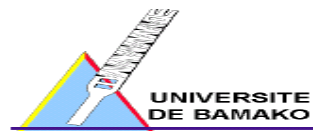


MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

THESE

**HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE
DE LA GROSSESSE A L'HOPITAL
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES :
(A PROPOS DE 102 CAS)**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 - 2009 N°

Présenté et soutenu publiquement le 17/03/2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

PAR MONSIEUR KOUROU DEMBELE

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

Président du Jury :

Professeur Sy Aïda SOW

Membre du Jury :

Dr Soumana Oumar TRAORE

Co-directeur de Thèse :

Dr Niani MOUNKORO

Directeur de thèse :

Professeur agrégé Mamadou TRAORE

DEDICACES

❖ A Allah

Le Tout Puissant, le Très Miséricordieux qui dit : « Nulle divinité que lui, le connaisseur de l'invisible tout comme du visible, c'est à lui toutes nos louanges ».

Tu as voulu faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Que ta volonté soit faite. Amen !

Je dédie affectueusement ce travail à :

- ❖ Toutes les victimes connues ou non de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse :

Votre souffrance jusqu'au dernier soupir me restera éternellement en mémoire.

Puisse ce travail sensibiliser tout le monde et aider à la lutte contre la mortalité materno-fœtale.

Puisse Dieu, le tout Puissant, nous aider à relever ce défi.

Dormez en paix.

❖ Ma très chère mère Daoulé CAMARA :

Ta patience, ton courage, ton abnégation font de toi une femme de grande qualité.

Tu incarnes, pour moi, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, je ne saurais oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens.

Je te dois tout. Tu as consenti de lourds sacrifices pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Puisse, ce travail, représenter le couronnement de tes sacrifices. Cette thèse t'est dédiée pour témoigner ma profonde et affectueuse reconnaissance.

Saches, en effet, que l'honneur de ce travail te reviens.

Merci, Maman ! Pour tout ce que tu as accompli pour ton fils.

Que le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de nous, amen.

❖ **Mon père Faraba DEMBELE :**

Tu m'as toujours guidé dans le bon sens de réussite.

Ton soutien moral et ton dévouement de me voir réussir ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Puisse Dieu te payer pour tout ce que tu as fait pour moi.

Trouver ici l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

❖ **A mes sœurs et frères:**

-Feu Terna Dembélé, que ce travail soit une faible récompense pour ton soutien intarissable. Dors en paix, que la terre te soit légère ;

-Setou Dembélé ;

-Boli Dembélé ;

-Rokia Dembélé ;

-Tata Dembélé ;

-karim Dembélé ;

-Guimba Dembélé ;

-Moussa Dembélé.

Ce travail vous ai dédié pour votre attention particulière pendant toutes mes études.

❖ **A la famille DEMBELE à Kayes :**

Restons ! Unis car « l'union fait la force » et « sachez que seul le travail libère l'homme ».

Mon amour filial et toute ma reconnaissance pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficiés.

Que ce travail soit une source de grande joie et que le Seigneur vous bénisse.

❖ **A mes grands pères:**

-Abdou Tounkara, ta loyauté, ton honnêteté ont fait de toi un homme exemplaire.

Infiniment reconnaissant de m'avoir supporté pendant tout ce temps, ce qui m'a permis de m'épanouir et d'être ce que je suis aujourd'hui.

Ce travail t'est dédié.

-mon homonyme feu Kourou Camara :

Merci pour ton affection pure naturelle, dors en paix.

❖ **A la famille TOUNKARA à Bamako :**

Merci pour votre hospitalité et votre constant soutien.

❖ **A mes oncles et tantes :**

Pour le soutien moral et matériel dont j'ai bénéficié.

Soyez rassurer de mon profond attachement.

❖ **A mes cousins et cousines :**

Une liste nominative serait trop longue, tous mes remerciements sincères.

Remerciements :

❖ **A l'Afrique toute entière :**

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population.

❖ **A mon pays natal, le Mali :**

Tu m'as vu naître et grandir et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction.

Tu m'as donné un savoir incommensurable, profonde gratitude.

❖ **A la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.**

Plus qu'une Faculté d'Etudes médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

❖ **A tout le personnel du Servie de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :**

- **Au docteur BENGALY Niara :** maître, vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social élevé si peu communs. Passionné du travail bien fait vous êtes pour nous un modèle. Nous sommes très reconnaissant de la qualité de votre enseignement sur le plan académique et social soyez rassurer de notre profond attachement.

- **Au Docteur Mahamadou Diassana :**

Nous avons beaucoup appris à votre contact et nous voudrions bien pouvoir vous imiter. Plus qu'un maître vous avez été pour nous un frère. Recevez nos sincères remerciements.

- **Au Docteur Abdoul Aziz DIALLO :** nous avons appris beaucoup de choses à vos cotés sur les plans académique et social. Trouvez ici cher grand frère l'expression de nos sentiments respectueux.

- **Au Docteur Laye DIAKITE et Docteur Abdoul Karim DIABATE :** pour votre esprit d'ouverture, votre accueil, vos conseils ; grand merci

- **A tous les collègues du service :**

Kalifa Iamine Coulibaly, Yacouba Kassambara, Malamine KEITA, Ibrahima SOW :

Les sacrifices valaient la peine.

- **A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes et matrones :** vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et votre chaleur humaine au service des stagiaires.

Pardon à toutes celles à qui, sans vraiment le vouloir j'ai pu Causer des désagréments. Je vous remercie pour tout.

- **Aux manœuvres du service :** nous disons grand merci pour votre disponibilité.

- ❖ **Aux personnels des services de Chirurgie, de réanimation, de laboratoire, de pharmacie et du bloc opératoire :** nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Ce travail vous appartient. Grand merci.

- ❖ **Aux chauffeurs :** nous vous disons merci.

- ❖ **A la Direction de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :** nous disons grand merci pour votre disponibilité.

- ❖ **A la Direction régionale de la santé de Kayes singulièrement à Monsieur Sidy Boubacar Ag Ikou :** Merci pour votre disponibilité sans faille.

- ❖ **A tout le personnel du Centre de Santé de référence de la commune V de Bamako,** singulièrement à mes collègues de garde : Makan Sissoko, Aly

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Bamadio, Zoumana Koumaré, Mouminé Kone, Ousmane Diallo, Dramane Nimaga. Merci pour vos conseils et vos soutiens sans failles.

A tous mes enseignants de l'école fondamentale et du lycée. Merci pour tout.

❖ **A mes amis** : Moussa Djiré, Bakary Nimaga, mes amis des temps difficiles (Hamady Sy, Moussa Sountoura, Hamidou Albachar, Gabriel Kone.

Vous m'avez entouré d'une amitié sincère. Merci !

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités. Nous vous remercions de tout cœur

A notre Honorable Maître et Présidente du Jury**Professeur SY Aïda SOW**

- **Professeur titulaire de gynéco-obstétrique ;**
- **Chef de service gynéco-obstétrique du CSREF Commune II**
- **Présidente de la SOMAGO**
- **Chevalière de l'ordre national du Mali**

Cher Maître

La tante de tous les étudiants de la FMPOS, vous êtes pour nous un modèle de femme en gynéco-obstétrique.

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

Nous avons été séduits et émerveillés par votre simplicité, votre abord facile, votre gentillesse et votre sens élevé du respect des autres.

Votre rigueur et attachement au travail bien fait, font de vous un professeur émérite.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître, membre du jury Docteur TRAORE Soumana Oumar
Gynécologue – Obstétricien

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

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

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

**A notre Maître et Co-directeur de thèse Docteur Niani MOUNKORO
Gynécologue - Obstétricien,
Maître Assistant à la F.M.P.O.S.**

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

Merci infiniment.

A notre maître et Directeur de thèse Pr Mamadou TRAORE
Professeur Agrégé de Gynécologie – Obstétrique,
Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie - Obstétrique
(S.A.G.O),
Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle ;
Coordinateur national du programme GESTA.

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

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

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

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

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
II- GENERALITES.....	4
III. METHODOLOGIE.....	27
IV RESULTATS :	37
V. COMMENTAIRES :.....	60
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATION :	67
VII. LES REFERENCES :	70

SIGLES ETABREVIATIONS :

BDCF : bruits du cœur fœtal
BIP : bipariétal
CES : Certificat d'études spécialisées
Cm : Centimètre
CSC : Centre de santé de cercle
CSCom : Centre de santé communautaire
CSRef : Centre de Santé de Référence
CSRef CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V.
CU : Contraction Utérine
CUD : Contraction Utérine Dououreuse
EDS : Enquête Démographique de la Santé
Eff : Effectif
H : Heure
HRP : Hématome Retro Placentaire
HTA : Hypertension Artérielle
INF : Inférieur
INFSS : Institut Nationale de Formation en Science de la Santé
MAF : Mouvements Actifs du Fœtus.
NFS : Numération de Formule Sanguine.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto- Rhino -Laryngologie
PPH : Placenta Prævia Hémorragique
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
RCFM : Régie du Chemin de Fer du Mali
RU : Rupture Utérine
SA : Semaine d'Aménorrhée
SFA : Souffrance Fœtale Aigue
SUP : Supérieur
> : Supérieur.
< : Inférieur.
≤ ; Inférieur ou Egal.
≥ : Supérieur ou Egal
% : Pourcentage.

I- INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel [31]

Les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant partie des groupes à « risque élevé » au cours du dépistage prénatal peuvent cependant présenter des complications obstétricales [8].

Les conséquences graves des accidents obstétricaux sont en nette régression dans les pays occidentaux grâce aux progrès de la technologie (monitoring, anesthésie, réanimation) et d'un personnel qualifié en nombre suffisant.

Les pays en voie de développement qui n'ont pas atteints ce stade de technicité payent un lourd tribut [27].

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 464 décès pour 100.000 naissances vivantes (EDS4, 2006). L'OMS a estimé que chaque année dans le monde au moins un demi-million de femmes meurent suite aux complications obstétricales [35]. Les mêmes sources affirment que plus de 30% de décès se produisent en Afrique, 7% en Amérique latine.

Le Mali à l'instar des autres pays en voie de développement n'échappe guère à ce phénomène crucial mais les stratégies nationales valables à la matière sont insuffisantes et les seules données existantes sont en général d'origine hospitalière.

Des études faites par THIERO. M [37] en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré et par DIARRA. O [9] en 2000 à l'hôpital du Point G ont trouvé une fréquence des complications obstétricales respectivement de 11,5% et 25%.

Les complications obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement, dues entre autres à des facteurs comme l'insuffisance d'infrastructures socio sanitaire, le bas niveau d'instruction, la difficulté d'accessibilité géographique et financière des structures sanitaires.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé. La plupart des accidents sont dus entre autre à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et au non utilisation du partographe.

Compte tenu du caractère dramatique des hémorragies du troisième trimestre, nous avons initié cette étude qui est la première du genre au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes :

OBJECTIFS

Objectif général :

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

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse ;
- Définir le profil sociodémographique des patientes ;
- Préciser les étiologies ;
- Décrire la prise en charge ;
- Etablir le pronostic fœto-maternel ;
- Formuler des recommandations.

II- GENERALITES

II.1- DEFINITION

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée. Elles compliquent 2 à 5% des grossesses [14].

II.2- HISTORIQUE

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

Il semble que c'est PORTAL qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme. Plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante. [7]

Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta. Parmi ces auteurs on peut citer DOSNANTOS par aortographie ; SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin depuis la publication de DONALD en 1958. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA.

Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia.

En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte d'une infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort [18]. Les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. MICHAELLIS reconnaît les principales causes de ruptures utérines : disproportion fœto-pelvienne, présentation transverse.

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

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

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

II.3- RAPPEL ANATOMIQUE

II.3.1.Utérus gravide.

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

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

A terme son poids varie entre 90 et 1200g. Sa capacité à terme est de 4 à 5l [17].

II.3.1.1– Le corps utérin

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

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

L'utérus à la fin du 6^{ème} mois de la grossesse sa hauteur est de 24 cm et sa largeur de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm. A terme, l'épaisseur des parois est de 8 – 10cm au niveau du fond et de 5 – 7cm au niveau du corps [18].

II.3.1.2.Le col utérin

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [18].

II.3.1.3.Le segment inférieur

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

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

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

- **Structure :** le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- **Caractère :** son caractère essentiel est la minceur 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail, le segment inférieur facilite l'accommodation fœto-utero – pelvienne. la minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.
- **Physiopathologie :** l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

- Sur le plan clinique :

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

- Sur le plan physiologique :

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

Sur le plan pathologique :

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

II.3.2.Le placenta

En latin Placenta signifie Gâteau.

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

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

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

II.3.2.1 Structure du placenta

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

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

Le placenta comprend 2 faces et 1 bord :

a – La face fœtale

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

On distingue parmi ces villosités :

- Les villosités crampons ou crochets fixataires de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.
- Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

b – la face maternelle

Encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter-villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [18]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter-villeuse.

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

Entre les deux plaques se trouve la chambre inter-villeuse [21]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

c -Le bord

Il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

II 3.2.2 La physiologie du placenta

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

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

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

Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

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

placentaire.

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

II.3.2.3 La circulation placentaire

Elle est double : maternelle et fœtale :

La circulation utéro – placentaire s'établit aux 14^{ème} – 15^{ème} jours de la fécondation par l'extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle – ci par des artères ayant perdu leur musculature au

niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs

sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre

inter villositaire existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéro-placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

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

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

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

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

- Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12m² lorsqu'elle parvient à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [18].

II.3.3. Les membranes de l'œuf

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide

Amniotique dans le quel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

II.3.3.1 L'amnios

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

II.3.3.2 Le chorion

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

II.3.3.3 La caduque

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

A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [18].

II.4- ETIOLOGIES

II.4.1- Le placenta prævia

II.4.1.1- Définition

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

Il représente selon de nombreux auteurs la 1^{ère} cause d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse [23, 32].

II.4.1.2- Classification

a-Classification anatomique

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

b- Classification échographique(Bessis) [2]

Décrit le placenta bas inséré antérieur ou postérieur avec type (I, II, III) pour chacun selon la distance qui sépare le sommet du mur supérieur de la vessie en réplétion à une distance de 4 cm en arrière du col sur la face postérieure de l'utérus.

c-La classification clinique

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

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

II.4.1.3- Pathogénie de l'hémorragie

Au cours du placenta prævia, les hémorragies constituent le principal symptôme. Elles surviennent généralement au cours du travail d'accouchement mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

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

Nous avons retenu deux théories :

- Théorie de tiraillement des membranes de PINARD

Lors des contractions utérines de fin de grossesse ou du début de travail, la tension intra-utérine qui s'exerce sur le pôle inférieur de l'œuf est inégalement répartie sur la surface des membranes ; le petit côté des membranes étant plus sollicité que le grand côté des membranes. A un moment, le petit côté moins élastique tire sur le bord inférieur du placenta et tend à le décoller, provoquant ainsi l'hémorragie à moins qu'une rupture providentielle des membranes n'intervienne pour éviter cet accident [18].

- **Théorie du glissement**

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique, mais et surtout celles des variétés centrales [16]. Ces théories qui semblent apparemment opposées sont en fait complémentaires en raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies de placenta prævia.

II.4.1.4- Etude clinique

a- L'hémorragie

Elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail d'accouchement. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable faite du sang rouge.

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

b-Signes généraux

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

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

c- Signes physiques

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

-Le toucher vaginal qui ne devrait pas être fait avant l'échographie mais très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé.

Dans les variétés recouvrantes, les doigts tombent directement sur le matelas placentaire sous forme de masse molle interposée entre les doigts et la présentation. Le doigt revient avec du sang rouge vif.

II.4.2- L'hématome retro-placentaire (HRP)

II.4.2.1- Définition

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi interne de l'utérus.

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

II.4.2.2- Pathogénie de l'hémorragie

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

II.4.2.3- Etude clinique

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

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus ; de perte de sang noir.

a- Signes généraux

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

b- Signes physiques

- **L'examen** : l'utérus qui est le siège de l'hémorragie devient dur comme du bois ; dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est autant plus dur que l'hémorragie externe est minime. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.

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

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

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

II.4.3- La rupture utérine (RU)**II.4.3.1- Définition**

Il s'agit d'une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus gravide [26].

Le diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{ème} trimestre [18].

II.4.3.2- Pathogénie de l'hémorragie

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

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

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

II.4.3.3- Etude clinique

Il y a trois (3) phases :

II.4.3.3.1- Phase de prodromes

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

II.4.3.3.2. 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

II.4.3.3.3- Phase de rupture

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau. A côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du contenu. Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [23].

II.4.4- Rupture de vaisseau prævia ou hémorragie de BENCKISER [26]

II.6.4.1- Définition

L'hémorragie de Benckiser peut être définie comme une hémorragie par déchirure d'un des vaisseaux du cordon ombilical en position prævia.

II.4.4.2- Intérêt

C'est une pathologie rare avec une fréquence de 1,1% qui met en jeu le pronostic vital fœtal (2).

II.4.4.3- Rappel anatomique sur le cordon ombilical

Le cordon ombilical est une tige conjunctivo-vasculaire reliant le fœtus au placenta. Il dérive du canal omphalomésentérique ou vitellin puis du pédicule allantoïde avec ses vaisseaux. Après la disparition de ces formations les deux artères de l'allantoïde se développent pour former les artères ombilicales, les deux veines allantoïdes fusionnent pour donner la veine ombilicale qui ramène au fœtus le sang du placenta. A terme le cordon ombilical est une tige arrondie, turgescence, tordue en spirale, blanchâtre et luisante. Sa longueur est de 50 cm en moyenne, son diamètre 1,5 cm. Insertion du cordon :

- Du côté fœtal il s'insère à l'ombilic.
- Du côté maternel ou placentaire il s'insère sur la face fœtale du placenta.

L'insertion normale se fait au milieu ou près du milieu de la surface placentaire : elle est dite centrale.

Lorsque l'insertion se fait sur le bord du placenta : elle est dite en raquette ou marginale.

Lorsqu'elle est encore plus excentrique, elle se fait sur les membranes à proximité mais en dehors du bord placentaire : elle est dite velamenteuse.

II.4.4.4- Physiopathologie

On dit qu'il y a insertion velamenteuse du cordon quand il aborde non pas le placenta mais les membranes à une certaine distance du bord placentaire.

Du point d'insertion les vaisseaux ombilicaux cheminent dans l'épaisseur des membranes, se ramifiant de plus en plus en s'approchant du placenta.

Le plus souvent, le cordon débute sur les membranes à 2 cm en moyenne du bord placentaire. Les vaisseaux parviennent séparément à l'origine du cordon. Ils cheminent sous l'amnios, plus ou moins étalés sans protection.

On l'observe assez souvent dans les grossesses gémellaires mono choriales, mono amniotiques et plus fréquemment en cas d'insertion basse du placenta.

Si les vaisseaux cheminent au regard de l'orifice interne du col, ils peuvent être lésés lors de la rupture des membranes. Lorsqu'un vaisseau se rompt lors de la rupture des membranes cela entraîne l'hémorragie de Benckiser.

Le vaisseau prævia peut se voir également en cas de présence d'un cotylédon accessoire du placenta.

Au cours de la grossesse, l'insertion velamenteuse ne donne lieu à aucun accident. Cependant elle favoriserait par le tiraillement qui s'exerce sur les membranes lors des mouvements du fœtus, la rupture prématurée de celle-ci et de ce fait l'accouchement prématuré.

Au cours de l'accouchement les complications ne sont à craindre que lorsque les vaisseaux parcourent le pôle inférieur de l'œuf, ces complications sont strictement fœtales :

Soit compression des vaisseaux ombilicaux prævia par l'engagement de la présentation entraînant l'arrêt de la circulation fœto-placentaire et l'anoxie fœtale

comme la compression d'un cordon procédant.

Soit hémorragie par déchirure d'un des vaisseaux prævia, là réside le danger principal. Cette déchirure vasculaire est due en général à l'extension à un vaisseau de la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique teinté de sang est suivi de l'écoulement d'une certaine quantité de sang pur traduisant l'hémorragie fœtale.

L'enfant naît exsangue parfois ce n'est que plus tardivement au moment où le pôle fœtale agrandi l'orifice membraneux que la blessure vasculaire a lieu.

Ces hémorragies tuent presque toujours le fœtus ou il naît anémié.

II.4.4.5- Diagnostic

II.4.4.5.1- Diagnostic de l'insertion velamenteuse

Le diagnostic de l'insertion velamenteuse avec vaisseaux prævia est quelque fois posé avant la rupture des membranes.

On sent dans les membranes des cordons flexueux, fixes, assez durs, animés de battements synchrones au pouls fœtal.

La fixité, le degré de résistance permet de les différencier d'un pro cubitus.

II.4.4.5.2- Diagnostic de l'hémorragie de Benckiser

C'est l'hémorragie d'origine fœtale faite de sang rouge vif qui survient immédiatement après la rupture spontanée ou le plus souvent artificielle des membranes. L'état maternel est bon.

Les bruits du cœur fœtal s'altèrent.

II.4.4.5.3- Diagnostic différentiel

L'hémorragie de BENCKISER doit être différenciée de :

- L'hématome retro placentaire
- Le placenta prævia
- La rupture utérine
- Le méléna intra utérin :
 - ✓ hémorragie sang noirâtre
 - ✓ pas de retentissement maternel
 - ✓ fœtus vivant

- La rupture du sinus marginal du placenta ou hématome décidual

C'est la rupture d'une veine au niveau du pôle inférieur d'un placenta normalement inséré.

L'hémorragie est modérée et l'hématome n'interrompt pas la circulation utero placentaire.

Le diagnostic est échographique.

II.5- LE TRAITEMENT

II.5.1- Le Traitement Préventif

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont le plus souvent imprévisibles. En effet, de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur.

Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risque tel qu'une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi-fœtale, les antécédents d'hématome retro placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de stupéfiants, d'alcool ou de tabac.

II.5.2- Le Traitement Curatif

Il doit être assuré par une équipe comprenant : un (1) obstétricien et son aide ; un (1) Anesthésiste réanimateur et un (1) pédiatre néo-natologiste.

II.5.2.1- Les buts du traitement curatif

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

II.5.2.2- Les moyens

a- Le traitement général

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [24]. De façon générale et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelque soit l'étiologie de l'hémorragie :

- mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre ;
- mise en place d'une sonde urinaire ;
- oxygénation ;
- bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe Rhésus, NFS entre autre) et le bilan de coagulation (Taux fibrinogène). Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible.

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

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont 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.

Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps anti- D des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatibles peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO Rhésus doit être réalisé rapidement.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandé lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min. aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait pas être ajoutée à un dérivé de sang mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50.000mm^3 avec saignement actif.

- prévention de l'infection par l'antibiotique si nécessaire.

b. Le traitement obstétrical

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b.1 Le placenta prævia

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

- la césarienne ;
- l'expectative ;
- la rupture des membranes.

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

- le volume du saignement ;
- l'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire.
- L'état fœtal ;

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

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

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

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

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

b.2 Hématome retro-placentaire (H.R.P)

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

- l'état cardio-vasculaire de la mère ;
- la vitalité du fœtus ;
- la maturité fœtale ;

Devant un hématome modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative, il faut au contraire agir vite et efficacement. La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un fœtus vivant et viable avec un accouchement non imminent.

Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère. L'accouchement par voie basse peut être envisagé, si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, l'état maternel est bon ; le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines.

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près. Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [24].

b.3 La rupture utérine

Le traitement de la rupture utérine est chirurgical :

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

b.4.Hémorragie de Benckiser

1- Traitement préventif

Dans le but d'éviter les accidents hémorragiques, on respectera le plus longtemps possible l'intégrité des membranes.

A la dilatation complète la rupture artificielle des membranes sera dirigée en un point très éloigné des vaisseaux, sous le contrôle de la vue.

2- Traitement curatif

Si malgré les précautions, ou bien les membranes s'étant rompues spontanément, une hémorragie survient, on extraira si la dilatation du col le permet, l'enfant le plus rapidement possible. Si la dilatation du col est insuffisante seule une césarienne pratiquée immédiatement donnera quelques chances de sauver l'enfant

II.5.3- La Surveillance

Elle est clinique et échographique :

- La surveillance clinique

Elle comporte :

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

La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement, les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque de maladie thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [35]

- 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 de 34 à 35 SA [33].

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

II.5.4- Evolution et complications

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

- Le choc hypovolémique

Particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, et pouvant entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse par un vasospasme des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN ou hypopituitarisme du post partum décrit en 1937 par SHEEHAN.

- Les troubles de la coagulation

Ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination. L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de Fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

- Les syndromes rénaux

- « Le rein de choc »

Les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, car réagit au traitement bien conduit.

- La nécrose corticale du rein

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

II.6- LE PRONOSTIC

- Le pronostic maternel

Si la mortalité maternelle a fortement baissée de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction du fœtus par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux et thrombotiques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH.

Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, mettant fin à la procréation et aux règles avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela peut avoir sur la vie du couple.

- **Le pronostic fœtal**

En général, il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'anémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant la mort in-utéro et la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic fœtal est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 35 et 39 S.A.

III. METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

a) description de la région :

❖ Les limites

La région de Kayes, 1^{ère} région 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.

La région couvre une superficie de 120 760 Km², représentant 9,7% de superficie totale du territoire nationale.

Elle s'étend approximativement d'Est à Ouest et du Nord au Sud sur une distance de 400Km. 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.

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 peulhs, les Bambaras, les Ouolofs. Une particularité est la forte proportion d'émigrés. La majorité des maliens vivants en France sont des Soninkés originaires de la région.

❖ Le climat

Il existe trois zones climatiques dans la région de Kayes :

➤ La zone sahélienne de la frontière Mauritanienne à Yélemané avec une pluviométrie annuelle variant de 150-550mm³ d'eau. Le climat est le type aride sur une superficie d'environ 16453 Km². La zone soudanienne entre Yélimané et Kasama, la pluviométrie annuelle varie

de 550-1150mm³ d'eau. Le climat est semi-aride sur une étendue d'environ 85590Km².

➤ La zone pré-guinéenne de Kasama la frontière Guinéenne. Sa superficie est environ 17719Km². Il tombe environ 1150-1400 mm d'eau par an.

❖ **Le relief**

Le relief de Kayes est fait essentiellement de plateau au nord, de massifs au centre et la falaise de Tambaoura au sud.

❖ **hydraulique**

Le cours d'eau le plus important de la région est le fleuve Sénégal. La Guinée et le Felou constituent les principales chutes.

Les barrages hydroélectriques du Felou et de Manantaly fournissent de l'électricité à la ville de Kayes.

La réalisation du barrage de Diéma et de Manantaly permet l'aménagement du fleuve pour la régulation du débit et assure ainsi les possibilités d'irrigation.

❖ **La population**

Elle compte 1 761 190 Habitants avec une densité de 8,20 habitants/Km² constitués de : Sarakolés, Peulhs, Bambaras, Maures, Khassonkés, Malinkés.

L'activité principale demeure l'élevage chez les peulhs et l'agriculture pour les autres ethnies. En dehors des activités agropastorales, le commerce constitue l'activité secondaire dominante.

❖ **Découpage administratif**

La région de Kayes est composée de sept cercles :

-Kayes, Bafoulabe, Kéniéba, Kita, Nioro, Diéma, Yélemané ;

-117 communes rurales ;

-12 communes urbaines.

b) L'hôpital Fousseyni Daou :

- Historique :

L'Hôpital de Kayes est une des plus anciennes structures sanitaires situées à Kayes-Plateau contigu à la gare ferroviaire de Kayes. Il a été créé en 1883 par les militaires français. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal. Il

devient Hôpital secondaire en 1959 puis est érigé en hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'Assistance Technique Sanitaire entre les gouvernements du Mali et de l'Italie. En 1991, il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni DAOU du nom d'un de ses anciens Médecin-Directeurs.

Crée par la loi N°03-020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de la loi N°02-050 du juillet 2002 portant Loi Hospitalière, l'Hôpital Fousseyni DAOU est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du Ministre chargé de la santé.

- **Structures**

Occupant une superficie de 12 hectares environ, l'hôpital Fousseyni Daou comprend :

- ❖ Un service administratif, composé de :
 - ✓ d'une direction et un secrétariat
 - ✓ d'un bureau d'admission,
- ❖ des services techniques : il s'agit des services :
 - ✓ d'urgences / anesthésie réanimation,
 - ✓ de médecine interne,
 - ✓ de chirurgie générale,
 - ✓ de gynéco-obstétrique,
 - ✓ d'urologie,
 - ✓ de pédiatrie,
 - ✓ de laboratoire Pharmacie,
 - ✓ de radiologie,
 - ✓ d'ophtalmologie,
 - ✓ d'oto-rhino-laryngologie (ORL),
 - ✓ d'un cabinet d'Odontostomatologie,
 - ✓ de dermatovénérologie,
 - ✓ de rééducation,

✓ une cuisine, une buanderie, une morgue.

- **Ressources humaines**

Le personnel de l'hôpital, renforcé par la coopération d'une équipe cubaine de 7 spécialistes et un groupe de 5 agents détachés de l'armée et de l'INPS, se dénombre à 116 agents permanents dont :

67 Fonctionnaires (Catégorie A=27 ; B2=20 ; B1=14 ; C=06

10 Conventionnaires,

27 Contractuels de l'Hôpital

12 Agents des Collectivités Territoriales

L'établissement reçoit aussi du personnel hospitalo-universitaire qui est composé :

- ✓ Des étudiants faisant fonction d'internes en année de thèse et des étudiants stagiaires de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie : 10 (nombre variable, non maîtrisé)
- ✓ Divers stagiaires infirmiers, sages-femmes des écoles de santé de Kayes.

- Les moyens logistiques

VEHICULES

L'état des véhicules prouve à suffisance un besoin de renouvellement du parc automobile pour une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Type	Fonction	Date 1^{ère} mise en circulation	Etat
Toyota Hi lux 4x4 double cabine	Véhicule de liaison	1990	En Epave
Peugeot 505	Ambulance	1992	En Epave
Mutshibushi 4x4 double cabine	Véhicule de liaison	2001	En Epave
Peugeot Mini bus	Ambulance	2002	Sur Cale
Peugeot Mini bus	Ambulance	2002	Passable
Peugeot Mini bus	Ambulance	1996	passable
Mutshibushi 4x4 PAJERO	Véhicule de liaison	2001	Passable

MATERIEL INFORMATIQUE

L'Hôpital dispose du matériel informatique pour la collecte et le traitement des données, mais force est de reconnaître que le nombre demeure insuffisant et le personnel a besoin d'être formé ou recyclé pour une amélioration de la quantité de la gestion.

Service utilisateur	Ordinateur	Applications	Imprimante
Administration	3	MS office 2000 secrétariats, gestion hospitalière	3
Bureau des Entrées	2	MS office 2000 caisses et comptabilité	1
SIH	1	MS office 2000	-
Pharmacie Hospitalière	2	MS office 2000 et pharmahos 98 (gestion des médicaments) et MS office 2003 et EPI info et Esope (gestion PVVIH, ARV)	1
Unité de Soins Ambulatoire et de conseils	1	MS office 2003 et EPI info et Esope (gestion PVVIH, ARV)	1
Laboratoire	1	MS office 2003 (gestion des analyses biomédicales)	1
Médecine Générale	2	MS office 2003 EPI info et Esope (gestion PVVIH, ARV)	2
Maternité	1	MS office 2000	-
Ophthalmologie	1	MS office 2000 et EPI info	-

Service de gynéco-obstétrique

Le service occupe des locaux construits en 1883. Il se présente comme suit :

Au réz de chaussée :

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

Une grande salle à quatre lits,

Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant quatre

Tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,

Une salle de consultation prénatale et d'information,

Une salle de garde,

Trois toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage :

Deux salles d'hospitalisation pour une capacité de dix lits,

Une salle de pansement des malades opérées,

Une salle des internes,

Une salle pour les consultations externes,

Une salle pour les manœuvres,

Trois toilettes dont une pour le personnel,

Le personnel se compose de :

Deux médecins gynécologues obstétriciens dont un médecin directeur,

Dix internes en médecine

Trois sages femmes

Six infirmières obstétriciennes,

Une infirmière en santé publique,

Dix matrones et de trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suit :

Trois jours de consultations externes,

Trois jours de consultation prénatale,

Deux jours d'échographie,

Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,

Un jour d'activités chirurgicales (jeudi) pour les patientes programmées

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un interne, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des six 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 suivi de la visite des malades hospitalisées.

2- Type d'étude :

Notre travail est une étude prospective, descriptive et transversale.

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Avril 2006 au 31 Mars 2007 soit une période de 12 mois.

4-Population d'étude :

Notre travail a porté sur toutes les femmes enceintes admises en travail d'accouchement à l'Hôpital pour hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

5- Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur toutes les femmes enceintes en travail d'accouchement admises à la maternité pour hémorragie d'origine obstétricale sur grossesse d'au moins 28^{ème} semaines d'aménorrhées (≥ 6 mois).

6- DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE :

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

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

Précisait :

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

Faisait :

- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;

- Une recherche de pathologie maternelle associée.
La conduite à tenir dépendait de ces différents paramètres.

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

8- Les variables étudiées :

Concernant la population de 102 patientes, nous avons étudié les paramètres suivants :

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

9- Support et recueil des données :

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, des dossiers des malade et de comptes rendus opératoires, des partogrammes, des fiches d'évacuations.

Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque patiente.

10- Gestion et analyse des données :

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word Version 2003 et 2007 pour le traitement de texte, des tableaux. La saisie des données a été faite sur SPSS 11.0. L'analyse des données a été faite à EPI info version 6. Le tests statistiques ont été utilisés en vue de comparer les variables catégorielles (tests du Khi deux corrigé de Yates, probabilité P, avec une différence statistique fixée à 0,05)

11- Les difficultés rencontrées :

- Les supports sont mal remplis ;
- Difficultés d'approvisionnement de notre mini banque de sang en produits sanguins et dérivés ;

- Le recours tardif aux services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

12-Définitions opératoires :

- **Référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;
- **Transfert** : C'est l'orientation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire ou ailleurs.
- **Pronostic materno-fœtal** : Nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de l'accouchement pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Grossesses non suivies** : Femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.
- **Parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.
 - ✓ Nullipare : zéro accouchement,
 - ✓ Primipare : un accouchement,
 - ✓ Paucipare : deux à trois accouchements,
 - ✓ Multipare : quatre à cinq accouchements,
 - Grande multipare : six accouchements et plus
- **Gestité** : C'est le nombre de grossesse chez la femme.
 - ✓ Primigeste : première grossesse,
 - ✓ Paucigeste : deux à trois grossesses,
 - ✓ Multigeste : quatre à cinq grossesses,
 - ✓ Grande Multigeste : six grossesse et plus.
- **Fièvre** : Toute température supérieure ou égale à 37,6°C chez une femme enceinte est considérée comme fièvre.
- **Anémie** : chez la femme enceinte est définie comme étant un taux d'hémoglobine inférieur 11 grammes par décilitre.
- **Anémie sévère** : taux d'hémoglobine $\leq 6\text{g/dl}$;
- **Anémie modérée** : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;

- **Mauvais état général** est défini dans notre contexte par un état de choc hémorragique et ou une tension artérielle inférieure ou égale à 8/4 cm hg, taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7
 - **Etat général passable** : un état intermédiaire.
 - **Etat général bon** : tension artérielle $\geq 11/7$ cm hg, taux d'hémoglobine ≥ 11 g/dl, bonne conscience, score de Glasgow variant de 13 à 15.
 - **Le coma** : état pathologique caractérisé par une perte de conscience et par une absence de réaction aux stimuli externes avec conservation des fonctions respiratoire et circulatoire, qui peuvent cependant être réduite ou troublées [11].
 - **Obnubilation** : est l'état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire [11].
 - **Agitation** : toute augmentation de l'activité motrice qui devient désordonnée, associée à une excitation mentale [11].
 - **Collaboration interdisciplinaire** : C'est la prise en charge conjointe d'une patiente par plusieurs spécialités médicales et / ou chirurgicales.
 - **Apgar** : méthode d'évaluation globale de l'état d'un enfant à la naissance [11].
 - ✓ 0 : mort-né
 - ✓ 1 à 3 : état de mort apparent
 - ✓ 4 à 7 : état morbide
 - ✓ ≥ 8 : bon état post natal.
- Mort né** : produit de conception dont la gestation a duré au moins 180 jours et qui est décédé in utero [11].
- **Hypertension artérielle** :
légère (14-15,9/9-9,9CmHg), modérée (16-17,9/10-10,9CmHg), sévère ($\geq 18/11$ CmHg), Absent ($< 14/9$ Cm hg)

IV RESULTATS :

1. Fréquence :

Pendant la période d'étude nous avons noté 102 hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 4114 accouchements soit une fréquence de 2,47%

2. Profil socio-démographique :

Tableau I: Répartition des parturientes en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	%
< 20ans	13	12,7
20 à 34ans	84	82,4
≥35ans	5	4,9
Total	102	100,0

Les âges extrêmes sont [16ans, 45ans]. Ecart type : 7,8 ans

La moyenne d'âge est : 26,72 ans + ou - 7,8 ans

Age médian : 30,5 ans

Tableau II: répartition des parturientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
--------	----------	---

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Bambara	18	17,6
Malinké	22	21,6
Peulh	30	29,4
Sarakolé	23	22,6
Sonraï	3	2,9
Khassonké	6	5,9
Total	102	100

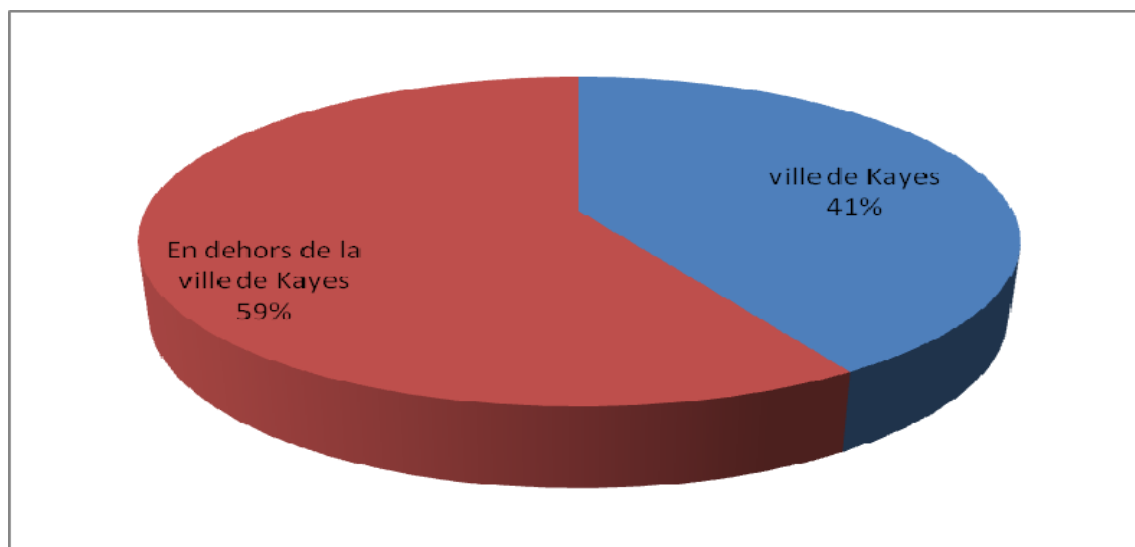


Figure 1: répartition des parturientes en fonction de leur résidence

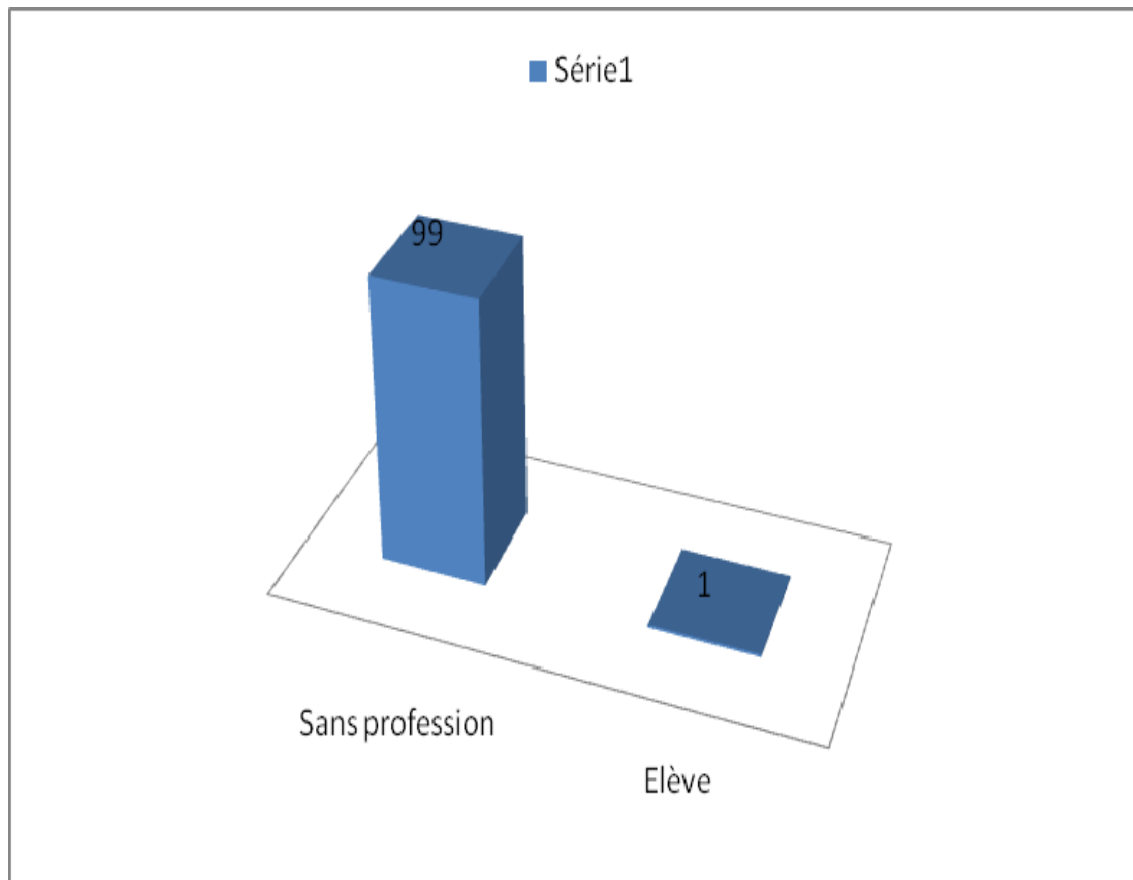


Figure 2: répartition des parturientes en fonction de leur profession

Tableau III: répartition des parturientes en fonction de la profession des conjoints

Profession du conjoint	Effectif	Pour cent
Cultivateur	45	44,1
Commerçant	14	13,7
Militaire	2	2,0
Ouvrier	36	35,3
Gendarme	1	1,0
Policier	1	1,0
Enseignant	3	2,9
Total	102	100,0

Tableau IV: répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée	99	97
Célibataire	3	3
Total	102	100,0

3. Modalités d'admission :

Tableau V: répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	%
Evacuations	38	37,3
Venues d'elles-mêmes	49	48
Références	15	14,7
Total	102	100

Tableau VI: répartition des parturientes en fonction du temps entre le début de l'hémorragie et l'admission en heure

Délai en heure	Effectif	%
< 1H	10	9,8
1 < délai < 12 H	89	87,3
12 ≤ délai < 24 H	3	2,9
Total	102	100

Tableau VII: répartition des parturientes en fonction de leur motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	%
Dystocie	1	1
Hémorragie intrapartum	65	64
CUD	19	18
Imprécis	17	17
Total	102	100

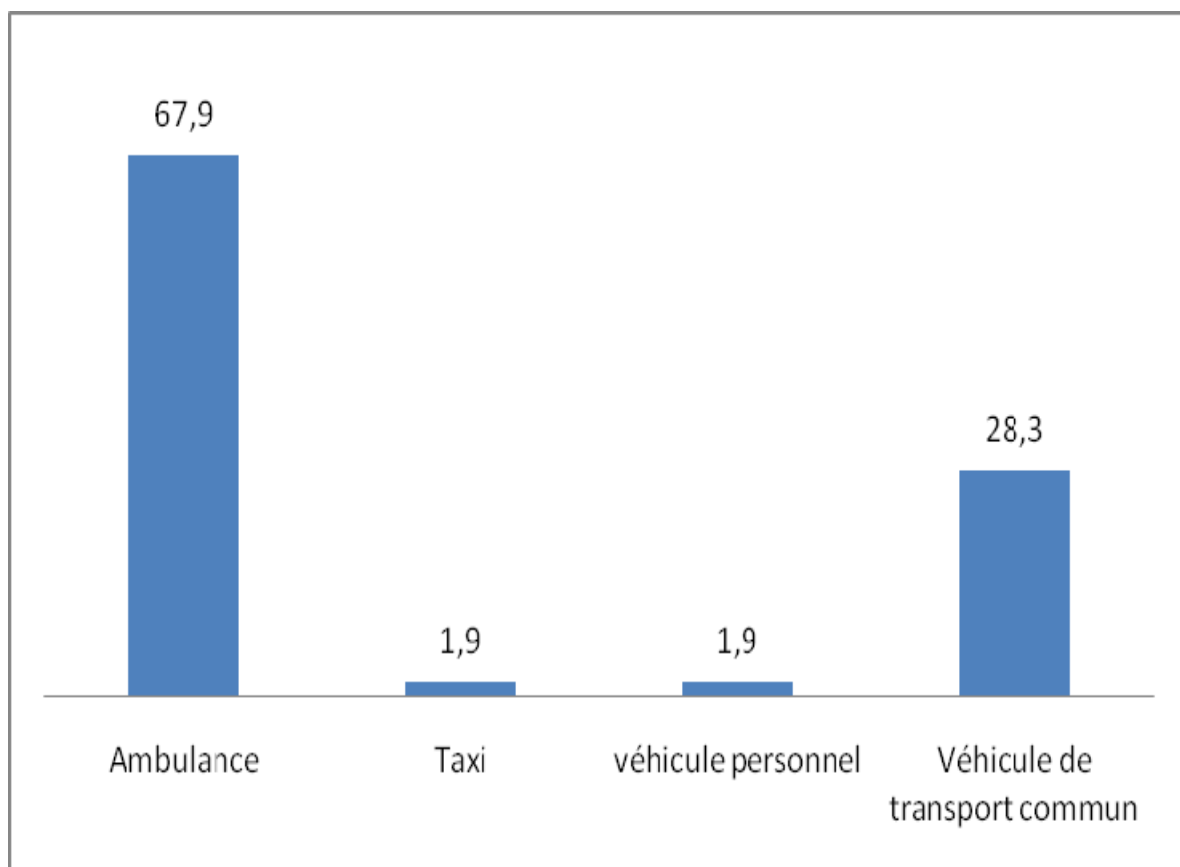
**Figure 3: répartition des parturientes selon le moyen de transport emprunté**

Tableau VIII: la répartition des parturientes en fonction de type de support de référence/évacuation

Support d'évacuation	Effectif	%
Fiche	47	88,7
Partogramme	2	3,8
Lettre	1	1,9
Verbalement	3	5,6
Total	53	100

Tableau IX: la répartition des parturientes évacuées/référées selon la provenance.

Provenance	Effectif	%
Cscom	48	90,6
Csref	5	9,5
Total	53	100,0

Tableau X: répartition des parturientes en fonction de la qualification de l'auteur de la référence/évacuation

Auteur de la référence/évacuation	Effectif	%
Médecin	21	39,6
Sage femme	6	11,3
Matrone	15	28,3
Infirmier (ère)	11	20,7
Total	53	100,0

Tableau XI: répartition des parturientes selon la distance parcourue

Distance parcourue en km	Effectif	%
< 15 km	44	39,2
15 à 30	14	13,7
31 à 100	37	36,3
101 à 200	6	5,9
501 à 600	1	1
Total	102	100

NB : aucune gestante n'a parcourue entre 201 à 500 Km

Distance moyenne : 260,1Km

4. Clinique :

Tableau XII: répartition des parturientes selon leurs antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	%
Césarienne	4	4
Sans antécédent	98	96
Total	102	100

Tableau XIII: répartition des parturientes en fonction de leur Gestité

Gestité	Effectif	%
Primigeste	15	14,7
Paucigeste	34	33,3
Multigeste	28	25,5
Grande Multigeste	27	26,5
Total	102	100,0

Tableau XIV: répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	%
Primipare	15	14,7
Paucipare	34	33,3
Multipare	28	25,5
grande multipare	27	26,5
Total	102	100,0

Tableau XV: répartition des parturientes selon l'âge gestationnel en SA

Age gestationnel en SA	Effectif	%
28 à 33 SA	2	2
34 à 36 SA + 6 jours	27	26
≥ 37 SA	73	72
Total	102	100

Tableau XVI: La répartition des parturientes selon la pathologie associée

Pathologie associée	Effectif	%
HTA	1	1
Infection génitale	5	4,9
Anémie	1	1
Absence de pathologie	95	93,1
Total	102	100

Tableau XVII: répartition des parturientes en fonction de leur état général

Etat général	Effectif	%
Bon	46	45,1
Passable	49	48,0
Altéré	7	6,9
Total	102	100,0

NB : Bon : le score de Glasgow variait de 13 à 15
 Passable : le score de Glasgow variait de 9 à 12
 Altéré : le score de Glasgow variait de 6 à 7

Tableau XVIII: répartition des parturientes en fonction de la coloration des conjonctives

Coloration des conjonctives	Effectif	%
Colorées	55	53,9
Pâles	47	46,1
Total	102	100,0

Tableau XIX: répartition des parturientes en fonction de la température

Température en °c	Effectif	%
$37,6 \leq T < 38,5$	4	3,9
$T \geq 38,5$	5	4,9
$< 37,6$	93	91,2
Total	102	100,0

Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de l'hypertension artérielle

Hypertension artérielle	Effectif	%
Légère	18	17,6
Modérée	10	9,8
Sévère	3	3
Absent	71	69,6
Total	102	100

Tableau XXI: répartition des parturientes en fonction du poids

Poids (P/Mn)	Effectif	%
< 100	58	57
100 à 120	41	40
≥ 120	3	3
Total	102	100,0

Tableau XXII: répartition des parturientes en fonction du nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Effectif	%
0	48	47,1
1 à 3	50	49,0
≥ 4	4	3,9
Total	102	100,0

Tableau XXIII: répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal à l'admission

Bruits du cœur fœtal (en bpm)	Effectif	%
< 110	7	6,9
110 à 150	28	27,5
>150	7	6,9
Absents	60	58,8
Total	102	100,0

Tableau XXIV : répartition des parturientes en fonction de la phase du travail d'accouchement à l'admission

Phase du travail d'accouchement	Effectif	%
phase de latence	42	41,2
phase active	55	53,9
phase expulsive	5	4,9
Total	102	100,0

Tableau XXIII: répartition des parturientes en fonction de l'état de la poche des eaux à l'admission

Etat de la poche des eaux	Effectif	%
Intactes	65	63,7
rompues	37	36,3
Total	102	100,0

Tableau XXIV: répartition des parturientes en fonction du type de la présentation du fœtus

Type de présentation du fœtus	Effectif	%
Céphalique	94	92,2
Transversale ou épaule	3	2,9
Siège	5	4,9
Total	102	100

Tableau XXV: répartition des parturientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif	%
Clair	4	3,9
Jaunâtre	4	3,9
Méconial	3	3
Hématique	91	89,2
Total	102	100,0

Tableau XXVI: répartition des parturientes en fonction de l'abondance des métrorragies

Métrorragie	Effectif	%
Minime	39	38,2
Moyenne	53	52
Abondante	5	4,9
Très abondante	3	2,9
Non	2	2
Total	102	100

Tableau XXVIII: répartition des parturientes en fonction de la durée du travail

Durée du travail d'accouchement en heure	Effectif	%
<8	10	10
8 à 12	13	13
>12	9	9
Inconnue	70	68
Total	102	100

Tableau XXVIII: répartition des parturientes en fonction du diagnostic retenue

Diagnostic retenu	Effectif	%
Rupture utérine	12	12
Placenta prævia	22	21
HRP	66	65
Hémorragie de Benckiser	2	2
Total	102	100

5. mode thérapeutique :

Tableau XXIXI: répartition des parturientes selon la nature de l'intervention obstétrico-chirurgicale

Nature de intervention obstétrico-chirurgicale	Effectif	%
Césarienne	59	57,8
Hystérorraphie	12	11,8
Hystérectomie d'hémostase	1	1
Accouchement par voie basse	30	29,4
Total	102	100

Tableau XXXI: répartition des gestantes en fonction de la réalisation du groupe sanguin rhésus en urgence

Groupe sanguin rhésus	Effectif	%
Oui	71	69,6
Non	31	30,4
Total	102	100,0

71 gestantes soit une fréquence de 69,6% ont bénéficié le groupage sanguin rhésus en urgence

Oui : groupe rhésus effectué en urgence, **non** : gestante déjà groupée.

6. Conduite à tenir en fonction de l'étiologie de l'hémorragie

Tableau XXXII: Conduite à tenir devant HRP

HRP	Césarienne en 1 ^{ère} intention		Accouchement voie basse		Total
	Eff	%	Eff	%	
Fœtus vivant en travail	20	50	4	15,38	25
Fœtus mort en travail	20	50	22	84,62	41
Total	40	100	26	100	66

Tests du Khi deux : 5,10

P : 0,023

Tableau XXXIIV: le placenta prævia

Placenta prævia	Césarienne en 1 ^{ère} intention		Césarienne en 2 ^{ème} intention		Accouchement par voie basse		Hystérectomie		Total
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
PP recouvrant hémorragique	7	46	0	0	0	0	1	100	8
PP recouvrant non hémorragique	4	27	0	0	0	0	0	0	4
PP non recouvrant hémorragique	4	27	4	100	0	0	0	0	8
PP non recouvrant non hémorragique	0	0	0	0	2	100	0	0	2
Total	15	100	4	100	2	100	1	100	22

NB :

Les cas de pp dont l'indication de césarienne ne s'imposait pas dans l'immédiat (pp non recouvrant non hémorragique ou arrêt des saignements) bénéficiaient de :

- Une prise de voie veineuse avec perfusion de ringer lactate 500 ml ;
- Un groupage sanguin rhésus plus taux d'hémoglobine ;
- Une transfusion iso groupe iso rhésus si nécessaire ;
- D'une proscription de toucher vaginaux ;
- D'une surveillance du travail d'accouchement, maternelle et fœtale (état général conjonctives tension artérielle, contraction utérines, saignement

Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

- vulvaire, mouvement actif du fœtus, bruits du cœur fœtal, liquide amniotique) ;
- rupture artificielle de la poche des eaux ;
- perfusion d'ocytocine, usage des antispasmodiques (si nécessaire).

- **la rupture utérine** : la laparotomie avec Hystérorraphie a été réalisée dans 12 cas une fois le diagnostic fait soit 100% des cas.

- **hémorragie de Benckiser** : accouchement par la voie basse a été réalisé dans les deux cas soit 100%

Tableau XXXIII: répartition des gestantes en fonction de la nature de l'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	%
Anesthésie générale	72	70,6
Sans anesthésie	30	29,4
Total	102	100,0

Tableau XXXIV: répartition des parturientes en fonction de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectif	%
Oui	24	23,5
Non	78	76,5
Total	102	100,0

Tableau XXXV: répartition des parturientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jour	Effectif	%
0 à 1	24	23,5
2 à 7	74	72,5
8 à 14	4	3,9
Total	102	100,0

7. Pronostic :

Nous avons enregistré cinq cas de décès maternel pendant notre étude

Tableau XXXVI: répartition des parturientes en fonction de la nature des complications

Complications	Effectif	%
Endométrite	3	6,5
Anémie	36	78,3
Suppuration/lâchage	2	4,3
Décédée	5	10,9
Total	46	100,0

Tableau XXXVII: répartition des parturientes en fonction de la cause du décès maternel

Cause du décès maternel	Effectif	%
Choc hémorragique	2	40,0
Eclampsie	1	20,0
Septicémie	2	40,0
Total	5	100,0

Nous avons enregistré cinq cas de décès maternel pendant notre étude dont :

- trois cas de décès maternel dus à l'HRP (deux cas par septicémies, un cas d'éclampsie) ;
- deux cas de décès maternels dus à la rupture utérine (les deux cas par choc hémorragique

Tableau XXXVIII: répartition des parturientes en fonction de la nature de la voie d'accouchement des mères décédées

Voie d'accouchement	Effectif	%	
Après l'accouchement	Voie haute	2	40
	Voie basse	2	40
Avant l'accouchement		1	20
Total	5	100	

- Après l'accouchement
 - Voie haute : deux cas dans un contexte de rupture utérine ;
 - Voie basse : deux cas dans un contexte d'HRP ;
- Avant l'accouchement : un cas dans un contexte de complication d'HTA

Tableau XXXIX: répartition des parturientes en fonction de l'état des nouveaux nés

Etat des nouveaux nés	Effectif	%
Vivant	42	41,2
Mort né	60	58,8
Total	102	100,0

Tableau XL: relation entre décès fœtal et cause d'hémorragie du troisième trimestre

Cause du décès fœtal	Effectif	%
RU	12	20,0
PPH	4	6,7
HRP	42	70
Hémorragie de Benckiser	2	3,3
Total	60	100,0

Tableau XLI: répartition des parturientes en fonction du score d'APGAR à la 1ere mn

APGAR à la naissance	Fréquence	Pour cent
0	60	58,8
1 à 3	3	2,9
4 à 7	28	27,5
≥ 8	11	10,8
Total	102	100,0

NB : nous n'avons pas enregistré de grossesse multiple au cours de notre étude

Tableau XLII: Pronostic vital des nouveau-nés évacués en pédiatrie de l'hôpital fousseyni Daou de Kayes durant les 7 premiers jours d'hospitalisation

Pronostic	J0 – J3		J4 – J7	
	Eff	%	Eff	%
Vivant	12	80	16	80
Décédé	3	20	4	20
Total	15	100	20	100

NB : 3 nouveau nés sont décédés dans les 72 premières heures suivant la naissance suite a une détresse respiratoire et 4 sont décédés après les 72 heures suite a une infection

Tableau XLIV relation entre l'état des nouveau-nés et la réalisation de la CPN

Etat du nouveau né	Vivant		Décès foetal		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Non	16	15,7	32	31,4	48	47,1
Oui	26	25,5	28	27,4	54	52,9
Total	42	41,2	60	58,8	102	100

Test du Khi deux : 1,73

P : 0,18

Le décès foetal est fréquent en cas de non réalisation de la CPN mais la différence est non statistiquement significative P= 0,18

Tableau XLIII: relation entre l'état des nouveau-nés et le mode d'admission

Etat du nouveau né	Vivant		Décès fœtal		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Mode d'admission						
Référence/évacuation	17	16,7	36	35,3	53	52
Venues d'elle-même	25	24,5	24	23,5	49	48
Total	42	41,2	60	58,8	102	100

Test de Khi deux : 3,03 ;

P : 0,001

Le décès fœtal est plus fréquent en cas d'évacuation avec une différence statistiquement significative : P= 0,001.

Tableau XLIV: relation entre l'état des nouveaux nés et le diagnostic retenu

Etat des nouveaux nés Diagnostic retenu	Vivant		Décès fœtal		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Rupture utérine	0	0	12	20	12	11,7
Placenta prævia	18	42,9	4	6,7	22	21,6
HRP	24	57,1	42	70	66	64,7
Hémorragie de Benckiser	0	0	2	3,3	2	2
Total	42	100	60	100	102	100

V. COMMENTAIRES :

1) Fréquence :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont fréquentes dans notre service, sur les 4114 d'accouchements en 12 mois, nous avons enregistré 102 cas soit une fréquence de 2,47%. Cependant un taux de 2,72% a été retrouvé par Dissa L. [12] au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako 6,16% a été le taux retrouvé par Saye. M. [33]. à l'Hôpital Somino Dolo de Mopti ; 2,7% a été retrouvé par Keita. I au [] CSRef CV du district de Bamako en 2008.

2) caractéristiques socio démographiques :

a) Résidence :

Nous remarquons que 41% de nos gestantes résidaient dans la ville de Kayes, 59% venaient des autres localités. Cette répartition hétérogène s'explique par le fait que la plus part des patientes sont évacuées. Les distances parcourues et le mauvais état des routes pourraient assombrir le pronostic materno-foetal.

b) Age:

Nous constatons que la majorité des parturientes est âgée de 20-34 ans soit -82,4%, 12,7% ont moins de 20 ans, contre 27,50% dans l'étude de Dicko. S [10]. ont moins de 20 ans. Dans la série de Diakité R [7] la tranche d'âge la plus représentée était de 18 – 35 ans soit 75,6%. Dans la série de KANE. F [18] la tranche d'âge la plus représentée était de 21 – 35 ans avec 64,17%. MABOUNGA. R. A. [25] a trouvé dans sa série que la tranche d'âge la plus touchée était de 20 – 35 ans avec 67,6% des cas

FOOTE [13] trouve que le P.P est deux fois plus fréquent après 29 ans.

L'hématome retro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN. M [39].

Les âges extrêmes sont de 16 ans pour la plus jeune ,45 ans pour la plus âgée.

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

c) Ethnie :

les peulhs ont représenté 29,4%, des malinkés 21,6%, des bambara 17,6% des Sarakolés 20,6%, des khassonkés 5,9% Cette répartition est comparable à celle de la structure de la région de Kayes.

d) Statut matrimonial :

les femmes mariées ont représenté 97% , les célibataires 3%.

e) Profession :

les femmes sans profession ont représenté 99,1% , une seule élève a été trouvée pendant notre étude soit 0,9%

Ce qui explique le bas taux d'alphabétisation de nos femmes.

3) les facteurs de risque :**a) parité :**

Dans notre étude les Paucipares représentent 33,3 %, les grandes multipares représentent 26,5%, les multipares 25,5%, primipares 14,7%. Dicko. S [10] à trouver dans sa série 20,7 de grande multipare.

Ces résultats permettent d'observer que les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse augmentent avec la parité.

La prédominance des Paucipares s'explique par le fait que c'est la couche la plus génitalement active.

BOOG [3] trouve que la parité est un facteur aussi déterminant que l'âge, 35% étaient des multipares; FOOTE [13] note une fréquence quatre fois plus grande de P.P parmi les multipares 36% des patientes.

Traoré. M [38] trouve dans sa série que 74,5 de PP étaient des patientes d'âge obstétrical optimum

b) caractéristiques obstétricales :

Nous remarquons que 47,1% de nos patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales et cela pour des raisons socioculturelles (faible taux d'alphabétisation, grossesse non désirée...)

Dans 89,2% des cas le liquide amniotique était hémattique.

Par rapport au bruit du cœur fœtal 57,8% des femmes avaient un bruit du cœur fœtal absent à l'admission. Ce taux élevé de mort intrapartum se voit chez les patientes évacuées n'ayant pas ou correctement pas fait la consultation prénatale.

C) délai mis entre le début de l'hémorragie et l'admission en heure :

Le temps mis entre le début de l'hémorragie et l'admission à l'hôpital Fousseyni Daou était jugé long. Il était inférieur à 1 heure dans 9,8% des cas, compris entre 1 heure et 12 heures dans 87,3% des cas et compris entre 12 à 24 heures dans 2,9%. Ce retard aggrave l'hémorragie et compromet gravement le pronostic maternel et fœtal.

DIAKITE. R [7] a trouvé dans sa série 59,8% des patientes ont fait 1 heure à 12 heures avant leur admission.

4) Caractéristiques de référence/évacuation :

Nous avons constaté que 37,3% de nos parturientes ont été évacués, 14,7% ont été référés parmi ces références/évacuations 90,6% étaient faites par des centres de santé communautaires (CSCOM) ; cela explique le respect du système de référence/d'évacuation recommandé.

Un taux de 63% a été retrouvé par Dissa L [12]

DIAKITE. R. [7] a trouvé dans sa série 48% d'évacuation, KANE. F. [18] 58,2%, DEMBELE. B [5] 68,7%, MABOUNGA. R. A [25] 53,6%.

OUATTARA. A [30] a trouvé 58,51% des patientes non évacuées.

Nous constatons que 88,7% des évacuations étaient faites avec la fiche et 3,8% avec un partogramme mal rempli ce qui rend difficile la prise en charge.

5) Les étiologies :

a) les ruptures utérines :

Ont représenté 12% du total des hémorragies du troisième trimestre et 0,29% du total des accouchements. Dissa L [12] a retrouvé 0,5% du total des accouchements. Diabaté A. K. également à trouver 0,5% [6].

Les raisons qui expliquent cette prévalence élevée sont :

-l'usage abusif des ocytociques dans les centres périphériques ;

- les évacuations tardives ;
- les accouchements non assistés.

.Dans leurs études DIAKITE .R [7], KANE. F [18], BOOG. G [3] ont trouvé respectivement de 6,1% ; 11,94% et 0,7 à 3,5% des cas.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue pour nous un problème de santé publique. Exposant à une lourde mortalité foëto-maternel, elle a été responsable de deux décès maternels.

b) le placenta prævia hémorragique :

Ont représenté 21% du total des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 0,53% des d'accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans [9].

Chez Dissa L [12], 0,63% du total d'accouchement a été retrouvé.

Cet accident est en Europe en moyenne entre 0,28% à 0,5% [12].

En Asie les taux varient entre 0,41% à 1% [12].

Sur le continent Américain le placenta prævia hémorragique reste relativement rare, les chiffres varient entre 0,33% à 0,99[9].

La mortalité foëtale est de 0,7%.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel au cours de notre étude.

c) hématome retro placentaire :

ont représenté 65% du total des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 1,6% des d'accouchements au cours de la période d'étude.

Dissa. L.[12] a retrouvé 0,46% du total d'accouchement .

Dans les séries d'étude de BARBOT X. J [4] ; LANSAC. J [23] étaient respectivement de 15-16% et 7,4% des cas.

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

Nous avons enregistré trois cas de décès maternel soit 2,9%.

d) Hémorragie de Benckiser :

ont représenté 2% des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 0,04% des accouchements au cours de la période d'étude.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel au cours cette étude ce qui est caractéristique de cette pathologie dont le pronostic est bon pour la mère et hautement sévère pour le fœtus.

6) modes thérapeutiques :

L'attitude thérapeutique est fonction des données cliniques. L'avènement de la gratuité de la césarienne a permis de faire face à l'urgence dès son entrée ainsi :

-57,8% de nos patientes ont été césarisées. Dissa L [12] a retrouvé 69,01% en 2005, dans les séries de Diakité R [7] ; KANE F [18] ces taux étaient respectivement de 56,1% et 58,20%.

-La fréquence de laparotomie pour Hystérorraphie et hystérectomie d'hémostase a été respectivement de 11,8% et 1%. Un taux de 4,90% a été rapporté par Dissa L [12].

-. Au cours de cette étude 69,6% de nos patientes ont fait le groupage sanguin rhésus en urgence et 23,5% ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

-Dans les cas de PP ne s'imposant pas une indication absolue de césarienne (PP non recouvrant non hémorragique ou arrêt des saignements) , nous avons adopté une surveillance avec une expectative armée à savoir :

- Une prise de voie veineuse avec perfusion de ringer lactate 500 ml ;
- Groupage sanguin rhésus plus taux d'hémoglobine et d'hématocrite en urgence ;
- D'une proscription de touchers vaginaux ;
- D'une surveillance materno-fœtale (état général, conjonctives, tension artérielle, contractions utérines, saignements vulvaires, mouvement actif du fœtus, bruits du cœur fœtal, progression du mobil fœtal).

-Les patientes qui ont accouché par voie basse dans un contexte d'HRP bénéficiaient d'une prise de voie veineuse sûre avec cathéter G16 ou G18 avec

perfusion de ringer lactate, la rupture artificielle de la poche des eaux, la transfusion sanguine iso groupe iso rhésus si nécessaire anti spasmodique dans certains cas, perfusion d'ocytocine si nécessaire, taux d'hémoglobine et hématocrite en urgence, 19,7% de ces patientes ont été transfusées le nombre d'unité de sang variait de 1 à 4. Elles ont toutes bénéficié d'antibiothérapie.

Diakité R.[6] a trouvé 17,1%.

7) le pronostic maternel :

❖ La morbidité :

AU cours de notre étude 45,1% de nos patientes ont développées des complications qui sont dominées par :

-l'anémie : 78,3%

-les infections (endométrites : 6,5%, suppuration/lâchage : 4,3). Dissa L [12] a retrouvé 28,21%, cela pourrait s'expliquer une amélioration de la qualité des soins et de l'asepsie.

❖ La mortalité :

Nous avons enregistré cinq cas de décès maternel soit 4,9% contre 3,16% retrouvé par Dissa L [12], 5% retrouvé dans l'étude de Diarra O [9].

Dans la série de KANE F [18] ce taux était de 4,54% et ceux de Diakité R [7] ; de MABOUNGA R.A [25], de FOOTE ET FRASER [13] leurs taux étaient respectivement de 1,2% ; 0,9% et 0%.

Les jeunes femmes et les grandes multipares étaient les plus concernées.

Les principales causes de ces décès ont été :

-le choc hypovolémique : 40% ;

-la septicémie : 40% ;

- l'éclampsie : 20% ;

La prévalence de l'hémorragie s'explique par :

-la non disponibilité du sang ;

-le retard d'évacuation des parturientes ;

-l'incompétence du personnel soignant.

8) Pronostic fœtal :

Le pronostic néonatal (morbidité, mortalité) s'apprécie dans les premiers jours de la vie.

❖ La morbidité :

elle est difficile à définir mais par le souci de conformité, nous considérons comme morbide tout nouveau né ayant un score d'Abgar inférieur ou égal à 7, au nombre de 91 soit 89,2%, comme décrit par de nombreux auteurs ainsi que tous les prématurés au nombre de 29 soit un taux de 28% Parmi ces nouveaux nés, 35 ont été réanimés puis référés à la pédiatrie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

❖ La mortalité :

Nous avons enregistré 60 cas de décès fœtal sur 102 naissances soit une fréquence de 58,8 %.

Cependant Dissa L [12] a retrouvé 14,06%, en 2005 au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako 31,4% a été retrouvé par Diarra O [9] à l'hôpital du PG

L'HRP a été responsable de 66,7% des décès fœtaux et néonataux précoces dans notre série d'étude.

Selon N'DIAYE M. [29], le PP et l'HRP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in-utéro.

La RU a été responsable de 20% des décès fœtaux. Le PP a causé 10% des décès fœtaux et néonataux précoces.

Dans la série d'étude de KANE F [18] ce taux était de 57,57%, dans les séries d'études de Diakité R [7], BAGAYOGO. S [1] leurs taux étaient respectivement de 37,21% ; 25,81%.

Hémorragie de Benckiser a été responsable de 2% des décès fœtaux.

Ces décès s'expliquent par :

- le retard d'évacuation des parturientes ;
- la distance à parcourir ;
- la gravité de la pathologie.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

• Conclusion

Les hémorragies du troisième trimestre constituent un problème de santé publique. Leur fréquence est de 2,47% sur 4114 accouchements. Les principales étiologies sont dominées par : l'hématome rétro placentaire 65%, le placenta prævia hémorragique 21%, la rupture utérine 12 %

Les Paucipares, les grandes multipares, les jeunes femmes, des conditions socio-économiques défavorables, les conditions d'évacuations constituent les facteurs de risque des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge soit 57,8%, l'Hystérorraphie 11,8%, l'accouchement par voie basse 29,4%, l'hystérectomie a représenté 1%

Les consultations pré natales de qualité, les soins obstétricaux d'urgence sont les éléments essentiels de ce véritable problème de santé publique.

Le taux de mortalité maternelle représentait 4,9% soit 5 cas.

Nous avons enregistré 60 cas de décès fœtal sur 102 naissances, soit 58,8%.

• **Recommandations**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Aux agents de santé :

- Prodiguer des consultations prénatales de qualité qui répondent à leur objectif de prévention, de dépistage et de traitement des pathologies dépistées.
- Utiliser le partographe pour la surveillance du travail d'accouchement pour éviter le retard dans la prise de décision afin de limiter les complications.
- Référer ou évacuer à temps toutes les gestantes à risque à un centre plus équipé pour réduire les complications maternelles et/ou fœtales.
- Identifier les facteurs de risque.
- promouvoir les CPN recentrées .

❖ Les médecins :

- Intensifier l'éducation pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'accouchement à domicile, au travail prolongé, aux pratiques traditionnelles néfastes et à la méconnaissance des signes de complications de la grossesse.

❖ Les gestantes :

- Fréquenter le plus possible les consultations prénatales et ce dès le début de la grossesse dans le but de prévenir les complications.
- Accoucher dans les structures médicalisées pour prévenir ou prendre en charge les complications pouvant survenir.

❖ Les collectivités :

Améliorer l'état des routes, les moyens de transports et les voies de communication pour faciliter l'évacuation des urgences.

❖ Le ministère de la santé :

- Doter les centres de santé périphériques de plateaux techniques et des compétences obstétricales appropriées pour réduire le taux de mortalité fœto-maternel.
- Assurer la formation continue des agents des centres de santé communautaire (CSCOM) pour améliorer la qualité de prise en charge des urgences.

-Installer des banques de sang dans toutes les structures de référence de 2^e niveau qui peuvent répondre au besoin de la population.

VII. LES REFERENCES :

1. **Bagayogo S.** Contribution à l'étude du placenta praevia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62 cas; thèse de médecine ; Bamako ; 2002 N°17.
2. **Bessis R, Brignon C, Shneiderl.** Localisation placentaire échographique dans les insertions basses ; difficultés : le placenta migrateur. Soirée échographique gynécologie-obstétrique 1976 ; (5) ; pp3751
3. **Boog G.** placenta praevia, Encyclopédie, Médecine, chirurgie (Elsevier, Paris) obstétrique ; 5 – 069 – 1 – 10, 1996, 21p.
4. **Barbot X J, Bardiaux M., Crimail P., Deuil J., Dubuisson J. B., Santarelli. J.** Santé – Médecine – Biologie humaine ; Gynécologie obstétrique. Tome 1 et 2 Systématique II ; 1986 – 1987.
5. **Dembélé B.** Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au Centre de santé de Référence de la Commune V à propos de 114 cas ; thèse de médecine ; Bamako 2002 ; N° 28.
6. **Diabaté A K :** les ruptures utérines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, les facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. Thèse de médecine Bamako 2007 ; N°123 ; 98 P.
7. **Diakité R.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas ; thèse de médecine ; Bamako 2002 – 2003 ; N°71.
8. **Diakité M.** Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako ; thèse de médecine ; Bamako 1985 ; N° 10.

9. **Diarra O** : les urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Point G ; thèse de médecine ; Bamako 2000 ; N°117
10. **Dicko S** : étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas, thèse de médecine ; Bamako 2001 ; N°101 ; 65 P.
11. **Dictionnaire médical** : **L. Manuila, A. Manuila, M. Nicoulin**, 7^{ème} édition, Masson Paris, 1996.
12. **Dissa L**. Etude épidémiologique clinique et thérapeutique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako ; thèse Med Bamako 2005 ; n°110 ; 68 P.
13. **Foote (W. R) et Fraser (W. D)**. Placenta prævia – Amer. Obstet – Gynec ; Juillet 1960; 80 – 10 – 16.
- 14 **Fournié A. Rev. Fr. Gynécol. Obstetc**. Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, 1994.
15. **Garba H**. Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves ; thèse médecine ; Bamako 1988 ; N°1
16. **Hodonou K**. Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar ; thèse de médecine ; Bamako 1968 ; N°18.
17. **Kamina P**. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris ; Maloine 1984, 515p.

18. Kané F. Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine ; Bamako 1998 ; N°56.

19. Kanté F. Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du Point G : à propos de 723 cas ; thèse médecine ; Bamako 1997 ; N°24.

20. Keita I. Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune CV du district de Bamako ; thèse de médecine ; Bamako 2008 ; N°253 ; 29 Cm

21. Koné A. Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G ; thèse de médecine ; Bamako 2000 ; N°2.

22. Koné M, Diarra S. Rupture utérines au cours de la grossesse. , encyclopédie, médecine, chirurgie ; (Paris France) obstétrique ; 5-080-A-10-1995 ; 7p.

23. Lansac J., Body G. Pratique de l'accouchement. 2^{ème} édition ; Paris ; SIMEP 1992.

24. Lansac J. et Coll. Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} Edition SIMEP 1990 N°7227, 7226, 413p.

25. Mabounga A. placenta prævia hémorragique : aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas ; thèse médecine ; Bamako 2003 ; N°42.

26. Merger R., Levy J., Melchior J. Précis d'obstétrique. 6^{ème} Edition ; Paris ; Milan ; Barcelone ; Masson 1995 – 583p.

27. Ministère de la santé du Mali : approche des besoins obstétricaux non couverts au Mali, Décembre 2000.

28. Moulit net M : particularité de la grossesse et de l'accouchement en fonction de l'âge et les conditions socio économiques. Enc Med chir Paris obstétrique 1977 12.5049 C 10.

29. N'diaye M. La mort fœtale in utero la maternité Renée Cissé d'Hamdallaye : les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge. Thèse Médecine ; Bamako 2000 ; N°126.

30. Ouattara A. Hématome retro-placentaire : Aspects épidémiologiques et prise en charge thérapeutiques au Centre de Santé de Référence de la Commune V ; thèse médecine ; Bamako ; 2000 ; N°126.

31. Rivière M : mortalité gravido-puérpérale, avortement accepté, introduction générale. S R gynéco-obstétrique en1959, 16 : 141-143.

32. Saye M. : urgence obstétricale à l'hôpital Somine Dolo de Mopti à propos de 140 cas ; thèse de Médecine. Bamako 2005, N°110, 68P.

33. Sepou A., Nguembi E., Coll : Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Médecine Afrique Noire ; 2302 ; 49 (4) ; 185-189.

34. Sidibé K. : L'anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Médecine ; Bamako 1991 ; N°16.

35. Sissoko M. : approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido puerperalité ; thèse Med Bamako 1980 ; n°190.

36. Tall FS. : contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région ; thèse Med Bamako 1980 ; n°154.

37. Thiéro M. : les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel TOURE, thèse Med Bamako 1995 ; n°17.

38. Traoré M. Placenta prævia hémorragique : pronostic materno-fœtal à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako ; thèse de médecine ; Bamako 2008 ; 90P ; N°345 ; 29 mm

39. Uzan M., Haddad B., Uzan S: Hématome retroplacentaire. Encyclopédie ; Médecine, chirurgie ; (ELSEVIER, Paris) ; obstétrique ; 5071 – A – 10 ; 1995 ; 3P

SCORE DE GLASGOW

Ouverture des yeux	- Spontanée	4
	- Sur ordre	3
	- Après stimulation douloureuse	2
	- Aucune	1
Réponse verbale	- Adaptée	5
	- Confuse	4
	- Mots inappropriés	3
	- Mots incompréhensibles	2
	- Aucun mot	1
Réponse motrice	- Exécute un ordre	6
	- réponse adaptée à la stimulation nociceptive	5
	- Réponse non adaptée	4
	- Réponse en flexion anormale	3
	- Réponse en extension anormale	2
	- Pas de réponse	1

Score total de Glasgow : le minimum = 3 le maximum = 15

- Normal est de 13 à 15
- Obnubilation est de 9 à 12
- Coma stade II est de 6 à 7
- Coma stade III est de 4 à 5
- Coma stade IV est de 3

FICHE D'ENQUETE

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

I identification de la parturiente

Q1 Age en année :

1 : (0-19 ans), 2 : (20-34 ans), 3 : sup. ou 35 ans

Q2 Ethnie :

1 : Bambara, 2 : Malinké, 3 : Peulh, 4 : Sarakolé,

5: Dogon, 6 : Sonrai, 7 : Bozo, 8 : Senoufo

9:Minianka, 10 : Bobo, 11 : Autres

Q3 Nationalité :

1 : Malienne, 2 : Autre

Q4 Résidence :

1: la ville de kayes ; 2 : en dehors de la ville de kayes.

Q5 Distance moyenne parcourue

1 : inf à 15km, 2 : 15-30km, 3 : 31-100km, 4 : 101 à-200km ; 5 :201 à 300km ;

6 :301 à 400km, 4001 à 500km, 7 :5001 à 600km.

Q6 Profession

Q6a Profession de femme :

1: Ménagère, 2 : élève/étudiant, 3 : Enseignante, 4 : Policière, 5 : Gendarme, 6 :

Militaire, 7 : aide ménagère, 8 : Commerçante

Q6b Profession du conjoint :

1 : cultivateur, 2 : commerçant, 3 : Enseignant, 4 : Policière, 5 : Gendarme, 6 :

Militaire, 7: ouvrier, autres

Q7 Statut matrimonial :

1: marié, 2 : célibataire, 3 : divorcée, 4 : veuve

Q8 Mode d'admission

1 : évacué, 2 : venue d'elle-même, 3 : référence interne

Si évacuée motif :

1: dystocie, 2 : hémorragie antépartum,

3 : Autres

Q9 Conditionnement :

1 :: oui, 2 : non

Q10 Moyen d'évacuation :

1: ambulance, 2 : taxi, 3 : véhicule personnel, 4 : Autre

Q12 Support de référence :

1: partogramme, 2 : fiche, 3 : sans document,

4: lettre, 5 : autre

Q13 Si venue d'elle-même motif :

1: CUD, 2 : hémorragie antépartum,

3: crise convulsive, 4 : autre

Q14 Provenance :

1: CSCOM, 2 : CSC, 3 : hôpitaux, 4 : centre de référence

4: clinique ou INPS

Q15 Agent ayant procédé à l'évacuation ou de la référence :

1: médecin, 2 : interne, 3 : sage femme, 4 : matrone,

5: infirmière, 6 : autre

1: Temps mis entre le départ et l'arrivée à la maternité

1: < 1h, 2 : 1h à 12h, 3 : 12h à 24h.

Q16 Temps mis entre l'arrivée à la maternité et la prise en charge

1 <=5mn, 2 : 5-10mn, 3 : 10-15mn, 4 : 15-20mn, 5 : 20-25mn, 6 : 25-30mn, 7:

>30mn

II Données cliniques

Q17 Antécédents médicaux

1: HTA, 2 : anémie, 3 : diabète, 4 : TBC, 5 : bilharziose, 6 : autre

Q18 Antécédents chirurgicaux

1: appendicite, 2 : péritonite, 3 : coelioscopie, 4 : césarienne,

5: myomectomie, 6 : Hystérorraphie, 7 : curetage, 8 : autres

Q19 Antécédents gynéco obstétricaux

1: fibrome utérin, 2 : malformation génitale, 3 : infection génitale,
4 : avortement, 5 : plastie tubaire, 6 : salpingectomie, 7 :

Gestité :

1: primigeste, 2: paucigeste, 3: multigeste, 4: grande multigeste

.Parité

1 : primipare, 2 : paucipare, 3 : multipare, 4 : grande multipare

Nombre d'enfants vivantes :

1 : (0-1), 2 : (2-3), 3 : (4-5), 4 : (6)

Nature de la grossesse actuelle :

1 : pathologie, 2 : non pathologie

Age gestationnel :

1 : 28 à 33, 2 : 34 à 37, 3 : ≥ 38

Nombre CPN :

1= (0), 2= (1-3), 3= ≥ 4

III Examen clinique à l'entrée

Q20 Etat général :

1: bon, 2 : passable, 3 : altéré,

Q21 Coloration des conjonctives :

1 colorées, 2 : légèrement pâles, 3 : très pâles

Q22 Fièvre :

., 1 : (37,6 à 38,5) , 2 : ≥ 38 , 3 : 37,5

Q23 Hypotension artérielle :

1 : oui, 2 : non

Q24 Hypertension artérielle

1: légère (14-15,9/9-9,9CmHg), 2 : modérée (16-17,9/10-10,9CmHg), 3 : sévère (\geq
18/11CmHg), 4 : pas de d'HTA

Q25 Pouls :

1 : 100bts/mm, 2 :] 100- 120], 3 : filant, 4 : imprenable

Q26 Toucher vaginal :

1 : dilatation incomplète, 2 : dilatation complète

Q27 Examen au spéculum :

Col sain :

1: oui, 2 : non

Q28 Métrorragie :

1 : minime, 2 : moyenne, 3 : abondante, 4 : très abondante, 5 : non

III-1 Signes cardio-vasculaires

Q29 Tachycardie :

1 oui, 2 : non

Q30 Etat de choc :

1: oui, 2 : non

III-2 Signe neurologiques

Q31 Agitation :

1 : oui, 2 : non

Q32 Obnubilation :

1 : oui, 2 : non

Q33 Coma :

1: oui, 2 : non

III-3 Etat de la femme en travail

Q34 Durée du travail en heure :

1 [\leq 12h], 2 : [13-18], 3 : [19-24], 4 : [25-48], 5 : inconnue

Q35 Phase du travail d'accouchement :

1 phase de latence, 2 : phase active, 3 : phase exclusive

Q36 Niveau de la présentation

1: engagée, 2 : non engagée

III-4 Etat fœtus pendant le travail

Q37 Présentation :

1: céphalique, 2 : transverse ou épaule,

1 siège, 4 : front, 5 : face

Q38 BDCF :

1: présent inf à 120, 2 : 120-160, 3 : sup à 160, 4 : absent

Q39 Aspect du liquide :

1 : claire, 2 : teinté, 3 : Méconial, 4 : hématie

Q40 Etat des membranes :

1= intactes, 2= rompues du service, 3= rompues hors du service

Q41 Nombre de fœtus :

1= mono fœtal, 2= gémellaire, 3= sup à 3

IV Examens complémentaires

Q42 Taux d'HB en urgence :

1 : normal, 2 : bas, 3 : effondré, 4 : non fait

Q43 Groupage rhésus en urgence :

1 : oui, 2 : non

Q44 Echographie :

1 : oui, 2 : non

V Diagnostic

Diagnostic retenu :

1: rupture utérine, 2: PPH, 3: HRP,

4: hémorragie de Benckiser.

VI Mode thérapeutique

PPH ou HRP :

1 : amniotomie, 2 : perfusion d'ocytocine accouchement par voie basse/transfusion sanguine, 3 : césarienne, 4 : perfusion d'ocytocine, accouchement par voie basse, 4 : accouchement par voie basse, 5 : césarienne /transfusion sanguine.

HEMORRAGIE DE BENCKISER :

1 : césarienne, 2 : accouchement par voie basse.

RU :

1 : Hystérorraphie, 2 : hystérectomie.

Pour l'enfant :

1 : vivant, 2 : mort-né, 3 : décès néo-natal, 4 : décès intrapartum

Si vivant, APGAR à la naissance :

1 : [1 à 3] ; 2 : [4 à 7] ; 3 : [>7]

Réanimé :

1 : suite bonne, 2 : décès néo-natal

Si mort-né cause :

1: RU, 2 : PPH, 3 : HRP, 4 : Hémorragie de Benckiser,

Q45 Etat physique de l'enfant

1: normal, 2 : malformé

Q46 pour la mère :

1: vivante, 2 : suites simple, 3 : suite compliquée

Q47 Nature des suites de couches :

1: endométrite, 2 : anémie, 3 : septicémie, 4 : thrombophlébite,

5 suppuration/ lâchage

Q48 Cause du décès maternel :

1 : , 2 : anémie, Choc hypovolémique, 3 : arrêt cardiaque

4: HTA et complication, 5 : Septicémie

Q49 Voie d'accouchement des mères décédées

1 voie basse, 2 : voie haute, 3 : avant accouchement

Q50 Durée de l'hospitalisation en jour :

1 : 1jour, 2 : [2-7jours], 3 : [8-14jours], 4 : [sup. ou 15jours]

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : Dembélé

Prénom : Kourou

Titre de la thèse : étude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Année Universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Santé Publique.

Résumé :

Notre étude prospective transversale et descriptive s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du premier avril 2006 au trente un Mars 2007 soit 12 mois.

L'objectif principal est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans notre service. Nous avons enregistré durant la période d'étude 102 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 2,47%. Les âges extrêmes sont (16-45ans).

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont dominées par : les hématomes rétro placentaires 65%, les placentas prævia hémorragiques 21%, les ruptures utérines 12 %

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge des hémorragies soit 57,8%, l'Hystérorraphie 11,8%, accouchement par voie basse 29,4%, l'hystérectomie a représenté 1%.

Les Paucipares, les grandes multipares, les jeunes femmes, des conditions socio-économiques défavorables, les conditions d'évacuations constituent les facteurs de risque des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

Les consultations pré natales de qualité, les soins obstétricaux d'urgence sont les éléments essentiels de ce véritable problème de santé publique.

Mots clés : hémorragie, troisième trimestre de la grossesse.

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 !