

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique



UNIVERSITE DE BAMAKO



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

Thèse

LES HEMORRAGIES DU TROISIEME
TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE
II DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 09/04/2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par: *Monsieur Moussa Fane*

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président: Professeur Salif Diakité

Membres : Docteur Issa Diarra

: Docteur Youssouf Traoré

Directeur : Professeur SY Assitan Sow

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

***A ALLAH LE TOUT
PUISSANT ET
MISERICORDIEUX.***

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

***A toutes les mères, surtout
celles qui sont décédées en
donnant la vie***

A mon père Sekou Fané :

Homme de principe, gros travailleur, tu as toujours œuvré pour que nous allions de l'avant.

Père, les mots me manquent en ce moment solennel.

Puisse ALLAH le tout puissant te donner encore une longue vie dans la paix et le bonheur dans ta famille.

A ma mère Djènésira Synayogo :

Brave femme animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu resteras, chère mère, un modèle pour moi.

Je garderai toujours en mémoire ton courage, ta résignation et ton esprit de sacrifice.

Puisse le tout puissant t'accorder encore une longue vie dans la paix et le bonheur auprès de nous.

Père et mère, ce travail est le fruit de vos multiples conseils et bénédictions.

Que Dieu nous donne la force de vous imiter et de vous rehausser
Amen.

- **A ma grande- mère Tenin Mariko :**

Que Dieu t'accorde encore une longue vie auprès de nous. Tu sais, nous t'aimons beaucoup. Meilleure santé.

- **A mon grand père feu Dramane Fané dit "Fassoko" :** par ce travail je vous rends hommage. Puisse Allah vous accorder sa grâce pour le repos de ton âme. Amen

- **A mes frères et sœurs :**

Kefadjè, Dramane, Adama, Assan, Salif, Tenin, Korotoumou

FANE

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

Ce travail me permet de vous réitérer tout mon amour et d'émettre le souhait que vous fassiez mieux ou comme moi. C'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons. Bonne chance et merci pour tout.

Remerciements :

▪ A mes oncles et tantes :

Votre liste nominative serait trop longue.

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

▪ A mes cousins et cousines :

Abdoul Karim Sinayogo, Karim Sinayogo, Seydou Kanté, Yssa Diaby, Sitan Sinayogo.

C'est l'occasion pour moi de vous remercier tous, tout en vous rappelant que les liens de parenté sont sacrés ; nous devons les entretenir.

Bonne chance.

▪ A Mr Diakité et famille à Baguineda :

Merci pour votre soutien moral, votre gentillesse et votre constante disponibilité.

Puisse Allah vous accorder encore une longue vie dans la paix et le bonheur.

▪ A la famille Doumbia à Bakaribougou :

Rassurez-vous je ne serai jamais ingrat envers vous, que Dieu le Miséricordieux vous récompense.

- **A la clinique Nana, le cscm Benkady et le centre de santé Pablo du TSF.**

Ce travail est le vôtre, merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et le soutien que vous m'avez accordés.

- **A mes amis :**

Samba Traoré, Oumar Ballo, Bekaye Doumbia, Taïfour Touré, Boubacar Coulibaly, Yaya Ballo, Bakary Ballo, Adama Bamba, Abdoul Karim Synayoko , Boubacar Sidiki Ballo, Dramane Ballo, Aly
Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie et pour tout ce que nous avons partagé. Bonne chance pour le reste.

- **A mes amis médecins et camarades de la FMPOS**

Dr Souleymane Traoré, Dr Modibo Sanogo, Oumar Fofana, Dr Drissa Coulibaly, Dr Madane Diop, Oumar Boré , Dr Kader Diawara, Ibrahima Doumbia dit Tombé; Mohamadou Koïta, Dr Aicha Cissé .
en témoignage de tout ce qu'on a partagé et enduré ensemble. C'est aussi pour vous rappeler que l'amitié est un sentiment qui se vit.

Puisse Allah guider nos pas et nous accorder le bonheur dans nos activités.

- **Au médecin chef du CSRefC II Dr Sangaré Adama Coulibaly et Dr Diallo Brehima**

Vous avez été d'un grand apport dans notre formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils prodigués tout au long de notre formation et de la franche collaboration.

Je formule des vœux pour vos bonheurs respectifs et la réussite de vos entreprises.

▪ **A mes collègues internes du CSRéf CII**

Bintou Tangara, Niagalé Sylla, Nieriba Keita, Aichata Niaré, Sali Kané, Mme Diallo Djénéba Sow, Ibrahim Togola, Armel, Abdoulaye Niambélé, Sory Camara, Koné Alassane, Moussa Konaté, Mahamadou Diabaté, Mohamed, Yacouba Bagayoko, Oumar Fofana, Adam Thiam, Jean Koné, Awa Diarra, Boubacar Sidibé

Je n'oublierai jamais ce long parcours si difficile et ce temps formidable de joie, de stress et de partage de connaissances scientifiques entre collègues.

Courage et bonne chance pour le reste.

▪ **Aux DES du CSRéf CII :**

Dr Fomba, Dr Koné, Dr Diaby, Dr Macalou, Dr Keita,

Merci pour votre disponibilité, vos conseils et bonne chance.

• **A mes Aînés du CSRéf CII :**

Dr Traoré Lamine, Dr Ongoiba, Dr Samba

Mes sincères remerciements.

▪ **A tout le personnel du CSRéf CII :**

Particulièrement :

- **Le major du bloc opératoire et toute son équipe.**
- **Le major d'hospitalisations et toute son équipe.**
- **Le major de la consultation Gynéco obstétrique.**

Merci de votre collaboration.

▪ **A toutes les sages femmes :**

C'est l'occasion pour moi de vous rendre hommage pour l'enseignement reçu.

A tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ci-dessus, qu'ils se sentent concernés.

Qu'ils trouvent donc ici l'expression de ma profonde gratitude.

*HOMMAGES
PARTICULIERS AUX
HONORABLES
MEMBRES DU JURY*

A notre Maître et juge **Professeur Salif Diakité**

Gynécologue-Obstétricien au Centre
Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique

Cher Maître

Vous nous avez séduits à travers vos qualités de formateur, votre pragmatisme, votre modestie, votre rigueur et surtout votre franchise.

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de juger ce travail.

Encore merci pour tous les efforts que vous faites pour le bien être des étudiants, du corps professoral et surtout de l'ensemble du personnel soignant du Mali.

Qu'Allah, le tout puissant vous garde encore longévité et santé.

A notre Maître et juge **Docteur Youssouf Traoré**
Gynécologue Obstétricien au Centre
Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
Maître Assistant à la FMPOS
Secrétaire Général de la société Malienne de
Gynécologie et obstétrique.

Cher Maître

Nous vous remercions de la confiance que vous nous
avez fait en acceptant de juger ce travail, malgré vos
multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans
le travail, vos qualités d'homme de sciences font de
vous un Maître exemplaire.

Recevez cher Maître, l'expression de notre profond
respect.

A notre Maître et juge **Docteur Issa Diarra**

Gynécologue obstétricien

Maître assistant à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie.

Médecin colonel dans l'armée malienne.

Ancien directeur central des services de santé de l'armée malienne.

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher Maître

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme qui font de vous un Maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher Maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

A notre Maître et Directrice de thèse

Professeur Sy Assitan Sow

Gynécologue-Obstétricienne

Professeur Titulaire de Gynécologie-Obstétrique

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)

Chevalier de l'ordre national du Mali

Chère Maître et Grand-mère

Ce travail est le vôtre, vous l'avez initié et dirigé sans ménager aucun effort.

L'assiduité, la ponctualité et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand Maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable Maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus qui vous incarnent et font de vous un grand médecin.

Soyez convaincu que nous serons toujours votre très fidèle et respectueux disciple.

Puisse ALLAH vous prêter encore heureuse et longue vie.

I INTRODUCTION

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	4
III – GENERALITES.....	5
IV – METHODOLOGIE.....	35
V – RESULTATS.....	43
VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	67
VII - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS... 	78
VIII – REFERENCES.....	82
IX – ANNEXES.....	87

ABREVIATIONS

- ABOSAC** : Association de santé communautaire de Bozola
- ASACOME** : Association de santé communautaire de Medina-coura
- ASACOHI** : Association de santé communautaire de l'Hippodrome
- **ATCD** : Antécédent
- BENKADI** : Association de santé communautaire de Bakaribougou
- BONIABA** : Association de santé communautaire de Niarela
- **BDCF** : Bruit du cœur foetal.
- **CIVD** : Coagulation intra vasculaire disséminée.
- **CPN** : Consultation prénatale.
- **cscm** : Centre de santé communautaire.
- **CS Réf** : Centre de santé de référence.
- **CU** : Contraction utérine.
- **FMPOS** : Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- **HTA** : Hypertension artérielle.
- **HRP** : Hematome Retro placentaire
- **MAF** : Mouvement actif foetal.
- **Min** : Minute.
- **NFS** : Numération formule sanguine.
- **OMS**: Organisation mondiale de la santé.
- **PP** : Placenta praevia.
- **RU** : Rupture utérine.

- **SA** : Semaine d'Aménorrhée.
- **VIH** : Virus de l'immuno- déficience humaine.

INTRODUCTION

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

Les hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum constituent la première cause de décès maternel dans le monde [14].

Si le risque est amoindri dans les pays développés, il est toujours élevé dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante. Environ 525 000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement. Dans nos pays en voie de développement cette mortalité est encore plus marquée, atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés. Au Mali, elle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes selon E.D.S.M III [8].

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de l'obstétriques ; le diagnostic étiologique de ces hémorragies demeure difficile.

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

Au Mali, en 1998 dans le CHU Gabriel TOURE une étude faite par KANE [14] a trouvé 2,6% de grossesse compliquée d'hémorragie au 3e trimestre et en 2004 une étude similaire faite par DIAKITE R [8]

dans le CSRéf Commune IV, a trouvé 2,22% d'hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse.

Cependant, il faut noter que la transfusion sanguine souvent utile dans le protocole thérapeutique des hémorragies constitue depuis la découverte du virus de l'immunodéficience humaine, un risque supplémentaire [14] de décès maternels de même la non disponibilité du sang.

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

Dans le CSRéf Commune II aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse, c'est pourquoi il nous a paru nécessaire d'initier cette thèse pour mieux sensibiliser nos populations et mieux orienter le personnel médical en vue d'un diagnostic étiologique précoce pour une meilleure prise en charge.

Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

1- Objectif général :

Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le service de Gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako du 1^{er} mars 2007 au 29 février 2008.

2- Objectifs spécifiques.

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ayant présenté une hémorragie pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire les étiologies des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire la prise en charge thérapeutique.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

II GENERALITES

I- Définition:

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée

II- 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 [1]. Plus tard LEVRET [17] découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante.

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 lesquels DOS NANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [17]. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux U.S.A ; en France TARNIER la réalisa en 1897.

Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de cité dans le traitement du placenta prævia [15].

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

BAUDELOQUE interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux.

En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc [13].

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

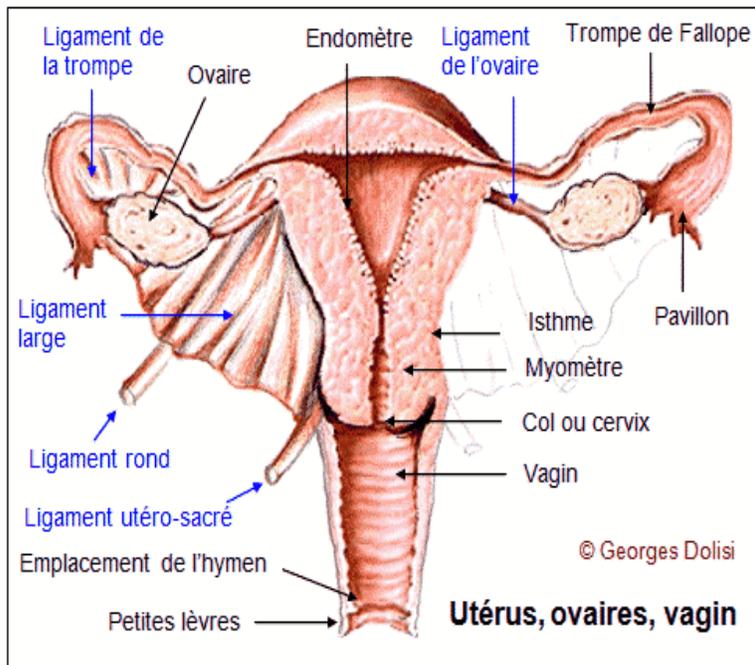
RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes rétro-placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia.

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro- placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro- 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 génitale.

III- Rappels Anatomiques de l'utérus:

1- Utérus :



Source : Aly abbara.com

Figure 1

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, structures, ses rapports et ses propriétés physiologiques

L'utérus gravide comprend anatomiquement :

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

L'utérus non gravide pèse environ 50 g, à terme son poids varie entre 90 et 1200g. Sa capacité non gravide est de 2 à 3 ml, à terme elle est de 4 à 5 litres [20].

1-1 Le corps utérin :

Il subit des modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin. L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8 cm et une largeur de 4-5 cm à la fin du 6^{ème} mois de la grossesse sa hauteur est de 24 cm et sa largeur est de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm.

A terme l'épaisseur des parois est de 8-10 cm au niveau du fond et de 5-7cm au niveau du corps [19].

1-2 Le col utérin

Contrairement au corps, il se produit peu de modification au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur change peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de grossesse, devenant évasé [13].

1-3 Le segment inférieur :

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide. Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses

caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- La forme : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus long que la paroi postérieure : caractère important ; puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte sur l'incision de la césarienne segmentaire.
- Dimensions et limites : le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur, 9-12 cm de largeur et 3-5 cm d'épaisseur.
- Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.
- Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporeale.
- Structure : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque, mais en mauvaise caduque impropre à assurer parfaitement la placentation.
- Caractère : son caractère essentiel est la minceur deux (2) à (4) millimètres, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-

pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

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

Sur le plan clinique :

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

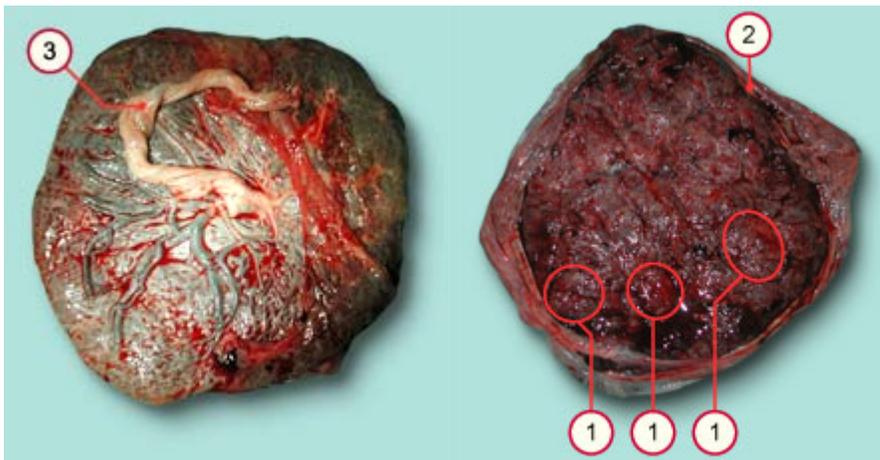
Sur le plan physiologique :

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

Sur le plan pathologique :

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

2- Le placenta :



Face foetale

Face maternelle

1- cotylédons

2- 2 Membranes

3- cordon ombilical

Figure 2

Source : Aly abbara.com

En latin placenta signifie gâteau.

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe foetal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre la l'embryon et la mère [8].

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3^{ème} et 4^{ème} mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5^{ème} mois. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^{ème} jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyte.

2-1 Structure du placenta :

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure entre 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 :

2-1-1 La face fœtale : encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels des gros calibres. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villositaire une arborisation villositaire organisée en système tambour.

On distingue parmi ces villosités : Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation de 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.

2-1-2 La face maternelle : encore appelée 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 villositaire vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de

Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [12]. Cette lame basale traversée par des 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 villose.

Quant aux veines, leurs orifices seraient répartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouve la chambre inter villose [18]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorionale.

2-1-3 Le bord : il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

2-2. La circulation placentaire :

La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale :

La circulation utéro-placentaire s'établit au 14^{ème} -15^{ème} jour de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villose. 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 chorionale par un immense lac sanguin dit lac subchorionale pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villose 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 600 ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160 ml / kg / minute.

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

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 circulation se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, 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 [17]
- Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12 m² lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable «éponge gorgée de sang» [17].

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

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

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

3-3. La caduque :Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties :La caduque basale ou inter utéro-placentaire ou serotine de HUMTER située entre l'oeuf et la paroi utérine ;la caduque ovulaire réfléchie que recouvre l'oeuf et accolée au chorion extra –placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'oeuf jusqu'à l'orifice interne du col .A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [8]

IV – Physiologie du placenta :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis de fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire ».D'une extrême complexité et possédant de multiples

fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonale de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxique, 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.

V – LES ETIOLOGIES DES HEMORRAGIES :

1 - LE PLACENTA PRAEVIA (P P) :

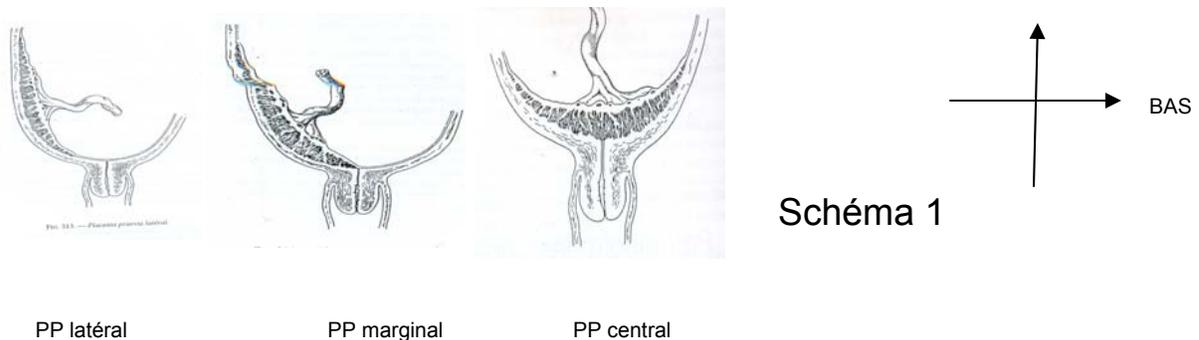
1 - 1 Définition :

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus dont la muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque.

Il représente dans de nombreuses séries [5, 6, 10, 19] la 1ère étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28 % à 88,7%.

1-2 Classification :

1-2-1 Classification anatomique :



Source : MERGER R : Précis d'obstétrique 6^{ème} édition

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

1-2-2 la classification échographique :

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

1-2-3 la classification clinique :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

-Variété non recouvrante ; dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

Variété recouvrante ; dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

1-3. Pathogénie de l'hémorragie :

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

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta, tandis que la circulation foetale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

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

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

- La Théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER:

A partir du 6^{ème} mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [14]

- La Théorie du glissement :

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobe sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique [14].

1- 4. Etude clinique :

1-4-1 L'hémorragie : elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier sans cause apparente.

1-4-2 signes généraux : leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition. On observe tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardio-vasculaire.

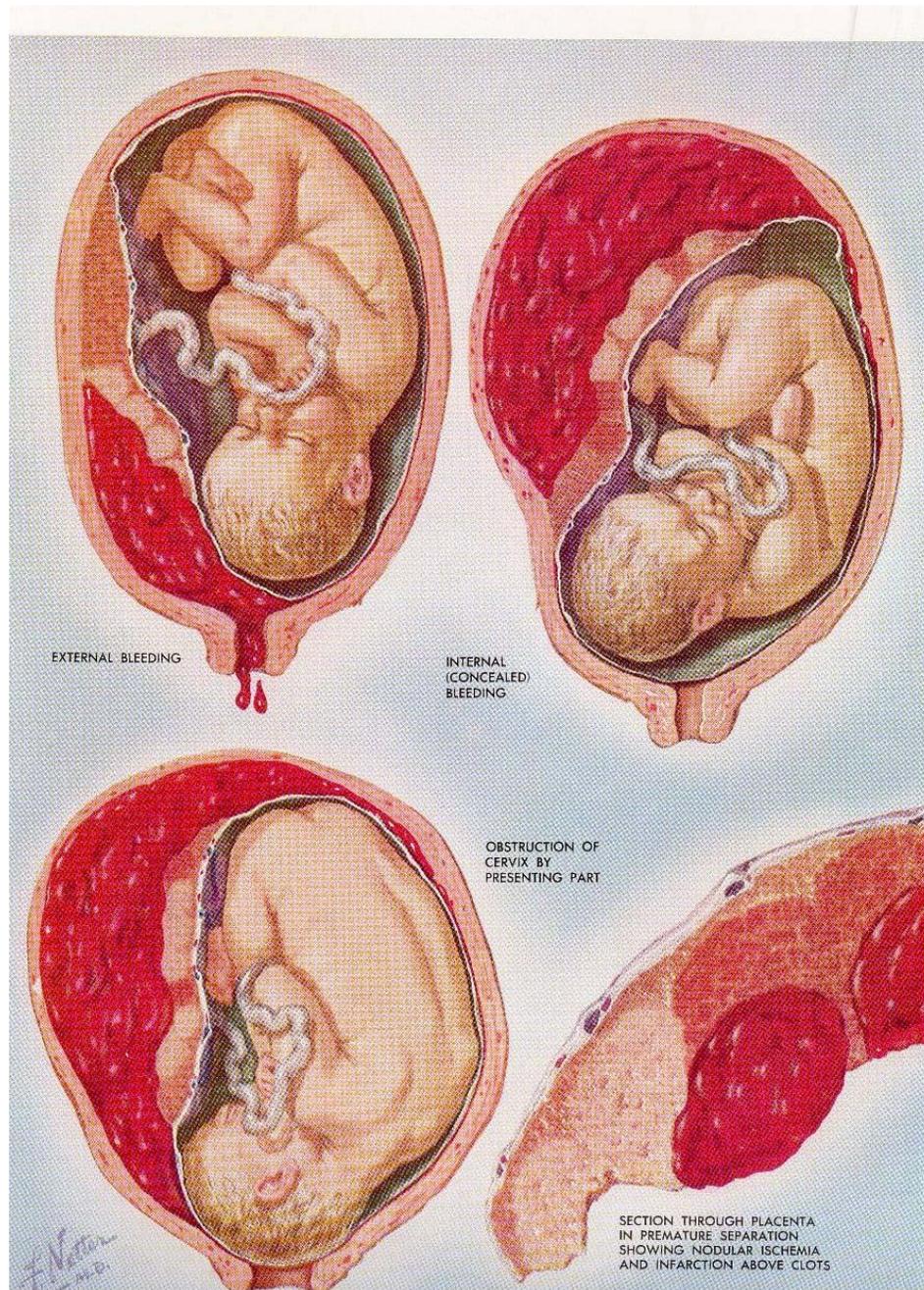
1-4-3 signes physiques :

- le palper : montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple, sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.
- le toucher vaginal : très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang.

L'échographie qui être faite de façon systématique, objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et foetale [7].

2- L'hématome retro-placentaire : (H R P)

2-1. Définition :



Source : Aly abbara.com

Figure 3

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

Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique.

Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [20].

2-2. Pathogénies de l'hémorragie :

Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artérioles spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale.

Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisé à la zone utéro-placentaire :

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

Très souvent le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

2-3 Etude clinique :

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

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

Il se produit un effondrement rapide de l'état général.

La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc.

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

2-3-1 Signes généraux :

- Faciès angoissé.
- le pouls s'accélère et s'affaiblit.
- la tension artérielle élevée au début chute brusquement traduisant le choc.

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

2-3-2 signes physiques :

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

-A l'auscultation: les BCF sont souvent absents.

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

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

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

3- LA RUPTURE UTERINE : (R U)

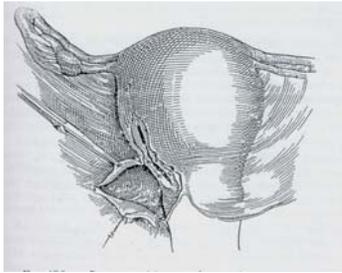
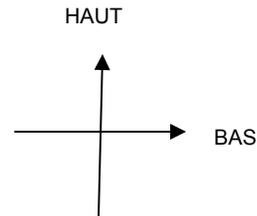


Schéma 2



Rupture utérine gauche vue d'en arrière

Source : MERGER R. Précis d'obstétrique 6^{ème} édition

3-1 Définition :

Il s'agit d'une solution de continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide [9]. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{ème} trimestre [9].

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

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

3-3. Etude clinique :

- Phase de prodromes :

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

- Phase d'imminence de la rupture :

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

- Phase de rupture :

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant.

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

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

4- LES AUTRES ETIOLOGIES

4-1- CERVICITE:

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [6-16-19].

4-2- HEMATOME DECIDUAL MARGINAL :

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

4-3- RUPTURE DE VAISSEAU PRAEVIA OU SYNDROME DE BENKISER :

Il s'agit d'un vaisseau foetal qui saigne [6].

4-4- EMBOLIE AMNIOTIQUE [6].

4-5- RUPTURE SPONTANEE DE VARICES UTERINES :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [19]. La grossesse fragilise les malformations vasculaires [8].

VI- Le Traitement

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 tels que une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi foetale, les antécédents d'hématome retro-placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire

de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac etc.

2 – Le traitement curatif :

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

2-1 Les buts :

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

2-2 Les moyens :

2-2-1 Le traitement général :

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [16].

De façon général 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.
- Oxygenation.
- Bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des C P N (groupe-Rhésus, NFS entre autres) et le bilan de coagulation (Taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).
- Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire).

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible : Les solutés cristalloïdes comme le Ringer Lactate ou le

sérum salé à 0,9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le Ringer Lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire. Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont Administrés, le volume ne devrait pas excéder 1 000 à 1 500 CC en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

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

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

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

L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50 ml/kg/ heure ou 100 ml/ min. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajouté à un dérivé de sang mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : Fibrinogène, Plasma Frais Congelé (PFC), Plaquettes si leur nombre est inférieur à 50000 /mm³ avec saignement actif.

- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.
- Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

2-2-2 Le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

2-2-2-1 Le placenta prævia :

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

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

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

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

En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion.

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

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

En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale.

Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34^{ème} S.A 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 S.A l'attitude thérapeutique est l'expectative :

- Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines. Rappelons que les Bêta mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur [17].
- Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30%.
- Immunoglobulines anti- D pour les patientes de Rhésus négatif.
- Cures de stéroïdes.
- Repos strict au lit jusqu' à 3 jours après l'arrêt du saignement.

Après la 34^{ème} S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus. L'expectative jusqu' à 37- 38 SA imposera 75% de césarienne en urgence.

2-2-2-2 HEMATOME 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 foetale.

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

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

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

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près. Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [20].

2-2-2-3 La rupture utérine :

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

3- La surveillance :

Elle est clinique et échographique.

3-1 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 coeur foetal (BCF), les mouvements actifs foetaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement et la diurèse. La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [9].

3-2 Surveillance échographique :

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel. Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu' à 34 – 35 S.A [22]. Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement institué.

VII – Evolution et complications :

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, l'accouchement se passe normalement. Cependant en cas d'absence ou de traitement non convenable, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

- Le choc hypovolémique : particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmique, peut entraîner une nécrose du lobe

antérieur de l'hypophyse par un vasospasme des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN.

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

- Les syndromes rénaux :

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

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

VIII- Le Pronostic :

1- Le pronostic maternel :

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

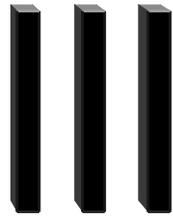
thromboembolique (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH.

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

2-Le pronostic fœtal :

Il est en général mauvais.

L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic foetal de nos jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie foetale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.



METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

1-1.Situation géographique :

La commune II couvre une superficie de 17km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger; elle est limitée :

- au nord par le pied de la colline du Point G.
- au sud par le fleuve Niger ;
- à l'est par le marigot de Korofina ;
- à l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'Institut Ophtalmologique Tropical d'Afrique : IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs).

Elle comporte 12 (douze) quartiers : Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou,

Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi.

Le centre de santé se trouve à Missira.

Il comporte plusieurs services:

- l'administration ;
- la pharmacie ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie ;

- le service d'ophtalmologie ;
- le service de Médecine ;
- le service de chirurgie
- le service de gynécologie obstétrique ;
- le service d'odontostomatologie ;
- le service de pédiatrie ;
- le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination).

1-2.Description du cadre d'étude

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez de chaussée.

A l'étage se trouvent l'administration et certains services.

Il comporte:

- √ Un bloc opératoire,
- ✓ Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement,
- ✓ Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec trois (3) lits,
- ✓ Une salle de garde pour les sages femmes,
- ✓ Une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes,
- ✓ Un bureau pour la sage femme maîtresse,
- ✓ Une toilette externe pour le personnel,
- ✓ Une unité de consultation prénatale,
- ✓ Une unité de planning familial,

- ✓ Une unité post natale,
- ✓ Une unité de PTME (prévention de la transmission mère enfant du VIH),
- ✓ Une salle d'échographie,
- ✓ Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque,
- ✓ Trois (3) salles d'hospitalisation avec une capacité de 5 lits par salle.

Le personnel comprend:

- ✓ Un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service
- ✓ 6 (six) médecins.
- ✓ 22 (vingt deux) étudiants faisant fonction d'interne.
- ✓ 26 (vingt six) sages femmes.
- ✓ 4 (quatre) infirmières obstétriciennes.
- ✓ 20 (vingt) aides soignantes.
- ✓ 4 (quatre) chauffeurs; 5 (cinq) manœuvres.

1-3. Fonctionnement

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par le chef de service deux jours par semaine

(lundi et mercredi). Les consultations des autres jours ouvrables sont assurées par les DES.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement. Elle est composée d'un DES et 4(quatre) étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante, d'un chauffeur et deux manoeuvres, un Anesthésiste et un Aide de bloc.

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par le chef de service.

On note depuis le 29 décembre 2006 l'ouverture d'un bloc opératoire et l'arrivée de 5 médecins en étude de spécialisation en gynécologie et obstétrique pour appuyer les équipes de garde.

2. Type d'étude

Notre étude est une étude longitudinale et descriptive qui s'est étendue sur une période de douze mois du 1^{er} Mars 2007 au 29 Février 2008.

3. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant présenté une hémorragie génitale au cours du dernier tiers de la grossesse ou au cours du travail et admises au centre de santé de référence de la commune II.

4. Echantillonnage:

❖ Critère d'inclusion

Ont été incluse dans notre étude toute femme enceinte présentant une hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse (à partir de 28 SA) ou toute femme en travail présentant une hémorragie génitale au 3^{ème} trimestre de la grossesse et admise au **CSREF C //** qu'elle soit ou non évacuée.

❖ Critère de non inclusion

Ont été exclus dans notre étude toute femme présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^e trimestre de la grossesse (moins de 28 SA) et toute femme présentant une hémorragie de la délivrance et du post partum immédiat.

5. Collecte des données

Les données ont été recueillies au cours des consultations externes et pendant les gardes à l'aide des fiches d'enquêtes portées en annexes.

6. Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Word XP 2003 et Excel. L'analyse des données a été faite avec le logiciel EPI-INFO version 6.1.

Pour le calcul de distribution nous avons utilisé le test statistique KHI2.

Toute valeur de $P < 0,05$ est considérée comme significative.

7. Variables:

Concernant la population de 74 patientes, nous avons étudié les paramètres suivant :

- les données socio-demographiques : Age, état matrimonial, profession, résidence.
- les antécédents : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux.
- le mode d'admission.
- le diagnostic d'entrée et le diagnostic définitif.
- l'issue de la maladie maternelle et fœtale.

8- Définitions Opératoires :

Gestité : Nombre de grossesse

Primigeste = 1 grossesse

Paucigeste = 2 3 grossesses

Multigeste = 4 à 5 grossesses

Grande Multigeste \geq 6 grossesses

Parité : Nombre d'accouchement

Nullipare = 0 accouchement

Primipare = 1 accouchement

Paucipare = 2 à 3 accouchements

Multipare = 4 à 5 accouchements

Grande Multipare \geq 6 accouchements

-Etat général altéré est dans notre contexte défini par un état de choc avec une tension artérielle inférieure ou égale à 80 /40 mmHg, avec un taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl.

-Etat général passable tension artérielle entre 90/50 mmHg et 100/60 mmHg, avec un taux d'hémoglobine variant entre 7 g/dl à 10 g/dl.

-Evacuation : Référence réalisée dans un contexte d'urgence.

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

IV RESULTATS

I- Fréquence

Sur un total de 3298 accouchements, nous avons noté 74 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 2,24%.

II- Caractéristiques sociodémographiques :

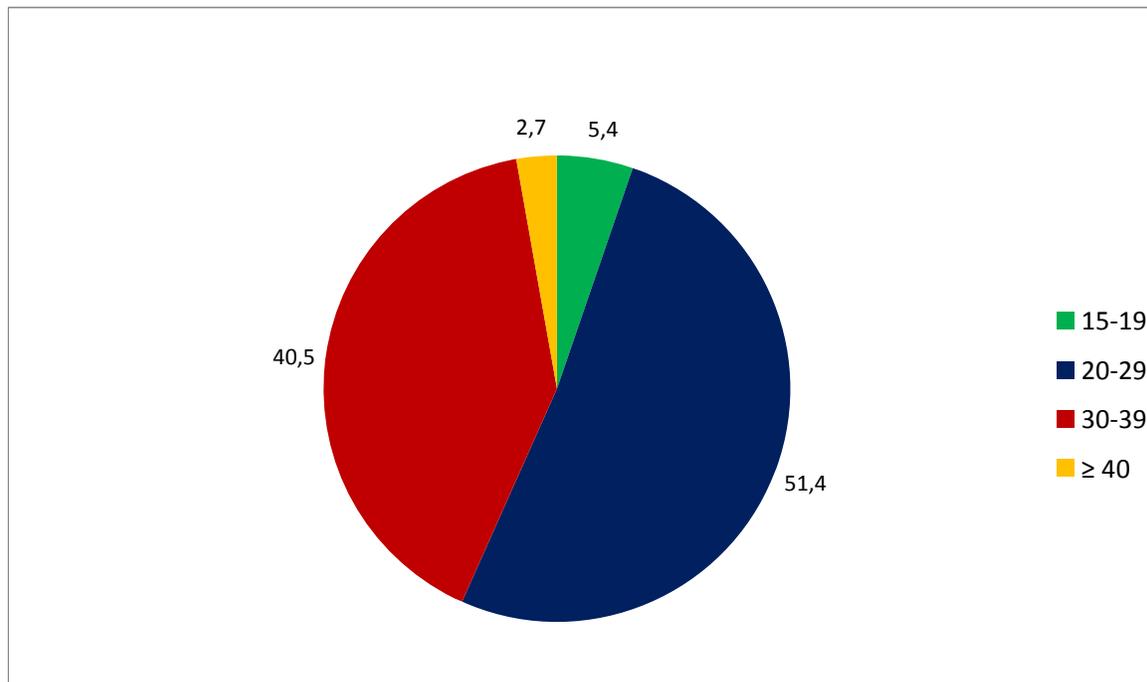


Figure4 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

- Age moyen est 27 ans
- L'écart type est de 5.9
- Ages extrêmes : 15 et 42 ans.

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif Absolu	Pourcentage
Ménagère	52	70,3
Commerçante	11	14,9
Teinturières	4	5,4
Enseignante	2	2,7
Aide ménage	2	2,7
Elève / Etudiante	2	2,7
Monitrice	1	1,3
Total	74	100

Tableau II : Répartition des patientes selon le lieu de résidence habituelle

Residence	Effectif Absolu	Pourcentage
Commune I	18	24,3
Commune II	49	66,2
Commune III	1	1,4
Commune IV	6	8,1
Total	74	100

Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif Absolu	Pourcentage
Mariées	65	87,8
Célibataires	8	10,8
Divorcées	1	1,4
Total	74	100

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

Niveau d'instruction	Effectif Absolu	Pourcentage
Non alphabétisé	35	47,3
Primaire	21	28,4
Secondaire	16	21,6
Supérieur	2	2,7
Total	74	100

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents Médicaux	Effectif Absolu	Pourcentage
Aucun antécédent	55	74,3
Hypertension artérielle	18	24,3
Drépanocytose	1	1,4
Total	74	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif Absolu	Pourcentage
Aucun	59	79,7
Césarienne	12	16,2
Myomectomie	2	2,7
Appendicectomie	1	1,4
Total	74	100

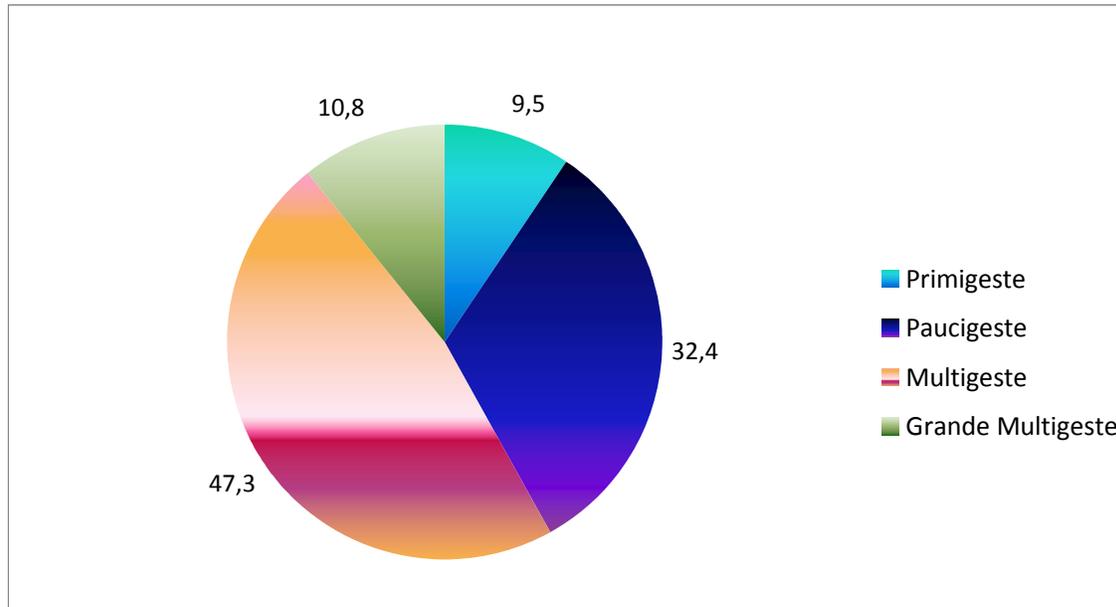


Figure 5: Répartition des patientes selon la gestité

Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif Absolu	Pourcentage
Nullipare	10	13,5
Primipare	15	20,3
Paucipare	21	28,4
Multipare	23	31,1
Grande Multipare	5	6,7
Total	74	100

III – Aspects cliniques :

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

Mode d'admission	Effectif Absolu	Pourcentage
Venue d'elle même	40	54
Evacuée	34	46
Total	74	100

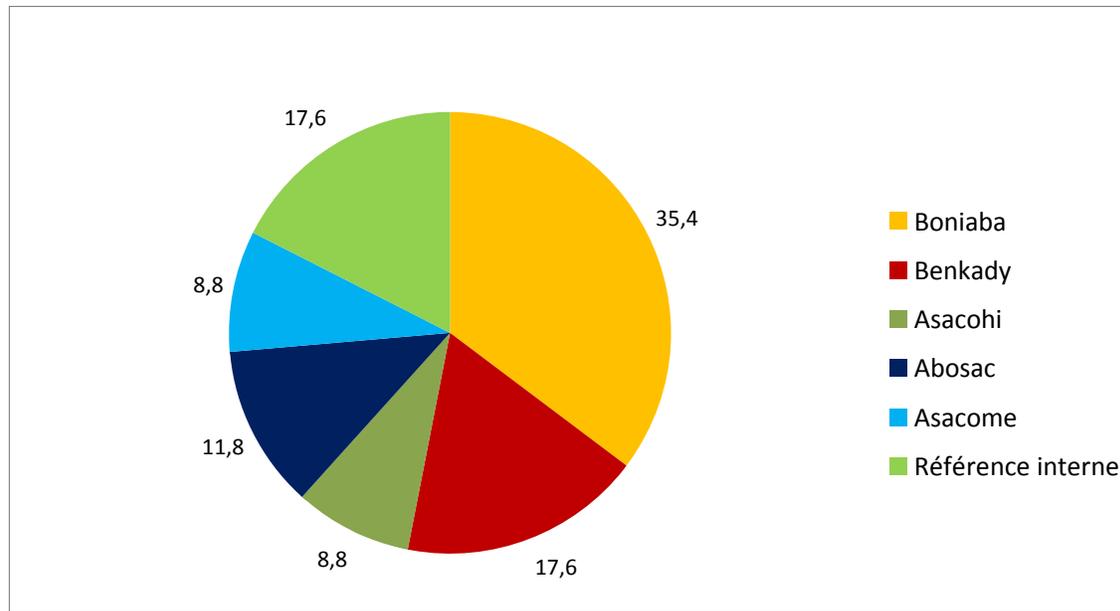


Figure 6 : Répartition des patientes selon la structure ayant procédé à l'évacuation.

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

Motif d'admission	Effectif Absolu	Pourcentage
Saignement + CU	26	35,1
Saignement + HTA	32	43,2
Saignement + BCF absent+ CU	16	21,7
Total	74	100

Tableau X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN effectué

Nombre de CPN	Effectif Absolu	Pourcentage
0	15	20,3
1-3	36	48,6
≥ 4	23	31,1
Total	74	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de santé ayant effectué la CPN

Qualification de l'agent	Effectif Absolu	Pourcentage
Sage Femme	42	71,2
Infirmière Obstétricienne	8	13,5
Médecin Généraliste	5	8,5
DES Gynéco-obstétrique	4	6,8
Total	59	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le moyen d'estimation de l'âge gestationnel.

Estimation	Effectif absolu	Pourcentage
Echographie	42	56,8
Hauteur Utérine	20	27
DDR	12	16,2
Total	74	100

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

Age gestationnel (SA)	Effectif Absolu	Pourcentage
[28-34[8	10,8
[34- 37]	12	16,2
]37-42]	54	73
Total	74	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la notion de saignement au 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse actuelle

Antécédent de Saignement	Effectif Absolu	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	22	29.7
2 ^{ème} trimestre	14	19
Sans notion de saignement	38	51,3
Total	74	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le mode de survenue des saignements

Mode de survenue	Effectif Absolu	Pourcentage
Spontané	69	93.2
Provoqué	5	6.8
Total	74	100

NB : 6,8 % de saignements ont été provoqué par le touché vaginal.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission

Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission (en heures)	Effectif Absolu	Pourcentage
< 1	4	5,4
1-12	52	70,3
12-24	18	24,3
Total	74	100

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

Abondance du saignement	Effectif Absolu	Pourcentage
Minime	60	81,1
Abondant	14	18,9
Total	74	100

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

Etat général	Effectif Absolu	Pourcentage
Bon	54	73
Passable	17	23
Altéré	3	4
Total	74	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif Absolu	Pourcentage
Bien colorées	42	56,8
Moyennement colorées	20	27
Pâles	12	16,2
Total	74	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon la pression artérielle à l'admission

Effectif	Valeur de la TA (CmHg)	Systolique	Diastolique
54		< 14	< 9
20		≥ 14	≥ 9

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la température en degré Celsius à l'admission

Temperature	Effectif Absolu	Pourcentage
≤ 37,5°	70	94,6
37,6 -38°	4	5,4
Total	74	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le pouls à l'admission

Pouls	Effectif Absolu	Pourcentage
< 100	52	70,3
≥ 100	22	29,7
Total	74	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la hauteur utérine à l'admission

Hauteur utérine	Effectif Absolu	Pourcentage
28- 31	40	54,1
32-35	32	43,2
≥ 36	2	2,7
Total	74	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le bruit du cœur fœtal à l'admission

Bruit du Coeur Fœtal (BCF)	Effectif Absolu	Pourcentage
0	14	19
]0-120[10	13,5
[120-160]	50	67,5
Total	74	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la phase de dilatation à l'admission

Phase de dilatation	Effectif Absolu	Pourcentage
Phase de latence	40	54
Phase active	34	46
Total	74	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission

Etat de la poche des eaux	Effectif Absolu	Pourcentage
Intactes	43	58,1
Rompue	31	41,9
Total	74	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le type de présentation du fœtus

Présentation du Fœtus	Effectif Absolu	Pourcentage
Céphalique	66	89,2
Siège	8	10,8
Total	74	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le niveau d'engagement de la présentation à l'admission

Niveau d'engagement	Effectif Absolu	Pourcentage
Non engagée	62	83,8
Engagée	12	12,2
Total	74	100

Tableau XXIX Répartition des patientes selon l'état du bassin

Etat du Bassin	Effectif Absolu	Pourcentage
Bassin normal	72	97,3
Bassin limite	2	27
Total	74	100

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique

Couleur du liquide Amniotique	Effectif Absolu	Pourcentage
Clair	0	0
Hématique	74	100
Total	74	100

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la réalisation du groupage Rhésus à l'admission

Groupage Rhésus	Effectif Absolu	Pourcentage
Non effectué	40	54,1
Effectué	34	45,9
Total	74	100

III- Etiologie:

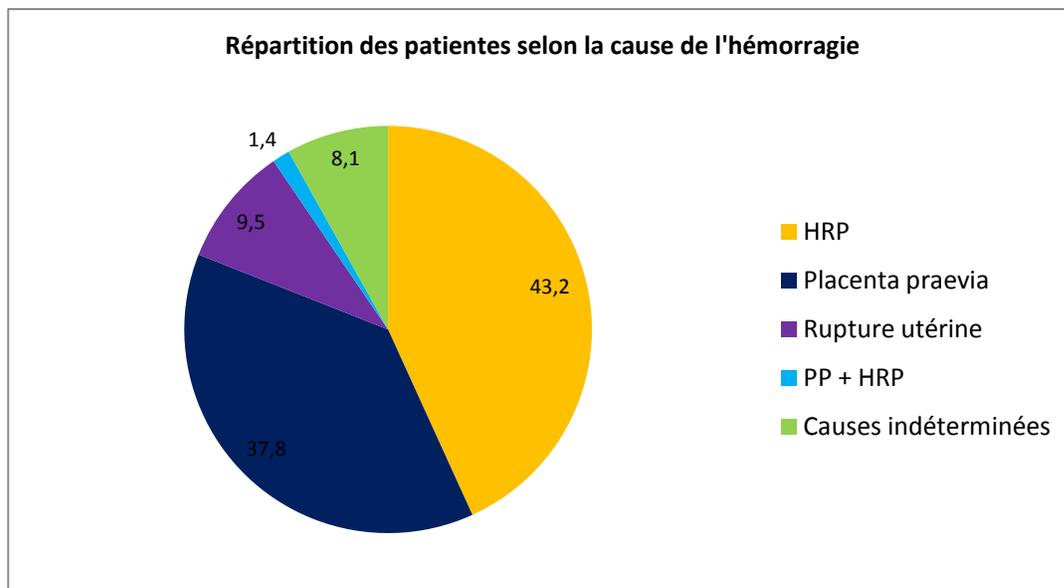


Figure 7: Répartition des patientes selon la cause de l'hémorragie

IV Attitude thérapeutique

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

Voie d'accouchement	Effectif Absolu	Pourcentage
Voie basse	26	35,1
Voie haute	48	64,9
Total	74	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction du traitement médical institué

Traitement institué	Effectif absolu	Pourcentage
Ocytocine	36	48,6
Macromolécule	30	40,5
Antispasmodique	42	56,8
Antihypertenseur	20	27
Transfusion sanguine	20	27

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction du type de traitement chirurgical

Type de traitement chirurgical	Effectif Absolu	Pourcentage
Césarienne	41	85,4
Laparotomie	7	14,6
Total	48	100

41cas/48 soit 85,4% ont été césarisées.

La laparotomie avec hystérorraphie a été réalisée dans 7 cas soit 14,6%. Dont 2 cas d'hystérectomie d'hémostase réalisées avec 2,7%.

Tableau XXXV Répartition des patientes en fonction du type de traitement chirurgical selon la cause de l'hémorragie

Etiologie de l'hémorragie	Effectif Absolu	Pourcentage
Hématome Rétro placentaire	22	45,8
Placenta prævia	19	39,6
Rupture uterine	7	14,5
Total	48	100

V- Pronostic materno-foetal

Pronostic maternel

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les suites de couches

Suites de couches	Effectif Absolu	Pourcentage
Simple	65	87,8
Complicées	9	12,2
Total	74	100

Tableau XXXVII Répartition des patientes selon le type de complication

Type de complication	Effectif Absolu	Pourcentage
Suppuration pariétale	2	22,2
Endométrite	3	33,4
Anémie décompensée	2	22,2
Coagulopathie	2	22,2
Total	9	100

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon l'évolution clinique

Evolution clinique	Effectif Absolu	Pourcentage
Guérison	72	97,3
Décédée	2	2,7
Total	74	100

NB : Deux décès enregistrés dont l'un pour trouble de la coagulation et l'autre pour nécrose corticale du rein.

Pronostic Fœtal

Tableau XXXIX : Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Score d' Apgar 1 ^{ère} minute	Effectif Absolu	Pourcentage
0	14	18,9
1-3	6	8,1
4-7	14	18,9
≥ 8	40	54,1
Total	74	100

Le score d'Apgar nul a été retrouvé chez 18,9% des nouveaux nés à la première minute.

Tableau XL : répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute

Apgar 5 ^{ème} minute	Effectif Absolu	Pourcentage
0	14	18.9
1 - 3	3	4.1
4 – 7	13	17.6
8 – 10	44	54.5
Total	74	100

21,7% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute.

Tableau XLI : Répartition des nouveaux nés selon leur poids à la naissance (gramme =g)

Poids (g)	Effectif Absolu	Pourcentage
[1200- 2500[28	37,8
[2500-4000[44	59,5
≥ 4000	2	2,7
Total	74	100

59,5 % des nouveaux nés avaient un poids de naissance normal

Tableau XLII : Répartition des nouveaux nés selon la taille

Taille (Cm)	Effectif Absolu	Pourcentage
< 47	20	27
≥47	54	73
Total	74	100

Tableau XLIII : Répartition des nouveaux nés selon la référence en pédiatrie

Référent	Effectif Absolu	Pourcentage
Oui	20	27
Non	54	73
Total	74	100

Tableau XLIV : Répartition des nouveaux nés selon le motif de référence en pédiatrie

Motif de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Souffrance fœtale	5	25
Prématurité	8	40
Hypotrophie	7	35
Total	20	100

Tableau XLV : Pronostic fœtal en fonction de l'étiologie de l'hémorragie.

Etiologie	Vivant		Décédé	
	Effectif	%	Effectif	%
HRP (N=32)	19	38	13	54,2
PP (N=28)	22	44	6	25
RU (N=7)	3	6	4	16,7
PP+HRP (N=1)	0	0	1	4,1
Etiologies non				
Précisées (N=6)	6	12	0	0
Total	50	100	24	100

L'HRP a été la cause la plus retrouvée des décès périnataux avec 54,2%.

Différence statistiquement significative **Khi2 =1,13 P = 0,031**

N = Nombre de cas

Tableau XLVI : Répartition des nouveau-nés vivants selon le score d'Apgar à la première minute et l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	HRP		PP		RU		Non précisée		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Score d'Apgar									
1 à 7	10	52,6	8	36,4	2	66,7	0	0	
> 7	9	47,4	14	63,6	1	33,3	6	100	
Total	19	100	22	100	3	100	6	100	

La RU a été la plus pourvoyeuse d'Apgar morbide avec 66,7%.

Différence statistiquement significative **Khi2= 1,67 P= 0,047.**

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

<i>Mode d'admission</i>	<i>Nombre de mort-nés</i>	
	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
Mère évacuées	21	87,5
Mère non évacuées	3	12,5
Total	24	100

Les nouveau-nés de mères évacuées ont payé un plus lourd tribut avec 87,5%.

Tableau XLVIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation en jour

<i>Durée d'hospitalisation</i>	<i>Voie haute</i>		<i>Voie basse</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
1-4	18	37,5	26	100
>4	30	62,5	0	0
Total	48	100	26	100

V

Commentaires et Discussion

Commentaires et discussions

I- La Fréquence:

Du 1^{er} mars 2007 au 29 février 2008, nous avons enregistré 74 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 3298 accouchements soit une fréquence de 2,24%.

Cette fréquence est comparable à celle de Baudet en France [3] qui a rapporté une fréquence moyenne de 2 à 5%. Notre fréquence est inférieure à celle de Kané F [14] qui a trouvé 2,6% en 1998 au CHU Gabriel Touré.

Notre fréquence peut s'expliquer par le fait que le CSRéf CII est très sollicité par les parturientes.

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

II- Caractéristiques sociodémographiques :

1- Résidence :

La majorité de nos patientes (66,2%) proviennent de la commune II.

2- Age :

La tranche d'âge la plus atteinte était de 20-29 ans (51,4%). Elle correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue.

La tranche d'âge la plus retrouvée dans notre étude fut retrouvée chez Sepou au Centrafrique [21] 20-29 ans (43,5%) par contre dans la série de Kané F [14], la tranche d'âge la plus représentée était de 21-35 ans avec 64,17%.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par la fréquence élevée du mariage précoce dans notre société.

3- Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 87,8% dans notre série. Le statut matrimonial ne semble pas à lui seul expliquer les causes des hémorragies.

4- Profession

Les ménagères sont les plus représentées avec 70,3%. Notre taux est supérieur à celui rapporté par Sepou [21] (54,5%). Ce taux est inférieur à celui rapporté par Kané [14] avec 80,5%.

L'explication est que les femmes au foyer sont moins suivies en CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés [17] .

5- La parité

Les paucipares et les multipares représentaient 59,5% de notre échantillon. Notre taux est inférieur à ceux de Kané F [14] ; et de Sepou [21] qui étaient respectivement de 76,11% et 89,1%.

Dans la plupart des études de part le monde, la fréquence de l' HRP, de la RU et du P.P augmente avec la parité [21].

6- L'évacuation

Au cours de notre étude 46% de nos patientes ont été évacuées, dont 35,4% par le CSCom de Boniaba, 17,6% par le CSCom de Benkadi, 8,8% par les CSCom de l'Asacohi et d'ABOSAC.

Cela s'explique par l'organisation de notre système de santé qui exige que toutes pathologies sur grossesse doit être référer ou évacuer par les CSCom vers une structure spécialisée.

Notre taux d'évacuation (46%) est nettement supérieur à celui de Sepou [21], (19%). Cette différence s'explique par l'insuffisance de soins obstétricaux essentiels dans les CSCom.

7- Consultation prénatale

Une mauvaise consultation prénatale est un facteur prédisposant de la grossesse aux hémorragies.

Dans notre série 31,6% des gestantes ont fait au moins quatre consultations prénatales par contre 20,3% n'ont fait aucune consultation prénatale, cela s'explique par le faible niveau d'alphabétisation des femmes qui pensent que les CPN constituent de dépenses unitiles [7]. Le même constat a été fait par Diakité R [8] avec 35,2%.

8- Mode d'admission

La prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse pose souvent des problèmes dans les CSCom, d'où la fréquence des évacuations était assez élevée dans notre série avec 46%.

Notre taux est comparable à celui de Diakité R [8] qui a trouvé 48%, et nettement inférieur à celui de Kané F [14] avec 58,20%.

Cette différence peut s'expliquer par l'existence de plusieurs CSRéf à Bamako et les CHU qui se partagent les urgences.

9- Motif d'évacuation

L'hémorragie a été le motif d'évacuation chez toutes nos patientes.

III- Les aspects cliniques

1-Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission

Vingt quatre virgule trois pour cent (24,3%) de nos patientes ont mis plus de 12 heures avant leur admission au centre et elles résidaient toutes à Bamako.

Ce résultat nous montre que la sévérité du pronostic materno-foetal des hémorragies s'explique aussi par l'attitude de certaines gestantes ou parturientes qui se décident trop tardivement à venir dans nos maternités à un moment où elles ont déjà perdu beaucoup de sang.

2- Etat général

Il ressort du tableau XXI que 4% de nos patientes avaient un état général altéré à leur admission. Ce résultat peut s'expliquer d'une part par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part des évacuations tardives, toute situation aggravant le pronostic vital.

3- Examen clinique

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic. L'hémorragie, considérée comme principal signe fonctionnel était extériorisée chez 100% de nos patientes. Par contre dans les séries de Kane [14] et de Diakité R. [12] elle était extériorisée respectivement dans 91,9% et 94,25% des cas.

4- Abondance du saignement

L'appréciation de l'abondance du saignement se faisait dans la salle de consultation et sur les réponses des patientes.

Dix huit virgule neuf pour cent (18,9%) de nos patientes avaient un saignement abondant.

5- Age gestationnel :

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

Soixante treize pour cent (73%) de nos patientes ont saigné entre 37 et 42 SA ; ceci s'explique par le fait que la plupart de ces hémorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse. Par contre dans la série de Diakité R [8] (73%) des patientes ont saigné 35^{ème} et 42^{ème} SA. Il n' y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

6- Bruit du coeur foetal à l'admission :

La présence ou l'absence des BCF est souvent primordiale dans la prise de décision thérapeutique. Dans notre série les BCF n'étaient pas audibles dans 19% des cas au stéthoscope de Pinard.

Notre taux est comparable à celui de Diakité R [8] (19,8%) et nettement inférieur à celui de Kané F [14] qui a trouvé de 42,3%.

IV – Etiologie :

Le diagnostic étiologique précoce est nécessaire pour une conduite thérapeutique efficace.

Malgré les moyens d'investigations performants (Echographie), le diagnostic étiologique n'a pas pu être précisé dans certains cas.

1-L'hématome Retro placentaire : (HRP)

Dans notre étude, il occupe la première cause des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse avec 43,2%.

Ce taux est nettement supérieur à ceux de Sepou [21] et Baudet [3] qui étaient respectivement de 20,3% et 7,4%.

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.

2- Le placenta praevia : (P.P)

Il constitue avec l'HRP l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies du troisième de la grossesse.

Avec 28 cas sur 74 soit 37,8%, il occupe la deuxième cause des hémorragies du 3^{ème} trimestre dans notre série.

Notre fréquence est inférieure à celle de Kané F [14] et Diakité R [8] qui incriminent le P.P dans respectivement 43,28% et 57,3% des cas. Barbot X.J [2] a trouvé 24% par contre 3,7% chez Lansac J [16].

Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% ; et sur le continent Américain avec 0,33 à 0,99% [17].

3- La rupture utérine :

Occupe la 3^{ème} place avec 7 cas/74, soit 9,5%. Cette fréquence est inférieure à celle de Keita en Guinée [21] qui a trouvé 20,6% et nettement supérieure à la fréquence moyenne de 0,7 à 3,5% de Boog G [4]. Cette fréquence s'explique par le fait que la RU est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante.

4- Les étiologies non précisées (ou causes indéterminées)

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

Avec 6 cas sur 74 soit 8,1% ; elles occupent la 4^{ème} place dans notre série.

Notre taux est comparable à ceux de Kané F [14] et Diakité R [8] qui étaient respectivement 8,95% et 9,8%. Il est inférieur à ceux de Carolyn et Dreyfus tous cités par Kané F [14] qui étaient respectivement de 58,6% et 33%. Lansac J [16] trouve 58% d'étiologies non précisées.

5- Placenta prævia associé à l'hématome Retro placentaire:

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [3, 6, 8, 14]. Dans notre série, nous avons trouvé 1 cas sur 74 soit 1,4%, fréquence proche de celle de Diakité R [8] qui était de 1,2%. Elle est inférieure à celles de Bagayoko S [1], de Garba H [12] et de Koné F [15] qui ont respectivement trouvé 4,84% ; 4,20% ; et 3,75%. Kané F [14] n'a pas retrouvé cette association étiologique dans sa série.

V- Attitude thérapeutique :

1- Mode d'accouchement :

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

Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par ces hémorragies compromettant leur vie et celle de leurs enfants ; l'attitude de notre service est de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel et /ou foetal. Nous avons effectué 41 césariennes / 74 soit 55,41% et 7 cas de laparotomies soit 9,5% dont 2 cas d'hystérectomies d'hémostases (2,7%) chez deux patientes évacuées pour HRP avec trouble de la coagulation. Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante quant on pense aux principales causes de ces hémorragies qui sont toutes pourvoyeuses de césarienne.

-L'accouchement a été effectué par la voie basse dans 35,1% des cas.

2- Traitement médical :

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie, perfusion de macromolécule, transfusion sanguine) et le traitement symptomatique (Antalgiques, Anti- hypertenseurs, ocytociques).

Dans notre série 16,2% de nos patientes ont été transfusées. Notre taux est proche de celui de Diakité R [8] qui était de 17,1%.

VI- Pronostic Materno-foetal:

1 – Pronostic maternel:

- La morbidité : dans notre étude 12,2% de nos patientes ont développé des complications, elles sont dominées par l'endométrite (33,4%), la suppuration pariétale (22,2%) , anémie décompensée (22,2%) .

-La mortalité : Le problème de mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en développement. L'ignorance, l'analphabétisme et la pauvreté en sont les facteurs [9]. Cette mortalité maternelle s'est considérablement améliorée au Mali ces dernières années grâce à la multiplicité des CSRéf, à la transfusion sanguine, et surtout à la disponibilité dans les CSRéf de Kit de césarienne [8]. Dans notre série, nous avons enregistré deux (2) cas de décès maternel (2,7%), l'un pour trouble de la coagulation et l'autre pour nécrose corticale du rein chez deux patientes évacuées pour Hématome Retro-placentaire.

Notre taux est inférieur à celui de Sepou [21] (3,6%). Il est supérieur au 1,2% de Diakité R [8].

2- Pronostic foetal :

Il demeure mauvais, malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine de la réanimation, la prise en charge des prématurés et la technique de césarienne [22].

-La mortalité :

Nous avons enregistré 24 décès fœtaux (27%) dont 5,4% de décès néonataux précoces. Le taux global de décès périnatal est de 32,4%. Notre taux est inférieur à ceux de Kané F [14] et de Diakité R [8] qui étaient respectivement de 57,57% et 37,21%.

Ce taux est proche des 25,81% rapportés par Bagayoko S [1].

L'HRP a été le plus foeticide avec un taux de 54,2% de décès.

Ceci s'explique par les références et ou les évacuations tardives.

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

Notre taux de prématurité est de 40%. Ce taux est proche de ceux de Diakité R [8] qui était de 40,7% et supérieur au 31,81% rapporté par Kané F [14].

Le PP et HRP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [22].

VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion :

De Mars 2007 à Février 2008, nous avons enregistré 74 femmes présentant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 3298 accouchements soit une fréquence de 2,24%.

La tranche d'âge 20-29 ans était la plus touchée avec 51,4%; les paucipares et les multipares représentaient 59,5% des patientes ; 46% étaient évacuées des maternités périphériques.

Les étiologies étaient dominées par l'HRP avec 43,2% ; le P.P avec 37,8%, la R.U avec 9,5% et les étiologies non précisées avec 8,1%.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 55,41%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (2,7% de décès maternel), par contre le pronostic foetal demeure préoccupant (32,4% de décès périnataux).

Nous espérons que les multiples campagnes de sensibilisations pour les dons volontaires de sang et la démystification de l'infection à VIH, permettront de rendre le sang plus disponible.

2- Recommandations :

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

❖ Aux gestantes :

- Se rendre selon le calendrier en consultation prénatale.
- Se rendre immédiatement en consultation en cas d'hémorragie sur grossesse quelle que soit son importance.
- Eviter les accouchements à domicile.
- Accoucher dans les centres obstétrico-chirurgicaux en cas d'antécédents d'intervention chirurgicale sur l'utérus.
- Eviter les avortements provoqués.
- Supplémentation en fer + acide folique

❖ A la population générale :

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

❖ Aux prestataires en particulier les sages-femmes :

- Effectuer les CPN de qualité (examen gynéco obstétrical attentif à chaque CPN afin de déceler la moindre anomalie, sans oublier le bilan prénatal, rechercher les infections et prendre l'avis des spécialistes).
- Surveiller attentivement les parturientes en utilisant correctement le partogramme.
- Référer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, cicatrice utérine, grossesse multiple, l'HTA), vers les centres de santé de référence et dans les conditions de transfert

optimales (ambulance voie veineuse, fiche d'évacuation agent de santé).

❖ **Aux autorités administratives et politiques :**

- Rendre plus fonctionnels des centres de santé de Référence en les dotant de matériels nécessaires (boîtes de Laparotomie, matériels de réanimation adaptés, produits pharmaceutiques d'urgences).
- Assurer la formation continue des prestataires (stage de formation) pour une meilleure qualité des prestations.
- Doter le centre en personnel suffisant (médecin, sage femme...)
- Organiser des campagnes d'information à l'intention de la population pour expliquer l'importance de l'accouchement en milieu médicalisé.
- Equiper le Centre d'une unité de Néonatalogie.
- Equiper le Centre d'une mini banque de sang.
- Equiper des salles d'accouchements en appareil d'échographie et de cardiotocophe.

VII

REFERENCES

REFERENCES

1-BAGAYOKO S.

Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 62 cas, thèse Médecine, Bamako, 2002. (17).

2-BARBOT XJ., et COLL.

Santé – Médecine – biologie humaine. Gynécologie – obstétrique, tome 1 et 2, Systématique II (1986- 1987).

3-BAUDET J.H., AUBARD.

Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation diagnostique.

Revue du praticien 1994 ; vol(44) ; 12 ; 1665- 1970.

4-BOOG G.

Placenta prævia. Encycl. – Méd-chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5069-A-10, 1991, 21P.

5-CAROLYN C- LOBUE.

Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : surveillance, complication, traitement (Traduction Française et adaptation de la 1^{ère} édition américaine de «Manuel of obstetric » 91- 263- 272.

6-CHARASSON T., FOURIE A.

Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse ; les urgences en Gynéco-obstet. Revue. Fr. de Gynéco-obstét 1994 ; vol 89, N° 11, 560- 569.

7-COULIBALY F.

Hématome Rétro placentaire : Facteurs de risque, pronostic materno fœtal dans le service de Gynéco – Obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse médecine Bamako 2001(99).

8-DIAKITE R.

Les hémorragies du troisième trimestre de la Grossesse au centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako à propos de 82 cas. Thèse Médecine Bamako 2003-2004(71)

9-DEMBELE B.

Etude épidémiologique clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V à propos de 114 cas. Thèse Méd. Bamako 2002 (28)

10- DREYFUS M.

Métrorragie du 3^e trimestre (Métrorrhagea during the final three months pregnancy).

J. de Méd. de Strasbourg Fr 1994, vol 25, N° 3 - 4P. 137-141.

11- Foote W.R., FRASER W.D.

Placenta praevia Amer.J. Obstét. Gynéco; juillet. 1960 (80)

12-GARBA H.

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

Thèse de Médecine Bamako 1988 (1).

13-GUIADEM A.F.,

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et de l'accouchement. Epidémiologie et thérapeutique.

Thèse Méd. Cotonou 1990, (510).

14-KANE F.

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse médecine Bamako 1998 (56).

15-KONE F.

Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 cas).

Thèse médecine Bamako 1989 (48).

16-LANSAC J., et COLL.

Obstétrique pour le praticien, 2^{ème} édition. Paris; SIMEP; 1990, N° 7227- 7226; 413P.

17-MABOUNGA R. A .,

Placenta prævia hémorragique : aspect épidémiologique clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas. Thèse méd.Bamako 2003 (42).

18-MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Kilon, Barcelone:

Masson 1995 ; 583 P.

19-MILLIEZ J.

Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation Diagnostique.

Rev du Praticien Fr 1991 ; Vol : 41 ; N° 9, 835- 838.

20-OUATTARA M.

Hématome Rétro placentaire : Aspect épidémiologique et thérapeutique au centre de santé référence de la commune V.

Thèse Méd. Bamako 2000 (126).

21-SEPOU A., ET COLL.

Les hémorragies du troisième trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance.

Méd. Af. Noire ; SEN ; 2002 ; 49 ;(4) ; 185-189.

22-SIDIBE A., K.

L'Anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétriques graves à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 1991 (16).

HEMORRAGIE DU 3^{EME} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II

FICHE D'ENQUETE

I- Identification de la Patiente :

- Dossier

N°

- Nom et

Prénom.....

Age.....Profession.....

.....

- Date

d'entrée.....

Ethnie.....

.....

-

Adresse.....

.....

- Statut

matrimonial.....

* Mariée * Célibataire * Veuve

*Divorcée

a- HTA b- Diabète c- Néphropathie d- drépanocytose
e- gémellité

f-

Autre.....

CHIRURGICAUX

a- Laparotomie..... b-

césarienne.....

c- Myomectomie.....d- Hernie.....e-Appendicectomie

f- Autres..... (à

préciser).....

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUE

Menarche.....Caractère de cycle :régulier.....

.....irrégulier

- durée des

règles.....Dysménorrhée.....

- Leucorrhée..... Prurit.....

Contraception.....

- Fibrome..... Autres..... (à

préciser).....

Obstétricaux

a- Gestité..... b- Parité.....c-

Gémellité.....

d- enfant

vivant.....

e-avortement.....

Spontané.....Provoque.....

f- Nombre de césarienne..... (Nombre, date, indication, suites)....

.....

.....

g- intervalle inter génésique..... H- nombre de curetage.....

i- Placenta

prævia.....

j-

HRP.....

....

k- Rupture

utérine.....

l- Autres..... (à

préciser).....

IV- GROSSESSE ACTUELLE

- DDR :..... Age de la

Grossesse.....

-

DAP :.....

...

- Nombre de CPN :.....

Autres.....

Lieu.....

.....

- Pathologies ou Evènements survenus au cours de la grossesse :

HRA :..... œdème :.....

Protéinurie :.....

Diabète :.....

.....

- Métrorragie Antérieure :..... a- Oui..... b-

Non.....

Si Oui préciser la période de

survenue.....

- Métrorragie Spontanée :..... a- Oui..... b-

Non.....

Si Oui préciser la période de

survenue.....

- Métrorragie provoquée :..... a- Oui..... b-

Non.....

Si Oui préciser la période de

survenue.....

.....

.....

a- Cette métrorragie a-t-elle nécessité une

hospitalisation ?.....Oui.....Non.....

.....

b- Cette métrorragie a-t-elle nécessité un traitement ?.....Oui.....Non.....

..

c- Cette métrorragie a-t-elle nécessité une transfusion ?.....Oui.....Non.....

Si Oui Nombre de

Poches.....

V- Tableau d'Accueil :

- Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation.....

- La métrorragie est-elle.....

a : Minime (<100ml), b : Abondant (>100ml<300ml), c : Grave (>300ml)

- La métrorragie est-elle a- Spontanée b- Provoquée

- Présence de douleur.....absence de douleur.....

- L'Aspect du sang : a- Rouge vif b- Noirâtre c- présence de caillot

- Les Autres signes d'Accompagnement.....

VI Examen de la Patiente :

A- Examen Général :

- Conscience..... a- Lucide b- Obnubilée c- Altérée
- Etat Général a- Bon b- Passable c- mauvais
- Conjonctives...a- bien colorées ; b- Moyennement colorées ;
c- Pales ; d- ictérique
- Tension artérielle
(mmhg).....
- Pouls (pulsations par minute)....Température (°c).....
- Fréquence Respiratoire (cycles par
minute).....
- Poids (kg)..... taille (en
mètre).....
- Œdème..... a- Oui b- Non

B- Examen Obstétrical

- Axe de l'utérus..... a- Longitudinal b- Transversal c- Oblique
- Hauteur utérine (en
cm).....
- Contractions utérines..... a- Oui b- Non
Si Oui préciser le nombre de CU par
minute.....
- BDCF :..... a- Présent b- Absent
- Présentation :..... a- céphalique b- siège c- transversale
- Aspect du col au toucher Vaginal :

- Position : a- Antérieure b- Postérieure c- Centrale
- d- Latérale
- Longueur (en cm)...; Consistance : a- ramolli b- ferme c- dur
- dilatation du col (en cm).....
- Engagement de la présentation et le degré...a- Oui b- Non
- Poche des eaux : a- Intacte b- Rompue c- Fissurée
- Liquide amniotique : a- Clair b- Méconial c- Sanglant
- Bassin..... A- Normal b- Limite c- Rétréci

C- examen complémentaires :

1- Biologie :

Sang :

- a- Groupage Rhésus.....
-
- Créatininémie.....
-
- b- NFS.....
- c- Glycémie.....Sérologie BW.....
- d- Sérologie VIH..... Test d'emmell.....

Urine :

a- Albumine..... b-
sucre.....

2- Imagerie :

a- Echographie Obstétricale : -Oui -Non

-

BIP.....

- Longueur du

fémur.....

- Age de la grossesse (en

SA).....

Si Oui, préciser la date et la

conclusion.....

.....

.....

VII- Mode d'accouchement :

- voie basse.....durée du

travail.....

-

Césarienne.....Indication.....

..

VIII- Diagnostic Retenu :

- Placenta prævia : a- latéral b- Marginal c- Central

- Rupture utérine : a- Spontanée b- Provoquée

- Hématome Rétro placentaire..... Surface du

décollement.....

- Autre (à préciser
).....

IX- Conduite thérapeutique :

- Hospitalisation (Repos au
lit).....

Si Oui, préciser pendant combien de
temps ?.....

- Rupture de la poche des eaux a- Oui b- Non

- Traitement Médical :

a- suppléments en fer : Oui Non

b- Antibiothérapie : Oui Non

c- transfusion sanguine : Nombre de poches.....

d- Antalgique : Oui.....

Non.....

- traitement chirurgical :.....

a- césarienne ou suture de l'utérus b- Hystérectomie
d'hémostase

-Autres (à
Préciser).....

X- Pronostic Fœtal :

- Enfant vivant..... Réanimé Non
réanimé.....

- Apgar à la 1^{er} minute..... et 5^{ème}
minute.....

- Enfant prématuré..... Terme de la
grossesse.....

- Poids taille..... sexe

.....

- Enfant transféré à la pédiatrie..... Motif

.....

- Durée d'hospitalisation à la
pédiatrie.....

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

- Enfant mort in utero..... Frais

Macéré.....
- Autres (à préciser
).....

XI- Pronostic Maternel :

- Suites a- Simples b- Compliqués

- Complications

a- choc hypovolémique..... b- suppuration
pariétale.....

c- Endométrite..... d-
septicémie.....

e- Phlébite..... f- embolie
pulmonaire.....

g- CIVD..... h-
Péritonite.....

i- Décès
maternel.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : FANE

Prénom : MOUSSA

-Année universitaire : 2008-2009

-Ville de soutenance : BAMAKO

-Pays d'origine : MALI

-Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

-Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

RESUME :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours un événement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno-fœtal. Pour apprécier ce pronostic materno-fœtal, nous avons effectué une étude longitudinale dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako sur une période de douze(12) mois du 1^{er} Mars 2007 au 29 Février 2008. Nous avons recensé 74 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 3298 accouchement soit une fréquence de 2,24%.

L'hématome retro placentaire représente la première cause de ces hémorragies avec 43,2%, suivi du placenta prævia avec 37,8% et la rupture utérine avec 9,5%, causes non précisées 8,1%, HRP+PP avec 1,2%. Le pronostic maternel est dominé par un taux de mortalité de 2,7%. Quant au pronostic fœtal et néonatal, il est dominé par la mortalité fœtale qui est de 32,4%.

Une prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres

permettant d'améliorer le pronostic materno-fœtal au cours de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse. **MOTS CLES** : Grossesse, Hémorragie, 3^{ème} trimestre, Etiologies, Prise en charge et Pronostic.

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 !

