

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
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 2019-2020

N°.....

**THESE**

**Aspects épidémiolo-cliniques, thérapeutiques et  
pronostic de l'hémorragie du post-partum  
immédiat au centre de santé de référence de  
kalaban-coro**

Présentée et soutenue publiquement le 27/10/2020 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. JOSEPH TARE DIARRA**

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

**(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président : Pr Broulaye SAMAKE**

**Membres: Dr Amadou TRAORE**

**Dr Seydou FANE**

**Co-directeur : Dr Mamadou S TRAORE**

**Directeur : Pr Youssouf TRAORE**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces**

Au Père le tout puissant et miséricordieux pour m'avoir guidé les pas et donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A Jésus christ son fils unique notre seigneur à qui nous avons porté notre confiance.

A la sainte vierge Marie mère de Dieu à qui nous avons confié nos études.

### **A mon pays le Mali**

Mon beau pays

Tu m'as tout donné, tu m'as appris gratuitement

Je reste digne et fier d'être ton fils

A ton appel, j'y serai où le besoin sera

Je dédie ce travail

A ma mère feu Kalifa Carine Déna, maman adorable, soucieuse de ses enfants, tu m'as soutenu dans tous les moments qu'ils soient difficiles ou agréables et cela jusqu'à ton dernier souffle, ce travail est le fruit de ton effort.

Tu as été une bonne mère, je prie le tout puissant qu'il t'accorde la vie éternelle.

A mon père Farabé Nicodème Diarra. Ce travail est le fruit de tes conseils et de tes multiples encouragements, que le tout puissant t'accorde une longue vie.

Mon tonton Kéka Gilbert Diarra, tu m'as guidé dans le choix des branches d'étude, tu m'as soutenu par tes conseils et financièrement. Sans vous, ce travail serait difficilement réalisable.

Mon tuteur Kiamon Sylvain Diarra et son épouse Samouhan Catherine Déna, qui durant tout mon séjour, m'ont traité au

même pied d'égalité sans distinction que leurs enfants, cela témoigne leur foi en Jésus Christ.

A tous mes oncles et mes tantes, je m'abstiens de nommer de peur d'en oublier un. C'est grâce à vos encouragements et vos bénédictions que j'ai pu réaliser ce travail, cela signifie qu'il est le vôtre. Soyez rassurés de mes reconnaissances les plus agréables.

A mes frères, Mandoubé Bruno, Pakuy Edmond, Dibi Benjamin, Bomba Flubert et à ma sœur Sohan Albertine ; merci pour le soutiens moral et financier. Vous avez été présents à mes côtés quelqu'en soit le moment, rassurez-vous de mes reconnaissances les plus distinguées. Que le tout puissant nous accorde sa bénédiction pour la pérennité de l'entente, de l'amour, de l'entraide et la solidarité dans la famille, qu'il vous accorde une longue vie.

A toute ma famille à Sokoura, San, Bamako, Sévaré, je vous dis merci.

A mon épouse Hanou Suzanne Déna et à mon fille Kalifa Carine Diarra merci pour la joie que vous m'apportez tous les jours.

A feu Kibaru Kasimir et son épouse Rouènè Déna, vous avez été tout pour moi au cours de mon cycle secondaire, vous l'êtes encore et vous le serez toujours. Je n'ai jamais manqué de rien au cours de mes séjours. Ce travail est le vôtre, je vous serai sempiternellement reconnaissant.

A Dr Ganaba Souleymane, Dr Daou Bakary, Dembébé Mamy, Dr Coulibaly Karim, Dr Fatoumata Maiga, Dr Sissoko Founéké, Dr Traoré Mariam, Dr Dossé Coulibaly, vous nous avez guidé les pas par vos multiples soutiens, les bonnes manières et vos conseils. Soyez rassurés que je vous serai éternellement reconnaissant.

A mes amis Sibiri Macourou Déna, Bankouma Koné, Yémi Bayalagos, Constant Déna, Nazin Douba Joseph Traoré, Dr Patouma Koné, Lucien Diarra, Maxim Keita, Dieudonné Dakouo, Ibrahim Donogo, ce travail est le vôtre, vous ne m'avez jamais manqué d'aide dans les moments les plus pénibles ainsi que dans les moments de joie, je vous remercie.

A mes jeunes frères de la faculté, Koni Baya, Mamadou Samassekou, Jodak, Moisos, Samouhan Augustine, Wanbé Diarra, merci pour vos soutiens.

A la rencontre récréative dit les frères unis, merci à tous pour le soutien moral et financier, soyez rassurés de mes reconnaissances les plus distinctes.

Aux internes, externes et amis

C'est dans les situations pénibles qu'on reconnaît les vrais amis et cela a été le cas, je ne finirai jamais de vous remercier.

Dr Guindo Issa médecin chef du centre de santé de référence (CSRéf) de kalabancoro 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, 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 Kalabancoro, je vous dis merci.

A tout le personnel du CSRéf de Kalabancoro, les moments de collaboration, de partage, resteront gravés dans mon cœur et merci pour votre attention.

Je remercie également tous ceux dont les noms n'ont pas été cités, l'oubli du nom n'est celui de mon cœur.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre maître et président du jury**

### **Pr Broulaye Samaké**

- **Maître de conférences agrégé d'anesthésie réanimation.**
- **Chef de service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE.**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation.**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgences du Mali (SARMU Mali).**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone (SARANF).**
- **Membre de la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).**

Cher Maître,

En acceptant de présider ce jury, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Nous sommes très heureux de compter parmi vos élèves.

Votre modestie et votre rigueur scientifique font de vous une personne remarquable. Vous avez cultivé en nous le sens du travail bien fait.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre grand respect.

## **A notre Maître et Membre du jury**

### **Docteur Amadou Traoré**

- **-Médecin colonel à la Direction Centrale des services de Santé des armées (DCSSA)**
- **Maître -assistant à FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société de Chirurgie du (SOCHIMA)**

Cher Maître

Nous sommes plus que réjoui de vous avoir comme membre dans notre jury.

La spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté et apporté vos observations à ce travail nous a touchée.

Recevez cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Membre du jury**

### **Docteur Seydou Fané**

- **Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré**
- **Ancien chef de service de gynéco-obstétrique de Kadiolo**
- **Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- **Diplômé du Master II en santé publique**

Cher Maître

Vous avez accepté avec spontanéité et gentillesse de juger ce travail.

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait force l'admiration. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse :**

**Docteur Mamadou S Traoré**

- **Gynécologue obstétricien au CHU point G**
- **Praticien hospitalier au CHU de point G**
- **Chargé de recherche**
- **Chargé des cours à INFSS**
- **Secrétaire général de société Malienne de gynécologie et d'obstétrique.**

**Cher Maître**

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Vous nous avez suivis et guidés pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre compétence, votre dévouement sans limite sont des qualités auxquelles nous nous efforçons d'approcher. Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie de vous connaître et d'être votre éternel disciple. Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant tout notre séjour.

Que le tout puissant vous donne une longue vie. Amen !

**A notre Maître et Directeur de Thèse :**

**Professeur Youssouf Traoré**

- **Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine et Odoto-Stomatologie (FMOS)**
- **Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU GT)**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.G.O.)**
- **Responsable de la prévention de la transmission Mère Enfant (PTME)**
- **Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II**
- **Secrétaire adjoint à l'organisation de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Enseignant chercheur**
- **Trésorier de la Fédération Africaine de Gynécologie**

**Cher Maître,**

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques.

Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ASACO** : Association de santé communautaire

**ATB** : Antibiothérapie

**BDCF** : Bruit du Cœur Fœtal

**CG** : Concentré Globulaire

**CSRéf** : Centre de Santé de Référence

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CIVD** : Coagulation Intra Veineuse Disséminée

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNGOF** : Comité Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français

**CPN** : Consultation Pré Natale

**CPON** : Consultation Post Natale

**Cm** : Centimètre

**CP** : comprimé

**DDR** : Date des Dernières Règles

**DIU** : Dispositif intra-utérin

**DL** : Décilitre

**EDSM** : Enquête démographique et de la santé du Mali

**FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**FMOS** : faculté de médecine et odonto-stomatologie

**GATPA** : Gestion active de la troisième période de l'accouchement

**GEU** : Grossesse extra – utérine

**G** : gramme

**h** : heure

**HBPM** : Héparine de Bas Poids Moléculaire

**HTA** : Hypertension Artérielle

**HU** : Hauteur Utérine

- HPPI** : hémorragie du post-partum immédiat  
**HPPT** : hémorragie du post-partum tardive  
**HRP** : hématome retro-placentaire  
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles.  
**KCORO** : Kalaban Coro  
**MG** : Milligramme  
**ML**= Millilitre  
**MUE** : Massage Utérin Externe  
**n** : taille minimale de l'échantillon  
**NB** : note bien  
**NFS** : numération formule sanguine  
**OAP** : Œdème Aigu du Poumon  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.  
**P** : prévalence  
**PCATST** : prise en charge du troisième stade  
**PF** : Planification Familiale  
**PFC** : Plasma Frais Congelé  
**PGE** : prostaglandine E  
**PGF2** : prostaglandine F2  
**PNP** : politique et normes de la santé de reproduction  
**PTME** : Prévention de la transmission mère-enfant  
**RPM** : Rupture Prématuration des Membranes  
**SA** : Semaine d'Aménorrhée  
**TA** : Tension Artérielle  
**TCA** : Temps de Céphaline Activée  
< : Inférieure  
> : Supérieure

Table des matières

INTRODUCTION .....	1
I- OBJECTIFS.....	4
1-Objectif général .....	4
2- Objectifs spécifiques.....	4
II- GENERALITES .....	6
1- Définition.....	6
2- Rappel physiologique de l'accouchement.....	6
3- Diagnostic .....	9
4-Etiologies des hémorragies du post-partum,.....	10
5-Conduite à tenir devant une hémorragie du post-partum .....	19
III. METHODOLOGIE.....	34
1. Cadre d'étude .....	34
2-Type et période étude .....	36
3- Population d'étude.....	36
4-Echantillonnage .....	36
6- Saisie et Analyse des données .....	39
IV RESULTATS :.....	41
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	56
VI-CONCLUSION .....	64
VII-RECOMMANDATIONS : .....	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	68
ANNEXES.....	73
FICHE D'ENQUETE .....	73
FICHE SIGNALETIQUE.....	79
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	81

# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION**

La mortalité maternelle reste très élevée dans le monde, environ 127 000 décès par an et l'hémorragie en est la principale cause [15]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'annuellement sur notre planète, 20 millions de femmes présentent une hémorragie liée à la grossesse et 585 000 meurent du fait de leur grossesse, dont 25 % par hémorragie [2].

En France, une unité de recherche a récemment évalué le taux de mortalité maternelle à 1,4 cas pour 100000 naissances vivantes de 2007 à 2009 et 2,4 en 2004-2006 [15]. Les causes obstétricales directes en représentaient les trois quarts, et parmi celles-ci, l'hémorragie du post-partum était à l'origine de plus de la moitié des décès maternels. La fréquence des hémorragies du post-partum s'élevait à 1,71% entre janvier 2004 et mai 2010 à la maternité de Thionville(Nancy) [4].

En Afrique, les études ont montré que la première cause de décès maternels est liée à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) avec une fréquence de 24% ; [2].

Au Maroc, l'hémorragie du postpartum est la première cause de mortalité maternelle. Elle est responsable de 227 décès pour 100000 naissances, soit 30 % de la mortalité maternelle [5].

Au Mali la situation sanitaire est caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité élevés, **Diallo** A. [6] en 1989 a eu une fréquence de 2,17% d'hémorragie du post-partum, avec un taux de décès de 19,70% au CHU Gabriel Touré ; **Maïga** SI [9] en 2009 a eu une fréquence de 4,23% avec un taux de 6% de décès au centre de sante de référence de la commune I ; **Guindo** I. [39] en

2012 a rapporté une fréquence de 2,63% avec un taux de décès de 2,13% au centre de santé de référence de Kati.

Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité maternel demeure encore élevé, 368 pour 100000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de la santé du Mali (EDSM-V) en 2014 [32].

L'urgence hémorragique obstétricale constitue une situation spécifique, dont le traitement dépend de plusieurs paramètres, en particulier de l'étiologie et du niveau de gravité du syndrome hémorragique. Une prise en charge multidisciplinaire est le plus souvent requise, impliquant fonction d'interne, la sage-femme, l'obstétricien, l'anesthésiste réanimateur [12]. Un des points clés de la prise en charge de ces syndromes hémorragiques réside dans la rapidité de sa mise en œuvre. Dans la majorité des cas, l'HPPI est décrite chez des patientes ne présentant aucun facteur de risque identifié [12], comme par exemple les antécédents personnels d'HPPI, la survenue d'une pré-éclampsie, d'une chorio-amnionite au cours de la grossesse. Malgré les progrès réalisés pour sa prise en charge, l'hémorragie du post-partum immédiat demeure la première cause de mortalité maternelle dans notre pays. L'absence d'étude sur les hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Kalabancoro nous a motivé à initier ce présent travail.

# **OBJECTIFS**

## **I- OBJECTIFS**

### **1-Objectif général**

Etudier les aspects épidémiolo-cliniques et thérapeutiques de l'hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Kalaban-coro.

### **2- Objectifs spécifiques**

2.1-Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Kalaban-coro.

2.2-Préciser les caractéristiques sociodémographiques des parturientes atteintes des hémorragies du post-partum immédiat.

2.3-Identifier les causes des hémorragies du post-partum immédiat.

2.4-Décrire les modalités thérapeutiques des hémorragies du post-partum immédiat.

2.5-Rapporter le pronostic maternel.

# **GENERALITES**

## **II- GENERALITES**

### **1- Définition**

L'hémorragie du post-partum immédiat est classiquement définie par un saignement supérieur à 500 millilitre (ml) en cas d'accouchement par voie basse ou 1000 ml en cas de césarienne et ayant un retentissement sur l'état général de la mère dans les 24 heures suivant l'accouchement. Coumbs a suggéré comme définition clinique « toute hémorragie mal tolérée par la mère ou nécessitant une transfusion sanguine » [16].

### **2- Rappel physiologique de l'accouchement**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois c'est-à-dire 28 semaines d'aménorrhées dans le contexte africain; entre 28 et 37 semaines d'aménorrhées (SA) l'accouchement est prématuré, entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées il est dit à terme, après 42 semaines d'aménorrhées il est dit post terme,

- si l'accouchement se fait sans difficulté il est dit eutocique ;
- si l'accouchement se fait avec difficulté il est dit dystocique ;
- s'il se fait sans apport thérapeutique il est dit spontané ;
- s'il y a un apport thérapeutique de déclenchement il est dit provoqué.

L'accouchement lui-même comporte ainsi deux (2) phénomènes [38] :

**2-1 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 repos de la membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hypo polarisant. Les contractions utérines ont pour effet le déclenchement du travail.

### **Le travail d'accouchement comprend trois (3) périodes**

- Première période : « effacement et dilatation du col » commencent au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10 centimètres (cm), elle dure 6 à 12 heures chez la primipare, 2 à 8 heures chez la multipare.
- Deuxième période : « expulsion du fœtus » commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure 30 minutes chez la multipare
- Troisième période : « délivrance » elle va de la naissance du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 45 minutes.

**2-2 Phénomènes mécaniques de l'accouchement** : le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent.

- L'engagement : comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail. L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.
- La descente /rotation : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation poursuit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéropostérieur de la fente centrale urogénitale.

- Le dégagement : expulsion du fœtus

**2-3 Physiologie de la délivrance, 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.

**2-3-1- Phase de décollement** : le décollement est sous la dépendance

- De la rétraction utérine qui le prépare ;
- Et de la contraction utérine qui le provoque.
- Rétraction utérine : Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission [33] ou phase de repos physiologique. L'accouchée se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle se normalise, l'utérus est rétracté, dur, reculé de 2 à 3 cm au-dessus de l'ombilic. Cette phase dure 10 à 15 minutes environ, ses parois s'épaississent tout en respectant la zone d'insertion placentaire qui est mince permettant l'enchatonnement.

**2-3-2- Migration et l'expulsion placentaire** : 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 part où sort le cordon, s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang. Cette phase dure en moyenne 15 minutes.

**2-3-3- Phase d'hémostase** : la rétraction utérine, qui intéresse la zone placentaire, les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un

écrasement des vaisseaux utéroplacentaires appelés « ligature vivante de Pinard » mais la rétraction utérine n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ; la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal et normalement inséré sur la muqueuse utérine » si non les complications de la délivrance risquent de se produire. [15]

### **3- Diagnostic**

En dehors de toute pathologie, toute femme ayant accouché doit être surveillée minimum durant les 2 heures (H) qui suivent l'accouchement. Cette surveillance prend en compte le pouls, la tension artérielle (TA), l'évaluation de la pâleur cutané, l'évaluation du globe de sécurité, et la quantification du saignement. La quantification de la perte sanguine doit se faire par un sac de recueil mis en place immédiatement après l'expulsion. Cette méthode permet une quantification objective des pertes sanguines et de ce fait une meilleure prévention des effets d'une telle perte. Une estimation visuelle sans sac de recueil est trop approximative, et il a été démontré que ce mode d'évaluation conduit à près de 45% d'erreurs, dans le sens de la sous-estimation. (15) L'HPP est définie par une perte sanguine supérieure à 500 ml. Le caractère grave de cette perte est lui définit par un volume supérieur à 1000 ml, une altération de la fonction hémodynamique de la patiente ou bien la nécessité d'une transfusion de culot globulaire. Dans notre formation, les sacs de recueil ne sont pas disponibles. La quantification de la perte

sanguine était visuelle et subjectivement divisée en saignement minime, saignement modéré et saignement important.

#### **4-Etiologies des hémorragies du post-partum,**

On distingue :

\* Les causes utérines sont constituées par :

- anomalie de la contraction utérine (atonie utérine
- anomalie de rétraction (rétentions placentaires)
- anomalie de la placentation (placenta accreta, percreta et increta)
- rupture utérine
- inversion utérine.

\* Les causes non utérines sont constituées par :

- dilacération des parties molles (col, vagin, périnée)
- hématomes pelviens et périnéaux
- coagulopathies.

**4-1 L'atonie utérine** : elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse, représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance, Les facteurs de risque sont les suivants [4] :

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum,
- la sur distension utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- la grande multiparité,
- l'utérus polomyomateux,
- la chorio-amnionite,
- un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne épuisement de l'utérus,

- le globe vésical,
- une anomalie placentaire : insertion au niveau du segment inférieur,
- une anomalie utérine : malformation,
- certaines interférences médicamenteuses ; les anesthésiques volatiles, halogènes (halothane) [12] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

Proportionnellement à cette concentration, l'atonie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue :

- les tocolytiques : les bêtamimétiques (terbutaline : Bricanyl® ; salbutamol : Ventoline®) ;
- l'anesthésie péridurale ;
- arrêt brutal des ocytociques en fin de travail.

**4-2 Rétentions placentaires** : elles sont consécutives aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais elles peuvent être dues aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :

- décollement incomplet du placenta [15] : qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimenté par la zone accolée ;
- Rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance de saignement extériorisé malgré une apparente rétraction utérine ;
- Les anomalies placentaires.

Anomalies topographiques qui sont : insertion segmentaire du placenta ; insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchâtonnement pathologique du placenta et l'empêche d'être expulsé ;

Les anomalies de conformation du placenta dues

- A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.

- Aux masses aberrantes (placenta accréta) qui peuvent engendrer une rétention partielle du placenta.

Les anomalies de la placentation il s'agit : des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Selon le degré de fusion utero placentaire, on distingue artificiellement :

-placenta acréta vrai, caractérisé par une simple soudure à la paroi musculaire utérine.

-placenta incréta défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculature.

-Placenta percréta dans lequel cette pénétration est si profonde qu'elle peut aller jusqu'à la séreuse et même l'effondrer. Dans tous les cas, il n'existe aucun plan de clivage et les villosités plongent directement dans les vaisseaux du myomètre.

Les causes de ces anomalies sont multiples, il peut s'agir :

Soit de l'insertion basse du placenta (absence de couche spongieuse) qui est à l'origine du placenta praevia, d'une muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique) ; d'endométriose utérine (adénomyose), de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéro plastie, hypoplasie de la muqueuse utérine).

**4-3 Inversion utérine** : accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100 000 en France).

**Classification d'inversion utérine : on décrit 4 degrés**

Premier degré : le fond utérin est simplement déprimé en cupule,  
Deuxième degré : l'utérus retourné, franchit le col ;  
Troisième degré : l'utérus descend dans le vagin et s'extériorise ;  
Quatrième degré : les parois vaginales participent au retournement.

**4-4- Dilacération des parties molles (lésions génitales) :** les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent provoquer des saignements très importants, normalement ce type d'hémorragie est évident après l'accouchement, mais parfois elle peut être « cachée » ou retardée.

**4-4-1-Les déchirures cervicales :** existent trois (3) variétés

**4-4-1-1 Déchirures sous vaginales :** n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère, et siègent dans les culs de sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [15].

**4-4-1-2 Déchirures sus vaginales :** la déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine ; et menace la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés. Le risque immédiat est le choc hypovolémique avec hématome sous péritonéal et les coagulations intra vasculaires disséminées (CIVD). A distance il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale et rectale. Elles sont dues :

- Aux efforts expulsifs avant dilatation complète,
- Les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- Aux pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),
- Les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine,
- Thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, conisation)

#### **4-4-2 Les lésions vaginales Il existe trois (3) grandes formes :**

**4-4-2-1 Déchirures de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) :** associées parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [5].

**4-4-2-2 Déchirures moyennes du vagin :** Plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fond du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.

**4-4-2-3 Déchirures de la partie profonde du dôme vaginal (hautes) :** isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs-de-sac vaginaux souvent associés à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la complication principale est l'hématome sous périnéal avec CIVD et choc hypovolémique. Une fistule vésico-vaginale peut survenir ; les Mécanismes et circonstances de survenue :

- La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale vaginale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).

- Le mobile fœtal : peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ces dimensions, et par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en OS, tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).

- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux : accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manœuvres obstétricales (version des manœuvres internes, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, ventouse).

**4-4-3- Déchirure vulvaire** : elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase.

**4-4-4 Déchirures périnéales** : La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence a été estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998. Classification des déchirures périnéales: L'examen du périnée permet de reconnaître les différents degrés de gravité :

**4-4-4-1 Déchirures incomplètes** : ont trois degrés.

- Premier degré est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne)

- Deuxième degré : le bulbo caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressées, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes, Le périnée reste sous tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.

- Troisième degré : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virile musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

**4-4-4-2 Déchirures complètes** : Elle atteint le sphincter de l'anus en partie ou en totalité. Les tissus musculaires du sphincter déchiré se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anale ; tout tissu musculaire ayant disparu.

**4-4-4-3 Déchirures complètes et compliquées** : lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé, mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse, le vagin et le canal anal communiquent largement constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale à la forme d'un V à pointe supérieure.

**4-4-4-4 Déchirures centrales** : cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée, qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. Elle n'est pas verticale mais oblique

Circonstances de survenue des déchirures périnéales : Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes ont cherché à les isoler les uns, des autres :

- Primiparité,
- Les manœuvres obstétricales : le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée ; La ventouse serait moins traumatisante que le forceps ; la manœuvre de jacquerie est elle aussi un facteur de risque classique, la macrosomie fœtale ;
- La qualité de tissus : le risque est élevé dans les circonstances suivantes : distance ano-vulvaire courte, périnée œdémateux (toxémie, inflammation, infection), cicatrice vulvaire rétractile

(excision) ; la peau rousse ; origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie; l'épisiotomie médicale fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de déchirure complète avec un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

#### **4-5 Hématomes pelviens et périnéaux**

**4-5-1 Thrombus vulvo-vaginaux** : Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des « tumeurs » qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couches et il conseille l'application de vinaigre [15].

##### **Il existe trois types**

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

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

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

Facteurs de risque : l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que : la primiparité, Les extractions instrumentales (forceps ou ventouse), La toxémie gravidique, Les grossesses multiples, Les varices vulvo-vaginales, le gros fœtus restent un facteur étiologique.

**4-5-2 Les ruptures de varices vulvo-vaginales :** Plus fréquentes au niveau de la vulve qu'au niveau du vagin, elles surviennent : soit au moment du travail d'accouchement, soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe des varices. Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin : Nous citerons : les angiomes, les communications artérioveineuses, les anévrismes cirsoïdes exceptionnels.

**4-6- Troubles de la coagulation (coagulopathie) :** La survenue d'une hémorragie par coagulopathie de consommation peut compliquer tout accouchement. Le plus souvent s'y associe une pathologie maternelle. Les facteurs de risque sont :

- La mort fœtale in utero (avec rétention prolongée d'œuf mort)
- , - Lé décollement prématuré du placenta normalement inséré,
- La toxémie gravidique,
- L'embolie amniotique
- L'hépatite virale compliquée
- , - La maladie de willebrand,
- Certaines septicémies.

La coagulation intra vasculaire disséminée est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le primummovence semble être l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ceci entraîne une agrégation placentaire et la formation du monomère de fibrines qui polymérisent en fibrines intra vasculaires. La formation des micros thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micros thrombus et de la fibrine intra vasculaire en libérera les produits de dégradation de la fibrine en fibrinogène dans la

circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome retro-placentaire, de rupture utérine, de l'embolie amniotique, de l'infection utérine, dans le pré éclampsie, môle hydatiforme, saignement foeto-marternel et le choc hémorragique. Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulations et plaquettes circulant. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte de sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire [14].

### **5-Conduite à tenir devant une hémorragie du post-partum**

L'organisation est la priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale ; elle est composée d'un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage-femme, infirmier).

#### **5.1- Prise en charge obstétricale initiale [16].**

##### **5.1.1- Première étape : gestes techniques.**

La prise en charge obstétricale initiale doit être l'obtention de la vacuité utérine. Elle peut nécessiter une délivrance artificielle ou une révision utérine qui permet dans le même temps d'éliminer une rupture utérine ou une inversion utérine encore non diagnostiquée et une révision de la filière génitale sous valves à la recherche d'une déchirure du col ou du vagin. Après vérification de la vacuité utérine et suture des plaies éventuelles, le traitement médical sera mis en œuvre.

##### **5-1-1-1 Délivrance artificielle**

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

conditions d'asepsie rigoureuse ; l'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et de gants stériles. La région vulvaire et péri-génitale ainsi que le vagin sont badigeonnés avec une solution antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

Technique La main <<opératrice>> est prudemment introduite dans la cavité utérine en position de <<main d'accoucheur>> après avoir été recouverte d'un antiseptique pour les muqueuses. L'opérateur est guidé par le cordon et place sa main au niveau du fond utérin. La main controlatérale ou abdominale est capitale car elle maintient le fond utérin et permet de corriger l'antéflexion utérine. Le placenta peut déjà être complètement décollé et libre dans la cavité utérine. En cas de non décollement du placenta, le clivage débutera à sa partie la plus distale par rapport au col de façon à le ramener dans la main. Ce geste est effectué avec le bord cubital de la main et des doigts. Il doit être complet pour pouvoir extraire le placenta sans traction. Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta [12].

### **5-1-1-2 La révision utérine**

Si la délivrance est déjà effectuée la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, ce geste permet d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité

utérine, d'assurer la vacuité utérine, et la bonne rétraction de l'utérus.

### **5-1-1-3 L'examen du col et du vagin sous valve.**

Il est systématique sauf si le saignement s'arrête immédiatement et que l'accoucheur n'a aucun doute sur l'intégrité des tissus cervico-vaginaux. Il se fera aussi sous anesthésie générale ou péridurale et avec un ou deux aides opératoires pour une exposition correcte du col, des parois et des culs de sac vaginaux. En cas de lésion de la filière génitale, celles-ci seront rapidement suturées. De même, une éventuelle épisiotomie doit être rapidement suturée.

### **5-1-1-4 Massage utérin et sondage vésical**

En cas d'atonie utérine on pratique un massage utérin. Il convient également de s'assurer de la bonne vacuité vésicale par un sondage vésical évacuateur, voire de mettre en place en cas d'hémorragie sévère d'emblée ou persistante une sonde vésicale à demeure qui permettra d'assurer la vidange vésicale permanente, contribuant ainsi à éliminer une cause de mauvaise rétraction utérine et permettant de quantifier la diurèse.

#### **5.1.2- Deuxième étape :**

##### **5.1.2.1-Traitement médical :**

La majorité des hémorragies du post-partum est liée à une atonie utérine dont le traitement initial repose sur la mise en route de traitements utéro toniques. Cependant à l'exception des causes particulières que sont la rupture utérine, le placenta accreta, et

l'inversion utérine, l'emploi d'utérotonique est systématique. Cette médication est immédiate après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie [29].

Ocytocin (Syntocinon®) : traitement de première intention. Elle stimule la fréquence et la force des contractions utérines : les œstrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocine, tandis que la progestérone a l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'ocytocine augmentent en fin de grossesse. La demi-vie de l'ocytocine varie entre 12 et 17 minutes. [17].

L'administration se fait initialement en bolus de 5 à 10 unités en intraveineuse directe puis perfusion d'entretien de 10 à 15 U.I dans une solution glucosée ou saline isotonique sans dépasser 50 à 60 unités par jour en raison du risque d'intoxication par l'eau au-delà de cette dose (effet ADH-like). Voie intra-myométriale : en raison de 5 à 10 U.I au travers de la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

Elle ne doit pas être diluée dans une solution hypotonique. En raison de la structure de parenté entre l'hormone diurétique et l'ocytocine, de forte dose d'ocytocine peuvent entraîner un effet diurétique.

En cas d'inefficacité au bout de 10 à 20 minutes, mise en route d'un traitement utérotonique plus puissant. [27].

Dérivés de l'ergot de seigle :

La méthylergométrine (Méthergin®) : c'est l'utérotonique le plus ancien.

Elle est obtenue à partir de débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés sémi-synthétiques. Elle appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique. La maléate de méthylergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre. Elle induit une augmentation du tonus de base tant sur l'utérus gravide que sur l'utérus non gravide. En plus de cet effet direct, elle potentialiserait localement l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydroxyprostaglandine

Déshydrogénase qui est une enzyme placentaire dégradant la PGE et PGF en métabolites inactifs [13]. De plus la méthyl-ergométrine n'a qu'un très faible effet vasoconstricteur direct sur les artérioles utérines, suggérant que son utilisation dans les hémorragies du post-partum trouve son indication en cas d'atonie utérine du fait de son action directe sur le myomètre.

Les ampoules sont dosées à 0,2 mg, l'administration doit être exclusivement intra- musculaire en respectant les contre-indications comme :

- l'hypertension artérielle sévère préexistante ;
- la toxémie gravidique,
- les affections vasculaires oblitérantes ;
- l'association avec les macrolides (ergotisme aigu).

Les prostaglandines

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

Les prostaglandines sont principalement synthétisées au niveau des reins, des membranes amniotiques, de l'utérus et de ses

caduques. Elles ont un effet contracturant au niveau du muscle lisse de l'utérus via une activation de la kinase des chaînes légères de myosine par libération de calcium intracellulaire. Elles agissent également sur le tissu conjonctif cervical, permettant son ramollissement aux alentours du terme. Impliquées probablement dans la parturition des mammifères, leur taux plasmatique et dans le liquide amniotique augmente dès le début du travail pour atteindre son pic maximal 5 mn après la délivrance [12].

Il y'a deux catégories de prostaglandines : les prostaglandines PGF et les prostaglandines PGE. Les PGE2 et les PGF2 alpha ont été utilisées initialement. Les PGF2 alpha ne sont plus commercialisées, actuellement les PGE2 sont disponibles. Et, seuls trois molécules sont actuellement disponibles :

Sulprostone (Nalador®) : dérivé synthétique de la prostaglandine E2.

Il s'agit d'un puissant utérotonique. Traitement de référence des hémorragies par atonie utérine résistant à l'ocytocine après 20 minutes de traitement. L'administration de sulprostone se fait au pousse seringue électrique à la posologie de 200 à 300 µg/heure (1 ampoule de 500 µg dans 50ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au-delà d'une heure à 100 µg/heure, par voie intraveineuse stricte sous surveillance scopique. Les bolus et les autres voies d'administration sont formellement contre-indiqués. Le protocole le plus couramment utilisé est : 1 ampoule (500 microgramme [µg]) en 1 à 2 heures puis une ampoule en 4 à 6 heures éventuellement renouvelée une fois. La dose maximale tolérée est de 3 ampoules (1500 µg) par jour. Le traitement par sulprostone est d'autant plus efficace qu'il

est administré rapidement, dans un délai de moins de 30 minutes après le début de l'hémorragie.

Le Dinoprostone (prostine®E2) :

S'emploie à la posologie de 1,2mg par Heure en perfusion continue. Certains auteurs ont prescrit ce traitement en irrigation intra-utérine à l'aide d'une sonde de folley reliée à une perfusion de PGE2 (1 ampoule de prostine®E2 à 0,75mg dans 500ml de Ringer) au rythme de 50ml les 10 premières minutes, puis 1ml / min sur les 12 à 18 heures suivantes Le Misoprostol (Cytotec®) est le plus utilisé au Mali.

Il s'administre à la dose de 4 à 6 comprimés de 200µg en intra rectale. Contre-indications : pathologie cardiaque, antécédents d'asthme, troubles graves de la fonction hépatique, diabète décompensé, antécédents comitiaux. En cas d'inefficacité de ces mesures initiales et en fonction de l'étiologie du saignement, des Traitements: par tamponnement intra-utérin par ballonnet, chirurgicaux ou radiologie interventionnelle seront mis en place. Le type de traitement choisi sera alors fonction de l'état hémodynamique de la patiente, la sévérité de l'hémorragie, du plateau technique disponible, de la voie d'accouchement et de l'étiologie du saignement [3].

#### **5.1.2.2-Le tamponnement intra-utérin par ballonnet :**

C'est une technique médicale consistant à contenir ou résorber une hémorragie du post-partum de l'utérus par insertion d'un ballonnet (préservatif) gonflable qui vient appuyer sur ses parois. Cette technique est utilisée en seconde phase d'une HPPI lorsque les traitements médicamenteux se sont montrés sans effet.

### **5.2 Traitements chirurgicaux**

Le traitement chirurgical est envisagé d'emblée ou en deuxième intention selon l'étiologie de l'hémorragie. Il faut savoir ne pas y avoir recours très tôt, pour laisser au traitement médical la possibilité d'agir notamment les prostaglandines en cas d'inertie utérine ; ni trop tard car il faut avoir à l'esprit que l'hémorragie du post-partum reste l'une des principales causes de mortalité maternelle obstétricale. A l'heure actuelle il faut donc savoir recourir au traitement chirurgical dans deux cas :

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

### **5.2.1 Traitements conservateurs**

#### **Les ligatures vasculaires :**

Ligature bilatérale des artères hypogastriques (figure 1) : utilisée dans les hémorragies du post-partum depuis les années 1960. Elle consiste à aborder les vaisseaux iliaques par voie transpéritonéale. Après avoir repéré la bifurcation iliaque puis l'artère iliaque interne, une ligature est placée à deux centimètres au-dessous de la bifurcation pour éviter de lier les branches à destinée fessière. Cette ligature peut être optimisée en l'associant aux autres techniques de dévascularisation et de capitonnage utérin. Les résultats sont selon les séries et l'étiologie de

l'hémorragie compris entre 42 et 100 % de succès (arrêt de l'hémorragie), avec un taux moyen de réussite de 74% [15]. Le caractère proximal de la ligature explique son efficacité inconstante sur les hémorragies d'origine utérine. Son intérêt principal réside dans la prise en charge des lésions obstétricales délabrantes. La morbidité n'est pas nulle (plaies veineuses, ligatures urétérales ou de l'iliaque externe, claudication fessière et lésions nerveuses) [29]. La ligature des artères hypogastriques rend plus difficile l'embolisation secondaire.

1-artère iliaque interne droite

2-uretère droite

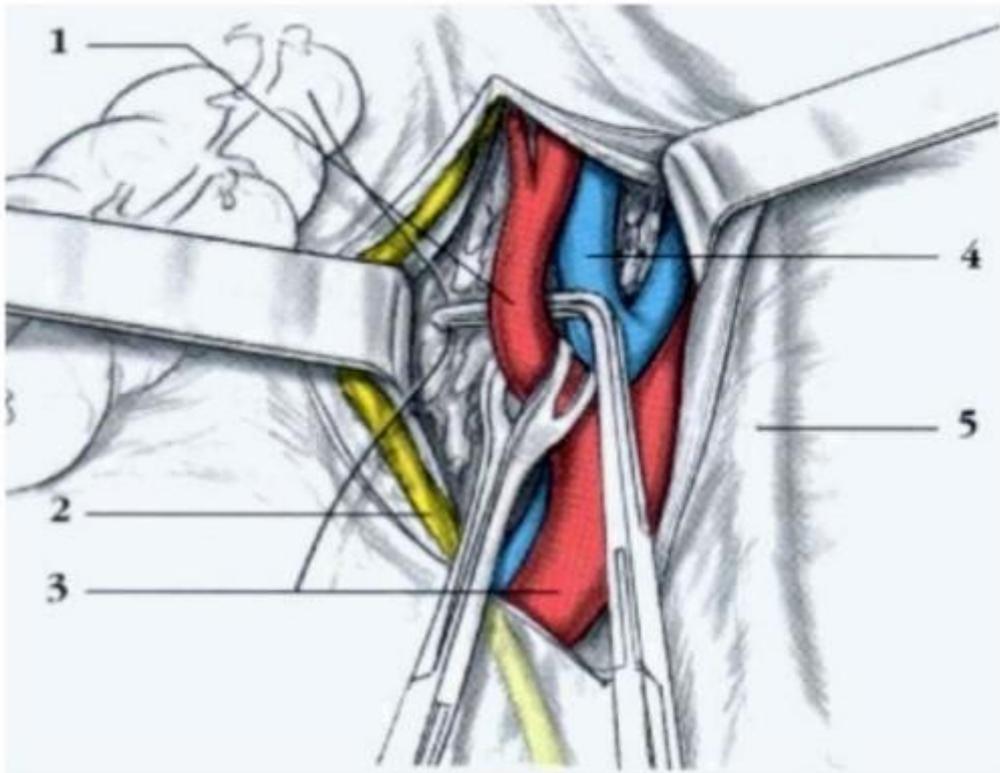
3-artère iliaque commune droite

4-veine iliaque interne droite

5-ligament suspenseur de l'ovaire droite

↑ -haut

→- droite



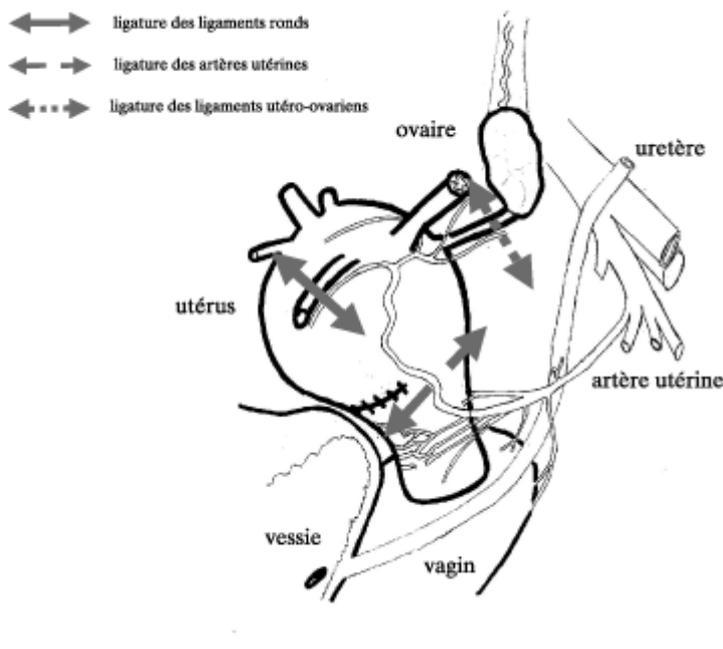
↑→

**Figure1 : ligature de l'artère iliaque interne droite (Kamina)**

Ligature bilatérale des artères utérines : décrite dès 1952, Elle consiste, par voie abdominale, après décollement vésico-utérin, à lier en masse la branche ascendante de l'artère utérine avec le paquet veineux sous-jacent. La procédure est également possible par voie vaginale. L'efficacité serait de 80 à 96 % selon les auteurs. Il s'agit d'une technique simple, rapide et facilement reproductible. Les principales causes d'échec sont les anomalies d'insertion placentaire.

↑ -haut

→- droite



### **Triple ligature de Tsigulnikov (figure 2)**

Elle associe de principe à la ligature des artères utérines, la ligature des ligaments ronds et des utéro-ovariens.

Ligature des ligaments ronds (flèche continue), des artères utérines (flèche interrompue) et des ligaments utéro-ovariens (flèche en pointillés), d'après Sergent.

Ligature étagée ou « stepwise » Il s'agit d'une dévascularisation progressive des pédicules vasculaires afférents de l'utérus. La procédure comprend cinq étapes successives, chaque étape n'est réalisée que si la précédente n'assure l'arrêt de l'hémorragie dans un délai maximum de 10.

Étape 1 : ligature unilatérale de la branche ascendante d'une seule artère utérine ;

Étape 2 : ligature de l'artère utérine controlatérale ;

Étape 3 : ligature basse des deux artères utérines et leurs branches cervico-vaginales de trois à cinq centimètres sous la ligature précédente,

Étape 4 : ligature unilatérale d'un pédicule lombo-ovarien,

Étape 5 : ligature du pédicule ovarien controlatéral. Le succès de cette technique serait de 100 % selon AbdRabbo dans une série de 103 ligatures dont l'indication principale était l'atonie utérine. Cette technique permet la dévascularisation du segment inférieur et la partie haute du col.

Capitonnage utérin selon Cho : L'objectif est également d'assurer l'hémostase par compression myométriale en appliquant l'une contre l'autre les parois antérieures et postérieures de l'utérus. La technique consiste en la réalisation de points en cadre rapprochés et transfixiants. L'expérience de cette technique de cette technique reste faible. Sur une série de 23 patientes Cho rapporte 100 % de succès. Cette technique trouve son indication dans les atonies utérines, les saignements provenant du segment inférieur et des anomalies d'insertions placentaires. Une pyométrie avec évolution vers un syndrome d'Asherman a été récemment décrite.

Exérèse d'un segment utérin : quelques cas rapportés de succès de résections utérines partielles dans des cas d'accrétion placentaire localisée ou d'atonie localisée.

Autres alternatives : utilisées comme solutions d'attente d'une embolisation ou d'un traitement chirurgical. Leur but est de minimiser les pertes sanguines. Ce sont les cervico-torsion ou forcipressures (traction sur le col utérin), les tamponnements intra-utérins (sondes de Foley, sondes de Blackemore, champs abdominaux).

Embolisation sélective des artères pelviennes : l'embolisation fait partie de l'arsenal thérapeutique récent développé dans la prise

en charge des hémorragies du post-partum. Elle est utilisée en pratique courante depuis la deuxième moitié des années 1990 mais n'est pas disponible dans tous les centres. Il s'agit d'un traitement conservateur moins invasif que les traitements chirurgicaux.

## **2.2 .2 Traitement radical**

Hystérectomie d'hémostase : traitement ultime de l'hémorragie du post-partum, elle s'accompagne d'une stérilité définitive, d'une morbidité non négligeable : lésions urétérales (4 %), fistules vésico-urétéro vaginales (1%), thrombophlébites (1%) [26]. Le placenta accreta est devenu sa principale indication (49 %) devant l'atonie utérine (29 %). L'explication de cette modification tient d'une part à une meilleure prise en charge de l'atonie par les moyens médicamenteux, par les techniques chirurgicales conservatrices et par l'embolisation sélective, et d'autre part par une modification des pratiques obstétricales dans les pays développés avec une augmentation des taux de césariennes et donc du risque de placenta accreta. Les indications de l'hystérectomie d'hémostase sont l'échec du traitement conservateur, des délabrements utérins importants, des placentas accréta étendu. L'hystérectomie peut être totale ou subtotale.

### **- Prévention des hémorragies du post-partum**

Il est difficile de prédire l'HPP, toute les femmes doivent être considérer potentielles HPP. La prévention de l'HPP nécessitera de combiner plusieurs approches visant à étendre l'accès aux soins de qualité tout en multipliant les interventions salutaires suivant un continuum de soins allant de la communauté à l'hôpital. La

majorité des décès maternels surviennent dans les quatre heures suivant l'accouchement, ce qui indique qu'ils sont attribuables à des événements survenus pendant le troisième stade du travail. Ainsi la prise en charge active du troisième stade du travail (PCATST) est un amalgame de tous ces facteurs [4], bien que certains avancent que le volet le plus important est l'administration d'ocytocine ou d'un autre utéro tonique efficace. Comparée à la prise en charge non interventionniste, on constate que la PCATST se traduit par une perte sanguine moins importante chez la mère, une incidence moindre d'hémorragie [4]. Par conséquent, on recommande fortement la mise en œuvre de la PCATST dans le cadre de tous les accouchements, peu importe où ils se déroulent [3]. Elle permet d'accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine qui serait responsable de 70% des HPP.

La prise en charge active du troisième stade (PCATST) comprend les gestes suivants :

- À titre prophylactique, administrez de l'ocytocine après le dégagement de l'épaule antérieure ou immédiatement après l'accouchement.
- Dix (10) unité internationale (UI) en intramusculaire (IM) cinq (5) UI en intraveineuse (IV) à l'aide d'une seringue 20-50 unités dans un litre de soluté physiologique salin à raison de 60 gouttes/minute.
- Clampez et sectionnez le cordon après la fin des pulsations.
- Palpez le fond utérin et confirmez que l'utérus se contracte.

- Tirez sur le cordon d'une manière contrôlée tout en appliquant une contre-pression sus pubienne lors de la prochaine contraction intense.
- Massez l'utérus après la délivrance du placenta.
- Examinez le placenta afin de vous assurer qu'il est entier.

# **METHODOLOGIE**

## **III. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude**

Notre étude a eu lieu au CSRéf de Kalaban-coro

#### **1-1 Description du service de gynécologie obstétricale**

Le service de gynéco-obstétrique est composé de :

Un bloc opératoire, une grande salle d'hospitalisation, deux petites salles d'hospitalisation à deux lits, des toilettes, une salle d'accouchement comportant quatre (4) tables, une salle pour la sage-femme maitresse, une salle de garde pour les sages-femmes, une salle de consultation prénatale (CPN), une salle de

planification familiale, consultation post-natale (PF/CPON), un hangar pour le programme élargie de vaccination (PEV), trois salles de consultation pour les gynécologues obstétriciens.

**Le personnel du service de gynéco-obstétrique est composé**

**de :** trois gynéco-obstétriciens, un anesthésiste réanimateur, vingt une (21) sages-femmes dont une sage-femme maîtresse, dix (10) infirmières. 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 externe

Une journée de programme opératoire durant la semaine.

Cinq jours de visite aux patientes hospitalisées.

Le service assure une garde autonome quotidienne de gynécologie obstétrique.

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

Chaque équipe se compose d'un gynécologue d'astreinte, d'un médecin généraliste, d'une sage-femme, de deux thésards, d'une infirmière obstétricienne, des techniciens de surface.

Chaque salle de consultation gynécologique est dotée d'un bureau avec trois 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).

**1-2 Les autres services du centre** : en plus du service de gynéco-obstétrique le CSRéf de Kalaban Coro comprends d'autres services qui sont:

L'administration ; la pharmacie ; le service d'odontostomatologie ;  
Le service de médecine générale avec deux salles de consultations  
Le service de pédiatrie ; le service de gynécologie et d'obstétrique ;  
Le service de chirurgie générale ; le laboratoire d'analyse sanguine ; la morgue.

## **2-Type et période étude**

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte retro et prospective des données. Elle s'est déroulée de Janvier 2016 à Décembre 2018, soit une période de trois (3) ans.

## **3- Population d'étude**

Notre étude a porté sur toutes les accouchées de la maternité et les patientes évacuées au service de gynéco-obstétrique pour HPPI.

## **4-Echantillonnage**

### **4- 1 Critères d'inclusion**

Toute accouchée ayant été prise en charge dans notre service pour l'hémorragie du post-partum immédiat.

### **4- 2 Critères de non inclusion**

- Patiente présentant une hémorragie au cours de la grossesse ou en per-partum accouchée dans le service sans HPPI.
- Toute accouchée ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat dont la prise n'a pas été effectuée dans notre service.

### 4-3 La taille de l'échantillonnage

Elle est calculée selon la formule de Schawtz

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

Z : écart type=1,6 correspond au risque  $\alpha$  de 2%

Une précision :  $i = 5\%$  ;  $p = 2,3\%$  selon (CNGOF) [32] collège national des gynécologues et obstétriciens français présenté par Téguété (2014), nous relevons que 2,3% des femmes accouchées ont fait un HPPI  $q = 1 - p = 97,7\%$  ; alors la taille minimale de l'échantillon

$$n = (1,96)^2 \frac{0,023 \times 0,977}{(0,05)^2} = 42,24$$

## 5. Tableau I : support, technique de collecte des données et les variables d'études

Variable	Type de variable	Echelle	Sources de collecte
Age	Quantitative	14-45 ans (années)	Dossiers, Partographe Registre
Ethnie	Qualitative	Bambara, peulh, bwa, etc	Dossiers
Statut matrimonial	Qualitative	Polygamie, veuve, celibat, monogamie	Dossiers
Profession	Qualitative	Ménagère, vendeuse, fonctionnaire	Dossiers, Partographe Registre
Motif de référence	Qualitative	HPPI, rétention placentaire, prostration, Alt de la conscience	Dossiers, Partographe Registre
Structure de référence	Qualitative	CSCoM, Cabinet	Dossiers, Partographe Registre
Antécédent	Qualitative	Médicaux, chirurgicaux	Dossiers, Registre
Voie d'accouchement	Qualitative	Voie basse, césarienne	Dossiers, Partographe Registre
Causes	Qualitative	Tonus, traumatisme, tissus, Trouble de coagulation	Dossiers, Partographe Registre
Pronostic	Qualitative	Décédée, vivante	Dossiers
Pâleur	Qualitative	Pâle, Colorée	Dossiers
Transfusion	Quantitative	Nombre de poches	Dossiers
Taux d'hémoglobine	Quantitative	g/dl -	Dossiers
Tension artérielle	Quantitative	mm hg	Dossiers, Partographe

## **6- Saisie et Analyse des données**

La saisie, l'analyse de la masse des données ont été faits sur le Logiciel IBM SPSS statistics 20. Le traitement des textes et des tableaux a été réalisé grâce au logiciel word 2013. Les tests statistiques ont été Khi deux ; le test de fisher et P (significative lorsqu'il est inférieur à 0,05).

# **RESULTATS**

## IV RESULTATS :

### 1. Résultats descriptifs

#### 1.1. La fréquence globale des HPPI :

Nous avons enregistré 178 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 6822 accouchements soit une fréquence de 2,6% (1/38).

#### 1.2. L'évolution de la fréquence des HPPI

**Tableau II** : Répartition des patientes selon l'année d'admission.

Année	Effectif	Pourcentage
2016	46	24,80
2017	62	34,80
<b>2018</b>	<b>70</b>	<b>39,40</b>
Total	178	100,00

#### 1.3. Caractéristiques socio-démographiques

**Tableau III** : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

L'âge des patientes était compris entre 14 ans à 45 ans avec un âge moyen de 29,5 ans

Age (an)	Effectif	Pourcentage
< 19	43	24 ,20
<b>20 -29</b>	<b>84</b>	<b>47,10</b>
30 -39	49	27,50
40 -45	2	1,10
Total	178	100,00

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la profession.

Profession de la patiente	Effectif	Pourcentage
<b>Ménagère</b>	<b>111</b>	<b>62,40</b>
Vendeuse /Commerçante	36	20,20
Elève/Etudiante	19	10,70
Aide-ménagère	7	3,90
Autres	5	2,80
Total	178	100,00

Autres : enseignantes(3), secrétaire(1), policière(1).

**Tableau V** : Répartition des patientes selon la profession des conjoints.

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
<b>Ouvrier</b>	<b>79</b>	<b>44,40</b>
Vendeur/Commerçant	48	27,00
Fonctionnaire	22	12,40
Cultivateur	16	9,00
Elève/Etudiant	12	6,70
Autre	1	0,60
Total	178	100,00

Autre : non spécifiée

**Tableau VI:** Répartition des patientes selon le lieu de provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
<b>CSCCom</b>	<b>103</b>	<b>57,90</b>
Structure privée	35	19,70
Domicile	40	22,50
Total	100	100,00

**Tableau VII :** Répartition selon le niveau d'instruction de la patiente.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	16	9,00
Fondamental	39	21,90
Secondaire	13	7,30
Supérieur	3	1,70
<b>Non scolarisée</b>	<b>107</b>	<b>60,10</b>
Total	178	100,00

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Evacuée</b>	<b>138</b>	<b>77,60</b>
Venue d'elle-même	40	22,40
Total	178	100,00

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Rétention de débris placentaires	8	5,79
<b>Hémorragie du post-partum immédiat</b>	<b>128</b>	<b>92,76</b>
Autres	2	1,45
Total	138	100,00

Autre : altération de la conscience(1), prostration(1).

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent d'évacuation.

Qualification de l'agent d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Médecin	23	16,67
<b>Sage-femme</b>	<b>88</b>	<b>63,76</b>
Infirmière obstétricienne	24	17,40
Matrone	3	2,17
Total	138	100,00

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon le délai de référence.

Délais de référence(H)	Effectif	Pourcentage
<b>&lt; ½ H</b>	<b>68</b>	<b>49,28</b>
½ H - 1 H 30	61	44,20
> 1 H 30	9	6,52
Total	138	100,00

Le délai de référence était compris entre 12 minutes à 2 heures et 1 heure 6min en moyenne.

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon le système d'alerte

Système d'alerte	Effectif	Pourcentage
Téléphone	84	46,60
<b>Aucun</b>	<b>95</b>	<b>53,40</b>
Total	178	100,00

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon le moyen d'évacuation.

Moyen d'évacuation	Effectif	Pourcentage
<b>Ambulance</b>	<b>84</b>	<b>60,86</b>
Autre	54	39,14
Total	138	100,00

**Autre : taxi, véhicule personnel.**

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon le support d'évacuation.

Support d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Partogramme	3	2,17
<b>Fiche d'évacuation</b>	<b>126</b>	<b>91,31</b>
Lettre	9	6,52
Total	138	100,00

### IV-3. LES ANTECEDENTS

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
<b>Grande multiparité</b>	<b>65</b>	<b>36,30</b>
Mort in utero	16	0,60
Hydramnios	6	3,40
Grossesse gémellaire	5	2,80
Macrosomie	3	1,70
Aucun	98	55,20
Total	178	100,00

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	61	34,30
Paucipare	30	16,90
Multipare	22	12,40
<b>Grande multipare</b>	<b>65</b>	<b>36,50</b>
Total	178	100,00

**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon la réalisation d'au moins une consultation prénatale.

CPN	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>151</b>	<b>84,80</b>
Non	27	15,20
Total	178	100,00

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie accouchement	Effectif	Pourcentage
<b>Accouchement simple</b>	<b>171</b>	<b>95,50</b>
Accouchement par ventouse	6	3,90
Césarienne	1	0,60
Total	178	100,00

**Tableau XIX :** Répartition des patientes selon le type de délivrance.

Type de délivrance	Effectif	Pourcentage
<b>Active</b>	<b>153</b>	<b>85,90</b>
Naturelle	25	14,10
Total	178	100,00

**Tableau XX :** Répartition des patientes selon la durée du travail.

Durée de travail(H)	Effectif	Pourcentage
< 08 H	29	16,30
<b>08 H-12 H</b>	<b>113</b>	<b>63,50</b>
> 12 H	36	20,20
Total	178	100,00

**Tableau XXI :** Répartition des patientes selon le poids de naissance.

Poids de naissance(g)	Effectif	Pourcentage
<b>≤ 4000</b>	<b>172</b>	<b>96,60</b>
> 4000	6	3,40
Total	178	100,00

#### 4. ETIOLOGIE

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon le résultat de la révision utérine.

Révision utérine	Effectif	Pourcentage
Rétention placentaire partielle ou totale	49	27,40
Rupture utérine	3	1,70
<b>Sans particularité</b>	<b>126</b>	<b>70,90</b>
Total	178	100,00

La révision utérine a permis d'obtenir 27,4% de rétention de débris placentaire.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes selon l'étiologie des HPPI.

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Atonie utérine	57	32,10
<b>Déchirures des parties molles</b>	<b>68</b>	<b>38,20</b>
Trouble de coagulation	1	0,60
Rétention de débris placentaire	49	27,50
Rupture utérine	3	1,70
Total	178	100,00

## **5. TRAITEMENT**

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon le traitement reçu

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
<b>Utérotonique</b>	<b>95</b>	<b>46,79</b>
Transfusion	31	15,27
Misoprostol	2	0,99
Suture des parties molles	68	33,49
Hystérectomie totale	2	0,99
Hystérorraphie	2	0,99
Tamponnement intra-utérin (préservatif)	3	1,48
Total	203	100,00

#### IV-. PRONOSTIC :

**Tableau XXV** : Répartition des patientes selon les complications des suites de couches.

Complications dans les suites de couches	Effectif	Pourcentage
<b>Anémie</b>	<b>155</b>	<b>87,10</b>
Endométrite +anémie	15	8,40
Absence de complication	8	4,50
Total	178	100,00

**Tableau XXVI** : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives à l'admission.

Conjonctives des patientes	Effectif	Pourcentage
Colorées	42	23,60
<b>Pâles</b>	<b>136</b>	<b>76,40</b>
Total	178	100,00

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'admission.

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectif	Pourcentage
< 7	43	24,15
<b>7-10,99</b>	<b>127</b>	<b>71,35</b>
> 10,99	8	4,50
Total	178	100,00

Le taux d'hémoglobine était compris entre 2g à 12g et une moyenne de 7 g.

**Tableau XXVIII** : Répartition des patientes selon leur pronostic.

Pronostic maternel	Effectif	Pourcentage
<b>Vivante</b>	<b>176</b>	<b>98,80</b>
Décédé	2	1,10
Total	178	100,00

Le taux de décès a été de 2 cas soit 1,1%.

## 2- Résultats analytiques

**Tableau XXIX :** Relation entre la parité et l'étiologie des HPPI

	Parité $\geq$ 6	Parité $<$ 6	Khi2	P
Atonie utérine	39	26	34,82	0,000
Déchirure des parties molles	5	65	10,34	0,001
Rétention placentaire	20	45	0,36	0,540

Nous avons eu une corrélation entre la parité et la survenue de l'hémorragie avec l'atonie utérine, déchirure des parties molles ( $p < 0,05$ )

**Tableau XXX :** Relation entre le poids de naissance et l'atonie utérine

	PN $\geq$ 4000 g	PN $<$ 4000 g	Khi2	P
Atonie utérine	5	52	5,26	0,021

Nous avons eu une corrélation entre le poids de naissance et l'atonie utérine dans la survenue de l'hémorragie  $p < 0,05$ .

**Tableau XXXI** : Relation entre la durée travail et Etiologie des HPPI

	Durée de travail ≥12 heures	Durée du travail <12 heures	Khi2	P
Atonie utérine	17	40	3,9	0,046
Déchirure des parties molles	8	60	4,06	0,043
Rétention placentaire	11	39	0,025	0,870

Nous avons eu une corrélation entre la durée du travail d'accouchement et la survenue de l'hémorragie avec atonie et déchirure des parties molles ( $p < 0,05$ ).

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Aspects méthodologiques :**

Nous avons réalisé une étude transversale de janvier 2016 à décembre 2018 sur une période de 3 ans au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de Kalaban coro. L'échantillonnage a concerné tous les cas d'hémorragie du post partum immédiat admis et pris en charge dans le service pendant la période d'étude.

Au cours de cette étude nous avons rencontré des difficultés durant la collecte des données. Ces difficultés étaient entre autres : le mauvais archivage des dossiers, l'insuffisance de certains renseignements sur les dossiers. Les dossiers inexploitable ont été éliminés et ceux portant les données manquantes ont été complétés à partir des registres : d'accouchements, opératoires, de transfusions et des admissions.

### **2. Fréquence :**

Cette étude transversale nous a permis d'enregistrer 178 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 6822 accouchements avec fréquence de 2,6% soit un cas d'hémorragie pour trente-huit accouchements (1/38). Cette fréquence est inférieure à celles de Maiga [16], Dembélé [43] qui ont trouvé 4,23% ; 10,28%. Cette diminution pourrait être en relation avec l'organisation du système de référence et d'évacuation qui met l'accent sur l'amélioration de la couverture sanitaire (recrutement de médecins avec compétences obstétricales, sages-femmes et l'acquisition d'ambulances), introduction et la systématisation de la GATPA dans les politiques, normes et procédures en santé de la reproduction du Mali (PNP-SR).

### **3. Caractéristiques sociodémographiques :**

Dans notre étude, l'âge maternel était compris entre 14 et 45 ans soit un âge moyen de 29,5 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été l'intervalle de 20-29 ans soit 47,1%. Ce résultat est inférieur à celui de Kassambara [3] et de Keita [10] qui ont trouvé respectivement 64,4% et 63,64%.

La fréquence dans cette tranche d'âge peut s'expliquer par le fait qu'il y'a plus de population jeune dans notre pays.

Les ménagères ont été les plus représentées au cours de notre étude soit 62,4%, ce résultat est comparable à celui de Kassambara soit 67,2% [3] et inférieur à ceux de Keita [10], Jeddi [41] qui ont rapporté respectivement 81,2% et 95,98%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des femmes consacrent leurs vies aux ménages dans nos familles.

### **4-Organisation du système de référence et évacuation :**

Dans notre étude, 76,4% de nos patientes ont été évacuées, ce résultat est supérieur à ceux de Diayango [15] et Ongoiba [9] qui ont trouvé respectivement 42,6% et 47,9%.

L'ambulance a été le moyen d'évacuation le plus sollicité soit 47,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Diarra [26] soit 86,6%. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'effort fourni par le CSRéf de k coro dans le suivi et la formation du personnel sur le système d'évacuation et d'autre part par la fréquentation des structures de santé de base par la population.

Les sages-femmes ont été les plus représentées dans les évacuations soit 49,4%. Ce résultat est dû au fait qu'elles sont les premières actrices en contact avec les parturientes dans les centres de santé de base.

Le délai d'évacuation est le temps mis entre la prise de décision au centre d'évacuation et l'arrivée au CSRéf, le délai le plus représenté a été inférieur à 30 minutes soit 37,6%. Ce résultat pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'ambulance et de l'engagement du personnel du CSRéf.

Le moyen de contact a été le téléphone avec 46,6%, cela est dû à l'existence de la collaboration entre le CSRéf et les centres de base dans le cadre de la référence/évacuation.

La majorité de nos patientes ont été munies d'une fiche de référence soit 70%, ce résultat est supérieur à celui de Diayango [15] avec 45,9%. Cela peut s'expliquer par la formation des agents de santé sur les conditions d'évacuation.

La majorité des cas ont été enregistrés en 2018 soit 38,8%, ce résultat peut s'expliquer par la bonne fréquentation et de la réussite de la référence/évacuation du CSRéf de plus d'année en année.

## **5. Aspects cliniques :**

L'hémorragie du post partum a constitué le premier motif d'évacuation soit 71,9%, ce résultat est supérieur à ceux de Diayango [15] et Ongoiba [9] qui ont rapporté 31,1% et 44%.

Il est ressorti de notre étude plus de grande Multipare soit 36,5% ce résultat est supérieur à celui de Diayango [15] soit 27,9% de grande Multipare.

La CPN permet précocement de dépister les risques de la grossesse avant toute situation d'urgence et d'entreprendre une référence ou des mesures adéquates. Au cours de notre étude 84,8% a effectué au moins une CPN. Ces résultats sont

supérieurs à ceux de Yalcoué [27] et Diallo [11] qui sont respectivement 50,3% et 77,5%.

Les grossesses ont été monofoetales chez la plus part de nos patientes (96,1%) et gémellaires dans 3,9%. Dans ce dernier cas, elle constitue un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance. Ce résultat est inférieur à celui de Diayango [15] soit 13,10% de grossesse gémellaire.

Les cas ont accouché majoritairement par voie basse (96,7%) avec la pratique d'une délivrance active dans 84,8% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Diayango [15] qui signale 67,2% de voie basse simple. Notre taux de délivrance active serait en rapport de l'application de la GATPA tel que recommandée par les PNP, eu regard aux multiples formations sur la GATPA.

Chez 20,2%, le travail a duré plus de 12 heures étant donné que le travail prolongé peut favoriser l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Ce résultat est inférieur à celui de Diallo [11] qui a trouvé 23%, et supérieur à ceux de Diallo [4], Keita [10] qui ont rapporté respectivement, 14%, 11,3%. Nous avons eu une corrélation entre la durée de travail et la survenue de HPPI dans l'atonie utérine, déchirure des parties molles  $p < 0,05$

De même, le travail à courte durée entraînant une expulsion brutale (en bloc) du fœtus et de ses annexes peut être à l'origine d'une hémorragie car, le poids peut être transmis sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et peut favoriser ainsi la rétention des cotylédons d'une part ou un traumatisme de la filière génitale d'autre part.

Seulement 3,4% de nos nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 4000 g, ce qui constitue un facteur de

risque d'HPPI par surdistention utérine. Ce résultat est comparable à ceux de Keita [10], Coulibaly [14] qui ont enregistré 3,2% ; 4,3%. Nous avons eu une corrélation entre l'atonie utérine, déchirure des parties molles et le poids du bébé né  $p < 0,05$ .

La grande multiparité a été le facteur de risque le plus représenté soit 36,3%, Ce résultat est comparable à celui de Diayango [15] soit 34,4%. Nous avons eu une corrélation entre l'atonie utérine et la parité  $p < 0,05$ .

## **6. Les principales étiologies retrouvées**

L'examen sous valve est l'un des temps essentiels devant une hémorragie du post partum. Toutes nos patientes en ont bénéficié soit 100%, ce taux est le même que celui de Maiga [16] qui est aussi de 100% ; il a permis de mettre en évidence 38,2% de déchirure de parties molles occupant la première place dans notre échantillonnage.

Ce résultat peut être dû à :

- Des poussées expulsives sur un col incomplètement dilaté,
- Utilisation abusive des dérivés ocytotiques,
- La mauvaise surveillance de l'expulsion pendant le travail.

Ce constat est contraire de celui décrit par Kassambara [3], Koffinet [31] qui rapportent en 1<sup>ère</sup> cause l'atonie utérine soit 76%et 59%. Dans la littérature, la rétention placentaire représente la seconde étiologie. Ce qui n'est pas prouvé au cours de cette étude, où elle représente la troisième étiologie des HPPI soit 27,5%. Ce taux est inférieur à ceux de Kassambara [3], Jeddi [41] qui ont apporté respectivement 35,6% et 45,7%.

## **7. Prise en charge**

La majorité de nos cas a bénéficié de traitement médical en urgence, prise de deux voies veineuses de gros calibre soit avec un cathéter G18, de remplissage vasculaire avec du ringer lactate, de sérum salé 0,9%. 61,5% de nos patientes ont bénéficié des utéro-toniques (oxytocine, misoprostol); de la surveillance des patientes (pression artérielle ; température ; pouls ; fréquence respiratoire).

Les patientes ayant bénéficié de la transfusion ont été celles qui présentaient des signes de décompensation (tachycardie, vertiges, polypnée, soif...) soit 19,3%, ce taux de transfusion est inférieur à celui de Kassambara [3] qui a trouvé 31,5%.

Toutes nos patientes ont bénéficié de sondage vésical

La révision utérine a mis en évidence la rétention placentaire partielle dans 26,3%. L'objectif de la révision utérine est d'obtenir ou de vérifier la vacuité utérine complète de l'utérus ; condition préalable à la rétraction utérine.

L'utilisation du préservatif pour tamponnement intra-utérin a représenté 1,6%, le tamponnement par ballonnet est utilisé dans les cas d'atonie utérine en cas d'inefficacité des utéro-toniques, mais chez des patientes ayant un état hémodynamique stable.

La suture des déchirures a été la plus représentée soit 38,2%, ce résultat est supérieur à ceux de Kassambara [3] et de Guindo [39] qui ont apporté respectivement 27,6%, 27,56%. Nous avons enregistré 1,2% d'hystérectomie d'hémostase et d'hystérorraphie. Ce résultat d'hystérectomie est inférieur à ceux apportés par Jeddy [41] et par Keita [10] qui ont retrouvé respectivement 7,33% ; 6,3%.

Le recours à hystérectomie dans la prise en charge des HPPI peut s'expliquer par la persistance d'hémorragie malgré le traitement et les gestes obstétricaux dans la prise en charge. Ce faible taux peut s'expliquer par l'effort du CSRéf dans la formation des agents de santé sur les pathologies à risque, des grossesses à risque et sur la détection des syndromes de pré rupture utérine.

### **8. Le pronostic**

Nous avons enregistré 1,1% de décès maternel. Ce taux est inférieur à ceux de Kassambara [3], Yalcoué [27], Maiga [16] qui ont trouvé respectivement 2,7%, 13,9%, 6%.

L'évacuation tardive des patientes et l'absence de service de réanimation au sein du CSRéf de kalanban coro ont été entre autres les facteurs de risque les plus importants ayant un impact sur le pronostic vital de nos patientes. Sans oublier les patientes qui ont été évacuées tardivement dans de mauvaises conditions.

# **CONCLUSION**

## **VI-CONCLUSION**

L'hémorragie du post-partum immédiat reste un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, elle est l'une des principales causes de mortalité maternelle dans notre service. C'est une extrême urgence obstétricale qui met en jeu le pronostic vital maternel.

Sa prise en charge rapide et sa prévention sont des moyens d'en améliorer le pronostic.

# **RECOMMANDATIONS**

## **VII-RECOMMANDATIONS :**

A la fin de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités sanitaires**

- Sensibiliser les gestantes sur la CPN à travers les médias.
- Doter le CSRéf de Kalaban coro d'un service d'anesthésie et d'unité de réanimation.

### **Aux prestataires**

- Dépister les grossesses à risque au cours des consultations prénatales.
- Référer les gestantes à risques HPPI vers le CSRéf.
- Renforcer les séances IEC (information, éducation, communication) sur la CPN et l'accouchement en milieu médical.
- Utiliser systématiquement le partogramme dès l'entrée des parturientes en salle d'accouchement.
- Redynamiser la gestion et l'approvisionnement de la banque de sang.
- Evacuer les cas d'HPPI sans délai des structures périphériques vers le CSRéf.

### **Aux patientes :**

- Respecter les conseils et consignes donnés par des prestataires.
- Respecter le calendrier de la consultation prénatale (CPN)

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1- Diakité S. Les hémorragies de la délivrance au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med, Bamako 10M85.
- 2-Samaké S. Profil épidémiologique des hémorragies obstétricales graves. Etude multicentrique (CSRéf CV, CHU Gabriel Touré), Milieu de réanimation. Thèse Med 08M327.
- 3- Kassambara N. étude épidémiolo-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum au CSRéf de commune II du district de Bamako thèse Med 14M138.
- 4-Diallo B. les hémorragies de la délivrance au service de gynéco-obstétrique de CHU GT thèse Med 00M125.
- 5-Diawara CO. Hémorragies du post partum au centre de santé de référence de Koutiala thèse Med 08M396.
- 6-Coulibaly SS .Hémorragies du post partum au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako thèse Med 07M68.
- 7-Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique 6eme édition, Masson Paris 2001 P: 635.
- 8-Dembelé C. Hémorragie du post-partum immédiat au CSRéf de Nioro thèse Med Bamako 10M89.
- 9-Ongoïba I. Hémorragie du post partum immédiat au centre de santé de référence de commune V à propos de 144 cas Bamako thèse Med 06M224.
- 10-Keïta S. Etude des hémorragies du post-partum service gynéco-obstét CHU point G Bamako 03M47.
- 11-Diallo A. Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance ; HGT thèse Med 89M11.

- 12-Traoré MT. Etude épidémioclinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. A propos de 488 cas. Thèse Med 05M93.
- 13- Dembélé Y. Etude des hémorragies de la délivrance centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. A propos de 112 cas. Thèse Med 04M84.
- 14- Coulibaly SS. HPP Immédiat ou centre de santé de référence – Commune II du district de Bamako thèse Med 07M68.
- 15- Yandiango M .Etude épidémioclinique et thérapeutique de HPP à la maternité de Centre de référence de San thèse Med 13M193.
- 16- Maïga S I. Hémorragies du post partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse Med 10M100.
- 17-Sango AJ. Hémorragie du post partum immédiat à la maternité de l'hôpital général de Yaoundé. Thèse Med 08M230.
- 18-Traoré MLM. Les besoins transfusionnels en situation d'urgence obstétricale dans le service de gynécologie –obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med 09M456.
- 19-Sangaré G. Les hémorragies du post-partum immédiat par atonie utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med 11M159.
- 20-Samaké TBD. Prise en charge Les hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med 12-M302.

- 21-Meminta O. Hémorragie du post-partum au CSRéf commune VI du district de Bamako. Février 2007 à Janvier 2008 thèse Med 10M336.
- 22-Djerma M. Les hémorragies du post-partum immédiat *de* à l'hôpital Somine DOLO de Mopti. Thèse Med, FMPOS, Université Bamako 11-M127.
- 23-RAUL. HPP American college of obstetrical an gynaecologist 2000 .P1-2 hpp p/www.adrenaline122 Org.
- 24-Pambou O et coll. Les hémorragies graves de délivrance au CHU Brazzaville Med Afr noire 1996,43(7) ; 418-22.
- 25- Eyoko Heba A. Les références obstétricales à l'hôpital national du PG de 1985 à 2003.Thèse Med 06M316.
- 26-Diarra N. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas .Thèse Med 01M48.
- 27-Yalcoué Y. Etude épidémioclinique des HPP dans le service gynéco-obstétrique du CHU Point G de 2005-2007 à propos de 165 cas thèse Med 09M90.
- 28-Julie J. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum, impact des recommandations nationales de 2004 dans les maternités de niveau II Med 2011 université de Nancy I.
- 29-Kamina P. Artères et veines pelviennes in : Maloine ed anatomie opératoire gynécologie et obstétrique. Paris ; 2000 :65-80 édition maloine 00/2000 ISBN102224026099 p :336.
- 30-Fernandez H. Hémorragie graves en obstétrique 35eme congrès national et d'anesthésie réanimation : conférence d'actualisation Paris : Masson, 1993 56 :31-4.

31-Goffinet F. Hémorragie obstétricale du pos partum. In : Flammarion médecine-sciences ; éd. traité d'obstétrique .Paris 2003 ; 932-946.

32-CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) Tégueté. Hémorragie du post-partum : fréquences, causes, facteurs de risques, et pronostic. 38ème journée nationale. Paris 2014 n°259 4<sup>ème</sup> partie.

33-Koné M. ligature des autres iliaques internes faces aux hémorragies obstétricales graves en milieu africain. Gynécologie obstétrique fertilité 2009 37 :476-48.

34-Sergent F ; Desch B ; verspyck E ; Rachet B ; clavier E. Hémorragie graves de la délivrance : Ligatures vasculaires hystérectomie ou embolisation EMC- Gynécologie obstétrique 2005,125-136.

35-Trisulnikov MS. La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales J.Gin .obst.Biol .Repro 1979 :751-753.

36-pelage JP, Lassy JP. Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge des hémorragies graves du post partum : Indication et technique de l'embolisation artérielle J Gynéco-obst biol prod (paris) 2004 ,33 :93-10-38.

37-Tessier V, Pierre F. Facteur de risques au cours du travail et prévention clinique des hémorragies du post-partum Gynéco-obst biol reprod 2004 33(8) ; 29-56.

38-Deam L, Vyta S, Lalonde AB. Prise en charge active du troisième stade du travail, prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Directive clinique de la SOGC octobre 2009 :09M17.

39-Guindo I. Etude épidémiologique et pratique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Kati Thèse Med BAMAKO 12M51.

40-Coulibaly ZD. La gestion de l'hémorragie du post partum immédiat à diola. A propos de 898 cas. Thèse Med, FMPOS, Université de Bamako 2010 ; 10-M556.

41-Jedy Y M. Hémorragie de la délivrance à propos de 199 cas thèse Med 13M88.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier: / ..... /

Date : ..... / ..... / 201

I- Renseignements généraux Identification de la patiente  
Nom ..... Prénom.....

A) Age en Année : / ..... /

- 1) 14 - 19 ans /\_\_\_/,      2) 20 - 24 ans /\_\_\_/,      3) 25 - 29 ans /\_\_\_/  
4) 30- 34 ans /\_\_\_/,      5) 35- 39 ans /\_\_\_/,  
6) 40- 45 ans /\_\_\_/      7) Non précisé /\_\_\_/

B) Ethnie : / ..... /

- 1) Bambara /\_\_\_/,      2) Bobo /\_\_\_/,      3) Sarakolé /\_\_\_/  
4) Minianka /\_\_\_/,      5) Senoufo /\_\_\_/,      6) Peulh /\_\_\_/,  
7) Bozo /\_\_\_/,      8) Dogon /\_\_\_/,      10) Autres:  
.....

C) Nationalité : / ..... /      1) Malienne /\_\_\_/,      2) Autres /\_\_\_/

D) Profession de la patiente : / ..... /

- 1) Ménagère /\_\_\_/,      2) Vendeuse/Commerçante /\_\_\_/  
3) Elève /Etudiante /\_\_\_/      4) Aide ménagère /\_\_\_/,      5) Fonctionnaire /\_\_\_/  
6) Autre.....

E) Profession du conjoint : / ..... /

- 1) Cultivateur /\_\_\_/,      2) Commerçant /\_\_\_/,  
3) Ouvrier /\_\_\_/,      4) Elève/Etudiant /\_\_\_/,      5) Fonctionnaire /\_\_\_/

F) Provenance: / ..... /

- 1) Venue d'elle-même,      2) Cscom,      3) Cabinet

G) Niveau d'instruction : / ..... /

- 1) Primaire /\_\_\_/, 2) Fondamentale 3) Secondaire /\_\_\_/,  
4) Supérieure /\_\_\_/, 5) Alphabétisée /\_\_\_/, 6) aucun /\_\_\_/  
H) Situation et régime matrimoniale : / ..... /  
1) Célibataire /\_\_\_/, 2) Divorcée /\_\_\_/, I)  
Mariée monogame /\_\_\_/ 4) Mariée polygame /\_\_\_/, 5) Veuve /\_\_\_/  
J) Mode d'admission : / ..... /  
1) venue d'elle-même/\_\_\_/ ; 2) référée /\_\_\_/; 3)  
évacuée /\_\_\_/,  
K) Date d'admission :..... Si  
référence ou évacuation  
L) Motif de référence ou d'évacuation / ..... /  
1) Rétention de produits de conception /\_\_\_/, 2) Etat de choc  
/\_\_\_/, 3) Inversion utérine /\_\_\_/, 4) Hémorragie du post-  
partum /\_\_\_/, 5) Anomalies de la coagulation / 6) Autre à  
préciser....  
M) Qualification de l'agent qui a référée ou évacue : / ..... /  
1) Médecin /\_\_\_/, 2) Sage-femme /\_\_\_/, 3) Infirmière  
obstétricienne /\_\_\_/, 4) Matrone /\_\_\_/, ) Aide- soignante /\_\_\_/  
N) Délais d'évacuation: / ..... /  
1) t < 30min /\_ /, 1) t : 30 – 1h30 min/ \_ /, 3) t >  
01h30min / O) Système d'alerte : / ..... / 1) Rac /\_\_\_/,  
2) Téléphone /\_\_\_/, 3) Autres /\_\_\_/  
P) Moyens ou conditions d'évacuation : / ..... /  
1) Ambulance /\_\_\_/, 2) Véhicule collectif ou Taxi /\_\_\_/  
3) Véhicule personnel /\_\_\_/, 4) Moto /\_\_\_/,  
Q) Support d'évacuation : / ..... /  
1) Partogramme /\_\_\_/, 2) Fiche d'évacuation /\_\_\_/, 3)  
Lettre /\_\_\_/, 4) Sans document /\_\_\_/

Antécédents :

R) Médicaux / ..... /

1) HTA /\_\_\_/, 2) Diabète /\_\_\_/, 3)

Drépanocytose ou autres hémopathies /\_\_\_/, 4) Cardiopathie /\_\_\_/, 5) Tuberculose /\_\_\_/,

S) Chirurgicaux / ..... /

1) Césarienne /\_\_\_/, 2) GEU/\_\_\_/, 3)

Myomectomie/\_\_\_/, 4) Laparotomie pour .....

5) Autres à préciser.....

T) Obstétricaux :

a) Gestité /..... / 1) Primigeste / \_ / 3) Paucigeste ) 3) Multigeste / \_ /

b) Parité : / ..... / 1) Primipare / \_ / 2) Paucipare 3) Multipare / \_ / 4) Grande Multipare / \_ /

U) Avortements / ..... / 1) Oui / \_/ 2) Non / \_/

V) Examen clinique : A° Quelques renseignements sur la grossesse et la marche du travail :

a) Suivi des CPN (nombre) / ..... / 1) Oui / \_/ 2) Non / \_/

b) Anémie : / ..... / 1) Oui / \_/ 2) Non / \_/

c) Infection : / ..... / 1) Oui / \_/ 2) Non / \_/

d) Terme de la grossesse : / ..... / 1) Prématurité /\_ / 2) à terme / \_ / 3) Post terme / \_ /

e) Nombre de fœtus / ..... / 1) Monofoetal /\_\_\_/, 2) Gémellaire /\_\_\_/, 3) > 2 /\_\_\_/

f) Rupture des membranes / ..... / 1) Rupture spontanée, 2) Rupture artificielle

g) Voie d'accouchement : / ..... /



3) Présence de caillots sanguin / \_ /

C) Globe de sécurité utérine : / ..... / 1) Formé (contracté)  
/ \_ / 2) Non formé (rétracté utérine) / \_ /

d) Perte Sanguine / ..... / 1) Légère / \_ / 2) Modéré / \_  
/ 3) Sévère / \_ /

Y) Examens complémentaires :

a) Taux d'hémoglobine ou d'hématocrite en urgence : / .....  
/ 1)  $\geq 7$  g/dl / \_\_/, 2) 7 - 10 g/dl / \_\_/, 3)  $\geq 11$   
g/dl / \_\_/, 4) Non fait / \_\_/

b) Groupage rhésus : / ..... / 1) Oui, / \_\_/ 2)  
Non / \_\_/ c

c) NFS / ..... / 1) Oui, / \_\_/ 2) Non / \_\_/ Si Oui préciser  
résultat (anomalie).....

Z) Diagnostics : ) Diagnostique à préciser :

1) Atonie utérine .....2) Déchirure des parties  
molles.....3) Trouble de la coagulation.....  
4) Rétention des débris placentaires.....5) Rupture  
utérine..... 6) Inversion utérine.....

AA) Facteurs de risques

1) Grande multiparité.....2)Mort- in utéro.....  
3)Hémoglobinopathie..... 4)Aucun.....  
5) Hydramnios.....6)Gémellité.....7)Macrosomie.....

BB) Prise en charge :

a) Prise en charge médicale : / ..... /

1) Perfusion d'uterotonique / \_\_/, 2) Perfusion de soluté / \_\_/,  
3) Perfusion de macromolécules / \_/  
4) Misoprostol..... 5) transfusion sanguine/ \_\_/,

- 6) Utérotoniques plus transfusions..... /  
7) Administration Vit K1..... 8) Autre à Préciser : .....
- b) Prise en charge Chirurgicale / ..... /
- 1) Suture sous anesthésie ..... 2) Suture sans anesthésie.....  
3) Hystérectomie partielle ..... 4) Hystérectomie totale .....  
5) Aucun ..... 6) Ligature vasculaire .... f) Autre à Préciser : .....
- CC) pronostic Pour la mère : / ..... /
- 1) Vivante /\_\_\_/, 2) Décédé /\_\_\_/,
- DD) Nature des complications des suites de couche ou opératoires: / ..... /
- 1) Anémie ....., 2) Endométrite 3) Thrombophlébite  
....., 4) Péritonite ..... 5) Suppuration pariétale .....  
6) Idem.....
- EE) Lieu d'accouchement
- 1) Centre de santé..... 2) Domicile.....

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom** : DIARRA

**Prénom** : Joseph Tare

**Tel** : 76 98 17 69

**Titre de la thèse** : Aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et pronostic des hémorragies du post-partum immédiat

**Année** : 2019-2020

**Ville** : Bamako

**Payes d'origine** : Mali

**Date de naissance** : 31 /03/1992

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

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie-Obstétrique.

Résumé : il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, rétrospective et prospective effectuée au service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de Kalaban coro de janvier 2016 à décembre 2018 soit une période de 3 ans. L'objectif a été d'étudier les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Durant cette période, nous avons enregistré 178 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 6822 accouchements soit une fréquence de (2,6% :1/38).

Les principales causes ont été : les déchirures des parties molles soit (38,2%), atonie utérine (32,1%), rétention des débris placentaires (27,5%), rupture utérine (1,7%), trouble de la coagulation (0,6%). Plus de la moitié des patientes ont été évacuées soit (57,9%) des CSCom et (19,7 %) des Cabinets Médicaux.

Les traitements ont été les plus souvent multidisciplinaires.

Conclusion : L'hémorragie du post-partum immédiat reste un problème majeur en santé publique aussi bien qu'au Mali que dans le monde, c'est une extrême urgence obstétricale et met en jeu le pronostic vital maternel en cas de retard de diagnostic

**Mots clés** : accouchement, hémorragie du post-partum, pronostic, décès 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. 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**