



Faculté de Médecine de Pharmacie et D'OdontoStomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2009—2010



THESE

HEMORRAGIES DU 3^{ÈME} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KOUTIALA

Présentée et soutenue publiquement le..... /..../2010 à.....Heures
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
du Mali

Par : Monsieur Boubacar SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY

Présidente :

Membres :

Directeur de Thèse :

Pr. SY Aida SOW

Dr. Ibréhima TEGUETE

Dr. Mama COUMARE

Pr. Salif DIAKITE

1- INTRODUCTION :

Selon Rivière << la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel >> [1]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours important dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante [2]. Environ 500 000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum immédiat, laissant au moins derrière elles 1 000 000 d'orphelins.

Dans nos pays en développement cette mortalité est encore plus marquée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistré dans les pays développés [1].

Plusieurs études faites sur la mortalité maternelle relèvent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternel [3,1,4] : en effet, ces hémorragies obstétricales occupent le deuxième rang des causes de décès maternel.

Parmi elles, celles du troisième trimestre constituent une préoccupation quotidienne en pratique courante, englobant un éventail de pathologies obstétricales dont le retard de prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Au Mali, à l'hôpital Gabriel TOURE (H G T) une étude faite par KANE en 1998 [3] a trouvé 67 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements, ce qui représente 2,6% des accouchements effectués dans cet hôpital. Ce même auteur trouve, que les hémorragies 3^{ème} trimestre représentent 18,75% des causes de décès maternel, avec des taux de létalité maternelle et fœtale respectifs de 4,54% et 57,57%.

A cela s'ajoute le fait que la transfusion sanguine, souvent utile dans le protocole thérapeutique des hémorragies constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine, un risque supplémentaire [4] de décès maternel à long terme.

C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de mener cette étude avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

➤ **Objectif général :**

Etudier les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de Koutiala d'août 2008 à juillet 2009.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Décrire les aspects épidémiologiques.
- Déterminer les facteurs étiologiques.
- Décrire les aspects thérapeutiques
- Evaluer le pronostic materno-fœtal.
- Formuler des recommandations.

2-GENERALITES :

2-1 DEFINITION :

Il s'agit de métrorragies survenant au cours de la grossesse à partir de 28 semaines d'aménorrhée.

Ce type de complications survient dans 2 à 5 % des grossesses, [3.5, 6].

2-2 HISTORIQUE :

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

Il semble que c'est PORTAL qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher trans-cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [7]. Plus tard LEVRET découvrit un placenta praevia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [3].

Avant 1929, le diagnostic de placenta praevia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS NANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques foetaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [8]. Les premières césariennes pour placenta praevia 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 citer dans le traitement du placenta praevia [7]. 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 [3].

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit depuis 1811 en Angleterre.

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

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.

2-3 RAPPELS ANATOMIQUES:

2-3-1 Utérus :

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

L'utérus gravide comprend anatomiquement :

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

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

2-3-1-1 Le corps utérin:

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

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

L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8cm et une largeur de 4-5cm, à la fin du 6^{ème} mois de la grossesse sa hauteur est de 24cm et sa largeur de 16cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32cm et une largeur de 22cm.

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

2-3-1-2 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 changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [3].

2-3-1-3 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 longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- Dimensions et limites : le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12cm de largeur et 3-5cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

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

- Structure : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives, et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- Caractère : son caractère essentiel est la minceur deux (2) à quatre (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 corporelle 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, lorsque le placenta s'insère sur lui il est considéré comme praevia.

2-3-2 Le Placenta : signifie en latin gâteau placentaire

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 l'embryon et la mère [10].

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3^{ème} et le 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,

2-3-2-1 Structure du placenta :

Examiné après la délivrance, le placenta a une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600grammes 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:

- La face foetale: 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 de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villositaire une arborisation villositaire organisée en système de tambour.

On distingue parmi ces villosités:

Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

- La face maternelle : encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villositaire vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de Nitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [3]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utéro-placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les

uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse.

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

Entre les deux plaques se trouve la chambre inter villeuse [7]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque choriale.

- Le bord : il est circulaire, se continue avec les membranes de l'oeuf.

2-3-2-2 La circulation placentaire :

La circulation placentaire est double : maternelle et foetale :

- La circulation utéro-placentaire s'établit aux 14^{ème} -15^{ème} jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque choriale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utero placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

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

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

La circulation placentaire est dominée par certains faits:

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

- L'extrême lenteur de circulation du sang maternel, qui est favorable aux échanges [10].

- La grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12m² lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [3].

3-3-3 Les membranes de l'oeuf :

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 :

3-3-3-1 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, en gaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus,

3-3-3-2 Le chorion : C'est une membrane fibreuse transparente et résistante, 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 vaisseau ni de capillaires propres.

3-3-3-3 La caduque : Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : La caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de HUMTER située entre l'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 [3].

2-4 PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

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

Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

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

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

2-5 LES ETIOLOGIES :

2-5-1 LE PLACENTA PRAEVIA (P P) :

2-5-1-1 Définition :

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il complique 0,3 à 2,6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries [20, 26, 38J la 1^{ère} 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%.

2-5-1-2 Classifications :

-classification anatomique :

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.

-la classification échographique (d'après BESSIS R, BRIGNON C, SCHNEIDER L) :

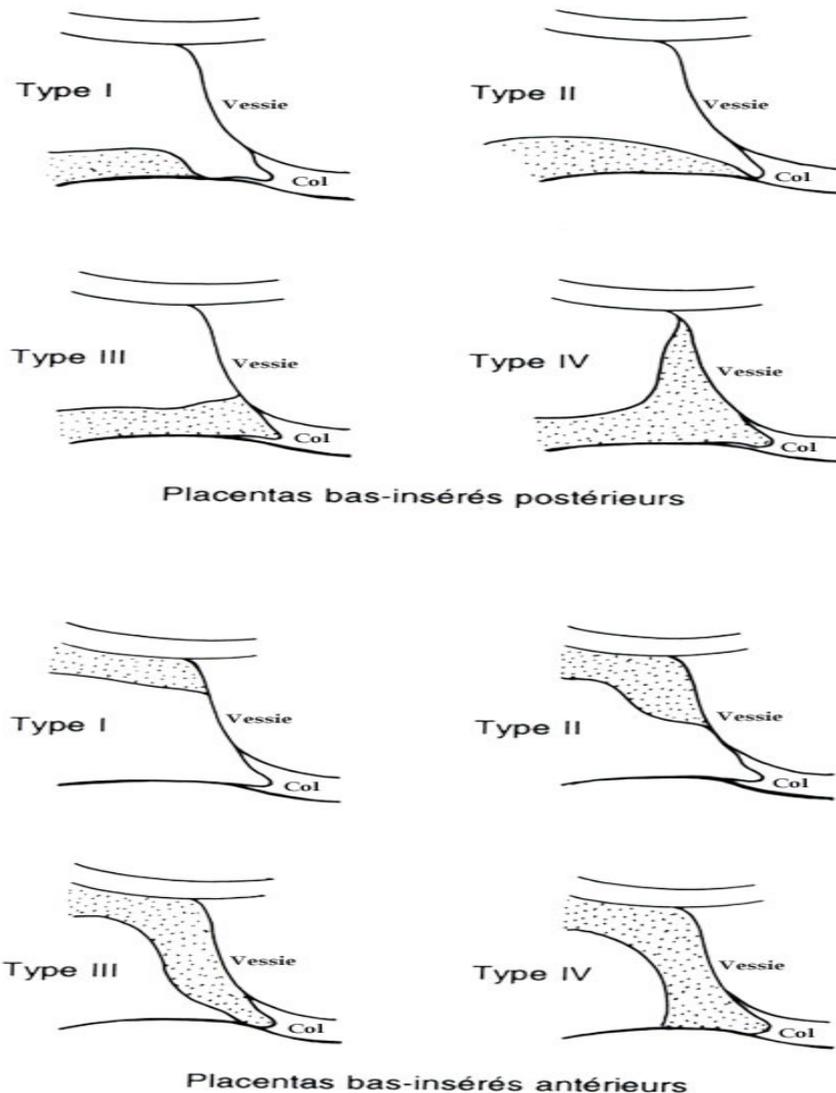
Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec type pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col.

- Les placentas bas insérés antérieurs :
 - De type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie ;
 - De type II : la limite inférieure du placenta atteint les deux tiers supérieur de vessie ;
 - De type trois III : la limite inférieure atteint le col utérin ;
 - De type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.
- Les placentas bas insérés échographiquement postérieurs :
 - De type I : la limite inférieure du placenta se situe à moins de 4cm en arrière du col de l'utérus ;
 - De type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin ;
 - De type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieure de la vessie ;
 - De type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

Les placentas de type I et II correspondent aux placentas praevia latéraux

Les placentas de type III correspondent aux placentas praevia marginaux

Les placentas de type IV correspondent aux placentas praevia recouvrant.



- 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.

2-5-1-3 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 syncitial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le foetus 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 [3].

- La Théorie du glissement :

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

2-5-1-4 Etude clinique :

- **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.

- **Signes généraux :** Leurs importances sont 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,

- 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 foetus 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 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 [11].

2-5-2 L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE : (H R P)

2-5-2-1 Définition :

L'H R P 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 [3].

2-5-2-2 Pathogénies de l'hémorragie :

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

Ainsi se constitue l'hématome rétro placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie [12].

2-5-2-3 Etude clinique :

Le début est brutal, l'H R P 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.

- 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.

- 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 B DC F 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.

2-5-3 LA RUPTURE UTERINE :(RU)

2-5-3-1 Définition

Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide [13]. Elle est rare dans les pays développés, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses. Elle reste hélas une des premières causes de mortalité maternelle et fœtale. Elle est à l'origine de 11.94% des hémorragies de 3^{ème} trimestre.

2-5-3-2 Pathogénie de l'hémorragie :

L'hémorragie a trois (3) 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.

2-5-3-3 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 ou en coque d'arachi

- 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.

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave,

La prévention précoce n'est pas toujours facile, mais demeure la meilleure solution.

2-5-4 CITONS QUELQUES CAUSES RARES DES HÉMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE

2-5-4-1 Hématome décidual 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.

2-5-4-2 Rupture de vaisseau praevia ou syndrome de Benkiser :

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

2-5-4-3 Embolie amniotique [6].

Accident très rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de la délivrance, l'embolie amniotique est un syndrome de choc brutal intense du à l'irruption de liquide et de débris amniotique dans la circulation maternelle.

2-5-4-4 Rupture spontanée de varices utérines :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [16].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [16].

2-6 LE TRAITEMENT

2-6-1 LE TRAITEMENT PREVENTIF :

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

2-6-2 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.

2-6-2-1 Les buts :

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

2-6-2-2 Les moyens :

2-6-2-2-1 Le traitement général :

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [5].

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

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre,
- Mise en place d'une sonde urinaire.
- Oxygénation.
- Bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des 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 extra vasculaire.

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 ajoutée à un dérivé de sang mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

-Correction des troubles de coagulation : Fibrinogène, Plasma Frais Congelé (PFC), Plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif

-Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

-Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

2-6-2-2-2 Le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

2-6-2-2-2-1 Le placenta prævia :

Modalités thérapeutiques :

- La césarienne.

- L'expectative.

- La rupture des membranes.

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

- Le volume du saignement.

- L'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire.

- L'état foetal.

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

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

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

Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie, « une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang » disait on déjà au XVIII^{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} SA si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée.

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

-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.

-Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30 %.

-Immunoglobulines anti-D pour les patientes de Rhésus négatif.

-Cures de stéroïdes (maturation pulmonaire du fœtus, quand la grossesse n'est pas à terme).

-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.

2-6-2-2-2 Hématome Rétro 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 fœtus 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 souvent au prix d'une hystérectomie.

L'accouchement par voie basse peut être envisagé 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 les prostaglandines.

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se

détériore pas. Le fœtus et la gestante feront l'objet d'une surveillance adéquate.

2-6-2-2-3 La rupture utérine :

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

2-6-3 LA SURVEILLANCE :

Elle est clinique et échographique.

2-6-3-1 La surveillance clinique : elle comporte:

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

La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées.

Pendant l'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.

2-6-3-2 Surveillance échographique : elle est souvent utile pendant la grossesse. 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 [18].

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

2-6-4 EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

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

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

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

- Les troubles de la coagulation : ils sont 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.

2-7 LE PRONOSTIC :

2-7-1 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 manoeuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne).

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

Les hystérectomies d'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.

2-7-2 Le pronostic foetal :

En général il est 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 au delà de 35^{ème} semaine ou si la grossesse est proche du terme.

3- METHODOLOGIE :

3-1 Cadre d'Etude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétricale du CS Réf de Koutiala.

3-1-1 Historique :

Déjà, grosse bourgade commerciale de quelque 4000 habitants en 1894, la ville de Koutiala dont le nom provient de (KOULE-DIAKAN) signifiant en minianka le village du fils de Koulé connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945). Commune mixte depuis 1939, elle devient commune de plein exercice en 1966.

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

3-1-2 Aspect géographique :

. Situation géographique :

Au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et République de la Côte d'Ivoire, Koutiala est le chef lieu du cercle (préfecture). Situé à 129 Km de Sikasso, siège de la 3^{ème} région économique du Mali.

Il est limité :

- au nord et au nord-est par le cercle de Bla et San (région de Ségou).
- Au sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso.
- Au Sud-est par le cercle de Yorosso.
- A l'ouest par le cercle de Dioila.

Il a une superficie de 12270Km² et a six (6) arrondissements et la commune de Koutiala.

. Relief :

La ville est située dans une plaine au site verdoyant.

. Climat :

Le climat est de type soudanais avec des précipitations importantes atteignant 900 à 1 000mm de pluie par an.

La savane constitue l'essentiel de la végétation.

Les essences dominantes sont entre autres : le karité, le néré, le baobab, le cailcedrat, le tamarinier, le balanzan, le kapokier, et le fromager.

.Hydrographie :

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise en quelques cours d'eau négligeable alimentant les affluents du fleuve Niger.

On peut citer comme rivières : le Pinpedogo et le Koni qui s'écoulent du sud vers le nord.

. Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

- 1- Axe Ségou – Koutiala – Bobo-Dioulasso.
- 2- Axe Mopti- Koutiala- Sikasso.

Un central téléphonique (depuis 1987) et la téléphonie mobile.

L'existence de sept radios libres (Kayira, Yèrèdon, Jamana, Wassa, Wessou, Koulé FM, FM Coton et Mininkala FM et celle animée par les protestants). Contribue à l'IEC en santé des habitants du cercle de Koutiala.

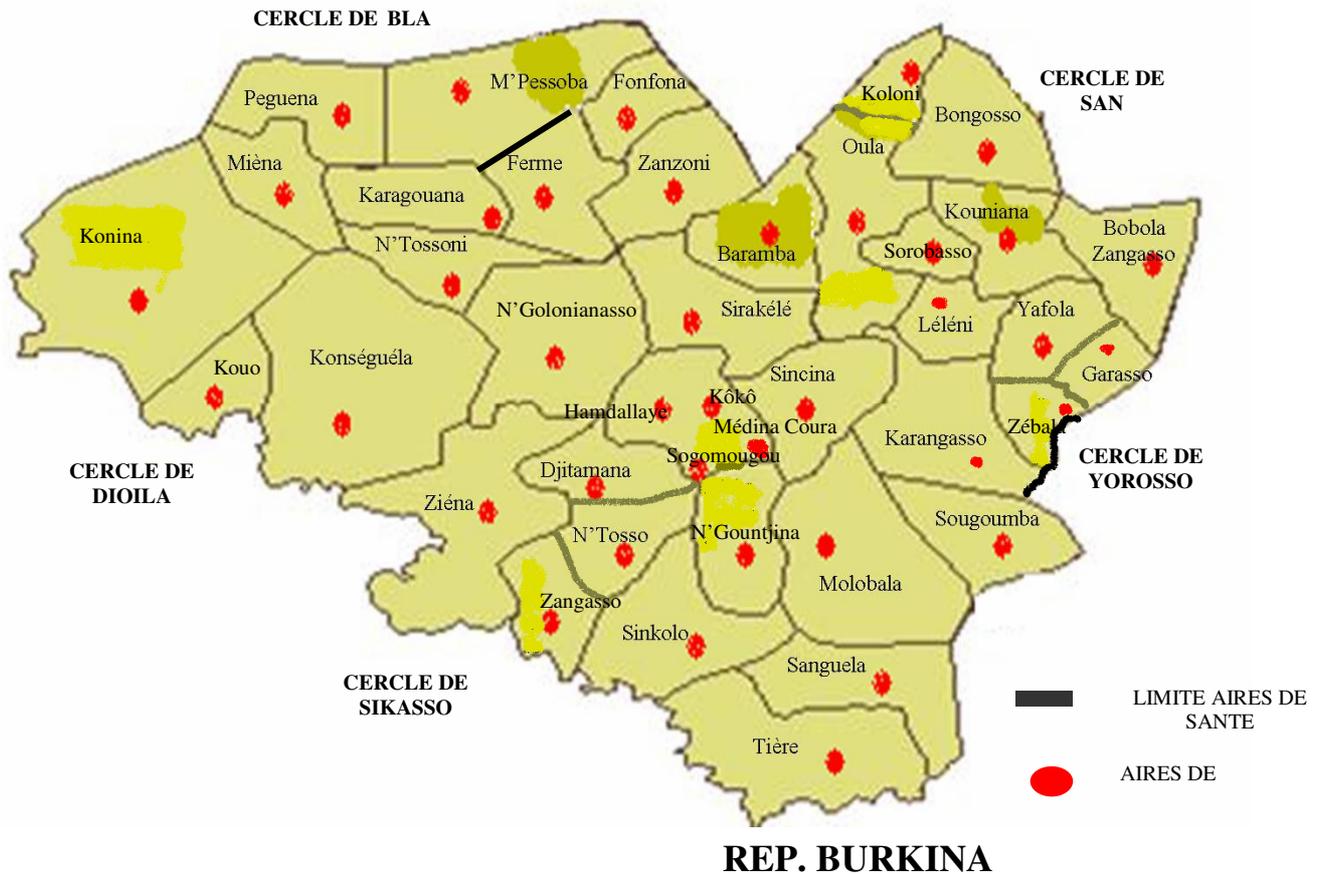
. Population :

Koutiala et la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako avec une population de 500057 habitants repartis en 240 villages. Le taux d'accroissement est de 2,20, et la densité 30 habitants / Km². Koutiala compte 36 communes dont une urbaine.

Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du Mali et plus particulièrement les miniankas (majoritaires, autochtones) et les Dionkas, les Bobos et les Senoufos.

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

CARTE SANITAIRE DE KOUTIALA



Organigramme du CSRéf :

► **Infrastructures** : Le csréf de Koutiala dispose :

- D'une unité de coordination des activités du centre,
- De bureaux de consultation pour médecin,
- D'un bloc opératoire,
- De salles d'hospitalisation de chirurgie et de médecine,
- D'une unité de consultation externe et de soins,
- D'une unité de maternité pour CPN, accouchements et planification familiale,
- D'une unité pour la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH,
- D'une unité de prise en charge des enfants,
- Des unités de dépôt de médicaments,
- D'un laboratoire pour les examens biologiques,
- D'une unité d'Imagerie médicale,
- D'une unité d'ORL,

- D'une unité pour la prise en charge des tuberculeux,
- D'une section Ophtalmologique,
- D'une section D'Odontostomatologie,
- D'un Bureau local PEV,
- D'une Antenne mentale,
- D'une morgue pour les corps,
- D'un dépôt Répartiteur du Cercle et deux (2) dépôts de ME.

Les ressources humaines :

Le centre de Santé de référence de Koutiala est dirigé par un Médecin spécialiste en santé publique.

Catégorie	Effectif
Médecins	10
Assistants médicaux	10
Sage – femmes	9
Techniciens supérieurs et infirmiers d'état	10
Techniciens supérieurs de labo	1
Techniciens 1 ^{er} cycle obstétriciens	11
Techniciens de laboratoire 1 ^{er} cycle	1
Infirmiers du 1 ^{er} cycle santé publique	0
Aides – soignantes	2
Matrones	2
Administration – Finance – Comptabilité	8
Chauffeurs	5
Techniciens de surfaces	5
Gardiens	1
Plantons	2
Pharmaciens	1
Agents d'assainissements	2
Etudiants thésards	6
TOTAL	86

3-2 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective.

3-2-1 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de douze mois (1^{er} Aout 2008 au 31 juillet 2009).

3-2-2 Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant saigné au cours du dernier tiers de la grossesse ou au cours du travail admises au centre de santé de référence de Koutiala.

3-2-3 Echantillonnage :

3-2-3-1 Méthode d'échantillonnage :

La méthode d'échantillonnage a été non probabiliste.

3-2-3-2 Technique d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un choix exhaustif de toutes les parturientes présentant une hémorragie au troisième trimestre de la grossesse.

3-2-3-2-1 Critères d'inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Toute femme en travail présentant une hémorragie admise au CS Réf de Koutiala.
- qu'elle soit ou non évacuée.

3-2-3-2-2 Critères de non inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Toute femme présentant une hémorragie du post partum immédiat (de moins de 24heures).

3-2-4 Taille minimum de l'échantillon :

$$N=4pxq /i^2$$

P= proportion de femmes exposées au phénomène étudié (hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse).

$$q=1- p$$

$$i=0,05 \text{ précision de l'étude (marge d'erreur)= 5\%}$$

$$p=6\%$$

$$N= 4x0,06x0,94/0,05^2= 90,24 \text{ soit } 90 \text{ cas.}$$

3-2-5 Déroulement de l'enquête :

- Elaboration d'un protocole de recherche comportant une fiche d'enquête.
- Contact de tous les personnels du centre pour la réalisation de ce travail.

3-2-6 Recueil des données :

Les données ont été recueillies au cours des consultations externes et pendant les gardes à l'aide d'une fiche d'enquête (portée à l'annexe).

3-2-7 Plan d'analyse des données :

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

Quant à la saisie et le traitement des textes nous avons utilisé un ordinateur portable (références : **TOSHIBA Personal Computer Intel [R] Pentium [R] M Processor 1.73GHz, 504Mo de RAM Système : Microsoft Windows Xp Professional Edition Familial version 2002, Service Pack 2**). Pour ledit besoin nous avons utilisé deux logiciels : **Microsoft Word et Excel Office 2003** installées sur ladite machine.

3-2-8 LES VARIABLES ETUDIÉES :

VARIABLES QUANTITATIVES :

- Age
- Durée de transport
- Score d'APGAR du nouveau-né

- CPN
- Parité
- Gestité
- Durée d'hospitalisation

VARIABLES QUALITATIVES :

- Statut matrimonial
- Profession
- Antécédents médicaux
- Antécédents chirurgicaux
- Motif d'évacuation
- Diagnostic retenu et mode thérapeutique
- Nature des suites de couches
- Pronostic maternel et faetal

3-2-9 ASPECT ETHIQUE :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle.

Le consentement éclairé des parturientes a été obtenu avant leur inclusion. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

3-2-10 DEFINITIONS OPERATOIRES

- Primigeste = 1 grossesse
- Pauci geste = 2 à 3 grossesses
- Multi geste = 4 à 5 grossesses
- Grande multi geste \geq à 6 grossesses

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

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

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

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

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

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

- L'anémie sévère : taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl ;

- L'anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;

- L'évacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;

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

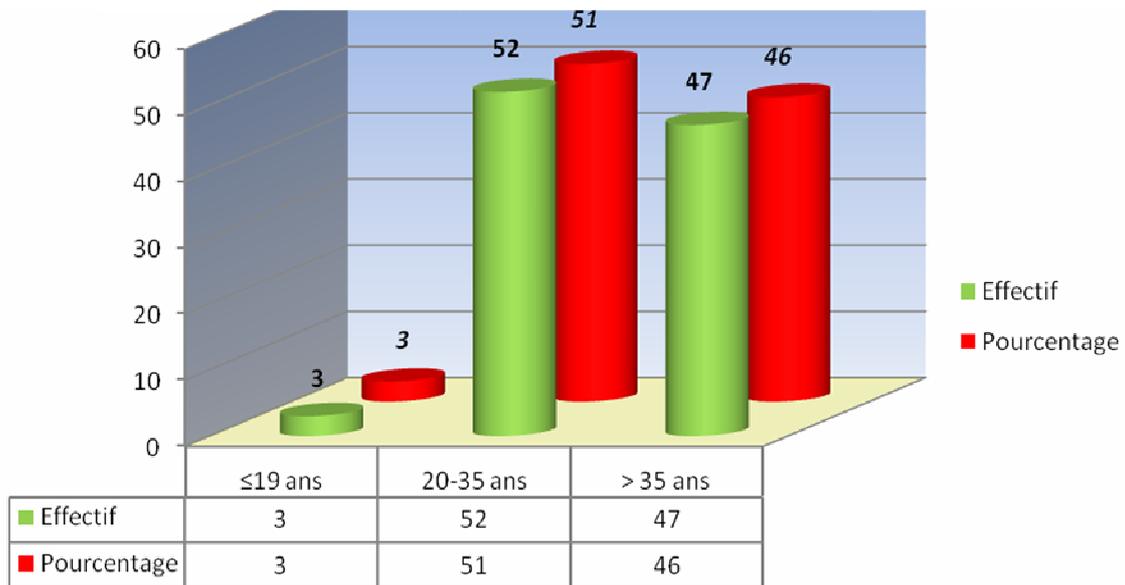
4-RESULTATS

4-1 Fréquence Globale:

Du 1^{er} Aout2008 au 31 juillet 2009 nous avons colligé au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Koutiala 1356 accouchements dont 102 cas de grossesses compliquées d'hémorragies du 3^{ème} trimestre soit une fréquence de 7,5%.

4-2 Aspects épidémiologiques :

Graphique 1 : Répartition des parturientes selon l'âge.



La tranche d'âge 20-35 ans est la plus fréquente, soit 51%

Tableau I : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Commerçantes	5	4,9
Ménagères	97	95,1
Total	102	100

95,1% des parturientes étaient des ménagères.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataires	4	3,9
Mariées	98	96,1
Total	102	100

96,1% des parturientes étaient mariées.

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Evacuation	78	76,5
Venues d'elles mêmes	24	23,5
Total	102	100

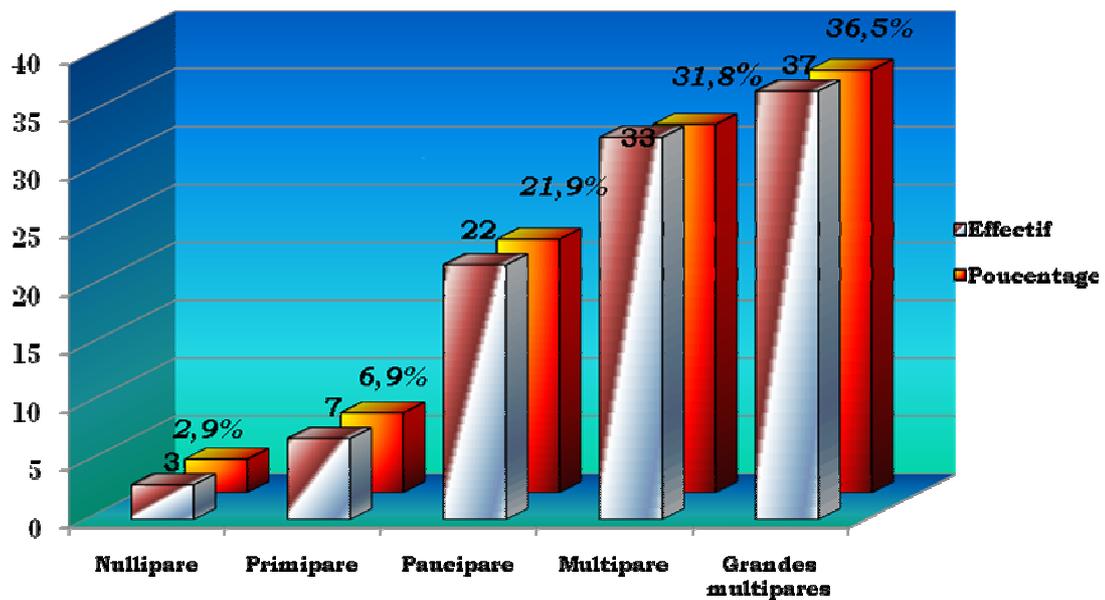
76,5% des parturientes ont été évacuées par une autre structure de santé au CS Réf.

Tableau IV: Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage %
Primigeste	7	6,9
Paucigeste	12	11,7
Multigeste	42	41,2
Grande multi geste	41	40,2
Total	102	100

42 Parturientes soit 41,2% étaient multi gestes.

Graphique 2 : Répartition des parturientes selon la parité.



Les grandes multipares ont été les plus touchées avec 37 cas soit 36,5%

4-3 Aspects clinique :

Tableau V : Répartition des parturientes selon leur état général à l'admission.

Etat général	Effectif	Pourcentage (%)
Bon	69	67,6
Mauvais	33	32,4
Total	102	100

32,4% des parturientes avaient un mauvais état général à l'admission

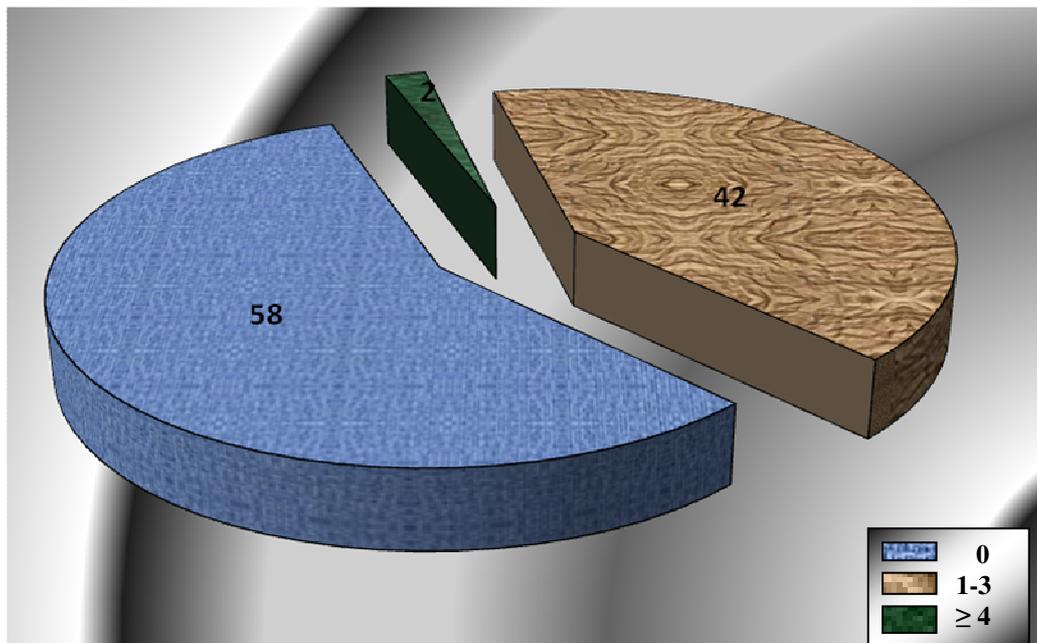
Tableau VI : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
28-36 SA + 6 jours	31	30,4
37 - 42 SA	71	69,6
Total	102	100

69,6% on entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées.

.

Graphique 3 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisées.



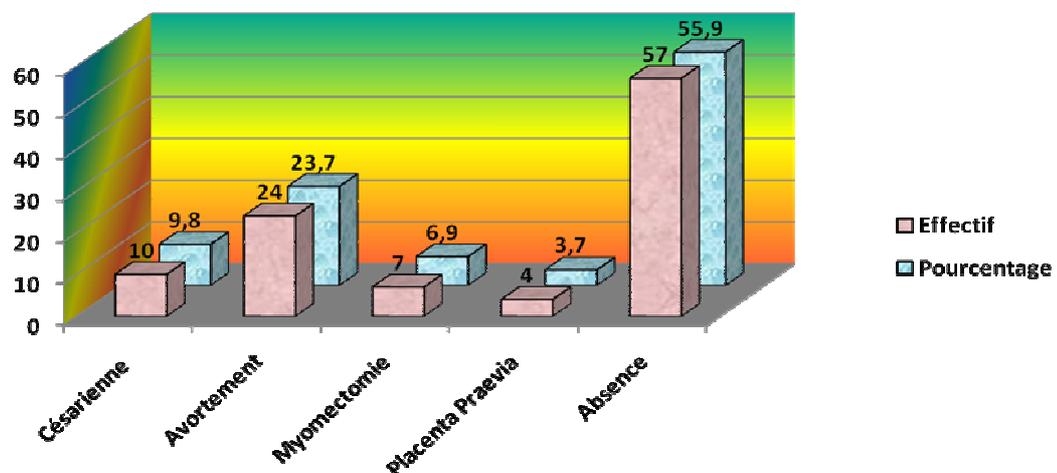
Seulement 2% des parturientes ont un score de CPN supérieure ou égale à 4

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre.

Temps mis entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre	Effectif	Pourcentage (%)
<1heure	29	28,5
1-12 heures	61	60,3
12 - 24 heures	10	9,2
≥ 24 heures	2	2
Total	102	100

2% des parturientes ont mis plus de 24heures avant leur admission au centre.

Graphique 4 : Répartition des parturientes en fonction de leurs antécédent.



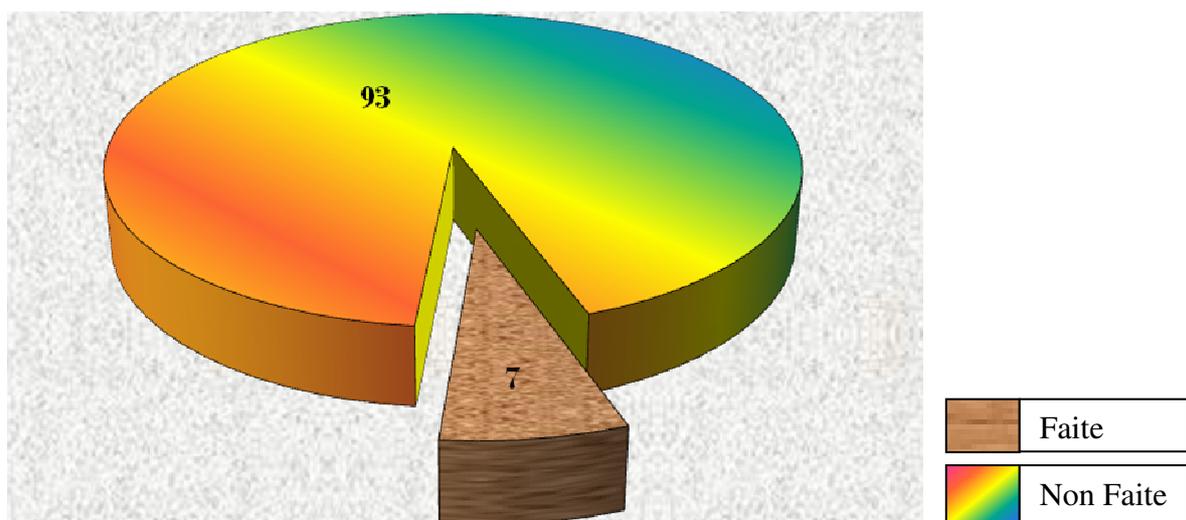
23,7% des parturientes ont un antécédent d'avortement.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la notion de métrorrhagie antérieure.

Métrorrhagie antérieure	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	11	10,8
Non	91	89,2
Total	102	100

10,8% des parturientes ont présenté un épisode de saignement au cours de leur grossesse antérieure.

Graphique 5 : Répartition des parturientes selon l'échographie réalisée avant l'admission.



Seulement 7 femmes ont fait une échographie

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du groupage sanguin effectué avant l'admission.

Groupage	Effectif	Pourcentage (%)
Faite	10	9,8
Non faite	92	90,2
Total	102	100

92 parturientes soit 90,2% n'avaient pas de groupe sanguin connu.

Tableau X : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires effectués.

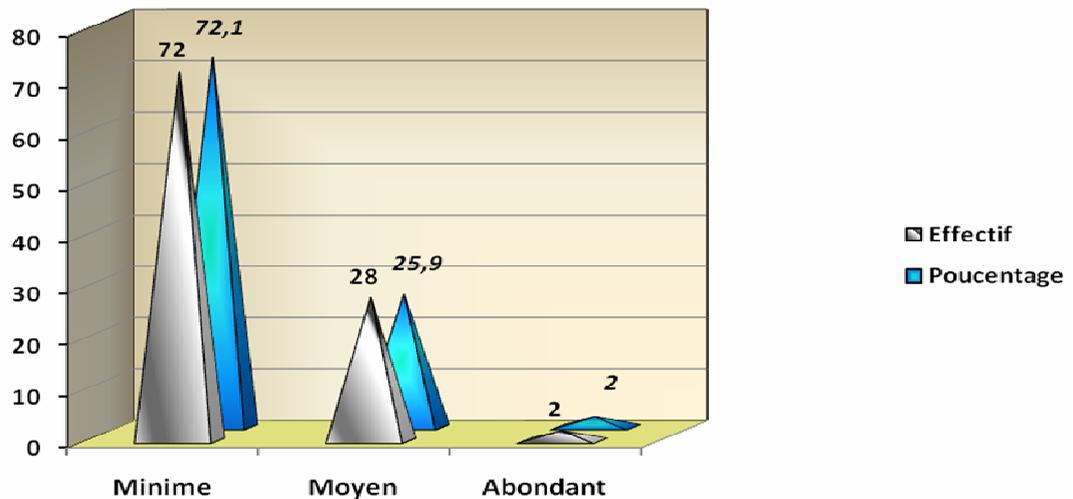
Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage (%)
Groupe Rhésus	36	35,6
Taux d'hémoglobine	31	30,8
Echographie obstétricale	24	23,7
Dosage d'albumine dans le sucre	2	2
Aucun examen complémentaire	9	7,9
Total	102	100

9 femmes soit 7,9% n'ont effectué aucun examen complémentaire

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les éléments de l'examen d'entrée.

Eléments de l'examen d'entrée	Effectif	Pourcentage (%)
Métrorragie	102	100
Pâleur conjonctivale	40	39,2
TA \leq 8/4	4	3,9
Utérus souple	68	66,6
Hypertonie utérine	36	35,3
Pouls filant	24	23,5
Phase de latence	79	77,6
Phase active	23	22,5
BDCF Présents	35	34,3

Graphique 6 : Répartition des parturientes en fonction de l'importance du saignement.



2% des femmes ont un saignement abondant

4-4 Facteurs étiologiques :

Tableau XII: Répartition des parturientes en fonction de l'étiologie

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage (%)
Placenta prævia	43	42,2
Hématome retro placentaire	36	35,3
Rupture utérine	19	18,6
PP+HRP	4	3,9
Total	102	100

Le PP a été le plus fréquent parmi les cas avec 42,2%

4-5 Attitudes thérapeutiques :

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction du traitement reçu avant l'admission au centre.

Attitude thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
Voie veineuse	4	3,9
Anti hypertenseur	17	16,7
Non précisé	81	79,4
Total	102	100

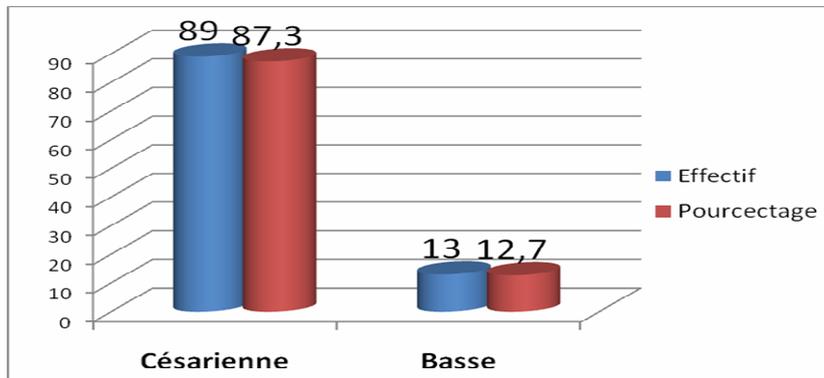
4 parturientes soit 3,9% avaient une voie veineuse à l'admission.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la nature du traitement médical effectué au centre.

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Ocytociques	86	84,3
Anti spasmodiques	96	94,1
Anti-hypertenseurs	23	22,5
Transfusion sanguine	12	11,7
Macro- molécule	17	16,6

11,7% ont été transfusées

Graphique 7 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.



87,3% des parturientes ont été césarisé.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la nature des complications.

Type de complication	Effectif	Pourcentage (%)
Anémie sévère	3	27,2
Coagulopathie	2	18,2
Fistule vésicale	2	18,2
Hémorragie de la délivrance	2	18,2
Décès	2	18,2
Total	11	100

Les 2cas de décès une venue de Garasso est décédée par suite de PP recouvrant l'autre venant de médina coura est décédée de Coagulopathie par suite de l'HRP.

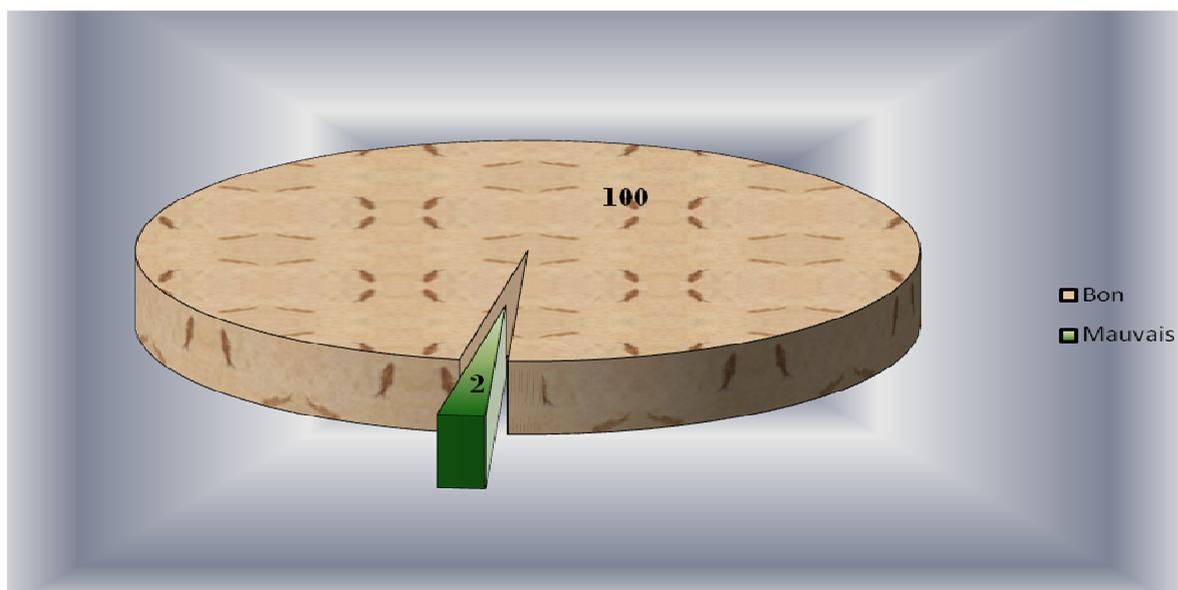
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la durée de l'hospitalisation.

Durée de l'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
1-4 jours	9	8,9
≥4 jours	93	91,1
Total	102	100

91,1% des parturientes ont une durée de séjour au CS Réf supérieure ou égal à 4 jours.

4-6 Le Pronostic materno-foetal :

Graphique 8 : Répartition des parturientes selon le pronostic obstétrical.



Le pronostic obstétrical était mauvais dans 2 cas soit 2,0%

Tableau XVII : Répartition des nouveaux nés selon l'APGAR à la 1^{ère} minute.

APGAR 1ère minute	Effectifs	Pourcentages
0	36	35,3%
1-6	17	16,7%
≥7	49	48,00%
Total	102	100%

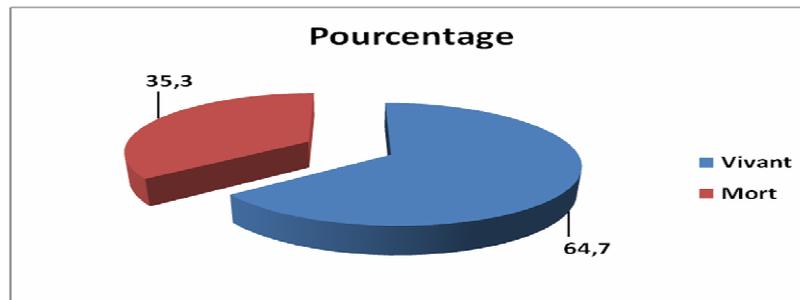
35,3 % des NN sont des mort-nés (APGAR=0/10 à la 1^{ère} mn).

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés selon la notion de référence au service de pédiatrie.

Référence à la pédiatrie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	8	7,8
Non	94	92,2
Total	102	100

8 nouveaux nés soit 7,8% ont été référée à la pédiatrie de l'hôpital femme enfant.

Graphique 9 : Répartition des nouveaux nés selon le pronostic fœtal.



35,3% étaient des morts nés.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon l'âge et le diagnostic retenu.

Age de la parturiente	Diagnostic retenu			
	Placenta prævia (n=43)	Hématome retroplacentaire (n=36)	Rupture utérine (n=19)	PP+HRP (n=4)
< 19 ans	0%	5,4%	0%	0%
19 – 35 ans	43,4%	64,1%	42,3%	75%
> 35 ans	56,6%	30,5%	57,7%	25%
Total	100%	100%	100%	100%

57,7% des ruptures utérines avaient plus de 35 ans

$Khi^2=74,7$ $p=0,48$

$P > 0,05$ il n'y a pas de relation significative entre l'âge et le diagnostic retenu.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la parité et le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu		Parité				
		Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande
Placenta	prævia	31,2%	35,7%	43,8%	84,6%	92,7%
(n=43)						
Hématome	retro	42,7%	50,0%	43,8%	6,4%	0%
placentaire (n=36)						
Rupture	utérine	14,3%	14,3%	6,2%	6,8%	7,3%
(n=19)						
PP + HRP (n=4)		11,8%	0%	6,2%	2,2%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Le PP a été plus fréquente chez les grandes multipares, soit 92,7%

$K\chi^2=31,13$ $p=0,40$

$P > 0,05$ cependant il n'y à pas de relation entre le diagnostic retenu et la parité.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu et l'Apgar à la 1^{ère} minute.

Diagnostic retenu	Apgar à la 1 ^{ère} minute		
	0	1 - 6	> 6
Placenta praevia (n=43)	30,3%	55,7%	90,9%
HRP (n=36)	54,0 %	40,5%	9,1%
Rupture utérine (n=19)	3,6%	0%	0%
PP + HRP (n=4)	12,1%	3,8%	0%
Total	100%	100%	100%

L'HRP fut l'objet de 54% des nouveaux nés ayant l'Apgar 0 à la 1^{ère} minute.

Khi²=51,46 p=0,00001

P<0,05 il y a une relation statistiquement significative entre l'Apgar et le diagnostic retenu.

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

5-1 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

5-1-1 : Fréquence

Du 1^{er} Aout 2008 au 31 Juillet 2009, il a été enregistré 102 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 1356 accouchements, soit un taux de 7,5 %.

Cette fréquence est supérieure à celle de KANE.F [3] qui était de 2,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie de nos parturientes étaient des grandes multipares qui est un facteur favorisant du placenta prævia et de la rupture utérine.

5-1-2 L'âge

La tranche d'âge la plus touchée était de 19 - 35 ans avec 52 cas soit 51%. Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de fécondité. Par contre, dans la série de KANE. F [3], la tranche d'âge la plus représentée était de 21-35 ans avec 64.17%.

Notre résultat est inférieur à celui de MABOUNGA.R.A qui a trouvé dans sa série sur le Placenta prævia que la tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans avec 67.6 % des cas.

FOOTE [22] trouve que l'anomalie est deux fois plus fréquente après 29 ans. L'hématome rétro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN.M [36].

Les âges maternels extrêmes (15 ans et > 35 ans) constituent la période à risque de la rupture utérine selon KONE.F [24]

5-1-3 Gestité : Les multigestes représentaient 41,2 % de notre échantillon.

La multigestité a été citée comme facteur de risque du PP de l'H R P et de la RU par plusieurs auteurs [11, 6,20].

Notre étude est comparable à celle de COULIBALY.F [12] qui trouve que les multi gestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes.

5-1-4 Parité : Les paucipares et les multipares représentaient 53,7% de notre échantillon. Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [3] qui était de 76.11%.

Dans la plupart des études de par le monde, la fréquence de l'H R P, de la RU et du PP augmente avec la parité. BOOG.G [21] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge. FOOTE [22] note une fréquence quatre fois plus grande de PP parmi les multipares.

5-1-5 Antécédents obstétricaux :

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausse couche ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de PP, d'HRP et de RU [12,23, 3, 24, 25].

Notre étude a enregistré 10 cas d'utérus cicatriciel dus aux césariennes antérieures soit 9,8%. La cicatrice utérine laissée par la césarienne s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

Ce taux est comparable à ceux de KANE.F [3] et MABOUNGAR.A [25] qui étaient respectivement de 13.43% et 7.2%.

5-1-6 Mode d'admission

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre pose souvent des problèmes en périphérie. La fréquence des évacuations était assez élevée dans notre série 78 cas soit 76,5%. Notre taux est supérieur à celui de KANE.F [3] qui était de 58,20 %.

Ce taux élevé d'évacuation peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans un CS Réf qui recouvre 42 aires de santé dont 40 fonctionnelles.

5-1-7 Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au CS Réf :

Deux (2) de nos patientes, soit 2% ont passé plus de 24 heures avant leur admission au centre, pourtant ces deux parturientes ne résidaient pas loin du centre.

La sévérité du pronostic materno-fœtal des hémorragies pourrait s'expliquer aussi par le comportement de certaines gestantes ou parturientes. La

décision de venir consulter dans un centre ne provient pas seulement de la parturiente mais dépend également de certaines contingences sociales et économiques du milieu où elle vit.

5-2 ASPETS CLINIQUE :

5-2-1 L'état -général :

32,4% de nos patientes avaient un mauvais état général à leur admission.

Ce résultat Pourrait s'expliquer d'une part, par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part, par le retard accusé lors de la prise en charge.

5-2-2 Signes physiques

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic.

La métrorragie, considérée comme principal signe clinique était extériorisée chez 100% de nos patientes.

Ce résultat est inférieure à ceux obtenus par COULIBALY F. [12] et de GARBA. H respectivement 91,9% et 94.25% des cas.

5-2-3 Consultations prénatales

42 parturientes, soit 41,2%, n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par la méconnaissance de l'avantage des CPN.

5-2-4 Abondance du saignement

L'abondance du saignement était appréciée lors des examens cliniques mais non quantifiée.

Le saignement a été très abondant avec obnubilation et TA instable dans 2% des cas.

Selon BARBOTX.J [27], il y a risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 litre.

Souvent le volume de sang extériorisé ne reflète pas le volume de sang extravasé.

5-2-5 Age gestationnel

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

69,6 % de nos parturientes ont saigné entre 37 et 42 SA ; ceci s'explique par le fait que la plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse.

Dans la série de COULIBALY.F [12], 3.45% des cas ont saigné au deuxième trimestre, il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

5-2-6 Antécédent de saignement antérieur :

10,8% des parturientes ont déjà présenté un épisode de saignement soit au 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de leur grossesse ; ce taux est inférieur à celui de SEPOU.A [4] qui était de 20.5%.

Ces premières hémorragies posent souvent de nombreux problèmes obstétricaux parfois difficiles à résoudre.

Le pronostic périnatal dépend :

- De la précocité des 1^{ères} hémorragies.
- Des récurrences hémorragiques.
- De la quantité de sang perdu.
- De la prise en charge précoce et efficace de la mère et du nouveau né.

5-2-7 Bruit du cœur fœtal à l'admission

La présence ou l'absence des BDCF est souvent primordiale dans la prise de décision thérapeutique.

Dans notre série les BDCF n'ont pas été audibles dans 67 cas soit 65,7%. Cependant, leur absence ne saurait être assimilée à la mort du fœtus, car l'audition du BDCF dépend de plusieurs autres facteurs par exemple obésité, sur distension utérine.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y. F [12] qui était de 73.56%.

5-3 FACTEURS ETIOLOGIQUES :

Malgré la disponibilité des moyens de diagnostic, le diagnostic étiologique n'a pas pu être précisé dans certains cas.

5-3-1 Le placenta prævia (PP) :

Occupe la première place des causes des hémorragies dans notre série, soit 42,2% des cas.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer en partie par la multiplicité des facteurs de risque de PP.

Ce taux est comparable à ceux obtenus par KANE.F [3] et FOOTE [22] qui étaient respectivement de 43.28% et 36%.

HOHLFELD [28] a trouvé 20% de PP contre 3.7% par LANSAC.J [25] et 12 à 24 % par BARBOTX.J [27].

Le taux de fréquence du PP est de 1,69% des accouchements. Ce taux est conforme à la moyenne mondiale qui varie de 0.33 à 2.6% selon BOOG.G [21].

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% [8].

Dans notre série les grandes multipares dominant avec 100 %. Nous avons constaté que 90,9% des nouveau-nés ont eu un apgar ≥ 6 à la première minute et 81,84% d'entre eux sont nés par césarienne.

5-3-2 L'hématome retro-placentaire (HRP) :

Avec 36 cas sur 102 soit 35,3%, il occupe la deuxième place des étiologies dans notre étude.

Ce taux est comparable à ceux obtenus par KANE.F [3] et FOOTE [22] qui étaient respectivement de 35.82% et 37%. HOHLFELD [28] avait trouvé 30%

Cependant, ce taux est supérieur à ceux obtenus par BARBOTX .J [27] et LANSAC.J qui étaient respectivement de 15 à 16% et 7.4% des cas.

Cette différence entre les résultats de nos études pourrait s'expliquer en partie par la pratique de la prévention précoce de cette pathologie dans les pays développés.

L'HRP est la troisième pathologie des urgences obstétricales avec un taux de

6.25% [29].

5-3-3 La rupture utérine :

La rupture utérine occupe la 3^{ème} place avec 19 cas sur 102 soit 18,6%. Cette fréquence est supérieure à celle de KANE [3] dont l'étude a été réalisée en milieu hospitalier.

Elle est supérieure à la fréquence moyenne de 0.7 à 3,5% de BOOG.G [21]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la RU est devenue un phénomène rare sinon exceptionnel dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle reste encore très fréquente dans les pays pauvres où la couverture sanitaire est encore faible.

Urgence obstétricale des plus graves, sa fréquence est estimée à 1/1500 accouchements aux USA ; 1/6000 accouchements en EUROPE ; 1/52 accouchements en AFRIQUE SUBSAHARIENNE [18].

Au Mali, selon les résultats de l'étude réalisée en 1985 par DIAKITE .M [30], sa fréquence était de 1/194 accouchements.

Dans notre étude, sa fréquence est de 18,6% des accouchements contre 0,31 % de KANE.F [3]. SAMAKE [31] a trouvé 0,68 %.

La RU représente la 2^{ème} pathologie des urgences obstétricales, avec un taux de 8,75 % [29].

5-3-4 Placenta prævia associé à l'hématome retro placentaire :

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [7, 21, 32, 33, 23, 3, 24].

Dans notre étude, il a été trouvé 4 cas sur 102, soit 3,9%. Cette fréquence est comparable à celles obtenues par de BAGAYOKO.S [7] et de GARBA.H [33], qui sont respectivement de 4,84 %; 4,20%.

5-4 Hypertension gravidique et HRP :

Dans notre étude, H R P est associé à une affection hypertensive dans 25,4% des cas.

Ce résultat est comparable à ceux de GARBA. H [33] et de COULIBAL Y. F [12] qui étaient respectivement de 20 % et 26 %. Il est aussi supérieur à celui de KANE. F [3] qui était de 37,50 %.

5-5 ATTITUDE THERAPEUTIQUE

5-5-1 Mode d'accouchement

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

Face à cette urgence obstétricale, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauver la mère et l'enfant. La césarienne a été pratiquée dans 87,3% des cas.

La césarienne a été la principale indication thérapeutique face aux étiologies de ces hémorragies. BOOG.G [21] indique dans le traitement du placenta prævia, 25 - 96,5% de césarienne. COULIBAL Y.F [12] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevées

5-5-2 Traitement médical

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie, soluté (ringer), transfusion sanguine) et le traitement symptomatique (antalgiques, antihypertenseurs, ocytociques).

11,76 % de nos parturientes ont été transfusées; le nombre d'unité de sang (poche de sang de 500ml) variant de 1 à 5.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y.F [12] (52,87%). Cette différence pourrait s'expliquer qu'à l'hôpital du Point G, les parturientes étaient reçues dans un tableau très compliqué car la plupart des cas étaient des évacuées des CS Réf.

5-6 PRONOSTIC MATERNO-FOETAL:

5-6-1 Pronostic maternel:

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité et à la durée de l'hémorragie ; Ce pronostic est d'autant meilleur lorsque le diagnostic a été précoce, la prise en charge rapide et efficace.

5-6-1-1 La mortalité

La mortalité maternelle demeure encore un problème préoccupant dans les pays en développement.

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisants et aggravants [34].

Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence – évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CS Réf et leur gratuité, le renforcement des centres de santé.

Il a été déploré deux (2) cas de décès maternel, soit 18,2 % : une, suite à une coagulopathie chez une parturiente référée pour HRP et le second, suite à un PP recouvrant.

5-6-1-2 La morbidité

Elle demeure encore élevée même dans les pays développés.

L'anémie, les accidents transfusionnels, les longs séjours d'hospitalisation et les manœuvres obstétricales intempestives favorisent les accidents infectieux et thromboemboliques (surtout après une césarienne). A ceux-ci, s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psychosociales dans une société où la stabilité du foyer repose en grande partie sur la fécondité de la femme.

91,1% de nos parturientes ont eu une durée de séjour au CS Réf supérieure à 4 jours.

5-6-2 Pronostic fœtal :

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

5-6-2-1 La mortalité : Selon N'DIAYE.M [15], le PP et l'HRP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in utero.

Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort fœtale [35]. Dans notre étude, on a eu 19 cas de décès fœtaux par suite de rupture utérine soit 18,6%.

5-6-2-2 La morbidité : En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés de petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante.

Le PP et l' HRP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine **[19]**.

6- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

6-1 CONCLUSION :

Du 1^{er} aout 2008 au 31 juillet 2009, notre étude a porté sur 102 femmes présentant une hémorragie au cours du dernier trimestre de la grossesse.

La tranche d'âge 19-35 ans était la plus touchée avec 51% ; les paucipares et les multipares représentaient 53,7% des patientes ; 76,5% étaient évacuées des maternités périphériques.

Les étiologies étaient dominées par le PP avec 42,2%, l'HRP avec 35,3%, la R U avec 18,6 %, PP+HRP avec 3.9%.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 87,3%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (0,01% de décès maternel), par contre le pronostic foetal demeure préoccupant (60,8% de décès périnataux).

6-2 : RECOMMANDATIONS

Pour réduire la fréquence des accidents hémorragiques et améliorer le pronostic materno-foetal, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux gestantes :**

- Consulter très tôt un centre de santé dès la constatation d'une aménorrhée ;

- Se présenter dans un centre de santé pour le suivi de la Grossesse à travers les Consultations prénatales.

- Consulter immédiatement un centre de santé dès le début des hémorragies, si minimales soient elles.

- **A la population générale :**

- Prendre conscience que la grossesse n'est pas seulement l'affaire de la seule parturiente. La grossesse doit attirer l'attention particulière du ménage et de la communauté.

- Conseiller les parturientes à fréquenter précocement les structures de santé.

- Participer au don volontaire de sang organisé par la Banque de Sang.

- **Aux prestataires :**

- Effectuer des C P N de qualité (Accueil correct, examen gynéco-obstétrical, réalisation du bilan prénatal).
- utiliser le partogramme pour la surveillance des accouchements.
- Référer ou évacuer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, HTA, diabète, cicatrice utérine, grossesse multiple) vers les centres de santé de référence et dans 'les conditions de transfert optimales (voie veineuse, fiche d'évacuation).
- Organiser les audits internes dans les services (décès maternel, décès néonataux etc.).

- **Aux décideurs**

- Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire ;
- Assurer la formation continue du personnel de santé à tous les niveaux ;
- Rendre plus fonctionnels les centres de santé de référence en les dotant d'équipements médico-chirurgicaux et de médicaments indispensables à la prise en charge des malades.
- Elaborer une politique de communication et son plan de diffusion afin de modifier les comportements des populations en faveur de la prévention et la lutte contre la mortalité.

BIBLIOGRAPHIE :

1- KANTE. F :

Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point G : à propos de 723 cas. Thèse de méd. Bamako 1997.97-M-24

2- KONE .A :

Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2000. 00-M-2

3- KANE .F :

Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse méd. Bamako 1998 (56).

4- SEPOU A, NGUEMBI E et Coll :

Les Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. Af. Noire ; SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185 189,

5- LANSAC J et Coli :

Obstétrique pour le praticien, 2^e éd. Paris ; SIMEP ; 1990. N°7227, 7226, 413 p

6- LUTON D, SIBONY O. :

Gynécologie obstétrique collection Internat (préparation au concours). 1997.

7. BAGA YOKO .S :

Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 62 cas. Thèse méd. BAMAKO 2002.

8- MABOUNGA.R.A :

Placenta prævia hémorragique : aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 334 cas. Thèse méd. BAMAKO 2003. 03-M-42

9- KAMIMA .P :

Anatomie gynécologique et obstétricale Paris ; Maloine ; 1984.

10- POLICARD A :

Précis d'histologie physiologique, 4eme éd 1985.

11- COLLETTE. C :

Le placenta bas inséré (prævia).[en ligne]. <www.femiweb.com>.consulté le 02/12/02.

12- COULIBAL Y. F :

Hématome rétro placentaire : Facteurs de risque, pronostic materno-foetal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. thèse méd. Bamako 2001. 01-M-99

13-FAKO.P.J :

Les ruptures utérines au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : Les facteurs qui influencent le pronostic materno-foetal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse méd. Bamako 2002 (34).02-M-34

14- LUTON D, SIBONY O :

Gynécologie obstétrique collection Internat (préparation au concours). 1997

15- PITTION S, REFAHI N, BARJOT P :

Rupture spontanée de varices utérines' au 3eme trimestre de la grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; FRA ; DA. 2000 ; vol.29 ; 8 ; 801-802.

16- GILLARD P, BATAILLE B et Coll.

Maladie de rendu Osier - Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse : A propos d'un cas. Journal Gynéco obstétrique et biologie de la reproduction ; 1996.

17- LANSAC J et COLI :

Obstétrique pour le praticien 2^{ème} éd. Paris ; SIMEP ; N 7227 ; 7226,413p

18- SIDIBE .A.K :

L'anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré, Thèse Méd. Bamako 1991(16).

19-DIAKITE .A.Z:

Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C HU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 00-M-75.

20-OUATTARA.M :

Hématome rétro placentaire : Aspects épidémiologique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V. Thèse méd. Bamako 2000.

21- BOOG. G

Placenta prævia. Encycl-Med-Chir (Elsevier, PARIS), obstétrique, 5-069-A-10, 1996, 21P.

22- FOOTE (W.R) et FRASER (W.O) :

Placenta prævia - Amer. J. OBSTET. GYNEC ; JUILLET. 1960, 80 ; 10-16.

23- HODONOU .E.K :

Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar. Thèse méd. Dakar 1968.

24- KONE .F :

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

25-MABOUNGA .R.A :

Placenta praevia hémorragique : aspect épidémiologique-clinique au centre de santé de la commune v du district de Bamako à propos de 334 cas. Thèse méd 2003. 03-M-42

26- UZAN M, HADDAD B et UZAN S:

Hématome rétro placentaire. Encycl. Med-Chir (Elsevier, Paris) obstétrique, 5071-A-JO, 1995,8p.

27-BARBOT X J, BARDIAUX M, CRIMAIL P, DEUIL J, DUBUISSON JB, SANTARELLI J :

Santé -Médecine -biologie humaine. Gynécologie - Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique 11 (1986-1987).

28 - HOHLFELD P, MARTY F :

Le livre de l'interne en obstétrique, 2e édition.1999.

29- OICKO .S :

Etude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes à propos de 160 cas. Thèse méd. Bamako 2001.

30- DIAKITE .M :

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse méd, Bamako 1985. 95-M-10

31-SAMAKE.Y :

Approche épidémiologique-clinique des urgences gynéco obstétricales à l'hôpital Régional NIANANKORO FOMBA de Ségou. Thèse Méd. Bamako 2002.

32- CACAUL T JA, LALANDE J, MARIE J :

L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. Paris ; Maloine ; 1982 ; 120 P, 26cm.

33- GARBA.H :

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse de Med. Bamako 1988.88-M-01

34- MORTALITE Maternelle :

Les sages-femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes- LONDON : CISF, 1990 - 66p - 7617.

35- N'DIAYE.M :

La mort fœtale in utero à la maternité RENEE CISSE d'hamdalaye : Les aspects clinique, épidémiologique et prise en charge. Thèse Méd. BAMAKO 2003.

36-KONE M et DIARRA S :

Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). Obstétrique, 5-080-A-1 0-1995, 7p

A N N E X E S :

1 . F I C H E D ' E N Q U E T E

Dossier N° :

Date :.....

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom :.....Prénom :.....

Age :.....Profession:.....

Statut Matrimonial : Marié Célibataire Veuve Autres

Poids..... Taille :.....

Nom et Profession du Mari :.....

II-MOTIF DE LA CONSULTATION :.....

Date d'entrée :.....

Référée : Oui Non

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

Personnalité :.....

Distance parcourue (Km) :.....

Moyen de transports : taxi Ambulance Véhicule Autres

Transport médicalisé : Oui Non

III - LES ANTECEDENTS :

MEDICAUX

HTA : Oui Non Diabète : Oui Non
Néphropathie : Oui Non Autres (à préciser).....

CHIRURGICAUX

Césarienne : Oui Non
Si oui 1er 2^{ème} 3^{ème} Itérative
Hystérorraphie Curetage Myomectomie
AMIU Hernie Appendicectomie Occlusion

GYNECOLOGIQUES

Menarche.....Caractère du Cycle : Régulier Irrégulier
Durée des règles :Dysménorrhée Leucorrhée Prurit
Myomectomie Hystérectomie Chirurgie Tubaire

Obstétricaux

Gestité Parité Gémellité : Oui Non
Nombre de Césarienne Accouchement instrumenté : Oui Non

Si oui : Forceps Ventouse Autres.....

PP : Oui Non HRP : Oui Non

RU : Oui Non Avortement : Précoce Tardif

VI – Grossesse Actuelle :

Age de la grossesse (SA)..... Nombre de CPN

❖ Evènements survenus au cours de la grossesse

HTA : Oui Non Oedème : Oui Non

Diabète : Oui Non Protéinurie : Oui Non

Saignements antérieurs : Oui Non Si Oui, préciser : 1er trimestre
2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre 1^{er} et 2^e trimestre 1^{er} et 3^{ème}
trimestre

2^{ème} et 3^{ème} trimestre . Saignement Spontané Saignement
au contact

Présence de douleur : Oui Non . MAP MA tardif

❖ Evènement ayant nécessité une hospitalisation : Oui Non

Si oui, Motif :.....

VII- EXAMEN DE LA PATIENTE A L'ADMISSION

Etat général : Bon Mauvais TA..... Choc

Conjonctives : Colorées pâles Etat du Col.....

Dilatation du Col..... Phase de latence Phase active
Phase d'expulsion

Etat du bassin : Normal Limite Rétréci

Présentation : Céphalique Transversale Siège

BDCF : Présents Absents Si Présents : Bradycardie
Normal Tachycardie

VIII- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A l'arrivé : Groupe Rhésus : Oui Non

Taux d'Hb / Hte : Oui Non

Groupe Rhésus demandé : Oui Non

Hb /Hte demandé : Oui Non

Echographie Obstétricale : Oui Non Si oui,

Terme de la Grossesse (SA..... Si Echographie demandé pendant la grossesse : Placenta bien inséré :

Oui Non

Décollement : Oui Non Autres :....

IX- MODE D'ACCOUCHEMENT :

VB Césarienne Forceps Ventouse

Si VB : Durée de travail.....

Si Césarienne : Indication :.....

Si Forceps : Indication :

Si Ventouse : Indication :

X- Diagnostic Retenu :

PP : Marginal Latéral Central Recouvrant
Non Recouvrant

HRP : Oui Non . Surface de décollement :

1/3 du placenta

½ du placenta

Total du placenta

Poids du Caillots en (g).....

RU : Oui Non Autre (à préciser).....

Délai de prise de décision :

1^{er} délai : du CSCOM au CSREF :

2^{ème} délai : de l'arrivée à la prise de décision :

Délai total : 1^{er} et 2^{ème} délai :

XI- ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

- Repos au lit : Oui Non

- Rupture de la PDE : Oui Non

- Césarienne : Oui Non

- Hystérectomie d'hémostase : Oui Non

- Autres (à préciser).....

XII- PRONOSTIC FOETAL :

Enfant vivant : Oui Non Réanimé Non Réanimé

Apgar : 1^{ère} minute.....5^{ème} minute.....10^{ème} minute.....

Poids :..... Taille..... Evacuer à la pédiatrie (J)....

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

Enfant mort in utero : Oui Non Frais Macéré

Autres (à Préciser).....

XIII- PRONOSTIC MATERNEL :

Vivant Décédé . Si décédé, précisé :

A l'admission Pendant le travail Immédiatement

Hospitalisation : Oui Non

Si Oui, durée de l'hospitalisation :.....

Complication survenue au cours de l'hospitalisation :

Choc hypovolémique Infection :
précisée.....

Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de Koutiala

Phlébite Embolie pulmonaire CIVD

Décès Pendant l'hospitalisation : Oui Non

Circonstance de décès

Etat satisfaisant : Oui Non

Pronostic maternel :.....

Autres (à préciser) :.....

2 . F I C H E S I G N A L I T I Q U E

Nom : SANOGO

Prénom : BOUBACAR

Titre de la thèse : Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de Koutiala.

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malienne

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

3 . R E S U M E

Il s'agit d'une étude longitudinale portant sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CS Réf de Koutiala. Sur une période de 12 mois (Aout 2008 à Juillet 2009) nous avons recensé 102 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre sur un total de 1356 accouchements soit une fréquence de 7,5 %.

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

Les principales étiologies incriminées ont été le placenta prævia avec 42,2% des cas; l'hématome retro placentaire avec 35,3% ; la rupture utérine avec 18,6%; HRP+PP avec 3,9%.

Ces hémorragies étaient pour la plupart évitables par la recherche et la prise en charge des facteurs de risque au cours des CPN.

41,2 % des parturientes n'ont fait aucune consultation prénatale.

69,6% des patientes ont saigné entre 35 et 42 SA.

La césarienne a été pratiquée dans 87,3% des cas, et 12,7% d'accouchements par la voie basse.

La mortalité maternelle est faible (0,01 %) mais la morbidité reste grande.

Nous avons déploré 10,7% de complications (coagulopathie 2 cas, choc hypovolémique 2 cas, infections 3 cas, hémorragie de la délivrance 2 cas et 2 cas de décès).

La morbidité et la mortalité foetales sont importantes, liées à la pathologie ou à la prématurité induite.

Mots clés :

Grossesse, hémorragie, pronostics.

3^{ème} trimestre, étiologies, traitement et pronostic.

4 . S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

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 partie politique 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 couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure.