

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

RÉpublique du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009



**HEMMORAGIE DU POST PARTUM AU
CSREF COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO
FEVRIER 2007 à JANVIER 2008**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Monsieur Ousseyni MEMINTA

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur DIAKITE Salif

MEMBRE :

Docteur Sylvain KEITA

CO-DIRECTEUR

Docteur Boubacar TRAORE

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Moustapha TOURE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Dieu :

Le clément, le tout miséricordieux, seigneur des mondes, que ton salut soit sur le prophète Mohamed, le dernier des messagers ainsi que sur sa famille honorable et pure et ses compagnons nobles et élus. Ce travail est le tien. Tu as guidé et surveillé mes pas jusqu'à ce jour, je n'avais aucune idée de ce garçon que je suis devenu aujourd'hui, quand j'allais à l'école pour la première fois. Toi, tu le savais, car tu m'as déjà tracé un chemin que je ne fais qu'emprunter tout le long de mon existence. Merci de m'avoir maintenu en bonne santé et de m'avoir permis d'achever cet œuvre.

A mes parents :

A mon père : Feu Ibrahima Meminta

O ! mort cruelle, qui nous a arraché si prématurément un être bon, qui a le sens du savoir être et du savoir faire et plein d'enthousiasme.

Papa, ta bonté, ta profonde humilité et ton amour pour autrui font de toi cet homme respecté que j'admire tant et tellement.

Trouve en ce travail une ébauche à toutes tes aspirations.

Tu nous as appris le sens de la fierté et de la dignité en toute circonstance mais aussi et surtout le respect de son prochain.

Comme on ne saurait jamais remercier assez un père, je préfère prier pour toi.
Ce travail est le tien Papa.
Dort en paix cher père. Amen !

A ma mère Namaye Labita :

Maman, ton sourire et tes conseils m'ont accompagné et encouragé tout le long de mes études. Dans les moments les plus difficiles, il me suffisait de fermer les yeux pour me sentir à côté de cette femme patiente, si énergique au sourire et au cœur d'ange.

Le profond amour que tu prodigues à tes enfants, tes privations font de ce travail avant tout le tien. Infatigable, tu t'es toujours sacrifiée pour leur réussite. La jeune pousse que tu as aimée, protégée des intempéries de la nature est devenue maintenant un arbre bien solide.

Que Dieu te bénisse et te garde encore plus longtemps en bonne santé parmi nous afin que tu puisses te reposer et profiter de son ombrage.

Le sens des mots ne saurai jamais traduire combien je t'aime.

Maman trouve en ce travail une introduction du résultat des efforts et de tous les sacrifices que tu as pus consentir pour moi.

Ce travail est le tien.

Chers parents : Sachez que je suis fier d'être votre enfant, je suis fier de vous et j'espère que vous serez un jour fier de votre fils.

A mes frères et sœurs : Amadou, Abdoulaye, Abdramane, Basidiki, Kadiatou, Bintou.

L'affection et la confiance mutuelle qui ont toujours existées entre nous m'ont donné foi pour achever ce travail qui est avant tout le votre. Puissent ces

sentiments nous maintenir aussi unis que les chevaux d'un attelage afin que nous menions à bien le chariot de nos vies. Bon courage et surtout ne baisser jamais les bras devant les difficultés de la vie. Avec ma tendresse infinie.

A ma femme Sanata Diakité

Je souris encore rien qu'en pensant à tous les moments formidables que tu m'as fait passer. Ta sympathie et ta sagesse de la vie furent une expérience pour moi. Tu m'as toujours soutenu, que notre union se resserre davantage, restons unis et solidaire pour honorer nos Papas et nos Mamans, bâtir un avenir sûr pour nos enfants.

Sache que les mots expriment souvent bien peu de ce qu'il y a au fond de nous.

A Mon fils Ibrahima Meminta

Tu es le plus grand cadeau que Dieu m'a offert. A Travers ce travail tu dois être fier de ton père.

Remerciements

A DIEU, le tout puissant, le clément, le très miséricordieux, je te rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et les potentialités nécessaires d'accomplir cet œuvre selon ta volonté. Puisse Dieu continuer à m'assister.

ALLAH

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-moi, Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

Il me tient aussi, à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de près ou de loin ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail. Cependant je ne saurai jamais énumérer de façon exhaustive les parents, amis, collaborateurs, et maitres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels, et scientifiques tout au long de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude !

Je voudrais remercier les honorables membres du jury : Pr Salif Diakité, Dr TOURE Moustaphe, Dr TRAORE Boubacar, Dr KEITA Sylvain Balla pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CS Réf CVI et notamment :

A Dr KEITA Sylvain Balla : Merci du plus profond de mon cœur pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée, dans tous les domaines et sans restriction. Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de Maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

Votre simplicité, votre esprit d'équipe et votre disponibilité constante à aider ceux qui en ont besoin, font de vous un scientifique et un pédagogue admirable, puisse Dieu vous donner longue vie pleine de bonheur. Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.

Je voudrais remercier **Dr TRAORE Boubacar**, d'avoir dirigé ce travail. Merci pour la confiance et la grande liberté d'action que vous m'avez accordées. Votre encadrement responsabilisant m'a permis d'acquérir indépendance et confiance en moi. Votre façon originale d'aborder les questions scientifiques m'a beaucoup appris. Merci pour m'avoir permis de m'initier aux différentes techniques de la gynécologie obstétrique. Je crois qu'avoir décidé de faire ma thèse sous votre responsabilité a été l'un des choix les plus judicieux de mes études. Acceptez ici mes reconnaissances intarissables

A Dr Diassana Mama :

Cher aîné et cher ami, votre courage, votre sympathie, votre sagesse furent une expérience pour moi. Les mots me manquent pour te remercier. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et particulièrement pour la réussite de ce travail. Tu es plus qu'un ami ,je te considère comme un frere .

A mes autres maitres et aînés du CS Réf CVI :

Dr Traoré Aminata, Dr synayogo Kadiatou, Dr Diallo Mamadou, Dr Coulibaly Sidiki, Dr Mama Sy, Dr Coulibaly Pierre, Dr Coulibaly Youma, Dr Ballo Mamadou, Dr Diassana Mama, Dr Coulibaly Abdoulaye, Dr Cisse Seybou, Dr Dicko Abachare, Dr Sangaré Boubacar, Dr Sidibé Seydou, Dr Diassana Boubacar, Dr karembe Sékou, Dr Diancoumba Mariam, Dr Karembeli Pierre, Dr Touré Mountaga, Dr Angoiba Abdouramane, Dr Tembely Mamadou, Dr Dembélé Lamine,Dr kané Mountaga, Dr sanogo Souleymane, Dr sidiki sanogo, Dr sanogo Moussa, Dr Bagayoko Yacouba,Dr Camara Doussouba,Dr Babou Traoré.

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A tous les internes du CS Réf CVI :

Camara Lamine, Sogoba Robert, Kamissoko Salif, Traore Drissa, Doumbia Fatoumata, Sangare Sékou, Samake Daouda , Dembélé Assan, Mariko Oumar, Sidibé Souleymane, Traoré Dramane, Fofana Chieck, Diakité Lamine.

Bonne carrière professionnelle à tous.

A mes maitres : Dr Koné Diakaridia, Dr Fané Seydou, Dr Keita Mamadou.

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes oncles veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes tantes soyez rassurées de ma respectueuse reconnaissance.

A la mémoire de mes grands parents :

J'espère avoir été à la hauteur de vos espérances.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

- ❖ **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S)**
- ❖ **Gynécologue accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur TOURE Moustapha

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du CSREF CIV
- Maître Assistant à la FMPOS
- Chevalier de l'ordre national du Mali

Honorable maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre simplicité, et la qualité de votre enseignement font de vous un homme humble et modeste.

Recevez à travers ce travail l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE Boubacar

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du CSREF CVI
- Trésorier Général de la SOMAGO

Cher maitre, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A votre coté nous avons aimé encore plus la gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans cesse font de vous un maitre admirable.

Vous êtes pour nous plus qu'un maitre mais un père.

Nous vous prions de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur KEITA Sylvain Balla

- Epidémiologiste
- M D M S C en épidémiologie
- D I U Epivac
- Médecin au CSREF CVI

Cher maitre, nous vous remercions pour votre temps et votre patience dans la lecture de cette thèse.

Votre disponibilité, votre savoir faire, la qualité de votre enseignement et votre caractère social font de vous un exemple. Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Recevez à travers ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

Sommaire

Abréviation	PAGE 16
I-Introduction	PAGE 18
II-Problématique	PAGE 20
III-Objectifs	PAGE 22
IV-Généralités	PAGE 24
V-Méthodologie	PAGE 40
VI-Résultats	PAGE 48
VII-Commentaires et discussion	PAGE 63
VIII-Conclusion	PAGE 74
IX- Recommandations	PAGE 76
X- Références	PAGE 78
XI-Annexes	PAGE 82

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ATCD	: Antecedant
BDCF	: Bruit du cœur foetal
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIVD	: coagulation intra vasculaire disséminée
CPN	: Consultation Prénatale
CPON	: consultation post natale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSREF CVI	: centre de santé de référence de la commune VI
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HPP	: hémorragie du post partum
HRP	: Hématome Retro Placentaire
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto Rhino Laryngologie
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
SA	: Semaine d'Aménorrhée
TA	: Tension Artérielle

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches. La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leurs filles est enceinte [1]. « La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel ». Cette assertion soutenue par RIVIERE [2] reste encore valable de nos jours. Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse.

Selon l'OMS sur 585000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesses et de l'accouchement, un quart succombe par hémorragie du post-partum [3]. Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : anémie, accident et complication de transfusion sanguine, choc hémodynamique, insuffisance rénale et hépatique, hystérectomie d'hémostase et coagulopathie, imposent de les dépister et d'en apprécier la gravité, de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement [4].

Les stratégies de prévention sont traditionnellement axées sur la période antépartale. Ainsi pour les prévenir, il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue d'hémorragie et de reconnaître un terrain prédisposant (les facteurs de risque). Cependant une analyse récente a conclu que le post-partum constitue aussi un moment critique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

PROBLEMATIQUE

II – PROBLEMATIQUE :

Plus de 60% des décès maternels surviennent pendant le post-partum a rapporté l'analyse de 9 études publiées depuis 1985 [5].

En France une étude récente révèle que les hémorragies du post-partum constituent la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie fréquemment en association avec la césarienne et les troubles de la coagulation constitue les principales causes de décès maternel dans les pays développés [6]. Dans les pays en voie de développement, 125000 décès maternels sont enregistrés chaque année par hémorragie du post-partum. Au Zaïre et au Nigeria sur une étude territoriale, 5% des femmes non suivies pendant la grossesse développent une hémorragie du post-partum avec un taux de décès de 6,9 % [7]. Au Nigeria 1,62% de femmes décèdent d'hémorragie de la délivrance malgré les efforts remarquables en obstétrique, en réanimation et la connaissance de plus en plus approfondie des troubles d'hémostase [8]. Ce taux est loin de ceux retrouvés au Cuba où il a été de 31,7/100000 naissances en 1960 à 18/100000 naissances en 1982 [9]. Cette variation entre 1960 et 1982 témoigne de l'instauration d'une politique de soins prénatal. Au Mali, en 1989 selon DIALLO.B [10], le taux d'hémorragie du post-partum immédiat est de 2,7%. Ce taux particulièrement élevé est dû à la faiblesse de la couverture sanitaire dans certaines localités, au manque de personnel qualifié, et l'existence de certaines traditions encore en vigueur dans notre société.

Face à cette situation nous nous sommes posé certaines questions :

Quelle serait la fréquence des hémorragies du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008 ?

Quel serait le pronostic réservé à ces parturientes reçues dans un tableau d'hémorragie du post partum ?

C'est dans le but de répondre à toutes ces questions que nous avons initié ce travail afin de dégager les axes prioritaires de prévention, de prise en charge des hémorragies du post-partum dans notre service.

OBJECTIFS

III. OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier les hémorragies du post-partum dans le service gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI du district de Bamako de Février 2007 à Janvier 2008.

2-Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008 ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes vues dans un tableau d'hémorragie du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008;
- Décrire les caractéristiques cliniques des patientes vues dans un tableau d'hémorragie du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008;
- Décrire le pronostic maternel des hémorragies du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008.

GENERALITES

IV- GENERALITES :

A – DEFINITIONS :

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

- Le concept de Merger R [11], selon lequel les hémorragies du post- partum ou hémorragies des suites de couches sont des hémorragies qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches, et doivent être exclues de ce cadre des hémorragies dues aux tumeurs gynécologiques.

- Le concept anglo-saxon, selon lequel l'hémorragie primaire du post-partum est traditionnellement défini comme une perte de plus de 500 ml de sang après accouchement par voie basse et dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital. Si la perte survient entre 24 heures et 42 jours après l'accouchement elle est définie comme hémorragie secondaire du post- partum [12]. Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature. Les causes du saignement et la présentation clinique sont pourtant bien différents entre les situations. Les hémorragies tardives ont notamment fait l'objet de peu de publications, peut être parce qu'elles sont associées à une morbidité maternelle plus qu'à un risque vital [13].

Selon l'American Collège of Obstetricians and Gyneacologist [14], les hémorragies du post- partum se définissent comme saignement responsable d'une chute de plus 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation.

Nous avons considéré dans notre service, comme hémorragie du post-partum, toutes les hémorragies qui surviennent immédiatement après accouchement et dans les 42 jours du post-partum. Notre définition rejoint le concept anglo-saxon.

B - RAPPELS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT :

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

1- Phénomènes dynamiques :

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

- Au potentiel de repos de la membrane,
 - Au rôle de l'environnement hormonal : les oestrogènes augmentent le potentiel de membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyperpolarisant.
- Les contractions ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes:

Première période : (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare.

Deuxième période : (expulsion du fœtus) commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à la naissance du fœtus et dure en moyenne 30 mn chez la primipare, 5 à 20 mn chez la multipare.

Troisième période : (délivrance) elle va de la naissance du fœtus à l'expulsion du placenta et dure 5 à 45 mn.

Autrefois c'était la délivrance naturelle qui était pratiquée, mais aujourd'hui on pratique la G.A.T.P.A. (Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement.) : elle consiste à l'administration de l'oxytocine immédiatement après la sortie du nouveau-né. Ce geste permet de prévenir l'hémorragie de la délivrance.

2- Phénomènes mécaniques de l'accouchement :

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

- **L'engagement** : comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail.

L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.

- **La descente et la rotation intra pelvienne** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation poursuit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéropostérieur de la fente centrale urogénitale.

- **Le dégage**ment : Il peut se faire en occipito-pubien ou en occipito-sacré . Le degagement en occipito-sacré est moins fréquent et son pronostic est moins bon que le degagement en occipito-pubien .

C- ETIOPATHOGENIE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM

Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum incluent : l'obésité maternelle, le gros fœtus, les hémorragies anté-partums (l'hématome rétroplacentaire, placenta praevia), et la grossesse gémellaire. L'âge maternel, la césarienne augmentent de façon substantielle le risque des hémorragies du post-partum. Ces hémorragies sont généralement séparées en deux catégories :

-**les hémorragies aiguës** : qui surviennent dans les 24 heures de l'accouchement et qui sont dues principalement à l'hémorragie de la délivrance et le traumatisme de la filière génitale.

-**les hémorragies retardées** : survenant entre le 1er jour et 42ème jour après l'accouchement, partagent les mêmes causes que les hémorragies aiguës. Elles sont liées aux infections, ou à une involution anormale du site placentaire [15].

1- Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique elle doit réunir quatre conditions [16]:

- une dynamique utérine correcte,
- un placenta normalement insérer et non adhérent,

- une vacuité utérine totale,
- une coagulation sanguine normale.

1-1- Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :

Deux grands processus nous enseignent la genèse des hémorragies de la délivrance.

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

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions utérines reprennent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta plus précisément la caduque basale se décolle du myomètre (suivant un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines. Anormalement une portion seulement plus ou moins grande du placenta se décolle du myomètre. La partie non décollée fixe l'organe au myomètre, alors il reste entièrement dans l'utérus qui ne se contracte, ni se rétracte. Les vaisseaux sanguins de la partie décollée restent béants et le sang s'en écoule.

1-1-2- L'atonie utérine :

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

1-2- Etiologies :

1-2-1- Rétention placentaire :

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

Les troubles de la dynamique utérine favorisent :

- ◆ Décollement incomplet du placenta [17] qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée.

◆ Rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance du saignement externe malgré une apparente rétraction utérine. Ces anomalies placentaires peuvent être dues :

Soit a des anomalies topographiques qui sont :

- insertion segmentaire du placenta,
- Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchâtonnement du placenta et l'empêche d'être expulsé,
- Anomalies de conformation du placenta : dues à l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.

Soit aux masses aberrantes (placenta succenturé) qui peuvent engendrer une rétention partielle.

Les anomalies d'insertion placentaire sont des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse et les anomalies d'adhérence qui sont :

- Placenta accreta (les villosités atteignant la musculature utérine),
- Placenta increta, villosité placentaire pénétrant l'épaisseur du myomètre,
- Placenta percreta [18] villosité dépassant le myomètre jusqu'à la séreuse,

Les causes de ces anomalies sont multiples, il peut s'agir soit de l'insertion basse du placenta (absence de couche spongieuse) qui est à l'origine du placenta praevia, soit de muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique), soit d'endométriose utérine (adénomyose), ou de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéro plastie, hypoplasie de la muqueuse utérine). Il est suspecté dès que l'on ne retrouve pas le plan de clivage net entre le placenta et le mur utérin.

1-2-2- Les anomalies de la contraction utérine :

Elles peuvent tenir à :

a-L'atonie utérine : elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse. Représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance. Les facteurs de risque sont les suivants [19] :

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum,
- la surdistention utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiples,
- la grande multiparité,
- l'utérus polomyomateux,
- les chorioamniotites,
- un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne un épuisement de l'utérus,
- les dystocies dynamiques.

b-L'hypertonie localisée de l'utérus :

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

1-2-3- Les causes iatrogènes :

Elles sont les causes les plus fréquentes, il peut s'agir :

- **Interférences médicamenteuses :**

- les anesthésiques volatils, halogénés (halothane) [20] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration. L'atonie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue.
- les tocolytiques : les bêta mimétiques.
- les antispasmodiques (N butylhyocine ; Phloroglucinol),
- l'anesthésie péridurale,
- arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail.

2- Troubles de la coagulation :

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

- la mort foetale in utero (avec rétention prolongée d'oeuf mort),
- le décollement de placenta normalement inséré
- la toxémie gravidique,
- l'embolie amniotique,
- l'hépatite virale compliquée,
- Septicémies.

La coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) : elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Elle est l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ceci entraîne une agrégation plaquettaire et la formation de monomère de fibrines, qui polymérisent en fibrines intra-vasculaires. La formation des micros thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micros thrombus et de la fibrine intra-vasculaire libère les produits de dégradation de la fibrine dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique, de l'infection utérine, dans la pré éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteurs de coagulation et plaquettes circulant. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire [21].

3- INVERSION UTERINE :

Cet accident a presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100000 en France).

Classification : on décrit quatre degrés :

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

4- LES LESIONS GENITALES :

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

4-1- Les déchirures cervicales :

Ils existent sous deux ordres :

-Déchirures sous vaginales : N'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère, et siègent dans les culs-de-sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [22].

-Déchirures sus vaginales : La déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine ; la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés. Le risque immédiat est le choc avec hématome sous péritonéale et les coagulations intra-vasculaires. Déchirure du col propagée au segment inférieur [11]. A distance il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

Etiologies :

- les efforts expulsifs avant dilatation complète [16],
- les manoeuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),

- les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine,
- les altérations antérieures à la grossesse,
- thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, chirurgie du col).

4-2- Les lésions vaginales :

Il existe trois grandes formes :

- **Déchirure de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur):** associée parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [7].
- **Déchirures moyennes du vagin :** plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fond du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.
- **Déchirures de la partie profonde du dôme vaginal (déchirure haute) :** isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associés à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la complication principale est l'hématome sous péritonéal avec CIVD et choc.

Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

Mécanismes et circonstances de survenue :

- La prédisposition maternelle :** (primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques)
- Le mobil foetal :** peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ces dimensions, par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en occipito-sacré, tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).
- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux :** accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manoeuvres obstétricales (version, grande extraction, manoeuvre de Mauriceau, forceps).

4-3- Les thrombus vulvo-vaginaux :

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des « tumeurs » qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couches et il conseille l'application de vinaigre [23]. Il existe trois types:

-L'hématome vulvo-vaginal : n'intéresse que la vulve, les tissus para vaginaux, le périnée et les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.

-L'hématome vaginal proprement dit : limité aux tissus para vaginaux et n'est pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.

-L'hématome pelvi-abdominal ou supra vaginal ou subpéritonéal: l'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région retro-péritonéale ou intra ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

Facteurs de risque : l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que:

- la primiparité,
- les extractions instrumentales (forceps),
- la toxémie gravidique,
- les grossesses multiples,
- les varices vulvo-vaginales,
- le gros fœtus, etc...

Sont les principaux facteurs de risque

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

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

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

4-5- Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

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

4-6- Déchirures vulvaires :

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

4-7- Déchirures périnéales :

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence des déchirures complètes du périnée était estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1981 [24].

4-7-1-Classification :

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

- Déchirure du premier degré = Déchirure périnéale simple ou incomplète. Elle intéresse les derniers centimètres du vagin, l'hymen, la muqueuse vulvaire et la peau anovulatoire.
- Déchirure du deuxième degré = Déchirure périnéale complète. Aux lésions précédentes, s'associe une rupture paramédiane du sphincter strié de l'anus, seule persiste la muqueuse anale.
- Déchirure du troisième degré = Déchirure périnéale complète et compliquée. La muqueuse anale est elle aussi déchirée ouvrant alors le canal anal.

4-7-2- Circonstances de survenue :

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes [22] ont cherché à les isoler les uns, des autres :

-Primiparité,

-Les manoeuvres obstétricales :

*Le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.

*La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [25].

*La manoeuvre de Jacquemier, est elle aussi un facteur de risque classique.

- La macrosomie foetale : les variétés occipitales postérieures, les présentations de face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de déchirure,
- La qualité des tissus : le risque est élevé dans ces circonstances,
- Distance anovulatoire courte,
- Périnée oedématié (toxémie, inflammation, infection),
- cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle),
- la peau rousse,
- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de déchirure du périnée [19],
- un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

D - CONDUITE A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES DU POSTPARTUM :

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est la même quelle que soit la cause du saignement. Chaque unité devrait avoir un protocole agréé pour la prise en charge des hémorragies massives. Ceci devrait être disponible dans la salle d'accouchement. Toutes les patientes doivent être munies de voies veineuse avec un soluté de remplissage quelque soit le traitement adopté. On fait souvent recourt au sang ou a ses dérivés lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur a 7g /dl.

Il existe trois types de traitements : Le traitement obstétrical, le traitement médical et le traitement chirurgical. Les deux premiers traitements sont toujours utilisés chez toutes les patientes. Le dernier traitement est réserve à des cas plus spécifiques.

1-Traitement obstétrical :

La prise en charge obstétricale sera entreprise immédiatement. Le but de cette action est d'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamique correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation.

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

a- Délivrance artificielle :

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

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

Technique :

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

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

Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta.

b- La révision utérine :

Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclue à l'intégrité du placenta ;

elle seule permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, et permet d'assurer la vacuité utérine, d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine et l'empêche de se contracter.

c- Examen sous valve du col et du vagin :

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

2- Traitement médical :

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

Les médicaments utilisés :

-L'ocytocine :

L'introduction des ocytociques dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de MOURE J C [23]. Sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral [23]. L'utilisation des ocytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles existantes avant son introduction. Pour BEUTHE D. [24], l'introduction des ocytociques a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 à 5%.

-Dérivés de l'ergot de seigle : La méthylergométrine : C'est l'utérotonique le plus ancien, obtenu à partir de débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes

modifiés sémi-synthétiques. Il appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

-Les prostaglandines : Elles sont apparues dans les années 1970 et constituent un net progrès dans la prise en charge des hémorragies obstétricales graves.

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

3- Traitement chirurgical :

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

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

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

Deux techniques sont envisagées :

- soit conservatrice par ligature élective des vaisseaux et par capitonnage de parois utérines en regard de placenta accreta localisé ;
- soit radicale avec hystérectomie totale ou sub-totale.

METHODOLOGIE

V. Cadre et Méthode d'étude

1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI du district de Bamako.

1-1- PRESENTATION DU CSREF CVI

Le Centre a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. C'est l'un des six centres santé de référence du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en 2004.

La commune VI est la commune la plus vaste et la plus peuplée du District de Bamako avec 94 km² de superficie et 620 360 habitants en 2009 et une densité de 6 599 habitants par km². Ses limites sont les suivantes :

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V.

Elle compte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux et des sites de logements sociaux. La commune VI compte 11 CSCOM, 3 structures parapubliques et plus de 40 structures sanitaires privées recensées. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguéla qui ont en commun un CSCOM et Niamakoro qui possède 2 CSCOM.

Les principales activités menées par la population sont :

- L'agriculture, le maraîchage, la pêche et l'élevage.
- Le petit commerce, le transport et l'artisanat.

Il existe dans la commune quelques industries (alimentaire, plastique, BTP)

1-2-Organisation du service :

1-2-1- Infrastructure du service

Le service se compose de deux bâtiments :

➤ Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :

- Deux salles d'opération,
- Une salle de réveil,

- Une salle de préparation pour chirurgien,
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de stérilisation des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
- Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits,
 - Une unité de consultation prénatale,
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste,
 - Une salle de consultation pour médecin chirurgien,
 - Une unité ORL,
 - Une unité ophtalmologique,
 - Une unité odonto-stomatologique,
 - Un laboratoire,
 - Une salle d'injection,
 - Une salle de pansement,
 - Une unité PEV,
 - Une pharmacie pour médicaments génériques.
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène},
 - Une salle de consultation gynécologique,
 - Une salle de consultation pédiatrique,
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique,
 - Une unité de planning familial,
 - Une salle de réunion,
 - Trois toilettes.

Par ailleurs, il y a :

- Une maison pour le gardien,
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- six toilettes.

Le CSRéf est en pleine rénovation avec la construction d'un nouveau complexe mère-enfant.

1-2-2- Le personnel :

Tableau I : Répartition du personnel du C.S.Ref commune VI selon leur qualification

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	2
Médecin chirurgien	1
Etudiants en fin de cycle	23
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2

Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	139

1-2-3- Le fonctionnement du service

Le service dispose de deux blocs opératoires septique et aseptique qui fonctionnent vingt quatre heures sur vingt quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales. Le programme opératoire est réservé aux mardis et jeudi. Les jours de consultations gynécologiques sont les lundis et mardis, le dépistage du cancer du col les Mercredis et les séances d'échographie les vendredis.

Un staff se tient tous les jours ouvrables.

Une équipe de garde assure vingt quatre heures sur vingt quatre les activités de la salle d'accouchement avec un médecin comme chef d'équipe.

Une visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée par un médecin spécialiste.

Le centre de santé dispose de deux salles de consultation pour médecin généraliste et une salle pour le médecin chirurgien.

Des consultations prénatales, pédiatriques, de planning familial se font tous les jours ouvrables. Les unités d'O.R.L, du P.E.V, d'ophtalmologie, d'odontostomatologie et de laboratoire fonctionnent tous les jours ouvrables.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et longitudinale transversale descriptive

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de février 2007 à janvier 2008

4- Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes reçues et prises en charge pour hémorragies du post partum au service de gynéco – obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI de Bamako de Février 2007 à Janvier 2008.

5- Critères d'inclusion :

- Femmes ayant accouché dans le service pendant la période d'étude et ayant présenté une hémorragie du post partum.
- Femme évacuée d'une autre structure sanitaire vers le CSRéf CVI pour H.P.P

6- Critères de non inclusion

- Hémorragie au cours de la grossesse ;
- Hémorragie survenant dans le post-abortum
- Femmes admises dans le service et ayant accouché sans notion d'HPP

- Femmes ayant accouché dans le service avec notion d'HPP mais évacuée vers les hôpitaux

7- Echantillonnage

Méthode : nous avons utilisé une méthode empirique : choix exhaustif

Technique : L'échantillonnage a été exhaustif, elle a porté sur tous les cas d'hémorragie du post-partum enregistrés dans le service pendant la période d'étude.

Taille de l'échantillon : Au total nous avons enregistrés 85 cas

La Collecte des données :

Technique :

Elle a consisté à une enquête par questionnaire adressé aux femmes ayant accouchées à la maternité du CSRéf CVI et ayant présenté une HPP. Le questionnaire a été administré par des enquêteurs que nous avons formés à cet effet.

Outil de collecte

Le questionnaire d'enquête a été l'outil utilisé.

Supports exploités

Nous avons fait recours à des supports en vue d'obtenir des renseignements complémentaires sur nos enquêtés

- Les dossiers d'accouchement ;
- Le partogramme
- Le registre de compte-rendu opératoire

Déroulement de l'enquête

Nous avons entrepris des démarches avant le démarrage de l'enquête :

- Choix d'un superviseur (gynécologue-obstétricien au CSRéf CVI)

- Formation de l'enquêteur principal.
- Les fiches d'enquêtes ont été déposées dans le service et ont été confiées aux autres enquêteurs qui ont été formés par l'enquêteur principal pour la collecte des données, afin qu'aucune femme répondant à nos critères d'inclusions ne puisse échappée à notre attention.
- Un pré-test du questionnaire a été réalisé en vue de corriger les imperfections de notre outil de collecte.

Analyse et traitement des données :

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO, version 6.0, du CDC d'Atlanta et de l'OMS. La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2007 et EXCEL pour les tableaux et graphiques.

Le test du Khi 2 (X^2) de Karl PEARSON a été le statistique utilisée.

Aspects éthiques :

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement des enquêtés a été obtenu avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des informations recueillies leur a été garantie. La dignité et la liberté des enquêtés ont été respectée par les enquêteurs durant toute l'enquête.

RESULTATS

VI. RESULTATS

Les résultats seront présentés selon nos objectifs spécifiques.

1- Fréquence des Hémorragies du post partum au CSRéf CVI de Février 2007 à Janvier 2008

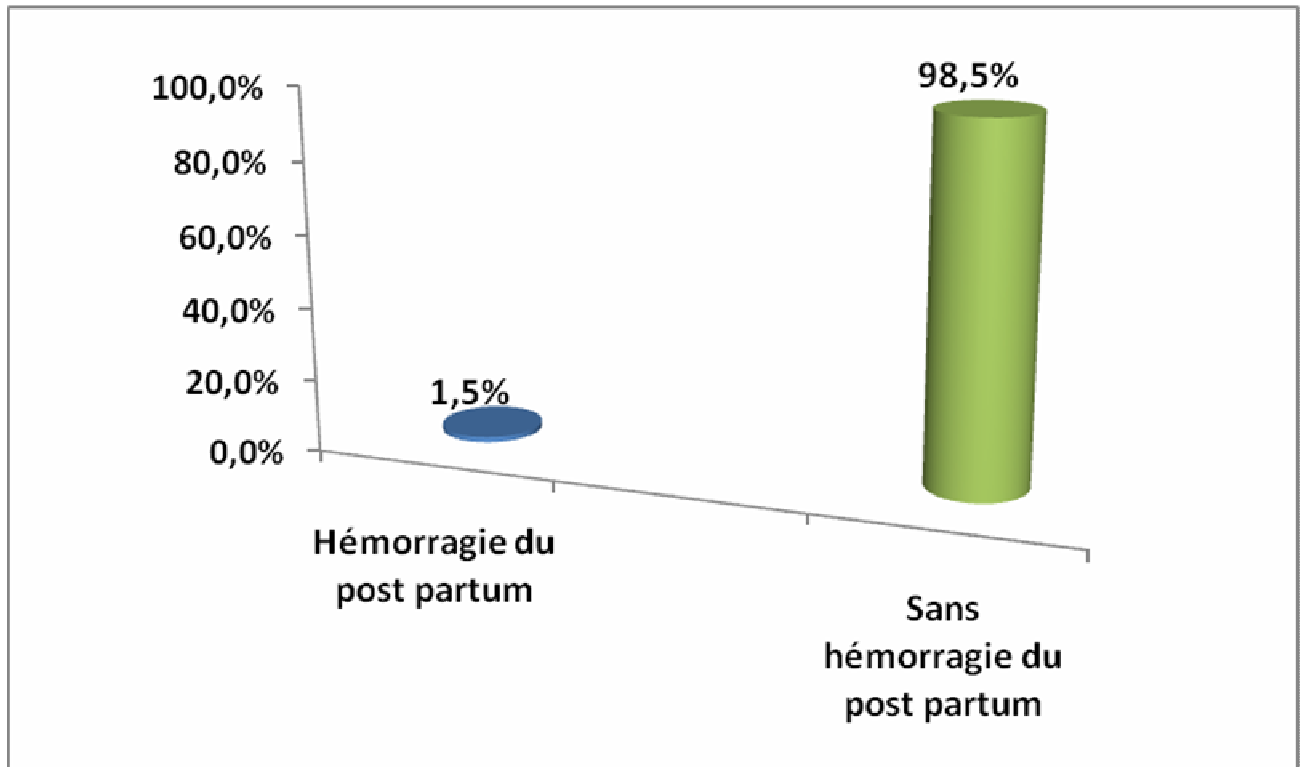


Figure1 : Répartition des patientes en fonction de la fréquence des Hémorragies du post partum.

2- Caractéristiques socio - démographiques

2. 1. Répartition selon l'âge

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence
<19 ans	16	18,7
20-35ans	48	56,6
>36 ans	21	24,7
Total	85	100

L'âge moyen était de 25,6 ans \pm 6,05

L'âge minimum était de 14 ans

L'âge maximum était de 40 ans

2. 2. Répartition selon la profession

Tableau 3: Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Fréquence
Ménagère	46	54,1
Elève /Etudiante	27	31,8
Fonctionnaire	8	09,4
Autres	4	04,7
Total	85	100

Les ménagères sont majoritaires avec 54.1%

2. 3. Répartition selon l'ethnie

Tableau 4: Répartition des patients en fonction de L'Ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence
Bambara	28	32,9
Peul	10	11,8
Sonrai	11	12,9
Malinké	9	10,6
Sarakolé	7	8,2
Dogon	9	10,6
Senoufo	2	2,3
Bozo	1	1,2
Bobo	1	1,2
Mianka	1	1,2
Touareg	1	1,2
Autres	5	5,9
Total	85	100

L'ethnie majoritaire a été l'ethnie bambara avec un taux de 32.9%

2. 4. Répartition selon le statut matrimonial

Tableau 5: Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

statut matrimonial	Effectif	Fréquence
Mariée	74	87,1
Célibataire	11	12,9
Total	85	100

La majorité des femmes 87,1% sont mariées
 Khi-2= 93,39 P=10⁻⁷

2. 5. Résidence

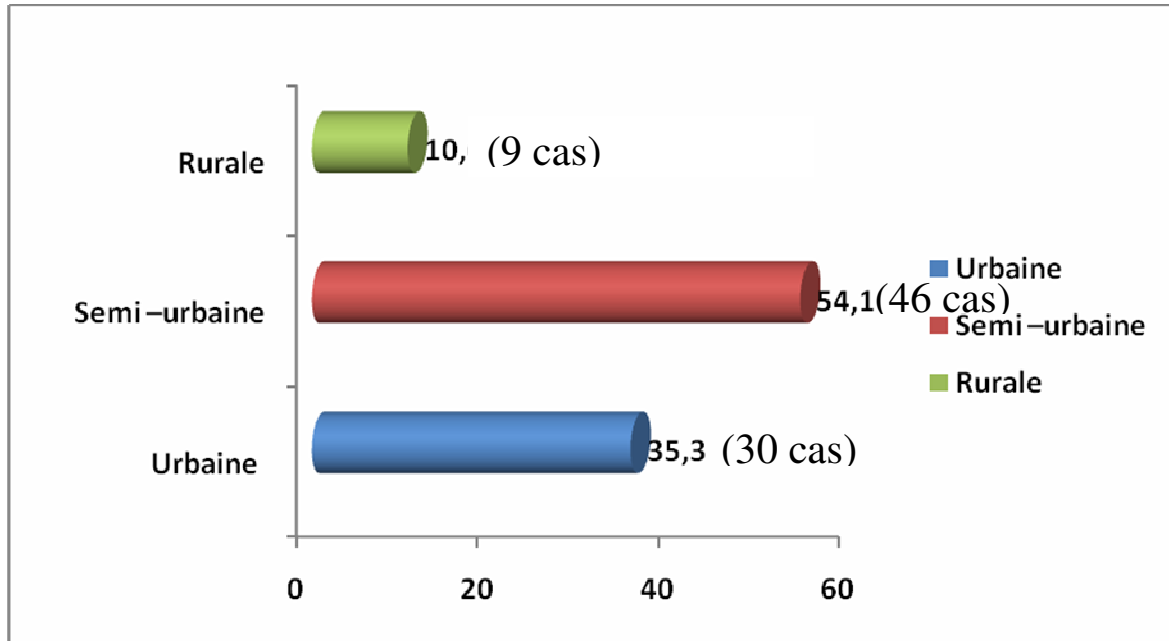


Figure 2: Répartition des patientes en fonction de la résidence

Les patientes issues des quartiers semi-urbains représentent 54.1%

Khi-2 = 6,61 P = 0,0366

3. Caractéristiques cliniques des patientes

3. 1. Mode d'admission

Tableau 7: Répartition des patientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence
Venue d'elle-même	14	16,5
Evacuée d'autres structures	71	83,5
Total	85	100

Les patientes évacuées ont représenté 83.5%

3. 2. Motif d'évacuation

Tableau 8: répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence
Hémorragie	48	56,5
Rétention placentaire	5	5,9
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	2	2,3
Utérus cicatriciel	9	10,6
Dilatation stationnaire	4	4,7
HU Excessive	10	11,7
Placenta praevia	1	1,2
HRP	6	7,1
Total	85	100

L'hémorragie (48/85) soit 56,50% représente la majorité des motifs d'évacuation.

Le placenta praevia (1/85) soit 1,2% représente la fréquence la plus basse

3. 3. Lieu d'accouchement

Tableau 9 : répartition des patientes selon la structure d'accouchement

Structure d'accouchement	Effectif	Fréquence
Centre de santé de référence	33	38,8
CSCOM	36	42,4
Domicile	16	18,8
TOTAL	85	100

Les accouchements à domicile représentent 18.8 %

Khi-2 = 2,71 P = 0,257

3. 4. Les antécédents

3. 4. 1. Antécédents médicaux

Tableau 10: répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence
HTA	18	21,1
Drépanocytose	2	2,3
Diabète	5	5,9
Obésité	12	14,1
Autres*	7	8,2
Sans ATCD médicaux	41	48,2
TOTAL	85	100

L'HTA est l'antécédent médical prédominant avec 21,2%

3. 4. 2. Antécédents chirurgicaux

Tableau 11: répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence
Césarienne	9	10,6
Hystéroplastie	1	1,2
Curetage	19	22,4
Autres	11	12,9
Sans ATCD chirurgicaux	45	52,9
TOTAL	85	100

Autres= appendicectomie, cure de FVV, laparotomieLa majorité des femmes enquêtées 22,3% avaient fait un curetage.

3. 5. Caractéristiques obstétricales

3. 5. 1. Répartition des patientes selon la gestité

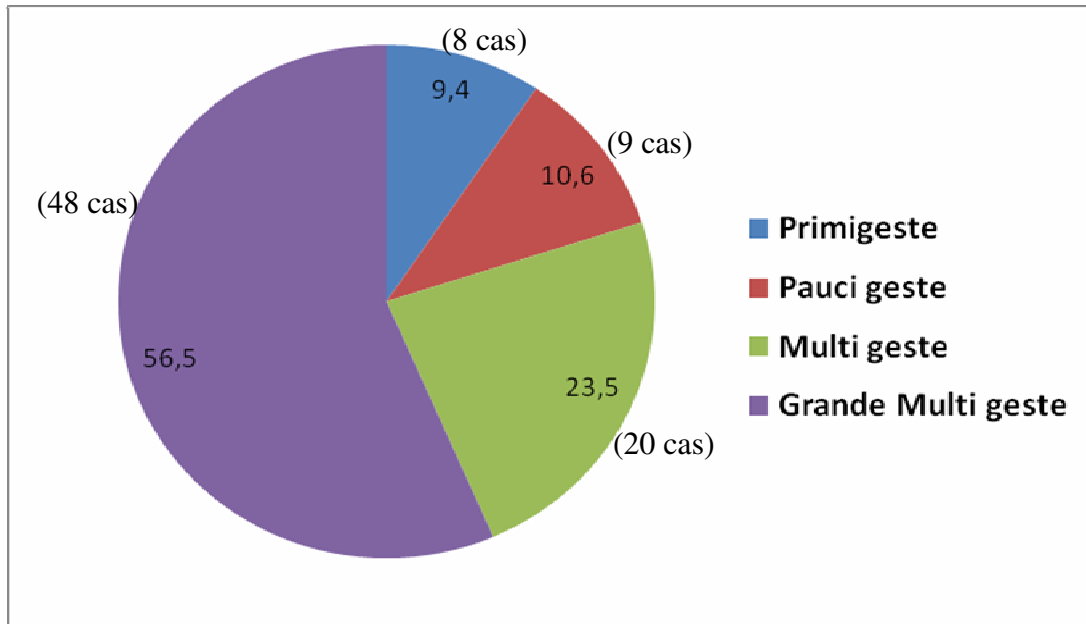


Figure 3: répartition des patientes en fonction de la Gestité

Les grandes multigestes étaient les plus nombreuses avec 56.5% pour une Gestité minimum de 1, maximum 9.

La moyenne est de 5

Khi-2 = 65,43 P= 10⁻⁸

3. 5. 2. Répartition des patientes selon la parité

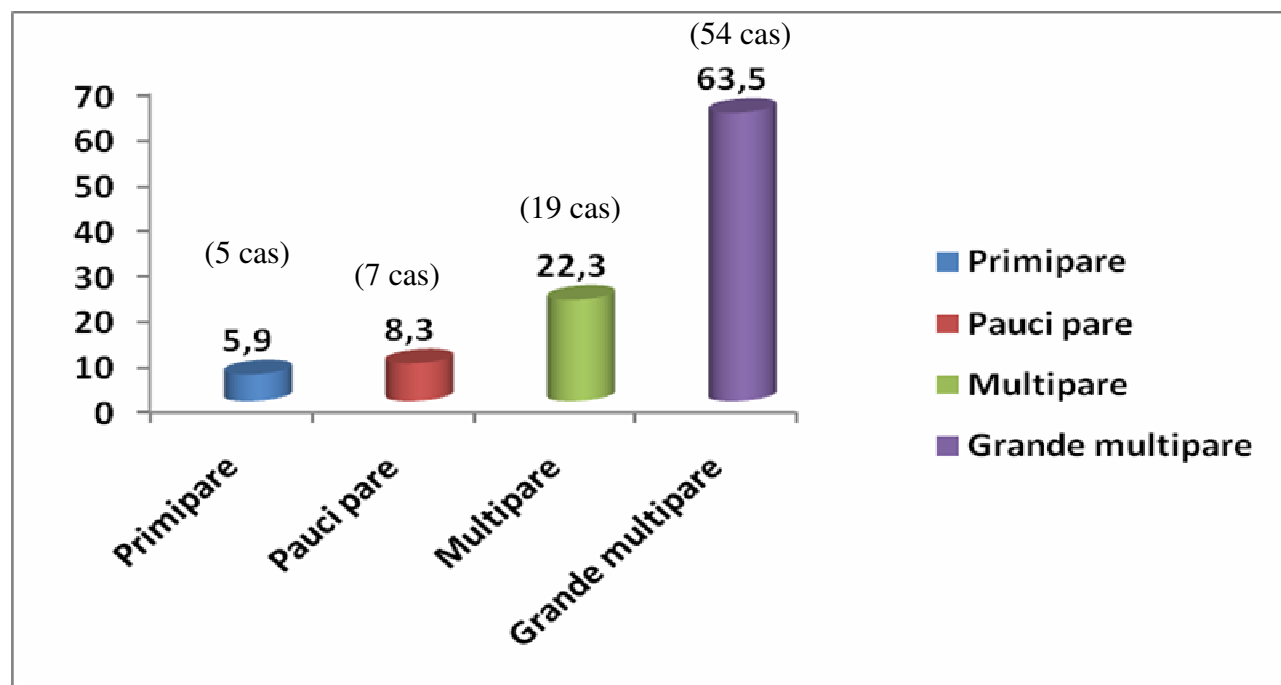


Figure 4: répartition des patientes en fonction de la parité

Primipare=1 Paucipare=2-3

Multipare=4-6 Grande multipare >6

La majorité des femmes enquêtées étaient des grandes multipares 63.5% pour une parité minimum de 1 et maximum de 12 et la moyenne 6.

Khi-2= 96,93 $P=10^{-8}$

3. 5. 3. Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement

Tableau 14: répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement

Avortement	Effectif	Fréquence
Spontané	25	29,4
Provoqué	10	11,8
Sans antécédent d'avortement	50	58,8
TOTAL	85	100

Parmi les patientes de notre étude 11.8% avaient un antécédent d'avortement provoqué.

3. 5. 4. Terme de la grossesse

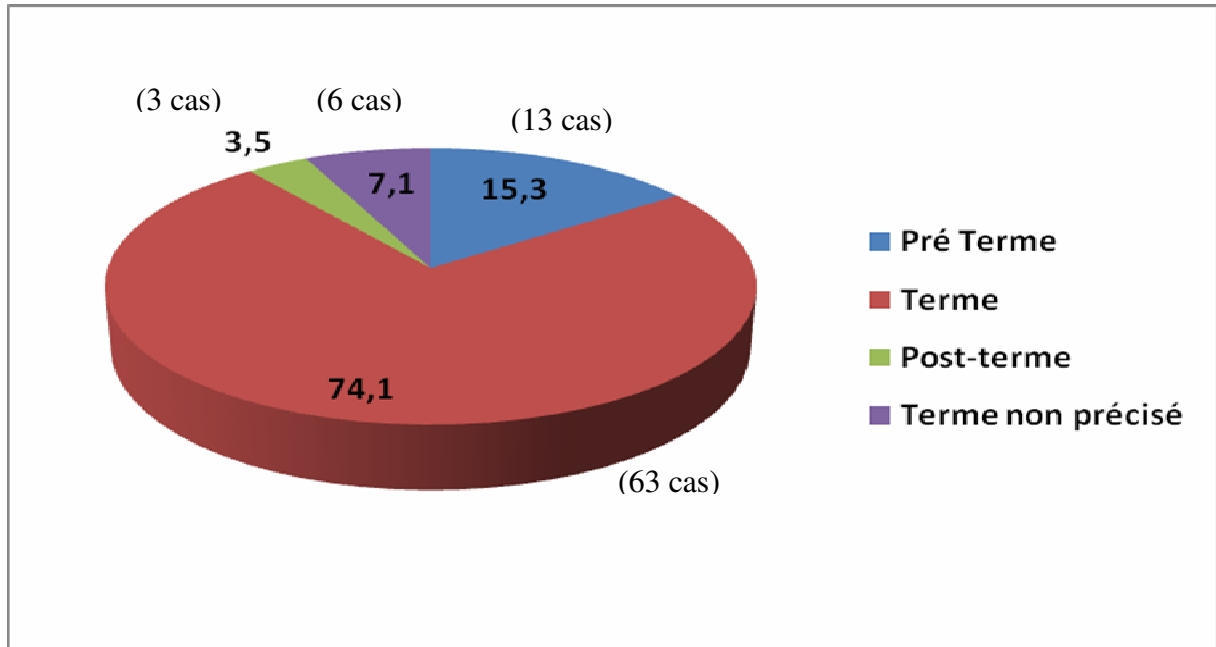


Figure5 : répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse

Pré Terme <38SA, Terme=38-42SA, Post-terme >42SA

Les grossesses à terme représentent 74.1%

3. 5. 5- Répartition des patientes selon les facteurs de risque d'hémorragie du post partum

Tableau 16: Répartition des patientes en fonction des facteurs de surdistension utérine

Facteurs de risque	Effectif	Fréquence
Grossesse gémellaire	11	12,9
Fibrome utérin	2	2,3
Suspicion de gros fœtus	18	21,2
HTA	18	21,2
Diabète	5	5,9
Sans facteurs de risque	31	36,5
TOTAL	85	100

Les grossesses gémellaires représentent 12,9%. Aucun cas d'hydramnios n'a été retrouvé.

3. 5. 6-CPN

Tableau 17: répartition des patientes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence
0	38	44,7
1 à 3	36	42,4
>3	11	12,9
TOTAL	85	100

Les patientes qui n'ont pas fait de CPN représentent 44,7% par contre 11/85 soit 12,9% ont fait plus de 3 CPN

Khi-2= 23,96

P= 63.10⁻⁷

La majorité des patientes soit 44,7% n'ont pas fait de CPN

4. Pronostic materno fœtal des hémorragies du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Février 2007 à Janvier 2008

4. 1- Fréquence cardiaque fœtale

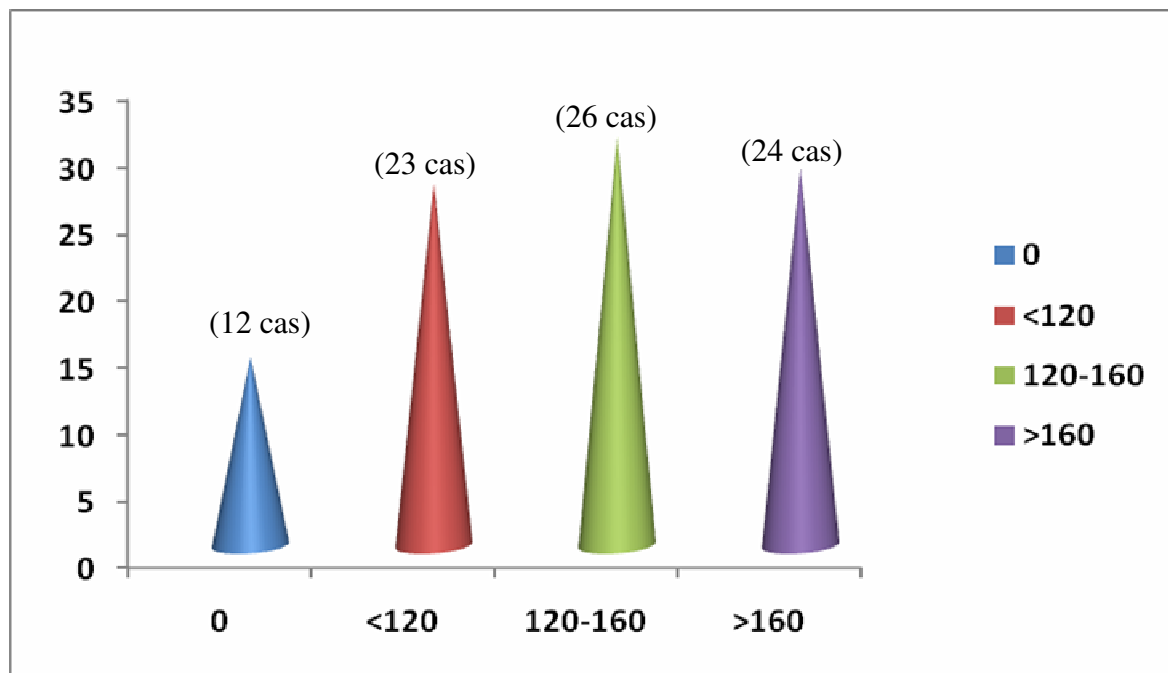


Figure 6: répartition des patientes en fonction de la fréquence cardiaque fœtale

Les BDC n'ont pas été perçus dans 14.1% des cas.

4. 2- Mode d'accouchement

Tableau 19 : répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquence
Voie basse	77	90,6
Césarienne	8	9,4
TOTAL	85	100

Les patientes césarisées qui ont fait une hémorragie du post-partum représentent 9.4%

4. 3- Durée totale du travail d'accouchement

Tableau 20: répartition des patientes en fonction de la durée totale du travail.

Durée totale du travail (heure)	Effectif	Fréquence
0-12H	47	55,3
13-24H	14	16,5
>24H	8	9,4
Accouchée à domicile	16	18,8
TOTAL	85	100

Les patientes ayant une durée de travail comprise entre 0-12 heures représentent 67.1%

Khi-2= 57,52

P=10⁻⁸

4. 4- Paramètres du fœtus

Tableau 21 : répartition des nouveau-nés en fonction du poids

Poids (g)	Effectif	Fréquence
<2500(petit poids)	29	34,1
2500-3999(poids normal)	34	40,0
□4000 (Gros fœtus)	22	25,9
TOTAL	85	100
Khi-2=3,85	P= 0,1460	

4. 5. Etat général des patientes après accouchement

Tableau 22 : répartition des patientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Fréquence
Bon état	24	28,2
Etat général passable	43	50,6
Etat altéré	18	21,2
	85	100

Les patientes ayant un état général altéré représentent 21.2 %

4. 6. Etat des conjonctives

Tableau 23 : répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Fréquence
Colorées	26	30,6
Pâles	59	69,4
TOTAL	85	100

Les patientes ayant présenté un tableau d'anémie clinique représentent 69.4 %

4. 7. La tension artérielle

Tableau 24: répartition des patientes en fonction du chiffre tensionnel au moment du pic

Chiffre tensionnel	Effectif	Fréquence
Imprenable =0	8	9,4
TA ≤ 8/6	33	38,8
TA > 8/6	44	51,8
TOTAL	85	100

Les patientes ayant une tension artérielle imprenable à l'arrivée représentent 9.4%

4. 8- Etiologies

Tableau 25: répartition des accouchées ayant eu une hémorragie du post-partum selon l'étiologie

Etiologie générale	Effectif	Fréquence
Hémorragie de la délivrance	45	52,9
Traumatisme de la filière génitale	37	43,6
Endométrite hémorragique	3	3,5
TOTAL	85	100

L'étiologie la plus fréquente est l'hémorragie de la délivrance avec 52,9% des patientes

4. 9- La transfusion

Tableau 26: répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectif	Fréquence
Oui	19	22,4
Non	66	77,6
TOTAL	85	100

Les patientes ayant subi une transfusion représentent 22.4 %

4. 10-Traitement chirurgical d'hémostase

Tableau 27: répartition des patientes en fonction de la nature du traitement Chirurgical d'hémostase

Nature du traitement	Effectif	Fréquence
Suture d'hémostase	45	52,9
Hystérectomie d'hémostase	2	2,4
Sans suture	38	44,7
TOTAL	85	100

Les patientes ayant subi une hystérectomie d'hémostase étaient de 2.3%

4. 11- Complications maternelles

Tableau 28 : répartition des patientes en fonction du type de complication

Type de complications	Effectif	Fréquence
CIVD	5	5,9
Choc hémorragique	33	38,9
Sans complications	47	55,2
TOTAL	85	100

La majorité des complications étaient le Choc hémorragique avec 38.9 %

4. 12 - Survie maternelle

Tableau 29: répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Fréquence
Evolution favorable	83	97,6
Décès	2	2,4
TOTAL	85	100

Les patientes ayant une évolution favorable représentent 97.6 %. La principale cause des décès était la CIVD

4. 13- Référence vers d'autres structures

Tableau 30 : Patiente référée vers d'autres structures

Référence	Effectif	Fréquence
Patiente Référée	3	3,5
Patiente non référée	82	96,5
TOTAL	85	100

Les Patientes référées vers d'autres structures représentent 3.5 %
Ces cas de référence sont tous des cas de CIVD

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence

Durant notre période d'étude 5475 accouchements ont été effectués au CSRéf CVI. Pendant la même période nous avons enregistré 85 cas d'hémorragies du post-partum soit une fréquence de 1,5%.

Il existe peu d'étude dans la littérature qui traite toutes les entités des hémorragies du post- partum. Ainsi une fréquence de 2,08 % a été rapportée par BOHOUSSOU et coll. au CHU de Cocody [26] 1.32% rapporté par Simon KEITA [27]. Ces résultats sont similaires au nôtre.

2- Caractéristiques sociodémographiques

2-1- Age :

L'âge moyen des patientes est de 25 ans. Les extrêmes varient entre 14 et 40 ans avec prédominance de la tranche d'âge de 20 à 35 ans soit 56.6%, correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue. Dans cette tranche d'âge PAMBOU

O et coll [28] ont rapporté 68,75%, taux proche du nôtre.

Dans notre étude 18.8% des patientes étaient des adolescentes (âge \leq 19 ans). Ce taux est supérieur à celui trouvé par ALI HONOU E et coll [29] qui est de 9,27%. La précocité du mariage étant une coutume en Afrique pourrait expliquer ce phénomène.

2-2- Statut matrimonial

Les femmes mariées viennent au premier rang avec 87.1%, ce taux est supérieur à celui de DIALLO B [10] qui a obtenu 77,7%.

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

2-3- Profession

Les ménagères ont été les plus représentées avec 54.1%. Ce taux est inférieur à celui de DIALLO B [10] qui a été de 87,2%. Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum (primaire ou tardive) semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femme au foyer,). L'explication est que les ménagères moins suivies en CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés.

3. Caractéristiques cliniques

3. 1. Mode d'admission

Dans notre étude 83.5% des femmes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient été évacuées d'autres structures et 16.5% ont accouché dans le service.

AKPADZA K et coll [30] ont rapporté 39,09% d'évacuation. C'est pourquoi en 1986 à Genève on a même proposé d'héberger les femmes pendant le dernier mois et même le dernier trimestre de la grossesse dans les villages ou foyer maternel les plus proche de la maternité [31].

3-2- Antécédents médicaux

Dans notre étude 37.7% des patientes avaient un antécédent médical et l'HTA est la plus fréquente 21,2%. DIALLO B [10] rapporte un taux de 5,4% de patientes ayant un antécédent respectif d'HTA.

3-3- Antécédents chirurgicaux

L'utérus cicatriciel (césarienne) est représenté sur 10.6%, taux supérieure a celui de ALI HONOU E et coll [32] qui ont rapporté 3,97%. Les mêmes auteurs rapportent des taux d'antécédent de curetage de 30,46%, ce qui est supérieur au notre 22.3%.

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

4- Caractéristiques obstétricales

4-1- Fibrome sur grossesse

Nous avons eu 2,3% des patientes qui avaient un fibrome associé à la grossesse et qui ont développé d'hémorragie du post-partum primaire ou secondaire.

Notre taux est supérieur à celui de ALI HONOU E et coll [29] qui ont rapporté 1,32% sur une série rétrospective de 5 ans et de AKPADZA K et coll [30] qui ont rapporté 1,27% ; mais inférieur à celui de DIALLO B [10] qui a été de 7%.

Les complications de fibromes au cours de la délivrance sont rares. La rétention placentaire et les anomalies de la rétraction du muscle utérin pourraient expliquer les hémorragies du post-partum dans notre étude.

Au cours des suites de couche, peuvent survenir des hémorragies, des rétentions lochiales et surtout des complications thromboemboliques [11].

4-2- Parité

Notre étude a trouvé 5,9% de Primipare, 8,2% Paucipare, 22,3% Multipare, 63,5% Grande multipare. ALI HONOU E et coll. [29] trouvent 39,74% de Primipare et Paucipare et 60,26% de Multipare et grande multipare.

DIALLO B [10] trouve : Primipare : 23,9%, Paucipare : 38%, Multipare et grande multipare : 27,7%.

AKPADZA K et coll [30] ont rapporté 6,90% de grande multipare pour 384 cas d'hémorragie du post-partum immédiat en 5 ans sur 44295 accouchements. Notre taux d'hémorragie du post-partum chez la multipare et la grande multipare est supérieur à celui de Diallo B [10] mais largement inférieur à celui rapporté par Ali

Honou E [29].

Une étude effectuée par WATSON [33] en 1986 a trouvé que la grande multiparité dans la genèse des hémorragies de la délivrance est à discuter. Nous avons même corrélé la parité à l'hémorragie immédiate ($p=0,01$) et ($p=0,04$).

Nous pensons que ce facteur de risque devrait être retenu.

4-3- Consultation prénatale

Nous avons trouvé 55,2% des patientes ayant fait de CPN. Diallo A. [34] et Diallo B [10] ont rapporté respectivement 48,1 % et 77,5 % de celles qui ont fait le CPN. Cela dénote que les CPN n'ont pas été correctement et complètement effectuées, puisque l'un des objectifs de CPN est de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, de dépister les grossesses à risque.

4-4- Terme de la grossesse

Notre étude montre 74,1% d'accouchement à terme, 15,3% d'accouchement prématuré et 3,5% des patientes ont accouché après le terme théorique. Ces résultats sont inférieurs à ceux de DIALLO B [10] et DIALLO A [18] qui ont trouvé respectivement 80,3% et 78,21% pour accouchement à terme et 15,5%, 21,79% pour l'accouchement prématuré.

Selon LACOMME M [31] la prématurité peut entraîner une rétention placentaire se compliquant d'hémorragie de la délivrance. Cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

4-5- Durée totale de travail d'accouchement

L'étude montre que 67.1% des patientes ont eu une durée totale de travail comprise entre 0 et 12 heures de temps. Diallo B [10] et Diallo A [34] ont rapporté respectivement 11,3 % et 14 %.

De même 21,2% des patientes avaient une durée totale de travail comprise entre 13 et 24 h et 11.8 % de celles qui avaient plus de 24 heures de travail. Ali Honou E et coll [29] ont trouvé respectivement 9,93 % et 56,95 % dans une étude rétrospective de 5 ans.

En effet plus le travail est long et laborieux, plus la parturiente s'épuise, son utérus se fatigue. Cet épuisement du muscle utérin entraîne après l'accouchement un défaut de rétraction, d'où l'hémorragie.

4-6 Mode d'accouchement

Dans notre série 90,6% des patientes ayant présenté des hémorragies du post-partum ont accouché par voie basse, et 9,4% ont accouché par césarienne. Parmi les accouchées par voie basse 18,8% ont accouché à domicile ce taux est supérieur à celui de DIALLO A [34] qui a trouvé 5,12%.

Deux situations peuvent expliquer la survenue des hémorragies :

- Première situation : l'accouchement est brutal avec expulsion en bloc du fœtus et de ces annexes. Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise la rétention des cotylédons ou traumatisme de la filière génitale d'où l'hémorragie.

- Deuxième situation : l'accouchement se déroule dans les conditions normales et la délivrance a été effectuée par une personne non qualifiée ne respectant pas la physiologie de la délivrance normale. Ainsi la place des accouchements à domicile dans la genèse des hémorragies du post-partum est indéniable. BHATIA JC. [35] rapporte 25% d'accouchement à domicile dans son étude. L'infection et l'atonie utérine sont les causes d'hémorragie du post-partum chez nos 3,60 % des patientes césarisées. AKPADZA K et coll [1] ont trouvé 2,71% de cas d'hémorragie après césarienne.

4-7- Grossesse gémellaire

L'étude a retrouvé 12,9% de grossesses gémellaires dont l'accouchement a été effectué sans administration d'ocytocique. Ce taux est supérieur à celui de AKPDZA K et coll [30] qui ont trouvé 0,99%, et de ALI HONOU E et coll [2] qui ont rapporté 3,97%. En effet, la masse placentaire étant importante, le champ de décollement est vaste. La contractilité et la rétractilité sont moins bonnes, d'où l'hémorragie de la délivrance.

5- Etiologie des hémorragies du post-partum

5-1- Hémorragie de la délivrance

Elle représente dans notre étude la cause d'hémorragie du post-partum la plus élevée avec 52,9% des cas.

5-3- Traumatisme de la filière génitale

Nous avons colligé 37cas de déchirure soit 43,5% de causes d'hémorragie. Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance ou isolées. Les étiologies sont réparties comme suite :

- les déchirures du col représentaient 19 cas soit 22,4 % de l'effectif total de ces lésions ;
- les déchirures périnéales étaient de 38 cas soit 44.7 %, isolées ou associées aux déchirures du col et du vagin ou à l'épisiotomie.

DIALLO B [10] et DIALLO A [34] ont rapporté respectivement 28,2 % de déchirures du col et 31 % de déchirures du vagin et 5,12 % de déchirures du col associées aux déchirures du vagin.

5-4- Infection du post-partum

Nous avons colligé 3 cas d'endométrites du post-partum hémorragique soit 3.5%. Notre taux est voisin de celui de DIALLO A [34] qui a trouvé 3,64%. Dans une étude cas-témoin, DICKO A [36] en a trouvé 12,4% sur 282 cas. DIALLO B [10] a rapporté 4,2% et 2,8% respectivement pour la septicémie et l'endométrite. PELAGE J P et coll [13] ont trouvé 8 cas soit 57% d'endométrite dans leur étude.

5-5- Placenta accreta

Dans notre étude nous avons trouvé 1.2% soit 1 cas de placenta accreta. Dans la littérature la fréquence du placenta accreta est très rare, estimée entre 1/25000 à 1/70000. Il est associé dans plus de 2/3 des cas à un placenta praevia.

DRAVE N [37] a trouvé 6 cas soit 0,33% d'hémorragie d'adhérence avec un décès enregistré en per opératoire.

6- Anomalies antépartales contemporaines aux étiologies

Nous avons enregistré 1,2% de placenta praevia et 7,1% d'hématome rétro placentaire qui sont compliqués d'hémorragie du post-partum. Ce résultat est supérieur à celui de AKPADZA A et coll [30] qui ont trouvé respectivement 1% et 2%, nettement inférieur à celui de ALI HONOU E et coll [29] qui ont rapporté 32,45% de placenta praevia.

Le rôle de placenta praevia après accouchement par voie basse dans la survenue des hémorragies du post-partum est classique. SEGUY B et coll [38] l'expliquent par les difficultés de clivage utero placentaire et surtout des difficultés d'hémostase spontanée, le segment inférieur étant pauvre en fibres musculaires.

L'étude de EMMANUEL K H [37] sur les placentas a relevé 1,69% d'hémorragie compliquant le placenta praevia.

DIALLO A [34] a trouvé 10,24% d'hématome retro-placentaire ; DARGENT D [16] de 1979 à 1982 a trouvé 5,20% d'hémorragie de la délivrance à la suite de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Les complications de ces deux pathologies dans le post-partum immédiat sont les troubles de la coagulation.

7- Paramètres fœtaux

7-1- Poids du nouveau-né

Dans notre étude 40% des nouveaux nés avaient un poids compris entre 2500 et 3999 grammes et 25% avaient un poids >4000 grammes. Ce résultat est nettement supérieur à celui de AKPADZA et coll [30] qui ont trouvé 6,60% pour le poids compris entre 3700 et 4000grammes ; celui de ALI HONOU E col [29] qui ont trouvé 3,31% de poids de 4000grammes et celui de DIALLO B [10] qui a trouvé 16,90% de poids compris entre 3600 et 4200 grammes.

Le gros foetus, par la surdistension utérine qu'elle entraîne, est incriminé dans la genèse de l'hémorragie de la délivrance.

7-2- Mort foetale in-utero

Nous avons colligé 12 cas de mort-né soit 14.1% dont 5 cas de mort foetale in utero avec rétention fœtale de plusieurs jours dans. Cette mort in-utero est incriminée dans les troubles de la coagulation survenant au cours de la délivrance, par passage de thromboplastine dans la circulation générale de la parturiente.

8- Complications maternelles

Dans notre étude nous avons colligé 5 cas soit 5,9% des patientes qui ont développé des troubles de la coagulation et 38.9% soit 33 cas de choc hémorragique isolé. Dans leur série PAMBOU O et coll [28] ont montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des causes de l'hémorragie de la délivrance. ALI HONOU E et coll [29], AKPADZA et coll [30] en ont trouvé respectivement 3,33% et 10,87%. Ces problèmes de coagulopathie dans la délivrance peuvent s'expliquer dans notre étude par la mort in utero (14,1%), la pénurie en produits sanguins.

LANKOANDE J et coll [39] ont trouvé 21% des troubles de la coagulation.

9- Prise en charge médicale

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

- Prise d'une voie veineuse sûre avec un cathéter au moins une voie. Dans les cas graves deux voies sont possibles
- Nous avons toujours essayé d'assurer l'hémostase en vidant l'utérus et la vessie
- Ainsi 100% des patientes ont bénéficié d'une révision utérine, 16.5% de massage utérine, 10.6% de délivrance artificielle ;

- L'administration d'utérotonique (ocytocique) en perfusion dans le sérum glucosé 5% ou en intraveineuse chez 76,5 % des patientes ;
- La correction des conséquences de l'hémorragie avec l'apport du sang, chez 22.3%. Ce taux est inférieur à celui de DIALLO B [10] qui a trouvé 47,8% et celui de LAKOANDE J et coll [39] qui ont colligé 54,1%.
- Nous n'avons pas eu recours au traitement à la prostaglandine même une fois. Alors que c'est un produit qui fait l'unanimité aujourd'hui dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine avec une efficacité globale de 89%. Selon GOFFINET et coll [40] surtout après un échec aux ocytociques.

_ La prise en charge chirurgicale :

La majorité des patientes soit 52,9% ont bénéficié de suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles. DIALLO B [10] a rapporté 59,2% .

L'hystérectomie d'hémostase a été pratiquée chez 2,3% des patientes. DIALLO A [53] et DIALLO B [10] ont rapporté respectivement 10,25% et 4,2% études faites à l' HGT.

TOURE COULIBALY K [41] a rapporté 3,8% au CHU de Treichville (abidjan). Le recours au traitement chirurgical au cours des hémorragies du post-partum grave est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie. Il peut s'agir de l'hystérectomie d'hémostase, du capitonnage des parois utérines, de la ligature des artères hypogastriques. SALVA [41] a rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas de cause d'atonie utérine.

Le choix thérapeutique est souvent affaire d'école, mais aussi de matériel disponible pour l'embolisation. Aucune série comparative méthodologique satisfaisante n'existe pour affirmer qu'une méthode en première intention est la plus efficace pour réduire le risque de décès maternel.

Actuellement, il semble que la plupart des centres tentent une ligature des artères hypogastriques avant l'hystérectomie d'hémostase si le temps et l'hémodynamique sont jugés suffisants. Les détracteurs de ces ligatures en première intention estiment que dans ces situations extrêmes, on perd des

minutes précieuses en cas d'échec qui mettent le pronostic vital en jeu même si une hystérectomie d'hémostase est réalisée dans un deuxième temps serait mieux employé à réaliser d'emblée le geste radical [41]

10- Pronostic maternel

Nous avons noté 2,4% de décès. Il s'agit des patientes évacuées et qui ont été admises plusieurs heures après accouchement. DIALLOB[10] DIALLO A[34] ont trouvé respectivement 19,7% et 23,20%. La cause des décès était la CIVD. Le manque de sang et ses dérivés ont davantage contribué à alourdir le pronostic maternel en cas d'hémorragies du post-partum dans notre service.

CONCLUSION

VIII- CONCLUSION

Nous venons d'effectuer une étude descriptive portant sur les hémorragies du post partum au CSRéf de la CVI de Février 2007 à janvier 2008. Cette étude a permis d'arriver aux conclusions suivantes :

La fréquence des l'hémorragies du post-partum n'est pas élevée au CSRéf de la CVI. La majorité des patientes provenait des structures périphériques et des accouchements à domicile. La tranche d'âge comprise entre 20 –35 ans est la plus touchée.

L'hémorragie du post partum constitue le premier motif d'évacuation, immédiatement après l'accouchement. Les étiologies sont la délivrance, le traumatisme de la filière génitale, endométrite hémorragique et le placenta accreta.

Les facteurs de risque retrouvés sont la grossesse gémellaire, le gros fœtus, le fibrome sur grossesse, le Diabète et l'HTA. La CIVD est la principale complication meurtrière des cas d'hémorragie du post partum vus au CSRéf CVI.

Les hémorragies du post-partum (primaire ou secondaire) sont une urgence obstétricale dont l'issue peut être fatale en l'absence de traitement précoce et approprié. Neamoins elles restent la complication majeure de l'accouchement et la principale cause de morbidité et de mortalité maternelles. Selon LACOMME M <<je veux non pas vous dire, mais vous crier que la plupart des accidents de la délivrance sont produits ou surtout aggravés par des erreurs de technique par des insuffisances de surveillance, par la timidité ou le retard apporté à user des thérapeutiques efficaces>>.

Seul un bon niveau de vie socio-économique associé à une meilleure pratique de CPN et CPON, une bonne utilisation du partogramme, une bonne pratique obstétricale peuvent contribuer à lutter efficacement contre cette pathologie.

RECOMMANDATIONS

XI - RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées afin d'éviter ou de réduire les complications des hémorragies du post-partum :

Aux autorités

- Assurer la formation continue de personnel qualifié en obstétrique,
- Mettre en place des minis banques de sang fonctionnels à l'intérieur des centres spécialisés et assurer leur approvisionnement en sang de façon permanente,
- Mettre au point une politique durable de recrutement des « donneurs » de sang,
- Redynamiser le système de référence/évacuation afin de favoriser une meilleure prise en charge précoce

Aux personnels socio sanitaires

- Sensibiliser les femmes à faire les consultations pré et post- natales
- Dépister lors des consultations prénatales les grossesses à risque et les adresser vers une structure de référence avant l'accouchement,
- Assurer une surveillance rigoureuse dans la salle d'accouchement pour pouvoir diagnostiquer à temps les cas d'hémorragie du post-partum précoce et les traiter,
- Evacuer à temps les cas d'hémorragie vers les centres spécialisés,

A la population

- Accorder le maximum d'importance aux consultations pré et post- natales
- Eviter les accouchements à domicile, en faisant recours au plus vite vers les centres de santé surtout en cas d'hémorragie du post partum
- Limiter les naissances ou espacer les naissances

REFERENCES

X - REFERENCES

- 1. FOURNL., LOKOSSOU., FAYOMIEB., YACOUBOUM.**
Mortalité Maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin.
Méd Afr Noire : 2000, 47 (1).
- 2. RIVIERE M., MAHON. A et coll**
26 Observations des placenta de décollement prématuré du placenta inséré bas
exsude critique.
- 3. NET WORK**
De meilleurs soins dans le post partum sauvent des vies.
Net Work 1997 ; vol 17 n° 4: 1-7
- 4. KING PA., DUTHIE S. J., DONG Z G., MAHK.**
Secondary post partum haemorrhage .
J. Obstet Gynaecol 1989 ;29 : 394– 8
- 5. LI F., FORTNEY JA., KOTEL CHUCK M.,**
Etal the post partum period : the key to maternal mortality.
J Gynecol obstet 1996 54(1) 1 - 10.
- 6. HARRISON K.A., ROSSITER C.E.,**
Maternal Mortality ; In : Harrison K.A ed ., Child bearing health and social
priorities. A survey of 22.774 consecutive hospital birth in Zaria northern Nigeria.
Br.J. obst et Gynecol. 1985 ; 92 : 100 – 115.
Thèse Médecine 2003: Hémorragie du post-partum (HPG) Sema KEITA
95
- 7. BEGIN J.P**
Hémorragies vaginales du post partum
Thèse méd Nancy, 1976, 285
- 8. BYGDEMANN.M., Kwonsu, Mukker HEET, WIQUIST N.**
Effect of infusion of PG E, and PGE2 on the motility of the pregnant human
uterus.
Am J. Obstet Gynecol, 1968,129 : 918 – 919.
Thèse Médecine 2003: Hémorragie du post-partum (HPG) Sema KEITA
92
- 9. DETOURRIE H. , HEVRISON R., DELECOUR. M.**
Abrégé illustré de gynécologie obstétrique 6^{ème} édition, 1995 : 122-127
- 10. DIALLO B.**
Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique HGT
Bamako 1999 Thèse – Méd 1990 N° 125
- 11. MERGER.R., LEVY J., MERCHIOR. J.**
Précis d'obstétrique 6^e édition Masson. 1995 ; p 136-156
– 122.
- 12. ARURKUMARAN S**
The surgical management of post-partum haemorrhage.
Best practice and Research Clinical Obstet and Gynecol 2002 ; 16 (1) : 81-98.
- 13. PELAGE J.P et coll.**

Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 : 55-61

14. RAULT .

Hémorragie du post-partum

American college of obstetricians and gynecologist. 2000; p 1-2

<http://www.adrenaline122.org>

15. WORYNE R, COHEN

Hémorragie du post-partum.

Rev du praticien, 1985, 45 : 127-129.

16. SUZANNE.I.Y. ? ALLARD.H. , MEYER.J.L.

Hémorragies obstétricales graves du post – partum immédiat.

Encycl Méd – Chir., Paris, Obstétrique, 5109 A 10, 12 – 1989

17.FERNANDEZ. H

Hémorragies graves en obstétrique 35^{ème} congrès national et d'anesthésie et réanimation. Conférences d'actualisation Paris, Masson, 1993 : 511 – 529.

18. READ JA., COTTON .O.B. , MILLER .FC .

Placenta accreta = changing clinical aspects.

Obstet Gynecol 1986 ; 56 : 31 – 34.

**19. BARBARINO –MONNIER. P., BARBIRANO A., BAYOUMENT F. ,
BONNENFIRNT– MECREAY V., JUDUN .P.**

hémorragies graves au cours de la grossesse et du post partum – choc hémorragique ; encycl Med – chir ; (Elsevier, paris), Obstétrique 5 – 082 A A0, 1998, 118,

20. COMBS., MURPHY.EL. , LAROSR.K.

Factors associated with post – partum hemorrhage with vaginal birth.

Obstet Gynecol 1991 ; 77 ; 69 ; 76.

21. DEPARTEMENT OF HEALTH

Why mothers die report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994/96, London : HMSO.

Int J Gynecol Obstet 1998; 310-315

22. PIGNE. A., & FREITEL

Déchirures Obstétricales, Paris, Masson, 1990 (chap 105) : 1353-1355

23. RIETHMULLER. D. , PEQUEGNOT-GEANNIN C.

Une cause rare d'hémorragie du post partum : le Thrombus genital. J. gynécol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 154 – 158.

24. BLONDEL.B., KAMINSKIM.

Episiotomy anal third degree tears.

Br J Obstet Gynecol 1985 ; 92: 1297 – 1298.

25. SHIONO P., KLE BANOFF M., CAREYO.

Midline episiotomies = More harm than good ?

Obstet Gynecol 1990,75 ; 765- 769.

26. BOHOUSSOU M. et coll

Les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody.

Rev Fr Gynecol Obstet 1999 ; 24 : 104-112

27. SIMON KEITA

Hémorragie du post partum(2002 -2003) Service de Gynéco- obstétrique HNP G

28. PAMBOU O. et coll

Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville.

Méd Afr Noire 1996,43 (7) : 418-422

30. AKPADZA.K. et coll.

Les hémorragies de la délivrance à la clinique de Gynécologie Obstétrique du C.H.U. TOKOIN – LOME (TOGO) DE 1988 à 1992 ; Méd Afr Noire : 1994, 41 (11) : 601-603

31 .LACOMME.M

Pratique obstétrique, edit masson ; paris 1960 (Tome I), 127-131

32. ALIHONOU.E et Coll.

Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). Publication médicale Africaines 2002 ; 121 : 8-11.

33. WATSON.P

Post – partum hemorrhage in associated With POOR housing not multipary in Botswana.

Lancet 1986; 4: 278-284

34. DIALLO Abdoulaye O.

Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT.

These méd n° 11 - 1989 .

35. BHATIA JC.

Maternal mortality in ananta district preliminary finding of the study.

WHO, Geneva 11/15 nov 1985

36. DICKO abdourhamane

Etude de la gravido-puerperalité chez la grande multipare à propos de 1110 cas témoins.

Thèse méd 1999, n°127.

37. DRAVE Niakalé

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et l'obstétrique de l'Hôpital du Point G Thèse Med 1996 n°39.

38. SEGUY. B., BAUDET J H

Révision accélérée en obstétrique 2^{ème} édition SA édition Paris

39.LANKOANDE J., Coll

Hémorragie de la délivrance dans la maternité de Yalgado OUEDRAOGO CHU de Ouagadougou – Burkina – Faso.

Dakar Médical 43 (1) 57 – 9 ; 1998.

40. GOFFINET F. , HADD B., CAR BONNE. B., SEBBRANE., PAPIERNIK.

Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance.

J Gynécol Obstet et Biol Reprod 1995 ; 24 ; n°2 : 209 – 216.

41. TOURE – COULIBALY. K.

Les hysteretomies d'hémostase en obstétrique étude de 74 cas observés à la maternité du CHU de TREICHVILLE – Abidjan.

Med Afr Noire 1995 ; 42 (12) : 602-604

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MEMINTA Prénom : Ousseyni

Titre de la thèse : Hémorragies du post-partum

Lieu d'étude : Service de Gynécologie Obstétrique Du Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. A propos de 85 cas

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective et longitudinale transversale descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI, allant de février 2007 à Janvier 2008 soit 1 an. Pendant cette période, 5475 accouchements ont été colligés en salle d'accouchement dont 85 cas d'hémorragie du post-partum, soit une fréquence de 1,55%. Cette fréquence nous paraît élevée, mais s'explique par le manque de structure, de personnel adéquat associés aux conditions socio-économiques. Les étiologies les plus retrouvées sont :

- hémorragie de la délivrance : 52,9%
- traumatisme de la filière génitale : 43,5%,
- endométrite hémorragique : 3,5%,
- placenta accreta : 1,2%.

La prise en charge a été :

- la réanimation à travers, la perfusion, la transfusion,
- chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase
- le taux de mortalité était de 2,4%.

Mots-clés : Hémorragie, post-partum, CSRéf CVI

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 clandestins 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