

Ministère de l'Enseignement,
Supérieure et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

Année universitaire 2010 – 2011

Thèse N° _____

THESE

**ETUDE DE LA RETENTION PLACENTAIRE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Présentée et soutenue le2011 devant la **Faculté de médecine
de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

PAR M^{ME}DIARRA DJENEBA TRAORE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : Professeur Salif DIAKITE

MEMBRE : Dr Boubacar TRAORE

CODIRECTEUR : Dr Ibrahima TRAORE

DIRECTEUR : Dr Moustaphe TOURE

DEDICACES-REMERCIEMENTS

DEDICACE

----- 2
-
Mme DIARRA Djènèba TRAORE : Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako (CSRéf CIV) .

Je dédie ce travail :

A ALLAH le tout puissant le très miséricordieux et à son prophète (paix et salut sur lui) ; pour m’ avoir donné la santé et le courage de mener à bien ce travail.

A mes enfants : Néné Kadidia DIARRA, Nouhoun Noumoudjon DIARRA et Aminata Mamadou DIARRA

Vous êtes pour moi un miroir et un espoir. Votre présence à mes côtes m’a donné plus de courage pour vaincre les obstacles tant difficiles de cette vie.

Que Dieu vous prête longue vie.

A mon père : Dramane TRAORE

Tes infatigables conseils ont porté fruits, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire. Que Dieu te donne longue vie.

A ma mère : Habibatou COULIBALY

Tu es le prototype même de la femme africaine, celle qui accepte de tout donner et de tout partager dans son foyer pour le bonheur de ses enfants.

Tes sacrifices pour nous sont inestimables et font de nous ce que tu as souhaité.

Maman, je ne saurais te remercier pour tant d’efforts consentis.

Je prie ardemment le tout puissant pour qu’il te garde longtemps que possible auprès de nous.

A mon mari : Mamadou DIARRA

Merci pour avoir accepté de partager ma vie estudiantine qui est une période dont le corollaire est la privatisation. Ton soutien moral et tes encouragements ont été déterminants dans l’élaboration de cette thèse.

Que Dieu exauce tes vœux les plus intimes.

A la mémoire de mon oncle : Salif TRAORE

----- 3

-

Je n'oublierai jamais les sacrifices que tu as faits pour moi, ta combativité, ton courage et ta générosité sont pour moi un espoir. Je n'oublierai jamais tes bienfaits, que la terre te soit légère.

A la mémoire de ma grande sœur : Fanta GUINDO

J'aurai voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Que la terre te soit légère. Dors en paix grande sœur.

A mes beaux parents : Bakary DIARRA et M^{me} DIARRA Banènè DEMBELE

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour vos soutiens et vos conseils sans cesse.

A toute la famille du colonel Abdoulaye COULIBALY à Kalaban coro nèrècoro,

C'est l'occasion pour vous exprimer toute ma profonde gratitude pour votre hospitalité.

REMERCIEMENT

A mon Tonton : Sidiky TRAORE

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien inestimable. Qu'ALLAH le tout puissant te récompense.

A ma Tante : Aminata KAMATE

Je te dis merci pour tes conseils et tes soutiens inestimables.

----- 4

-

A mes neveux et nièces : Abdramane DIARRA, Bouya DEMBELE, Nana Kadidia DIARRA, Adiaratou KANTE, Adiaratou TRAORE, Sali DIARRA, Rokia SIDIBE, Korotoumou TRAORE Mahamadou DIARRA dit le vieux :

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler davantage.

A M^R DIARRA Oumar et sa femme Setou BARRY :

C'est l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude.

A Soumaïlla TRAORE dit Français et Moussa DIABATE dit Baï :

Merci pour votre soutien

A mes frères et sœurs :

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

A tous mes beaux frères et mes belles sœurs :

Vous êtes si nombreux mais aussi précieux l'un que l'autre, que je n'ose pas vous citer de peur d'en omettre, recevez par ce travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mes amis de la FMPOS : Dr DEMBELE Adama et sa femme Dr DEMBELE Fatoumata Tidiane KOITA, Dr KONIPO Ouelematou SOW, Dr BAH Fatoumata Sacko, Dr MAIGA Aïssata Boubacar, Djeneba FOFANA, Djenebou SANOGO, Aminata TRAORE, Djenebou TRAORE.

Vos encouragements ne n'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci pour tout.

A mes formateurs :

Dr TOURE Moustaphe, Dr TRAORE Bakary, Dr TRAORE Ibrahima, Dr KONE Diakaridia, Dr GUINDO Oumar, merci pour votre encadrement.

A mon équipe de garde : Dr DICKO Gouro, Dr TANGARA Sidiky, Dr MAIGA Sidiya, Dr DEMBELE René, Dr DANSOKO Clément, Mamadou KEÏTA

A toutes les sages femmes du CSRef de la Commune IV :

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

A tous mes aînés du CSRef CIV :

Merci de votre soutien et encadrement.

A tous mes cadets du CSRef CIV :

Merci, courage, patience et persévérance.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur honoraire de gynécologie et obstétrique à la FMPOS.**
- **Gynécologue accoucheur**

Cher maître

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

La qualité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un exemple à suivre.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Docteur Boubacar TRAORE

- **Gynécologue – Obstétricien.**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI.**
- **Trésorier général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique.**

Cher maître

Votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Recevez ici, cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Ibrahima TRAORE

- **Gynécologue – Obstétricien.**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV.**

Cher maître

Votre simplicité, votre esprit communicatif, votre disponibilité, et surtout votre abord facile ont forgé notre admiration.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse
Docteur Moustaphe TOURE

- **Diplômé de gynécologie et obstétrique**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest**
- **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de bale en suisse**
- **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne**
- **Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles**
- **Médecin chef du CSRéf CIV du district de Bamako**
- **Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national.**

Cher maître

Cher maître, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ASACODJENEKA : Association de santé communautaire de Djénékabougou

ASACODJIP : Association de santé communautaire Djicoroni para

ASACOLABASAD : Association de santé communautaire de Lassa, Banconi,

ASACOLA I: Association de santé communautaire de lafiabougou I

ASACOLA II : Association de santé communautaire de Lafiabougou II

ASACOLA B5 : Association de santé communautaire de Lafiabougou, Taliko

ASACOSEK : Association de santé communautaire de Sébénikoro,
Kalabanbougou

ASACOSEKESI : Association de santé communautaire Sébénikoro,
Kalabanbougou, Sibiribougou

ATCDT : Antécédent

CNAM : Centre national d'appui à la lutte contre la maladie

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRef CIV : Centre de santé de référence de la commune IV

----- 12

DAT : Dispensaire Anti Tuberculeux

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine

IgA : Immunoglobine A

IgG : Immunoglobine G

IgM : Immunoglobine M

IM : Intra Musculaire

IV : Intra Veineuse

MRC : Maternité René Cissé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto Rhino Laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUS : Plan Urbanisation Sectoriel

UI : Unité Internationale

USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOMMAIRE

I.	Introduction.....	1
II.	Objectifs.....	5
III.	Généralités.....	7
IV.	Méthodologie.....	30
V.	Résultats.....	40
VI.	Commentaires et discussion.....	55
VII.	Conclusion.....	60
VIII.	Recommandations.....	62
IX.	Références bibliographiques.....	66
X.	Annexes.....	71

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

La grossesse et l'accouchement, si d'une part ont été toujours l'expression de la plénitude génitale de l'élément féminin, ils restent et demeurent toujours des états physiologiques dangereux pouvant coûter la vie à la femme à tout instant. Ainsi, ne dit-on pas en Afrique que chaque accouchement constitue une visite de la patiente au cimetière ou que l'accouchement selon l'expression consacrée par l'usage est la guerre des femmes «Mussokèlè».

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse et l'accouchement ou dans les suites des couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leur fille est enceinte [24]. La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel, cette assertion soutenue par RIVIERE [10] reste encore valable de nos jours, ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse.

Selon l'OMS sur 58500 femmes qui meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement, un quart succombent par hémorragie du post partum [21].

En France une étude récente révèle que les hémorragies du post partum constituent la deuxième cause de mortalité [28].

Au Nigeria 1,62% de femmes décèdent d'hémorragie de la délivrance malgré les efforts remarquables en obstétrique, en réanimation, et la connaissance de plus en plus approfondie des troubles d'hémostase [2].

Au Mali les hémorragies constituent la 1^{ère} cause de décès maternel selon EDSTMIV [9]: 464 pour 100000 naissances vivantes, ainsi chaque année au Mali, 3000 femmes meurent des complications de la grossesse et de l'accouchement soit un décès pour toutes les 3 heures, près de 8 femmes par jour.

Le taux d'hémorragie du post partum immédiat est particulièrement élevé au Mali soit 2,7%. En 1989 selon DIALLO A [5], il est lié à l'insuffisance de couverture sanitaire dans certaines localités et du manque de personnel qualifié. L'instauration récente des gestes actifs du 3^{ième} période de l'accouchement (GATPA) dans le post partum immédiat constitue un espoir dans la prévention de ces hémorragies.

Au Mali Diallo A. [5], et Diallo B. [6] et Keïta S. [15] ont trouvé respectivement un taux de décès maternel dû à l'hémorragie de la délivrance de 23% en 1989, 19% en 2000 et de 7,20% en 2003.

Fort de cela la communauté internationale, l'OMS, les associations féminines, le ministère de la santé se mobilisent dans la lutte contre la mortalité maternelle.

Nous avons réalisé ce travail au CSRef CIV afin de mettre en évidence l'impact de l'une des causes des hémorragies de la délivrance ; et de contribuer à sa prise en charge : la rétention placentaire.

A ce jour au Mali aucune étude n'a été faite sur la rétention placentaire d'où l'intérêt d'initier ce travail au CSRef CIV; dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1- Objectif général :

- Etudier la rétention placentaire dans les accouchements par voie basse au CSref de la commune IV du District de Bamako

2- Objectifs spécifiques :

- Evaluer la fréquence de la rétention placentaire
- Décrire les caractéristiques socio-demographiques des patientes au CSRef CIV
- Identifier les facteurs favorisant de la rétention placentaire.

- Décrire la conduite à tenir devant une rétention placentaire
- Décrire le pronostic maternel à l'issue des rétentions placentaires

GENERALITES

III- GENERALITES :

1. RAPPEL ANATOMIQUE SUR LE PLACENTA :

Le placenta fait parti des annexes du fœtus, qui sont des formations temporaires destinées à protéger, à nourrir et à oxygéner l'embryon, puis le fœtus durant la vie intra utérine. Pendant les 9 mois, elles ont une évolution propre qui les conduit de leur formation et de leur jeunesse à leur maturité.

1.1. Formation du placenta [20]

La formation du placenta est induite par le blastocyste logé dans l'endomètre qui provoque la réaction déciduale de la paroi utérine. Le trophoblaste qui va constituer le placenta, apparaît dès le 5^{ème} jours de la gestation il constitue la

couche superficielle du blastocyste appelée couronne trophoblastique. Cette couche comprend elle-même deux assises cellulaires d'aspect différent :

- Dans la profondeur le cytotrophoblaste, formé de cellules volumineuses espacées, contenant de grosses vacuoles, les *cellules de Langhans* ;
- L'assise superficielle ou syncytiotrophoblaste formé de larges plaques de cytoplasme multinuclé doué de pouvoir protéolytique et à assurer, de l'implantation, la lyse des éléments maternels et l'absorption des produits nutritifs.

Après de nombreuses transformations, c'est vers le 21^{ème} jour de gestation que le réseau intravillositaire se raccorde aux vaisseaux allantoïdes et par leur intermédiaire au cœur fœtal. La circulation fœtale est alors établie. Les villosités sont devenues les villosités tertiaires. Elles occupent toute la surface de l'œuf.

Le développement du placenta continue pendant toute la gestation pour s'adapter aux besoins métaboliques de l'embryon en croissance. Le placenta est totalement constitué à partir du 5^{ème} mois de la grossesse. Dès lors, son augmentation de volume se fera sans modification de sa structure.

En cas de dépassement de terme de la grossesse le placenta non seulement ne joue plus son rôle, de plus constitue un obstacle à la bonne alimentation et à la bonne oxygénation du fœtus.

1-2. La circulation placentaire [20]

Elle se divise en deux circulations distinctes : la circulation maternelle et la circulation fœtale, qui sont séparées par la barrière placentaire. Malgré l'intrication des éléments maternels et fœtaux, les deux circulations ne communiquent pas directement. Chaque système reste clos. Le débit en est

élevé : 500 ml/Min(80% du débit utérin) ; et est influencé par divers facteurs tels que notamment la volémie, la tension artérielle, les contraction utérines, le tabagisme, les médicaments et les hormones.

1-3. Anatomie macroscopique du placenta [20]

Le placenta organe d'échange entre la mère et le fœtus. C'est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta humain est de type hémochorial, celui qui réalise le contact le plus intime entre les éléments fœtaux et les éléments maternels. Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue discoïdale ou elliptique. Il mesure 16 à 20cm de diamètre : son épaisseur est de 2 à 3cm au centre et de 4 à 6mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance à terme est en moyenne de 500 à 600g soit le sixième du poids du fœtus. Mais au début de la grossesse le volume du placenta est supérieur à celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta insère dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend deux faces et un bord [20].

- **Face fœtale** : lisse, luisante. Elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous jacent, et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibre. Sur elle s'insère le cordon ombilical, tantôt près du centre, tantôt à la périphérie, plus ou moins près du bord.

- **Face maternelle :** charnue, tomenteuse .Elle est formée de cotylédons polygonaux séparés par des sillons plus moins creusés par les septa.
- **Bord circulaire :** il se continue avec les membranes de l'œuf.

2. PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

Le placenta est un organe de régulation entre la mère et le fœtus. Il n'existe pas de communication directe entre la mère et le fœtus. Le placenta est considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus. Le placenta 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 respiration et sa nutrition mais également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin il le protège contre les agressions bactériennes et toxiques et régule le passage de certaines substances médicamenteuses.

2-1. Echanges fœto-maternels [18]

Les échanges placentaires se font selon des mécanismes classiques de transport membranaire. Ils sont conditionnés par l'âge de la grossesse et par des modifications histologiques qui en déroulent.

2-1-1. Transport passif (sans apport énergétique)

- ❖ **Diffusion simple :** les molécules non polaires et liposolubles suivent un gradient de concentration passant de la zone la plus concentrée à la zone moins concentrée et ceci jusqu'à l'état d'équilibre, sans consommation d'énergie (exemple : l'oxygène, le gaz carbonique, les graisses et alcool).

- ❖ **Osmose** : diffusion d'un solvant à travers une membrane à perméabilité sélective. L'eau fortement polaire ne peut traverser la bicouche lipidique des membranes plasmiques, mais elle peut en revanche diffuser à travers les pores de ces membranes.
- ❖ **Transport facilité** : transport permettant à une molécule de traverser la membrane plasmique grâce à l'intervention d'une molécule porteuse (protéine canal sélective)

2-1-2. Transport actif [18]

Le transfert se fait à travers les membranes cellulaires contre un gradient de concentration mais alors ce processus nécessite une activité cellulaire productrice d'énergie (Na^+/K^+ ou Ca^{++}).

2-1-3. Transport vésiculaire

Les macromolécules sont captées par les microvillosités et absorbées dans les cellules rejetées (immunoglobulines).

2-2. Fonction nutritive et excrétrice

L'apport nutritif du fœtus, indispensable à sa croissance et ses dépenses énergétiques sans cesse croissantes sont assurées par la mère.

- ❖ **L'eau** : traverse le placenta par diffusion dans les deux sens, réglée par la tension oncotique du sang maternel et fœtal. Le passage semble dépendre aussi d'une sécrétion active du placenta, du moins au début du développement embryonnaire. Les échanges d'eau augmentent avec la grossesse jusqu'à 35 semaines (3,5 litres/jour), puis diminuent jusqu'à terme (1,5 litres/jour).

- ❖ **Les électrolytes** : suivent les mouvements de l'eau. Le fer et le calcium ne passent que dans le sens mère enfant. Le passage du fer à travers le placenta se fait sous forme de fer sérique. La concentration de calcium est plus élevée dans le placenta que dans les organes.
- ❖ **Le glucose** : est la principale source d'énergie du fœtus et passe par transport facilité « molécules porteuses ». La glycémie fœtale est égale à la 2/3 de la glycémie maternelle, aussi est-elle fonction de cette dernière. Le placenta est capable de synthétiser et de stocker du glycogène au niveau du trophoblaste afin d'assurer les besoins locaux en glucose par glycogénolyse. La grossesse est dite « diabétogène » pour la mère en raison de la sensibilité tissulaire à l'insuline. A la fin de la grossesse le glucose est stocké dans le foie du fœtus.
- ❖ **Les vitamines hydrosolubles** : traversent facilement la membrane placentaire, en revanche le taux des vitamines liposolubles (A, D, E, K) est très bas dans la circulation fœtale. La vitamine K joue un rôle capital dans la coagulation sanguine et il est important de substituer le nouveau-né afin de prévenir la survenue d'hémorragies.
- ❖ **Le cholestérol** : passe facilement la membrane placentaire ainsi que ses dérivés (hormones stéroïdes).

Les transferts placentaires concernent également l'élimination des déchets du métabolisme fœtal qui sont rejetés dans le sang maternel puis éliminés (urée, acide urique, créatinine).

2-3. Fonction respiratoire [20]

Le placenta, joue le rôle de « poumon fœtale ». La fonction respiratoire du placenta permet l'apport d'oxygène au fœtus et l'évacuation du dioxyde de carbone fœtal. Les échanges vont se faire entre le sang maternel (riche en oxygène) et le sang artériel ombilical (mélange de sang artériel et veineux, pauvre en oxygène).

L'oxygène va donc passer de la circulation maternelle vers la circulation maternelle fœtale par simple diffusion. L'oxygène diffuse du compartiment où sa pression partielle PO_2 est plus élevée (100 mmHg dans l'artère utérine) vers celui où elle est plus basse (35 mmHg dans la veine ombilicale). Les échanges de l'oxygène peuvent se trouver modifier suivant l'importance du flux sanguin maternel et fœtal, le degré de la pression partielle d'oxygène dans les sangs maternel et fœtal, les variations de surface et d'épaisseur de la membrane placentaire.

La plus grande affinité de l'hémoglobine fœtale pour l'oxygène par rapport à l'hémoglobine adulte, facilite le passage de l'oxygène de la mère au fœtus.

Le passage transplacentaire du gaz carbonique se fait sous forme gazeuse la pression partielle de CO_2 étant plus grande dans le sang fœtal, le passage se fait de la mère vers le fœtus par diffusion.

2-4. Fonction endocrine [20]

Les hormones jouent un rôle fondamental dans la vie du fœtus en contrôlant son développement, en réglant son métabolisme énergétique et la constitution de ses réserves. Le fœtus a une grande autonomie dans leur régulation par rapport à sa mère.

- ❖ **Avant l'implantation :** l'équilibre hormonal est assuré par les hormones ovariennes et pituitaires.

- ❖ **Au début de la grossesse :** la synthèse d'œstrogène et de progestérone est assurée par le corps jaune gravidique, maintenu en activité par l'hormone chorionique gonadotrophine humaine (HCG) qui est sécrétée par le trophoblaste. L'activité du corps jaune diminue progressivement dès le 8^e semaine, pour être totalement supplée par le placenta à la fin du 1^{er} trimestre.

- ❖ **Pendant la grossesse :** le taux sanguin des différentes hormones chez la mère est régi par l'action combinée des hormones placentaires, gonadiques, hypophysaires et surrénaliennes.

2-5. Fonction protectrice

Le placenta constitue au sens large « une barrière protectrice » contre les agents infectieux, cependant certains de ses agents peuvent franchir cette barrière d'emblée, ou suite à des lésions du placenta, d'où le danger d'atteinte de l'œuf. Les bactéries sont arrêtées par la barrière placentaire ou ne passent que tardivement. En revanche, les virus la traversent facilement.

Parmi ces agents infectieux traversant la barrière placentaire on peut citer :

- Le parasite de toxoplasmose
- Le virus de la rubéole
- Le cytomégalovirus
- L'hématozoaire du paludisme
- Le tréponème

Le placenta constitue également une barrière contre le passage de certains médicaments. Les antibiotiques et les corticoïdes passent la barrière placentaire. Malheureusement, d'autres molécules (parfois à l'origine de la malformation

foetale) arrivent à forcer ce barrage et à pénétrer dans le sang du fœtus. Les barbituriques, les drogues et l'alcool sont à proscrire.

2-6. Fonction de transfert des protéines [20]

Le fœtus commence à fabriquer ses anticorps à partir du cinquième mois de la grossesse. Les Immunoglobulines G (IgG) traversent la barrière placentaire de la mère vers le fœtus. Ce passage se fait surtout en fin de grossesse conférant ainsi une immunité passive qui protège contre des maladies infectieuses (le nourrisson conserve ces Anticorps pendant environ 6 mois après l'accouchement). Ces autres Immunoglobulines, notamment les IgA, IgM, ne passent pas la barrière placentaire.

3. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique, membranes) après 28 semaines d'aménorrhée [20].

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

3-1. Phénomènes dynamiques :

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

- Au potentiel de repos de la membrane ;

- Le rôle de l'environnement hormonal : les œstrogènes augmentent le potentiel de la membrane, tandis que la progestérone diminue ce potentiel. Les contractions utérines ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes :
- Première période (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare.
 - Deuxième période (expulsion du fœtus) commence à la dilatation complète du col de l'utérus juste à la naissance du fœtus et dure en moyenne 30mn chez la primipare, 5 à 20 mn chez la multipare.
 - Troisième période (délivrance) elle va de la naissance du fœtus à l'expulsion du placenta et dure 5 à 45 mn.

3.2. Physiologie de la délivrance [18,20]

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette période de l'accouchement est redoutable, du fait des hémorragies gravissimes qui peuvent survenir.

La délivrance évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- Décollement du placenta ;
- Migration et l'expulsion du placenta ;
- L'hémostase.

3.2.1. Phase de décollements

Le décollement est sous la dépendance :

- De la rétraction utérine qui le prépare ;
- Et de la contraction utérine qui le provoque.

3.2.1.1. Rétraction utérine

Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission ou phase de repos physiologique. L'accouchée se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle normale, l'utérus est rétracté, dur, recule de 2 à 3cm au dessus de l'ombilic ; ses parois s'épaississent tout en respectant la zone d'insertion placentaire qui est mince permettant l'enchatonnement physiologique. Cette phase dure 10 à 15 minutes environ.

Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque, dont le clivage est ainsi préparé.

De la vulve par où sort le cordon, s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang. Cette phase dure en moyenne 15 minutes.

3.2.1.2. Décollement proprement dit :

Il commence par l'apparition de contractions utérines donnant une sensation de colique utérine. Le font utérin remonte 3 à 5cm au-dessus de l'ombilic et s'incline à droite, cette ascension traduit le décollement placentaire : « l'hématome rétro placentaire ».

Lorsque le placenta tombe dans le vagin, il s'abaisse à nouveau au-dessous de l'ombilic. Le décollement placentaire se traduit par :

- Le déroulement du cordon hors de la vulve,
- La non ascension du cordon lorsque avec la main appliquée à plat au dessus du pubis on refoule vers le haut le cordon remonte dans le vagin si le placenta n'est pas décollée.

3.2.2. Phase d'expulsion du placenta[18,20]

L'expulsion du placenta peut être spontanée sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, sous l'effet d'une poussée abdominale. Le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Le périnée se distend, l'orifice vulvaire s'entrouvre, le placenta apparaît comme une masse violacée entraînant après elle les membranes, flasques ou distendues par l'hématome retro-placentaire physiologique en se retournant en doigt de gant. Mais la délivrance spontanée rare, serait trop tardive ou trop brusque, risquant de déchirer les membranes dont une partie pourrait être retenue in utero. Aussi lui préfère t-on la délivrance naturelle, qui en réalité demande l'aide du praticien (de l'accoucheur) ou de la sage femme. Au bout de 30 à 45 minutes, lorsque le placenta n'est pas décollé c'est un fait pathologique entraînant les hémorragies gravissimes de la délivrance.

Dans les cas habituels où le placenta s'insère au fond de l'utérus ou à son voisinage, il sort par sa face fœtale, le sang de l'hématome physiologique reste amassé au fond du sac membraneux retourne.

Dans les cas plus rare où l'insertion était basse le placenta peut sortir par le bord ou par sa face utérine. Le sang, ayant décollé le petit côté des membranes s'échappe lors même du décollement placentaire. La délivrance paraît plus hémorragique.

La quantité du sang perdue pendant la délivrance est variable en moyenne 300ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500ml au cours d'accouchement par voie naturelle et 1000ml en cas de césarienne [18, 20]. Au-dessus de ses chiffres il y a une hémorragie de la délivrance.

Cependant ces limites sont arbitraires en raison de difficulté à évaluer précisément les pertes sanguines. Après expulsion placentaire, il est indispensable d'examiner le placenta qui nous donne des renseignements sur son intégrité et celles des membranes, les anomalies possibles d'ordre pathologique.

Si une perfusion d'ocytocine était posée au cours du travail d'accouchement il ne faut pas l'arrêter car sa poursuite favorise le décollement du placenta.

L'injection de 1 ml de méthyl ergométrine en intra veineuse lors de l'accouchement des épaules ou après l'expulsion du fœtus en présentation de siège, accélère la délivrance en supprimant la phase de rémission. Ce médicament est contre indiqué chez les cardiopathies et les hypertendues. L'expulsion du placenta peut être gênée par une rétention d'urine, il faut alors vider la vessie.

3.2.3 . L'hémostase : Elle est assurée par : [18,20]

- La rétraction utérine, qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexi forme. C'est un écrasement des vaisseaux utero placentaire appelés « ligature vivante de pinard » mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ;

La thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal, normalement inséré sur une muqueuse » si non les complications de la délivrance risquent de se produire.

228 *Délivrance normale et pathologique*

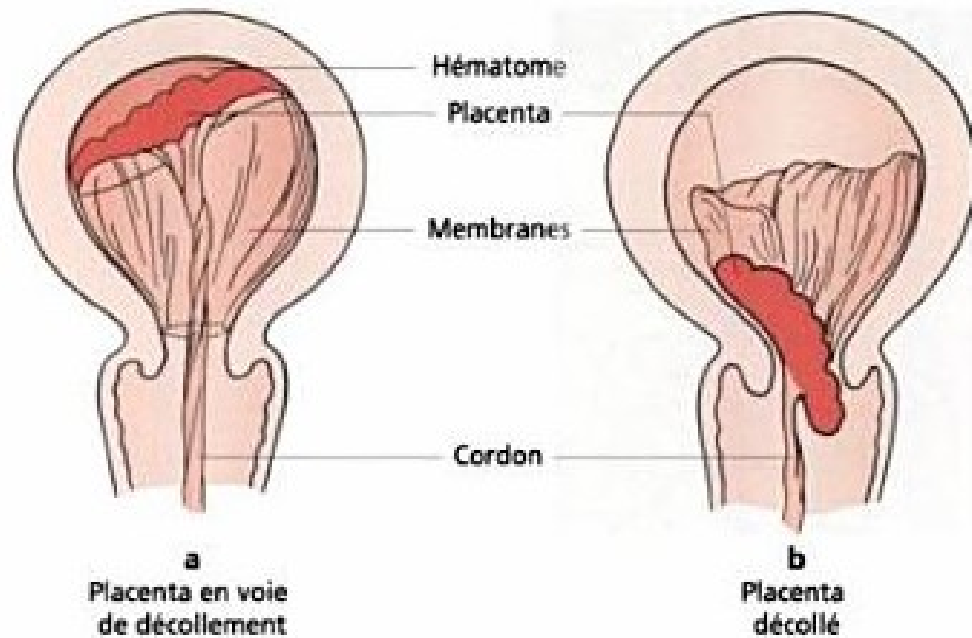


Fig. 20.3 Décollement du placenta.
a. Placenta en voie de décollement. b. Placenta décollé.

4. RETENTION PLACENTAIRE [18,20] :

La délivrance normale doit être terminée 45 minutes après l'accouchement. Pour que la délivrance s'accomplisse dans de bonnes conditions physiologiques, la caduque doit pouvoir se cliver à la limite de ses deux couches ; le placenta doit être normal dans sa forme, dans ses dimensions, dans le siège de son insertion ; le muscle utérin doit être apte à remplir sa fonction contractile [18, 20].

Quand l'une des trois conditions précédentes n'est pas remplie, la rétention se produire.

4.1. Etiologie de la rétention placentaire :

➤ **Les anomalies de la contraction utérine :**

- L'inertie utérine, qui est cause du défaut de décollement
- épuisement musculaire par travail prolongé ; d'une mauvaise qualité du muscle (multiparité ; malformations utérines de certaines primipares, présence de myomes) ; d'une surdimensionnée utérine (gémellaire, hydramnios) ; d'une anesthésie générale.
- L'hypertonie localisée de l'utérus se caractérise par la formation d'un anneau hypertonique. Lorsqu'il siège à l'union du corps et du segment inférieur, le placenta, retenu au dessus de lui-même, est dit incarcerated ; lorsqu'il siège à l'union d'une corne et de la grande cavité de l'utérus, le placenta ainsi partiellement retenu est dit enchatonné.

➤ **Les anomalies placentaires** peuvent être :

- Des anomalies de siège : l'insertion du placenta sur le segment inférieur peut troubler le mécanisme de la délivrance, par la médiocre qualité de la caduque sur cette portion de l'utérus. Histologiquement mal préparée au clivage, la caduque est peu étoffée, facilement traversée par les villosités placentaires qui peuvent pénétrer dans la musculuse.
- L'insertion angulaire dans une corne utérine est une autre cause de rétention.

- Des anomalies de conformation : l'excès de volume et de surface (grossesse gémellaire, placenta étale) peut entraver le décollement placentaire.

Certaines masses aberrantes (placenta succenturié) peuvent être la cause de rétention partielle.

➤ **Les altérations de la muqueuse utérine** peuvent être dues :

- à un processus inflammatoire (endométrite) ;
- à une manœuvre intra-utérine, surtout à un curetage lors d'une fausse couche précédente, plus rarement à une délivrance artificielle ou une révision utérine lors d'un précédent accouchement ; et plus rarement encore aujourd'hui à une agression chimique ;
- à une intervention sur utérus ; autrefois la césarienne corporéale, aujourd'hui les interventions restauratrices sur le corps utérin (hystéroplasties pour utérus bicorne par exemple, hypoplasie de la muqueuse utérine, myomectomie, césarienne) ;
- à certaines lésions endocavitaires comme un myome sous muqueux.

➤ **Certaines gênes mécaniques** peuvent être cause de rétention placentaire : antéversion utérine excessive, distension vésicale, hématomes péri génitaux.

4.2. Les variétés anatomiques : La rétention peut être totale ou partielle.

- Dans la rétention totale : le placenta reste entièrement adhérent à la surface utérine c'est le cas le plus rare, ou le placenta se décolle mais incomplètement une zone plus ou moins étendue reste adhérente à

l'utérus c'est le cas le plus fréquent, ou le placenta se décolle entièrement mais reste retenu libre de tout attache, dans la cavité utérine.

- Dans la rétention partielle : un ou plusieurs cotylédons restent retenus.

4-3. Le degré de fusion utero placentaire :

- **Placenta accreta** : villosités crampons dans le myomètre.
- **Placenta increta** : pénétration vraie du myomètre.
- **Placenta percreta** : envahit toute l'épaisseur du myomètre.
- **Placenta destruens** : atteint le péritoine viscéral.

4-4. Clinique de la rétention placentaire :

- La rétention totale : seule la rétention totale d'un placenta non décollé n'est pas hémorragique.
- La rétention d'un cotylédon peut passer inaperçue et entraîner une endométrite caractérisée par un état fébrile, des lochies fétides, une mauvaise involution utérine et des métrorragies de faibles importances.
- La rétention des membranes est habituellement bien tolérée sauf dans les formes majeures mais peut causer une endométrite du post part.

5. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE RETENTION PLACENTAIRE :

5-1. Rétention placentaire complète [13] :

Devant une rétention complète on a fait systématiquement :

- 5 UI d'ocytocine en IV suivies de pression sur le fond utérin.
- Vidange de la vessie.

- Délivrance artificielle (à faire en première intention en cas d'hémorragie).

Technique de la délivrance artificielle [22] :

Elle doit être réalisée sous anesthésie péridurale ou générale, patiente en position gynécologique, les mains de l'opérateur gantées.

Cette technique consiste à aller rechercher le placenta à l'intérieur de la cavité utérine. Cela demande des conditions à respecter : Vessie vide, asepsie soigneuse de la parturiente et de l'opérateur. L'acte, proprement dit, consister à réduire le plus possible le volume de la moins intra vaginal qui suit le cordon pour pénétrer à l'intérieur de la cavité utérine. L'autre main abdominal appuie le fond utérin pour moi utérin l'utérus dans le pelvis et éviter qu'il remonte.

La main intra vaginal décolle le placenta de sa zone d'insertion puis le retire.

- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait (révision utérine).
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
- Si la patiente continue à saigner abondamment. Lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines si pas de contre indication.
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. S'il manque en lobe ou une partie du tissu placentaire, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.

■ Examiner soigneusement la patiente, s'il y a des déchirures cervicales, vaginales ou l'épisiotomie, procéder à la réfection de ces déchirures ou la suture de l'épisiotomie.

PROBLEMES

Si la rétention placentaire est due à un anneau de rétraction ou si elle dure depuis plusieurs heures jours, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus [22]. Dans ce cas, extraire le placenta en plusieurs fois avec 2 doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette.

SOIN POST – OPERATOIRE

■ Observer attentivement la patiente jusqu'à ce que l'effet de la sédation intraveineuse se soit dissipé.

■ Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) tout les 30 minutes pendant les 6h suivantes ou jusqu'à ce l'état de la patiente soit stable.

■ palper le fond utérin pour s'assurer que l'utérus est toujours contracté.

■ Vérifier les pertes de lochies.

■ Maintenir la perfusion.

■ Transfuser la patiente si nécessaire.

5-2. Rétention placentaire partielle [22] :

On a fait systématiquement une révision de la cavité utérine.

Technique de la révision utérine : Elle est voisine de celle de la délivrance artificielle, les mêmes difficultés opératoires peuvent se rencontrer. La main explore méthodiquement le fond, les parois utérines, la région des cornes, à la recherche d'un reliquat placentaire en générale adhérent, quelle détache par clivage [22].

Après la bonne rétraction de l'utérus sera assurée par l'administration d'un ocytocique : ocytocine, Méthergin* s'il n'y a pas de contre indication vasculaire ou hypertensive [20].

Massage de l'utérus : Il s'agit de réaliser par voie externe, avec douceur et en continu, un massage manuel du fond utérin qui permet de stimuler la rétraction utérine .Elle n'est pas toujours aisée à mettre en œuvre lorsqu'il y a une obésité [22].

Lors d'une rétention partielle non diagnostiquée à l'accouchement ayant entraîné une endométrite ; il est important de gagner du temps avant le curetage. Les antibiotiques et les utérotoniques permettent de s'éloigner le plus possible de la date de l'accouchement à cause du risque de synéchies (un mois semble le délai à respecter) [13].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

1- Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 18 mois allant du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009.

2- Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRéf CIV) du District de Bamako (Mali) au niveau du service de Gynécologie Obstétrique.

3- Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- ✓ l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- ✓ la loi N° 95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- ✓ la loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

4- Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du District qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

5- Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale était estimée à 245 421 habitants en 2008 (source DNSI).

6- Les structures sanitaires :

6.1- Structures communautaires de 1^{er} niveau : sont représentées par les centres de santé communautaires (**CSCOM**) au nombre de 09 (ASACOSEK, ASACOLAI, ASACOLAB5, ASACOLAI, ASACODJIP, ASACOLABASAD, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA et ASACOHAM) employant:

- ✓ 8 médecins,
- ✓ 7 infirmiers d'état,
- ✓ 17 infirmiers du premier cycle,
- ✓ 20 sages femmes,
- ✓ 10 manœuvres;

Et la Maternité Renée Cissé (MRC).

6.2- Structures communautaires de 2^{ème} niveau : représentées par le Centre de Santé de Référence de Commune IV (**CSRéf CIV**).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

a- Les locaux : le CSRéf CIV comprend :

- ⇒ 2 bureaux de consultation gynécologique,
- ⇒ 2 bureaux de consultation médicale,
- ⇒ 2 salles de consultation pédiatrique,
- ⇒ 1 bureau de consultation ophtalmologique,
- ⇒ 1 salle des urgences,
- ⇒ 2 blocs opératoires,
- ⇒ 1 salle d'accouchement,
- ⇒ 2 salles d'hospitalisation, dont :

* 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits

* 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits,

* 3 salles pour la médecine et la pédiatrie,

* 1 salle pour l'ophtalmologie avec 4 lits.

- ⇒ 1 unité de consultation prénatale,
- ⇒ 1 unité de consultation postnatale,
- ⇒ 1 unité de consultation ORL,
- ⇒ 1 cabinet dentaire,
- ⇒ 1 laboratoire,
- ⇒ 1 DAT,
- ⇒ 1 USAC,
- ⇒ 2 salles de soins infirmiers,
- ⇒ 1 morgue

b- Personnel : le CSRéf CIV emploie :

----- 44

- ✓ 1 médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin chef du centre,
- ✓ 1 médecin ophtalmologiste,
- ✓ 5 médecins généralistes,
- ✓ 25 sages-femmes,
- ✓ 5 assistants anesthésistes réanimateurs,
- ✓ 7 infirmiers d'états,
- ✓ 3 techniciens supérieurs,
- ✓ 2 assistants de laboratoire,
- ✓ 2 assistants en odontostomatologie,
- ✓ 10 aides-soignants,
- ✓ 1 gérante de pharmacie,
- ✓ 4 manœuvres,
- ✓ 3 chauffeurs,
- ✓ 7 comptables.

Remarque : A ce personnel, s'ajoute un nombre variable des étudiants en fin de cycle (thésards) selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CSRéf. Leur nombre était estimé à 28 en Novembre 2009 dont 22 en Gynéco Obstétrique, 3 en USAC, 1 en Médecine, 1 en Pédiatrie, 1 en Ophtalmologie.

c- Transport et communication :

Le CSRéf CIV dispose d'une ambulance qui assure la liaison pour les Références/Evacuations entre les CSCOM et le CSRéf CIV d'une part et du CSRéf CIV vers les établissements hospitaliers publiques d'autre part.

Le CSRéf CIV est doté de deux téléphones dont l'un sert uniquement à recevoir les appels et l'autre à la fois à recevoir et appeler, et l'Internet.

d- Fonctionnement :

Le CSRéf CIV est permanemment fonctionnel avec une équipe de garde composée de :

- 01 Médecin généraliste ;
- 03 Thésards qui sont des étudiants en médecine en fin de cycle ayant des thèses au CSRéf CIV ;
- 01 Sage-femme et 01 infirmière qui sont remplacées toutes les 12 heures ;
- 05 infirmiers respectivement pour la salle de perfusion et les salles d'hospitalisation de la chirurgie, gynécologie, médecine, et pédiatrie ;
- 01 technicien supérieur en Anesthésie ;
- 01 technicien de Laboratoire ;
- 01 gestionnaire pour la pharmacie et les tickets de consultation ;

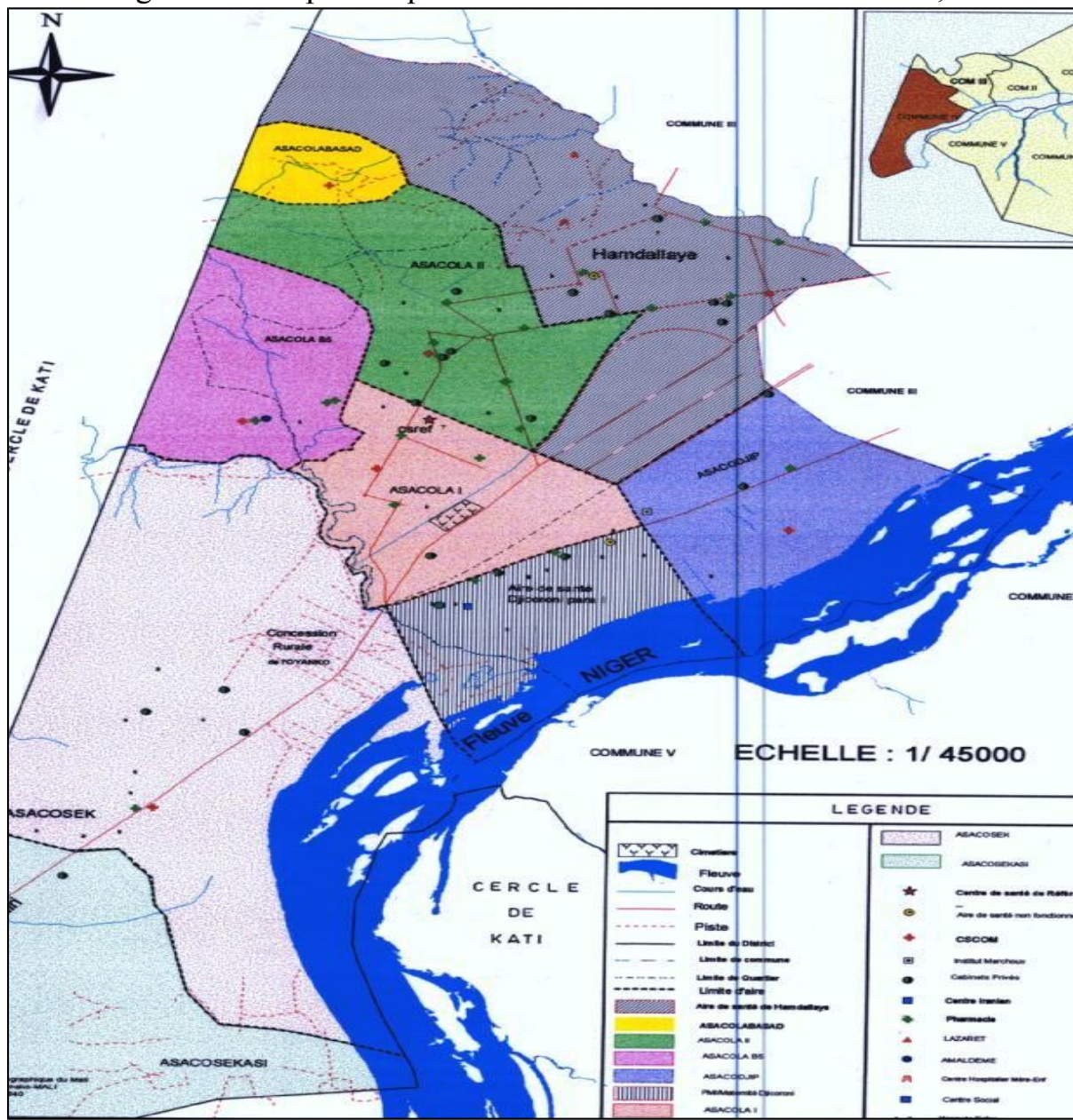


Figure A1 : Carte sanitaire de la commune IV du district de Bamako (PUS CIV Mars 2001)

7- Type de l'étude :

C'est une étude prospective.

8- Population de l'étude :

Toutes les femmes ayant accouchées au Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRéf CIV) ou évacuées au CSRef CIV pour rétention placentaire.

9- Echantillonnage :

----- 47

-

Mme DIARRA Djènèba TRAORE : Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako (CSRéf CIV) .

L'échantillonnage consistait à colliger toutes patientes ayant présenté une rétention placentaire après un accouchement à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRef CIV) ou ayant été évacuées pour rétention placentaire.

10- Critères d'inclusion :

- ⇒ Toute rétention placentaire après l'accouchement par voie basse au Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRef CIV) ou évacuée pour rétention placentaire au CSRef CIV.

11- Critères de non inclusion :

- ✓ Tout accouchement normal sans rétention placentaire.
- ✓ Tout accouchement par césarienne.
- ✓ Tout cas de rétention placentaire prise en charge dans d'autre structure.

12- Collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête pour chaque patiente, comportant les paramètres à analyser (l'identité, circonstance de survenue, conduite à tenir, état de la mère et de l'enfant etc.....) ; dossier d'accouchement ; parthogramme ; et le registre d'accouchement.

La méthode d'analyse : le dépouillement des fiches est manuel et électronique.

13- L'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 12.0, Word 2003

14- Définition opérationnelle :

- **Rétention placentaire** : c'est l'absence de la délivrance complète, ou partielle 45 minutes après la naissance.
- **Grossesse multiple** : c'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus deux ou plusieurs fœtus.
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse ;

- **Paucigeste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multigeste** : c'est une femme qui est à sa quatrième ou cinquième grossesse.
- **Grande multigeste** : il s'agit d'une femme qui est à sa sixième grossesse ou plus.
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre ou cinq fois.

- **Grande multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché six fois ou plus.
- **Grossesse à terme** : si l'accouchement se produit entre le début de la 37^{ième} semaine (252 jours) et la fin de la 41^{ième} semaine (293 jours).
- **Grossesse avant terme** : si l'accouchement se produit avant 37 semaines.
- **Grossesse post terme** : si l'accouchement se produit à la 42^{ième} semaine ou plus.

RESULTATS

V- RESULTATS :

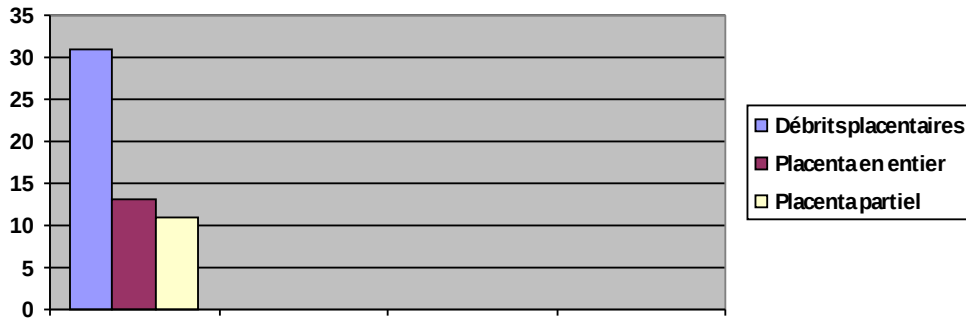
Au cours de notre étude, du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009, soit une période de 18 mois, nous avons enregistrés 5642 accouchements dont 55 rétentions placentaires soit une fréquence de 0,97%.

Tableau I : répartition des patientes selon la fréquence des rétentions placentaires au CSRéf CIV

Fréquence	Effectif	Pourcentage
Patiente sans rétention	5587	99,03
Patiente avec rétention	55	0,97

Dans notre étude, les femmes ayant présentées une rétention placentaire ont représenté 0,97% des accouchements enregistrés au CSRéf CIV.

Figure 1 : répartition des patientes selon le type de rétention placentaire



Dans notre étude, on a eu 56,4% de rétention de débris placentaires, 23,6% de rétention de placenta entier, 20% de rétention de placenta partiel.

On a eu 2 cas de placenta accreta soit 3,6%.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
-14	1	1,8
15-19	12	21,8
20-24	15	27,3
25-49	27	49,1
Total	55	100

L'âge moyen était de 31,5 ans avec des âges extrêmes allant de 13 ans à 46 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était entre 25 et 49 ans avec 49,1%.

Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	47	85,5
Rurale	8	14,5
Total	55	100

Les femmes urbaines étaient plus représentées avec 85,5%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
femme au foyer	34	61,8
Aide ménagère	6	10,9
vendeuse/commerçante	5	9,1
Fonctionnaire	4	7,3
Elève/ Etudiante	4	7,3
Autres	2	3,6
Total	55	100

Autres : Teinturière, coiffeuse avec 3,6%.

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 61,8%.

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
----------------------	-----------------	--------------------

Non scolarisée	35	63,6
Primaire	10	18,2
Secondaire	7	12,7
Supérieure	3	5,5
Total	55	100

Les non scolarisées étaient plus représentées (63,6%).

Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	15	27,3
Mariée	34	61,8
Divorcée	5	9,1
Veuve	1	1,8
Total	55	100

Les femmes mariées étaient majoritaires (61,8%).

Tableau VII : Répartition des patientes selon les lieux d'accouchement.

Lieux d'accouchement	Effectif	Pourcentage
-----------------------------	-----------------	--------------------

Accouchée au centre	12	21,8
CSCOM	29	52,7
Accouchée à domicile	14	25,5
Total	55	100

Les accouchées à domicile ont représentée (25,5%).

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	13	23,7
Evacuée	29	52,7
Accompagné par les parents	11	20
Accompagné par la police	2	3,6
Total	55	100

Les évacuées étaient plus représentées avec 52,7%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le lieu de provenance.

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage
Dans la commune	44	80

Hors de la commune	11	20
Total	55	100

80% des patientes provenaient de la commune IV.

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	4	7,3
Asthme	3	5,5
Drépanocytose	1	1,8
Sans ATCDT médical	47	85,4
Total	55	100

85,4% des patientes étaient sans aucun ATCDT médical particulier.

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	2	3,6
Appendicite	3	5,5
Curetage/Aspiration	20	36,4
Sans ATCDT chirurgical	30	54,5

Total **55** **100**

Parmi les antécédents chirurgicaux : le curetage/aspiration a représenté 36,4% ; la césarienne 3,6%.

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Avortement	30	54,5
Mort-né	2	3,6
Sans ATCDT obstétrical	23	41,9
Total	55	100

Parmi les ATCDT obstétricaux, l'avortement était plus représenté avec 54,5%.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	10	18,2
Paucigeste	25	45,4
Multigeste	10	18,2
Grande multigeste	10	18,2
Total	55	100

La majorité des patientes étaient des paucigestes (45,4%).

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	22	40
Paucipare	20	36,4
Multipare	8	14,5
Grande multipare	5	9,1
Total	55	100

Les multipares ont représentées (14,5%) et les grandes multipares (9,1%).

Tableau XV : Répartition des patientes selon le nombre de fœtus issu de l'accouchement.

Nombre de fœtus	Effectif	Pourcentage
1	52	94,5
2	3	5,5
Total	55	100

Les grossesses gémellaires ont représenté (5,5%).

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	19	34,5
1-3	31	56,4
≥4	5	9,1
Total	55	100

34,5% de nos parturientes n'ont pas été suivie en CPN, plus de la moitié soit 56,4% ont été de façon incomplète (1à3 CPN), tan disque 9,1% ont fait 4 CPN ou plus.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Avant terme	14	25,5
Terme	40	72,7
Post terme	1	1,8
Total	55	100

72,7% des parturientes étaient à terme.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la thérapeutique reçue au cours de l'accouchement avant la rétention placentaire.

Thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Antispasmodique	37	67,3
Utérotonique	13	23,7
Expression utérine	1	1,8

L'antispasmodique était la thérapeutique la plus utilisée au cours de l'accouchement (67,3%).

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le pronostic de l'enfant après l'accouchement.

Pronostic de l'enfant après l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Vivant	50	90,9
Mort né frais	4	7,3
Mort né macéré	1	1,8
Total	55	100

Après l'accouchement 5 enfants étaient des mort-né soit 9,1%, dont 4 mort-né frais soit 7,3% ; et 1 mort-né macéré soit 1,8%.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la nature de la délivrance.

Nature de la délivrance	Effectif	Pourcentage
Naturelle	10	18,2
Active	30	54,5
Artificielle	2	3,7
Délivrance non faite	13	23,6
Total	55	100

Dans 54,5% des cas, la délivrance a été active

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'état de l'utérus après la délivrance.

Etat de l'utérus	Effectif	Pourcentage
Atonie	53	96,4
Globe de sécurité	2	3,6
Total	55	100

L'atonie utérine était la plus représentée (96,4%).

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le lieu de découverte de l'hémorragie.

Lieu de découverte de l'hémorragie	Effectif	Pourcentage
Salle d'accouchement	10	18,2
Suite de couche	20	54,5
Domicile	15	27,3
Total	55	100

54,5% des patientes ont découvert leur hémorragie dans les suites de couches

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'examen paraclinique demandé en urgence non disponible.

Examen paraclinique	Effectif	Pourcentage
Groupage/Rhésus	25	45,4
Taux d'hémoglobine	44	80
L'hématocrite	1	1,8

Le taux d'hémoglobine était l'examen paraclinique demandé en urgence avec 80% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les facteurs de risques.

Facteurs de risques	Effectif	Pourcentage
Atonie utérine	53	96,4
Multiparité	8	14,5
Antécédent d'avortement	10	18,2
ATCDT de curetage/aspiration	20	36,4
Grossesse gémellaire	3	5,5
Antécédent de césarienne	2	3,6

L'atonie utérine était le facteur de risque le plus représenté avec 96,4%.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la prise en charge de la rétention placentaire.

Prise en charge de la rétention placentaire	Effectif	Pourcentage
Délivrance artificielle	13	23,6
Révision utérine	55	100
Massage utérin	55	100
Perfusion d'utérotonique	53	96,4
Une antibiothérapie	48	87,3
Une anti anémique	39	71
Une transfusion sanguine	9	16,4

16,4% ont été transfusées.

Durant notre période d'étude il n'y a pas eu de décès maternel, on a pu sauver toutes nos patientes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. La méthodologie :

Notre étude a été prospective. L'enquête a porté sur 55 cas de rétention placentaire au centre de santé de référence de la commune IV dont 29 accouchées au CSCOM soit 52,7%, 14 accouchées à domicile soit 25,5%, et 12 accouchée au CSRef C IV soit 21,8% sur une période de 18 mois allant du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009.

2. Les contraintes :

Au cours de notre étude nous avons rencontré des difficultés suivantes : la majorité des parturientes étaient analphabètes ; certaines d'entre elles comprenaient difficilement nos explications.

3. La fréquence :

Dans notre étude nous avons trouvé 55 cas de rétention placentaire soit 56,4% de débris placentaires ; 23,6% de retentions totales ; 20% de rétention partielle ; dont 3,6% de placenta accreta ce résultat est supérieur à celui de Coulibaly S S [3] qui a eu 8,6% de rétention placentaire dont 4,3% de rétention partielle ; 3,6% de rétention placentaire total ; et 0,7% de placenta accreta.

4. Caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge 25 à 49 ans a été la plus représentée avec un taux de 49,1%. L'âge moyen était de 31,5 ans avec des âges extrêmes allant de 13 ans à 46 ans. 27,3% des parturientes avaient un âge entre 20 à 24 ans, 21,8% des parturientes avaient entre 15 à 19 ans et 1,8% des parturientes avaient moins 14 ans, alors que chez Le TOHIC A [19] 2,5% des parturientes avaient moins de 20 ans et 6,8% avaient des âges supérieurs ou égaux à 41 ans.

La majorité de nos parturientes étaient des non scolarisées soit 63,6%, une étude sur la fécondité a montré que les femmes non scolarisées ont plus d'enfant que celles qui sont scolarisées [23].

Au cours de notre étude nous avons recensé 61,8% des femmes mariées, 27,3% de célibataires, 9,1% de divorcées, 1,8% de veuves, dans cette série nous avons eu 2 cas de tentatives infanticides (une veuve, et l'autre divorcée), ces cas étaient des accouchements à domicile et adressés par la police pour tentative d'infanticide.

Dans notre étude le mode d'admission la plus représentée était les évacuées avec 52,7%, 23,7% des patientes étaient venues d'elle-même, 20% des patientes ont été adressées par leurs parents, 3,6% ont été adressées par la police. 52,7% des patientes ont accouché au CSCOM, 25,5% ont accouché à domicile, et 21,8% ont accouché au CSRef CIV. La plupart de nos parturientes venaient de la commune IV soit 80% et 20% hors de la commune IV.

5. Les antécédents obstétricaux :

De nombreux facteurs de risques de rétention placentaire ont été identifiés : atonie utérine, multiparité, grossesse gémellaire, les antécédents d'avortement, de curetage/aspiration, et de césarienne. Les parturientes qui avaient des antécédents d'avortement ont représenté 18,2%, les antécédents de curetage/aspiration 36,4%, et des antécédents de césarienne 3,6% ; par contre Le TOHIC A [19] a trouvé 30,9% des parturientes qui avaient des antécédents de césarienne, ce qui explique que l'accouchement par voie basse est plus sollicité dans les pays développés.

Dans notre série les primipares ont représenté 40%, les paucipares 36,4%, les multipares 14,5%, les grandes multipares 9,1% par contre Arnaud Le TOHIC [19] a trouvé 40,5% pour les primipares, et 59,5% pour les multipares.

Dans notre travail 72,7% des parturientes étaient à terme, 25,5% étaient avant terme et 1,8% post terme par contre SANOGO A J F [27] a eu 12,3 % avant terme et 5,5 % à terme.

6. Le déroulement de l'accouchement :

Les produits utilisés pendant le travail d'accouchement :

L'antispasmodique a été utilisé chez 67,3% des parturientes et l'utérotonique chez 23,63% des parturientes ; chez Arnaud Le TOHIC [19], l'utérotonique a été utilisé chez 54,7% des parturientes pendant le travail d'accouchement.

90,9% des nouveaux nés étaient vivants, 7,3% des morts nés frais, 1,8% des morts nés macérés.

La délivrance active était la plus représentée avec 54,5%, la délivrance non faite 23,6%, la délivrance naturelle 18,2% et la délivrance artificielle 3,7%.

Après la délivrance, il y'avait une atonie utérine chez 96,4% des patientes, et le globe de sécurité était formé chez 3,6% des patientes.

Le lieu de découverte de l'hémorragie le plus représenté était dans la suite de couche avec 54,5% ; après à domicile chez 25% des patientes ; et chez 18,2% des patientes dans la salle d'accouchement.

La rétention des débris placentaires était plus représentée dans notre série avec 56,4%, la rétention totale 23,6%, la rétention partielle 20% et 3,6% de placenta accreta. Chez COULIBALY Samba Souleymane [3] a eu 3,6% de rétention totale, 4,3% de rétention partielle et 0,7% de placenta accreta.

7. Examen complémentaire : Le taux d'hémoglobine était l'examen paraclinique le plus demandé en urgence avec 80% des cas, groupage- Rhésus 45,45%.

8. Thérapeutique utilisée dans la prise en charge de la rétention placentaire :

Nous avons utilisé essentiellement

- La délivrance artificielle chez 23,6% des patientes
- La révision utérine et un massage utérin chez toutes les parturientes,
- Suivie d'une perfusion continue d'uterotonique chez 96,4% des parturientes
- Une antibiothérapie chez 87,3% des parturientes
- L'antianémique chez 71% des parturientes
- Nous avons transfusées 16,4% des parturientes ; alors que chez Le TOHIC A [19] 73,8% des parturientes ont été transfusées.

Au cours de notre étude, il n'y a pas eu de décès maternel on a pu sauver toutes les patientes qu'on a reçues.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

Ce travail a été réalisé au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako. Nous avons eu 55 cas de rétention placentaire (0,97%) sur 5642 accouchements enregistrés, sur un période de 18 mois soit : 56,4% de débris placentaire, 23,6% de rétention complète du placenta, 20% de rétention partielle du placenta.

Les facteurs de risques retrouvés : Il s'agit essentiellement :

- L'atonie utérine 96,4%
- L'antécédent de curetage/aspiration 36,4%
- Les accouchements à domicile 25%
- La multiparité 23,6%
- L'antécédent de curetage 18,2%
- La grossesse gémellaire 5,5%
- L'antécédent de césarienne 3,6%
- L'antécédent de mort in utero 3,6%

Les retentions placentaires sont réelles au CSRef CIV (0,97%). Elle constitue une urgence obstétricale dont l'issue pourrait être fatale en l'absence d'une prise en charge précoce et appropriée.

Cette anomalie pourrait être évitée en améliorant la qualité des soins, afin de contribuer dans la lutte contre la mortalité maternelle.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous avons proposé des recommandations qui s'adressent :

Aux autorités :

- Promouvoir des soins de qualité,
- Equiper des blocs opératoires en matériel adéquat et promouvoir les unités de réanimation qui devront être bien équipées,
- Mettre en place des unités de banque de sang au CSRef CIV en vue d'assurer l'approvisionnement correct en produit sanguin.
- Mettre au point une politique durable de recrutement des « donneurs de sang »,
- Equiper les laboratoires en réactifs pour la prise en charge complète des hémorragies.
- Redynamiser le système de référence évacuation.

Aux personnels socio sanitaires :

- Promouvoir les CPN recentrées.
- Utiliser systématiquement le parthogramme.
- Suivre les mesures et gestes adéquats pendant la période de la délivrance.
- Assurer la surveillance des accouchées selon les mesures de l'OMS "pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement". Prise régulière des constantes de la patiente.
- Assurer les mesures de prévention des infections en cas de révision utérine.

- Examiner systématiquement le placenta après tout accouchement.
- Assurer systématiquement les mesures de la GATPA pour prévenir les hémorragies de la délivrance.
- Revoir les techniques de la GATPA au niveau des CSCOM.
- Promouvoir l'accouchement atraumatique.
- Etre vigilant dans la salle d'accouchement pour pouvoir diagnostiquer à temps les cas d'hémorragie du post partum précoces et les traiter immédiatement,
- Evacuer à temps les cas d'hémorragie vers les centres spécialisés,
- L'agent ayant en charge l'accouchement doit mettre en place un cathéter de gros calibre 18 devant tout accouchement.
- Organiser une prise en charge adéquate et rapide des hémorragies de la délivrance (protocole : disponibilité des Produits sanguins avec une collaboration multidisciplinaire anesthésiste –réanimateur).

Aux internes et externes du service :

- Remplir correctement les dossiers médicaux et compte rendu opératoires en vue de leur utilisation pour les travaux de recherche scientifique.
- Etablir des liaisons fonctionnelles plus dynamiques avec les collaborateurs anesthésistes et réanimateurs.

Aux gestantes :

- De fréquenter les services de CPN.
- Eviter les accouchements à domicile,

- Suivre les conseils de planification familiale en vue d'éviter les grossesses à risque.
- Eviter les recours tardifs au centre de santé spécialisé devant les complications des hémorragies du post- partum.

REFERENCES

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- Anonyme.

Rapport de la cellule et de recherche pour la population et le développement (CRPOD) 1997

2- Begin JP.

Hémorragies vaginales du post partum.

Thèse médecine Nancy 1976, 285

3- COULIBALY S S.

Hémorragie du post partum immédiat au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako 2007-M-68.

4- DARGENT D.

Hémorragie grave de la délivrance gynécologie obstétrique

198-58-426-424.

5- DIALLO A.

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'HGT.

Thèse de médecine 89, N°11.

6- DIALLO B.

Hémorragie de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'HGT.

Thèse de médecine 2000-M-125.

7- Diarra S.

Hématome retro-placentaire dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef CV du District de Bamako.

Thèse de médecine, Bamako 07-M-261.

8- DIAWARA C. O.

Hémorragie du post partum immédiat au centre de santé de référence de Koutiala.

Thèse de médecine 2008-M-396.

9-Direction nationale de santé enquête de santé Mali

----- 77

Evaluation nationale de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Mali
2003.

10- DOSHK O K.

Obstetric problem so fnem born infants with a birth weight over 450 gr.

11-Emmanuel K M : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Thèse Doctorat en obstétrique 2^e édition maloine S.A. édit. Paris ; 1998.

12-Harrison K.A; Ressitrer C E: Maternal, mortality; In. Harrison K.A Ed;
cheld bearing healter and social pricrities. Assurvery of 22.774 consecutive
hospital, birth in Zaria northen Nigeria Br.J.obst et gynecal. 1985; 12:100-115.

13- Hohlfeld P, Marty F.

Livre de l'interne obstétrique 3^e édition.

14- KEITA A.

Accouchement à domicile pronostic maternofoetal au centre de santé de
référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de médecine FMPOS 2006 N°214

15- Keita S.

Etude des hémorragies du post partum dans le service de gynécologie
obstétrique de l'H PG.

Thèse de med 2003 N° : 47.

16- Koné Y.

Gestion active de la 3^{ème} période de l'accouchement ou délivrance active au
CHU GT.

Thèse de médecine FMPOS Université de BAMAKO 2006-M-282-87 pages.

17- Kunz I.

----- 78

Avortement légal, complications rares.

Thèse de med, Uni Bale 1994

18- Lansac J, MERGET.

Gynécologie pour le praticien 5è édition Masson, 1997.

19- Le TOHIC A.

Fertilité après embolisation des artères utérines pour
Hémorragie.

Thèse de med 2005

20- MERGET R, LEVY J, MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique sixième édition entièrement refondu par Jean MELCHIOR,
Nelly BERNARD. Paris, Milan, Barcelone 1995.

21- Net work: Des meilleurs soins dans le post partum sauvent des vies. Net
work 1997, Vol 17 N° :4,1-17.

22- O.M.S.

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide
destiné à la sage femme et au médecin.

Département Santé et recherche génésiques, OMS 2002.

23- O.M.S.

Santé de la reproduction. Maternité sans risque N° :2, Octobre 2004.

24- Ongoïba I H.

Hémorragie du post partum immédiat au CSRef commune V du District de
Bamako.

Thèse de médecine FMPOS université de Bamako 2006-M-224-77 pages.

25- Ouologuem A D.

Accouchement non assisté dans le centre de santé de référence de la commune I
06-M-353.

26- PATH preventing post partum hemorrhage, Toolk for provides condensed version Washington DC: PATH 2004.

Zentralbl Gynakol, 1989 1111176-84.

27- Sanogo A. J. F.

Hémorragie du post partum immédiat à la maternité de Yaoundé.

Thèse de médecine FMPOS Université de BAMAKO 2008-M-230.

28- Tourris H ; Henrion R ; Delecour M.

Abrége illustré de gynécologie obstétrique 6^{ème} édition Masson, paris, 1995.

29- Traoré A F.

Etudes des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'H PG.

Thèse de médecine, Bamako 1988 N^o20.

ANNEXES

X- ANNEXES :

FICHE D' ENQUETE

N° Dossier / _____ /

Identification :

Nom et prénom / _____ /

Age / _____ /

Résidence / _____ /

1= urbaine 2= rurale

Ethnie / _____ /

1= bambara 2= malinké 3= peulh 4= Sarakolé 5= autre

Si autre précise / _____ /

Scolarisation / _____ /

1= non scolarisé 2= primaire 3= secondaire 4= supérieur

Profession / _____ /

1= femme au foyer 2= aide ménagère 3= vendeuse/commerçante
4=élève /étudiante 5= fonctionnaire

Statut matrimonial / _____ /

1= célibataire 2= marié 3=divorce 4= veuve

Mode d'admission/ _____ /

1=accouchée au centre 2= évacué 3= référée

Lieu de provenance / _____ /

1= dans la commune 2= hors de la commune

Antécédents :

Antécédents médicaux / _____ /

1= HTA 2= drépanocytose 2= diabète 4= asthme 5= autre

Si autre précisé / _____ /

Antécédents chirurgicaux/ _____ /

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

Antécédents gynécologiques/ _____ /

Menarche en année/ _____ /

Durée des règles/ _____ / en jours

Caractère du cycle

1= régulier 2= irrégulier

Contraception/ _____ /

1= OUI 2= NON

Antécédents obstétricaux

Gestité/_____/

Parité /_____/

Enfant vivant/_____/

Enfant décède /_____/

Avortement /_____/ 1=OUI 2= NON

Si OUI précisé /_____/ 1= provoqué 2= spontané

Curetage /_____/ 1= OUI 2= NON

Si OUI /_____/ 1=digital 2= instrumental

Accouchement prématuré /_____/ 1= OUI 2= NON

Accouchement multiple /_____/ 1= OUI 2= NON

Caractéristique de la grossesse actuelle :

Nombre de fœtus /_____/

CPN /_____/

Le Terme de la grossesse /_____/

1= avant terme 2= terme 3= post terme

Hydramios /_____/ 1= OUI 2= NON

HU /_____/ en cm

BDCF 1 /_____/ 1= OUI 2= NON

BDCF2 /_____/ 1= OUI 2= NON

BDCF3/_____/ 1= OUI 2= NON

Durée du travail en heure /_____/

Accouchement :

Accouchement normal/_____/ 1= OUI 2= NON

Episiotomie /_____/ 1= OUI 2=NON

Forceps /_____/ 1= OUI 2= NON

Craniotomie /_____/ 1= OUI 2= NON

Expression au cours de l'accouchement /_____/ 1= OUI 2= NON

Antispasmodique /_____/ 1= OUI 2= NON

Utero tonique /_____/ 1=OUI 2=NON

Enfant issu de l'accouchement :

Vivant1 /_____/ 1= OUI 2=NON

Sexe1 /_____/ 1= masculin 2= féminin

Poids1 /_____/g

Taille1 /_____/ cm

Périmètre crânien /_____/ cm

Périmètre thoracique /_____/ cm

Apgar : 1' / ____ / 5' / ____ /
Vivant2 / ____ / 1= OUI 2= NON
Sexe2 / ____ / 1= masculin 2= féminin
Poids2 / ____ / g
Périmètre crânien / ____ / cm
Périmètre thoracique / ____ / cm
Apgar : 1' / ____ / 5' / ____ /
Vivant3 / ____ / 1= OUI 2= NON
Sexe3 / ____ / 1= masculin 2= féminin
Poids / ____ / g
Taille3 / ____ / cm
Périmètre crânien / ____ / cm
Périmètre thoracique / ____ / cm
Apgar3 : 1' / ____ / 5' / ____ /

Délivrance :

GATPA / ____ / 1= OUI 2=NON
Normal / ____ / 1= OUI 2=NON
Artificielle / ____ / 1= OUI 2= NON
Délivrance hémorragique / ____ / 1= OUI 2= NON
Révision utérine / ____ / 1= OUI 2= NON
Utérus après la délivrance / ____ / 1=inerte 2= globe de sécurité
Col après la délivrance / ____ / 1= sain 2= déchirure
Vagin après la délivrance / ____ / 1= sain 2= déchirure

Etat de la femme à l'entrée :

Etat général/ ____ / 1= bon 2= passable 3= altère
Tension artérielle / ____ /
Température / ____ /
Pouls / ____ /

Rétention placentaire :

RP / ____ / 1= placenta entier 2= placenta partiel
3= débris placentaire
Examen complémentaire
Groupe/ ____ / 1=A 2= B 3= AB 4=O
Rhésus / ____ / 1= positif 2= négatif
Taux d'hémoglobine / ____ / g/dl
Taux d'hématocrite / ____ / %

Traitement :

Délivrance artificielle / ____ / 1= OUI 2= NON
Révision utérine / ____ / 1= OUI 2= NON
Si OUI / ____ / 1= digitale 2= instrumentale
Massage utérine / ____ / 1=OUI 2= NON
Traitement médical / ____ / 1= OUI 2= NON
Si oui les produits
Perfusion d'utero tonique / ____ / 1= OUI 2= NON
Antibiotique / ____ / 1= OUI 2= NON
Anti anémique / ____ / 1=OUI 2= NON
Traitement chirurgical / ____ / 1= OUI 2= NON
Si OUI le type de chirurgie / _____ /
Transfusion / ____ / 1= OUI 2= NON
Si oui nombre de poche / _____ /

Pronostic maternel :

Mort maternelle / ____ / 1= OUI 2= NON
Si oui la cause de la mort / ____ / 1= hypovolemie 2= trouble de
coagulation 3= à l'arrivée
Transfert dans un autre service / ____ / 1= OUI 2= NON
Si oui quel service

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

----- 85

Prénom : Djènèba

Titre de la thèse : Etude de la rétention placentaire après l'accouchement au centre de santé de référence de la commune IV

Année : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gyneco-obstetrique

Résumé de la thèse :

L'hémorragie de la délivrance est une hémorragie du site d'insertion placentaire, excluant les autres étiologies d'hémorragie dans la période du post partum.

Notre étude avait pour but d'étudier une des causes de l'hémorragie de la délivrance qui est la rétention placentaire.

Au terme de notre étude descriptive, 55 cas de rétention placentaire ont été enregistrés sur une période de 18 mois (1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009), dont 56,4% de rétention de débris placentaire, 23,6% de rétention totale, 20% de rétention partielle.

Au cours de notre étude les parturientes avaient un âge moyen de 31,5% ans, elles étaient la plupart des ménagères, la majorité étaient non scolarisées, effectuant peu ou pas de CPN. Les évacuées au CSRef CIV étaient la plus représentées après les accouchées à domicile, et les accouchées au CSRef CIV.

L'atonie utérine, la grossesse gémellaire, la prématurité, les antécédents de délivrance artificielle, de césarienne, d'avortement, le curetage/l'aspiration, et la multiparité sont les principales causes de la rétention placentaire retrouvées dans notre étude.

L'anémie et l'endométrite du post partum étaient les principales complications maternelles, pas de décès maternel.

Mot clés : Rétention placentaire, prise en charge, pronostic maternel

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.

Admise 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 social 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.