du risque de maladie thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant ; la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [24].

- **La surveillance échographique** : l'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel. Dans le cas particulier du placenta prævia (PP) l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps ; car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34-35 SA [25].

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

G- Evolution et complication

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

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

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

- **les troubles de coagulation** : ils sont dus à une éruption massive dans la circulation des thromboplastines provenant du placenta et de la caduque.

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

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

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

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

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

H- Le pronostic

- **Le pronostic maternel** : si la mortalité a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée.

L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les caillots des HRP, les fragments des PP et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne).

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

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

-**Le pronostic fœtal** : en général il est mauvais, l'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos

jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant la mort in utero et de la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt ; plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36-39 SA.

IV-MÉTHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni de Kayes

a. description de la région.

La région de Kayes, 1ère région administrative du Mali est située entre le 12° et 17° de latitude Nord à cheval sur le haut Sénégal et ses affluents à l'extrême Ouest du Mali. Elle s'étend approximativement d'Est en Ouest et du Nord au Sud sur une distance de 400 Km. Elle est limitée à l'Est par la Région de Koulikoro, à l'Ouest par la République du Sénégal, au Nord par la République islamique de Mauritanie et au Sud par la République de Guinée Conakry.

La région couvre une superficie de 120 760 Km², représentant 9,7% de la superficie totale du territoire national. La population est de 1761190 habitants avec une densité de 8, 20 habitants par kilomètre carré. La loi N° 96-059ANRM du 4 Novembre 1996 portant création des communes subdivise la région en 7 cercles composés de 117 communes rurales et 12 communes urbaines.

Le cercle de Kayes occupe l'extrême Ouest de la région de Kayes avec une superficie de 22 190 Km². Il s'ouvre sur les deux pays frontaliers (République du Sénégal et de la Mauritanie).

Les ethnies dominantes sont : les Soninkés, les Khassonkés, les Malinkés, les Peuhls, les Bambaras, les Ouolofs. Une particularité est la forte proportion d'immigrés. La majorité des maliens vivant en France sont des Soninkés originaires de la région.

La communication à l'intérieur du cercle est rendue peu facile grâce à certains réseaux routiers goudronnés.

La commune de Kayes abrite d'autres structures sanitaires publiques, parapubliques et privées qui sont : le dispensaire de la garnison militaire, le dispensaire de la RCFM, la polyclinique Yonki Saha, la Clinique Fraternité, le Cabinet du Fleuve, le Cabinet Touba, le dispensaire de la Croix Rouge, L' Institut National de Prévoyance Sociale, Centre de Santé de Référence, Centre de Santé Communautaire de Kayes N'Di, de Lafiabougou et de Khasso.

b. L'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

L'hôpital est une vieille structure créée en 1883 par les militaires français en mission dans l'Ouest africain. L'Hôpital FDK est l'une des formations sanitaires les plus vieilles du Mali. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France.

En 1959 il devient Hôpital secondaire ; avec la réorganisation des formations hospitalières en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

- Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et de l'Italie.

En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousseyni Daou du nom d'un de ses Médecins Directeurs assassiné la même année. Il est situé au Sud - Est de la ville de Kayes au quartier Plateau (un des cinq grands quartiers de la ville) au voisinage de la gare ferroviaire.

Il s'étend sur une superficie de 12 hectares.

Il comprend :

b-1-Les Infrastructures :

La structure de l'hôpital Fousseyni Daou est composée de :

Un (1) bloc administratif et financier ;

Un (1) bloc pour la médecine avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 28 lits ;

Un (1) bloc pour le service de gynécologie et obstétrique avec des salles

d'hospitalisation d'une capacité de 20 lits ;

Un (1) bloc pour l'urologie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits ;

Un (1) bloc pour la pédiatrie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits ;

Un (1) bloc pour le laboratoire et la pharmacie ;

Un (1) bloc pour la chirurgie avec des salles d'hospitalisation d'une capacité de 14 lits;

Un (1) bloc pour l'ophtalmologie avec une capacité de 8 lits ;

Un (1) bloc pour la dermatologie;

Un (1) bloc pour la buanderie ;

Un (1) bloc d'hospitalisation VIP avec une capacité de 10 lits ;

Un (1) bloc pour les urgences et soins intensifs avec une capacité de 8 lits ;

Neuf (9) logements pour les astreintes ;

Une (1) morgue ;

Un (1) bloc pour l'Odontostomatologie.

Le service de radiologie est incorporé au bloc chirurgical, le service social est logé dans le bloc administratif.

Un centre pour la formation continue qui abrite en même temps l'institut national pour la formation en science de la santé (INFSS) derrière le bloc de l'Odontostomatologie.

b-2-Les moyens logistiques :

L'hôpital dispose :

Trois (3) ambulances ;

Deux (2) motos Yamaha 100 ;

Un (1) Toyota Hi lux double cabine en épave ;

Un (1) 1 Toyota Mitchibuchi double cabine en épave.

b-3-Le personnel :

Le personnel de l'hôpital Fousseyni de Kayes est composé de :

Un (1) gestionnaire de service de santé : Médecin Directeur ;

Deux (2) médecins généralistes ;

Deux (2) chirurgiens généralistes ;

Un (1) pédiatre ;

Deux (2) pharmaciens ;

Un (1) dermatologue ;

Une (1) anesthésiste- réanimatrice ;

Un (1) ophtalmologue ;

Un (1) dentiste ;

Quatre (4) techniciens supérieurs de laboratoire et de pharmacie ;

Deux (2) techniciens de laboratoire et de pharmacie ;

Neuf (9) techniciens supérieurs de santé ;

Sept (7) techniciens de santé ;

Cinq (5) agents techniques de santé ;

Un (1) technicien supérieur de radiologie ;

Un (1) technicien de radiologie ;
Un (1) assistant médical de radiologie ;
Trois (3) sages femmes ;
Six (6) techniciennes obstétriciennes ;
Dix (10) matrones ;
Deux (2) assistants médicaux d'anesthésie ;
Deux (2) assistants médicaux d'ophtalmologie ;
Un (1) assistant médical de kinésithérapie ;
Un (1) assistant médical de santé Publique
Un (1) technicien supérieur en ORL ;
Un (1) technicien supérieur en hygiène et assainissement ;
Trois (3) aides soignants ;
Un (1) technicien supérieur de gestion ;
Un (1) technicien supérieur du trésor ;
Deux (2) comptables ;
Un (1) cuisinier ;
Huit (8) manœuvres ;
Trois (3) chauffeurs ;
Un (1) électricien.

En plus on signale la présence de l'équipe Cubaine qui vient appuyer le personnel de l'hôpital composé de : un gynéco obstétricien ; une chirurgienne ;
un traumatologue ; un médecin interniste ; deux assistantes anesthésistes et réanimatrices ; une assistante médicale d'ORL.

b-4-Les Activités et Missions :

Actuellement l'hôpital Fousseyni de Kayes assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau.

Il s'agit de:

Consultation externe ;

Consultation prénatale ;

Accouchements ;

Suivi des malades hospitalisés ;

Interventions chirurgicales ;

Activités de laboratoire ; de Radiologie ; d'Ophtalmologie ; de

Stomatologie.

- Le Service de Gynécologie et Obstétrique :

Le service est un bâtiment à étage. Il se présente comme suit :



Au rez de chaussée :

Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,

Une (1) grande salle à quatre lits,

Une (1) salle d'accouchement et soins des nouveaux nés

comportant quatre tables d'accouchement et communique à une salle d'attente,

Une (1) salle de consultation prénatale et d'informatique,

Une (1) salle de garde,

- Trois (3) toilettes dont une pour le personnel.



l'étage :

Deux (2) salles d'hospitalisation pour une capacité de dix (10) lits,

Une (1) salle de pansement des malades opérées,

Une (1) salle des faisant fonction d'internes,

Une (1) salle pour les consultations externes,

Une (1) salle pour les manœuvres,

Trois (3) toilettes dont une pour le personnel,

L'annexe est incorporée au bâtiment du bloc opératoire.

Le personnel se compose de :

Deux (2) médecins gynécologues obstétriciens dont un titulaire (Médecin Directeur) et un stagiaire,

Huit (8) étudiants en médecine faisant fonction d'interne.

Trois (3) sages femmes,

Six (6) infirmières obstétriciennes,

Une (1) infirmière en santé publique,

Dix (10) matrones et quatre manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suit :

Trois (3) jours de consultation externe,

Trois (3) jours de consultation prénatale,

Deux (2) jours d'échographie,

Une (1) visite journalière des malades hospitalisées,

Un (1) jour d'activités chirurgicales (jeudi) à froid

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un étudiant en médecine faisant fonction d'interne, une sage femme ou une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

Outre ces activités, le service reçoit toutes les dystocies provenant des structures situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du cercle de Kayes, des six (6) autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivie de la visite des malades hospitalisées.

2 -Type d'étude

Notre étude est une étude longitudinale, prospective, descriptive et analytique s'étendant sur une période de douze mois (1^{ER} Mars 2007 -29 Février 2008).

3 - Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant saigné au cours du dernier trimestre de la grossesse ou au cours du travail d'accouchement admises à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

4- Echantillonnage :

Critères d'inclusion :

- Toute gestante présentant une hémorragie au 3eme trimestre.
- Toute gestante au 3^{ième} trimestre en travail présentant une hémorragie admise à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.
- Qu'elle soit ou non évacuée.

Critères de non inclusion :

- Toute gestante présentant une hémorragie au 1er ou au 2eme trimestre de la grossesse.
- Toute femme présentant une hémorragie du post partum immédiat (de moins de 24Heures).

5- RECUEIL DES DONNEES :

Les données ont été recueillies au cours des consultations externes et pendant les gardes à l'aide d'une fiche d'enquête (portée à l'annexe) ; Les dossiers d'hospitalisation, registre d'accouchement, registre compte rendu opératoire.

Au total nous avons recruté 91 femmes.

6- PLAN D'ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies sur le logiciel World 2003, et analysées sur le logiciel Epi info version 6.04. Pour le calcul de distribution nous avons utilisé le test statistique KHI-2 avec une différence statistique fixée à 0,05.

7- LES VARIABLES ETUDIEES : au cours de notre étude nous avons mesuré les paramètres suivants : l'âge, la gestité, la parité, la profession, le statut matrimonial, le nombre de CPN, la durée et la quantité de l'hémorragie, le motif de consultation, les signes cliniques, les étiologies des hémorragies et leurs complications, la nature de la conduite thérapeutique et le pronostic materno foetal.

8- DEFINITIONS OPERATOIRES :

- ***Mode de référence***

Référence : c'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en l'absence de toute situation d'urgence.

Evacuation : C'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

Transfert : C'est l'orientation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.

- **Le pronostic materno foetal :** nous entendons par pronostic materno- foetal l'issue de l'accouchement pour la mère et foetus en termes de mortalité et de morbidité.

Appréciation de l'indice de Glasgow

⇒ Ouverture des yeux :

- spontanée : 4 points,
- au bruit : 3 points,
- douleur : 2 points,
- aucune : 1 point.

⇒ **Réponse verbale :**

- orientée : 5 points,
- confuse : 4 points,
- inappropriée : 3 points,
- incompréhensible : 2 points,
- aucune : 1 point.

⇒ **Réponse motrice :**

- à la commande verbale : 6 points,
- à la stimulation douloureuse : 5 points,
- en flexion simple : 4 points,
- en flexion stéréotypée : 3 points,
- en extension stéréotypée : 2 points,
- aucune : 1 point.

9-FORCES ET FAIBLESSES : au cours de notre étude nous avons constaté que au sein du service il y avait une notion d'équipe et surtout la présence de deux gynécologues obstétriciens, la disponibilité des réanimateurs pour une prise en charge rapide des patientes et aussi la tenue correcte des dossiers des malades mais nous avons regretté quelques faiblesse notamment le manque de donateurs bénévoles pour la banque de sang, le retard d'évacuation des patientes.

V- RESULTATS

1°) LA FREQUENCE

Du 1^{er} Mars 2007 au 29 Février 2008 soit douze mois nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur un total de 4116 accouchements 91 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence 2,21 %.

2°)- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge en années	Effectif	Pourcentage
≤ 19	2	2,2
20 – 35	70	76,9
>35	19	20,9
Total	91	100

Agés extrêmes sont 16 et 40 ans. Moyenne d'âge = 29 ans.

La tranche d'âge 20-35 a été la plus représentée avec un écart type de 0,8.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

ETHNIE	Effectif	Pourcentage
Bambara	20	22
Malinke	6	7
Peulh	26	28
Sarakolé	27	30
Kassonke	10	10,9
Autre	2	2,1
Total	91	100

Les Sarakolés ont dominé l'échantillon avec un effectif de 27cas soit 30%

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	6	6,6
Femmes au foyer	82	90,1
Elèves ou Etudiantes	2	2,2
Commerçante	1	1,1
Total	91	100

90,1% des gestantes étaient des femmes au foyer

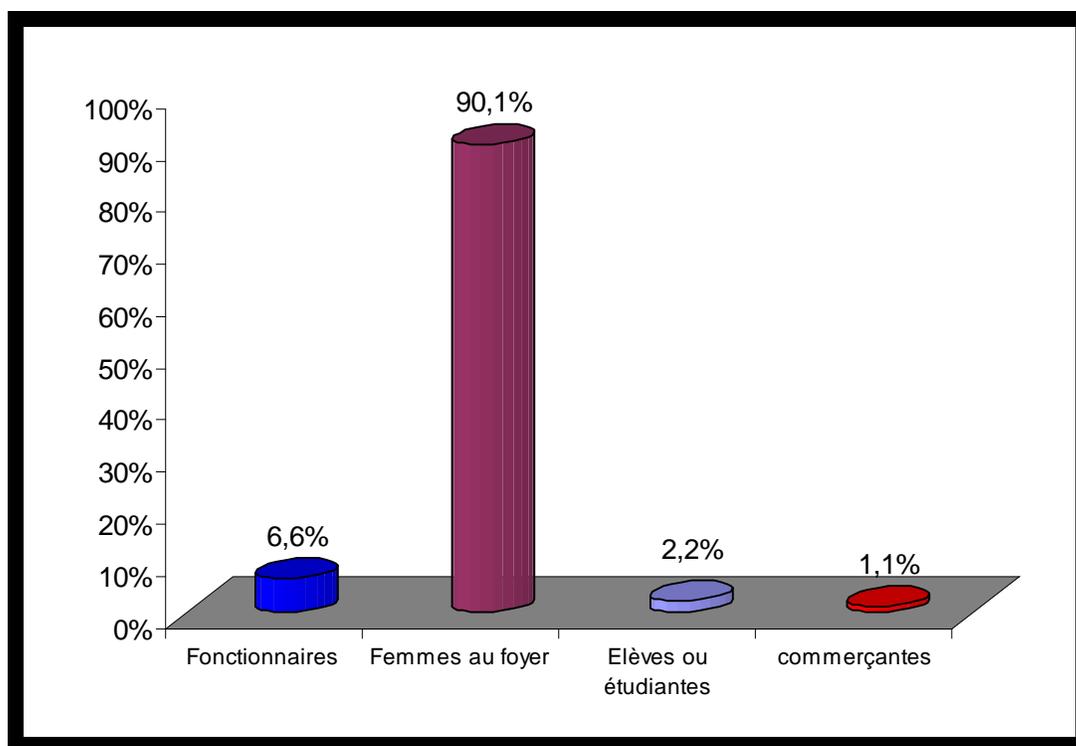


Tableau IV : Répartition des gestantes selon la profession de leur mari

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	10	1,1
Paysans	43	47,2
Sans emploi	1	0,1
Elèves ou Etudiants	2	2,1
Commerçants	23	25,2
Ouvriers	6	6,6
Indéterminées	3	3,3
Autres	3	3,3
Total	91	100

Autres : marabout,

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariées	85	93,4
Célibataires	5	5,5
Divorcée	1	1,1
Total	91	100

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

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Analphabètes	59	64,9
Primaire	29	31,9
Secondaire	3	3,2
Supérieur	0	0,0
Total	91	100

64,9 % de nos gestantes étaient Analphabètes

3°) Modalités d'admission

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

Modes d'admission	Effectif	Pourcentage
Auto référence	33	36,3
Evacuation	51	56,0
Référence	7	7,7
Total	91	100

56,0% des gestantes étaient évacuées

Tableau VIII : Répartition des patientes évacuées selon l'auteur de l'évacuation

Auteur	Effectif	Pourcentage
Médecin	27	46,5
Sage femme	7	12,1
Infirmier	11	18,9
Matrone	13	22,5
Total	58	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon la provenance

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage
Kayes	56	61,5
Somankidi	5	5,5
Bougountinti	1	1,0
Boutinguisse	2	2,2
Koniakary	2	2,2
Leya	1	1,0
Lontou	1	1,0
Marena	2	2,2
Diombougou maréna	1	1,0
Dialaka	1	1,0
Gakoura	1	1,0
Gabou	1	1,0
Gamera	1	1,0
Gouméra	2	2,2
Gory	1	1,0
Sobokou	2	2,2
Sandare	4	4,4
Sadiola	2	2,2
Kakoulou	2	2,2
Yelimane	2	2,2
Diabadji	1	1,0
Total	91	100

NB : 56 patientes sont venues de Kayes soit 61,5 %.

4°) LA CLINIQUE

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

Motifs d'admission	Effectif	Pourcentage
Métrorragie	91	100
Métrorragie + Contraction utérine douloureuse	12	13,2
HTA	1	1,1
Choc hypovolémique	2	2,2

2 patientes soit 2,2 % étaient admises dans un état de choc hypovolémique.

Tableau XI Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Césarienne	5	5,5
Avortement	10	11
PP	1	1,1
HRP	0	0
RU	1	1,1
Absence	74	81,3
Total	91	100

10 patientes soit 11,00 % avaient des antécédents d'avortement.

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	4	4,4
Diabète	0	0,0
Néphropathie	1	1,1
Sans antécédents	86	94,5
Total	91	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Hernie	2	2,2
Myomectomie	2	2,2
Laparotomie	1	1,1
Sans antécédents chirurgicaux	86	94,5
Total	91	100

94,5 % des gestantes étaient sans antécédents chirurgicaux

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes	17	18,6
Paucigestes	15	16,5
Multigestes	35	38,5
Grandes multigestes	24	26,4
Total	91	100

35 patientes soit 38,5% étaient des multi gestes

- ☐ Primigeste = 1 grossesse
- ☐ Paucigeste = 2-3 grossesses
- ☐ Multigeste = 4 à 5 grossesses
- ☐ Grande multigeste = 6 grossesses ou plus

Tableau XV : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipares	8	8,8
Primipares	13	14,2
Paucipares	21	23,1
Multipares	25	27,5
Grandes multipares	24	26,4
Total	91	100

Les multipares ont été les plus touchées avec 25 cas soit 27,5%

- ☐ Nullipare = 0 accouchent
- ☐ Primipare = 1 accouchent
- ☐ Paucipare = 2 à 3 accouchements
- ☐ Multipare = 4 à 5 accouchements
- ☐ Grande multipare ≥ 6 accouchements

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

Age gestationnel (S.A)	Effectif	Pourcentage
28 – 32	7	7,7
33 – 36	21	23,1
> 37	63	69,2
Total	91	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'existence des antécédents de saignement.

Existence de saignement	Effectif	Pourcentage
1er trimestre	2	2,2
2er trimestre	9	9,8
3er trimestre	80	88
Total	91	100

80 cas soit 88% de nos patientes avaient eu des antécédents de saignement au troisième trimestre de leurs grossesses

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	17	18,7
1 – 3	50	54,9
≥4	24	26,4
Total	91	100

Seulement 24 patientes soit 26,4% avaient fait plus de 4 CPN

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués à l'arrivée.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage	
Groupe Rhésus	Oui	90	9,89
	Non	1	01,1
	Total	91	100
Taux d'hémoglobine	Oui	91	100
	Non	0	0
	Total	91	100
Dosage albumines/Urine	Oui	08	8,7
	Non	83	91,3
	Total	91	100

Toutes nos patientes ont effectué au moins 1 examen complémentaire soit 100%

Tableau XX : Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Pâleur	27	29,7
Colorées	64	70,3
Total	91	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	11	12,1
Non	80	87,9
Total	91	100

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

Etiologies de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Placenta prævia	17	18,6
Hématome rétro placentaire	58	64,0
Rupture utérine	13	14,2
PP+HRP+Hémorragie De Benkiser	3	3,2
Total	91	100

64% des patientes avaient un HRP ; Autres : 2 (PP+HRP); 1 (Hémorragie de Benkiser).

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'abondance du saignement

Saignement	Effectif	Pourcentage
Minime	46	50,6
Abondant	45	49,4
Total	91	100

Le saignement était abondant chez 45 patientes soit 49,4%

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

Mode de survenue	Effectif	Pourcentage
Spontané	91	100
Provoqué	0	0
Total	91	100

100 % de nos patientes avaient saigné spontanément

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

	Travail ou non	Effectif	Pourcentage
PP	Oui	15	88,2
	Non	2	11,8
	Total	17	100
HRP	Oui	58	100
	Non	0	0
	Total	58	100
RU	Oui	13	100
	Non	0	0
	Total	13	100
Autres	Oui	3	100
	Non	0	0
	Total	3	100
Total		91	100

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

Délai en heure	Effectif	Pourcentage
< 1	38	41,8
≥1	53	58,2
Total	91	100

53 patientes soit 58,2% ont mis plus d'une heure avant leur admission au centre.

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon les signes de la toxémie gravidique.

Evénements survenus	Effectif	Pourcentage
HTA	26	28,6
OMI	47	51,6
Protéinurie	1	1,1
Absence	17	18,70
Total	91	100

26 Patientes soit 28,6% étaient hypertendues pendant la grossesse

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon les signes physiques à l'admission

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Pâleur	27	29,67
TA \leq 8/4	2	2,19
Col ouvert	23	25,27

2 patientes soit 2,19% avaient une TA \leq 8/4 à l'admission

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

Etat général	Effectif	Pourcentage
Conservé	61	67,04
Obnubilé	13	14,28
Mauvais	17	18,68
Total	91	100

NB : Conservé : le score de Glasgow variait de 13 à 15

Obnubilé : le score de Glasgow variait de 9 à 12

Mauvais : le score de Glasgow variait de 6 à 7

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

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	83	91,2
Siège	5	5,5
Transversale	3	3,3
Total	91	100

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

BDCF	Effectif	Pourcentage
Oui	34	37,3
Non	57	62,7
Total	91	100

NB : Les BDCF étaient absents à l'admission dans 57 cas soit 62,7%.

Parmi ces cas, nous avons :

- 13 cas soit 22,8% de mort né parmi les cas ruptures utérines;
- 3 cas soit 5,26% de mort né parmi les cas placentas Praevia ;
- 41 cas soit 71,9% de mort né parmi les cas d'hématome rétro placentaire

Tableau XXXII : Répartition de la survenue de l'HRP chez les hypertendues.

Femmes et HRP	HRP oui	HRP non	Total
Femmes et HTA			
HTA oui	9	11	20
HTA non	36	35	71
Total	45	46	91

Parmi les femmes hypertendues, 9 ont présenté un HRP contre 36 chez les non hypertendus.

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie haute	69	75,8
Voie basse	22	24,2
Total	91	100

69 patientes soit 75,8% ont accouché par voie haute.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes opérées selon l'étiologie de l'hémorragie.

Etiologie de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage
HRP	41	59,5
Placenta Praevia (PP)	13	18,8
Rupture utérine	13	18,8
HRP+PP	2	2,9
Total	69	100

Hématome rétroplacentaire a été le plus pourvoyeur d'intervention chirurgicale avec 41cas soit 59,5%

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la nature du traitement reçu avant l'accouchement.

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Ocytocique	84	92,30
Antispasmodique	87	95,60
Transfusion	11	12,08
Autres traitements	14	15,38

Autres : anti-hypertenseurs et macromolécules

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

Durée en heure	Effectif	Pourcentage
< 2	76	83,5
2 – 4	12	13,2
≥ 5	3	3,3
Total	91	100

Tableau : XL : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation en jour.

Duré/hospitalisation en jour	Effectif	Pourcentage
1-4	11	12,08
≥5	80	87,92
Total	91	100

80 des patientes soit 87,92% ont eu une durée d'hospitalisation ≥ 5 jours.

4°) Pronostic maternel

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

Nature des complications	Effectif	Pourcentage
Choc hypovolémique	3	3,3
Infection	4	4,4
Décès	2	2,2
Sans complication	82	90,1
Total	91	100

NB : Le premier cas de décès dû à une coagulopathie chez une patiente évacuée, qui présentait un placenta Prævia hémorragique. Le deuxième cas de décès était dû à une diarrhée chez une patiente qui présentait un hématome retroplacentaire. Quatre infections de la plaie opératoire.

Tableau XLII : Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Bon	82	90,1
Mauvais	9	9,9
Total	91	100

9 patientes avaient présenté une complication dont 2 sont décédées

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

Etiologie	Effectif	Pourcentage
HRP	1	50,0
PP	1	50,0
Total	2	100

Tableau XLIV : Répartition des décès maternels en fonction de la période de la grossesse.

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Post partum	2	100,0
Pendant la grossesse	0	00,0
Total	2	100

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

5°) Les caractéristiques et pronostic fœtal

Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés selon le terme en semaine d'aménorrhée

Semaine d'aménorrhée (S.A)	Effectif	Pourcentage
<37	33	36,3
37-42	58	63,7
Total	91	100

33 nouveau-nés sont nés avant terme soit 36,3% de prématurés

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

BDCF	Effectif	Pourcentage
BDCF entendus	34	77,3
BDCF non entendus	57	62,7
Total	91	100

Les BCF étaient absents à l'admission dans 57 cas 62,7%.

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

Scores d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Effectif	Pourcentage
0	57	62,6
1 – 6	6	6,6
≥ 7	28	30,8
Total	91	100

57 nouveau-nés soit 62,6% étaient des mort-nés (Apgar 0/10)

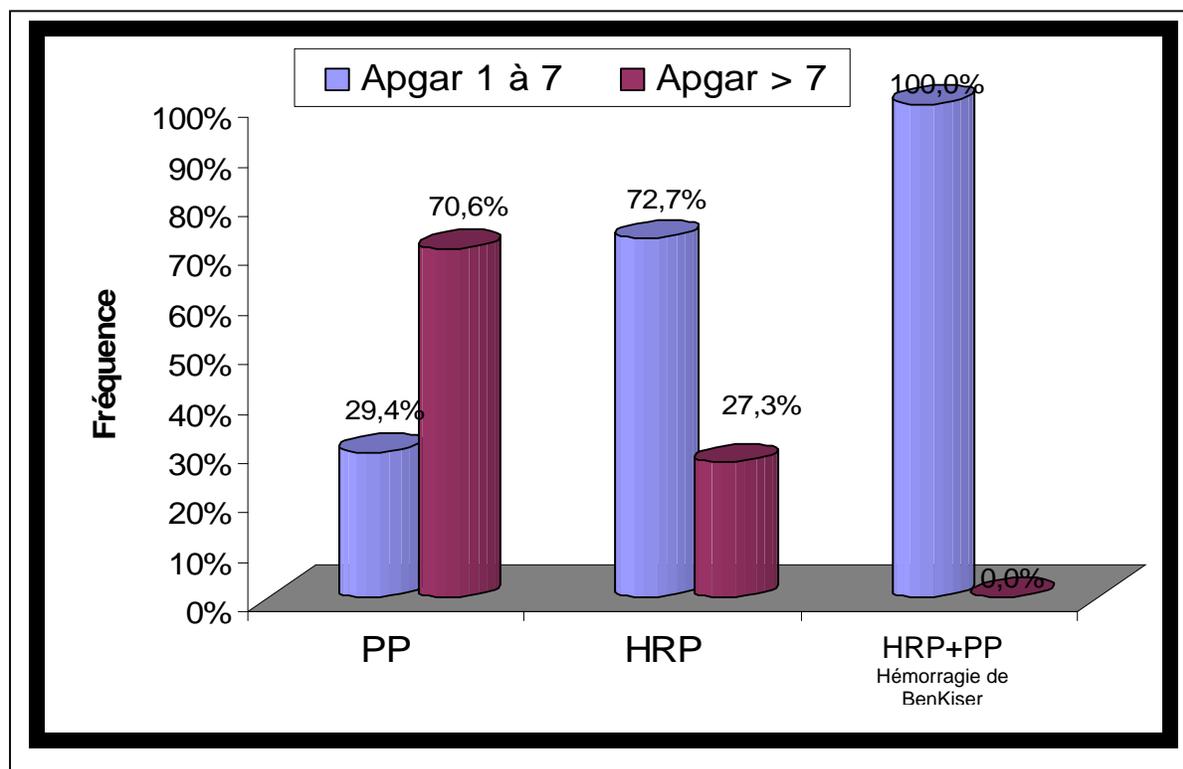
Tableau XLVIII : Pronostic fœtal en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	Vivant		Décédé	
	Effectif	%	Effectif	%
PP	14	45,2	3	5
HRP	14	45,1	44	73,3
RU	0	0	13	21,7
HRP+PP	2	6,5	0	0
Hémorragie de Binkiser	1	3,2	0	0
Total	31	100	60	100

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

Etiologie	PP		HRP		PP + HRP Hémorragie de Benkizer	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Score 1 à 7	5	29,4	8	72,7	3	100
D'Apgar > 7	12	70,6	3	27,3	0	0
Total	17	100	11	100	3	100

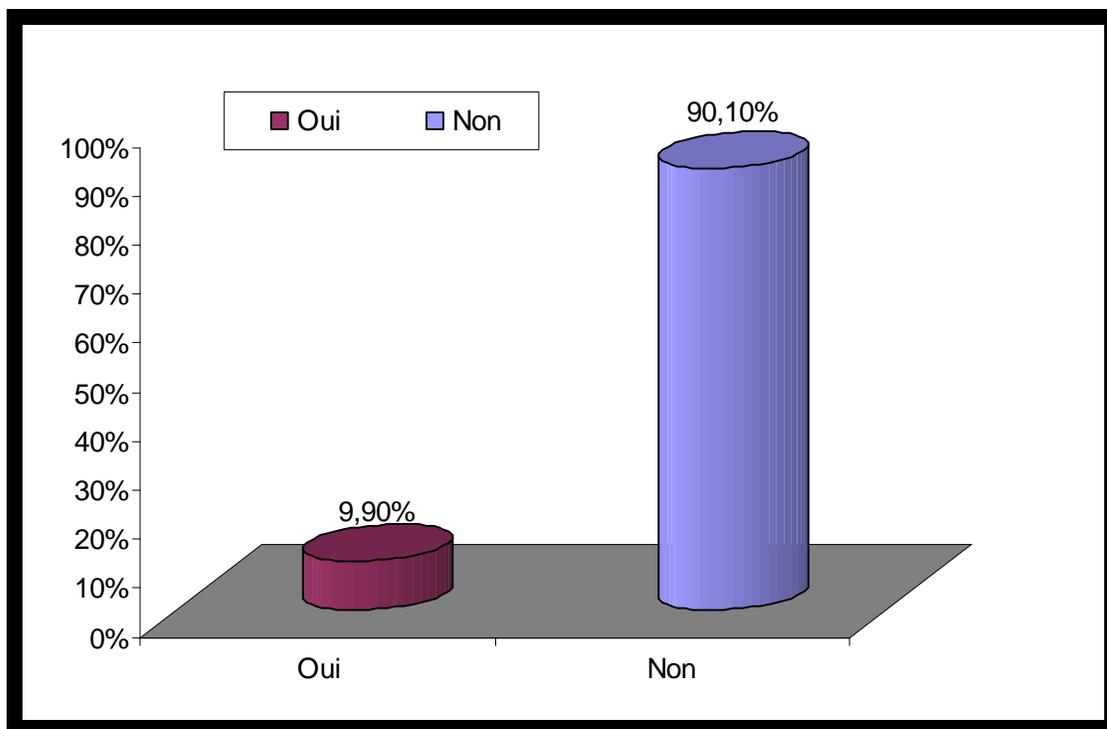
NB : Tous les nouveau-nés dont le score d'Apgar était inférieur à 8 ont été référés à la néonatalogie.



Graphique 2 : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Tableau L : Répartition des nouveau-nés évacués ou non à la Pédiatrie

Evacués ou non	Effectif	Pourcentage
Oui	9	9,9
Non	82	90,1
Total	91	100



Graphique 3 : Répartition des nouveau-nés évacués ou non à la Pédiatrie

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

Poids en kg	Effectif	Pourcentage
≤ 2500	40	43,9
>2500	51	56,1
Total	91	100

40 nouveau-nés soit 43,9% avaient un poids de naissance ≤ 2 500 grammes.

Tableau LII : Répartition des mort-nés selon le mode d'admission des mères

Mode d'admission de la mère	Nombre de mort-nés	
	Effectif	Pourcentage
Mères évacuées	36	63,2
Mères non évacuées	21	36,8
Total	57	100

Les nouveau-nés de mères évacuées ont payé un plus lourd tribut mais avec une différence statistique non significative P=0,17.

Tableau LIII : Pronostic vital des nouveau-nés évacués en néonatalogie durant les 7 premiers jours d'hospitalisation

Pronostic	J 0 – J 3		J 4 – J 7	
	Effectif	%	Effectif	%
Vivant	6	66,6	0	0,0
Décédé	3	33,4	0	0,0
Total	9	100	0	0

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

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

Nbre de morts fœtales et décès néonataux précoces	Effectif	Pourcentage
Etiologie de l'hémorragie		
P.P	3	3,3
H.R.P	44	76,7
R.U	13	20,0
Total	60	100

L'HRP a été le plus foeticide avec 44 décès soit 76,7%.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A- La Fréquence

Du 1^{er} Mars 2007 au 29 Février 2008 soit 12 mois, nous avons enregistré 91 cas d'hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse sur un total de 4116 accouchements faits dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes soit 2,21 %.

Nos résultats sont similaires à ceux de Rouillah qui trouve 2,2% [26] mais inférieurs à une autre étude du même genre faite au CHU de Gabriel TOURE qui trouve 2,6 % [3].

B- Les caractéristiques socio-demographiques

1- L'âge

La tranche d'âge la plus représentée au cours de notre étude est de 20-35 ans avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans. Cette tranche d'âge correspond à l'âge optimal de la fécondité. Nos résultats sont similaires à ceux de Rouillah [5] qui trouva aussi 18-35 ans comme l'âge le plus représenté [26] mais Foote trouve que l'anomalie est plus fréquente après 29 ans [27].

2- Résidence

Au cours de notre étude nous avons trouvé que 38,5 % de nos patientes résident hors de la ville de Kayes. Ceci s'explique par l'absence de centre spécial dans la périphérie. (1 seul bloc opératoire pour tout le cercle de Kayes). Mais nos résultats sont inférieurs à

ceux de Rouillah qui trouve dans son étude 78 % des cas qui proviennent dans la Commune d'étude [26].

3- Le statut matrimonial

Dans notre étude nous avons trouvé que parmi nos patientes 93,4% sont mariées et seulement 5,5 % sont hors mariage.

4- La profession

Les femmes au foyer ont dominé notre échantillon avec 90,1%. Rouillah [26] dans son étude a trouvé que 61 patientes soit 74,3% des femmes étaient ménagères.

5- La gestité

Pendant la durée de l'étude les multigestes ont représenté 38,5% de notre échantillon suivies des grandes multipares avec 26,4%. Coulibaly F [18] trouve que les multigestes courent plus de risques de faire un HRP que les paucigestes.

6- La parité

Les multipares ont été plus touchées avec 25 cas soit 27,5%, 26,4% pour les grandes multipares et 8,8% pour les nullipares. Rouillah a trouvé dans son étude que les paucipares et les multipares représentaient 50% de l'échantillon [26]. Dans la plupart des études de part le monde, la fréquence de l'HRP, de la RU et du PP augmentent avec la parité. Foote [27] note une fréquence quatre fois plus grande de PP parmi les multipares.

7- Mode d'admission

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse pose souvent de problème en périphérie (absence de personnels qualifiés). La fréquence des évacuations était aussi élevée dans notre série avec 50 cas soit 56%. Notre taux est

comparable à celui de Rouillah S [26] 48% mais inférieur à celui de Koné F [28] qui était de 58;20%

8- Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre

58,2% de nos patientes ont mis plus d'une heure avant d'être admises au centre de prise en charge. Rouillah S [26] a trouvé que 12 patientes soit 14,6% ont mis entre 24 et 168 heures avant leur admission au centre.

9- Antécédents obstétricaux

10 patientes soit 11% de nos patientes avaient des antécédents d'avortement ; 81,3% étaient sans antécédent obstétrical. Les antécédents de PP, de RU et de HRP étaient faiblement retrouvés comme cause d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Plusieurs autres études les trouvent comme facteurs favorisant [18, 29, 3, 28,30].

III- Les aspects cliniques

1- L'état général

Il ressort du tableau N°XXXI que 17 patientes soit 18,6% étaient dans un mauvais état ; 13 était dans un état obnubilé contre 61 soit 67,04% qui avaient un bon état général. Ce résultat (18,6%) de mauvais état général s'explique par l'importance de la spoliation sanguine mais aussi le retard dans la prise en charge de nos patientes dont la majorité réside loin du centre de référence et souvent de l'état défectueux des routes.

2- Les signes physiques

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic. Les métrorragies, considérées comme principaux signes physiques étaient présents chez 100% de nos patientes. De même

Rouillah S a trouvé presque les mêmes résultats soit. 2,19% des patientes avaient une tension artérielle inférieure à 8/4.

3- Examens complémentaires

Toutes nos patientes ont effectué au moins un examen complémentaire (groupe rhésus, taux hémoglobine, albumine sucre).

4- L'abondance du saignement

Nous avons fait l'appréciation de l'abondance du saignement dans la salle de consultation d'où 49,4% de nos patientes avaient abondamment saigné (1,5 litre). Selon Barbot X J [31] il ya risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 l.

- **Age gestationnel** : l'âge gestationnel au moment de la survenue de l'hémorragie est supérieur à 37 semaines d'aménorrhée chez 63 patientes soit 69,2%, 23,1% des patientes ont saigné entre 33-46 semaines d'aménorrhée. Ceci s'explique par le fait que la plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse. Par contre dans la série de Coulibaly F [18] 1,45% des cas ont saigné au 2^e trimestre. Mais il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

- **Antécédents Saignement** : 80 patientes soit 88% avaient déjà présenté un épisode de saignement au 3^e trimestre de leur grossesse. Ce taux est supérieur à celui de Rouillah S qui était de 28% [26].

- **Placenta prævia associé à l'HRP** : cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [6, 32, 33, 34, 29, 3,28]. Dans notre série nous avons trouvé 2 cas sur 91 soit 2,19% inférieur à ceux de Bagayogo S [6] de Garba H [34] qui ont trouvé respectivement 4,84 et 4,20%, mais supérieur à celui de Rouillah 1,2 [26]. Notre fréquence est conforme à la moyenne de 0,8 à 10,9 % citée

par Boog G [32]. Koné F [28] n'a pas trouvé cette association étiologique dans sa série.

L'hémorragie de Benkiser a été trouvée dans un seul cas.

- - **Bruit du cœur fœtal** : la présence ou l'absence des BDCF est capitale dans la prise de décision thérapeutique. Dans notre série les BDCF étaient absents dans 57 cas soit 77,3%, ce taux élevé peut s'expliquer par :

* la distance

* le retard dans l'évacuation des femmes

* l'abondance du saignement

Notre taux est supérieur à celui de Rouillah S[26] 17 cas soit 19,8%, mais comparable à celui de Coulibaly F [18].

IV- Facteurs étiologiques

Dans notre série nous avons trouvé les facteurs étiologiques suivants :

- l'HRP : avec 58 cas soit 64 %, il occupe la première place des étiologies dans notre série, ce taux est supérieur à ceux de Kane F [3] qui était de 35, 82% de Rouillah S [26] 24, 4% et de Hoxlfeld qui était de 30 % [35] et à celui de Lansac Jetcoll [20] qui avait trouvé 7, 4%. Une autre étude faite à l'HFDK par Dicko S avait trouvé que l'HRP était la 3^e pathologie des urgences obstétricales avec un taux de 6,25% [36].

- Placenta prævia : il occupe la 2^e place des causes d'hémorragie dans notre série avec 17 cas soit 18,6, %. Ce taux est inférieur à celui de Rouillah S [26] qui avait trouvé 47 cas soit 57,3%, les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% et sur le continent Américain avec 0,33 à 0,99% [30].

Les ruptures utérines occupent la 3^e cause d'hémorragie dans notre série avec 13 cas soit 14,2%.

- Hypertension artérielle : dans notre série l'HRP est associé à une affection hypertensive dans 9 cas (9,89%) contre 36 chez les non hypertendues avec une différence statistiquement non significative ($P=0,6$). Il est inférieur à ceux de Garba [34] et de Coulibaly F [18] qui étaient respectivement de 20% et 26%.

V- Attitude thérapeutique

1- Mode d'accouchement

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre. Dans notre série nous avons pratiqué l'accouchement par voie haute chez 69 patientes soit 75,8%. Ce taux élevé d'accouchement par voie haute, s'explique dans le souci de sauvetage maternel et/ou foetal. Mais aussi par les principales étiologies de ces hémorragies qui sont toutes pourvoyeuses de césarienne.

Boog G [32] indique que dans le traitement de placenta prævia 25 à 95,5% sont effectués par voie haute.

Coulibaly F [18] estime qu'en cas d'HRP le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

2- Traitement médical

Il était basé essentiellement sur la réanimation (perfusion de cristalloïde, transfusion sanguine) et le traitement par antispasmodiques, anti hypertenseurs et ocytociques.

12,08 % de nos patientes ont été transfusées, notre taux était inférieur à celui de Coulibaly qui avait trouvé 52,87% [18].

VI- Pronostic :

1- Le pronostic maternel

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité et à la durée de l'évolution de l'hémorragie.

L'existence des complications et la nature des complications survenues : dans notre série 9 patientes soit 9,9% des cas ont présenté au moins une complication au cours de leur hospitalisation (choc hypovolémique, infection, décès). Nos résultats sont comparables à ceux de Rouillah S [26] qui avait trouvé 8 cas de complication soit 9,8%. 4 patientes avaient développé une infection de type pariétale, 3 chocs et 2 décès.

La mortalité : le problème de mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en voie de développement. L'ignorance, la pauvreté et l'analphabétisme en sont les causes principales [37]. Dans notre série nous avons enregistré 2 cas de décès maternel suite à une coagulopathie (CIVD) chez une patiente évacuée qui présentait un placenta prævia et une diarrhée sur un terrain d'HRP. Notre taux est inférieur à celui de Kane F [3] qui était de 4,57%. Il est supérieur à celui de Rouillah 57,2 % [26].

La morbidité : elle demeure élevée même dans les pays développés. Les anémies, les accidents transfusionnels, la rupture prématurée des membranes, les caillots de l'HRP, les longs séjours d'hospitalisation favorisent les accidents infectieux et thrombo embolique surtout après une césarienne. 87,92% de nos patientes

ont eu une durée de séjour hospitalier supérieur à 5 jours ceci nous amène à améliorer les conditions d'hospitalisation dans les centres.

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

Selon N'Diaye M [38] le PP et l'HRP constituent les facteurs de risque de la mort foetale in utéro.

Nous avons enregistré 57 décès foetaux soit 62,6% dont 3 décès néonataux précoces. Notre taux est supérieur à celui de Kane F qui était de 57,57% [3] l'HRP a été plus foeticide.

Notre taux de prématuré est de 30,8 % il est inférieur à celui de Rouillah S [26] qui était de 40,7% mais supérieur à celui de Kane F [3] qui était de 31,81%.

CONCLUSION :

Du 1^{er} Mars 2007 au 29 Février 2008, nous avons enregistré 91 patientes présentant une hémorragie au cours du dernier trimestre de la grossesse sur un total de 4116 accouchements soit une fréquence de 2,21%.

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus touchée avec 76,9% ; les multipares étaient les plus touchées avec 25 cas soit 27,5 % , les nullipares représentaient 8,8% des patientes ; 60, 4% étaient évacuées des maternités peripheriques.

Les étiologies étaient dominées par l'HRP avec 64%, le PP avec 18,6 %, la RU avec 14,2 % et les autres étiologies avec 3,2%.

L'accouchement par voie haute a été le principal mode d'accouchement avec 75,8%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (2,2 % de décès maternels), par contre le pronostic foetal demeure préoccupant (65,9% de décès foetaux).

Certaines formes d'HRP pouvaient être évitées par un bon suivi de la grossesse et de l'accouchement. On peut donc espérer que l'angoisse qui nous hante actuellement devant ces hémorragies diminuera un jour. Nous espérons également que les multiples campagnes de sensibilisation pour les dons volontaires de sang permettront de rendre le sang plus disponible.

RECOMMANDATIONS :

Pour réduire ces accidents hémorragiques et améliorer le pronostic materno-fœtal nous avons formulé quelques recommandations :

Aux gestantes :

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

A la population générale :

- Approvisionner la banque de sang par des dons volontaires et réguliers.

Aux prestataires en particulier ceux en charge de la grossesse et l'accouchement :

- Effectuer des C P N de qualité (examen gynéco-obstétrical attentif à chaque CPN afin de déceler la moindre anomalie, sans oublier le bilan prénatal).
- Surveiller attentivement les parturientes en utilisant correctement le partogramme.
- Référer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, HTA, diabète, cicatrice utérine, grossesse multiple) vers les centres de santé de référence et dans les conditions de transfert optimales (voie veineuse, fiche d'évacuation).

Aux décideurs:

- Assurer la formation en quantité suffisante des spécialistes en gynéco obstétrique.

- Rendre plus fonctionnel les autres centres de santé de référence de la région en les dotant de matériels nécessaires (boîtes de laparotomie, matériels de réanimation adaptés, produits pharmaceutiques d'urgence et de personnel adéquat).
- Assurer la formation continue des prestataires (staff quotidien, stage de formation) pour une meilleure qualité des prestations.
- Organiser des campagnes d'information de sensibilisation et d'éducation à l'intention de la population pour expliquer l'importance de l'accouchement en milieu médicalisé.
- Equiper l'hôpital d'un centre de néonatalogie.
- Restitution des résultats aux autorités sanitaires ; à la communauté et aux prestataires du risque hémorragique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Dr Jean Mare Ayoubi, PR Jean-Claude Pous.** Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse. Orientation diagnostic Revue du praticien 2000 (Grenoble France) 1145
- 2- Kante. F.** Grossesse et accouchement à risque dans le service de Gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G. A propos de 723 cas. Thèse med Bamako 1997 (24).
- 3- Kane. F.** Continuation à l'étude des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel TOURE : thèse med. Bamako 1998 (56).
- 4- Sépou A, Nguembi E Coli.** Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Med. Afrique Noir, Sen ; 2002, 49, (4), 185-189.
- 5- Collection Internat : D. Luton/O.Sibony.** Gynécologie obstétricale : hémorragie du 3^e trimestre. Edition 1997 page (43).
- 6- Bagayogo. S.** Contribution à l'étude du placenta praevia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 62 cas. Thèse. Med Bamako 2002 (71)
- 7- DE LEE J.B .** Abruptio placenta
Am Jobstet Gybecol ; 1968, 10 : 599-606
- 8- Précis d'obstétrique : V. BODIAGINA.** Editions MIR MOSCOU : traduction française Edition MIR 1978 (14).
- 9- KAMIMA. P.** Anatomie Gynécologique et obstétricale Paris ; Maloïne, 1984 (31817).
- 10- POLICARD. A.** Précis d'histologie Physiologique, 4^e ed 1985.
- 11- LANSAC J, BODY G**
Pratique de l'accouchement 2^e édition SIMEP 1992.

12- Bessin, BRIGNONC, SANES DERL. Localisation échographique dans les insertions basses, difficultés : le placenta migrateur.

Soirée échographique Gynécol-obstet 1976 (5) P 3751

13- SCOOT JR .Vaginal bleeding in the mid trimester of pregnancy.

Am-J-Obstet-Gynecol, 1972, 113, 329-334

14- Collect C. Le placenta bas inséré (prævia) [en ligne]

WWW.femi-web.com;consulté le 02/12/2002

15- MERGER, LEVY J, MELCHIOR J

5^e édit : revu et augmenté, Masson, 1993, 740 p.

16- Barrie J ; LEWIND, VIGNERON

L'hématome rétro placentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)

Traité obstet, (2) chap.IX, In VOKAER.

17- Revue de praticien 200-50 p 1147.

18- COULIBALY. Hématome rétro placentaire : facteur de risque, pronostic materno foetal dans le service gynéco obstétrique de l'Hôpital du Point G. THESE de med. Bamako 2001 (99).

19- FOKO. PJ.Les ruptures utérines au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE : les facteurs qui influencent les pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse med Bamako 2002 (34).

20- LANSAC J ET COLL

Obstétrique pour le praticien, 2^e ed, Paris, SIMEP, 1990 N° 7227/7226/413 p

21- LUTON D. SI BONYO. Gynécologie obstétrique collection Internat (préparation au concours) 1997

22- PITTIONS, REFAHIN, BARJOTP. Rupture spontanée de varice utérine au 3^e trimestre de la grossesse journal de gynécologie obstétricale et biologie de la reproduction ; FRA, DA 2000 VOL 29, 8, 801-802

23- GILLARD ; P BATAILLE B et COU. Maladie de rendu Osler-Weber et hémorragie intra-cranienne pendant la grossesse. A propos d'un cas. Journal

Gynéco obstétrique et biologie de la reproduction 1996 (25)

24- TANFERNAT M ; SAIGRA BRIGATTI L. Rupture utérine au 3^e trimestre de la grossesse considération clinique présentation de 3 cas.

25- SIDIBE A K. L'anesthésiste réanimateur face à l'hémorragie obstétricale grave à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse med Bamako 1991 (16).

26- SIDIBE Rouillah D. Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako de Janvier 2002 à Octobre 2003 : à propos de 82 cas.

27- FOOTE (WR) et FRASER (WD). Placenta prævia. A mer.J.OBSTET.GYNEC ; Juillet.1960, 80 10-16

28- KONE F

Contribution à l'étude de placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel TOURE (à propos de 56 cas). Thèse med Bamako 1989 (48).

29- HODONOU.E.K. Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar. Thèse med. Dakar 1968 (18).

30- MABOUNGA .R .A. Placenta praevia hémorragique : Aspect épidémio-chimique au centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako 2003 (42).

31- BARBOT X J, BARDIAU X M, GRIMAILP, DEUIL J, DUBUISSON JB, SANTARELLI J : santé – médecine – biologie humaine. Gynécologie – Obstétrique, Tome 1 et 2, Symétrique IT (1986 – 1987).

32- BOOG G . Placenta praevia. Encycl – Med – Chir (Elsevier, Paris), obstétrique, Tome 1 et 2, Systématique II (1986).

33- Calcault JA, LALANDE J, MARIE J

L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. Paris, Maloine, 198, 120 pages.

34- GARBA H. Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse de Med. Bamako 1988 (1).

35- HOLFED P MARTYF. Le livre de l'interne de l'obstétrique, 2^e édition. 1999.

36 – DICKO S. Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à l'hôpital fousseni Daou de Kayes. Thèse de med; Bamako ; 2001 (101)

37- Mortalité Maternelle. Les sages femmes se mobilisent /confédération internationale des sages femmes LONDON : CTSF ; 1990 – 66 p 7617

38- N'Diaye M. La mort foetale in utéro à la maternité RENEE CISSE d'hamdallaye. Les Aspects clinique, épidémiologique et prise en charge. Thèse med. Bamako 2003 (49)

39- Enquête démographique et de santé du Mali (EDS IV) 2006.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : konaté

Prénom : Cheickné

Année universitaire : 2007 - 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Gynéco-obstétrique Santé Publique

Résumé :

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective, descriptive, analytique portant sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital fousseyni Daou de Kayes.

Sur une période de 12 mois (1^{ER} Mars 2007 au 29 Février 2008) nous avons recensé 91 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre sur un total de 4116 accouchements soit une fréquence de 2,21 %.

Urgence obstétricale des plus graves, leur survenue impose l'hospitalisation dans un service de gynéco obstétrique avec une équipe comprenant un obstétricien, un anesthésiste -réanimateur et un pédiatre néonatalogue

Les principales étiologies incriminées ont été l'hématome rétroplacentaire avec 58 cas soit 64 % ; le placenta prævia avec 17 cas soit 18,6 % ; la rupture utérine avec 13 cas soit 14,2 % ; dans 2 cas nous n'avons retrouvé une association d'HRP+PP.

Certaines formes d'HRP étaient évitables pour la plupart par la recherche et la prise en charges des facteurs de risque au cours des CPN.

Cependant 18,7 % de grossesses non suivies ont été enregistrées soit 17 cas.

63 cas soit 69,2 % des patientes ont saigné au delà de la 37 SA.

La voie haute a été pratiquée dans 75,8 % des cas, et 24,2 % d'accouchements par la voie basse. La mortalité maternelle est faible avec 2 cas soit (2,2 %).

Nous avons enregistré 3,3 % cas de choc hypovolémique 4 cas d'infection et 2 cas de décès).

La morbidité et la mortalité fœtales sont importantes, liées à la pathologie ou à la prématurité induite. Nous avons enregistré 57 décès fœtaux soit 62,6 %

Le taux de prématurité est de 30,8 %.

Mots clés :

Grossesse, hémorragie, 3^{ème} trimestre, étiologies, traitement et pronostics.

FICHE D'ENQUETE

I- Identification de la patiente :

Nom et Prénom :

Q-1) N° de la fiche : /_/_/_/_/

Q-2) Date : jour /_/_/mois/_/_/année/_/_/_/_/

Q-3) Age : /_/_/ans

Q-4) Profession : /_/

1= fonctionnaire ; 2= ménagère ; 3= élève/étudiante ; 4= commerçante ; 5= autres

Autres à préciser :

Q-5) Ethnie : /_/

1= Bambara ; 2= Sarakolé ; 3= Peulh ; 4= Malinké ; 5= Sonrhäï ; 6= Dogon ; 7= Sénoufo ; 8= Boso ; 9= Minianka ; 10= Autres

Autres à préciser :

Q-6) Résidence : /___/

1= Ville de Kayes 2= En dehors de la ville de Kayes.

Préciser la localité :

Q-7) Statut matrimonial : /_/

1= marié 2= célibataire 3= divorcée 4= veuve

Q-8) Profession du conjoint: /_/

1= sans emploi 2= fonctionnaire 3= commerçant 4= paysan 5= ouvrier 6= élève/étudiant 7=autre 8=indéterminée 9= autres.

A préciser :

Q-9) Niveau d'éducation /___/

1= primaire 2= secondaire 3= supérieur 4= analphabète

Q-10) Poids /___/___/___/ Kg

Q-11) Taille /____/ m

Q-12) Motif de Consultation : /___/

1= douleur ; 2= Métrorragie ; 3= choc ; 4= HTA

Q-13) Référée /___/

1= oui 2= non

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

Autres (à préciser) :.....

II- les Antécédents

Q-14) ATCD Médicaux :

-

HTA /___/ (1= oui ; 2= non)

-Diabète /___/ (1= oui ; 2= non)

-Néphropathie /___/ (1= oui ; 2= non)

-Autre à préciser :.....

Q-15) ATCD chirurgicaux :

- Hernie /___/ (1= oui ; 2= non)

- Appendicectomie /___/ (1= oui ; 2= non)

- Césarienne /___/ (1= oui ; 2= non)

Si oui nombre /___/

-Myomectomie /___/ (1= oui ; 2= non)

-Autres à préciser :.....

Q-16) ATCD gynécologiques :

- Ménarche /_/_/ années
- Caractère du cycle /_/_/ (1= régulier ; 2= non régulier)
- Durée des règles /_/_/ (1= normale ; 2= anormale)
- Dysménorrhée /_/_/ (1= oui ; 2= non)
- Prurit /_/_/ (1= oui ; 2= non)

Q-17) ATCD obstétricaux :

- Nombre gestité /_/_/_/
- Nombre de parité /_/_/_/
- Avortements /_/_/ (1=provoqué 2= spontané)
- Césarienne /_/_/ (1= oui ; 2= non)

Si oui nombre

- Nombre de curetages /_/_/
- Nombre de P-P /_/_/
- Nombre de HRP /_/_/
- Nombre de RU /_/_/
- Autres à préciser :.....

III- Grossesse actuelle :

Q-18) Terme en SA /_/_/_/

Q-19) Nombre de CPN /_/_/

Q-20) Evènement survenus au cours de la grossesse /_/_/

1= HTA ; 2= OMI ; 3= Diabète ; 4= Protéinurie

Q-21) Saignement antérieur /_/_/

1= premier trimestre ; 2= deuxième trimestre ; 3= troisième trimestre

Q-22) Saignement spontané /_/_/ (1= oui ; 2= non)

Q-23) Saignement provoqué /_/_/ (1= oui ; 2= non)

Provoqué par :

Q-24) Ce saignement a-t-il nécessité une hospitalisation ? /__/ (1= oui ; 2= non)

Q-25) Ce saignement a-t-il nécessité un traitement ? /__/ (1= oui ; 2= non)

Q-26) Ce saignement a-t-il nécessite une transfusion ? /__/ (1= oui ; 2= non)

Si oui nombre de poche /__/

IV- Tableau d'accueil :

Q-27) Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation /__/ (1=minute 2= heure)

Q-28) Quantité de saignement /__/ (1=minime 2=abondant)

Q-29) Caractère du saignement /__/ (1=spontané 2= au contact)

Q-29) Présence de douleur /__/ (1= oui ; 2= non)

Q-30) Sang /__/ (1=rouge vif ; 2=noirâtre ; 3=présence de caillot)

Autre à préciser :

V- Examen de la patiente :

Q-31) Etat général /__/ (1=bon ; 2=mauvais ; 3=choc)

Q-32) Prise de TA /__/ (1= oui ; 2= non)

Si oui Chiffre /__/_/ / /__/_/

Q-33) Conjonctives /__/ (1=colorées ; 2=pâles)

Q-32) Dilatation du col /__/ cm

Q-33) Etat du bassin /_____/ (1= normal ; 2=anormal)

Si anormal préciser : bassin rétrécit...bassin limite...bassin asymétrique...

Q-34) Présentation /_____/ (1=céphalique 2= transversale 3=siège)

Q-35) Mouvement fœtaux /___/ (1=présents 2=absents)

Q-36) BDCF /___/ (1=présents 2=absents)

Q-37) HU /___/___/ (cm)

Q-38) Examens complémentaires :

- Groupage rhésus /___/ (1= oui ; 2= non)

- Taux d'hémoglobine /___/ (g/100ml)

- Urines /___/ (1=sucre ; 2= albumine)

Autres à préciser :.....

VI- Mode d'accouchement :

Q-39) Voie /___/ (1=basse ; 2=césarienne)

- Si voie basse : durée du travail /___/h

- si césarienne : indication.....

VII- Diagnostique retenu :

Q-40) PP /___/ (1=marginal ; 2=recouvrant)

Q-41) Rupture utérine /___/ (1=provoquée ; 2=spontanée)

Q-42) Hématome rétro placentaire /___/ (1= oui ; 2= non)

Autres à préciser :.....

VIII- Attitude thérapeutique

Q-43) Repos au lit /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-44) Rupture de la poche des eaux /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-45) Ocytociques /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-46) Traitement médical /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-47) Césarienne ou suture de l'utérus /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-48) Hystérectomie d'hématome /___/ (1= oui ; 2= non)

Autres à préciser :.....

IX- Le pronostique foetal :

Q49-) enfant vivant /___/ (1=réanimé ; 2=non réanimé)

Apgar à la 1^{ère} minute /___/

Q-50) Enfant prématuré /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-51) Enfant :

-poids /___/ g

-Taille /___/ cm

-Sexe /___/ (1=masculin ; 2=féminin)

Q-52) Enfant transféré en pédiatrie /___/ (1= oui ; 2= non)

-Si oui motif

-Durée d'hospitalisation /___/ jours

-Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie

Q-53) Enfant mort /___/ (1=in utero ; 2=frais ;
3=macère)
Autres à préciser :.....

X- Pronostique maternel :

Q-54) Durée de l'hospitalisation /_____/jours

Q-55) Complications survenues au cours de l'hospitalisation /___/
(1=choc ; 2=infection à préciser.... 3=phlébite ; 4=embolie pulmonaire ; 5=CIVD)

Q-56) Décès /___/ (1= oui ; 2=
non)
Si oui circonstance du décès.....

Q-57) Etat satisfaisant /___/ (1= oui ; 2= non)

Q-58) Pronostique obstétrical.....

Q-59) Autres à préciser

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie 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.