

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But –Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2022 – 2023

Thèse N° _____ /Med

THESE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUE DES HEMORRAGIES DU
TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
AU CSREF DE MOPTI**

Présentée et soutenue publiquement 23/11/ 2023
devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Par: M. Aliou N. TRAORE
Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Mr Alhassane TRAORE, Professeur

Membre : Mr Mamadou SIMA, Maître de Conférences

Co-Directeur : Mr Issa DIARRA, Gynécologue-obstétricien

Directeur : Mr Tioukani A THERA, Maître de Conférences agrégé

Au nom d'Allah, le Clément et le Miséricordieux

Et de son prophète bien aimé Mohamed (Paix et salut sur lui).

Après avoir loué et rendu gloire à Allah qui m'a donné la santé et l'inspiration
nécessaire pour la réalisation de ce travail

Je dédie ce modeste travail,

- A mon père : **Dramane TRAORE,**

Merci pour notre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise, le dévouement au travail, le sens de l'honneur, de la dignité et l'indépendance. Ta première inquiétude était toujours l'instruction de tous les membres de la famille. Ta présence dans chaque étape de notre vie, tes grands soutiens et de nous voire réussir, fon de toi un père exemplaire.

Que le bon Dieu te récompense et te garde aussi bien longtemps parmi nous. Amen.

- A ma mère : **Adiaratou TRAORE,**

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie ; femme respectueuse, tu as su m'inculquer les règles de bonnes conduites ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois.

Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse, aucun mot ne saurait traduire a sa juste valeur.

Puisse ALLAH, le Tout Puissant t'accorde encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

- A ma tante : **feue Kadidiatou TANGARA,**

Merci pour votre éducation, mais mon regret le plus profond est ton départ prématuré, si mes larmes continuent de couler ce que je n'ai pas pu te dire au revoir. Que ton âme repose en paix. Amen

- A mes tontons et tantes plus précisément a **Amadou TRAORE dit AMBOUKAR, Haoussa Traore et son mari yacouba Traoré**

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, bénédictions, hospitalités et soutiens de tout genre.

Votre contribution à mon éducation a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Votre fidélité et votre attention à l'égard de ma réussite sont sans faille. Vous ne cessez de nous inculquer que seul le travail bien fait est libérateur. Que ce travail qui est aussi le vôtre, soit pour vous le gage de mon amour infini. J'espère ne pas vous avoir déçus. Recevez ici mes sincères remerciements, que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

- A mes frères et sœurs Plus particulièrement **Assitan Traore et Oumar D Traore**

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation ; Et vos conseils n'ont jamais fait défaut, Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- A mes amis FMOS - FAPH : Alassane A Traore, Adama Sidibé, Housseyni Kanté, Ibrahima Koné, Mohamed Koita et Oumar Guindo.

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années durant nous nous sommes côtoyés comme des frères. Votre Compréhension, disponibilité, encouragement, attention, soutien moral et matériel constant n'ont pas été vains. Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; Je vous dis courage et merci.

- **A mes amis d'enfance plus précisément Hamel H Traore**, Merci pour ta fidélité, tes contributions, tes encouragements et tes disponibilités, que Dieu te récompense.

REMERCIEMENTS

-La famille TRAORE à Kati sanafara(BKO) : Haoussa Traore

Recevez mes sincères remerciements pour tout ce que vous m'avez fait durant toutes mes études universitaires.

-La famille TRAORE à Faladie BKO : Merci pour tout

-La famille BORE à sevaré (MOPTI) : Moussa K Bore, Arme Bore et Hyliasse Bore,

Votre sens de l'humanisme m'a permis de bénéficier de bonnes conditions pour la réalisation de ce travail. Soyez-en remerciés.

- Aux médecins de la maternité du centre de sante de référence de MOPTI : **Dr Mamadou S Traore, Dr Boukary Guirou, Dr Moussa Dao, Dr Souleymane D Sanogo, Dr Allaye Djongo et Dr Broima Traore**

Pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante tout au long de la formation. Recevez ici les plus sincères remerciements. Votre calme, votre abord facile et votre simplicité sont autant de qualité qui forcent l'admiration, ce travail est le fruit de votre formation je vous remercie infiniment pour votre franche collaboration.

- A toutes les sages de la maternité du CSREF de MOPTI : Mme Fofana Assanatou Dembélé (la maitresse), Mme Teme Yatime Guindo, Mme Keita Tenin Zei Diarra, Mme Sangare Fatoumata B Fofana, Mme Maiga Bintou Maiga, Mme Maiga Djeneba Maiga, Mme Diallo Fatoumata Bah, Mme Tapily Bintou Kassongue et toute les infirmières obstétriciennes.

Merci pour la qualité de votre formation, recevez ici mes plus sincères remerciements, ce travail est le fruit de votre formation.

-Au corps professoral de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Pour l'encadrement et l'enseignement de qualité que vous nous avez donné.
Qu'il me soit permis d'exprimer maintenant toute ma reconnaissance et mon profond respect à vous.

-A tous les étudiants de la 11^{ème} Promotion du numerus clausus :

feu Professeur Gangaly Diallo

-Aux internes du service de Gynécologie-obstétrique : Broima Traoré et Mama Kebe

En souvenir des phases de travail intensif et des moments de détente passés ensemble. Je vous souhaite une brillante carrière et une belle réussite.

-A tous les médecins et infirmiers du centre de sante de référence de Mopti Pour leur collaboration.

-A tous les personnels du cabinet médical **Mawa Diarra** singulièrement à **Dr Kassoum Diarra, Dr Moussa Sougane et le technicien supérieure de la sante Moussa Keita,**

Merci d'avoir gouverné mes premiers pas en matière de la santé

-A tous les personnels du cabinet médical **la Venise, merci pour tous**

-A tous ceux qui m'ont aidé de loin ou de près dans la réalisation de ce travail

Merci à tous que Dieu vous récompense.

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Alhassane TRAORE

- ✓ Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.
- ✓ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- ✓ Spécialiste en chirurgie hépato-biliaire et pancréatique.
- ✓ Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé
- ✓ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- ✓ Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).
- ✓ Membre de la Société Internationale de hernie.

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaine et sociales font de vous un maître accompli respecté et respectable.

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

A notre Maître et membre du Jury
Professeur Mamadou SIMA

- ✓ Maître de conférences à la FMOS
- ✓ Gynécologue obstétricien au CHU Point G
- ✓ Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- ✓

Cher maître,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Issa DIARRA

- ✓ Spécialiste en gynécologie obstétrique
- ✓ Charge de recherche
- ✓ Médecin chef du centre de sante de référence de Mopti

Cher maître,

Vos qualités humaines, scientifiques et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré.

Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce document.

Le moment est opportun pour nous de vous adresser notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Tioukani A. THERA

- ✓ Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point-G
- ✓ Maître de conférence agrège en gynécologie obstétrique
- ✓ Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France)
- ✓ Diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité université Paris LX (France)
- ✓ Diplôme Européen d'endoscopie opératoire en gynécologie : université d'auvergne Clermont(France)
- ✓ Diplôme inter universitaire d'échographie gynécologie et obstétricale : université Paris Descartes
- ✓ Membre de société africaine et française de gynécologie obstétrique
- ✓ Président de commission médicale au CHU point-G

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ATCD** : Antécédent ;
- AVC** : accident vasculaire cérébrale ;
- B** : bassin ;
- BDCF** : bruit du cœur foetal ;
- B G R** : bassin généralement rétréci ;
- CIVD** : coagulation intra vasculaire disséminée ;
- Cm** : centimètre ;
- CPN** : consultation prénatale ;
- CPON** : consultation postnatale ;
- CU** : contraction utérine ;
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire ;
- CSREF** : Centre de Santé de Référence ;
- C V** : Commune cinq ;
- DPPNI** : décollement prématuré du placenta normalement incère ;
- EDSM VI** : Enquête Démographique et de Santé Mali VI ;
- FAPH** : Faculté de Pharmacie ;
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto stomatologie ;
- FVV** : fistule vesico-vasinale ;
- G** : Gramme ;
- GESTA** : gestion du travail et d'accouchement ;
- GEU** : grossesse extra-utérine ;
- HB** : hémoglobine ;
- HGT** : Hôpital Gabriel TOURE ;
- HRP** : Hématome Retro-placentaire ;
- HTA** : Hypertension Artérielle ;

HU : hauteur utérine ;
IVG : interruption volontaire de la grossesse ;
MAF : mouvements actifs fœtaux ;
M² : Mètre carré ;
Mn : Minute ;
MI : Millilitre ;
NFS : Numération Formule Sanguine ;
OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;
PF: Planning Familial;
PFC : Plasma Frais Congelé ;
PP: Placenta Prævia;
RU : Rupture Utérine ;
SA : Semaine Aménorrhée ;
SONU : soins obstétricaux néonatal d'urgence ;
TA : Tension Artérielle ;
TV : touche vaginal ;
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ;
< : Inférieur ;
> : Supérieur ;
≤ : inférieur ou égal ;
≥ : supérieur ou égal.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux	Page
Tableau I : répartition des patientes selon leur profession.....	52
Tableau II : répartition des patientes selon la situation matrimoniale.....	52
Tableau III : répartition des patientes selon la profession du procréateur	53
Tableau IV : répartition des patientes selon le niveau d’instruction	54
Tableau V : répartition des patientes selon le mode d’évacuation.....	55
Tableau VI : répartition des patientes selon le support de référence.....	55
Tableau VII : répartition des patientes selon le motif d’admission.....	56
Tableau VIII : répartition des patientes selon le délai entre le début de l’hémorragie et l’admission	56
Tableau IX : répartition des patientes selon l’état générale a l’admission.	57
Tableau X : répartition des patientes selon la tentions artériel a l’admission	58
Tableau XI : répartition des patientes selon le mode de survenu de l’hémorragie	58
Tableau XII : répartition des patientes selon la parité	59
Tableau XIII : répartition des patientes selon la gestité.....	59
Tableau XIV : répartition des patientes selon leur antécédent obstétricaux.....	60
Tableau XV : répartition des patientes selon leur antécédent médical.	60
Tableau XVI : répartition des patientes selon leur antécédent chirurgicaux.....	61
Tableau XVII : répartition des patientes selon le nombre de cpn par résidence.....	62
Tableau XVIII : répartition des patientes selon l’étiologie de l’hémorragie.....	62
Tableau XIX : répartition des patientes selon l’âge gestationnel	63
Tableau XX : répartition des patientes selon l’étiologie de l’hémorragie en fonction de la résidence.....	63
Tableau XXI : répartition des patientes selon le taux d’hémoglobine.....	64
Tableau XXII : répartition des patientes selon la numération formule sanguin	64
Tableau XXIII : répartition des patientes selon la protéinurie.....	65
Tableau XXIV : répartition des patientes selon la coloration du sang.....	65
Tableau XXV : répartition des patientes selon le volume d’hémorragie	66

Tableau XXVI : répartition des patientes selon la nature du bassin66

Tableau XXVII : répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux.....67

Tableau XXVIII : répartition des patientes selon le type de présentation fœtale67

Tableau XXIX : répartition des patientes selon les bruits du cœur foetale.....68

Tableau XXX : répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....68

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la voie d'intervention par etiologie69

Tableau XXXII : répartition des patientes selon la mesure du petit cote placentaire69

Tableau XXXIII : répartition des patientes selon la rupture artificielle de la poche des eaux70

Tableau XXXIV : répartition des patientes selon le volume du caillot sanguin en cas d'hrp.70

Tableau XXXV : répartition des patientes selon la perte sanguine71

Tableau XXXVI : répartition des patientes selon la quantité du sang reçu71

Tableau XXXVII : répartition des nouveau-nés selon leur Apgar.....72

Tableau XXXVIII : répartition des patientes selon l'état de l'enfant a la naissance.....72

Tableau XXXIX : répartition des patientes selon le poids du nouveau-né.....73

Tableau XL : répartition des nouveaux née selon la longueur du cordon fœtale.....73

Tableau XLI : répartition des patientes selon les nouveau-nés prématuré par étiologie74

Tableau XLII : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation74

Tableau XLIII : répartition des patientes selon la complication maternelle75

Tableau XLIV : répartition des patientes selon le décès maternel par étiologies75

Tableau XLV : répartition des patientes selon le décès maternel par résidence76

Tableau XLVI : répartition des patientes selon l'état à la sortie76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : répartition des patientes selon la tranche d'âge51

Figure 2 : répartition des patientes selon la résidence54

Figure 3 ; répartition des patientes selon la CPN57

Figure 4 : répartition des patientes selon le mode d'admission61

TABLE DES MATIERES

PAGE	
I-INTRODUCTION	1
1-OBJECTIFS	3
II- GENERALITES	4
1- Définition	4
2- Historique	4
3- Rappel Anatomique	5
4- Physiologie du placenta	18
5- Etiologies	19
6- Traitements	28
7- Surveillance	33
8- Evolution et Complications	33
9- Pronostic	34
III-MATERIELS ET METHODE	36
1-Présentation du cercle de Mopti	36
2-Présentation du district sanitaire	38
3-Type et période d'étude	45
4-Population d'étude	45
5-Criteres d'inclusion	45
6-Criteres de non inclusion	46
7-Echantonnage	46
8-Difficulté de prise en charge	50
IV-RESULTATS	50
1-Fréquence	50
2-Characteristiques sociodémographiques.....	50
3-Données cliniques	54

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	76
1-Données épidémiologiques	76
2-Données cliniques	79
3-Données thérapeutiques	83
VI-CONCLUSION	87
VII-RECOMMANDATIONS	88
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
IX-ANNEXES	94

I. INTRODUCTION

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse correspondent à tout saignement chez une femme enceinte provenant de la cavité utérine après 28 SA. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en voie de développement où la couverture sanitaire est insuffisante. Selon les statistiques de l’OMS environ 295.000 femmes meurent par an dans le monde pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum, laissant derrière elles 100.000 orphelins [1].

Cette mortalité est de distribution inégale entre le nord et le sud : 1020/100.000 naissances vivantes en Afrique de l'ouest alors qu'elle est de 27/100.000 naissances vivantes dans les pays développés [1].

Elle est dominée dans plus de 80% des cas par les hémorragies dont 95% seraient évitables (OMS) [1].

Ainsi en France les hémorragies du troisième trimestre représentaient avec les hémorragies du post –partum immédiat la première cause de décès maternel avec un taux de 17% et pour la même période au Royaume-Uni et aux États- Unis la 4 è cause de décès avec un taux de 5% [2].

L’incidence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse varie de 3% à 5% dans les pays développés : en France, Ayoubi a relevé 5% en 2000 [3].

En Afrique, au Bénin Akpovi notait un taux inférieur à 2,42% [4].

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

Au Mali elle est de 325 décès pour 100000 naissances vivantes selon EDS VI [5].

Au CHU-GT une étude faite par Kané F [6] a trouvé 67 cas d’hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements ce qui représente 2 ,6 % des accouchements effectués dans cet hôpital.

Ce même Auteur trouve que les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse représentent 18,7% des causes de décès maternels.

En 2009 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti elles représentaient la 2^{ème} cause de décès maternel après l'éclampsie, et la première cause en 2008 avec les hémorragies du post-partum Djerma M [7].

Ces hémorragies du troisième trimestre constituent non seulement une préoccupation quotidienne en pratique courante mais également elles englobent un éventail de pathologies obstétricales (placenta prævia, hématome retro-placentaire et la rupture utérine) dont le retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Ce pendant leur caractère brutal, l'insuffisance et/ou le manque de suivi prénatal, le retard et/ou l'absence de diagnostic, l'insuffisance ou la non disponibilité des moyens de réanimation (sang et produits sanguins) confèrent aux hémorragies du troisième trimestre toute leur gravité : l'urgence étant d'abord d'apprécier le saignement et son retentissement materno-foetal et de procéder à une stabilisation de l'état général avant de rechercher une étiologie. Dans le monde la transfusion sanguine, très utile dans le protocole thérapeutique de ces hémorragies, constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine un risque supplémentaire de décès à long terme Sépou A [8].

Au Mali la gratuité de la césarienne a beaucoup amélioré le pronostic de ces hémorragies.

Au CSRéf de Mopti, aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse.

C'est pourquoi nous avons initié cette étude avec des objectifs suivants :

1-OBJECTIFS

1-1-Objectif général

Etudier les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de Mopti.

1-2-Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- ❖ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui Présentent une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- ❖ Déterminer l'étiologie des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- ❖ Décrire la prise en charge.
- ❖ Déterminer le pronostic materno-fœtal.

II- GENERALITES

1/ Définition :

Il s'agit des hémorragies survenant à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhées [9] qui sont le PP, l'HRP, la rupture utérine et les causes indéterminées.

Ce type de complication survient dans 2 à 5% des grossesses.

2/ Historique :

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

Il semble que c'est François Portal qui fut le premier à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher trans-cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse à terme [10].

Plus tard Livret découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [11].

Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher Trans cervical.

La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels Dos Santos par aortographie, Snow et Powell par placenta graphie directe en 1934.

Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de Donald en 1958 Diakité R [11] les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par Hudson et Ford aux USA ; en France Tarnier la réalisa en 1897.

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

De tout temps dans l'histoire de l'obstétrique, il a été question de déchirure de l'utérus mais le mécanisme était mal connu, Baudelocque interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux.

En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, Algérie et au Maroc (1).

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

Rigley opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes retro placentaire aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia. Baudelocque décrit la cupule retro placentaire des hémorragies cachées. De Lee en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome retro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par Dee Kerman qu'en 1936.

Couvelaire en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre ou dépasser souvent la sphère génitale.

3/ RAPPEL ANATOMIQUE

3-1 utérus :

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.

L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 et 1200g sa capacité non gravide est de 2 à 3ml à terme elle est de 4 à 5litres [12].

3-1.1 Le corps utérin :

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

La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissus conjonctifs et pour moitié de tissu musculaire.

Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin.

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

A terme l'épaisseur des parois est de 8 à 10cm au niveau du fond et de 5 à 7 cm au niveau du corps de l'utérus [13].

3-1.2 Le col utérin :

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse.

Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient mole.

Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables.

Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [12].

3-1.3 Le segment inférieur

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide.

Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse.

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

- Sa 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.

- **Ses dimensions et limites :**

Le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12cm de largeur et 3-5cm d'épaisseur.

Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

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

- **Sa 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.

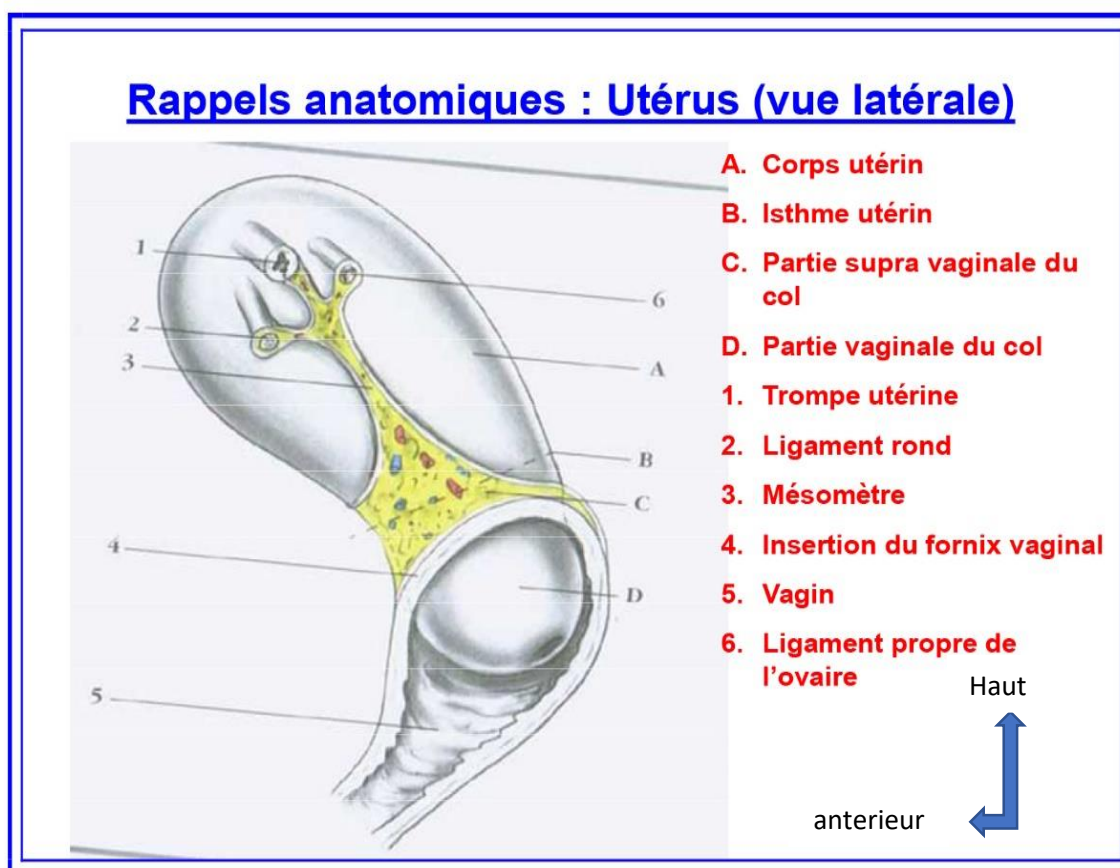


FIGURE 1 : ANATOMIE DE L'UTERUS [12].

- Caractères :

Son caractère essentiel est la minceur 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation fœto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

3.2. Rapports anatomiques de l'utérus gravide

3.2.1. Rapports anatomiques du corps utérin :

L'utérus à terme est en rapport avec :

3.2.1.1. En avant

La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit Particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum et plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure II).

3.2.1.2. En arrière

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale.

Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales. Les muscles grands psoas, croisés par les uretères.

3.2.1.3. En haut

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins

* **en arrière** : l'estomac ;

* **à droite** : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

* **plus bas** : sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes

Utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire [12].

3.2.1.4. A droite

Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le Cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans **88 %** des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

3.2.1.5. A gauche

Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant. Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure 2) [12].

3.2.2. Les rapports anatomiques du segment inférieur

3.2.2.1. La face antérieure

La vessie est le rapport essentiel (figure 3).

Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur.

Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue [12].

3.2.2.2. La face postérieure

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

3.2.2.3. Les faces latérales

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure 5). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis.

Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro-latérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire [12].

Rappels anatomiques : Pelvis et périnée

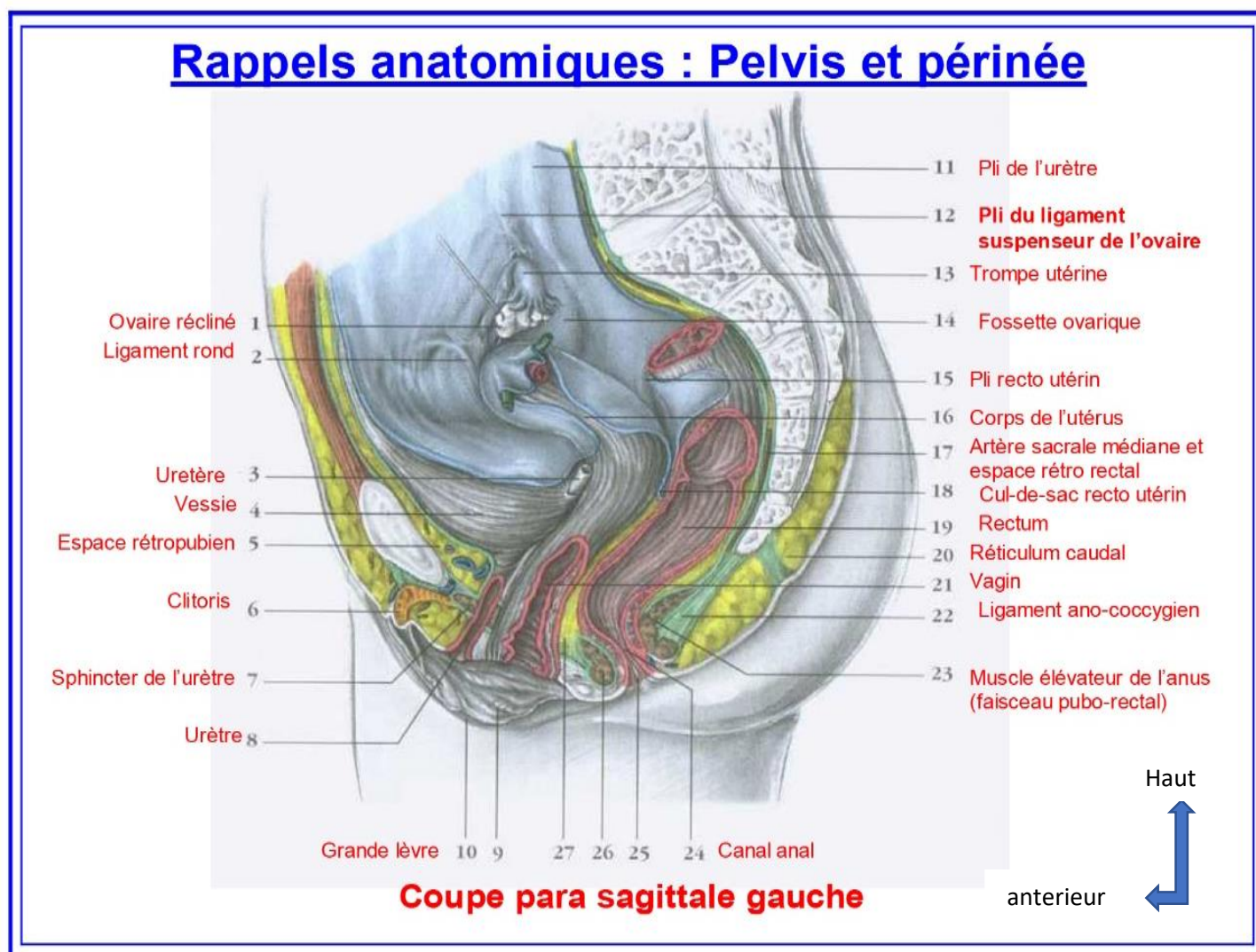


Figure 2 : RAPPORTS ANATOMIQUE DE L'UTERUS [12].

3.3. Vascularisation de l'utérus gravide

3.3.1. Les artères

3.3.1.1. L'artère utérine

Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la (figure 6).

Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans L'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).

Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure 4).

3.3.1.2. L'artère ovarienne

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

3.3.1.3. L'artère funiculaire

Elle est pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

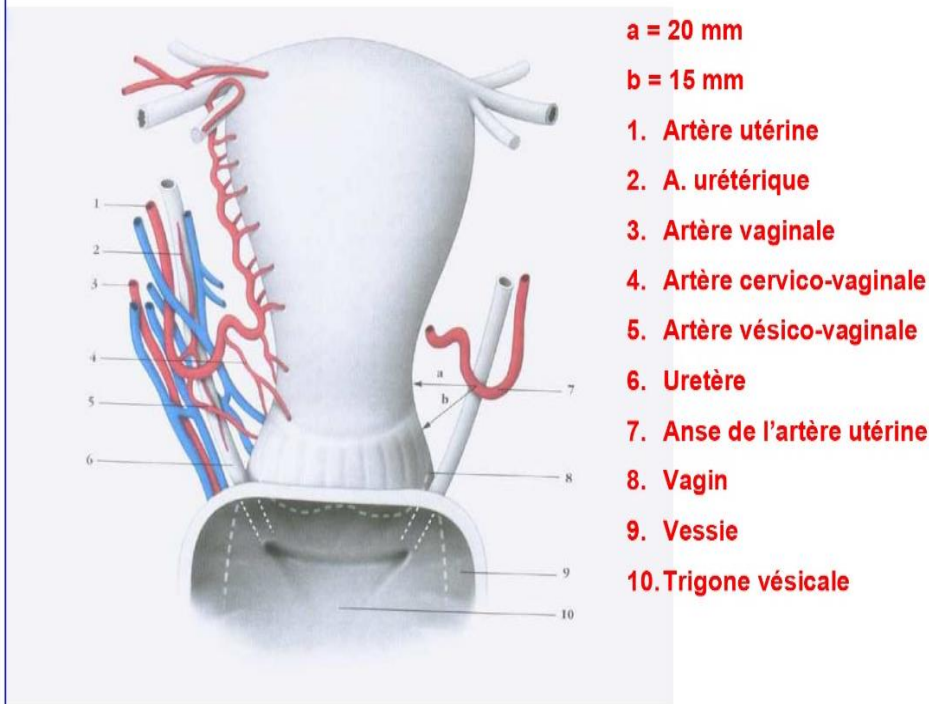
3.3.2. Les veines utérines

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone dévascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure 4) [12].

3.3.3. Les vaisseaux lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

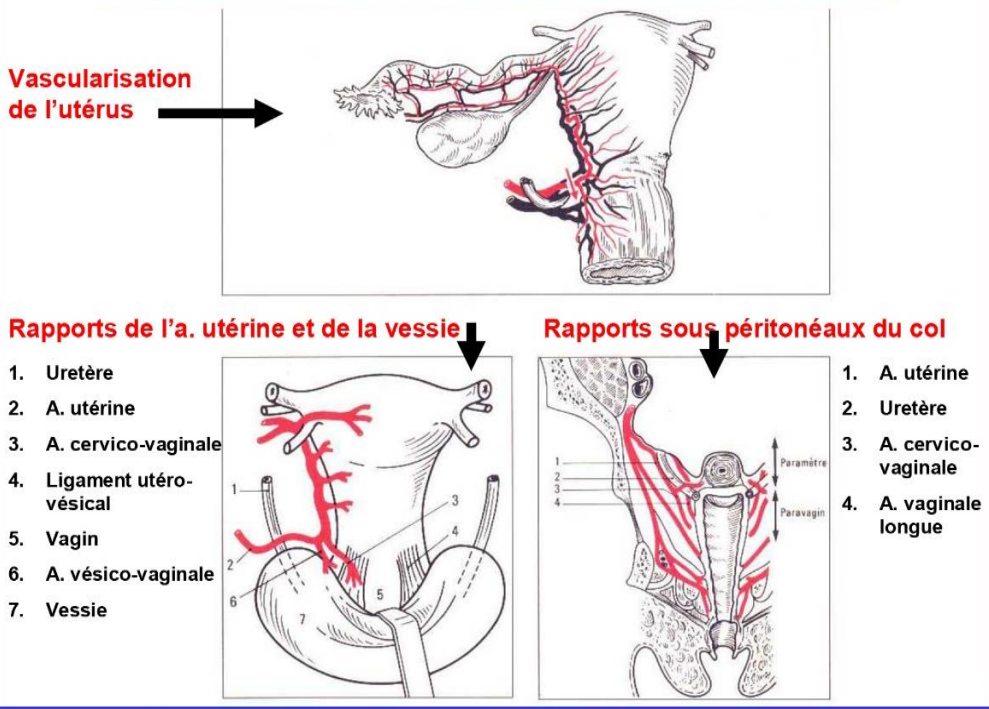
Croisement de l'artère utérine et de l'uretère (vue antérieure)



Haut
↑
antérieur ←

Figure 3 : VASCULARISATIONS DE L'UTERUS [12].

Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus



Haut
↑
antérieur ←

Figure 4 : RAPPORTS DES VAISSEAUX ET DU COL UTERIN [12].

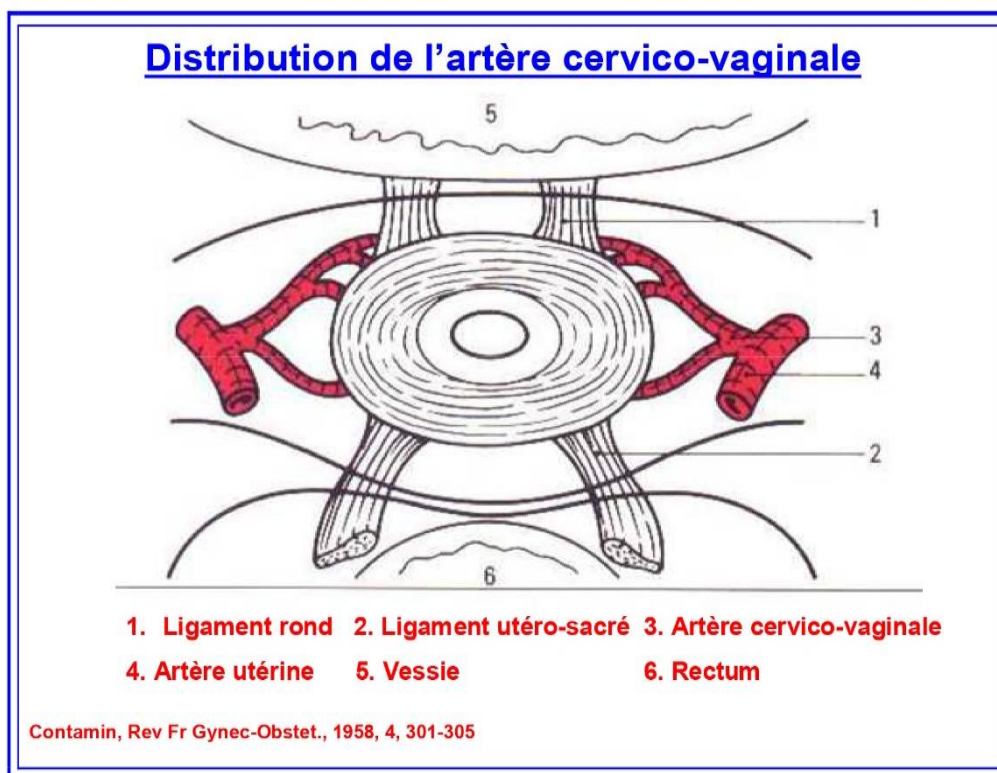


Figure 5 : DISTRIBUTION DE L'ARTERE CERVICO-VAGINALE [12].

3- 2 Le placenta :

En latin placenta signifie gâteau. Le placenta, organe complexe par sa structure et important par sa fonction est un organe foetal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [13]. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3^e et le 4^e mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5^e mois. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^e jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste.

3-2-1. Structure du placenta :

Examiné après la délivrance, le placenta est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre et son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6cm sur les bords ; son poids au moment de la délivrance est en moyenne 500-600gr 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, étalé, que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend 2 faces et un bord :

a) la face fœtale :

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

On distingue parmi ces villosités : Les villosités crampons ou crochets de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

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

b) La face maternelle :

Encore appelée la lame basale est charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profond séparés par des septas. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de la quelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [11].

Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérin et placentaire. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet du septa, pour les autres à la base, 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 trouvent la chambre inter villeuse [13]. A la périphérie du placenta, la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

c) Le bord :

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

3-2-2. La circulation placentaire :

Elle est double, maternelle et fœtale. La circulation utéro-placentaire s'établit aux 14-15^e jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villose.

Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale.

Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorionale par un immense lac sanguin dit lac sus-chorionale pauvre en villosités.

A la périphérie de la chambre inter villose existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéro-placentaires et son contenu 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/kg/minute. La circulation fœtale est simple ; les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins. La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre les 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 la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [15].
- le troisième fait est dû la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12m² lorsqu'elle parvient à son plein développement.
- c'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [6].

3- 3. Les membranes de l'œuf :

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

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

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

3-3-3. La caduque :

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine dite caduque ou déciduale comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de Hunter située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie que 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 du col. A terme les caduques ovalaires et pariétale sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au-dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios. Membrane jaune, tomenteuse, opaque, la caduque est peu résistante [14].

4/ PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire » d'une 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 la fonction hormonale de la grossesse. En fin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses.

Les échanges trans-placentaires se font par plusieurs mécanismes :

- . Par simple diffusion ;
- . Par les molécules porteuses ;
- . Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire. Les échanges sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

5/ ETIOLOGIE :

5-1. Le placenta prævia (pp) :

5-1-1. Définition :

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus avec de manifestations hémorragiques.

Il complique de 0,3 à 2,6% des grossesses.

Il représente dans de nombreuses séries [16, 28] la 1^{ère} étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28 à 88,7%.

5-1-2. Classifications :

a- classification anatomique :

-**variété latérale** : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.

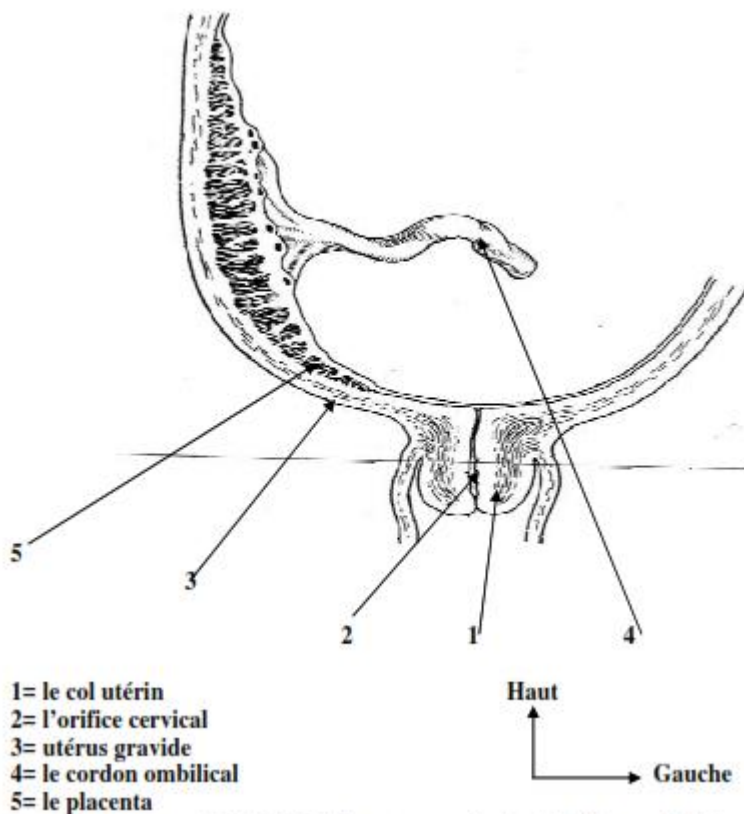


Figure 6 : Variété latérale [14]

-variété marginale : le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical.

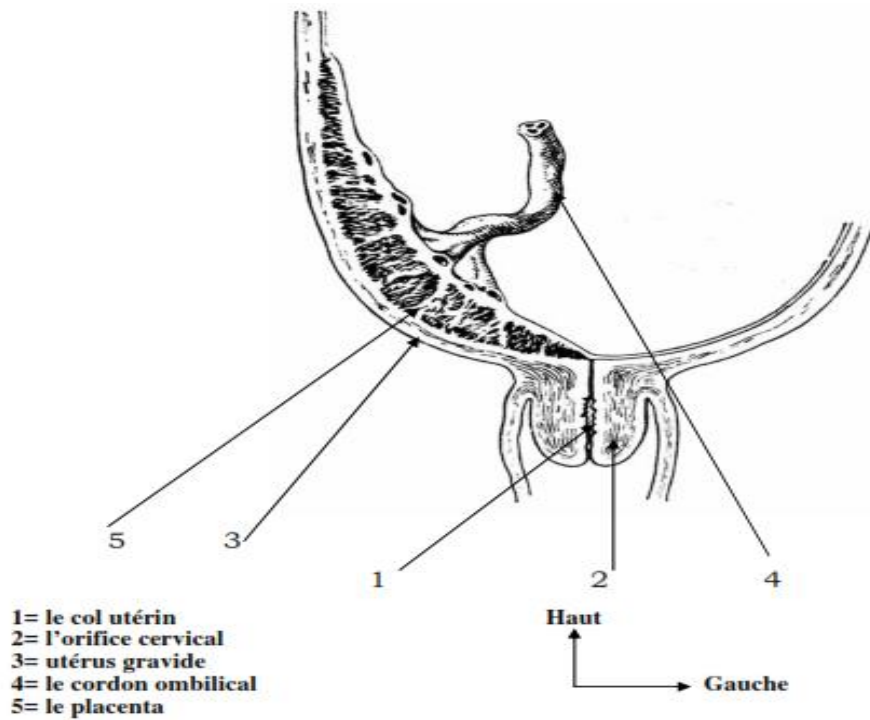


Figure 7 : Variété marginale [14]

-variété centrale : le placenta recouvre l'orifice cervical.

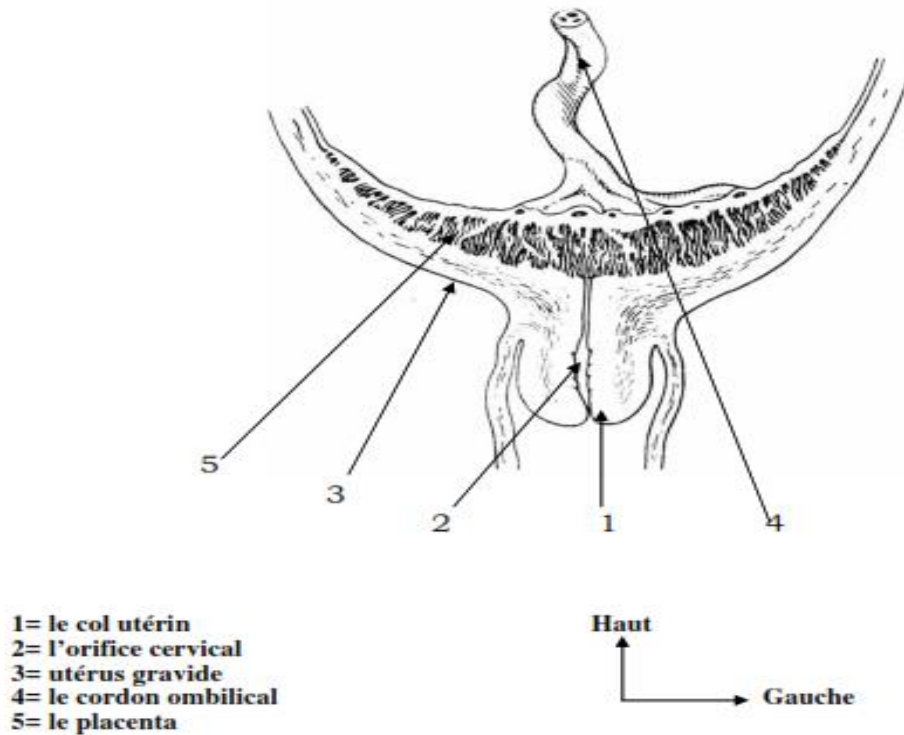


Figure 8 : Variété centrale [14]

b- la classification échographique :

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

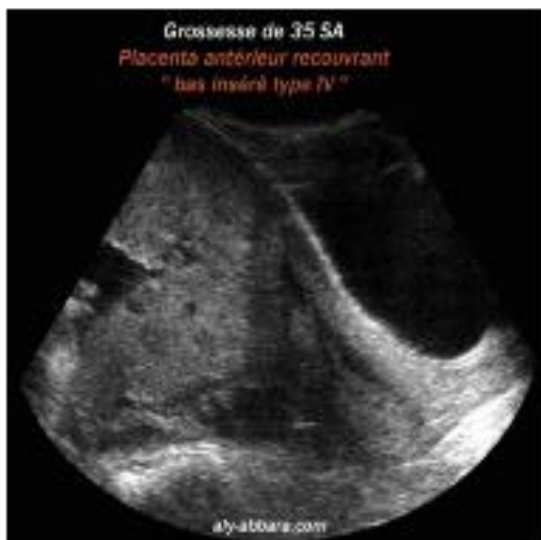


Figure 9 : Type III antérieure

Figure10 : Type III postérieure

C- la classification clinique :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

-**variété non recouvrante** : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

-**variété recouvrante** : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

5-1-3. Pathogénie de l'hémorragie :

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

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

En raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme Nous avons retenu deux théories qui méritent d'être soulignée.

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

-la théorie du glissement :

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

5-1.4 Etude clinique :

a- L'hémorragie : elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger.

Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable.

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

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

c- Signes physiques :

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

le toucher vaginal : très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang. L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale.

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

5-2-1. Définition :

L'H R P est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome, ainsi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{eme} trimestre de la grossesse [6].

5- 2-2. Pathogénie de l'hémorragie :

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

Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisée dans la zone utéroplacentaire.

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

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

5- 2-3. Etude clinique :

Le début est brutal, l'H R P survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni hypertension artérielle préalable.

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

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

La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces métrorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

a- Signes généraux :

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

b- Signes physiques :

A l'examen l'utérus qui est le siège d'une hémorragie devient dur comme du bois, dur de partout et dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie.

Il est d'autant plus dur que l'hémorragie externe est minime.

L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.

- à l'auscultation : les BDCF sont souvent absents.
- au toucher vaginal : le segment inférieur, dur et tendu, participe à l'hypertonie utérine. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres.

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

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

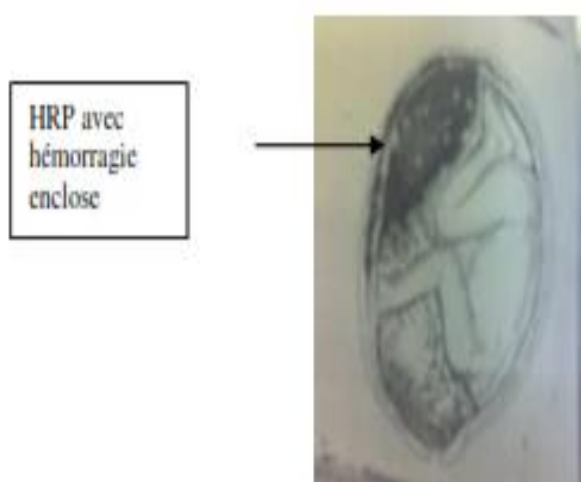


Figure11 : HRP avec hémorragie Interne

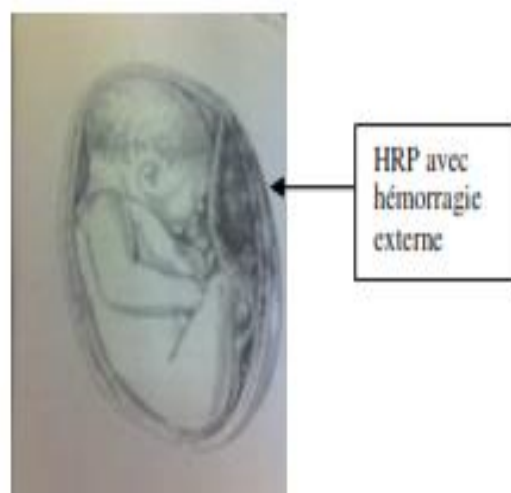


Figure 12 : HRP avec hémorragie externe

5-3. La rupture utérine (RU) :

5-3-1. Définition :

Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine [14].

Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col, décrites sous le nom de déchirures du col. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses [17].

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une importante cause de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{eme} trimestre [6].



FIGURE 13 : Rupture utérine gauche vue d'arrière [14].

5 -3-2. Pathogénie de l'hémorragie :

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

- Saignement des berges utérines lésées.
- La désinsertion du placenta richement vascularisé.
- Enfin la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus. Notons que la rupture sur utérus cicatriciel qui est une simple déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

5-3-3. Etude clinique :

-Phase prodromique :

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

-Phase d'imminence de la rupture :

La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire : c'est le signe de Bandl-Frommel, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction.

Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

-Phase de rupture :

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel ; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus. Au toucher vaginal la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu. La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [16]

5-4. Cervicite et érosions cervicales :

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [11].

5-5. Hématome décidual marginal :

Il provient d'une déchirure des veines utéro-placentaire marginales, et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

5-6. Rupture de vaisseau prœvia ou syndrome de BENKISER :

Il s'agit d'un vaisseau fœtal qui saigne [18].

5-7. Rupture spontanée des varices :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [19].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [20].

6/ TRAITEMENTS

6-1. / TRAITEMENT PREVENTIF :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sont le plus souvent imprévisibles.

En effet, de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur.

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

6-2. / TRAITEMENT CURATIF :

Il doit être assuré par une équipe comprenant : un Obstétricien et son aide, un anesthésiste-réanimateur et un Pédiatre néonatalogue.

6-2 -1. Les buts :

- arrêt de l'hémorragie ;
- évacuation du contenu de l'utérus si nécessaire ;
- correction des éventuelles complications.

6- 2-2. Les moyens :

a-traitement général

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

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

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre ;
- Mise en place d'une sonde urinaire ;
- Oxygénation ;

-Bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupage rhésus, NFS, entre autres) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène et de prothrombine, taux de plaquettes...)

Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire).

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible :

Les solutés cristalloïdes comme le Ringer lactate ou sérum salé à 0,9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce.

Le Ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma.

La perfusion d'un litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Hemacel sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500cc en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

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

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

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

L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min.

Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang, mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

Correction des troubles de la coagulation : fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif.

Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

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

b- le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b-1 le placenta prævia :

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

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

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

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

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

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

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

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

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

Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative :

- Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines.

Rappelons que les bêtamimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur.

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

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

- Cures de stéroïdes.

- Repos strict au lit jusqu'à 3 jours après l'arrêt du saignement.

Après la 34^{ème} S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être très dangereux pour le fœtus.

L'expectative jusqu'à 37 - 38 S.A imposera 75% de césarienne en urgence.

b-2 Hématome retro placentaire :

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

- L'état cardiovasculaire de la mère.
- La vitalité du fœtus.
- La maturité fœtale.

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

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un enfant vivant et viable avec un accouchement imminent.

Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère au prix d'une hystérectomie.

L'accouchement par voie basse peut être envisagé si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après une rupture des membranes et perfusion.

La voie basse est préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, le travail sera dirigé par les ocytociques.

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

Le fœtus et la gestante seront surveillés de près.

Il faut se souvenir que le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [21].

b-3 La rupture utérine :

Le traitement obstétrical de la rupture utérine est chirurgical :

il s'agit de la laparotomie pour suture utérine ou hystérectomie et traitement des lésions associées.

7/ LA SURVEILLANCE : Elle est clinique et échographique.

7-1. La surveillance clinique : elle comporte :

L'établissement d'une fiche de surveillance comportant : la conscience, la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (BDCF), les mouvements actifs fœtaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement, la diurèse La stabilité de l'hématome et l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement, les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [22].

7-2. La surveillance échographique :

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel.

Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34 - 35 S.A [23]. Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement instituer.

8/ EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

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

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

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

◆ Les troubles de la coagulation : ils sont dû à une irruption massive dans la circulation de thromboplastine provenant du placenta et de la caduque. Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination.

L'hémorragie continue et devient incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place au sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène.

Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

◆ Les syndromes rénaux :

-Le rein de choc : les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement.

-Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, disparaissant après un traitement bien conduit.

-La nécrose corticale du rein : elle survient dans les suites de couche et la mort survient par anurie organique.

Les lésions glomérulaires sont définitives.

9/ PRONOSTIC :

9-1. Pronostic maternel :

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée.

L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les caillots des HRP, les fragments des PP et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH.

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

9-2. Pronostic fœtal :

En général il est mauvais.

L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'anémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt plus le pronostic fœtal est mauvais.

Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

III- MATERIELS ET METHODE

1. PRESENTATION DU CERCLE DE MOPTI :

Le Cercle de Mopti est le chef-lieu de la 5^{ème} Région administrative du Mali, créé en 1918 à la suite de la domination coloniale Française. Il est situé dans le delta intérieur du fleuve Niger. D'une superficie de 7 262 Km² pour une population de 403 113 habitants, situés en majorité en zone sahélienne, le cercle de Mopti est limité au nord par les cercles de Youwarou et de Niafunké, au sud par le cercle de Djenné, à l'ouest par le cercle de Tenenkou et à l'est par les cercles de Bandiagara et de Douentza. Il comprend quinze (15) communes rurales et une (1) commune urbaine. Le réseau hydrographique est dominé par le fleuve Niger qui reçoit des affluents : le Bani (au niveau de la commune de Mopti) et le Yamé (commune de Konna), l'affluent Koli-Koli alimente le lac Korientzé qu'il relie au lac Debo. C'est ainsi que le cercle de Mopti est divisé en deux zones par rapport au fleuve :

- ✓ Une zone inondée inaccessible par voie terrestre pendant la période des hautes eaux (Juillet à novembre). Pendant cette période la seule voie est la voie fluviale ;
- ✓ Une zone exondée où on peut se rendre à toute période de l'année par voie terrestre.

Le climat est de type sahélien. Les principales activités économiques sont la pêche, l'élevage, le commerce, l'agriculture, l'artisanat et le tourisme. Les ethnies dominantes sont : les Bozos, les Peuhls, les Dogons, les Sonrhais, les Bambaras. Les principales religions sont l'islam et le christianisme, mais il faut noter qu'il y a une mosaïque de cultures qui se trouvent à Mopti.

APERCU GENERAL DU CERCLE DE MOPTI DANS LA REGION DE MOPTI

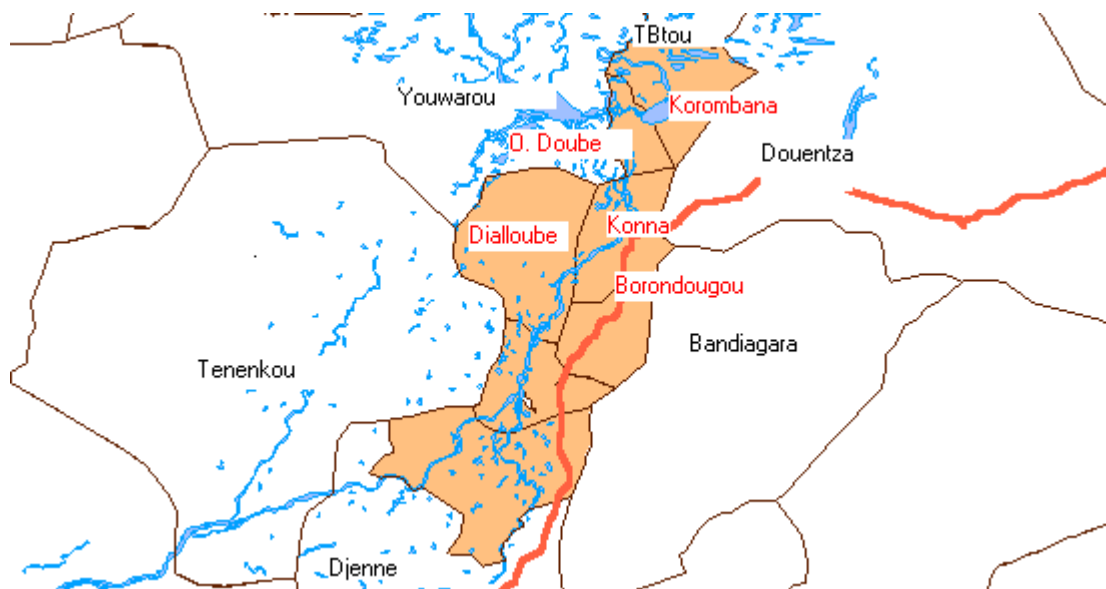
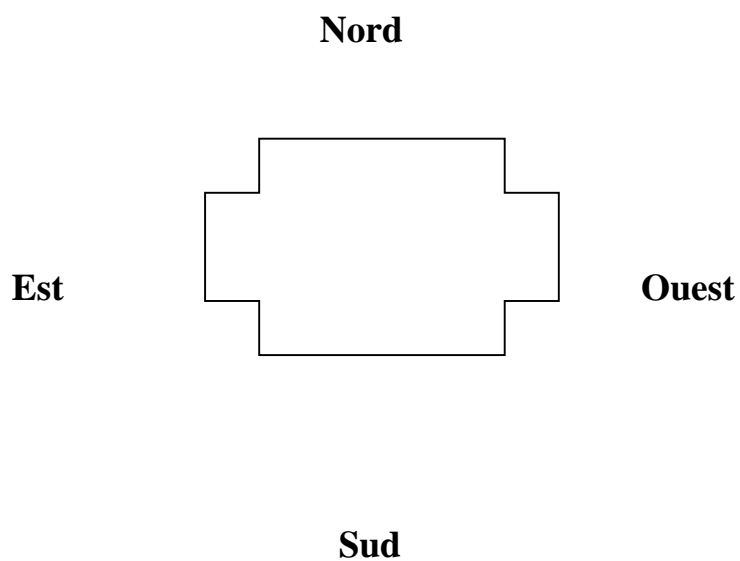


Figure 1 : Carte du cercle Mopti

Echelle : 1/10



2. PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE MOPTI

2.1 Historique :

Le centre a existé sous le nom d'A.M. A (Assistance Médicale Africaine), pendant la période coloniale, d'A.M. (Assistance Médicale) à l'avènement de l'indépendance, de service socio-sanitaire à partir de 1976, et de centre de santé de cercle en 1995. A partir de 1995, les démarches ont été entreprises pour l'organisation de la référence / évacuation. Le système de référence / évacuation a vu le jour à partir du 4^{ème} trimestre 2005. De 1976 à nos jours huit (8) Médecins Chefs se sont succédé.

2.2 Situation :

Le CSRéf de Mopti est situé dans l'aire de santé de Komoguel 2, quartier du même nom. Il est limité :

- Au Sud par le Lycée Amadou Garba SAMASSEKOU,
- A l'Est par l'Hôtel Kanaga,
- Au Nord par le fleuve bani,
- Et à l'Ouest par la Mairie Urbaine de Mopti.

2.3 Bâtiment :

Le Centre de Santé de Référence de Mopti comprend Neuf (9) blocs :

➤ Bloc 1 : Administratif comprend :

- Un bureau du Médecin-Chef,
- Un bureau de la Secrétaire,
- Un bureau du chef du Personnel
- Deux bureaux comptables,
- Un bureau du chargé SIS,
- Un bureau d'hygiène
- Une salle de réunion,

- Un magasin,
- Un bureau des médecins,
- Une salle d'informatique,
- Une salle d'archive.

➤ **Bloc 2 : Bloc de chirurgie :**

- Un bureau du chirurgien,
- Une Salle de plâtre,
- Un bureau du Diabétologue,
- Un bureau ORL,
- Une salle (Box) de consultation de la Maternité,
- Une salle d'échographie,
- Un bureau d'Anesthésiste,
- Deux salles de garde,
- Quatre salles hospitalisations de deux a trois lits,
- Trois salles VIP d'un à deux lits,
- Une salle de soins.

➤ **Bloc 3 : Maternité**

- Un bureau du Gynécologue,
- Un bureau de la sagefemme maitresse,
- Une salle pour le planning familial et CPON,
- Une salle de garde,
- Une salle d'accouchement,
- Une salle de Travail,
- Une salle pour les déclarations de naissance / décès,
- Une salle des femmes Césarisiées,
- Une salle Suites de Couche,
- Une salle de Soins,
- Une salle pour la CPN.

➤ **Bloc 4 : Bloc de Médecine comprend :**

- Huit salles d'hospitalisation,
- Deux salles VIP,
- Un bureau du major,
- Un bureau du chargé Tuberculose,
- Un bureau du chargé Lèpre,
- Un bureau Médecin,
- Un bureau d'Ophtalmologiste,
- Un bureau psychiatre,
- Un bureau d'odonto,
- Une salle de soins Odonto,
- Une salle de garde.

➤ **Bloc 5 : Ce bloc comprend :**

- Un DRC,
- Trois DV
- Un bureau du chargé PEV
- Deux salles pour la chaîne de froid

➤ **Bloc 6 : Ce bloc Comprend :**

- Un Laboratoire,
- Un bloc Opératoire,
- Une salle de radiologie,
- Une salle d'Echographie,
- Une Salle de Réanimation.

➤ **Bloc 7 : Ce bloc Comprend :**

- Bureaux des entrées : un bureau pour le Comptable et trois Guichets,
- Une Salle de garde des Médecins,
- Une Salle de garde des Infirmiers,

- Une Salle de Pansement,
 - Une Salle d’Injection,
 - Une Salle d’Observation,
 - Deux salles de Consultation,
- **Bloc 8 : Ce bloc comprend :**
- Une Morgue,
 - Deux Magasins,
- **Bloc 9 : Ce bloc comprend :**
- Une Buanderie,
 - Une Cuisine pour les malades.

A côté de la buanderie se trouve la mosquée du CSRéf. Il y a également trois logements d’astreinte pour les chefs de service de gynécologie, de pédiatrie et de la chirurgie. Les bâtiments sont construits en dur avec des toitures faites en béton, électrifiées et alimentées en eau par les réseaux EDM et SOMAGEP, d’un groupe électrique qui assure la continuité d’électricité en cas de coupure du courant électrique.

2.4 Ressources humaines

Le personnel du CSRéf est composé de :

- Un Médecin Gynécologue,
- Un Médecin Pédiatre
- Huit Médecins généralistes,
- Un Pharmacien,
- Un chirurgien-dentiste
- Onze assistants médicaux,
- Quatre assistants en licence ;
- Un Gérant DRC,
- Deux comptables,
- Un technicien supérieur en Hygiène assainissement,

- Huit Sages-femmes,
- Trois techniciens supérieurs de santé,
- Deux techniciens sanitaires en laboratoire ;
- Une laborantine ;
- Vingt techniciens sanitaires,
- Trois Gérant DV,
- Cinq IO,
- Un secrétaire,
- Une matrone,
- Un aide-soignant,
- Trois guichetiers,
- Quatre Chauffeurs,
- Un pinassier,
- Un buandier,
- Un gardien,
- Deux manœuvres ;
- Un gardien de la morgue.

2.5 Logistique :

❖ Moyens de déplacement et de communication :

En matière de locomotion le centre de santé de référence de Mopti dispose :

- ✓ Cinq ambulances, dont deux en bon état et un en mauvais état ;
- ✓ Quatre véhicules Toyota Hilux, tous en bon état ;
- ✓ Deux motos Yamaha DT 125 en bon état ;
- ✓ Trois motos Yamaha AG 100 en bon état ;
- ✓ Une moto Yamaha 100 en bon état ;
- ✓ Une moto Yamaha YBR 125 en bon état ;

- ✓ Une moto Yamaha PSI en bon état ;
- ✓ Une moto Tricycle en bon état ;
- ✓ Deux pinasses ;
- ✓ Il dispose également de 31 téléphones flotte dont 4 au CSRéf et 27 dans les CSComs qui servent de communication.

2.5-Matériels et instruments :

Toutes les unités du centre de santé de référence de Mopti disposent de matériels et instruments pour l'exercice des activités courantes

2.5- Organisation du Service :

(Voir Organigramme du CSRéf en annexe)

Le centre de santé de référence de Mopti est une structure Socio-sanitaire de second niveau dirigé par un Médecin-chef. Il a sous son contrôle 34 aires de santé dont 28 fonctionnelles et 6 non fonctionnelles. Le Système de la Référence/Evacuation est effectif mais souffre du non-paiement des cotisations par certains acteurs. Tous les CSCOM sont tenus par des infirmiers ou par des médecins. Le service local du développement social et de l'économie solidaire est dirigé par 1 Chef de service à la tête d'une équipe composée de 2 Administrateurs de l'Action Social, 2 Techniciens de Travail Social et 1 secrétaire. Le service local de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille est représenté par un chef de service. C'est ainsi pour la mise en œuvre du PRODESS III, ces trois services (CSRéf, SLDSES, et SLPFEF) mènent ensemble toutes les activités de santé, d'action sociale et de promotion de la femme dans le cercle de Mopti pour mieux satisfaire les besoins de la population.

En effet au CSRéf, outre la consultation curative il existe :

- Une unité de Santé de la reproduction, comprenant :

- Une section de consultation Gynécologique, tenue par 1 Gynécologue, 1 médecin et 1 Sage-femme.
- Une section de consultation pré-natale, tenue par 2 Sages-femmes et 1 Infirmière Obstétricienne (IO) qui font en même temps la CPN et le counseling ;
- Une section CPON, tenue par 2 Sages-femmes ;
- Une section de planification familiale, tenue par 2 Sages-femmes et 1 IO ;
- Une section de déclaration de naissance, tenue par 2 Sages-femmes ;
- Une section d'hospitalisation, tenue par 1 Sage-femme et 1 IO ;

La garde de cette unité est assurée par un médecin, une Sage-femme ; une IO et un interne par jour

- Une unité de prévention et lutte contre la maladie, comprenant :
 - Une section tuberculose, tenue par un Technicien Supérieur de santé ;
 - Une section Ophtalmologie, tenue par un Assistant d'ophtalmo ;
 - Une section lèpre, tenue par un Technicien supérieur de santé ;
 - Une section ORL tenue par deux assistants médicaux spécialisé en ORL ;
 - Une section kinésithérapie, tenue par un Technicien Supérieur de santé ;
- Une unité d'hygiène et d'assainissement, tenue par un Technicien supérieur d'hygiène ;
- Une unité de chaîne de froid pour la conservation des vaccins, tenue par un Technicien supérieur de santé et un Technicien de santé ;

- Une unité chargée du système d'information sanitaire, tenue par une assistante médicale et une technicienne de santé ;
- Une unité pour la gestion comptabilité, tenue par un gestionnaire et un comptable ;
- Une unité pharmacie comprenant :
 - Une pharmacie gérée par un pharmacien ;
 - Un laboratoire, tenu par 2 techniciens supérieurs de laboratoire, et 4 techniciens de laboratoire ;
 - Un dépôt répartiteur du cercle, tenu par un technicien de santé ;
 - Trois dépôts de vente des médicaments, tenus par 1 gérant chacun ;

3- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective allant du 1^{er} Mars 2020 au 31 février 2021 soit une période de 12 mois.

4- Population d'étude

L'étude a concerné les femmes enceintes admises au service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de Mopti pour hémorragie pendant le troisième trimestre de leur grossesse durant la période de notre étude.

5-Critères d'inclusion

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse et admise dans le service pendant la période d'étude

6-Critères de non inclusion :

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

7-Echantillonnage

7-1-Taille de l'échantillon : Nous avons calculé à partir de la formule de

$$\text{SCHWARTZ. } n = (Z\alpha) \frac{\sqrt{P \times Q}}{i}$$

$$z\alpha = 1,96$$

$$i = 5\%$$

(précision) $\alpha =$

risque

$P =$ prévalence de l'hémorragie du troisième trimestre de la

Grossesse au Mali [10] : $2,7\% = 0,027$

$$Q = 1 - p = 1 - 0,027 = 0$$

$$.973 \quad n = 40,36 = 40$$

7-2- Collecte des données :

La collecte des données a été réalisée à partir du dossier obstétrical, le registre de césarienne, le registre SONU et consignées sur une fiche d'enquête individuelle.

7-3 Déroulement pratique de l'étude :

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

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

Précisait :

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

Faisait : Créatininémie ; transaminases ; albuminurie

- La maturation pulmonaire si nécessaire par les corticoïdes (célestène 4mg) ;
- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;
- Une recherche de pathologie maternelle associée.

La conduite à tenir dépendait de ces différents paramètres.

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

7-4 Supports des données

Le support des données a été :

- La fiche d'enquête
- Le dossier obstétrical
- Le registre d'accouchement, le registre SONU.

7-5 Variables :

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- Les données sociodémographiques : âge, état matrimonial, profession, résidence.
- Les antécédents : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux.
- Le mode d'admission.
- Le diagnostic d'entrée et le diagnostic définitif ; l'issue de la pathologie maternelle et foetale.

7-6 Traitement des données :

Les données ont été saisies dans Word 2007 traitées sur le logiciel SPSS.

7-7 DÉFINITIONS OPÉRATOIRES

- **Primigeste** = 1 grossesse
- **Paucigeste** = 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** = 4 à 6 grossesses
- **Grande multigeste** > à 6 grossesses
- **Nullipare** = 0 accouchement
- **Primipare** = 1 accouchement
- **Paucipare** = 2 à 3 accouchements
- **Multipare** = 4 à 6 accouchements
- **Grande multipare** > à 6 accouchements

- **Terme de la grossesse** : comprise entre 37SA a 41SA
- **Avant terme** : Taille < 37SA
- **Césarienne en première intention** : césarienne absolue
- **Césarienne en deuxième intention** : césarienne relative

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

-

Etat général passable : tension artérielle entre 9/5 cm hg et 10/6 cm hg, taux d'hémoglobine variant de 7g/dl à 10g/dl avec obnubilation, score de Glasgow variant de 9 à 12. Etat général bon : tension artérielle \geq 11/7 cm hg, taux d'hémoglobine \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 : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;
- Référence : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée en dehors de toute situation d'urgence

8- DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

L'échographie qui est un examen prépondérant pour le diagnostic étiologique n'a pas toujours été possible à cause de l'absence d'un échographe dans la salle d'accouchement. La problématique de dotation en produits d'urgence et en sang au niveau du service a été dans certains cas un handicap sérieux pour la prise en charge rapide.

IV- RESULTATS

1.2 Fréquence

Pendant la période d'étude du 1er mars 2020 au 31 février 2021 nous avons enregistré 83 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse sur 2353 patientes admises soit 3,53%.

1.2 Caractéristiques sociodémographiques

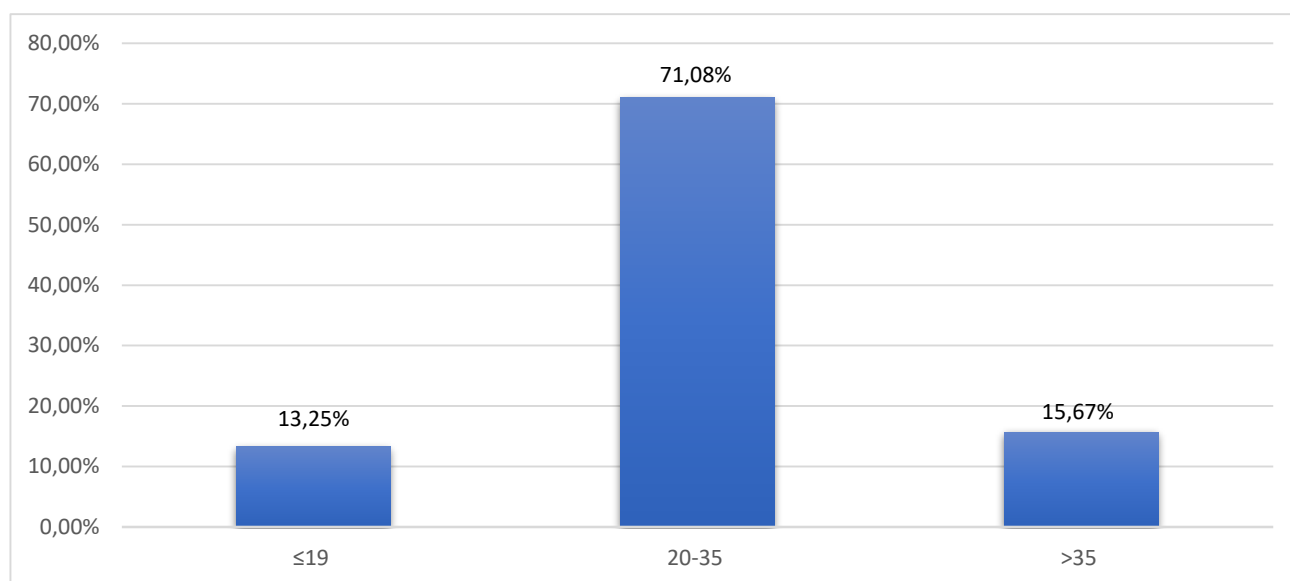


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge :

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-35%. Avec un âge moyen de 27 ans.

Tableau I : Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagères	65	78,31
Commerçantes	10	12,05
Elevés /étudiantes	5	6,02
Fonctionnaires	2	2,41
Aide-ménagère	1	1,21
Total	83	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec 78,31%.

Tableau II : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	80	96,39
Célibataire	3	3,61
Total	83	100

Les femmes mariées étaient majoritaires avec **96,39%**

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif	Pourcentage (%)
Commerçant	33	39,76
Cultivateur	17	20,48
Ouvrier	12	14,46
pêcheur	10	12,05
Fonctionnaire	6	7,23
Ouvrier	12	14,46
Tailleur	2	2,41
Etudiant	2	2,41
Total	83	100

Les commerçants représentaient le plus grand nombre soit **39,76%**.

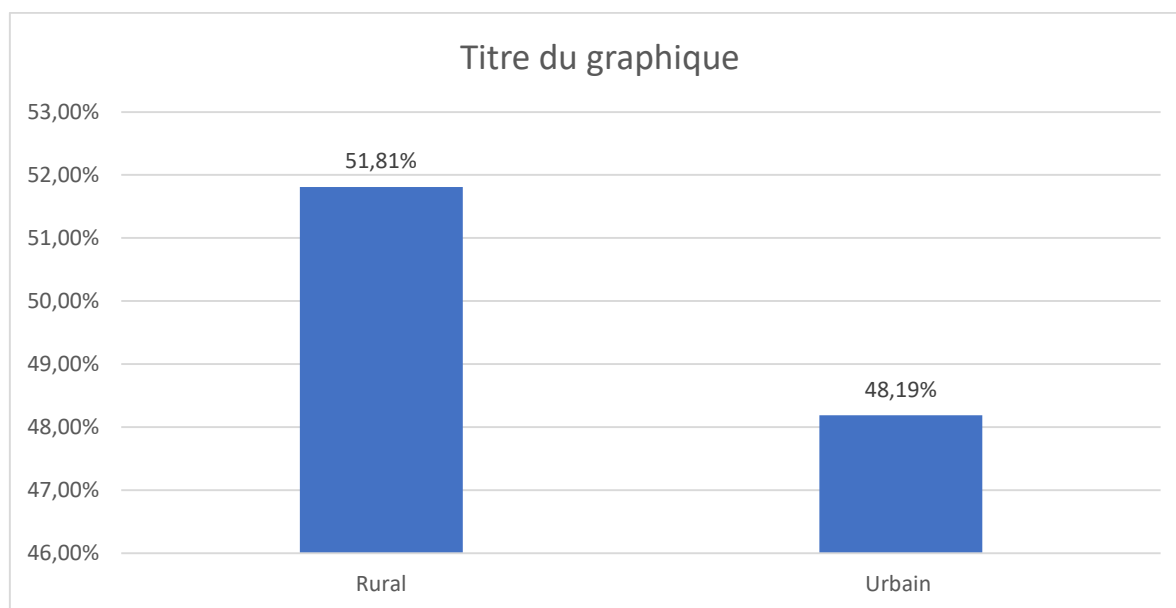


Figure 2 : Répartition des patientes selon la résidence

La majorité des patientes venait de la zone rurale soit **51,81%**

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non Instruite	60	72,29
Primaire	8	9,64
Secondaire	11	13,25
Supérieur	4	4,82
Total	83	100

Les non instruites représentaient le plus grand nombre soit **72,29%**

Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'évacuation

Mode d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Ambulance	38	45,78
Pinasse	28	33,74
Mototaxi	13	15,66
Moto	4	4,82
Total	83	100

La plupart des évacuées étaient venues par ambulance soit **45,78%**

5.3 Les donnes cliniques :

Tableau VI : Répartition des patientes selon le support de référence

Support de référence	Effectif	Pourcentage (%)
Fiche individuelle	58	69,88%
Aucun	18	21,68%
Parto + Fiche individuelle	7	8,44%
Total	83	100%

Aucun : venue d'elle-même

La majorité des patientes ont été référées soit **78,32%**

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

Motif de R/E	Effectif	%
Métrorragie	60	72,29%
Douleur Abdominale + Métrorragie	23	27,71%
Total	83	100%

La métrorragie était le motif de référence/évacuation la plus représenté soit **72,29%**

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission

Délai entre le début de l'hémorragie et la consultation	Effectif	Pourcentage (%)
1h-12h	47	56,63
<1h	36	43,37
Total	83	100

Les femmes le du début de l' hémorragie et la consultation est entre 1H à 12H sont les plus représenté avec 56 ,63%

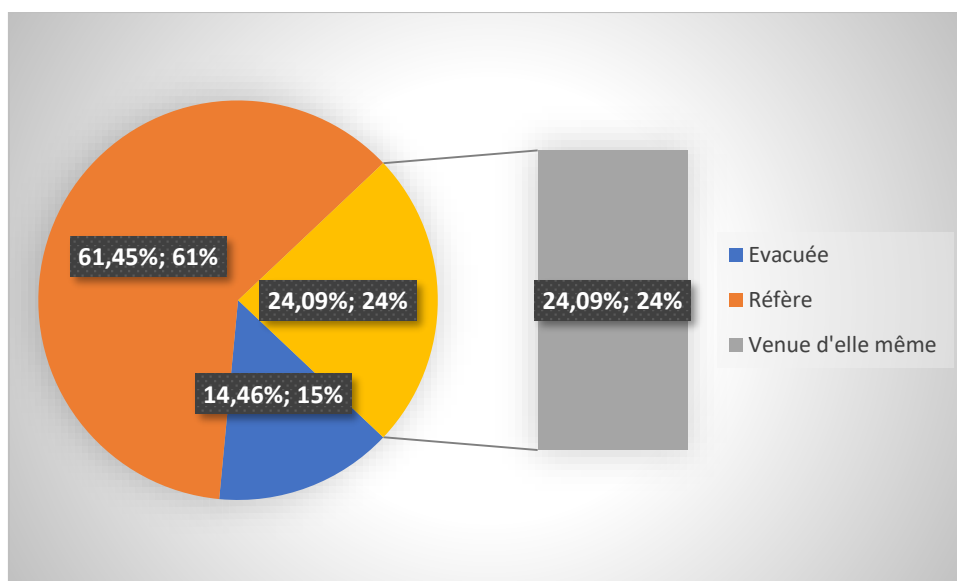


Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

61,45% des patientes étaient référées.

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

Etat général	Effectif	Pourcentage (%)
Passable	71	85,54%
Altère	7	8,44%
Bon	5	6,02%
Total	83	100%

Les femmes dont leur état général est passable à l'admission sont les plus représentées avec 85 ,54%

Tableau X : Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'admission

Tension artérielle a l'admission	Effectif	Pourcentage (%)
<14/09 mmhg	56	67,47
≥ 14/09 mmhg	27	32,53
Total	83	100

67,47% des patientes ne présentent pas d'hypertension artérielle

Tableau XI : Répartition des patientes selon le mode de survenu de l'hémorragie

Survenu de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage (%)
Spontané	66	79,52
Au contact	17	20,48
Total	83	100

Les femmes dont l'hémorragie est survenue spontanément sont les plus représentées avec 79 ,52%

Tableau XII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Grande Multipare (≥ 6)	18	21,68
Multipare (4-5)	17	20,48
Paucipare (2_3)	23	27,72
Primipare (1)	14	16,87
Nullipare(0)	11	13,25
Total	83	100

Les paucipare étaient majoritaires avec 27,72%

Tableau XIII : Répartition des patientes Selon la gestité

Gestite	Effectif	Pourcentage (%)
Grande Multi geste (≥ 6)	35	42,17
Multi geste (4_5)	21	25,30
Pauci geste (2-3)	16	19,28
Primigeste (1)	11	13,25
Nulligeste (0)	0	0
Total	83	100

Les grandes multi gestes étaient majoritaires avec **42,17%**.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon leurs ATCD Obstétricaux

ATCD obstétricaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	61	73,49
Mort-Née	8	9,64
HRP*	5	6,02
Accouchement Préaturé	4	4,82
PP**	3	3,62
Avortement	2	2,41
Total	83	100

* : hématome retro-placentaire ; ** : placenta prævia

9,64% avaient un antécédent d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse

Tableau XV : Répartition des patientes selon leurs ATCD médicaux

ATCD-Médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	58	69,88%
HTA	22	26,51%
Asthme	2	2,41%
Diabète	1	1,20%
Total	83	100,0%

69,88% des patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux

Tableau XVI : Répartition des patientes selon leurs ATCD chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	64	77,10%
Césarienne	12	14,5%
Laparotomie	4	4,8%
Myomectomie	3	3,6%
Total	83	100

77,10% des patientes n’avaient pas d’antécédents chirurgicaux

NB : laparotomie (grossesse extra-utérine ou rupture utérine)

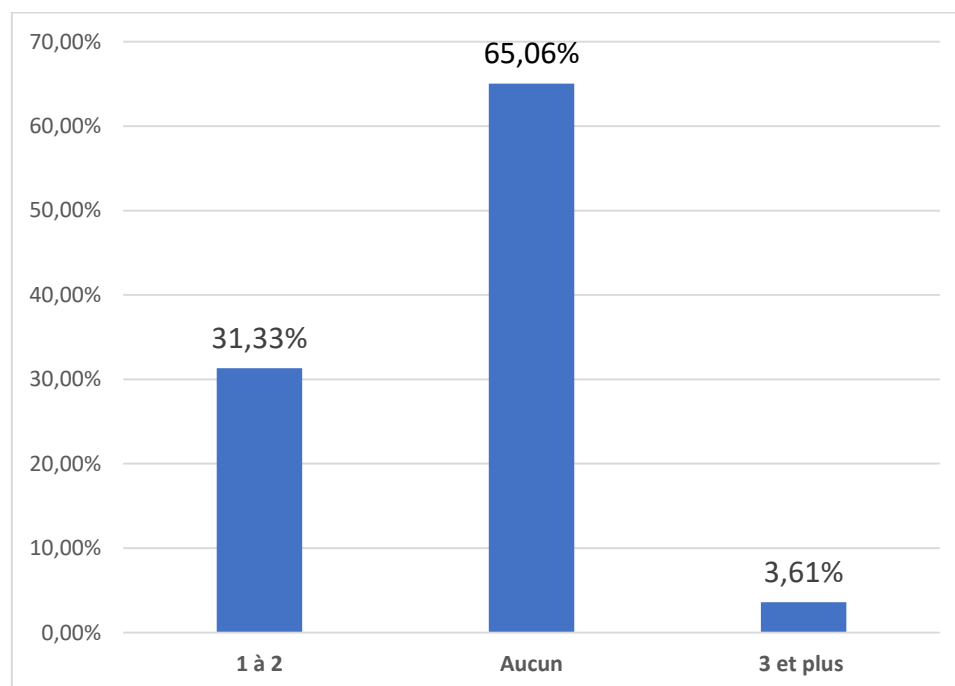


Figure 4 : Répartition des patientes selon le nombre CPN

La majorité des patientes n’avaient pas fait de CPN soit **65,06%**.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN par résidence

Résidence	Rurale	Urbaine	Total
Cpn			
Aucun	40	14	54
1-2	8	18	26
3 et plus	2	1	3
Total	50	33	83

La majorité des femmes rurales n'ont pas de CPN soit 80%

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie de L'hémorragie	Effectif	Pourcentage (%)
HRP *	48	57,83
PP **	22	26,51
Rupture Utérine	9	10,84
PP+HRP	4	4,82
Total	83	100

* : hématome retro-placentaire ; **pp : placenta prævia

L'HRP étaient l'étiologie de l'hémorragie le plus représentant soit **57,83%**

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel :

Age gestationnel(SA)	Effectif	Pourcentage (%)
28-36	44	53,1
37-42	39	46,9
Total	83	100

Les grossesses non à terme sont les plus représentées avec **53,1%**

Tableau XX : Répartition selon l'étiologie de l'hémorragie en fonction de la résidence

Résidence	Rural	Urbain	Total
Etiologie			
HRP*	23	25	48
PP**	17	5	22
Rupture Utérine	6	3	9
PP+HRP	3	1	4
Total	49	34	83

* : hématome retro-placentaire ; ** : placenta prævia

L'HRP est l'étiologie la plus représentées dans les deux résidences

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage (%)
≤6 g	7	8,43
7-9 g/dl	44	53,01
10-11 g/dl	30	36,15
≥ 11	2	2,41
Total	83	100

Les femmes dont le taux moyen d'hémoglobine est entre 7 à 9 sont les plus représentées avec 53,01%

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la numération formule sanguine

Numération Formule Sanguine	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	65	78,31
Non	18	21,69
Total	83	100

Les femmes qui ont réalisé la numération formule sanguin sont les plus représentées avec 78,31%

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la protéinurie

Nombres de croix de la Protéinurie	Effectif	Pourcentage (%)
Néant	39	46,99
Une croix	20	24,09
Deux croix	10	10,05
Trois croix	14	16,87
Total	83	100

Les patientes à protéinurie néants sont les plus représentées avec 46,99%

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la coloration du sang

Coloration du sang	Effectif	Pourcentage (%)
Noirâtre	49	59,04
Rouge Vifs	34	40,96
Total	83	100

Les femmes à saignements noirâtre sont les plus représentées avec 59,04%

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le volume d'hémorragie

Hémorragie	Effectif	Pourcentage (%)
Minime	54	65,06
Abondant	29	34,94
Total	83	100

Les patientes avec des hémorragies minimales sont les plus représentées avec 65,06%

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la nature du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage (%)
Normal	74	89,16
Limite	8	9,64
Rétréci	1	1,20
Total	83	100

Les femmes à bassin normal sont les plus représentées avec 89,16%

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage (%)
Intacte	56	67,47
Rompue	27	32,53
Total	83	100

Les patientes admises avec la poche des eaux intacte sont les plus représentées avec 67,47%

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le type de la présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage (%)
Sommet	67	80,72
Siege	8	9,64
Epaule	5	6,02
Front	3	3,62
Total	83	100

Les présentations fœtales céphaliques sommet sont les plus représentées avec 80,72%

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon les BCF

BDCF	Effectif	Pourcentage (%)
Absent	47	56,63
Présents	36	43,37
Total	83	100

Les BCF étaient absents dans 56,63% des cas.

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie haute	73	87,95
Voie basse	10	12,05
Total	83	100

La voie haute était le mode d'accouchement le plus représenté avec 87,95%

Tableau XXXI : Proportion des patientes selon la voie d'intervention et de pathologie

Pathologies	Rupture utérine	Placenta prævia	Hémato-réto placentaire
Voies d'accouchement			
Voie Basse	0%	9,09%	16,67%
Voie Haute	100%	90,91%	83,33%

La voie haute a été la voie d'accouchement la plus représentées quelle que soit la pathologie avec respectivement 100% ; 90,91% et 83,33% pour la rupture utérine, le placenta prævia et l'HRP. Concernant la rupture utérine l'hystérectomie a été pratiquée dans 55,5% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la mesure du petit côté des membranes du placenta

Petit coté	Effectif	Pourcentage (%)
>10cm	60	72,29
<10cm	23	27,71
Total	83	100

Le petit côté des membranes mesurant plus de 10cm sont les plus représentées avec 72,29

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la rupture artificielle de la poche des eaux

Rupture artificielle de la poche	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	60	72,29
Non	23	27,71
Total	83	100

Les patientes dont leur poche des eaux ont été rompues artificiellement sont les plus représentées avec 72, 29 %

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le volume du caillot sanguin en cas d'HRP

Volume du caillots sanguin en cas d' HRP	Effectif	Pourcentage (%)
<100ml	25	52,08
100-500 ml	14	29,17
>500ml	9	18,75
Total	48	100

En cas d'HRP le volume du caillot sanguin inférieur à 100 ml sont les plus représentées avec 52,08%

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon la perte sanguine

Volume du saignement	Effectif	Pourcentage (%)
<500ml	60	72,29
500- 1000ml	19	22,89
1000-2000ml	4	4,82
Total	83	100,0%

Les patientes dont leur volume de saignement est inférieur à 500 ml sont les plus représentées avec 72,29%

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la quantité du sang reçu

Quantité du sang reçu (en unité)	Effectif	Pourcentage (%)
0	4	4,82
1	27	32,53
2-3	52	62,65
Total	83	100

Les patientes transfusées de 2-3 poches sont les plus représentées avec 62,65%

Tableau XXXVII : Répartition des nouveaux née selon leur Apgar

Apgar	Effectif	Pourcentage (%)
0	43	51,8%
1-6	18	21,7%
≥ 7	22	26,5%
Total	83	100%

Les mort-nés sont les plus représentées avec 51,8%

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon l'état de l'enfant a la naissance

Etat de l'enfant a la naissance	Effectif	Pourcentage (%)
Mort-né	43	51,8%
Vivant	40	48,2%
Total	83	100 %

Les morts ne sont les plus représentées avec 51,8%

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né

Nouveau-né selon le poids	Effectif	Pourcentage (%)
≥ 2500g	50	60,24
< 2500g	33	39,76
Total	83	100

Les patientes dont le poids de leurs nouveaux nés est supérieure 2500g sont les plus représentées avec 60,24%

Tableau XL : Répartition des patientes selon la longueur du cordon fœtale

Longueur du cordon	Effectif	Pourcentage (%)
<45 cm	22	26,51
45-70 cm	61	73,49
Total	83	100

La longueur des cordons fœtaux compris entre 45-70 cm sont les plus représentées avec 73,49%

Tableau XLI : Répartition des patientes selon les nouveau-nés prématurés par étiologie

Nouveau-né prématuré en fonction de l'étiologie	Effectif	Pourcentage (%)
HRP	20	60,61
PP	13	39,39
Total	33	100

Les prématurés en cas d'HRP sont les plus représentées avec 60,61%

Tableau XLII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
24h-96h	69	83,13
> 96h	14	16,87
Total	83	100

Les patientes dont le délai d'hospitalisation est entre 24H-96H sont les plus représentées avec 83,13%

Tableau XLII : Répartition des patientes selon la complication maternelle

Complication Maternelle	Effectif	Pourcentage (%)
Choc Hypovolémique	36	43,4%
Aucune	22	26,5%
Septicémie	13	15,7%
Coagulopathie	9	10,8%
Anurie	3	3,6%
Total	83	100%

Le choc hypovolémique est la complication maternelle la plus représentées avec 38,55%

Tableau XLIV : Répartition des patientes selon la l'étalité maternel selon l'étiologie

Décès maternel selon l'étiologie	Effectif	Pourcentage (%)
HRP	3	50%
Rupture Utérine	2	33,33%
PP	1	16,67%
Total	6	100%

Les décès maternels causées par l'HRP sont les plus représentées avec 50%

Tableau XLV : Répartition des patientes selon le décès maternel en fonction de la résidence

Décès maternel en fonction de la résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Urbaine	4	33,3%
Rurale	2	66,67%
Total	6	100%

Les décès des patientes résidant en milieu urbain sont les plus représentées avec 66,67%

Tableau XLVI : Répartition des patientes selon l'état à la sortie

Etat à la sortie	Effectif	Pourcentage (%)
Satisfaisant	77	92,77
Décédé	6	7,23
Total	83	100

Les patientes étaient satisfaites à la sortie sont les plus représentées avec 92,77%

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1-1 La Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service de Gynécologie et Obstétrique du centre de santé de référence de Mopti 2353 accouchements dont 83 cas compliqués d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 3,53%.

Notre fréquence est supérieure à celles de Diarra M. A [26] et de Dembélé I [10] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 2 à 5% et 2,7%.

Notre fréquence élevée s'expliquerait par le fait que le centre de santé de référence de Mopti est une structure de première référence, à cet effet il reçoit presque toutes les femmes évacuées et référées des CSCom du district sanitaire de Mopti.

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

1-2 l'âge

La tranche d'âge la plus touchée est de 20-35ans avec 71,08%, cette tranche d'âge correspond à la période d'activité obstétricale la plus intense.

Elle est comparable à celle de Sanogo S.D [24] qui était à 73,4%. Foote [19] trouve que le Placenta prævia est deux fois plus fréquent après 29 ans, l'hématome retro-placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les jeunes primipares selon Uzan M [26]

Agés maternels extrêmes 15 et supérieur à 35ans constituent la période à risque pour la rupture utérine selon Koné F [27] ; la tranche d'âge de 25-30ans est dominante dans la survenue de l'hématome retro-placentaire au Mali selon Garba H [20].

1-3 Résidence

51,81% de nos patientes vivaient en milieu rural, cela s'expliquerait par le bas niveau socio-économique et l'insuffisance en ressources humaines qualifiées dans les zones rurales.

1-4 Transport utilisé

L'ambulance était le moyen de transport le plus utilisé avec 45,78% suivi de la pinasse avec 33,74%.

1-5 Mode d'admission

61,4% de nos patientes ont été référées, cela est dû au statut de première référence de la région de Mopti destiné à recevoir toutes les grossesses à risques et compliquées d'hémorragie. Sanogo S.D [24] rapporte dans sa série 73% d'évacuation, Diakité R [11] a trouvé 48% dans sa série, Dembélé I [10] rapporte dans sa série 47% dans notre série

1-6 Parité

Les Paucipares représentaient 27,72% des cas d'étude. L'association de la parité et les principales étiologies des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont traitées par plusieurs auteurs.

Notre taux est inférieur à celui de Sanogo S.D [24] qui était de 42,6% de PP hémorragique et comparable à celui de Dembélé I [11] qui était à 27,8% ; Boog G [25] trouve que la parité est un facteur déterminant que l'âge avec 35% de multipares, Foote [19] note une fréquence quatre fois plus élevée de placenta prævia parmi les multipares avec 36%.

1-7 Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique est un paramètre difficile à déterminer dans notre pays.

Dans notre d'étude les ménagères représentaient 78,31% et 2,41% pour les femmes fonctionnaires.

Dans notre étude 65,06% des grossesses n'étaient pas suivies.

Les patientes vivantes en milieu rural représentaient 51,81% dans cette série. Notre taux est supérieur à celui de Sanogo S.D [24] qui était à 48 %. Cette différence s'explique par le manque d'information et de compréhension sur l'importance des CPN par une population à majorité analphabète et vivant en milieu rural avec un bas niveau socio-économique, d'insécurité, et les mesures de barrières du covid-19.

1-8 Les conditions associées

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou à une myomectomie, de curetages, des fausses couches, de placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, et de rupture utérine ont été cités par plusieurs auteurs comme des facteurs favorisant de ses pathologies [18, 29, 6 ; 30].

Dans notre étude nous avons enregistré 12 cas d'antécédent de césarienne, 3 cas de myomectomie, 4 cas de laparotomie.

Les lésions durables de la muqueuse utérine s'opposeraient à la migration placentaire vers le fond utérin ou une diffusion anormale vers le segment inférieur.

Notre taux est supérieur à ceux de Kane F [6] et de Sanogo S.D [24] qui étaient respectivement de 13,43% et 12,7%.

1-9 Hypertension artérielle

Au cours d'une étude rétrospective portant sur 265 cas Uzan [26] rapporte que l'HRP est associée à une affection hypertensive dans 71 cas soit une fréquence de 26,9% dont 42 cas de pré-éclampsie pure, 12 cas d'hypertension artérielle chronique compliquée de pré-éclampsie et 17 cas d'hypertension artérielle chronique.

Dans notre étude 26,51% de nos patientes avaient un antécédent d'hypertension artérielle et 32,53% avaient une tension artérielle supérieure ou égale 14 /9 mmHg à l'entrée.

2- DONNEES CLINIQUES

2-1 Délai entre le début de l'hémorragie et la consultation : Le temps mis entre le début de l'hémorragie et la consultation au centre de santé était jugé très long, il était compris entre une heure et douze heures dans 56,63% et inférieure à une heure dans 43,73%. Sanogo S.D [24] trouve dans sa série que 47,9% des patientes ont fait une à douze heures de temps avant leur admission contre 95,2% entre une à douze heures dans la série de Dembélé I [10]. Ce retard aggrave l'hémorragie et compromet gravement le pronostic materno-fœtal. La sévérité du pronostic materno-fœtal des hémorragies du troisième trimestre pourrait s'expliquer par le retard dans la décision de recourir aux soins à cela s'ajoute la longue distance parcourue pour se rendre au centre de santé de référence, et d'autre part les moyens de transports utilisés pendant la période de la monte du niveau d'eau du fleuve dans les zones inondées.

2-2 Signes cliniques :

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic. Cliniquement la métorrhagie considérée comme signe fonctionnel principal était présent chez toutes nos patientes, ce pendant elle était isolée dans 72,29% des cas et associée à la douleur abdominale dans 27,71% par contre elle était 100% dans la série de Diakité R [11] ; 94,25% dans la série de Garba.H [20] et 74,46% de cas dans la série de Sanogo S.D [24]. Rappelons que certains signes physiques peuvent être trompeurs tels que la tension artérielle, elle peut être à la limite de la normale alors que l'hémorragie interne est très importante.

2-3 L'âge gestationnel :

L'âge gestationnel au moment de survenue de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est très important du point de vue pronostic materno-fœtal. Dans notre étude 53,1% de nos patientes ont saigné avant la 37^{ème} SA. La plus part de ces métrorragies étaient survenues de façon spontanée dans 79,52% par contre le taux est inférieure à celui de Sanogo S.D [24] qui était à 93,6% dans sa série.

2-4 Les bruits du cœur fœtal à l'admission

La présence ou l'absence des bruits du cœur fœtal est souvent primordiale dans la prise de décision thérapeutique.

Dans notre étude les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles dans 56,63% des cas au stéthoscope de pinard ; par contre dans la série de Sanogo S.D [24] était à 60,6% contre 47% dans la série de Dembélé I [10].

Ce taux élevé serait dû :

- * au temps entre le début de l'hémorragie et la consultation au centre de santé est considéré trop long.
- * à la méconnaissance de la gravité des métrorragies du troisième trimestre de la grossesse par certains prestataires.

2-5- Etiologies

Trois principales étiologies ont été retrouvées par ordre décroissante nous avons :

2-5-1 L'hématome rétro-placentaire (HRP)

Dans notre étude il occupe le premier rang des causes d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse avec une fréquence de 57,83%.

Dans les séries d'études de Foote [19] ; 37%, Kane F [6] ; 35,82%, Sanogo S.D [24] ; 28,7% et Lansac J [16] était à 16% des cas.

2-5-2 le Placenta prævia

Il occupe le deuxième rang des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans notre étude avec 26,51% des cas dont la plus grande majorité admise n'était pas en travail d'accouchement.

Dans les séries de Sanogo S.D [24] s'était à 42,6%, Foote [19] s'était à 36% et Dembélé I [10] a 30,1% des cas de placenta prævia.

Notre fréquence basse s'expliquerait par la diminution des facteurs favorisant d'anomalie d'insertion placentaire.

Ces différences relativement importantes pourraient s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie à savoir la recherche et la prise en charge de ces principaux facteurs de risques au cours des consultations prénatales.

2-5 -3 Rupture utérine :

La rupture utérine qui a presque disparue dans les études des pays bien médicalisés est toujours d'actualité dans notre pays en voie de développement.

Dans notre étude elle occupe le troisième rang avec 10,84%.

Dans les séries de Sanogo S.D [24] Dembélé I [10], Kane F [6], ont trouvé respectivement 26,6% ; 13,3% ; 11,94% et supérieure à celle de Boog G [25] qui est de 0,7% des cas.

Notre fréquence basse par rapport aux autres études s'expliquerait par :

- La situation géographique de la région où la moitié est inondée pendant 9 mois de l'année où le déplacement est très lent par les pinasses et des pirogues pendant cette période.

- Le suivi régulier des grossesses à risque.
- la diminution des tentatives d'accouchement à domicile.
- l'utilisation contrôlé de certains médicaments (ocytocine, mysoclear) par les prestataires de santé.
- la diminution de certaines manœuvres obstétricales (expressions utérines).

2-5-4 Association placenta prævia et l'hématome retro-placentaire :

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [34, 32, 35, 31, 28] ; dans notre d'étude nous avons enregistré 4 cas soit une fréquence de 4,82%.

2-5-5 Causes indéterminées :

Le diagnostic étiologique des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse reste souvent difficile, dans notre série nous n'avons pas enregistré de causes indéterminées par contre les séries d'études de Diakité R [11], Kane F [6] trouvaient respectivement 9,8% et 8,95%.

3-DONNEES THERAPEUTIQUES

3-1 Mode d'accouchement :

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du troisième trimestre.

Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces femmes épuisées par les hémorragies compromettant leur vie et celles de leurs enfants, l'attitude thérapeutique la plus pratiquée dans notre série a été césarienne pour sauvetage maternel et ou fœtal.

Dans notre étude la voie haute a été pratiquée dans 87,95% des cas (dont la laparotomie dans 10,84% cas pour rupture utérine) et la voie basse dans 12,5%. Dans les séries de Sanogo S.D [24] était à 87,2%, Kane F [6] était à 58,20% et Diakité R [11] était à 56,1%.

Ailleurs dans l'étude Traoré M.S [30] indique dans le traitement du placenta prævia 87,5%% de césarienne, Coulibaly. F [36] estimait qu'en cas d'hématome rétro-placentaire le risque de césarienne est environ 4 fois plus élevé 56,63% de nos césariennes ont été indiquées pour sauvetage maternel.

Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante dans la mesure où les principales causes de ces hémorragies sont pourvoyeuses de césarienne, à cela s'ajoute l'abondance du saignement, le taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl dans 53,01% ainsi que la phase du travail d'accouchement (latence) ou la patiente a été admise.

3 - 2 Traitement médical :

- Les cas de PP dont l'indication de césarienne ne s'imposait pas dans l'immédiat (arrêt de saignement, grossesse non à terme, PP latéral marginal) bénéficiaient d'une hospitalisation, de la prise d'une voie veineuse sûre avec Cathéter G 16 ou G 18, avec une perfusion du Ringer lactate 500ml, d'un repos strict au lit, mise en place d'une sonde urinaire, d'un bilan biologique, d'une échographie obstétricale, d'une transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire, de

fer acide folique, d'antispasmodiques si nécessaire, d'une maturation pulmonaire avec des corticoïdes (célestène 4 mg : 12mg en intramusculaire par 24h pendant 48h), d'une proscription de touchers vaginaux, d'une antibiothérapie préventive, , d'une surveillance maternelle et fœtale 3 fois par jour.

- Les cas d'hématome retro-placentaire qui ont accouché par voie basse bénéficiaient d'une prise de voie veineuse sûre avec cathéter G 16 ou G 18, avec perfusion du Ringer Lactate, la rupture artificielle de la poche des eaux, la transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire, d'antispasmodiques dans certains cas, perfusion d'ocytocine si nécessaire, groupage sanguin et la numération formule sanguine (NFS) en urgence.
- 95,18% de nos patientes ont été transfusées, le nombre d'unité de poche de sang variait de 1 à 4 poches.
- Toutes nos patientes césarisées, ont bénéficié d'antibiothérapie.

Notre taux de transfusion est supérieur à celui de Sanogo S.D [24] qui était de 62,8 % et à celui de Coulibaly F [36] qui était à 52,87%.

3-3 Pronostic materno-fœtal

3-3-1 Pronostic maternel

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause et à la sévérité de l'hémorragie ainsi qu'à sa durée d'évolution, il est autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce et la prise en charge rapide et efficace.

◆La mortalité

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

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravant [37].

Face à la forte mortalité maternelle, les autorités sanitaires du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence –

évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CSRéf et leur gratuité, le renforcement des centres de santé.

Dans notre étude nous avons enregistré 6 cas de décès maternels, soit une fréquence de 7,23%.

-Dont 3 cas de décès dû à l'hématome retro-placentaire par suite de trouble de coagulation sanguine.

-Deux cas de décès dû à la rupture utérine par suite d'une septicémie et un choc hypovolémique.

-Et un cas de décès dû au placenta prævia par suite d'un choc hypovolémique. A noter que 4 cas de décès maternel résidait dans la commune urbaine de Mopti et les deux autres en milieu rural et les décès maternels sont tous survenus après la césarienne ou la laparotomie pour sauvetages maternels.

Dans les séries d'études de Sanogo S.D [24] et de Kane F [6] ces taux étaient respectivement de 11,70% et 4,54%.

Notre fréquence est inférieure à celle de Sanogo S.D [24] s'expliquerait par :

-le diagnostic rapide et la référence- évacuation des cas à temps.

-la disponibilité de l'ambulance pour les référence - évacuation.

-la disponibilité du sang total dans le laboratoire du csref de Mopti.

◆La morbidité

Les longs séjours d'hospitalisation avec une durée de séjour supérieure à 4 jours dans 16,87% des cas dans notre série.

A ceux-ci s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psycho-sociales dans une société où la stabilité du couple repose en partie sur la fécondité. A noter que l'hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans 5 cas de laparotomie soit une fréquence de 55,56% des cas de rupture utérine. Elle est de 48% dans la série de Sanogo S.D [24] et 18,2% dans la série de Dembélé I [10].

Cette fréquence élevée d'hystérectomie est en rapport avec le retard d'évacuation dans une population où la majorité des malades sont transportées souvent par les pinasses et à la fréquence élevée des tentatives d'accouchements à domicile.

3-3-2 Pronostic fœtal

Le pronostic fœtal est dominé par la prématurité et la mortalité malgré les progrès réalisés dans la prise en charge des prématurés.

Ce pronostic fœtal reste sévère dans les pays sous médicalisés, et il est influencé par l'étiologie de l'hémorragie et la qualité de la prise en charge des nouveau-nés.

◆ Mortalité

Nous avons enregistré 43 cas de décès néonataux soit 51,8%.

L'hématome retro-placentaire avec 60,4% suivi de la rupture utérine avec 21% et le placenta prævia avec 18,6% des décès fœtaux et néonataux précoces dans notre série d'étude.

Selon N'Diaye M [17] le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in-utero.

◆ Morbidité

En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés prématurés ou de petits poids de naissances sont sujets à une morbidité importante. Dans notre série le taux de prématurité est de 39,76%, notre taux est inférieur à ceux : Diakité R [11], Boog G [25] et Bakayoko S [34] qui étaient respectivement de 40,7% ; 54% et 77,42%.

Selon Diakité Z [38] le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine.

Dans notre série d'étude cette prématurité est de 39,76%, fréquent dans l'hématome retro-placentaire avec 20 cas soit 60,61% suivi du placenta prævia avec 13 cas soit 39,39%.

VI- CONCLUSION

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est un problème majeur de santé publique dans le monde.

Elle constitue avec les hémorragies du post-partum immédiat la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

Très souvent cette mortalité élevée est la conséquence d'un retard d'évacuation, de prise en charge, d'une insuffisance thérapeutique, du bas niveau socio-économique, l'enclavement, de l'insécurité surtout à des heures tardives de la nuit et les mesures de barrière du covid-19.

La tranche d'âge allant de 20 à 35 ans était la plus touchée avec 71,08% ; les paucipares sont les plus représentées avec 27,72% et 61,45% étaient évacuées par les Scom périphériques.

Les étiologies étaient dominées par l'HRP avec 57,83% ; le PP avec 26,51% ; la RU avec 10,84% et PP+HRP 4,82%.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 87,95%.

Le pronostic maternel était mauvais avec 7,23% de décès maternel ainsi que le pronostic foetal avec 51,8% de mort-né.

Nous espérons que la gratuité de la césarienne et les multiples campagnes de sensibilisation pour les dons volontaires de sang permettront améliorer le pronostic materno-foetal.

VII- RECOMMANDATIONS :

1- Aux autorités Politiques et Sanitaires

- Renforcer la banque du sang, pour extraire le plasma frais congelé indispensable dans la prise en charge de la CIVD.
- Doté le laboratoire d'un appareil d'hémoculture avec antibiogramme.
- Renforcer le système de référence-évacuation.
- Maintenir une sécurité pour facilite l'accès à la population au centre de santé.
- Apportez des soutiens à la population pour le respect des mesures des barrières sanitaires du covid-19 et leurs sensibilisations à la fréquentation des centres de santé.

2- Au personnel soignant

- Améliorer la qualité des CPN en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie afin de déceler certains facteurs de risque d'hémorragie.
- Evacuer à temps toutes les femmes à risques d'hémorragie ou les cas d'hémorragies dans une structure adaptée à la prise en charge.
- Sensibiliser à travers les médias en langues nationales sur les risques et les complications des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

3-Aux gestantes

- Faire un suivi régulier de leur grossesse dès la conception.
- Fréquenter les centres de santé en cas d'hémorragie sur grossesse quel que soit son l'importance.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **OMS.** "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelles méthodologies OMSIUNICEF". OMS, Genève 1998 p.18
2. **Wee L., Barron J., Toye R.** Management of severe post-partum haemorrhage by uterine artery embolization. Br J anaesth 2004.
3. **Ayoubi M., Pons C.** Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse : Revue du praticien, 2000, 10, 1145-1148
4. **Akpovi I, Guiadem FA, RX Permin, Alihonou E.** Les hémorragies du troisième trimestre et de l'accouchement au CNHU de Cotonou, Bénin Médical, 1998, N° 8, 76-79.
5. **Enquête sociodémographique et de santé Mali VI.** Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgences au Mali EDSM VI (enquête démographique de sante au Mali) 2018. Page : 8
6. **Kané F.** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine 1998 P. N 56.
7. **Djerma M.** Les hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 52 cas. Thèse de médecine ; 2009-2010 : p.N.2.
8. **Sepou A., Nguembi E et Coll :** les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Med. Af .Noire ; SEN :2002.49 :185_186.N°4
9. **R FW and F WD.** Placenta prævia. American Obstétrique GYNECO. JUILLET 1960 : P .80-10-16.
10. **Dembélé I.** Etude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au CSREF de la commune V du district de Bamako à propos de 83 cas thèse de médecine ; Bamako, 2006 P. 70-79.

- 11. Diakité R.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 2002-2003 : p. N.71.
- 12. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. PARIS ; Maloine, 1984 :P. 515P.
- 13.Merger R., Levy J., Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. 5eme édition Masson paris 1979 : 618-27
- 14.Merger R. J. Levy, and J. Melchior,** précis d'obstétrique. 6é édition ; PARIS ; Milan ; Barcelone MASSON ,1995 P. 583P.
- 15.Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985
- 16.Lansac J.** Obstétrique pour le praticien. Deuxième édition SIMEP, 1990. 413 P. : P. N 7227 7226.
- 17. N'Diaye M.** la mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'Hamdallaye: Les aspects cliniques, épidémiologique et prise en charge. Thèse Médecine ; Bamako 2000 : p. N126.
- 18. Collette C.** Le placenta bas inséré (prævia) [en ligne] ; < 20 20 20. Femiweb com > consulté le 02/12/2002.
- 19. Foote (W. R) et Fraser (W. D).** Placenta prævia – American. Obstetrico – Gynécologique ; Juillet 1960 ; 80 ; N 1. 10 – 16P.
- 20.Garba H.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse médecine ; Bamako, 1988.
- 21.Lansac J, P Lecomte.** Gynécologie pour le praticien 4éme édition ; PARIS. SIMEP, 1994.
- 22. Marty PH and F Marty.** Le livre de l'interne en obstétrique.4é édition ;2012.

- 23. Samaké Y.** Approche épidémio- clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Niamakoro Fonba de Ségou. Thèse de médecine ; Bamako, 2002 : P .N.11.
- 24. Sanogo S.D :** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti en 2012 concernant 94 cas.
- 25. Boog G.** Placenta prævia. Encyclopédie médecine chirurgie (ELSEVIER, PARIS) Obstétrique. 1996. 21P : P. 5- 069-1 -10.
- 26. Uzan M., B Haddad., and S Uzan.** Hématome retro-placentaire. Encyclopédie médecine chirurgie;(ELSEVIER, PARIS); Obstétrique 1995:P .3P.
- 27. Koné F.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 CAS). Thèse médecine ; Bamako 1989 : P. N 48.
- 28.Ouattara A.** Hématome retro-placentaire : aspects épidémio-cliniques et prise thérapeutiques au CSREF de la commune V. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.
- 29.Hodonou K.** Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar... Thèse de médecine ; Bamako ,1968 : P N 18.
- 30.Traoré M.S :** Aspect épidémiologique et clinique du placenta prævia hémorragique à l'hôpital Somine Dolo de MOPTI propos de 40 cas en 2010.
- 31.Gillard P., Bataille B., Coll.** Maladie de rendu Osler – Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse à propos d'un cas ; Journal Gynéco – obstétrique et biologie de la reproduction ; 1996 ; N°25.
- 32. Barbot X J., Bardiaux M., Crimail P., Deuil J., Dubuisson J B., Santarelli J.** Santé – Médecine – Biologie humaine ; Gynécologie obstétrique. Tome et Systématique II ; 1986 – 1987.

- 33. F F C.** Hématome retro-placentaire : facteur de risque pronostic materno-fœtal dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G thèse de médecine Bamako ,2001 : P. N 99.
- 34. Bakayoko S.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 26 Cas. Thèse médecine Bamako, 2002P. N 17.
- 35.Cacault., L J., J Marie.** Urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau. PARIS ; Maloine, 1982 ; .120P(26)
- 36. Coulibaly F.** Hématome retro-placentaire : facteurs de risque, pronostic materno-fœtal dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G ; Thèse médecine ; Bamako 2001 ; N° 99.
- 37.Cisf., c i d s. f L.** Mortalité maternelle. 1990. 7617 :P. 66 P.
- 38. Diakité Z.** Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau- né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C H U. Gabriel Touré. Thèse Médecine ; Bamako, 00-M-75.
- 39. Kanté F.** Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynécologie et l'obstétrique de L'hôpital du Point G : à propos de 723 CAS. Thèse médecine ; Bamako. 1997. N 24.
- 40. Diarra M.A :** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 65 cas. Thèse médecine 2010
- 41. Coulibaly F :** les hémorragies du 3^{ème} trimestre au centre de sante de référence de Koutiala en 2008-2009 à propos de 102 cas. **Thèse** médecine
- 42. Sanogo B :** les hémorragies du 3^{ème} trimestre au centre de sante de référence de Koutiala en 2008-2009 à propos de 102 cas. **Thèse** médecine
- 43. Cissé B :** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de Référence de Markala à propos de 245cas en 2013. Thèse médecine

44. Dembélé B. Étude épidémiologique, clinique et pronostic de la rupture utérine au CS Réf de la commune V de Bamako à propos de 114 cas en 2002. Thèse médecine Bamako 2002. N 28

IX-FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénoms : ALIOU N.

Titre : Etude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de Mopti.

Année Universitaire : 2022-2023

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie -réanimation.

RESUME

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno- fœtal. Pour apprécier ce pronostic materno- fœtal, nous avons effectué une étude prospective et descriptive au service de gynécologie et obstétrique du centre de sante de référence de Mopti sur une période de 12 mois (1^{er} Mars 2020 au 31 Février 2021) ou nous avons enregistré 83 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 2353 accouchements soit une fréquence de 3,53%. L'hématome retro-placentaire représente la première cause de ces hémorragies avec 57,83%, suivi du placenta prævia avec 26,51% des cas. Nous avons enregistré 7,23% de cas de décès maternel. Quant au pronostic fœtal et néonatal, il est dominé par la mortalité qui est 51,80% une prise en charge rapide par une équipe multi disciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres permettent d'améliorer le pronostic materno-fœtal au cours de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Mots clés : Grossesse, hémorragie ; 3^{ème} trimestre ; étiologies ; prise en charge et pronostics ; multidisciplinaire.

X-FICHE D'ENQUETE

A. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

1-Date.....

2-Nom :

Prénom :

3- Ages :

a : inf. à 19ans b : 20-35ans c : sup a 35ans

4: Résidence :

a : rurale b : urbaine

5 : Profession :

a- ménagère b- élève étudiant c- vendeuse

d-fonctionnaire e- autres

6 : Statut matrimonial :

a- mariée b- célibataire c- veuve d- divorce

B- MODE D'ADMISSION

1 - a- venue d'elle-même b- évacuée c- réfère

2 - motif de référence / évacuation :

a - hémorragie b - douleur abdominale c - hémorragie/douleur abdominale

d – autres

3 - provenances

a- Scom b- domicile -c cabinet médical d- autres

4-suppôts de référence

a- programme b- fiche c -a et b d- autres

5- moyen de transport : a- ambulance b- pinasse c-pirogue d-taxi

C- Antécédents

1- Médicaux : a- HTA b- diabète c-hémoglobinopathie d- autres

2- Chirurgicaux : a- césarienne b- myomectomie c- salpingectomie

d-curetage e-autres

3- Gynéco- Obstétrique :

a-gynécologique : a-1 - menarche a-2- caractère du cycle : a-2-1-régulier ;

a-2-2- irrégulier ; a-3-dysménorrhée

b- Obstétricaux : b-1 - gestité ; b-2- parité ; b-3- avortement : b-3-1-spontane ;

b-3-2-provoqué ; b-4- nombre d'enfant vivant b-5-nombre d'enfant décédé

b-6-nombre de mort-né

D Grossesse actuelle

1 -Terme de la grossesse : a -avant terme ; b- terme ; c - post terme

2- Consultations prénatales(CPN) : a- nom ; b- oui si oui nombre à préciser

3-Evénement survenu pendant la grossesse : a-HTA b- œdème c- diabète

d- protéinurie e - autres Saignement antérieur : e1-non ; e2-oui si oui

e2-a- premier trimestre ; e2-b- deuxième trimestre ; e2-c-3 troisième trimestre

f-saignement actuel : f-1- spontané ; f-2-provoqué.

4 Bilan prénatal :

4-1- bilan biologique : a- groupage rhésus b- NFS c- autres

4- 2- échographie :

4-2- 1 nombre du fœtus : a- unique ; b- gémellaire ; c-triple

4-2-2 quantité du L A : a- normale ; b- hydramnios ; c-oligoamnios ;

d- anamnios.

E/ TABLEAU D'ACCEUIL :

Circonstances de survenu :

1-Temps entre le début de l'hémorragie et la

consultation : a-inf. à 1 heure ; b- entre 1heure et 2

heure ; c- supérieur à 2heure

2-Saignement :

2-1-Quantite du saignement :

a : minime ; b : abondant ; c : grave

2-2- : Type de saignement :

a-Saignement spontané ; b- Saignement au contact

3-Douleur : a- Absence de douleur ; b- présence de douleur

4-Qualité du Sang : a- rouge vif ; b- Noirâtre ; c-Présence des caillots

d- autres (à préciser) :.....

F/ EXAMEN DE LA PATIENTE

1 : Etat général : a- bon ; b- mauvais ; c- choc ; d-coma

2-Tension Artériel : a- normal b élevée b basse

3-Etat des conjonctives : a : colorées ; pales

4- Etat du col : a-effacé ; b- non effacé

5-dilatation du col : a- nom dilaté ; b- 1 à 4 cm ; c- 5 à 9cm ; d- complète ; e- autres

6-état du bassin : a- normal ; b anormal

7-présentation : a- céphalique ; b- siège ; c- transversal

8-mouvements fœtaux : a- présents ; b- absents

9-BDCF :a -entre 120 et 160 bt/mn ; b - sup à 160 bt/mn ; c- inf. à 120 bt/mn

G : EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1-BIOLOGIQUES DU SANG

a -Groupage / rhésus ; b- taux d'hémoglobine ; c- plaquettes ;
d-glycémie

2- URINES :

b -Albumine ; b-Sucre

3- IMAGERIE :

Echographie Obstétricale : a - nombre du fœtus ; b-insertion placentaire
c- âge de la grossesse ; d- décollement placentaire ; e- présentation fœdale.

H/ MODE D'ACCOUCHEMENT

1- VOIE BASSE

2- CESARIENNE

I/ DIAGNOSTIC RETENU :

1- PP : a- recouvrant ; b ; non recouvrant ; c- latéral ; d- central ; e- marginal

2- Rupture utérine : a- provoquée..... ; b- spontanée.....

3- HRP : a- poids du caillot ; b- cupule en cm

4- autres à précises

J/ ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

1-Repos au lit : a- oui.....b- nom....

2-Rupture artificielle membrane :..... a- nom.....b- oui.....

3-Traitement médical

a- Cristalloïdes

b- Transfusion sanguine :

b1- une poche de sang ; b2- deux poches de sang ; b3-trois poches et plus

c-ocytocines : c1-dosage en unité international ; c2-nombre d'ampoules

4 : Césarienne : a : nom..... ; b : oui.....

5 : Hystérectomie d'hémostase : a : oui..... ; b : nom.....

6 : Autres (à préciser)

K-PRONOSTIC FŒTAL :

1-Enfant vivant : a- Réanimé ; b- non réanimé ; c- APGAR à la 1^{ère} mn....
d- APGAR a la 5^é mn..... ; e- autres à préciser.

2-Enfant prématuré : - a nom ; -b oui ; -c si oui terme de la grossesse en semaine

3-Paramètres du nouveau-né : - a Taille ; -b Poids ; - c Sexe

4-Enfant référé à la pédiatrie : a- nom ; b- Oui ; c- si oui motif de référence

5 : Etat de l'enfant la sortie de la pédiatrie : a- Satisfaisant ; b- Décède ...
c-autres...

6: Enfant mort in utero : a- Macéré ; b- Frais ; c-apparent

L/ PRONOSTIC MATERNEL :

1 : Durée d'hospitalisation : a- 3 à 4jours ; b- supérieur à 4 jours ;

c- autres

2 : Complication survenues au cours de l'hospitalisation : a -Choc hypovolémique ; b-Infection ; c-Phlébite ;

d-Embolie pulmonaire ; e- CIVD ;

3- Décède : a - nom ; b- Oui ; c-si oui pour b circonstances de décès :.....

4- Etat satisfaisant : a - Oui ; b- nom ; c-si nom a précisé.

5- Pronostic obstétrical : a – Bon ; b- Mauvais ; c-si mauvais à préciser

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !!!