

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2009-2010

N° THESE: _____

THESE

*Les hémorragies de la délivrance au
Centre de Santé de Référence de la
Commune V du District de Bamako*

A PROPOS DE 112 CAS

*Présentée et soutenue publiquement le/...../2009 devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie par :*

Monsieur Sékou DIAKITE

*Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)*

JURY :

Président du Jury : Professeur Salif DIAKITE

Membre du Jury : DOCTEUR Soumana Oumar TRAORE

Co - Directeur de Thèse : Docteur Niani MOUNKORO

Directeur de Thèse : Professeur Mamadou TRAORE

Je dédie ce travail

A ALLAH LE TOUT

PUISSANT ET

MISERICORDIEUX

Par ta bonté et ta grâce, Merci de m'avoir permis d'accomplir ce travail jusqu'au bout.

**Au Prophète Mohamed
Paix et salut sur lui.**

- A mon père Feu Daouda DIAKITE

Tu es le grand absent de cet évènement.

Ce travail est le fruit de la patience et de la convivialité.

Je ne trouverai jamais assez de mots pour exprimer toute mon admiration et ma fidèle affection.

Ton soutien matériel et moral ne m'ont jamais faits défaut.

Merci cher père ! Pour tout ce tu as fait pour moi.

Le destin a voulu que tu ne participes pas à la récolte des fruits mûrs de l'arbre que tu as planté.

Qu'ALLAH puisse t'accueillir dans son paradis et dors en paix. Amen !

A ma mère : Fatoumata DIAKITE

Tu as tant souffert pour tes enfants. Tes sacrifices en notre faveur sont inestimables et ont fait de nous ce que tu as souhaité.

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

Que Dieu le tout puissant t'accorde une longue vie dans la paix et le bonheur auprès de nous.

L'honneur de ce travail te revient.

- A mon épouse : Bintou SOUMARE

En témoignage de notre amour et de notre vie commune,

Femme de principe, tu as supporté tous mes caprices, ton amour, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut.

Que le tout puissant nous guide sur la route du bonheur et de la réussite. Tu resteras un modèle pour moi. Merci pour tout, je prie le bon Dieu qu'il protège notre union jusqu'à la fin de nos jours.

A tous mes frères et sœurs, cousins et cousines, merci pour le soutien que vous m'avez apporté.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU
JURY**

**A notre Maître et Président du jury
Professeur Salif DIAKITE
Professeur titulaire de Gynécologie -
Obstétrique à la FMPOS**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations, votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et membre du jury
Docteur TRAORE Soumana Oumar
Gynécologue – Obstétricien,
Praticien au Centre de Santé de
Référence de la Commune V,**

Cher maître, vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.

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

Cette thèse est l'occasion de vous remercier pour votre courtoisie.

**A notre Maître et Codirecteur de thèse
Dr Niani MOUNKORO
Maître Assistant en Gynéco – Obstétrique,
à la F.M.P.O.S.**

Cher maître,

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Que le Tout Puissant, vous guide et vous donne toujours la force pour

l'encadrement des étudiants en année de thèse

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

A notre maître et Directeur de thèse professeur Mamadou TRAORE

**Professeur Agrégé de Gynécologie - Obstétrique
Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie - Obstétrique (S.A.G.O) ;**

Coordinateur national de GESTA International ;

Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle ;

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

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

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

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

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes oncles et tantes :

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour tout le soutien que vous m'avez apporté, soyez rassurés de ma disponibilité et de mon profond attachement.

A mes frères et sœurs :

Mamadou Diakité, Djibril Diakité, Moussa Diakité, Modibo Diakité, Oumou Diakité et Dama Diakité que puissent se resserrer d'avantage les sentiments fraternels qui nous animent tous.

A mes amis :

Dr Keïta Issa ;

Dr Nouhoum A Diakité ;

Dr Chaka Kalifa Malla ;

Dr Moussa F Berthé ;

Dr Aly Arsiké Coulibaly ;

Dr Traore Rokiatou T Sangaré ;

Monsieur Boubacar Cissé ;

Monsieur Douro dit Seydou Ouologuem ;
Plus que des amis vous avez été pour moi des frères.

A mes cadets Internes et Externes du service :

Courage et bonne chance !

Au Dr Pierre Adégné Togo

Chirurgien – Maître Assistant à la FMPOS

Merci de votre encadrement de qualité plus qu'un maître vous avez été pour nous un frère. Que le bon Dieu t'accorde une vie heureuse.

Au Dr Oumar M Traoré

Gynécologue obstétricien au C.S.Réf C V, nous avons appris beaucoup de vous ; Homme rigoureux, merci pour tous ce que vous avez fait pour notre formation.

A Monsieur Mamadou Diallo pour ta gentillesse et ta constante disponibilité durant tout ce travail. Merci pour tous.

A tous les DES de gynécologie obstétrique merci pour votre franche collaboration.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BDCF : bruits du cœur foetal

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : consultation prénatale

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

Cm : centimètre

C S Réf : Centre de Santé de Référence

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie

GATPA : Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HTA : Hypertension Artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

IM : Intra musculaire

IV : Intra veineuse

Mn : Minute

NFS : Numération et Formule Sanguine

OAP : Œdème Aigue du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDF : Produit de Dégradation de la Fibrine

PFC : Plasma Frais Congelé

RU : Rupture Utérine

TA : Tension Artérielle

TC : Temps de Coagulation

TCK : Temps de Céphaline Kaolin

TP : Taux de Prothrombine

TS : Temps de Saignement

UI : Unité Internationale

USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils

< : Inférieur ;

> : Supérieur ;

≤ : inférieur ou égal ;

≥ : supérieur ou égal.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITE	7
METHOLOGIE	36
RESULTATS	47
DISCUSSIONS ET COMMANTAIRES	56
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	78
REFERENCES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Selon Merger R. les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures, qui suivent l'accouchement anormale par leur quantité plus de 500ml et leurs effets sur l'état général [39].

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. [20].

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel ». Cette assertion soutenue par Rivière M. [50] 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 à la grossesse.

Selon l’OMS sur 585 000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesse et de l’accouchement, un quart succombe par l’hémorragie de la délivrance. [37]

En France une étude récente révèle que les hémorragies du post partum constituent la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie de la délivrance fréquemment en association avec la césarienne et les troubles de la coagulation constituent les principales causes de décès maternel dans les pays développés. [16]

Les stratégies de prévention sont traditionnellement axées sur la période anté-partum. Cependant une analyse récente a conclu que le post partum constitue aussi un moment critique « aussi bien aux USA que dans les pays en développement. Plus de 60% de décès maternels surviennent pendant le post partum » a rapporté l’analyse de neuf études publiées depuis 1985. [30]

Dans les pays en développement 125 000 décès maternels sont enregistrés chaque année par l’hémorragie de la délivrance.

Au Congo RDC et au Nigéria sur une étude territoriale 5% des femmes non suivies pendant la grossesse développement une hémorragie de la délivrance avec un taux de décès de 6,9%. [22]

Au Nigeria 1,62% des 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. [5]

Ce taux est loin de ceux retrouvés à Cuba où il a été à 31,7/100 000 naissances vivantes en 1960 à 18/100 000 naissances vivantes en 1982.

Cette variation en 1960 et en 1982 [11] témoigne de l'instauration d'une politique de soins prénatals.

Au Mali, le taux d'hémorragie de la délivrance particulièrement élevé de 2,7% en 1989 selon Diallo B. [19], est dû fait de l'insuffisance et ou de l'inexistence de couverture sanitaire dans certaines localités et du manque de personnel qualifié, et l'existence de certaines traditions en vigueur encore dans nos sociétés traditionnelles.

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : anémie, accidents et complications de la transfusion sanguine, choc hémorragique, coagulopathie aiguë, hystérectomie d'hémostase, insuffisance rénale, hépatique imposent de dépister et d'en apprécier la gravité, de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement. [28]

Dans ce but pour les prévenir il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue d'hémorragie et de connaître un terrain prédisposant (les facteurs de risques).

Ce travail se propose d'étudier les hémorragies de la délivrance dans notre service.

Les objectifs que nous nous sommes assignés sont les suivants :

OBJECTIFS

1- OBJECTIFS

✓ Objectif général

Etudier les hémorragies de la délivrance au Centre de Santé de Référence de la Commune V du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2007.

✓ Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer la fréquence des hémorragies de la délivrance ;
- 2- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes;
- 3- Identifier les causes des hémorragies de la délivrance ;
- 4- Décrire la prise en charge ;
- 5- Evaluer le pronostic maternel ;

6- Proposer des recommandations.

GENERALITES

II- GENERALITES

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel » [50].

Cette assertion de Rivière est restée une vérité seulement dans son temps mais aussi 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.

1- Rappel anatomique (P. Kamina-Utérus gravide [31])

1.1- Configuration externe de l'utérus

Il présente trois parties : le corps, le col et l'isthme.

- ❖ Le corps présente deux faces : l'une antéro-inférieure (vésicale) plane légèrement convexe, l'autre postéro-supérieure (intestinale) toujours convexe, une base (le fond utérin) deux bords latéraux (droite et gauche) [21].
- ❖ Le col, cylindrique, donne insertion au vagin qui le divise en deux portions ; supra vaginale et vaginale [21, 25,47].

- ❖ L'isthme utérin est situé entre le corps et col utérin.

1.2- Configuration interne de l'utérus

L'utérus est creusé d'une cavité qui est aplatie dans son ensemble d'avant en arrière. Le rétrécissement correspondant à l'isthme la divise en deux parties :

- ❖ L'une corporeale triangulaire, c'est la cavité utérine
- ❖ L'autre cervicale fusiforme, c'est le canal cervical qui présente deux orifices supérieur et inférieur (ou interne et externe) [21].

1.3- Moyens de fixité de l'utérus

Les systèmes de maintien de l'utérus sont classés en trois groupes pouvant assurer chacun plusieurs fonctions [21].

✓ Système de soutènement

L'utérus est soutenu par la vessie, le vagin, les muscles éleveurs de l'anus, le fascia pelvien.

✓ Système de suspension

Il est composé par les ligaments utéro-sacraux en arrière, les ligaments pubo-vésico-utérins en avant, les paramètres et les paracervix latéralement.

✓ Système d'orientation

Les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacraux maintiennent l'antéversion ; les ligaments larges (les mésomètres) limitent la latérotation.

1.4- Structure de l'utérus

Il est constitué de trois tuniques de dehors en dedans :

- ❖ La séreuse péritonéale.

- ❖ La musculuse qui comprend trois couches :
 - La couche externe qui est composée d'une couche superficielle faite de fibres longitudinales et le profond fait de fibres circulaires.
 - La couche moyenne qui est faite de fibres plexiformes.
 - La couche interne qui est faite de fibres circulaires.

- ❖ La troisième tunique est la muqueuse : c'est l'endomètre qui est tapissé de cellules épithéliales cylindriques [24, 36, 48].

1.5- La vascularisation et innervation de l'utérus

1.5.1- Vascularisation de l'utérus

L'utérus est vascularisé par :

- **L'artère utérine :**

Origine : Elle est issue de l'artère iliaque interne (artère hypogastrique).

Trajet : La portion rétro-ligamentaire est dirigée presque verticalement contre la paroi pelvienne en bas, en avant et dedans, jusqu'au niveau de l'épine ischiatique.

La portion sous-ligamentaire se dirige transversalement en avant et en dedans vers le col utérin, puis surcroise l'uretère en dessinant une croise à 15mm au dessus et en dehors du cul de sac latéral du vagin.

La portion intra-ligamentaire est verticale le long du bord latéral du corps utérin, puis se termine au niveau de la corne utérine en se divisant en trois branches :

- Artère rétrograde du fond
- Artère tubaire médiale
- Artère ovarique médiale
- **Les collatérales de l'artère utérine :**
 - Artère vésico-vaginale
 - Artère urétérale
 - Artère cervico-vaginale
- **Les artères accessoires :** l'artère ovarienne, l'artère du ligament rond.
- **Les veines :** elles se drainent dans les veines utérines, les veines ovariennes et les veines du ligament rond.
- **Les vaisseaux lymphatiques :** se rendent aux nœuds lymphatiques iliaques externes, iliaques internes et sacrés [12, 21 ,24 ,36].

1.5.2- Innervation de l'utérus

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

2- Utérus gravide

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

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

A terme son poids varie entre 90 et 1200g. Sa capacité à terme est de 4 à 5 l [19].

2.1- Le corps utérin

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

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

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

A terme, l'épaisseur des parois est de 8 – 10 cm au niveau du fond et de 5 – 7cm au niveau du corps [20].

2.2- Le col utérin

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [20].

2.3- Le segment inférieur

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

- **Forme** : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- **Dimensions et limites** : le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur, 9 – 12 cm de largeur et 3 – 5 cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.
Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale.
- **Structure** : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- **Caractère** : son caractère essentiel est la minceur 2 à 4 mm, 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 – utero – pelvienne. la minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

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

❖ **Sur le plan clinique :**

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

❖ **Sur le plan physiologique :**

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

❖ **Sur le plan pathologique :**

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

3- Le placenta

En latin Placenta signifie Gâteau.

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [36].

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

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

3.1- Structure du placenta

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

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

Le placenta comprend 2 faces et 1 bord :

3.2- La face fœtale

Encore appelée plaque chorale, lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous – jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque

choriale émet en direction de la chambre inter - villeuse, une arborisation villositaire organisée en système tambour.

On distingue parmi ces villosités :

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

3.3- la face maternelle

Encore appelée la lame basale est charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profond séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [20]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse.

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

Entre les deux plaques se trouve la chambre inter villose [22]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque choriale.

3.4- Le bord

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

3.5- La physiologie du placenta

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

3.6– La circulation placentaire

Elle est double : maternelle et fœtale :

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

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

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

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

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

- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [36].

- Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 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 » [20].

4- Les membranes de l'œuf

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans le quel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

5- L'amnios

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

6 – Le chorion

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

7- La caduque

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

A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [20].

8- Définitions

8.1- Hémorragie de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500ml lors d'un accouchement par voie basse, plus de un (1) litre après césarienne) et leurs effets sur l'état général (39).

9- Modification physiologique hématologiques de l'organisme féminin lors de la grossesse

9.1. Les modifications du volume circulant

Il se produit une augmentation du volume circulant jusqu'à 40% en fin de grossesse (soit 1200 à 1500ml).

Cette augmentation se fait plus sur le volume plasmatique (+50% que sur le volume érythrocytaire (+24%) ce qui explique une bonne tolérance maternelle pour les pertes hémorragiques de l'ordre de 1000ml.

9.2- Les modifications de la coagulation

On observe :

- ✓ une tendance à l'hyper coagulabilité ;
- ✓ une augmentation des facteurs I, VII, VIII, X, XII,
- ✓ les facteurs IX et XI stables ;
- ✓ une diminution de la capacité fibrinolytique se produit.

Mais au moment du décollement placentaire, on note une augmentation de l'activité fibrinolytique donc une coagulopathie de consommation.

10- Physiologie de la délivrance

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et de ses membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglée par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase.

➤ La phase de décollement

Le décollement est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare, de la contraction utérine qui le provoque.

○ **Temps préparatoire**

La rétraction utérine est un phénomène passif et permanent caractérisé par la diminution du volume de l'utérus après l'expulsion du fœtus, compensée par l'augmentation d'épaisseur de ses parois. Mais l'épaisseur respecte la zone placentaire, qui reste mince. Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta. Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque, dont le clivage est ainsi préparé. Ce temps correspond à la phase de rémission publique.

○ **Décollement proprement dit**

Mais c'est la contraction utérine, phénomène actif, qui en est la principale cause. Les procédés d'enregistrement l'apparition immédiate, dès après l'accouchement. La contraction augmente d'intensité au bout de 10 à 15mn : phase clinique de la reprise de la contractilité.

La contraction accentue l'effet de la rétraction. Elle provoque un clivage de la caduque, soit à la jonction des couches superficielle et profonde, soit en pleine zone superficielle, soit irrégulièrement suivant un trajet qui emprunte çà et là l'un des plans précédents.

Le clivage de la muqueuse, en ouvrant les sinus veineux détermine les foyers hémorragiques qui confluent en une nappe sanguine continue : l'hématome rétroplacentaire physiologique, qui à son tour aide à parfaire le décollement. Celui-ci termine la zone pariétale amincie à disparu, le corps utérin a partout la même épaisseur.

➤ **La phase d'expulsion**

Sous l'influence des contractions utérines puis de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se plisse, surélevant le

corps utérin. Les membranes entraînées à leur tour, se décollent en se tournant en doigt de gant. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire.

➤ **Hémostase**

Elle est assurée :

- par la rétraction utérine qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les anneaux musculaires de la couche plexiforme. Mais la rétraction n'est possible qu'après l'évacuation totale de l'utérus, condition sine qua non d'une hémostase rigoureuse et durable ;
- par la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Pour que ces différents mécanismes puissent s'exécuter parfaitement, le placenta doit être normal, normalement inséré, sur une muqueuse normale.
- Normaux aussi doivent être la contractilité et les processus de la coagulation. Sinon, les complications de la délivrance risquent de se produire.

11- Eléments de Surveillance du post partum immédiat (0 – 6h du post partum)

1- Vérifier les signes vitaux :

✓ pouls,

✓ TA

2- Surveiller le saignement vaginal,

3- Surveiller le globe de sécurité,

NB : Toutes les 15 mn les deux premières heures, toutes les heures pendant les 3 heures restantes.

- 4- Vérifier la température et la respiration toutes les 4 heures,
- 5- Vérifier si la vessie est pleine et aider la femme à uriner éventuellement une fois par heure,
- 6- Vérifier l'état de déshydratation : soif, sécheresse de la langue, lèvres une fois par heure,
- 7- Evaluer et surveiller l'allaitement au sein une fois par heure,
- 8- Vérifier les réactions psychologiques une fois par heure.

12- Etiologies des hémorragies de la délivrance

Les causes sont de 3 ordres :

12.1. Décollement incomplet du placenta

12.1.1. Erreur technique

- Traction sur le cordon ;
- Expression violente du fond utérin.

12.1.2. Adhérence anormale entre placenta et utérus

C'est la conséquence d'une altération de la muqueuse de l'utérus elle-même consécutive à :

- Un curetage antérieur, surtout dans le post-partum ;
- Une délivrance artificielle antérieure ;
- Cicatrices utérines : myomectomie, césarienne, interventions plastiques sur l'utérus ;
- Atrophie de la muqueuse (Hypoplasie) ;

- Etat inflammatoire de la muqueuse (Endométrite).

Ou la conséquence d'une insertion anormale du placenta :

- Sur le segment inférieur (placenta prævia) ;
- Sur le cloison d'un utérus mal formé ;
- Sur une surface trop grande (grossesse gémellaire) [29].

13- Inertie utérine

Une fois le placenta désolidarisé et expulsé, le muscle utérin rétractile et contractile assure l'hémostase. Ce mécanisme peut être en défaut (Inertie utérine) pour les raisons suivantes :

13.1- Epuisement du muscle utérin

- Travail prolongé ;
- Abus des ocytociques ;
- Infection amniotique ;
- Multiparité.

13.2- Surdistension utérine

- Grossesse multiple ;
- Gros fœtus ;
- Hydramnios.

13.3- Anesthésique volatil : type halogéné

13.4. Pathologie maternelle

- Obésité, diabète, toxémie, âge maternelle > 39ans. [3]

13.5- Troubles de la coagulabilité sanguine

Ceux-ci sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastine provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une 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 fibrine. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

Devant ces troubles de la coagulation il faut demander un bilan sanguin :

- la NFS ;
- le taux de plaquettes ;
- le taux de fibrinogène et de prothrombine ;
- les facteurs V, VIII, les produits de dégradation de la fibrine (PDF) ;
- le temps de quick ;
- le temps de lyse des caillots ;
- un test de VON KAULLA : temps de lyse d'un caillot d'euglobiline.

Ce bilan permet de différencier une CIVD d'une fibrinolyse circulante : il s'agit de CIVD si la numération des plaquettes est effondré inférieur à 50000 mais le test de VON KAULLA est normal.

Il s'agit de fibrinolyse si la numération des plaquettes est normale mais le test de VON KAULLA est diminué, les PDF sont très augmentés. [29, 43, 41]

14. Diagnostic

14.1. Diagnostic positif

14.1.1- L'hémorragie

L'hémorragie peut être extériorisée à la vulve qu'il faut donc surveiller cliniquement.

L'hémorragie peut ne pas s'extérioriser, rester à l'intérieur de la cavité utérine.

- L'utérus reste trop gros et trop mou son fond remonte après expression manuelle.
- L'hémorragie peut ne se laisser soupçonner que par les signes généraux.

14.1.2- Signes généraux

Sont ceux de l'hémorragie abondante entraînant un état de choc hypovolémique :

- ✓ Soif, vertiges, lipothymies, agitation ou somnolence ;
- ✓ Pâleur du visage, nez pincé, extrémités froides ;
- ✓ Accélération du pouls et chute de la pression artérielle.

14.2- Diagnostic différentiel

Il faut éliminer les autres hémorragies, contemporaines certes de la délivrance, mais ayant leur origine ailleurs qu'au niveau de la zone d'insertion du placenta sur l'utérus.

Elles sont reconnues par :

- ✓ L'examen de la vulve et du périnée : déchirure vulvaire, ruptures de varices vulvaires ;
- ✓ L'examen sous valves du vagin et du col : déchirure du col, déchirure du vagin ;
- ✓ La révision utérine à la main : déchirure du segment inférieur [29].

15. Les Complications des hémorragies de la délivrance

- Conséquences de l'état de choc hypovolémique et CIVD : Anurie, Anémie ;
- Lésions ischémiques avec atteintes organiques ;
- Syndrome de sheehan (insuffisance hypophysaire dû à une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse occasionné par un accouchement dystocique) ;
- L'hystérectomie d'hémostase (43) ;
- La plus redoutable : le décès maternel.

16. Traitement préventif

Il consiste à :

Les CPN recentrées en vue de dépister les femmes à risques de faire une hémorragie de la délivrance.

16.1- La GATPA

C'est la gestion active du troisième stade de l'accouchement qui consiste l'injection de 10 unités d'ocytocine en IM juste après

l'expulsion de la tête fœtale, la traction contrôlée du cordon et le massage utérin.

16.2- Respecter la physiologie normale de la délivrance

Ne pas essayer de gagner du temps, ou de « tricher » en tirant sur le cordon ou en essayant de décoller le placenta par expression manuelle du fond utérin. L'expectative ne doit cependant pas dépasser 30mn ; délai après lequel il convient de faire une délivrance artificielle.

16.3- Examiner soigneusement et systématiquement le placenta et les membranes

Après chaque accouchement pour savoir s'il est complet.

16.4- Traitement de la cause

La prise en charge obstétricale sera entreprise immédiatement. Le but de cette action commune est :

- ✓ d'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamique correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation ;
- ✓ corriger les conséquences de l'hémorragie.

16.4.1- Première étape

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

16.4.2- Délivrance artificielle

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

- ✓ l'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'un casque 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 ou abdominale 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. Le 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.

16.5- Révision utérine

Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut 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, d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine et l'empêche de se rétracter.

16.6- 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 opératrices pour exposition correcte du col et des culs-de-sac vaginaux.

16.7. Classes pharmacologiques

Essentiellement 3 produits qui sont utilisés dans les hémorragies de délivrance. Les ocytociques, les prostaglandines, les dérivés de l'ergot de seigle.

16.7.1- Les Ocytociques

Analogue synthétique de l'ocytocine post hypophysaire : l'ocytocine (syntocinon) c'est le plus utilisé en 1^{ère} intention

- Présentation : ampoules de 5UI voie IM, IV, intramyométrale
Action immédiate par voie IV, durée 1 heure ;
Perfusion de 10 à 15 UI dans un cristalloïde ;

Bolus de 5UI (risque d'hypotension).

- Dose maximale : 80UI

Si inefficace après 15mn d'utilisation passé aux prostaglandines.

16.7.2- Les Prostaglandines

Action puissante et précoce sur le myomètre

PG endogènes : rôle capital sur la rétraction utérine

Deux (2) produits commercialisés :

PGE 2 ou sulprostone : Nalador

Moins d'effets systématiques et gastro-intestinaux pour le Nalador.

➤ Le sulprostone : Nalador

- Présentation : Ampoules de 500mg à diluer dans du sérum salé isotonique
- Voie : IV ou intramyométrile, voie IM interdite, jamais bolus IV. Efficacité excellente (90%) si délai d'administration <30'
- Effet secondaires : nausées, vomissements, hyperthermie, chute de la PA à forte dose (vasodilatation), pics hypertensifs, constatés lors d'administration de bolus IV
- Précaution d'emploi : HTA, cardiopathie, asthme, troubles graves de la hépatique, ATCD comitiaux.

16.7.3- Les dérivés de l'ergot de seigle

➤ Méthyl ergométrine : methergin

- Présentation : en ampoules de 0,2mg
- Voie IM uniquement en obstétrique.....
- Délai d'action 2 à 5 minutes et durée de 4 à 6 heures
- Posologie : 0,2mg à renouveler si besoin

- CI si HTA sévère, toxémie gravidique, affections vasculaires oblitérantes, cardiopathie, en association avec les macrolides.
- Effets secondaires cardiovasculaires puissants : HTA, IDM, OAP, (43)

16.7.4- Curatif : Prise en charge initiale : ce qu'il faut en pratique

17- Buts

- Arrêter l'hémorragie
- Compenser les pertes sanguines.

18- Moyens

18.1- Moyens médicaux

✓ Monitoring

Pression artérielle, fréquence cardiaque, diurèse, coloration (feuille de surveillance) ;

Deux (2) voies veineuses de gros calibre ;

Oxygénothérapie au masque.

✓ Prélever du sang

Groupage – rhésus

Numération formule sanguine, plaquettes

TP, TCA, facteurs I, II, V, VI, X, D dimères, temps de lyse des euglobulines (à répéter dans le temps +++), groupe sanguin phénotypé, +/- bilan pré transfusionnel.

Au lit de la patiente ou sur place en urgence : estimation de l'hématocrite par mini centrifugation ou de l'hémoglobine prélevé sur un tube sec dès qu'il y a un doute sur l'existence d'une coagulopathie.

Commander des concentrés érythrocytaires adaptés à la situation.

▪ **Correction de l'hypovolemie**

C'est la priorité de la réanimation. Elle doit tenir compte du fait que l'hémorragie extériorisée est toujours inférieure à la déperdition sanguine réelle.

- Prendre deux voies veineuses sûres ;
- On utilisera des macromolécules du sang frais si nécessaires. [41]

▪ **Correction des troubles de coagulation**

Cette lutte doit être précoce. Elle passe par le maintien de l'hématocrite à l'aide de transfusions sanguine avec de préférence l'utilisation de PFC décongelé permettant d'apporter du fibrinogène et des facteurs de coagulation ; des macromolécules.

La transfusion des concentrés de plaquettes est nécessaire que si le taux est inférieur à 50000 surtout s'il s'agit des anomalies du temps de saignement. [41]

▪ **Les petits moyens**

On peut procéder soit à :

Un packing utérin : mèches, champs imprégnés d'hémostatiques ;

Une irrigation intra-utérine par prostaglandines.

▪ **Les alternatives chirurgicales**

Le choix de la technique (ligature vasculaire une hystérectomie) est basé sur :

- les antécédents obstétricaux ;
- le degré de l'hémorragie ;
- la stabilité hémodynamique ;
- l'expérience du chirurgien.

▪ **Les ligatures vasculaires**

Ligature des artères utérines : efficacité = 95%, plutôt préconisée dans l'atonie utérine.

Ligature des artères hypogastriques, moins efficace (50%)

Intérêt : diminution de l'apport sanguin avec hypoxie de la région qui facilite la rétraction utérine.

▪ **L'hystérectomie d'hémostase**

Intervention ultime, radicale pour la survie maternelle.

Elle s'impose :

Si l'état hémodynamique est difficilement contrôlable, avec échec des traitements ocytociques.

Si l'utérus est inconservable : placenta accreta, rupture utérine.

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (9 C S Com) qui s'y réfèrent.

La maternité du Centre de santé de référence de la commune V comprend :

- Une Unité grossesses à risque
- Une Unité accouchement/suites de couches

- Une Unité de soins après avortement (SAA)
- Une Unité de néonatalogie
- Une Unité de CPN (Consultations prénatales)
- Une Unité de PF (Planning familial) et post natales
- Une Unité bloc opératoire
- Une Unité des urgences gynécologiques et obstétricales

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Deux étudiants en DES de gynéco-obstétrique
- Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- Deux sages femmes
- Une aide soignante
- Un infirmier anesthésiste
- Un technicien de laboratoire
- Un(e) caissier (e)
- Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Au niveau de l'organisation matériel du service de garde, l'équipe dispose de :

- Quatre tables d'accouchement
- Deux salles d'opération fonctionnelles
- Un dépôt de sang
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff quotidien a eu lieu tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Mercredi après le staff.

2- Type d'étude

C'est une étude prospective, transversale et descriptive.

3- Période d'étude

Elle s'étend sur une période de 12 mois (du 1 janvier 2007 au 31 décembre 2007).

4- Population d'étude

Il s'agit de toutes patientes admises au Centre de Santé de Référence de la Commune V pour travail d'accouchement.

5- Echantillonnage

✓ Critères d'inclusion

Toutes les accouchées ayant présenté une hémorragie de la délivrance dans le service ou évacuées d'autres structures sanitaires pour hémorragie de la délivrance.

✓ **Critères de non inclusion**

Les accouchées ayant présenté des hémorragies du post partum par :

- déchirure du vagin ;
- déchirure périnéale et ou vulvaire ;
- déchirure du col ;
- rupture utérine.

Accouchées ayant présenté des hémorragies génitales au-delà de 24 heures.

✓ **Taille de l'échantillon**

Il s'agit d'un échantillon exhaustif portant sur tous les cas d'hémorragies de la délivrance dans le service.

Nous avons enregistré 112 cas sur 7462 accouchements dans le service pendant la période d'étude de 12 mois.

6- Les variables étudiées

L'âge ;

La parité ;

La profession ;

La provenance ;

L'état matrimonial ;

Le motif d'admission ;

Les antécédents ;
Les causes ;
Le poids foetal ;
La mortalité ;
La morbidité ;
Le traitement;
Le pronostic.

7- Support des données

La collecte des données a été faite à partir des supports suivants portés en annexes

- ✓ Fiches d'enquête (voir annexes),
- ✓ Dossiers obstétricaux,
- ✓ Les carnets de CPN,
- ✓ Registre de comptes rendus opératoires,
- ✓ Registres d'accouchement,
- ✓ Fiches d'anesthésie,
- ✓ Registre d'anesthésie,
- ✓ Registre de référence/évacuation des patientes,
- ✓ Dossiers médicaux,
- ✓ Registre de transfusion sanguine.

7- Saisie et analyse des données

Les données récoltés 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 (Center for Disease Control and Prevention).

Quant à la saisie et le traitement 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 le dit besoin nous avons utilisé deux logiciels : **Microsoft Word et Excel Office 2003** installées sur la dite machine.

8- Définitions opératoires

- Primigeste = 1 grossesse
 - Paucigeste = 2 à 3 grossesses
 - Multigeste = 4 à 5 grossesses
 - Grande multigeste \geq à 6 grossesses
 - Nullipare = 0 accouchement
 - Primipare = 1 accouchement
 - Paucipare = 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 cmhg, taux d'hémoglobine \leq 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.

- Etat général passable : tension artérielle entre 9/5 cmhg et 10/6 cmhg, 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 cmhg, taux d'hémoglobine \geq 11g/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.

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

- Anémie sévère : taux d'hémoglobine \leq 6g/dl ;

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

Evacuation : C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication ;

- Référence : C'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une patiente présentant une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de la structure où l'on exerce

9- Déroulement pratique de l'étude

Nous avons distingué 2 cas de figures :

- celles qui ont accouché dans notre service et qui ont fait leur hémorragie de la délivrance ;
- celles qui ont été admises après l'accouchement dans un contexte d'hémorragie de la délivrance.

1^{er} cas de figure

Les patientes ayant accouché dans notre service ont bénéficié de la GATPA (Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement) et aussi en fonction des facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance, de perfusion d'oxytocine en perfusion de 10 – 20 UI et ou le misoprostol 200µg, 4 - 5 comprimés en intra rectal.

L'usage du méthyl ergométrine est exceptionnel compte tenu de ses nombreuses contre indications.

2^{ème} cas de figure

Concerne les patientes ayant accouchées dans d'autres structures sanitaires et qui ont présentées des hémorragies de la délivrance et admises à cet effet dans notre service.

Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

La prise en charge est pluridisciplinaires, car mobilise toute l'équipe de garde (médecins, sages femmes, faisant fonction d'internes, Anesthésistes, aides chirurgicaux, filles de salle, garçons de salle, brancardiers, les laborantins, les pharmaciens et les étudiants).

- **Mesures de réanimation** : une fois un diagnostic de l'hémorragie de la délivrance posée nous avons procédé à :

- la prise de deux (02) voies veineuses avec le cathéter G 18 ou G 16 ;
- un remplissage vasculaire par le Ringer lactate ou serum salé 0,9% en moyenne 1,5l en 15 – 20mn ;
- un prélèvement sanguin ou le groupage sanguin AB0 facteur Rhésus pour celles qui n'avaient pas été groupée ;
- un prélèvement sanguin pour le taux d'hémoglobine et l'hématocrite ;
- une commande de sang isogroupe isorhésus ;
- une transfusion sanguine si nécessaire ;
- la mise en place d'une sonde urinaire à demeure ;
- une oxygénation si nécessaire à raison de 6 litres par mn.

Traitement obstétrical

Nous avons deux (2) situations :

- **Placenta non délivré** : nous procédons à :

- la délivrance artificielle ;
- la révision utérine ;
- le massage utérin ;
- l'administration d'oxytocine 10 – 15 UI en IVD, IM et ou en perfusion dans le Ringer lactate ;
- misoprostol comprimés de 200µg 4 -5 comprimés en intra rectal.

- **Placenta délivré** : nous procédons à :

- la révision utérine ;
- le massage utérin ;
- l'administration d'oxytocine 10 – 15 UI en IVD, IM et ou en perfusion dans le Ringer lactate ;
- misoprostol comprimés de 200µg 4 -5 comprimés en intra rectal.

NB : Dans tous les cas l'usage de méthyl ergométrine était vraiment exceptionnel.

- Examen sous valves à la recherche d'éventuelles lésions des parties molles associées qui feront l'objet de suture.

Traitement chirurgical

Après avoir épuisé tous les moyens obstétricaux (non chirurgicaux) et que l'hémorragie persiste on procède à laparotomie pour :

- triple ligature artérielle (artères utérine, utéro ovariennes et des ligaments ronds)
- et exceptionnelle l'hystérectomie d'hémostase (totale ou subtotale a été notre ultime recours.

Dans tous cas après la prise en charge, la surveillance se poursuivait à l'aide d'une fiche de surveillance (voir annexe)

NB : L'avis et l'aide du chef de service ont toujours été obtenus dans la prise en charge efficace et efficiente de ces hémorragies.

Pour obtenir la collaboration de la famille des patientes nous avons tenu à les informer de l'évolution de l'état des patientes.

- Après la gestion de l'urgence les patientes sont hospitalisées dans les services pour période qui est fonction du retentissement de

l'hémorragie sur l'état général. Durant ce séjour les soins administrés étaient entre autre :

- ✓ la poursuite de la transfusion en cas de nécessité,
 - ✓ le traitement martial,
 - ✓ l'antibiothérapie,
 - ✓ le lever précoce,
 - ✓ l'héparinothérapie (lovenox) parfois ;
- Pansement à J9 pour les opérées sauf cas de processus infectieux local (suppuration pariétale) avant ce délai.
 - Ablation totale des fils à J11.
 - Les patientes sont revues en consultation post natale entre 6 à 8 semaines du post partum, pendant cette consultation beaucoup de thèmes y sont abordés notamment l'espacement des naissances (pour celles qui n'ont pas été hystérectomisées ni ligaturées des trompes.

Les difficultés de l'étude

La problématique de dotation en produits d'urgence et en sang au niveau du service a été un handicap sérieux dans certains cas, pour la prise en charge rapide.

RESULTATS

IV- RESULTATS

1- Fréquence

Pendant notre étude du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2007 nous avons enregistré 7462 accouchements dont 112 cas d'hémorragie de la délivrance soit une fréquence de 1,50%.

2- Caractéristiques socio – démographiques des femmes

Tableau I : Répartition des accouchées en fonction des tranches d'âges

Tranches d'âges	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	18	16,1%
20 - 34 ans	69	61,6%
≥ 35 ans	25	22,3%
TOTAL	112	100%

N.B :

Les âges extrêmes : 19 ans et 45 ans

Age moyen : 31,9 ans ± 7,9 ans

Age médian : 32 ans

Tableau II : Répartition des accouchées en fonction de leurs résidences

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune V	102	91,1%
Baguinéda	3	2,7%

Sirakoro – Meguetana	2	1,8%
Kati	5	4,4%
TOTAL	112	100%

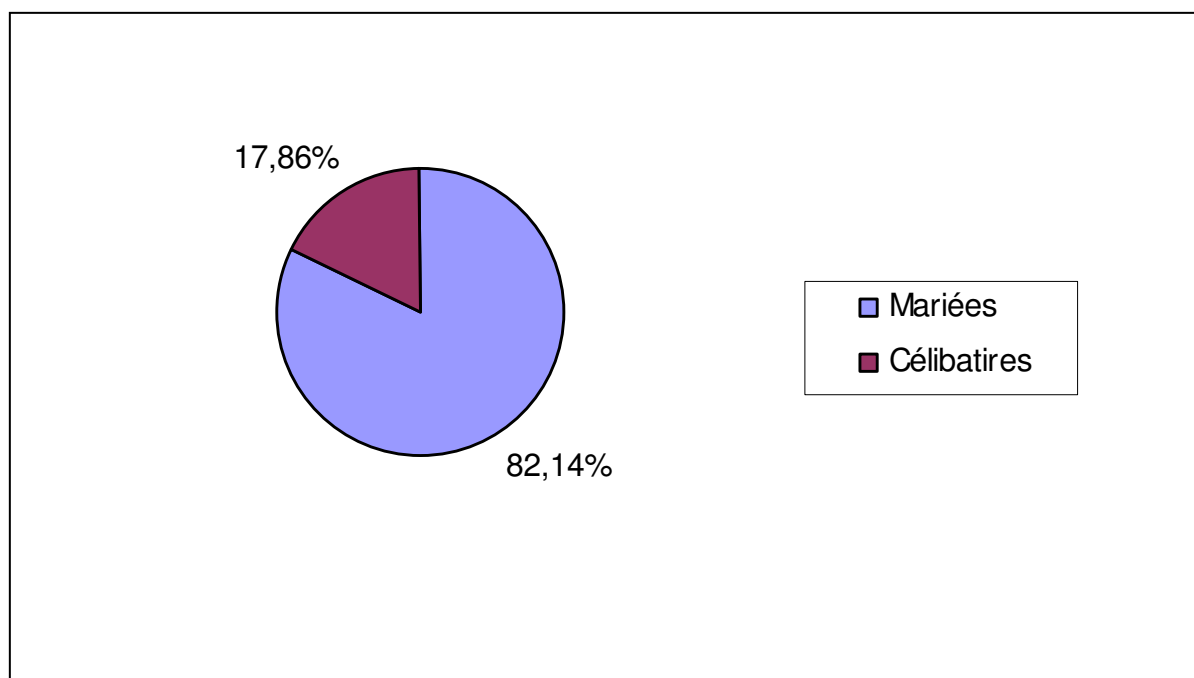


Figure 1 : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial

Tableau III : Répartition des femmes en fonction de la profession

	Effectif	Pourcentage
--	----------	-------------

Profession		
Sans profession	94	84,0%
Aide ménagère	7	6,2%
Vendeuse	11	9,8%
TOTAL	112	100%

Tableau IV : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruite	80	71,4%
Primaire	20	17,9%
Secondaire	7	6,2%
Supérieur	5	4,5%
TOTAL	112	100%

3- Antécédents :

Tableau V : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	20	17,8%
Paucipare	17	15,2%
Multipare	17	15,2%
Grande multipare	58	51,8%
TOTAL	112	100%

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des ATCD d'avortement

ATCD d'avortement	Effectif	Pourcentage
Non	100	89,3%
Oui	12	10,7%
TOTAL	112	100%

Tableau VII : Répartition des femmes selon les antécédents médicaux

ATCD	Effectif	Pourcentage
Aucun	93	83,0%
HTA	9	8,0%
Diabète	2	1,8%
Drépanocytose	1	0,9%
Autres	7	6,3%
TOTAL	112	100%

Autres : gastrite (3), asthme (2), migraine (1), vertige (1)

Tableau VIII : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	14	45,2%
Myomectomie	5	16,1%
Curetage	12	38,7%
TOTAL	31	100%

4- Motif d'admission

Tableau IX : Répartition des femmes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référée	32	28,6%
Evacuée	50	44,6%
Venue d'elle-même	30	26,8%
TOTAL	112	100%

Tableau XI : Répartition des femmes selon le motif d'admission

Motif d'admission		Effectif	Pourcentage
Evacuée après Accouchement	Hémorragie de la délivrance	50	44,6%
	Rétention Placentaire	24	21,4%
Evacuée en travail	HTA+Oedème	2	1,8%
	Gros fœtus	2	1,8%
	Utérus cicatriciel	4	3,6%
Venue d'elle-même en travail		30	26,8%
TOTAL		112	100%

5- Causes

Tableau XII : Répartition des femmes selon que le placenta soit ou non délivré

Type de rétention placentaire	Effectif	Pourcentage
Hémorragie de la délivrance avec placenta délivré	88	78,6%
Hémorragie de la délivrance avec placenta non délivré	24	21,4%
TOTAL	112	100%

Tableau XIII : Répartition des femmes selon la cause de l'hémorragie

Cause de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Atonie utérine	88	78,6%
Rétention partielle du placenta	17	15,2%
Rétention totale du placenta	7	6,2%
TOTAL	112	100%

6- Grossesse actuelle

Tableau XIV : Répartition des femmes en fonction du nombre CPN effectuée

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	5	4,4%
1 – 3	97	86,7%
≥ 4	10	8,9%
TOTAL	112	100%

Tableau XV : Répartition des femmes en fonction de la Hauteur Utérine (HU) en cm

HU (cm)	Effectif	Pourcentage
≤ 32	14	36,8%
33 – 35	20	52,6%
≥ 36	4	10,6%
TOTAL	38	100%

NB : les 74 autres avaient déjà accouché avant l'admission et aucun document ne nous a permis d'avoir la mesure de la hauteur utérine

Tableau XVI : Répartition des femmes en fonction de la quantité du liquide amniotique

Quantité du liquide	Effectif	Pourcentage
Normale	26	68,4%
Hydramnios	1	2,6%
Oligo – amnios	3	7,9%
Quantité non appréciée	8	21,1%
TOTAL	38	100%

NB : Les 8 femmes ont été admises avec membranes déjà rompues.

7- Accouchement

Tableau XVII : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	98	87,5%
Césarienne	14	12,5%
TOTAL	112	100%

Tableau XVIII : Répartition des femmes en fonction de la durée du travail

Durée de travail en h	Effectif	Pourcentage
< 8 h	20	66,7%
8 – 12 h	8	26,6%
≥ 12 h	2	6,7%
TOTAL	30	100%

Heures extrêmes : 8 h et 12 h

Durée moyenne du travail : 10 h

8- Prise en charge

Traitements médicaux

Tableau XX : Répartition des femmes en fonction du traitement médical

Traitement médical	Effectif	Pourcentage
Ocytocique	112	100%
Misoprostol	20	17,8%
Cristalloïde	112	100%
Antibiotique	112	100%
Supplément en fer	112	100%

Tableau XX : Répartition des femmes en fonction de la nécessité de transfusion

Nécessité de transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	20	17,9%
Non	92	82,1%
TOTAL	112	100%

NB : Nous n'avons disposé que du sang total pour la transfusion

Traitement obstétrical

Tableau XXII : Répartition des femmes en fonction du traitement obstétrical

Attitudes obstétricales	Effectif	Pourcentage
Révision utérine	112	100%
Massage utérin	100	100%
Délivrance artificielle	7	6,3%

✓ Traitement chirurgical

L'hystérectomie totale a été réalisée chez 5 de nos femmes soit une fréquence de 4,5% des cas.

9- Pronostic maternel

Tableau XXV : Répartition des femmes en fonction de la morbidité

Morbidité	Effectif	Pourcentage
Anémie	70	82,4%
Endométrite	13	15,3%
Thrombophlébite	2	2,3%
TOTAL	85	100%

Tableau XXVI : Répartition des femmes en fonction du pronostic vital

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Non décédées	104	92,9%
Décédées	8	7,1%
TOTAL	112	100%

Tableau XXVII : Répartition des femmes en fonction du résultat d'hémoglobine à l'entrée

Résultat Hb (g/dl)	Effectif	Pourcentage
---------------------------	-----------------	--------------------

≤ 6	20	17,9%
[7 – 10]	48	42,9%
> 10	44	39,2%
TOTAL	112	100%

10- Causes du décès

Tableau XXVIII : Répartition des femmes en fonction des circonstances du décès

Circonstances du décès	Effectif	Pourcentage
Choc hypovolémique	4	50%
Trouble de la coagulation	1	12,5%
Décès constatés à l'arrivée	3	37,5%
TOTAL	8	100%

N.B : Tous les cas de décès ont concerné les patientes ayant accouchées en périphérie et évacuées dans notre service après les complications hémorragiques.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes décédées en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
ADASCO	2	25%
ASACODA	1	12,5%
ASACOSABI	1	12,5%
C.S.Réf Ouéléssebougou	2	25%
Structure sanitaire privée	2	25%
TOTAL	8	100%

Tableau XXIX : Répartition des femmes décédées en fonction de la parité

Nombre de décès	Effectif	Pourcentage
Paucipare	3	37,5%
Multipare	5	62,5%
TOTAL	8	100%

Tableau XXXI : Répartition des femmes en fonction du nombre de fœtus

Nombre de fœtus	Effectif	Pourcentage
Unique	89	79,5%

Gémellaire	22	19,6%
Triplet	1	0,9%
TOTAL	134	100%

Tableau XXXII : Répartition des nouveaux – nés selon le poids à la naissance

Poids en gr	Effectif	Pourcentage
< 2500	33	26,4%
2500 - 3999	88	70,4%
≥ 4000	4	3,2%
TOTAL	125	100%

NB : 22 cas de grossesses gémellaires

DISCUSSIONS

&

COMMENTAIRES

V- COMMENTAIRES

1- Fréquence

Du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 nous avons colligé 7462 accouchements dont 112 cas d'hémorragie de la délivrance soit une fréquence de 1,5%.

Notre fréquence s'explique par l'inexistence de stratégies de prévention des hémorragies de la délivrance et par l'insuffisance de personnel qualifié dans la plus part des structures socio-saniatires de la commune également par la persistance des accouchements à domicile (accouchements non assistés).

Ce taux est inférieur à celui de Diallo. B [19] qui a trouvé 71 cas d'hémorragies sur 4033 accouchements soit 2.07% et celui de Delcour. M [17] qui trouve 2%. Il est égal à celui de Goffinet. A [25] qui trouve une fréquence entre 1,50%.

2- Facteurs socio-démographiques

2.1- Tranche d'âge :

La tranche d'âge comprise entre 20 et 34 ans a été la fréquence la plus élevée avec un taux de 61,1%.

Elle correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue. Dans cette tranche d'âge, notre taux est inférieur à celui de Keïta. S [31] et de Coll [2] qui ont apporté respectivement 63% et 68,7%.

2.2- Lieu de provenance

50/112 soit 44,6% de nos femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance avaient été évacuées d'autres localités. 91,1% des femmes venaient des CSCOM.

Akpadza K et Coll [1] ont rapporté 39% d'évacuation qui est inférieur à notre taux.

Le manque de personnel qualifié pendant la garde oblige les CSCOM et maternités de la commune à référer les accouchées en cas de moindre saignement.

2.3- Scolarisation

80 de nos femmes n'étaient pas scolarisées soit 71,4%.

La connaissance des complications, et des risques liés à la grossesse et à l'accouchement semble selon de nombreux auteurs proportionnels au niveau intellectuel de la patiente.

Notre taux est supérieur à celui de Diallo. B [19] qui est de 62%, 30/112 de nos femmes étaient scolarisées soit 28,4%.

2.4- Profession

94/112 soit 84% de nos femmes étaient sans profession.

Ces résultats nous montrent que l'hémorragie de la délivrance semble être plus fréquente dans les couches défavorisées. Ces femmes sont soumises aux travaux du foyer pendant la grossesse, ces efforts peuvent être pourvoyeurs d'accouchements prématurés, ou d'accouchements après un travail laborieux. Elles sont d'ailleurs le plus souvent anémiées au cours de la grossesse.

Ces états morbides peuvent faire place à une hémorragie de la délivrance.

Ce taux est supérieur à celui de Diallo. B [19] qui trouve 70,4%.

3- Antécédents personnels

3.1- Antécédents médicaux

L'HTA est la pathologie la plus fréquente avec un taux de 8% contre 5,4% chez Diallo. B [19].

3.2- Antécédents chirurgicaux

14/112 de nos femmes avaient subi une césarienne soit 12,5% et 5/112 de nos femmes avaient un antécédent de myomectomie soit 4,4%. Ce taux est supérieur à ceux de Alihonou. E et Coll. [2] qui ont rapporté respectivement un taux de 30,9% et 4,3%.

Ces cicatrices peuvent être le siège d'une adhérence placentaire qui sera d'une hémorragie de la délivrance par placenta accreta.

3.3- Antécédents gynéco obstétricaux

3.3.1- Parité

58/112 soit 51,8% de nos femmes étaient des grandes multipares, un taux supérieur à celui de Alihonou. E et Coll [2] qui trouve 39,74%.

Les primipares et les grandes multipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement un taux 17,8% et 51,8%.

Au cours de cette étude nous avons constaté que le risque de complication de l'accouchement est aussi élevé chez les grandes multipares que chez les primipares.

Les grandes multipares sont des grandes pourvoyeuses d'hémorragie de la délivrance du fait du mauvais état rétractile de leur muscle

utérin et le regain de confiance que celles-ci ont acquéri au cours des grossesses antérieures. Cette confiance en soit fait qu'elles ne font pas correctement les CPN hors un adage dit que « l'habitude n'exclut pas le danger ».

Ce taux est inférieur à celui de Alihonou. E [2] qui trouve 60,26% pour les grandes multipares. Diallo. B [19] trouve 12,7% pour les grandes multipares, Akpadza et Coll [1] trouvent 6,85.

3.3.2- Avortements et Curetage

10,7% de nos patientes ont un ATCD d'avortement avec curetage.

La révision utérine avec curette provoque une agression mécanique de la muqueuse utérine. Cette lésion peut être le siège d'une adhérence partielle du placenta qui est cause d'hémorragie de la délivrance [40].

Notre taux est inférieur à celui de Diallo. B [19] qui avait trouvé 22,5%.

4- La grossesse actuelle

4.1- La consultation prénatale (CPN)

97 de nos gestantes avaient effectué au moins une CPN soit 86,7%. Cela nous fait dire les CPN ne sont pas jusque là correctement effectuées dans notre commune puisqu'elles n'ont pas permis de dépister ces patientes à risque.

De nombreux auteurs évoquent que la qualité de la CPN dépend du pronostic maternel de l'accouchement. Parmi ceux – ci Cardoso [10] après une étude en 1960 trouvait 25% de décès maternel par suite

d'hémorragie de la délivrance. En 1982 il a trouvé 6% et avait lié cette variation à une politique de soins prénatals.

Notre taux est supérieur à celui de Keïta. S [31] qui trouve 49%. 13,4% n'avaient pas fait de CPN soit 15 cas. 47,4% de nos gestantes avaient régulièrement effectuée les CPN ($CPN \geq 4$) et qui est inférieur à celui de Keïta. S [31] qui trouve 49%. Nous n'avons pas de chiffres antérieurs.

4.2- Hauteur Utérine (HU)

A terme la HU doit être inférieure ou égale à 35cm.

4/38 soit 10,6% avaient une HU > 36cm. La HU excessive dans notre série s'explique soit par :

- Un hydramnios 1,8%;
- Une macrosomie fœtale 3,6%;
- Une grossesse multiple 20,5%.

Dans tous les cas il s'agit d'une surdistension qui est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance. Keïta. S [31] rapporte 5% inférieur à notre taux.

4.3- La durée du travail

L'étude montre que 20/30 soit 66,7% de nos femmes ont accouché après une durée de travail très courte (comprise entre 2 à 6 heures). Lorsque le travail est très court cela entraîne une hypertonie utérine avec formation en général de l'anneau de contraction sur une partie quelconque de l'utérus, et derrière cet anneau, le placenta se décolle, la partie de l'organe non concerné par l'anneau de contraction ne se décolle pas (ceci favorise un décollement partiel du placenta) [38]. Notre taux est largement supérieur à celui de Diallo. A [18] 14,10%.

6,7% soit 2 cas avaient accouché après une durée de travail très longue (12 à 72 heures) ce taux est inférieur à celui de Alihonou. E et Coll qui trouvent 56,95% dans une étude rétrospective [2].

En effet plus le travail est long, laborieux, plus la femme s'épuise, son utérus également se fatigue, d'où une mauvaise rétraction utérine après expulsion du fœtus, et l'hémorragie de la délivrance s'ensuit.

5- Mode d'accouchement

Parmi nos femmes 98/112 soit 87,5% ont accouché par voie basse et 10,7% ont accouché à domicile. Ainsi la place des accouchements à domicile est indéniable dans la genèse des hémorragies de la délivrance.

Deux situations peuvent expliquer ces résultats :

- ✓ Première situation : l'accouchement est brutal avec expulsion en bloc du fœtus et de ses 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 d'où l'hémorragie.
- ✓ Deuxième situation : l'accouchement se déroule dans des conditions normales et la délivrance a été effectuée par une personne non qualifiée ne respectant pas la physiologie de la délivrance.

Bhatia. JC [5] rapporte 25% d'accouchement à domicile dans son étude. Ce taux d'accouchement à domicile est supérieur à celui de Diallo. A [18] 5,12%.

6- La rétention placentaire

Elle a été observée chez 21,4% de nos femmes soit 24 cas. La rétention placentaire peut-être complète ou partielle nécessitant donc une délivrance artificielle ou révision utérine. Ce résultat est inférieur à celui de Akpadza. K et Coll [1] qui trouve 29,44% de rétention placentaire et à celui de Lanko Andé. J ; Ouedrago. A, Ouedrago. CN et Touré. B [33] qui ont trouvé 54,5% de rétention placentaire.

7- Inertie utérine

Au cours de notre étude 88/112 soit 78,6% de nos femmes ont présenté une inertie utérine après délivrance. Akpadza. K et Coll [1] trouvent 44,73% inférieur à notre taux.

24,5% ont été rapporté par Lankoandé J. et Coll. [33] inférieur à celui de notre étude. Ce taux explique que l'inertie utérine est la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance. Les facteurs favorisant : la multiparité, surdistention utérine, travail long ou court.

8- Pronostic maternel :

Au cours de notre étude nous avons déploré 8 cas de décès maternel soit 7,1%.

Ce taux de létalité élevé lié aux hémorragies est dû non seulement au retard dans la référence, mais aussi à l'absence de prise en charge au moment de la référence surtout la prise de voie veineuse d'une part ; d'autre part par le manque de produits sanguins (sang total, PFC) et de produits d'urgence pour une meilleure prise en charge. Notre taux de létalité maternelle est inférieur à celui de Alihonou et Coll [2] qui

ont enregistré 21,85% de cas de décès maternel. Il est supérieur à celui de Dargent. D [15] 0%, Delecours [17] a trouvé 4%.

Le taux de létalité maternelle est de 1,62% dans la série de Etuks. Jasuquoef [21]. Cela nous explique que les hémorragies de la délivrance sont la première cause de décès maternel

9- Pronostic foetal

9.1- Nombre de nouveau nés

Des cas de grossesses multiples notamment les gémellaires ont été enregistrés ainsi 22 des nouveaux – nés soit 19,9% étaient des jumeaux.

Les grossesses multiples sont un facteur d'exposition aux hémorragies de la délivrance car la masse placentaire est importante ; le champ de décollement est vaste et la contractilité est moins bonne Alihonou. E et Coll [2] trouvent 3,97% inférieur à notre taux.

9.2- Poids de naissance

La macrosomie foétale (poids supérieur ou égale à 4000g) a été retrouvée chez 4/125 soit 3,2% des nouveaux nés.

Le gros poids cause généralement de surdistention utérine est incriminé dans la genèse des hémorragies de la délivrance.

Notre taux est inférieur à celui de Akpadza et Coll qui ont trouvé 6,6%.

9.3- Mort in utero

Nous avons colligé 19 cas de mort-nés, soit 14,9% dont 15 cas de mort in utero.

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 patiente.

Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Keïta. S [31] qui a trouvé 12,3% de mort-nés.

10- Complications

22,3% de nos femmes soit 25 cas ont présenté une complication, et 68% de celles-ci ont pu être sauvées.

Ces complications ont été soit :

- Choc hypovolémique 11 cas/25 soit 44% ;
- Troubles de la coagulation 6 cas/25 soit 24% ;
- Décès maternel 8 cas/25 soit 32%.

Le décès maternel est la complication la plus fréquente et la plus redoutable des hémorragies de la délivrance.

Cette situation s'explique souvent par la disponibilité du sang pour compenser les pertes, mais parfois l'impossibilité de prendre les voies veineuses en raison du choc voir du collapsus.

11- Traitement

11.1- Traitement médical

Dans notre étude seulement 20/112 soit 17,9% de nos femmes ont été transfusées.

La pénurie de sang nous à empêcher de transfuser toutes les patientes qui auront pu en bénéficier.

Ce taux est inférieur à celui de Lankoande. J et Coll [33] 54,1%.

Au cours de notre étude toutes nos femmes ont bénéficié de traitement médical.

C'est ainsi qu'à l'admission toutes nos femmes ont subi un examen systématique, nous avons ensuite adopté les attitudes suivantes :

- Prise d'une voie veineuse sûre avec un cathéter G18;
- Procéder à un examen sous valves et à une révision utérine ;
100 patientes soit 89,3% étaient concernées par ce geste ;
- Administration d'utérotoniques (oxytocine et Methyl-ergométrine) en l'absence de contre-indication ;
100% de nos patientes ont bénéficié d'oxytocine.
- Réparation des conséquences de l'hémorragie par l'apport de substituant macromoléculaires ou du sang et/ou dérivés dans les cas où la perte sanguine était estimée mal tolérée (quantité de sang perdu > 2000cc, avec pâleur des conjonctives, taux d'hémoglobine < 6g/dl ; 80 de nos patientes soit 71,4% ont bénéficié d'une administration de prostaglandine Misoprostol (Cytotec) 3 à 5 comprimés en intra rectal avec une efficacité de 80%.

11.2- La prise en charge obstétricale

100% de nos patientes ont bénéficié la révision utérine.

Elle a permis d'assurer l'hémostase dans 40% des cas contre 39,33% des cas rapporté par Diallo. B [19].

6,2% de nos patientes ont bénéficié d'une délivrance artificielle contre 13% rapporté par Keïta. S [31].

73,2% de nos patientes ont bénéficié d'un massage utérin contre 18,8% rapporté par Keïta. S [27].

11.3- Traitement chirurgical

L'hystérectomie d'hémostase a été effectuée dans 5 cas soit 4,5%. Ce taux est inférieur à celui noté par Diallo A. [18] au CHU Gabriel Touré en 1989 qui était de 5,18%.

Le recours aux traitements chirurgicaux au cours d'une hémorragie de la délivrance est une dernière alternative pour arrêter l'hémorragie après échec de tous les moyens thérapeutiques.

Il peut s'agir d'hystérectomie, de l'embilisation, de capitonnage des artères utérines (étude effectuée par Cristalli. B et Coll [13] ligature des artères hypogastriques comme indiqué par Salava et Coll [52] qui a effectué cette technique chez 53 femmes parmi lesquelles 12 cas d'atonie utérine avec 100% de réussite. Ces techniques n'ont pas été pratiquées au cours de notre étude.

Notre série d'hystérectomie est inférieure à celle de Diallo. A [18] qui a trouvé 5,12%.

CONCLUSION

&

RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION

Ce travail est le résultat d'une étude transversale qui a eu lieu au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2007.

L'étude a porté sur 112 patientes sur un total de 7462 accouchements soit une fréquence de 1,5%.

La principale étiologie retrouvée a été l'atonie utérine avec une fréquence de 73,2%.

Les principaux facteurs de risques sont :

- la multiparité ;
- la surdistention utérine ;
- le travail long ou court.

Les hémorragies de la délivrance constituent encore une complication redoutable de l'accouchement et la principale cause de mortalité et de morbidité maternelles. Elles nécessitent de ce fait un diagnostic et un traitement précoce et approprié.

A cet effet nous partageons le point de vue du professeur Lacomme. M concernant cette pathologie, selon qui : « en matière de délivrance, qui veut gagner du temps en perd ». « Je veux non pas vous dire, mais vous crier que la plupart des accidents de la délivrance sont produits ou surtout aggravés par les erreurs technique, par les insuffisances de surveillance par la limite ou le retard apporté à user des thérapeutiques efficaces ».

Au terme de cette étude nous proposons les recommandations suivantes :

VII- RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

Aux prestataires en gynéco-obstétrique

- ✓ Respecter les normes et procédures en matière de prévention et de la prise de l'hémorragie du post partum en général et de l'hémorragie de la délivrance en particulier ;

Aux autorités administratives et politiques du pays

- ✓ Doter les centres de santé périphérique en moyen logistique pour assurer le transport rapide des cas d'hémorragies ;
- ✓ Doter régulièrement les centres de santé de référence en médicaments d'urgence et de sang ;
- ✓ Equiper les services d'obstétrique des CSRéf en unités de réanimation ;
- ✓ Equiper les salles d'accouchement en appareil d'échographie et de cardiotocographie ;
- ✓ Renforcer les capacités du personnel de santé pour une prise en charge rapide et efficace des cas d'hémorragies ;
- ✓ Doter les centres de santé de proximité en ressource humaine suffisante de qualité et en matériels pour un dépistage précoce des anomalies survenant au cours de la grossesse;
- ✓ Décentraliser le centre national de transfusion sanguine dans les structures obstétrico - chirurgicales.

A l'intention des communautés et des gestantes

- ✓ Suivre régulièrement et précocement les CPN ;
- ✓ Faire les examens demandés lors des CPN ;
- ✓ Accoucher dans des centres d'obstétrico-chirurgicaux ;
- ✓ Accepter la surveillance du post partum immédiat au moins 6 heures de temps dans la structure ;
- ✓ Consulter ou retourner au centre où l'accouchement a été effectué dès saignement important ou vertige.

REFERENCES

1- Akpadak. Aks ; Baetas; Adama. A ; Hodonou. Les hémorragies de la délivrance CHU Tokoin clinique Gynéco – obstétrique, Lomé, Méd d’Afrique Noire ISSN0465-4668 coden Magnas Senda, 1994, vol 41.

2- Alihonou. E et Coll. Hémorragie de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 15 cas), publication médicale africaine N°121 page 8-11, 2002.

3- Bertauld ; Pigne Hémorragie de la délivrance ; prise en charge actuelle, la presse médicale : (1983) ISSN 0755-4982, Coden PRMEEM, FIRA, DA 1995 vol 24 n°30 PP 1397 – 1399, ABS Anglais, Bibl 15 ref langue française.

4- Benard. P et Coll Le traitement des hémorragies obstétricales incercibles d’origine utérine. Revue de gynéco – obstétrique et praticien, Nov 1989 IP 29-34.

5- Bhatia. JC Maternal mortality in Anantapur district India preliminary finding of the study WHO Genève (11 – 15 nov 1985).

6- Boisselier. P ; Pigne. A et Coll L’hystérectomie d’hémostase en obstétrique y a-t-il encore des indications dans le post partum immédiat ?

J de gynécologie obstétrique et Biol reprod 1981 ; 10, 501, 512.

7- Bourdon. J L’appel d’urgence en obstétrique, Gynécol obstét prat, 1980, 3, 4,5,7 1981.

- 8- Bouvier Coll, MH, Varnoux, Costes, Hatton. F ; Mortalité maternelle en France, fréquence et raison de sous estimation dans la statistique des causes médicales de décès, J Gynécol obstét reprod, 1991, 1991 20-885-851.
- 9- Cardoso UF ; Maternal Mortality in Cuba WO Genève du 11-15 nov 1985.
- 10- C.D. Dotou. Amoussou ; Contribution à l'étude de la mortalité maternelle en République de Bénin. Thèse med Cotonou 1987 n°339.
- 11- Cissé. A. G ; L'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves, Thèse de Doctorat en Med, Bamako 1988 n°1.
- 12- Clark SL, Yehsy, Phelan JP et AL Emergency hysterectomy for obstétric Hemorrhage-obst et Gynécol, 1984, 64, 376-380.
- 13- Christalli. B, M. Levardon, V. Izard,, A. Cayol ; Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales, reprod. 1991, 20, 851, 854, MASSON, Paris 1991.
- 14- Dailland. P Hémorragie de la délivrance et du post – partum in SCHOEFFER.P, Ed. Anesthésie et Analgésie en Obstétrique. Paris, MASSON 1992. 203 – 222.
- 15- Dargent. D Hémorragies graves de la délivrance. Gynécol Obstét 1981. 58-426-429.

16- David Lewin et Coll Obstétrique Ellipses © copyright 1994, Ed Marketing, Paris P 174-178.

17- Delecour. M Encyclopédie des urgences médico - chirurgicales
724209A10

18- Diallo. A.O Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT ; Thèse de Med N°11 1989.

19- Diallo. B Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de Med N° 125 ; 2000.

20- Ecole Secondaire de Santé. Projet « Maternité Sans Risque » Formation continue des sages-femmes 1994/1995 ; 1995/1996 ; 1996/1997

21- Etuk ; Sj Asuquee Mortalité maternelle suivant l'hémorragie du post – partum au Calabar 6 ans de revue.

Journal de médecine de l'Afrique de l'Ouest 16(3) ; 165 1999 juillet à septembre.

22- Evans. S. Mcshanep The efficacy of internal ligature in obstet hemorrhage. Surg gynecol. Obstet 1985 160-250-253.

23- Fernandez. H. Hémorragies graves en obstétrique. 35^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation, conférences d'actualisation ; Paris Masson 1993 ; 511 – 529.

24- Fernandez. H. Les hémorragies graves de la délivrance ; prise en charge obstétricale Hôpital Antoine Béléé Clarmart – France.

<http://www.sfmp.net/site/publications/hemodelivr2htm.2001>

25- Goffinet. F. Hémorragies de la délivrance, prise en charge en France et intérêt des prostaglandines Accouchement prématuré déclanchement artificiel du travail ; hémorragie de la délivrance. Journal de gynéco – obstét et biol de la reproduction 1997 vol 26 N° sup P 26 – 33.

26- Goffinet. H ; Hadd. B ; Carbone B ; Sebbane ; Papierni Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance. Journal de gynéco – obstét et biol de la reproduction ISSN 0368 – 2315 Codem JGOBAC ; FRA ; DA ; vol24 ; pp 209-216 ABB ANGLAIS BIBLIO 25 REF.

27- Goldstein. AI ; Kent ; B.D ; David. A. Prostaglandins F2 vaginal suppositories in the tritment of intractable late onset post – partum hemorrhage 1983 rev FRA.

28- De Tourris. H; Henrion. R; Delecour. M. Abréger illustré de gynécologie obstétrique 6^{ème} édition.

29- J. Barbot ; M. Bardiaux Santé – Médecine – biologie humaine
UFR de Bobigny Gynéco-obstét tome 1 et 2.

30- Johnc. Sankara. B ; Ambroise F-O ; Wasunna La chirurgie à
l'hôpital de district ; gynéco-obstét, orthopédie et traumatologie OMS
1993 Genève.

31- Keïta. S. Etude des hémorragies du post-partum dans le service
de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point « G » ; thèse de
Médecine 2003 ; N°47.

32- Kupferminc. M J; Gulli; Bak AM A; Daniel. J; Stenhavm; Lessing.
Jb Irrigation intra-utérine avec la prostaglandine F2 Sepha pour
l'hémorragie sévère du post-partum. Université de Telaviv Israel,
Acte de gynécologie obstétrique, scandinave 77 (5) 548 – 550 Mai
1998.

33- Lacomme. M. Pratique obstétrique ; édition Masson ; Paris 1960
Tome 1.

34- Lankoande. J ; Ouedrago. A ; Ouedrago. CM; Touré. B; Bonaive.
B; Dao. B ; Ouattara. T ; Sondo. B ; Kone. B ; Hémorragie de la
délivrance à la maternité de Yalgaado Ouedrago CHU de
Ouagadougou. Burkina Faso. Dakar médical 43 (1) 578 – 1998.

35- Lansac. J ; Bodyg La pratique de l'accouchement ; 3^{ème} édition
Masson Paris 1983 ; 1997 ; ISBN : 2-225-83024 ; P344-350.

36- Lopez. P La délivrance normale Rev med 1977 18 N°9 ; 453 – 454.

37- Lutond. Sibon. Y. O Gynécologie obstétrique ; Collection préparatoire à l'internat ellipses édition marketing SA 1997 ; P 93-94.

38- B. Lynchc ; Cokera ; Lawal. AH. The surgical technique of control of massive post partum hemorrhage: alternative to hysterectomy. Five cases reprotect Br J obstet gynecol 1997 104: 372 – 375.

39- R Merger; J. Levy; J Melchoir Précis obstétrique 6ème edition 1982 P 315 – 320.

40- R Merger; J. Levy; J Melchoir Précis obstétrique 6^{ème} édition Masson.

41- Mme Marega. F C Contribution à l'étude de l'hématome rétro placentaire à l'hôpital du Point G. thèse de Med Bamako 2001 N°99.

42- Marpeul ; Rhimiz ; Laurel etal. Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance. J. gynécol obstét biol reprod. 1992 27 233-235.

43- Dr Nathalie Provost, Darch1. Hémorragies de la délivrance, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Février 1999.

<http://www.jlar.com/epu%20résumé/2099htm>

44- Ould Lardz ; Taleb A Hmedl Utilisation des prostaglandines dans les hémorragies obstétricales par atonie utérine Rev fra gynécol obstét 1.75 n° 565-566.

45- Organisation Mondiale pour la Santé Réduction de la mortalité maternelle déclaration commune OMS/FNUAP/BANQUE MONDIALE Genève 1999.

46- NET WORK Des meilleurs soins dans le post partum sauvent des vies. Net work 1997 vol N°7

47- Pambouo et Coll Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville. Médecine Afrique Noire 1996 ; 43 (7) Pages 418 – 422.

48- Pelage JP et Coll Prise en charge des hémorragies graves du post partum par embolisation artérielle J Gynécol obstét Biol Reprod 1999 ; 28 : 55-61.

49- Peter S.J L'obstétrique actuelle édition PSR la roche Rigault 1991

50- Rivière M Mahon A et Coll 26 observations des placentas de décollement prématuré du placenta inséré bas critique.

51- Samam CM Thérapeutique médicale des saignements ; 33^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation VIII^{ème} journée franco-québécoise conférence d'actualisation. Paris Masson 1991 107-116.

52- Salsa J. Nahmanocivi C. Minquete Racinetic. Indications et techniques de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies Rev Fr Gynécol obstét 1981.

53- Sidibé A Anesthésie réanimation face aux hémorragies obstétricales. Thèse de méd n°16 1991.

54- Suzanne FY et Coll Hémorragies obstét graves (du post partum immédiat) Encyclo méd chirurgicale. Paris obst S 103-A-10-12-1982.

55- Torriller ; Janvier G ; Lahayef ; Harran MH Hémorragies graves du post partum immédiat ecyclo med chir (elservier Paris) obstét 5-0-8L-A-10. 1991 : 1-10.

56- Read JA ; Cotton O.B ; Miller.F.C. Placenta accreta : changing clinical aspects. Obstét gynécol 1986; 56: 31-34.

57- Tsirolnikov M La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricaux. J gynécol obstét biol réprod 1979-8-751-753.

58- Seguy B ; Baudet JH ; Révision accélérée en obstétrique 2^{ème} édition SA édition Paris.

59- Touré – Coulibaly. K ; Les hémorragies d'hémostase en obstétrique. Etude de 74 cas observés à la maternité du CHU de TREICHVILLE – ABIDJAN. Médecine d'Afrique Noire : 1995 ; 42(12).

60- Walder. J ; Misoprostol prévention de l'hémorragie du post partum femme moderne 7 (9) 23 – 1997 septembre.

61- Watson. P Post partum hémorragie in associated urth poor houssing not multipary Bostwaana Lancet 1986.

QUESTIONNAIRE

HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE AU C.S.Réf C V

N° Dossier / _____/

Q1- IDENTIFICATION

NOM / PRENOM / _____/

AGE / _____/

RESIDENCE / _____/

1=urbaine 2= rurale

ETHNIES / _____/

1=bambara 2=malinké 3= peulh 4=sarakolé 5=autres

Si autre préciser / _____/

SCOLARISATION / _____/ 1=oui 2=non

PROFESSION / _____/ 1=femme au foyer 2=aide ménagère 3= vendeuse 4=Autres

Si autre profession, préciser / _____/

STATUT MATRIMONIAL / _____/

1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve 5=autres

Si autre, préciser / _____/

MODE D'ADMISSION / _____/ 1=venue d'elle-même 2=évacuée 3=référée

LIEU DE PROVENANCE / _____/

DATE / _____/ _____/ _____/

Q2- ANTECEDENTS

ANTECEDENTS MEDICAUX / _____/

1=HTA 2=drépanocytose 3=diabète 4=asthme 5=autres

Si autre ant méd, préciser / _____/

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX / _____/

1=appendicectomie 2=GEU 3=césarienne 4=cystectomie 5=péritonite

Q3- GYNECOLOGIQUE

DEMARCHE EN ANNEE / _____/

DUREE DES REGLES / _____/ en jours

CARACTERE DU CYCLE / _____/ 1=régulier 2=irrégulier

CONTRACEPTION / _____/ 1=oui 2=non

PATHO DE L'UTERUS / _____/ 1=oui 2=non

Si oui préciser, patho / _____/

Q4- OBSTETRICaux

GESTITE / _____/

PARITE / _____/

ENFANTS VIVANTS / _____/

ENFANTS DECEDES / _____/

AVORTEMENTS / _____/ 1=oui 2=non

Si avortements / _____/ 1=provoqué 2=spontané

Curetage / _____/ 1=oui 2=non

Si curetage / _____/ 1=digital 2=instrumental

ACCOUCHEMENT PREMATURE / _____/ 1=oui 2=non

ACCOUCHEMENT MULTIPLE / _____/ 1=oui 2=non

Q5- CARACTERE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

NOMBRE DE FŒTUS / _____/

CPN / _____/ 1=oui 2=non

Si oui, le nombre de CPN / _____/

TERME DE LA GROSSESSE / _____/ 1=avant terme 2=terme 3=post terme

HYDRAMNIOS / _____/ 1=oui 2=non

HU / _____/ en cm

CBF1 / _____/ 1=oui 2= non

Si oui la fréquence CBF1 / _____/ btts/mn

CBF2 / _____/ 1=oui 2= non

Si oui la fréquence CBF2 / _____/ btts/mn

CBF3 / _____/ 1=oui 2= non

Si oui la fréquence CBF3 / _____/ btts/mn

MFA / _____/ 1=oui 2=non

DUREE DU TRAVAIL EN HEURE / _____/

CARACTERE DES CONTRACTIONS UTERINE / _____/

1=toutes les 5mn l cu

2=toutes les 10mn l cu

3=toutes les 15mn l cu

4=toutes les 30mn l cu

5= autres

Si autre cu à préciser / _____/ mn

SF / _____/ 1=oui 2=non

Si oui préciser SF / _____/

PRESENTATION 1 / _____/ 1=céphalique 2=siège 3=transverse

PRESENTATION 2 / _____/ 1=céphalique 2=siège 3=transverse

PRESENTATION 3 / _____ / 1=céphalique 2=siège 3=transverse

Q6- ACCOUCHEMENT

ACC. NORMAL / _____ / 1=oui 2= non

EPISIOTOMIE / _____ / 1=oui 2= non

FORCEPS / _____ / 1=oui 2= non

CRANIOTOMIE / _____ / 1=oui 2= non

EXPRESSION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT / _____ / 1=oui 2=
non

ANTISPASMODIQUE / _____ / 1=oui 2= non

Si oui la nature du produit spasmodique

/ _____ /

UTEROTOMIE / _____ / 1=oui 2= non

Si oui la nature du produit utiliser / _____ /

ETAT GENERAL / _____ / 1=bon 2=altéré

CONJONCTIVITES / _____ / 1= colorée 2=pale

TAS / _____ / mmHg

TAD / _____ / mmHg

Q7- ENFANT ISSU DE L'ACCOUCHEMENT

VIVANT 1 / _____ / 1=oui 2=non

SEXE 1 / _____ / 1=féminin 2=masculin

POIDS 1 / _____ / grammes

TAILLE 1 / _____ / cm

VIVANT 2 / _____ / 1=oui 2=non

SEXE 2 / _____ / 1=féminin 2=masculin

POIDS 2 / _____ / grammes

TAILLE 2 / _____ / cm

VIVANT 3 / _____ / 1=oui 2=non

SEXE 3 / _____ / 1=féminin 2=masculin

POIDS 3 / _____ / grammes

TAILLE 3 / _____ / cm

Q8- DELIVRANCE

DELIVRANCE / _____ / 1=normal 2=artificiel

REVISION UTERINE / _____ / 1=oui 2=non

Si oui la RU METHOD / _____ / 1=digital 2=instrumental

RETENTION PLACENTAIRE / _____ / 1=oui 2=non

Si oui, la ret. Plac. /_____/ 1=placenta entier 2=placenta partiel 3=débris placentaire

DELIVRANCE HEMORRAGIQUE /_____/ 1=oui 2=non

UTERUS APRES DELIVRANCE /_____/ 1=inertie 2= globe de
sécurité

COL APRES DELIVRANCE /_____/ 1=sain 2=déchirure

VAGIN APRES DELIVRANCE /_____/

Q9- TRAITEMENT

TRAITEMENT MEDICAL /_____/ 1=oui 2=non

Si oui, les produits

Amoxi /_____/ 1=oui 2=non

Methergin /_____/ 1=oui 2=non

Syntocinon /_____/ 1=oui 2=non

Tothema /_____/ 1=oui 2=non

Metronidazole /_____/ 1=oui 2=non

Haemacel /_____/ 1=oui 2=non

Ringer lactate /_____/ 1=oui 2=non

S. Glucosé /_____/ 1=oui 2=non

S. Salé /_____/ 1=oui 2=non

TRAITEMENT CHIRURGICAL /_____/ 1=oui 2=non

Si oui le type chir. /_____ /

TRANSFUSION /_____/ 1=oui 2=non

NOMBRE D'UNITE DE SANG /_____/

Q10- EXAMENS PARACLINIQUES

GROUPE /_____/ 1=A 2= B 3=AB 4=O

RHESUS /_____/ 1= positif 2= négatif

TAUX D'HG /_____/ g/dl

TAUX D'HT /_____/ %

TEMPS DE SAIGNEMENT /_____/ Mn

PRONOSTIC MATERNEL

MORT MATERNELLE /_____/ 1=oui 2=non

Si oui la cause de la mort /_____/

1=hypovolémie 2=à l'arrivée 3=troubles de la coagulation

TRANSFERT DANS UN AUTRE SERVICE /_____/ 1=oui

2=non

Si oui lequel service /_____ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

Localisation et résumé de la thèse

Nom : DIAKITE

Prénom : Sékou

Titre de la thèse : Les hémorragies de la délivrance au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako (à propos de 112 cas). Année Académique 2007 – 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynéco - Obstétrique

Résumé : 112 cas d'hémorragies de la délivrance enregistrées sur un total un total de 7462 accouchements soit une fréquence de 1,5% du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2007 au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako ont fait l'objet d'une étude prospective, transversale et descriptive.

La principale étiologie retrouvée a été l'atonie utérine avec une fréquence de 73,2%.

Les principaux facteurs de risques sont :

- **la multiparité ;**
- **la surdistention utérine ;**
- **le travail long ou court.**

Les mots clés:

- **Hémorragies de la délivrance,**
- **Atonie utérine ; surdistention utérine.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE