

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

Thèse

LES HEMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE REFERENCE DE KALABAN-CORO

Présentée et soutenue publiquement le 23/10/2021 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Par :

M. Youssouf COULIBALY

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

JURY

Président du Jury : Pr Mahamadou Soumana SISSOKO

Membre du Jury : Dr Soumana Oumar TRAORE

Co-directeur de Thèse : Dr Mamadou HAIDARA

Directeur de Thèse : Pr Boubacar MAIGA

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

« GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage ».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je remercie Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

Je loue son prophète Mohamed (paix et salut sur lui), qui nous incite à la recherche.

Après avoir rendu grâce à DIEU ;

Je dédie ce travail :

A mon père : Bourama Coulibaly

Je ne saurai jamais te remercier à juste valeur, l'éducation que tu m'as donnée a été la meilleure et je remercie le bon Dieu de m'avoir donné le privilège d'être ton fils, tu as inculqué en nous, la cohésion, le travail, le partage, la justice et l'équité. Si je suis arrivé là c'est grâce à toi, ce travail est le tien, et merci pour tout Père puisse le bon Dieu te donner longue vie.

A ma mère chérie : Mariam Diarra

Tu es la meilleure des mamans. Je ne saurai jamais te remercier pour tout ce que tu fais pour mes frères et moi. Votre amour, votre tendresse, votre affection maternelle ne nous a jamais manqué.

Tu as tant souffert pour nous rendre heureux .Tu as toujours été de mère courageuse et dévouée pour la cause de vos enfants. Que

ce travail soit un réconfort et de fierté pour toi mais aussi de témoignage de ma plus grande reconnaissance. Que le Miséricordieux te donne une bonne santé et vous garde aussi longtemps auprès de nous.

A toutes les femmes enceintes qui ont été victimes des hémorragies du 3^{ème} trimestre au cours de leur grossesse

A mes frères et sœurs

Vos soutiens 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. Ce que vous avez fait pour moi est fait devant Dieu, je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

A ma femme chérie : Fatoumata Diarra

Ma très chère merci pour ton soutien.

Que Dieu le tout puissant bénisse notre couple, nous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur. Amen

Remerciements :

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soient la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi, mon cher Maliba.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis :

Au corps professoral de la FMOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A tout le personnel du CSRéf de Kalaban Coro Dr Guindo Issa médecin chef du centre de santé de référence (CSRéf) de kalaban Coro merci de m'avoir accueilli au sein du centre pour que j'apprenne dans le service, veuillez recevoir ma profonde gratitude.

A mes encadreurs

Dr Mamadou Haidara, Dr Mahamoudou Coulibaly, Dr Koné Bocary Sidi, Mr Isaac Coulibaly, Maliki Maiga la qualité de votre encadrement, de vos conseils, a fait de moi celui que je suis aujourd'hui, je n'ai été pour vous seulement un élève, mais aussi

un fils, que le tout puissant vous offre plus d'opportunité avec plein de succès et qu'il vous accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur, soyez rassurés de ma gratitude.

A tout le personnel de la maternité du CSRéf de Kalaban Coro, je vous dis merci.

A mes camarades de la 10^{ème} promotion du numérus clausus.

A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers, et que je n'ai pas pu nommer ici car vous êtes si nombreux, de même à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, MERCI à tous du fond du cœur.

A tous nos aînés du CSRef de Kalaban Coro : Dr Dembélé Fatoumata MAIGA, Dr GANABA Souleymane ,Dr Dao bakary Z ,Dr Dembélé Mamy, Dr Coulibaly Karim, Dr SISSOKO Founeke, Dr TRAORE Mariam, Dr COULIBALY Dossé, Dr Diarra Drissa ,Dr Tessougué Boubacar, Dr DIARRA Joseph Taré et Dr koné Issa.

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficié. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiés.

Aux internes et externes du centre de santé de référence de Kalaban Coro : GOITA Dramane, DIARRA Koussé , DONOGO Brahima, TRAORE Dramane, SAMAKE kalilou, COULIBALY Mamadou Badian, DIANE Ousmane, DJIRE Alassane, DJIGUIBA Ibrahim, GOITA Daouda, KONE Zoumana, KOROGO Issiaka

KOUMA Hango, COULIBALY Moussa, DICKO Mahamed, MAIGA Abdoul.

Merci pour tout le bon moment passé ensemble, pour votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A toutes les sages-femmes et infirmières obstétriciennes du CSRéf de Kalaban Coro : Recevez ici mes sincères salutations, les mots me manquent pour vous remercier pour tous ce que vous avez faits pour moi.

A toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail : A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ont été omis, l'erreur est humaine, je vous porte tous dans mon cœur. Merci

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Professeur Mahamadou Soumana SISSOKO

- **Maître de Recherche à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et à la faculté de pharmacie (FAPH)**
- **Directeur adjoint du MRTC parasitologie DEAP/FMOS-FAPH**
- **Coordinateur pédagogique du cours supérieur d'épidémiologie pour cadres supérieurs de la santé en Afrique**

Cher maitre,

Tout au long de ce travail nous avons apprécié vos grandes qualités scientifiques et humaines, vos enseignements et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail. Vous nous avez cultivé l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience.

Que ce travail soit pour nous le moyen de vous exprimer notre considération

À notre maitre et Juge

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- **Gynécologue – Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- **Maitre-assistant à la FMOS ;**
- **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leader d’Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

C’est un réel plaisir et un honneur de vous compter parmi les membres du jury.

Votre compétence, votre sens profond de l’humanité ainsi que votre modestie sont connus de tous.

Veillez agréer, cher Maitre, l’expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

À notre maitre et Co-directeur

Dr Mamadou HAIDARA

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique du CSRéf de Kalaban-Coro**
- **Chargé de recherche**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher maître

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail.

Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie d'être votre disciple.

Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous faites preuve à notre égard durant tout notre séjour.

Qu'ALLAH vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement. Amen !

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Boubacar MAIGA

- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Médecin chercheur au MRTC/DEAP**
- **PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède**

Cher Maître,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le diriger. Votre simplicité, votre dynamisme et votre souci du travail bien fait nous laissent le souvenir d'un maître exemplaire.

Trouver ici l'expression de notre plus haute considération.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
I-OBJECTIF.....	9
1-Objectifs général.....	9
2- Objectifs spécifiques.....	9
II-GENERALITES.....	11
A-Définitions.....	12
B-Historique.....	12
C-Rappel anatomique.....	13
D-Physiologie du placenta.....	29
E-Etiologie.....	30
F-Traitement.....	37
G-Pronostic.....	43
III. METHODOLOGIE	51
1-Cadre d'étude	51
2-Description du service de gynéco-obstétrique.....	48
2-Type et période d'étude	49
3- Population d'étude	49
4-Echantillonnage	50
6-Variable d'étude.....	50
7-Support des données.....	50
8-Technique de collecte.....	51
9-Traitement et analyse des données.....	51
10-Définitions opérationnelles.....	51
IV.RESULTATS	39
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :	75
CONCLUSION	86

RECOMMANDATIONS	:.....	88
REFERENCES	91
<i>ANNEXES</i>	95

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du Cœur Foetal

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CIII : Commune Trois

CIVD : Coagulation Intra Veineuse Disséminée

Cm : Centimètre

Cm3 : Centimètre cube

CPN: Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de santé
communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

CV : Commune cinq

EDSM : Enquête démographique et de la santé du Mali

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

HTA : Hypertension Artérielle

HRP : hématome retro-placentaire

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse.

Kg : Kilogramme

M²: Mètre carré

MAF : Mouvement actif Foetal

ml= Millilitre

mn : Minute

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PFC : Plasma Frais Congelé

PP : Placenta prævia

RU: Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

DDR : Date des Dernières Règles

< : Inférieure

> : Supérieure

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant, cette naissance comporte un risque mortel pour des milliers de femmes à travers le monde [1]. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours une situation fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal. Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement constituent depuis l'origine des temps un risque mortel [1]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en développement où la couverture sanitaire est insuffisante. Selon les statistiques de l'OMS environ 525.000 femmes meurent par an dans le monde pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans le postpartum, laissant derrière elles 1.000.000 d'orphelins [1]. Dans les pays en voie de développement cette mortalité est encore plus marquée, atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés [2]. 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 [3]. Elle est dominée dans plus de 80% des cas par les hémorragies dont 95% seraient évitables (OMS) [4, 5,6].

Au Mali les décès maternels représentent 32% de tous les décès de femmes de 15-49 ans [EDSM V]. La tendance du taux de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001, passant de 582 décès pour 100 000 naissances en 2001[EDSM III] à 464 décès pour 100 000

naissances en 2006 [EDSM IV] pour atteindre 364 décès pour 100 000 naissances en 2012 [EDSM V] [7] en 2018 elle a atteint 325 décès pour 100 000 naissances [EDSM VI] [7].

La mortalité infanto-juvénile était de 95‰ en 2012 au Mali, à Koulikoro la mortalité infanto-juvénile a été estimée à 96‰ la même année [7]. Estimée à 122‰ en 1995-1996, le quotient de mortalité infantile est passé à 96‰ en 2006 puis à 54‰ en 2018. Dans la même période, le quotient de mortalité infanto juvénile a aussi diminué, passant de 238‰ à 191‰ et à 101‰ [EDSMVI] [7].

Dans les pays développés même si la mortalité maternelle a été divisée par cent au cours du XX^e siècle, elle stagne à 10 décès pour 100000 naissances depuis les années 1980 [8].

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de l'obstétrique ; le diagnostic étiologique de ces hémorragies demeure difficile. Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnue, le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire et la rupture utérine constituent les principales causes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Au Mali, en 1998 dans le CHU Gabriel TOURE une étude faite par Kané [9] a trouvé 2,6% de grossesses compliquées d'hémorragie au 3^{ème} trimestre et en 2004 une étude similaire faite par Diakité R [10] dans le CSRéf Commune IV, a trouvé 2,22% d'hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse.

Dans le CSRéf de Kalaban Coro aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse, c'est pourquoi il nous a paru nécessaire d'initier cette étude.

OBJECTIFS

I-OBJECTIFS :

1-Objectif général :

Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à la maternité du centre de santé de référence de Kalaban Coro du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ayant présenté une hémorragie pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Identifier l'étiologie des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Déterminer la place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre
- Déterminer le pronostic materno-foetal.

GENERALITES

II- GENERALITES:

A) DEFINITION:

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse correspondent à tout saignement chez une femme enceinte provenant de la cavité utérine après 28 SA. [11,12].

B) HISTORIQUE :

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs. Il semble que c'est Portal qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [13]. Plus tard Levret découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [14]. Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels Dos Nantos par aortographie, Snow et Powel par placentographie directe en 1934.

Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de Donald en 1958. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par Hudson et Ford aux U.S.A ; en France Tarnier la réalisa en 1897. Mais il faudra attendre la thèse de Daubry en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia en Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en Angleterre

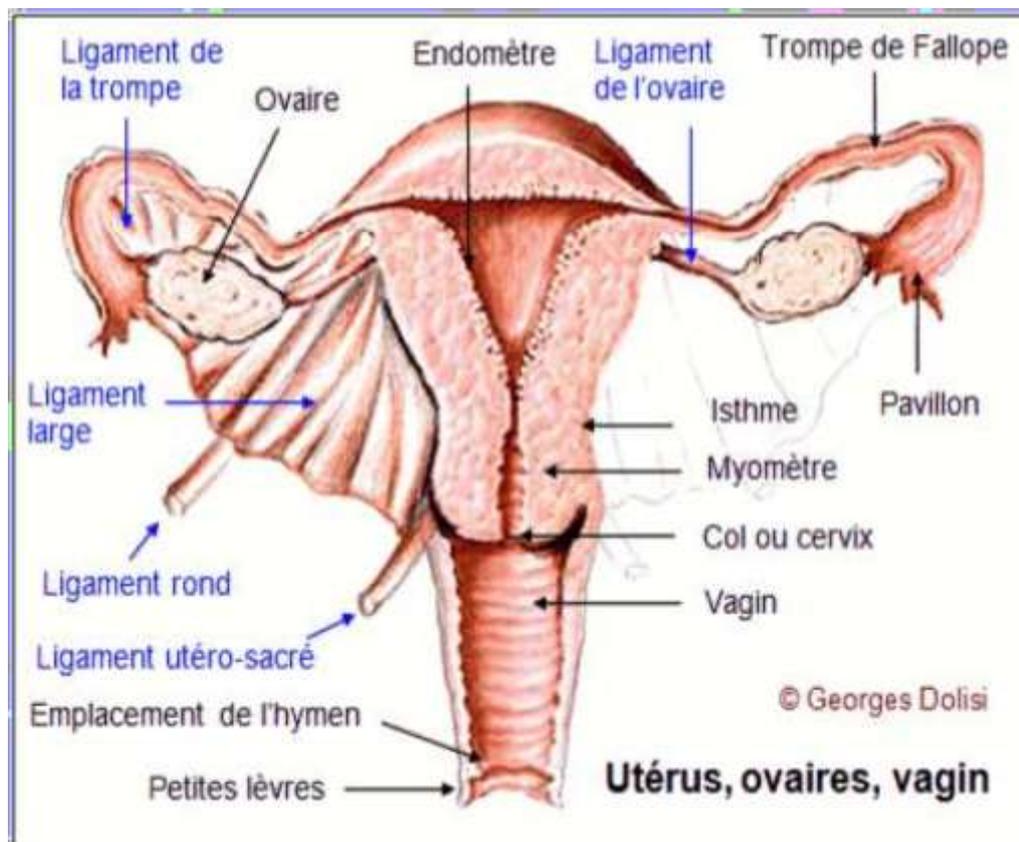
en 1811. Rigley opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes rétroplacentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia. Baudeloque décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées.

De Lee, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par Deekerman qu'en 1936. Couvelaire en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

C) RAPPELS ANATOMIQUES :

CRANIAL

└ GAUCHE



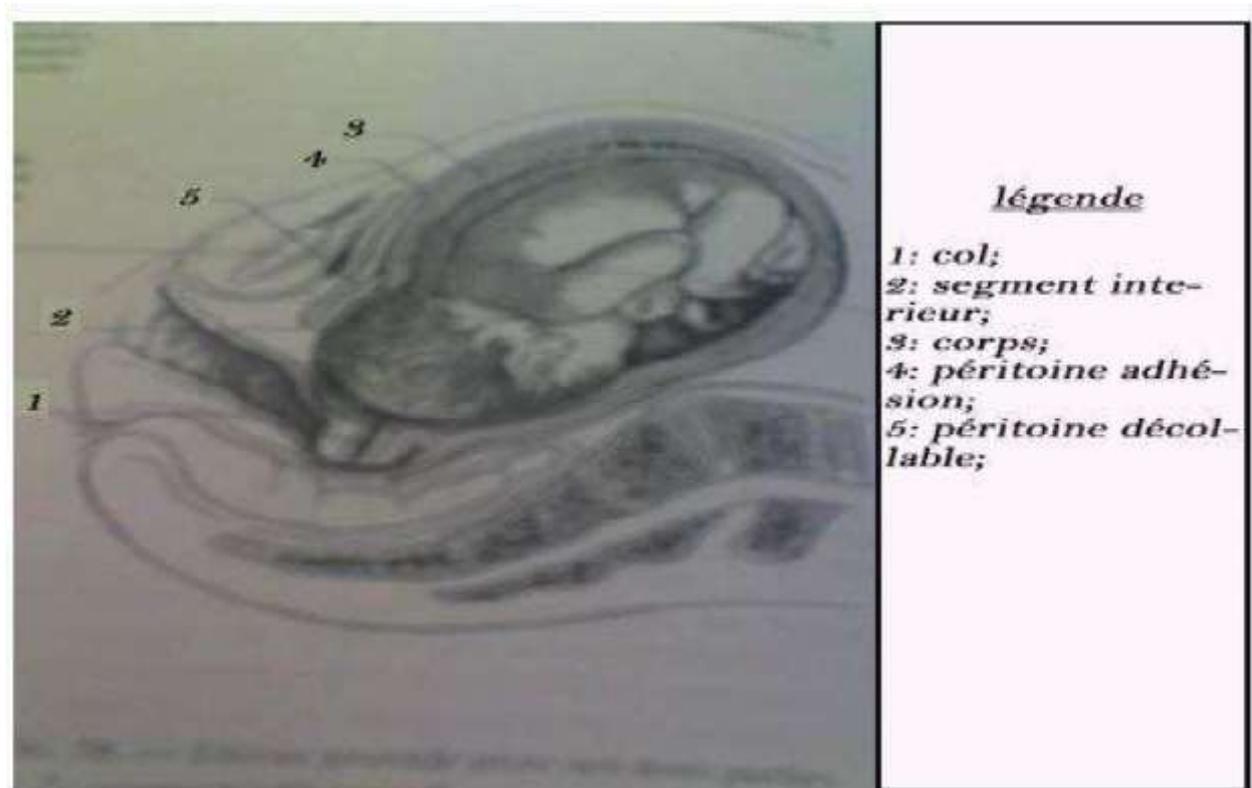
Source: Aly abbara.com [33] **Figure 1**

1-Anatomie de l'utérus gravide

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulsion 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. Au point de vue anatomique l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

CRANIAL

└ GAUCHE



Source : keneya.Net [34] **Figure 2 :** Anatomie de l'utérus gravide

1-1- Corps de l'utérus

-Anatomie macroscopique

a) Volume et forme : l'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en périodes distinctes.

- La première est la phase d'épaississement des parois. L'utérus a une forme sphéroïdale

- La seconde est la phase de distension. L'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure. Le qualificatif de cylindrique se rapporte à des utérus hypotrophiques, donc pathologiques. Le passage de la première phase à la seconde phase porte le nom de conversion.

Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

	hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4,5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois de la grossesse	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois de la grossesse	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

▣ **Poids** : son poids à terme varie de 900-1200g.

▣ **Capacité** : sa capacité à terme est de 4 à 5 litres.

▣ **Epaisseur des parois** : Au début de la grossesse les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en

proportion de la distension de l'organe. A terme leur épaisseur est de 8-10 mm au niveau du fond 5-7 mm au niveau du corps.

Après l'accouchement elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

▣ **Consistance** : L'utérus se ramollit pendant la grossesse

▣ **Situation** : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde. ▣ **Direction** Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puisqu'il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de l'état de la paroi abdominale. Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare).L'utérus se place en antéversion. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76%) plus rarement à gauche. L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

▣ **Rapports** :

Au début de la grossesse les rapports de l'utérus encore pelvien sont les même qu'en dehors de la grossesse.

A terme l'utérus est abdominal:

-**En avant** : sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la

femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.

- **En arrière** : l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les psoas croisé par les uretères, avec une partie des anses grêles.

- **En haut** : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fosses cotes. A droite il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

- **Le bord droit** : regarde en arrière, il entre en contact avec le cœcum et le colon ascendant.

- **Le bord gauche** : répond à la masse des anses grêles refoulée et en arrière au colon ascendant.

▫ **Structure** : les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

▫ **La séreuse** : c'est-à-dire le péritoine, s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle. Elle adhère intimement à la musculature du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre ces deux régions est appelée ligne de solide attache du périnée.

▫ **La musculature** : est constituée de trois couches de fibre lisse qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu. Sur l'utérus rétracté les couches musculaires se plissent en accordéon d'où leur aspect enchevêtré difficile à interpréter. L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans superposés. Ceux-ci sont repartis en deux assises, externe et interne qui forment la partie contractile de l'organe. Entre lesquelles existe une couche

plus épaisse de fibres inter croisées. La couche flexiforme celle-ci insère de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine.

Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive. Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine.

▣ **La muqueuse** : en dehors de la grossesse, elle est constituée de deux couches : une profonde ou basale de 0,5mm d'épaisseur double stroma contient les culs de sac glandulaires ; une superficielle ou fonctionnelle dont l'épaisseur varie de 0,5 à 5mm du début à la fin du cycle et dont le stroma contient le tube glandulaire ; à sa superficie se trouve l'épithélium. Dès l'implantation la muqueuse se transforme en caduque ou déciduale, mot qui évoque sa chute partielle après l'accouchement. L'œuf en grossissant fait saillie dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement, alors s'individualisent trois caduques : - La caduque basale ou inter utéro placentaire située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin.

- La caduque ovulaire qui recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine.

- La caduque pariétale qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine.

Les caduques ovulaires et pariétales subissent les transformations suivantes :

a) Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1 cm d'épaisseur. On y trouve les deux couches:

-La couche superficielle, qui seule sera caduque, cette couche opaque est caractérisée par la présence de cellules déciduales très grosses cellules à protoplasme spumeux, spécifiques de la grossesse comprimant les tubes glandulaires.

-La couche profonde, spongieuse contenant les culs de sac glandulaires et le réseau vasculaire. Elle servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse

b) Dès la fin du quatrième mois, le développement de l'œuf l'accolement des caduques pariétale et ovulaire la cavité utérine est entièrement comblée alors que la muqueuse s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement: l'épithélium de surface disparaît les tubes glandulaires s'aplatissent, les cellules déciduales s'atrophient, le stroma dégénère. A terme la caduque pariétale n'a plus qu'un mm d'épaisseur recouverte de quelques débris de la caduque ovulaire.

1-2 Le segment inférieur : C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquière son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines dans lesquelles on ne s'égara pas. En revanche sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- **Forme** : Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

- **Situation** : Le segment occupe au-dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.

- **Caractère** : Son caractère essentiel est sa minceur de deux à quatre mm qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation circonscrite réalisée dans la présentation du sommet engagée. C'est dire que la minceur du segment qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur appréciée par la clinique est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

L'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporelle et cette épaisseur donne l'impression d'un anneau musculaire surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

- **Origine et formation** : Le segment inférieur se développe aux dépens de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hegart mais il n'acquiert son ampleur qu'après le 6^{ème} mois plus-tôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail effacé et

dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico- segmentaire.

-Rapports : En avant le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décelable alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine après avoir formé le cul de sac vésico-utérin tapisse la face postéro-supérieure de la vessie puis devient pariétale doublant la paroi abdominale antérieure. Vessie : Même vide est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Au-dessous du cul de sac péritonéal elle est séparée du segment par le tissu conjonctif lâche qui permet de décoller et de la refouler en bas. Latéralement la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. En arrière le profond cul de sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

-Structure : Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La musculature est très mince faite d'une quinzaine de couches musculaires. Des fibres prenant mal le colorant venu du corps gagnent après avoir tapisse le segment inférieur le col et le vagin. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque impropre à assurer parfaitement la placentation.

Physiopathologie : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique physiologique et pathologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur au

contact intime qu'il prend avec la présentation. Sa physiologie liée à sa situation, à sa date de formation et à sa texture est celle d'un organe passif qui se laisse distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et col il conditionne les effets contractiles du corps et le col, il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus, il reste au contraire flasque épais distend dans la dystocie. C'est une zone de transmission mais aussi d'accommodation et d'effacement qui après avoir transmise la contractilité corporelle vers le col laissera aisément le passage au fœtus. Au point de vue pathologique il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique :

C'est sur lui que s'insère le placenta prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

1-3 Col de l'utérus

Contrairement au corps il se modifie peu pendant la grossesse. **Anatomie** : Son volume sa forme reste ce qu'ils étaient. Sa situation et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode et s'engage. Il est alors reporté en bas et en arrière et c'est souvent loin vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher. On fait beaucoup état de son changement de consistance, de son ramollissement: C'est pourtant là une modification qui peut manquer de netteté contrairement au ramollissement du corps. L'état de ses orifices ne varie pas. Ils restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare chez la multipare l'orifice externe est souvent entrouvert, l'orifice interne peut lui aussi être perméable au doigt dans les derniers mois.

Il peut même être franchement dilatée, la longueur du col peut diminuer mais ne s'efface pas avant le travail.

▫ **Structure** : Le col est formé essentiellement de tissu conjonctif. Celui-ci est composé de fibres de collagène et d'une substance fondamentale. Au cours de la grossesse les faisceaux de fibres de collagène sont denses, les fibrilles étant fortement agglutinées par la substance fondamentale protéoglycannique, les proteoglycanes. Ceux-ci sont formés de deux parties : l'une protéique, l'autre polysaccharidique. Les glycoaminoglycanes. La cohésion de fibres de collagène assure au col sa rigidité et l'empêche de dilater. Par ailleurs il est pauvre en tissu musculaire avec une proportion de 6,4% dans le tiers inférieur du col ; 18% dans le tiers moyen et 29% dans le tiers supérieur. Cette structure musculaire est fasciculée ; répartie en plusieurs couches circulaires. La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale, ses glandes secrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux protégeant la cavité utérine contre les germes exogènes. Sa chute au terme de la grossesse annonce la proximité de l'accouchement. Quelques jours avant le début du travail, survient un phénomène appelé maturation. Il se constitue en une modification de la composition moléculaire du tissu conjonctif cervical. La modification du rapport des deux fractions protéoglycanniques avec une diminution des glyco-amino-glycanes entraîne une moindre affinité de la substance fondamentale pour le collagène et donc une moindre cohésion des fibrilles. Ils en résultent une augmentation de la compliance du col qui peut alors se laisser

distendre. Au moment du travail sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'efface progressivement mais ceci n'est possible que si les modifications des structures produites.

- Vascularisation de l'utérus gravide

- Les artères : branche de l'utérine augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Anastomosées entre elles de chaque côté mais non avec celles du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporeale. Dans l'épaisseur du corps elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche flexiforme deviennent rectiligne, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico- vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

- Les veines : considérablement développées forment le gros tronc veineux latéraux-utérins qui collectent les branches corporeales réduites en leur endothélium à l'intérieur de la couche flexiforme soumises ainsi à la rétractilité des anneaux après la délivrance.

- Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux : muqueux, musculaire, et sous séreux qui communiquent largement entre eux.

Innervation de l'utérus gravide

Systeme intrinsèque : Appareil nerveux autonome il occupe surtout le col et le segment inferieur et donne à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative .Il est formé par les ganglions

intra muraux faits de cellule multipolaire par des para ganglions de tissus pheocromes dont le rôle est neurocrine et par des formations neurovasculaires de régulation artérioveineuses analogues aux glomi de Masson. Les zones sous péritonéales (ligament rond ligament large, douglas) sont pourvues de corpuscules sensorielles rappelant les corpuscules de Pacchioni, sous le nom d'intérocepteurs, on leur attribue un rôle important dans la genèse de la douleur viscérale et dans les multiples reflexes à points de départ génito- pelvien.

-Système extrinsèque : Les structures nerveuses extrinsèques désignées sous le nom de ganglions juxta muraux, ganglions hypogastriques, ganglion de Lee et Frankenhauser sont en réalité des plexus:

Les plexus hypogastriques inférieurs formés d'un treillis nerveux assez serré dans lequel on trouve quelques éléments ganglionnaires. Etirés d'arrière en avant et étalés en hauteur vaguement quadrangulaires et fenêtrés plaqués sur la face latérale des viscères pelviens utérus et vagin mais aussi rectum et vessie. Ils soulèvent dans les paramètres les replis utéro-sacré et forment la charpente des lames sacro-recto-génito-pubiennes:

-Les racines lombaires, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens font suite à partir de l'artère mésentérique inférieure au plexus inter mésentérique. Les deux nerfs splanchniques pelviens sont le plus souvent confondus à une lame nerveuse, le nerf pré sacré ou plexus hypogastrique supérieur. Il a l'aspect d'une lame résistante triangulaire à sommet supérieur dont les angles inférieurs donnent naissance à deux gros cordons nerveux : Ce

sont les racines principales des ganglions hypogastriques inférieurs. Des rameaux communicants unissent les racines lombaires aux centres médullaires de D11 à D12.

- Les racines sacrées sont formées par les nerfs érecteurs d'Eckhard de nature parasympathique, les nerfs sont myélinisés, détachés des 2^{ème} et 3^{ème} et parfois le 4^{ème} nerf sacré ; par quelques filets sympathiques issus des 2^{èmes} et 3^{èmes} ganglions sacrés ainsi que par un filet nerveux provenant du plexus hémorroïdal supérieur.

Parmi les multiples rameaux émanés des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que les nerfs de l'utérus, abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en ramuscules d'une extrême ténuité longeant les fibres musculaires lisses et les nerfs du vagin qui descendent jusqu'à la vulve. Les voies sensibles remontent le long des utéro sacrés vers le nerf pré sacré. Les voies motrices, plus discutées, empruntent du parasympathique.

- Centre :

• **Centres médullaires** : ces centres sont situés à la base de la corne antérieure de la moelle et seulement sur une partie de la hauteur. L'orthosympathique a son noyau d'origine à la partie haute et extrême de cette corne, de D6 à L2. Le parasympathique (qui constitue l'essentiel des nerfs érecteurs) tire son origine de cellules situées à la partie terminale de la moelle.

• **Centres supérieurs sous corticaux** : un centre sexuel semble exister dans le plancher du 3^{ème} ventricule à côté des centres de

régulation du sommeil, de la température, de la circulation et des divers métabolismes.

Centres corticaux : L'influence du cortex sur toutes les structures nerveuses sous-jacentes et sur l'équilibre physiologique n'avait pas échappé à certains auteurs (Kieffer). Son rôle dans la physiopathologie et la physiologie nerveuse génitale a donné naissance, entre autres, aux complications pratiques de la physio prophylaxie obstétricale.

2- LE PLACENTA :



Face Fœtale

Face maternelle

1- cotylédons

2- Membranes

3- cordon ombilical

Figure 3 : les faces du placenta

Source : Aly abbara.com [33]

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre le fœtus et la mère. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct

entre le 3^{ème} et le 4^{ème} mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le 5^{ème} mois. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^{ème} jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste.

2-1. Structure du placenta : Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6cm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600g soit le sixième de celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend 2 faces et un bord:

a. La face fœtale : Encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels 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 villose une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités : Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

b. La face maternelle : Encore appelée la lame basale est charnue. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par les septa. Elle est

formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche Nitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utéroplacentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse. Quant aux veines, leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouvent la chambre inter villeuse. 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.

2-2. La circulation placentaire : La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale. La circulation utero placentaire s'établit aux 14^{ème} 15^{ème} jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchoral pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utero placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau

obturateur de Winkler. Ce flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160ml/kg / minute. La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits : - Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux 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.

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

3. LES MEMBRANES DE L'ŒUF : Elles sont au nombre de trois: l'amnios, le chorion, et la caduque ; intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

3-1. L'amnios : C'est une membrane mince, transparente, très résistante, qui circonscrit en dedans la cavité amniotique.

Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

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

3-3. La caduque : Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéroplacentaire ou sérotonine de HUMTER 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 interne du col. A terme les caduques ovulaire 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.

D) 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 fœto-placentaire ». D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin

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

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

E) LES ETIOLOGIES :

1. Le Placenta Prævia (P P) :

1.1 Définition : Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il complique 0.3 à 2.6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries [15, 16, 17, 18] la 1ère étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43.28 à 88.7%.

1.2 Classification :

a. Classification anatomique :

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

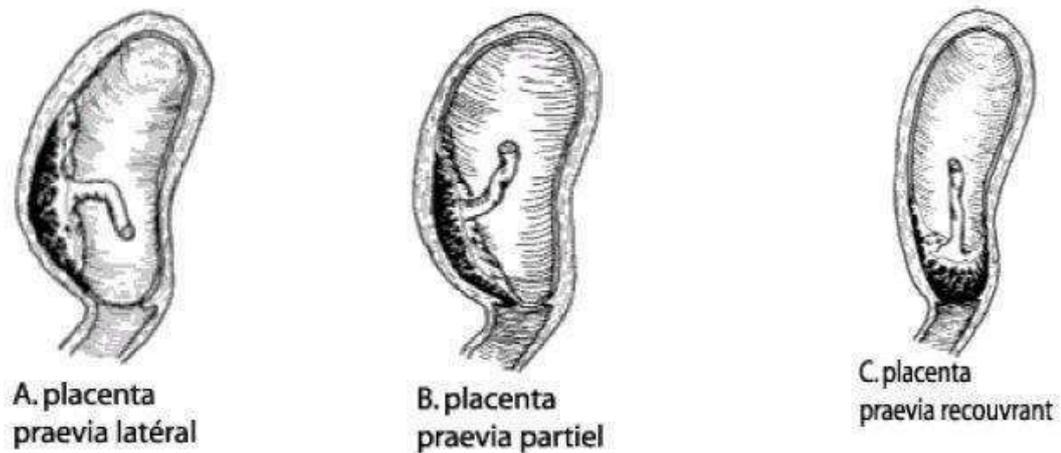
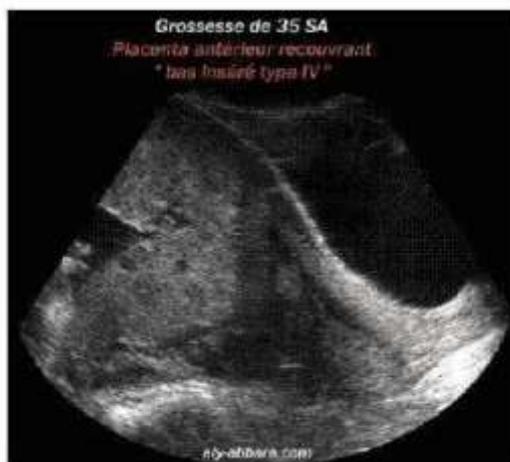


Figure 4 : les différentes formes de placenta praevia

Sources : Aly abbara.com [33]

b. Classification échographique : Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec des types pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col.



Placenta antérieur recouvrant
recouvrant

bas insérer type IV

Placenta postérieur

bas insérer type IV

Figure 5 : la classification échographique de placenta praevia

Source : Aly abbara.com [33]

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

1.3 Pathogénie de l'hémorragie: Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouvert 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 retenus deux théories qui méritent d'être soulignées :

-La théorie de la 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 rompu du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivit par le placenta. Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie. - 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.

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 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 tous les degrés de effets de la spoliation, sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardiovasculaire.

c. 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.

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

2.1 Définition : L'HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0.25 à 3.8% des grossesses. Il est à l'origine de 28.7% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [2].

2.2 Classification de Sher :

Grade I : Il existe simplement des métrorragies dont l'origine n'est rattachée à l'hématome que rétrospectivement.

Grade II : Il existe des signes cliniques, l'enfant est vivant.

Grade III : L'enfant est mort, on parle de grade

IIIa s'il n'ya pas de trouble de la coagulation et de grade IIIb s'il ya de trouble de la coagulation.

2.3 Pathogénie de l'hémorragie : Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption des flux sanguins est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celle-ci favorise la libération de thromboplastine, contenue en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisé à la zone utero placentaire : Ainsi se constitue l'hématome rétro

placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Très souvent le volume du sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

2.4 Etude clinique : Le début est brutal, l'HRP survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus accompagnée ou associée à une 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 hémorragies 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.

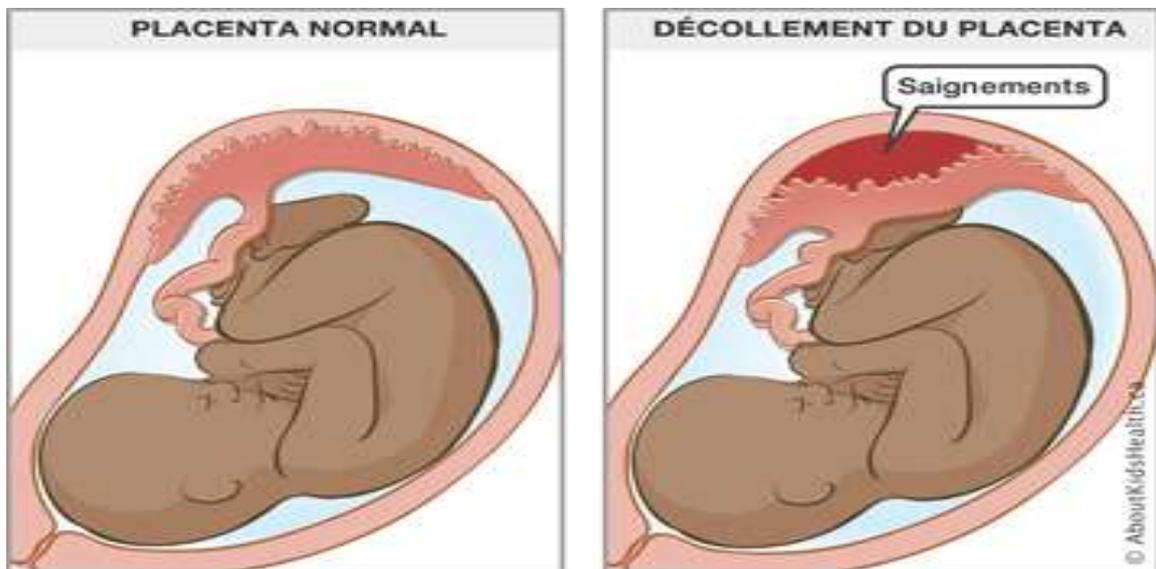
b) Signes physiques:

-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.

- A 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.

CRANIAL
└ GAUCHE



Le placenta normal

l'hématome rétro-placentaire

Figure 6 : la formation de l'hématome rétro-placentaire

Source : Aboutkidshealth.ca [35]

3- LA RUPTURE UTERINE (RU)

3.1 Définition : Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide [19]. Elle est rare, elle survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

HRP avec hémorragie enclose

HRP avec hémorragie externe

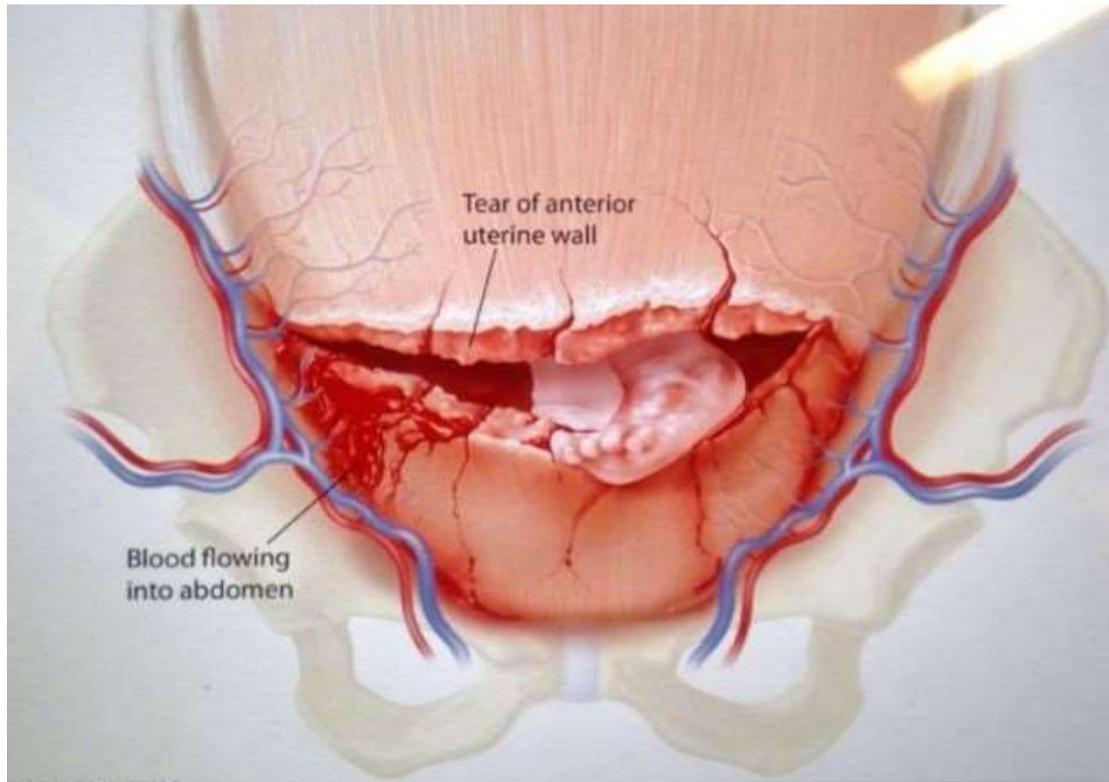


Figure 7 : Rupture antéro-segmentaire de l'utérus

Source : wikipedia.com [36]

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de la mortalité maternelle : 20 à 39.04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 26.6% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [2].

3.2 Pathogénie de l'hémorragie :

L'hémopéritoine consécutif à la rupture utérine a trois origines :

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

3.3 Etude clinique :

- **Phase de prodrome** : permet de prévoir l'accident. Les signes de la réaction 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'éloigne, 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 ; le fœtus se palpe sous la paroi abdominale. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

4) Diagnostics différentiels :

a- Cervicites et érosions cervicales: Sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Le diagnostic est facile à l'examen au spéculum.

b- Hématome décidual marginal : Il provient d'une déchirure des veines utero placentaires marginales, et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

c-Rupture des vaisseaux prævia ou Syndrome de BENKISER : Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux et se traduit par une rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes et avec une mortalité fœtale souvent élevée.

d-Rupture spontanée de varices utérines : Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine. La grossesse fragilise les malformations vasculaires.

F) LE TRAITEMENT :

I. Le traitement préventif :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont 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 risques tels qu'une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome rétro placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac...

II. Le traitement curatif :

Il doit être assuré par une équipe comprenant :

Un Obstétricien et son aide, un Anesthésiste-réanimateur et un Pédiatre néo-natologue.

1. Les buts :

- Arrêt de l'hémorragie.
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- Correction de l'éventuelle complication.

2. Les moyens :

a. Le traitement général : toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une

hospitalisation en milieu spécialisé. De façon général et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelque soit l'étiologie de l'hémorragie :

- Mise en place de deux voies veineuses de gros calibre
- Mise en place d'une sonde urinaire
- Oxygénation
- Bilan prénatal: s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe rhésus, NFS entre autre) 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 ringer lactate ou le sérum salé à 0.9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passe en milieu extravasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemaccel sont administrées, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500 CC en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique. Si la patiente a 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 compatible 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/mn. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang mais peut contenir des additifs comme du calcium.

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

- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

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

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 facteur doit 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 de l'eau ne perd plus de sang » disait-on déjà au XVIIIème siècle, en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse ; dans le cas contraire la césarienne s'impose. En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale est demandée. Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34^{ème}S.A si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée. Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA. L'attitude thérapeutique est l'expectative:

- Tocolyse par voie intraveineuse en présence des contractions utérines.

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

- transfusion sanguine dans le but de maintenir

L'hématocrite > 30%

- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif

- 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 le risque de prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus. L'expectative jusqu'à 37- 38S.A imposera 75% de césarienne en urgence.

b.2 Hématome rétro placentaire : Trois (3) facteurs doivent entrer en ligne de compte :

-L'état cardio-vasculaire de la mère

-La vitalité du fœtus

-La maturité fœtale. Devant un hématome rétro placentaire modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative il faut au contraire agir vite et efficacement. La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit de fœtus vivant et viable avec accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère généralement 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 risque de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocique. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré ; le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines. Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante 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.

b.3 La Rupture utérine : Le traitement de la rupture utérine est chirurgical : il s'agit de la laparotomie pour hystérorraphie ou hystérectomie et le traitement des lésions associées.

III. LA SURVEILLANCE :

Elle est clinique et échographique et est fonction du diagnostic.

1. La surveillance clinique : Elle comporte : L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la contraction utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal(BCF), les mouvements actifs fœtaux(MAF), les contractions utérines(CU), le saignement et la diurèse. La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement les suites de couches 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 anti coagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part.

2. La Surveillance échographique : L'échographie renseigne sur la vitalité 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. Ces deux surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement institué.

IV. Evolution et complication :

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

-Le choc hypovolémique : particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, peut entraîner une nécrose 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 dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'en suit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination. L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

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

--« la nécrose corticale du rein » : elle survient dans les suites de couches et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

G) LE PRONOSTIC :

1.Le pronostic maternel :

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

prématurée de membranes, les hémorragies, et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, péritonites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec la tradition arrêt de la procréation et toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

2. Le Pronostic Fœtal :

En général il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'hypovolémie, 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 est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE :

1) Cadre d'étude: notre étude s'est déroulée au Centre de Sante de Référence de Kalaban Coro; qui a été créé le 9 juillet 2013 ; dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement malien.

a) Population:

La population de Kalaban Coro est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La population du district sanitaire de Kalaban Coro est 340363hbts en 2019. Le district sanitaire de Kalaban Coro s'étend sur une superficie de 2425km²

b) limites ou situation géographique:

Le CSREF de Kalaban Coro est limité:

- À l'est par le marché de kalaban Coro.
- À l'ouest par le fleuve Niger.
- Au nord par la gendarmerie et par la route qui part a Kabala -Au sud par la sous-préfecture.



La Carte du district sanitaire de Kalaban Coro

c) Composition du centre: Le CSRéf de Kalaban Coro compte plusieurs services: L'administration ;

La pharmacie ;

Le service d'Odonto stomatologie ;

Le service de médecine générale avec deux salles de consultations;

Le service de pédiatrie;

Le service de gynécologie obstétricale ;

Le service de chirurgie générale ;

Le laboratoire d'analyse sanguine ;

La morgue ;

2) Description du service de gynécologie et d'obstétrique: le service de gynécologie et d'obstétrique est composé de:

□ Un bloc opératoire

□ Une salle de suites de couches,

□ Deux petites salles d'hospitalisation à deux et à trois lits,

□ Une grande salle de toilette,

□ Une grande salle d'accouchement comportant quatre lits d'accouchement,

□ Une salle pour la sage-femme maitresse,

□ Une salle de garde pour les sages-femmes,

□ Une salle de CPN,

□ Trois salles de consultation pour les gynécologues, □ Une salle de CPON/PF.

Le personnel se compose de :

Trois (3) gynécologues obstétriciens, un (02) Assistant anesthésiste-réanimateur, vingt (21) sages-femmes, dix (10) infirmières obstétriciennes.

A ce personnel permanent s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de différentes années dans le cadre de leurs stages de formation et leurs thèses.

Les activités du service sont réparties dans la semaine

- Quatre jours de consultation externes
- Une journée de programme opératoire durant la semaine.
- Cinq jours de visite aux patientes hospitalisées

Le service est dirigé par un médecin spécialiste en gynécologie et d'obstétrique qui est le responsable.

Les urgences sont prises en charge par une équipe de permanence entre 8 heures et 18 heures et une équipe de garde de 18 heures à 8 heures du matin.

Chaque équipe se compose d'un gynécologue d'astreinte, parfois d'un DES en gynécologie obstétrique, d'une sage-femme, d'un thésard, d'une infirmière obstétricienne.

Chaque salle de consultation est dotée d'un bureau avec des chaises, une armoire, une table de consultation gynécologique, un lavabo, du matériel pour l'examen gynécologique (spéculum, gants en vrac, une cuve contenant une solution antiseptique).

Les consultations se passent du lundi au jeudi.

3) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale prospective, descriptive et analytique portant sur les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

4) Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Kalaban Coro sur la période allant du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2020 ; soit une période de 12 mois.

5) Population d'étude :

Il s'agissait de toutes les femmes enceintes admises au Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro.

6) Echantillonnage et taille de l'échantillon

Selon la formule de Schwartz

La taille minimale l'échantillon $n = z^2 \frac{pq}{i^2}$

Z : écart type=1,96 p : la probabilité de l'évènement étudié q : la probabilité complémentaire de p i : la précision

Considérant une fréquence de 1,37% d'hémorragie du 3^{ème} trimestre au CSRéf de la Commune V au Mali selon Koné N [21], la taille de l'échantillon nécessaire pour notre travail était de 21 avec un risque alpha de 5% et une précision de 5%. Nous avons fait un échantillonnage exhaustif incluant toutes les hémorragies du 3^{ème} du trimestre au CSRéf de Kalaban Coro pendant la période de l'étude. Cela nous a permis l'inclusion de 3757 femmes enceintes.

L'échantillonnage a été fait selon deux critères :

6-1) Critères d'inclusion

Etait incluse toute femme enceinte présentant une hémorragie provenant de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} SA, admise dans le service pendant la période d'étude.

NB : Age gestationnel déterminé à partir de la date des dernières règles connue, ou une échographie précoce (avant 20 SA).

6-2) Critères de non inclusion:

- Toute femme enceinte ayant fait des hémorragies en dehors du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Toute femme présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse ne provenant pas de la cavité utérine.

7) Variables étudiés:

L'âge, le sexe, la résidence, la profession, les étiologies, les signes cliniques, les résultats des examens complémentaires, le traitement, l'évolution et les complications ont été les variables étudiées.

8) Support des données :

Les supports des données ont été: le registre d'accouchement, le registre de compte rendu opératoire et les dossiers obstétricaux. .

9) Technique de collecte des données :

La technique de collecte était basée sur les données de la fiche d'enquête (voir annexe) remplie à partir de l'interrogatoire complétée à partir des informations recueillies sur les supports sus cités.

10) Traitement et l'analyse des données :

Les logiciels Microsoft Word, Excel et SPSS version 12 ont été utilisés pour la saisie des données.

Le test statistique de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions et le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

11) Définition des concepts :

- **Primigeste** : première grossesse.
- **Pauci geste** : entre 2 à 3 grossesses.
- **Multi geste** : entre 4 à 5 grossesses.
- **Grande multi geste** : à partir de 6 grossesses et plus.
- **Nullipare** : aucun accouchement.
- **Primipare** : un accouchement
- **Pauci pare** : entre 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : entre 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : 6 accouchements et plus.
- **Mauvais état général** : est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et ou une tension artérielle inférieure ou égale à 80/40 mm/hg, taux d'hémoglobine \leq 7g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.
- **Etat général passable** : tension artérielle entre 90/50 mm/hg et 100/60 mm/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 100/70 mm/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 < 7g/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 l'absence d'urgence
- **Auto Référence** : patiente venue d'elle-même sans être passée par une autre structure sanitaire ni par un agent de santé.
- **Souffrance fœtale aiguë (SFA)**: est définie par les altérations des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie) isolées ou associées à un liquide amniotique méconial avec un score d'Apgar inférieur à 7/10 à la première minute de vie extra-utérine.
- **Hypertension artérielle (HTA)** : lorsque la tension systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et /ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg à deux prises successives séparées par un intervalle de 15 minutes.
- **Rupture prématurée des membranes (RPM)** : ouverture de l'œuf avant tout début du travail.
- **Rupture précoce des membranes** : Ouverture de l'œuf survenant au cours du travail mais avant la dilatation complète.
- **Hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)**: toute perte sanguine survenant dans les 24heures qui suivent l'accouchement entraînant une instabilité hémodynamique.

RESULTATS

IV-RESULTATS

1. Résultats descriptifs

1.1. La fréquence globale des Hémorragies du 3^{ème} trimestre :

Durant la période d'étude, nous avons recensé 4233 grossesses au 3^{ème} trimestre dont 114 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 2,69%.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques :

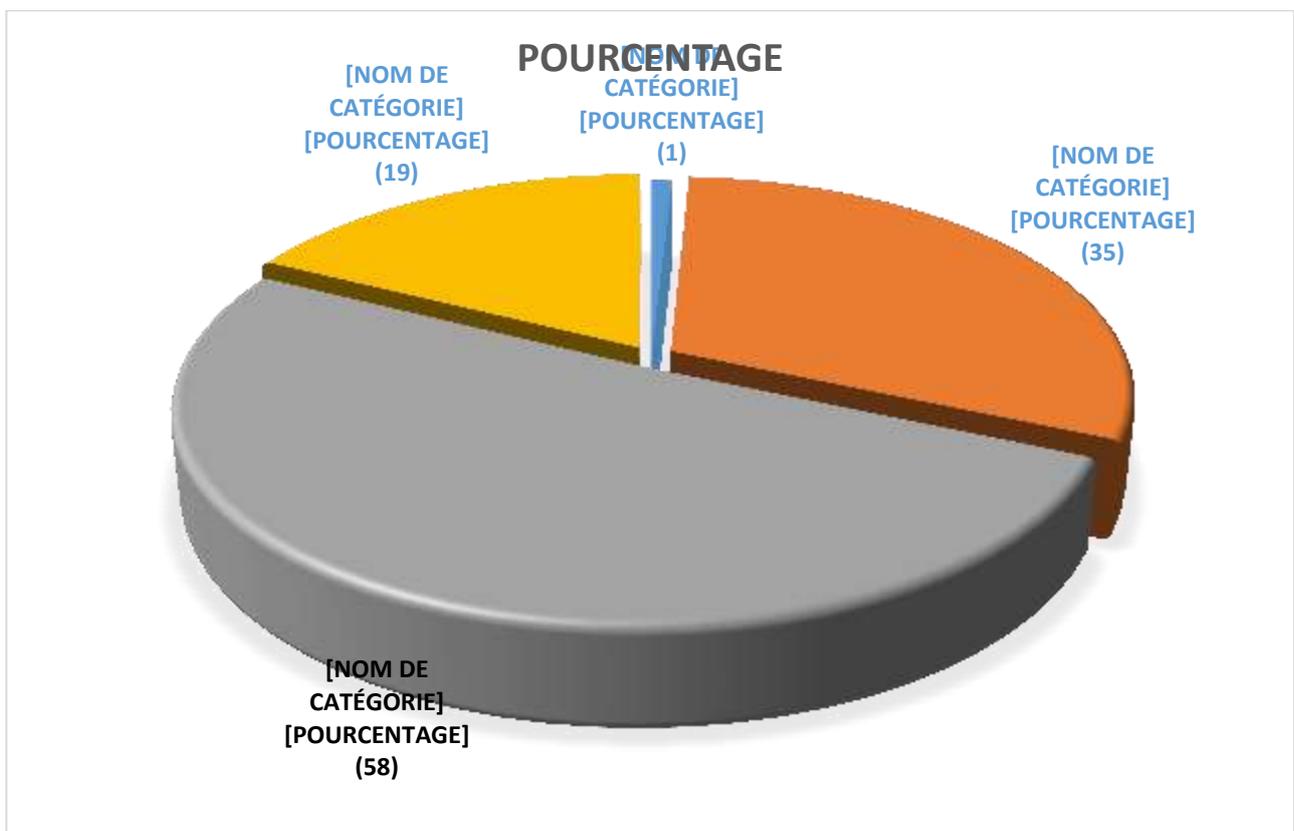


Figure 1 : répartition des patientes selon l'âge.

L'âge des patientes était compris entre 16 ans à 45 ans avec un âge moyen de 30,5 ans.

Tableau I : répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	43	37,7
Malinké	17	14,9
Sarakolé	4	3,51
Peulh	14	12,3
Mianka	5	4,4
Senoufo	4	3,5
Sonrhäi	6	5,3
Dogon	14	12,3
Bobo	7	6,1
Total	36	100

L'ethnie **bambara** (43) a été la plus représentée avec 37,7%.

Tableau II : répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	88	77,2
Commerçante	11	9,6
Enseignante	7	6,1
Vendeuse	8	7,0
Total	114	100,0

Les femmes ménagères (88) sont plus représentées soient 77,2%.

Tableau III : Répartition des patientes selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	106	93
Célibataire	4	3,5
Divorcée	4	3,5
Total	114	100

Les **femmes mariées** (106) étaient les plus représentées soient 93%.

Tableau IV: Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuée	42	36,8
Venue d'elle-même	72	63,2
Total	114	100

Nous avons eu 63,2% des patientes qui sont venue d'elle-même

Tableau V : répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non Scolarisée	62	54,4
Primaire	18	15,8
Secondaire	19	16,7
Supérieur	9	7,9
Alphabétisée	4	3,5
Autres	2	1,8
Total	114	100

Les patientes non scolarisée représentaient 54,4%

Tableau VI : répartition des patientes selon moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	42	36,8
Autres	72	63,2
Total	114	100

Les patientes ayant effectuées un transport non médicalisé représentaient 63,2 %

NB : Autres : taxi 32 cas (28,1%), voiture personnel 40 cas (35,1%)

Tableau VII : répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Bruit du cœur fœtal absent	4	3,5
Contraction utérine douloureuse/grossesse	54	47,4
Métrorragie/grossesse	56	49,1
Total	114	100

La métrorragie sur grossesse était le motif d'admission plus représenté soit 49,1%.

1.3. LES ANTECEDENTS :

Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de leurs

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	19	23
Aucun antécédent	58	69
Aspiration manuel intra utérine	7	8
Total	84	100

antécédents médicaux et obstétricaux.

23 % des patientes avaient un antécédent d'hypertension

Tableau IX : répartition des patientes selon leurs antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	28	93
Myomectomie	2	7
Total	30	100

Les patientes qui avaient un antécédent de césarienne représentaient 93 %

Tableau X : répartition des patientes selon la notion de saignement antérieur au cours de cette même la grossesse.

Saignement antérieur	Effectif	Pourcentage
Oui	29	25,4
Non	85	74,6
Total	114	100

Les parturientes qui avaient un épisode de saignement au cours de leur grossesse représentaient 25,4% des cas.

Tableau XI : répartition patientes selon le mode de survenu du saignement.

Mode de survenue	Effectif	Pourcentage
Spontané	92	80,7
Provoqué	22	19,3
Total	114	100

Le saignement spontané était le plus représenté soit 80,7%.

Tableau XII : répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	7	6,1
Paucigeste	36	31,6
Multigeste	56	49,1
Grande multigeste	15	13,2
Total	114	100

Les multigestes (56) étaient les plus représentées soit 49,1% avec une gestité moyenne de 3,76.

Tableau XIII : répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	9	7,9
Primipare	2	1,8
Paucipare	32	28,1
Multipare	67	58,8
Grande multipare	4	3,5
Total	114	100

Les multipares étaient représentées majoritairement soient 58,8%.

Tableau XIV : répartition des patientes selon le nombre de CPN.

CPN	Effectif	Pourcentage
CPN=0	33	29
2- 4	77	67,5
≥ 4	4	3,5
Total	114	100

Les parturientes qui n'avaient réalisé aucune CPN représentaient 29% soient 33 cas.

1.4. ETIOLOGIE :

Tableau XV : répartition des patientes selon la réalisation de

Echographie	Effectif	Pourcentage
Oui	78	68,4
Non	36	31,6
Total	114	100

l'échographie obstétricale.

L'échographie obstétricale était réalisée chez 78 patientes soient 68,4%.

Tableau XVI : répartition des patientes selon l'état du placenta à l'échographie obstétricale.

Etat du placenta à l'échographie	Effectif	Pourcentage
Bien inséré	10	12,8
Décollé	29	37,2
Bas inséré	16	20,5
Autres	23	29,5
Total	78	100

Le placenta était décollé chez 29 patientes soient 37,2%.

NB : Autres : placenta latéral, placenta marginal.

SIGNE CLINIQUE :

Tableau XVII : répartition des patientes selon la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorées	20	13,9
Moyennement colorés	55	48,2
Pales	39	34,2
Total	114	100

Les parturientes avec des conjonctives pâles représentaient 34,2 %.

Tableau XVIII: répartition des patientes selon les chiffres tensionnels.

Pression artérielle en mm hg	Effectif	Pourcentage
<10/07 (Hypotension)	17	14,9
10/07- 12/08 (Normale)	75	65,8
≥14/09 (Hypertension)	22	19,3
Total	114	100

L'hypertension artérielle a été retrouvée chez 22 patientes soient 19,3%.

Tableau XIX : répartition des patientes selon la température.

Température en °C	Effectif	Pourcentage
Elevée (≥ 38)	2	1,8
Normale (36-37,9)	110	96,5
Basse (< 36)	2	1,8
Total	114	100

L'hyperthermie a été retrouvée chez 2 patientes soient 1,8%.

Tableau XX : répartition des patientes selon la fréquence cardiaque.

Fréquence cardiaque	Effectif	Pourcentage
50-90	82	71,9
<50	2	1,8
>90	30	26,3
Total	114	100

La tachycardie a été retrouvée chez 30 patientes soient 26,3%.

Tableau XXI : répartition des patientes selon la hauteur utérine

HU en cm	Effectif	Pourcentage
< 30	30	26,3
30-35	84	73,7
>35	0	0
Total	114	100

L'intervalle 30-35 était majoritairement représenté soit 73,7%.

Tableau XXII : répartition des patientes selon les bruits du cœur foetal.

BDCF en btm/mn	Effectif	Pourcentage
Absents	25	21,9
<110	34	29,8
110-160	26	22,8
>160	29	25,4
Total	114	100

Le bruit du cœur foetal était absent chez 25 patientes soient 21,9%.

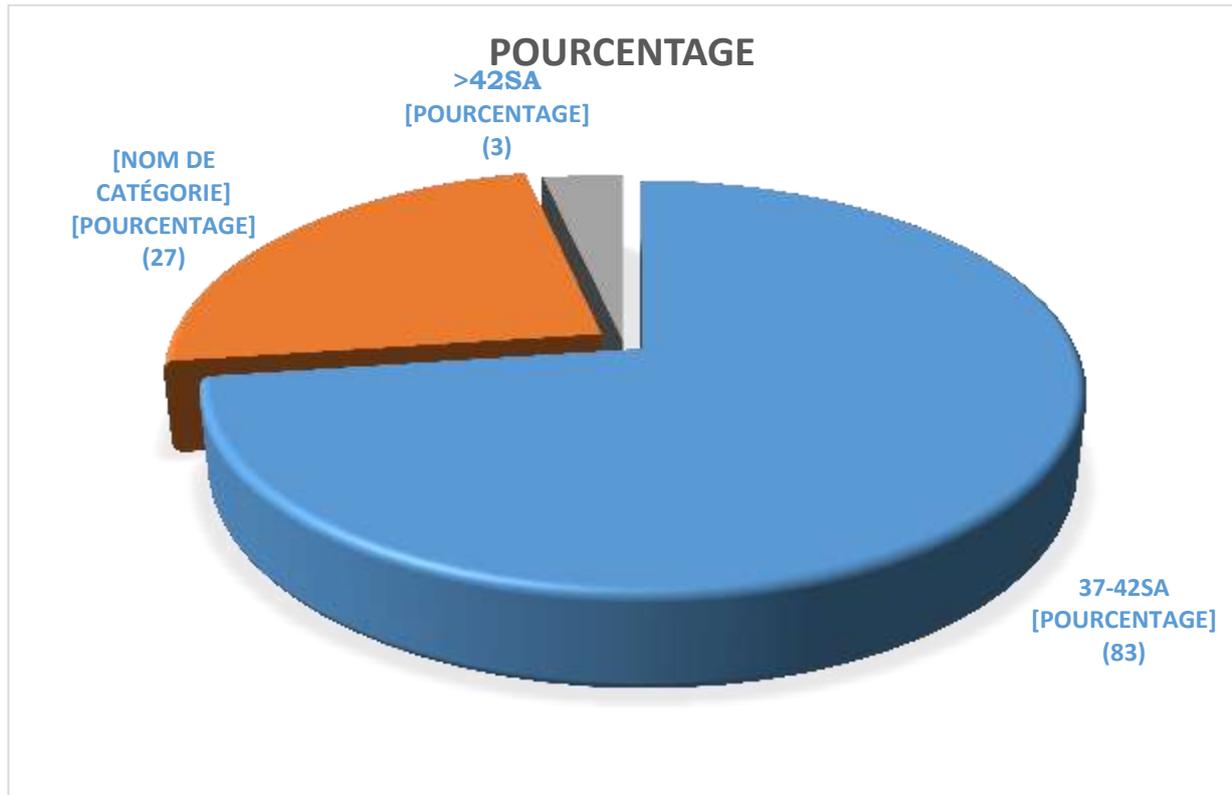


Figure 2: répartition des patientes selon l'âge présumé de la grossesse.

Les grossesses à terme étaient majoritairement représentées soient 72,8% des cas.

Tableau XXIII : répartition des patientes selon l'étiologie

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Placenta prævia	55	48,2
Hématome rétro-placentaire	57	50
Rupture utérine	2	1,8
Autres	0	0
Total	114	100

L'hématome rétro-placentaire était le plus représenté soient 50% des cas.

Tableau XXIV: répartition des patientes selon la présence l'œdème des membres inférieurs.

Œdème	Effectif	Pourcentage
Oui	18	15,8
Non	96	84,2
Total	114	100

L'œdème des membres inférieurs a été retrouvé chez 18 patientes soient 15,8%.

Tableau XXV: répartition des patientes selon le type de saignement.

Quantité de saignement	Effectif	Pourcentage
Minime	14	12,3
Modéré	67	58,8
Abondant	33	28,9
Total	114	100

Le saignement était modéré chez 67 patientes soient 58,8% contre 12,3 % de cas minime (14 patientes).

Tableau XXVI : répartition des patientes selon l'état du bassin.

Etat du bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	107	93,9
Limite	7	6,1
Total	114	100

Les parturientes avec un bassin limite représentaient 6,1%.

Tableau XXVII : répartition des patientes selon la nature de la présentation.

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	107	93,9
Siège	7	6,1
Total	114	100,0

La présentation céphalique était majoritairement représentée soit 93,9%.

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

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	4	4,2
Césarienne	90	93,4
Hystérorraphie pour rupture utérine	2	2,1
Total	96	100

La césarienne a été réalisée chez 90 patientes soient 93,4 %

Tableau XXIX : répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR

Score d'APGAR	Effectif	Pourcentage
0(Mort-né)	25	21,9
1-3(Mort-Apparent)	0	0
4-6(Morbide)	54	47,4
≥7 (Bon score)	35	30,7
Total	114	100

Les mort-nés frais représentaient 21,9 %

1.5. TRAITEMENT :

Tableau XXX : répartition des patientes en fonction de la nature du traitement reçu avant l'admission au CSRéf.

Attitude thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Non spécifique	5	4,7
Anti spasmodique	20	18,9
Antihypertenseur	19	17,9
Amniotomie	20	18,9
Total	106	100

Les patientes avec une voie veineuse à l'admission représentaient 39,6% soient 42 cas.

Tableau XXXI : répartition des patientes selon le traitement effectué au CSRéf.

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Antispasmodique	5	3,8
Utéro tonique	7	5,3
Antihypertenseur	5	3,8
Sulfate de magnésium	5	3,8
Macromolécule	0	0
Voie veineuse	72	54
Transfusion	39	29,3
Total	133	100

Les patientes transfusées représentaient 34,8%.

1.6. Para clinique :

Tableau XXXII : répartition des patientes selon le Groupage-Rhésus.

Groupage/Rhésus	Effectif	Pourcentage
A+	16	14,0
AB+	6	5,3
B+	28	24,6
O+	64	56,1
Total	114	100

Le groupe O positif était le plus dominant soit 56,1% dont 33 groupages rhésus réalisé en urgence.

Tableau XXXIII: répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine en g/dl.

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
≥ 11	48	42,1
7-11	43	37,7
< 7	23	20,1
Total	114	100

Le taux d'hémoglobine inférieur à 7 a été retrouvé chez 23 patientes soient 20,1%.

1.7. PRONOSTIC :

Tableau XXXIV : répartition des patientes selon leur score de Glasgow à l'admission.

Glasgow	Effectif	Pourcentage
13-15	94	82
9-12	18	16
6-7	2	2
Total	114	100

Les patientes qui avaient un mauvais score de Glasgow à l'admission représentaient 2%.

Tableau XXXV : répartition des patientes selon leur pronostic

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
Mauvais	20	17,5
Bon	94	82,5
Total	114	100

La majeure partie des patientes avaient un bon pronostic (96) soit 84,2%.

Tableau XXXVI : répartition des parturientes selon la nature des complications.

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	3	7,1
Coagulopathie	0	0
Anémie sévère décompensée	39	92,9
Endométrite	0	0
Décès	0	0
Total	42	100

L'anémie décompensée était la principale complication soit 92,9%.

2. Résultats analytiques :

Tableau XXXVII: relation entre le pronostic maternel et l'étiologie.

Etiologie	Pronostic maternel	
	Mauvais	Bon
Hématome rétro-placentaire	18	39
Rupture utérine	2	0
Placenta prævia	0	55

p-value de Fisher : 4,726 Notre étude ne permet pas de conclure une relation entre le pronostic maternel et l'étiologie.

Tableau XXXVIII : relation entre le score d'Apgar et l'étiologie

Etiologie	Score d'Apgar		
	Mort-né	Morbide	Bon score
Rupture utérine	2	0	0
Placenta prævia	5	38	12
Hématome rétro-placentaire	18	16	23

p-value de Fisher : 3,687 Notre étude ne permet pas de conclure une relation entre le score d'Apgar et l'étiologie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A- FREQUENCE:

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Sante de Référence de Kalaban-Coro 4233 grossesse dont 114 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 2,69%.

Cette fréquence est respectivement supérieure à celle de Lahmar R [20] qui était de 0,88%, celle d'Adnaoui F [21] en Tunisie qui était 0,85% et à celle de KONE N au CSREF CV [22] qui était 1,37%.

Elle est cependant inférieure à celle de Sanogo S.D [2] qui était de 6,33%.

Elle pourrait s'expliquer par le fait que le CSRéf de Kalaban-Coro reçoit en grande partie les populations de Kalaban-Coro et ses aires sanitaires alors que l'étude de Sanogo S. D [2] a été réalisée à l'HOPITAL SOMINE DOLO de Mopti qui reçoit les évacuations de tous les CSRéf et d'autres structures de santé de la région.

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

B- Caractéristiques sociodémographiques :

1- L'âge :

Dans notre étude l'âge maternel était compris entre 16 et 45 ans soit un âge moyen de 30,5 ans. La tranche d'âge la plus touchée était de 30 - 39 ans soit 51%. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale est accrue. Notre résultat est inférieur à celui de Koné N [22] et de Sanogo S.D[2] qui ont trouvé respectivement 71% et 73,4%.

La fréquence dans cette tranche d'âge peut s'expliquer par le fait que c'est pendant cette période que la plus part des femmes de notre communauté devienne multigestes si non grande multigestes.

2- L'ethnie :

Les Bambaras ont été les plus représentés soit 37,7%, ce résultat pourrait s'expliquer par la dominance des Bambaras dans la localité.

3- Les antécédents chirurgicaux :

L'utérus cicatriciel a été le facteur le plus représenté soit 93%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la cicatrice utérine laissée par la césarienne s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin. Notre résultat est supérieur à ceux de Sanogo .S D [2], Lahmar R [20] et Fané. M [23] de Diop B [24] qui ont rapporté respectivement 10,6% ; 14,28% ; 16,2% et 3,8%.

4- Gestité :

Les multigestes représentaient 49,1% des cas de notre échantillon. La multigestité a été citée comme facteur de risque de l'HRP, du PP et de la RU par plusieurs auteurs. Coulibaly .F [25] trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes. L'étude de Coulibaly F a été réalisée à l'hôpital du Point G qui est une des structures recevant spécifiquement les cas évacués de tout le District de Bamako et même d'ailleurs, alors que le CSRéf de Kalaban-Coro reçoit en grande partie les populations de Kalaban-Coro et ses aires sanitaires.

5- Parité :

Les multipares représentaient 58,8% de notre échantillon ce taux est supérieur à ceux de Sanogo.S D [2] ; de Lahmar R [25] mais inférieur à celui de Koné N [22] qui ont respectivement rapporté 52% ; 42,31% et 62%.

Boog .G [26] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

C- les aspects cliniques:

1- Mode d'admission : La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre est difficile en périphérie. La fréquence des évacuations dans notre série est 42 cas soit 36,8%.

Consultations prénatales: Aucune consultation prénatale chez 26,3% de nos parturientes.

2- L'état -général:

2% de nos patientes avaient un mauvais score de Glasgow, ce résultat pourrait s'expliquer d'une part, par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part, par des évacuations tardives, et toute situation aggravant le pronostic vital.

3- Age gestationnel :

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

Les parturientes qui avaient saigné entre 37 et 42 SA représentaient 73% des cas ; ceci s'explique par le fait que certaines de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines à la fin de la grossesse.

Dans la série de Coulibaly F [25] : 3,45% des cas ont saigné au deuxième trimestre, il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

4- Antécédent de saignement antérieur:

Les parturientes qui avaient déjà présenté un épisode de saignement soit au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de leur grossesse représentaient 25,4% des cas; ce taux est légèrement supérieur à celui de Sepou .A [27] qui était de 20,5%.

Le pronostic périnatal dépend :

- a. De la précocité des 1^{ères} hémorragies.
- b. Des récurrences hémorragiques.
- c. De l'abondance du saignement.
- d. De la prise en charge précoce et efficace de la mère et du nouveau-né.

5- Signes physiques:

L'examen physique a permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic. La métrorragie, considérée comme principal signe clinique était extériorisée chez 100% de nos patientes.

Ce résultat est pratiquement le même que celui obtenu par Pierre C [28] qui était 100% des cas aussi. Il est supérieur à celui obtenu par Coulibaly F. [25] qui était 91,9% des cas.

6- Quantité du saignement:

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

Le saignement a été très abondant avec obnubilation et TA instable dans 28,9% des cas.

Selon Barbotx .J [28], il y a risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 litre.

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

7- Bruit du cœur fœtal à l'admission:

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

Dans notre série les BDCF n'ont pas été audibles dans 25 cas soit 21,9% des cas.

Cependant, leur absence ne saurait être assimilée à la mort du fœtus, car l'audition du BDCF dépend de plusieurs autres facteurs par exemple obésité, sur distension utérine etc...

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par Coulibaly.

F [25] qui était de 73.56%.

D- FACTEURS ETIOLOGIQUES:

1- L'hématome Retro placentaire :

(HRP) Dans notre étude, il occupe la première cause des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse avec 50% des cas.

Ce taux est nettement supérieur à ceux obtenus par Barbotx .J [28] et Lansac .J [29] qui était respectivement de 15 à 16% et 7.4% des cas. Cette différence entre les résultats de nos études pourrait s'expliquer en partie par la pratique de la prévention précoce de cette pathologie dans les pays développés.

2- Le placenta prævia :

Il constitue avec l'HRP l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. Avec 55 cas soit 48,2%, il occupe la deuxième cause des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans notre série. Ce taux est supérieur à ceux de Barbotx .J [28] et Lansac .J [29] qui ont trouvé respectivement 24%et 3,7% ; cette différence pourrait s'expliquer en partie par la multiplicité des facteurs de risque de PP; par contre notre fréquence est inférieure à ceux de Diakité R [1] et Pierre C [28] qui incriminent le P.P dans respectivement 57,3% et 55,19% des cas.

3- La rupture utérine :

Occupe la 3^{ème} place dans notre série avec 2 cas, soit 1,8%. Cette fréquence est nettement supérieure à la fréquence de 0,7% de Boog G [26]. Cette différence s'explique par le fait que la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante.

E- ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

1- Mode d'accouchement :

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre. Face à cette urgence obstétricale, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel et /ou fœtal. La césarienne a été pratiquée chez 90 patientes soient 93,4% des cas.

La césarienne a été la principale indication thérapeutique face aux étiologies de ces hémorragies.

Boog.G [26] indique dans le traitement du placenta prævia 25-96,5% de césariennes.

Coulibaly .F [25] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

2- Traitement médical :

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie), les solutés (comme le Ringer...), la transfusion sanguine et le traitement symptomatique (antalgiques, antihypertenseurs, ocytociques). 34,2% de nos parturientes ont été transfusées; le nombre d'unité de sang (poche de sang de 500ml) variait de 2 à 5.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par Coulibaly .F [25] (52,87%). Cette différence pourrait s'expliquer qu'à l'hôpital du Point G, les parturientes étaient reçues dans un tableau très compliqué car la plupart des cas étaient des évacuées des CSRéf.

F- PRONOSTIC MATERNO-FOETAL:

1- Pronostic maternel:

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

-La mortalité:

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

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravants [31]. Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que la mise

en place du système de référence-évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la gratuité de la césarienne dans les CSRéf et Hôpitaux et le renforcement des centres de santé.

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel.

- **La morbidité** : Dans notre étude 42 de nos patientes ont développé des complications, elles sont dominées par L'anémie sévère décompensée (92,9%) et la suppuration pariétale (7,1%).

2- Pronostic foetal:

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

- **La mortalité:** Selon N'diaye.M [32], l'HRP et le PP constituent des facteurs de risque de la mort foetale in utero.

Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort foetale [33]. Dans notre étude, on a eu 2 cas de mort foetal par suite de rupture utérine, 5 cas de mort foetal par suite du placenta prævia et 18 cas de mort foetal avec hématome rétro-placentaire soit 21,9 %.

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

L'HRP et PP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [34].

CONCLUSION

CONCLUSION :

Ce travail est le résultat d'une étude prospective et descriptive qui a lieu au centre de santé de référence de Kalaban Coro du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre représentent 2,69% des femmes enceintes. Elles restent à travers ses complications l'une des pathologies les plus redoutables. Ce pendant notre étude a permis de noter que :

-l'HRP est la 1^{ère} cause des hémorragies du 3^{ème} trimestre (50%) suivi du PP (48,2%).

-les hémorragies du 3^{ème} trimestre augmentent le pourcentage de césarienne (93,4%).

-0 cas décès maternel.

-Mort-né frais à 21,9 %.

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre ont des conséquences graves maternelle et fœtale ; responsables de pronostic maternel sombre et des cas de décès néonatal. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettrait d'améliorer ce pronostic.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Pour réduire la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre et améliorer le pronostic materno-fœtal, nous formulons les recommandations suivantes:

Aux gestantes :

- Consulter très tôt dans un centre de santé dès la constatation d'un retard des règles.
- Respecter le calendrier de suivi prénatal
- consulter immédiatement en cas d'hémorragie sur grossesse quelle que soit sa quantité.

A la population générale :

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

Aux prestataires :

- Effectuer des CPN de qualité (Accueil correct, examen gynéco obstétrical, réalisation du bilan prénatal, informer les femmes sur les risques), en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie à fin de déceler certains facteurs de risque d'hémorragie.
- Référer ou évacuer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque d'hémorragie vers les centres spécialisés.
- Organiser les séances d'audits dans les services (décès maternel et périnatal).

Aux autorités administratives et politiques :

- Sensibiliser les gestantes sur l'importance des CPN.
- Doter le CSRéf de Kalaban Coro d'une unité de réanimation.

REFERENCES

REFERENCES :

- 1.Diakit  R.** Les hémorragies du 3 me 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.
- 2.Sanogo S.D.** Les hémorragies du 3 me trimestre de la grossesse à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti à propos de 94 cas. Thèse médecine; Bamako, 20102011 : p 12-M-108.
- 3.Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4 me Edition ; 1985
- 4.OMS.** "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelles méthodologies OMSIUNICEF". OMS, Genève 1998.
- 5.OMS / FNUAP / UNICEF.** Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS / FNUAP / UNICEF BANQUE MONDIALE, 1999,45.
- 6.WHO.** Coverage of maternal care: a listing of available information, fourth edition. OMS, Genève, 1994.
- 7.Enquête démographique et de sante du Mali, III, IV,V et VI** Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgences au Mali ED SM IV (enquête démographique de sante au Mali) octobre 2003 ; Numero 10.1999.
- 8.We L, Barron J, Toye R.** Management of severe postpartum haemorrhage by uterine artery embolization. Br J anaesth 2004.
- 9.Kane F.** Contribution à l'étude des hémorragies du 3 me trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine Bamako 1998 (56).

- 10. Diakite R.** Les hémorragies du troisième trimestre de la Grossesse au centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako à propos de 82 cas. Thèse Médecine Bamako 2003-2004(71).
- 11. SAGO :** Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens Recommandations pour la pratique clinique (RPC) 2008.
Source : Pratique de l'accouchement J. LANSAC et Coll.
- 12. Luton D, Sibony O.** Gynécologie obstétrique collection internat (préparation au concours). 1997.7^{èd}, 56P.
- 13. Bagayoko S.** Contribution a l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 26 cas. Thèse méd. Bamako 2002.n°17.
- 14. Kamima P.** Anatomie clinique, 2^{ème} édition Tome 3 : Thorax et abdomen, Maloine, Paris, 2007.
- 15. Carolyn C,Lobue S.** Hémorragie du 3^è trimestre de la grossesse : surveillance, complication, traitement (Traduction Française et adaptation de la 1^{ère} édition américaine de «Manuel of obstetric » 91- 263- 272.
- 16. Charasson T, Fourie A.** Les hémorragies du 3^è trimestre de la grossesse ; les urgences en Gynéco-obstét. Revue. Fr. de Gynéco-obstét 1994 ; vol 89, N° 11, 560- 569.
- 17. Dreyfus M.** Métorrhagie du 3^è trimestre (Métorrhage a during the final three months pregnancy).
- 18. Milliez J.** Hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse : orientation Diagnostique. Rev du Praticien Fr 1991 ; Vol : 41 ; N° 9, 835- 838.

Fako P.J. Les ruptures utérines au service de gynéco

Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : Les facteurs qui influencent le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse méd. Bamako 2002.

19. Lahmar R. Hémorragie du troisième trimestre. Thèse de doctorat en médecine, CHU FES 2009.

20. Adnaoui F. Hémorragies du troisième trimestre .Thèse de doctorat en médecine, Monastir (Tunisie) 2007.

21. Koné N. Hémorragie de 3^e trimestre de la grossesse au centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. Thèse de doctorat en médecine Bamako 2016-2017

22. Fane M. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine; Bamako, 2008-2009 :09-M-399.pdf.

23. Diop B.D. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse et du travail d'accouchement au C.H.UA le DANTEC ; Thèse de médecine;2005 ; THM 45369pdf.

24. Coulibaly F. Hématome rétro placentaire: Facteurs de risque, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2001.

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

26. Sepou A, Nguembi E, Coll T. Les Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. AF. Noire; SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185 189.

27. Karembery P.C. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de là commune VI.

Thèse médecine; Bamako, 2006-2007 :08M186.pdf.

28. BarbotxJ, Bardiaux M, Crimail P, Deuil J, Dubuisson J,SantarelliJ.Santé -Médecine -biologie humaine. Gynécologie - Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique 11(1986-1987).

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

30. N'diaye M. La mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'hamdallaye : Les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en Charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.

31. Koné M et Diarra S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). Obstétrique, 5-080-A10-1995, 7p.

32. Diakité A.Z. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 2000-M-75.

33. Aly abbara.com. Site du service de Gynécologie- Obstétrique du centre hospitalier Longjumeau ; 91160 -Essonne- France

34. keneya.net- portail malien d'information de santé.

35. Aboutkidshealth.ca. site d'éducation sur la santé.

36. wikipedia.com projet d'encyclopédie collective en ligne

FICHE SIGNALÉTIQUE Nom : COULIBALY

Prénom : Youssouf

Tel : 74 15 07 31

Titre de la thèse : Les Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la Grossesse au Centre de Santé de Référence de Kalaban-Coro

Année : 2020-2021

Ville : Bamako

Pays d'origine : Mali

Date de naissance : 21 /11/1994

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique ; Santé Publique

Résumé : Nous avons effectué une étude prospective effectuée au service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Kalaban Coro allant du 1^{er} Janvier 2020 au 31 décembre 2020; soit une période de 12 mois. Nous avons recensé 4233 accouchements dont 114 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 2,69%.

L'hématome retro-placentaire représente la première cause de ces hémorragies avec 50%, suivi du placenta prævia avec 48,2% des cas, la rupture utérine avec 1,8%. La césarienne à été réalisée chez 93,4%

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Quant au pronostic foetal et néonatal, il est dominé par la mortinaissance qui est de 21,9 %.

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

permettraient d'améliorer le pronostic materno-fœtal au cours de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Mots clés : Grossesse, hémorragie ; 3eme trimestre ; étiologies ; prise en charge et pronostic

DATA SHEET

Name: COULIBALY

First name: Youssouf

Phone: 74 15 07 31

Title of the thesis: Haemorrhages of the 3rd trimester of Pregnancy at the Kalaban-Coro Referral Health Center

Year: 2020-2021

City: Bamako

Country of origin: Mali

Date of birth: 11/21/1994

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology.

Area of interest: Gynecology-Obstetrics; Public health

Summary: We carried out a prospective study carried out at the Gynecology-Obstetrics department of the CSRéf of Kalaban Coro from January 1, 2020 to December 31, 2020; whether a period of 12 months. We recorded 4,233 deliveries, including 114 cases of hemorrhage in the 3rd trimester of pregnancy, whether a frequency of 2.69%.

Retro-placental hematoma is the leading cause of these hemorrhages with 50%, followed by placenta previa with 48.2% of cases, uterine rupture with 1.8%. The cesarean was performed in 93.4%

We have not recorded any maternal deaths. As for the fetal and neonatal prognosis, it is dominated by stillbirth which is 21,9 %.

Rapid management by a multidisciplinary team of obstetricians, resuscitators and pediatricians would improve the maternal-fetal prognosis during these hemorrhages in the 3rd trimester of pregnancy.

.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !