

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

DIRECTION NATIONALE DES
ENSEIGNEMENTS SUPÉRIEURS

UNIVERSITÉ DU MALI

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année _____ /

N° 56 /

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
HÉMORRAGIES DU 3^e TRIMESTRE
DE LA GROSSESSE
A L'HÔPITAL GABRIEL TOURÉ**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE _____ 199

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DU MALI
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Famakan KANÉ

EXAMINATEURS

PRÉSIDENT DU JURY : Pr. Amadou Ingré DOLO

MEMBRES DU JURY : Dr. SY Aïda SOW
Dr. Almadi DICKO

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. Salif DIAKITÉ

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997--1998

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie,Biologie Animale
Mr N'yenique Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Méd.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med. Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastroentérologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroentérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D. KEITA	Radiologie
-------------------	------------

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale (Chef de D.E.R.)
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim.

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

DEDICACES

Je dedie cette thèse

- A toutes les victimes des complications hémorragiques de la grossesse

- A ma mère :

Tu es l'eau qui engendre ma vie
L'air qui entretient mon âme
L'espace qui soutient et protège mon corps
La lumière qui illumine ma pensée
Voi-ci le fruit de tes efforts.

A mon père

Sans être un homme comblé, tu as toujours partagé avec les plus démunis. Ainsi n'as-tu pas l'habitude de nous dire que la charité est la seule satisfaction que l'homme puisse tirer de sa suffisance matérielle.

Ma réussite pour le bien-être de toute la famille a été ton souci permanent.

A mes oncles et tantes

Dès mon jeune âge vous avez cherché à me cultiver à travers vos contes et devinettes ce concept de la vie "ce qui libère et sauve n'est qu'en toi même : Ton travail, ta persévérance et ton honnêteté".

Je vous dedie ce travail pour votre constance dans mon éducation.

A mes frères, mes sœurs, mes cousines et cousins, mes belles-sœurs

A vous tous mes pensées.

A mon frère Siaka dit Didy

très précocement enlevé à notre affection, j'ai beaucoup souffert de la solitude. Ce jour, j'aurais tellement voulu que tu sois là pour en jouir avec moi.

Dors en paix mon frère jumeau.

A mes neveux et nièces

Ce travail n'est qu'un modeste exemple de travail consciencieux que je veux de vous.

A mes amis d'enfance : Bakary KOUMA, Moussa TRAORE, Abdoulaye KANE, Mamadou NIMAGA dit ladji, Malick KANE

Plus que des amis vous avez été pour moi des frères.

A mes collègues amis de l'Ecole de Médecine : Dr. SIMPARA Bafo et sa fiancée Kadiatou SIMPARA, Fama KONDO, Fousseyni BOLEZOGOLA, Boubou SANGARE, Yaya BAGAYOGO.

En témoignage de mon amitié.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A Monsieur Mama HAIDARA

Ancien Directeur de l'Ecole Fondamentale de Kenenkoun

En témoignage de ma reconnaissance.

A tous mes maîtres de l'école fondamentale

A toutes les familles de Kenenkoun

En témoignage de mon esprit de solidarité.

A Koké SYLLA et famille

A Mamé SYLLA et famille

A Monsieur Youssouf KANE et famille à Brazzaville

A Monsieur Daouda KONE et sa femme Adama BALO

En témoignage de ma reconnaissance sincère.

A tout le personnel du service de Gynécologie de l'Hôpital Gabriel Touré

Aux manœuvres, aux aide-soignants, aux infirmiers et infirmières

Mes sincères remerciements

Au manœuvre Balé NIARE

En témoignage de mon admiration

A toutes les sage-femmes du service

En témoignage de ma reconnaissance

A Mme KARAMBE Yayi DIAWARA

C'est l'occasion pour moi de te rappeler que je garderai pour toujours un très bon souvenir des soins maternels que tu m'a prodigués. Sois-en sincèrement remerciée.

A mes collègues internes :

Dessé DIARRA, Zoumana O. TRAORE dit Zou, Modibo SOUMARE, Idrissa COULIBALY, Alou SAMAKE, Alfousseyni BOUARE, Moussa KEITA

Merci pour votre esprit confraternel et sympathique.

Mademoiselle Adam YATTASSAYE

Les mots ne suffisent pas à exprimer ce que je ressens pour toi. Plus qu'une collègue, tu as été pour moi une sœur.

Je ne t'oublierai jamais.

Je t'invite à partager la joie et l'émotion qui m'animent en ce jour.

A nos aînés :

Dr. SAMAKE, Dr. WANE, Dr. PLEAH, Dr. KAMISSOKO Awa, Dr. TRAORE Fatoumata, Dr. DIALL, Dr. BAH Djita, Dr. KOUYATE Madina, Dr. DRAME Sama Abdou Salam, Dr. TANGARA, Dr. KONATE, Dr. CAMARA, Dr. DJIGUI, Dr. SANGO, Dr. TRAORE Alassane, Dr. Isaac, YOMBI, Dr. SYLLA, Dr. Karim TRAORE, Dr. N'DIAYE Bintou, Dr. SOGOBA

En témoignage de notre sincère gratitude.

Au Dr. THIERO Mohamed

Vous nous avez guidé avec franchise et sollicitude.

Notre témoignage de respect et d'amitié.

Au Docteur HAIDARA Omar Cherif

Spécialiste en Gynécologie obstétrique, spécialiste en Management.

Nous avons beaucoup appris à votre contact. Votre quête permanente de perfection scientifique fait de vous un maître exceptionnel.

Vous nous avez toujours guidé, aidé et soutenu avec une paternelle bienveillance.

Nous vous serons toujours reconnaissant.

A tout le personnel de la Clinique "Le Lac Tele"

Toute ma reconnaissance.

Au Dr. Garba Hamadoun CISSE

Médecin-chef de la Clinique "Le Lac Tele", Gynécologue - accoucheur

Nous avons eu l'honneur d'être votre élève pendant plusieurs années. Vous nous avez guidé avec sollicitude et patience.

Nous avons beaucoup appris à votre contact et nous voudrions bien pouvoir vous imiter. L'exemple que vous nous donnez et que nous essayons d'avoir constamment à l'esprit est la meilleure garantie d'honnêteté et de rigueur morale qu'implique l'exercice de la médecine. Plus qu'un maître vous avez été pour nous un frère.

Recevez nos sincères remerciements.

A tout le personnel du cabinet médical "Dinandougou" de Markacoungo

En témoignage de ma gratitude.

Au Dr. NIMAGA Karamoko

Vous avez été pour moi un repère. Vous avez donné le meilleur de vous même pour me soutenir. je vous dois ma vocation médicale.

Je ne saurai vous remercier suffisamment.

A tous ceux qui ont contribué à ce travail

A Monsieur TRAORE Moussa Mamadou du Secrétariat de l'INRSP

Merci pour votre disponibilité constante.

A tout le corps enseignant de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

En témoignage modeste de notre reconnaissance.

A tous les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

En témoignage de ma sympathie.

A toute la promotion 1990 - 1996 de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

En souvenir de notre vie estudiantine.

Au Président du jury :

Le Professeur Amadou Ingré DOLO

Professeur de Gynecologie obstétrique,

Chef de service du service de Gynecologie-obstétrique de l'Hôpital National du Point "G",

Premier Président de la SOMAGO.

Président de la Société Médicale du Mali.

Vos qualités du cœur jointes à la richesse et la clarté de votre enseignement et surtout votre exceptionnelle rigueur scientifique nous ont séduit dès les premières années de nos études médicales. Aussi est-ce avec un intérêt particulier que nous avons suivi vos cours. Nous vous remercions pour tout ce que nous avons appris de vous.

Merci surtout pour l'honneur que vous nous avez fait d'accepter la présidence de ce jury.

Au Docteur SY Aïda SOW :

Spécialiste en Gynécologie obstétrique.

Maître de Conférence à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

La simplicité de votre accueil à l'égard de vos collègues et de vos étudiants est le témoignage de votre sens du dialogue et de votre respect de la personne humaine.

Votre souci permanent d'adapter votre enseignement à chacun de vos élèves est un signe évident de votre dévouement et l'intérêt que vous portez à chacun de nous. Vous symbolisez à nos yeux le maître achevé et disponible.

Nous vous remercions surtout d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur DICKO Almadi

Spécialiste en Gynécologie-obstétrique,

Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré.

La simplicité de votre accueil est le témoignage du crédit que vous accordez à la personne humaine. La sympathie que vous manifestez à l'égard de vos confrères est le reflet de votre esprit de complémentarité confraternelle.

Au cours de ce travail vous nous avez guidé avec une confiance constante.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Directeur de thèse

Docteur DIAKITE Salif

Gynécologue au service de Gynécologie de l'Hôpital Gabriel Touré,

Maître de Conférence à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Nous avons eu le privilège d'être votre interne, en très peu de temps vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité. Votre esprit critique, l'étendue et la richesse de votre expérience nous ont conquis à jamais.

Les mots semblent souvent ternes au regard de ce que l'on veut exprimer ; à l'hôpital comme dans la vie courante, nous avons admiré en vous la haute conscience professionnelle, le philanthrope obsédé, l'infatigable médecin désintéressé. Notre vœux le plus cher est d'essayer d'être à votre image.

Soyez convaincu que nous serons toujours votre très fidèle et respectueux disciple.

LISTE DES ABREVIATIONS

BCF :	Bruits du cœur foetal
DDR :	Date des dernières règles
DPPNI :	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
GEU :	Grossesse extra-utérine
HRP :	Hématome retro-placentaire
HTA :	Hypertension artérielle
HU :	Hauteur utérine
NFS :	Numération formule sanguine
PDE :	Poche des eaux
TA :	Tension artérielle

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
1. Objectif général	3
2. Objectifs spécifiques	3
HISTORIQUE	4
GÉNÉRALITÉS	5
A. Anatomie	5
I. Le corps utérin	5
II. Le col utérin	6
III. Le segment inférieur	6
IV. Le placenta	6
1. La lame basale	7
2. La plaque choriale	7
3. La circonférence placentaire	8
4. La circulation	8
V. Les membranes fœtales	9
1. L'amnios	9
2. Le chorion	9
3. La caduque	9
B. Pathogénie de l'hémorragie.....	10
I. Au cours du placenta prævia	10
II. Au cours de l'HRP	11
III. Au cours de la rupture utérine	12
C. Conséquences de l'hémorragie	13
I. L'affibrinémie	13
II. L'hypotuitarisme du post-partum ou syndrome de SHEEHAN ..	13
MÉTHODE ET MATÉRIEL	15
I. Cadre d'étude	15
II. Méthode d'étude	18
III. Nos contraintes	19

RESULTATS	20
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	34
I. Fréquence	34
II. Etiologie	34
III. Les aspects épidémiologiques	36
IV. Traitement et conduite de l'accouchement	39
V. Le pronostic materno-foetal	40
CONCLUSION	44
RECOMMANDATIONS	45
FICHE SIGNALITIQUE	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	58
- Protocole de thèse	
- Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement célébré dans le monde. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant cette naissance constitue pour des milliers de femmes à travers le monde un enfer personnel qui peut leur ôter la vie.

La santé maternelle et infantile demeure une priorité à travers le monde.

Les hémorragies survenant au 3e trimestre de la grossesse constituent une priorité dans la santé maternelle.

Dans les pays développés 2 à 5% des grossesses se compliquent au 3e trimestre d'hémorragies (8, 23).

Malgré les progrès certains réalisés dans le domaine de l'obstétrique, le diagnostic étiologique de ces hémorragies demeure difficile.

Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnue, le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, et la rupture utérine constituent les principales causes dans les pays sous-développés.

Si la rupture utérine n'a plus droit d'être citée parmi les causes des hémorragies du 3e trimestre dans les pays hautement médicalisés, elle constitue de nos jours l'un des principaux motifs d'évacuation sanitaire d'urgence au Mali (74).

Au Mali, elle est l'apanage des présentations dystociques sur utérus fragilisés par la multiparité et des cicatrices d'interventions antérieures, des disproportions fœto-pelviennes, des retrecissements pelviens livrés à eux-mêmes à domicile ou à des personnels non qualifiés.

Une étude retrospective sur la mortalité maternelle réalisée à l'Hôpital National du Point "G" au Mali (29) en 1996 montre que les hémorragies occupent le deuxième rang des causes de décès maternel avec un taux de 39,81% des décès enregistrés dont 39,04% de rupture utérine, 14,63% de placenta prævia et 12,19% d'hématome retroplacentaire.

Les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse sont en grande partie méconnues des décideurs comme priorités nationales et internationales.

En Afrique si les différentes étiologies ont fait l'objet d'études spécifiques, peu de travaux ont été réalisés sur la pathologie de manière générale.

Il nous a donc semblé opportun d'initier cette thèse pour mieux sensibiliser nos populations et nos décideurs et mieux orienter le personnel médical en vue d'un diagnostic étiologique précoce pour une meilleure prise en charge.

OBJECTIFS

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse dans le Service.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse ;
- Rechercher les causes des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse ;
- Evaluer le pronostic materno-foetal.

HISTORIQUE

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs. L'examen des patientes révélait parfois la présence du placenta au niveau de l'orifice du col ou à son voisinage. Il semble que c'est PORTAL qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher intra-utérin ; plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante (47). Avant 1929, les techniques de diagnostic du placenta prævia se limitaient au seul toucher transcervical qui pouvait aggraver l'hémorragie (47). A partir de cette date, la radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS NANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes de risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 (47).

De tout temps dans l'histoire de l'obstétrique, il a été question de déchirure de l'utérus mais le mécanisme était mal connu, BAUDELOQUE interpréta correctement le rôle de certains obstacles obstétricaux (41).

En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte d'une infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort (55). MICHAELLIS reconnaît les principales causes de ruptures utérines : disproportion de tête fœtale et le bassin maternel, la présentation transverse. Les premières études sur la rupture utérine en Afrique ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc (55).

Si le placenta prævia et la rupture étaient longtemps connus des auteurs comme causes d'hémorragies de fin de grossesse, il a fallu attendre 1811 et 1882 pour que l'on parle d'hématome rétro-placentaire. Mais c'est avec les travaux de COUVELAIRE et les expériences de LEPORTE et PHAM que l'étiologie de ces accidents a été individualisée (41).

Au XXe siècle, on assiste à l'utilisation de la césarienne pour placenta prævia hémorragique à travers le monde (47). Les antibiotiques à large spectre et la transfusion sanguine ont beaucoup amélioré le pronostic materno-fœtal lié à ces hémorragies.

II. LE COL UTERIN

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables.

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

III. LE SEGMENT INFÉRIEUR

Depuis BARNES on décrit à l'uterus gravide 3 segments (47) :

- le fond uterin représente 1/3 supérieur de l'utérus
- la zone intermédiaire qui correspond au 1/3 moyen
- le 1/3 inférieur qui inclut le segment inférieur et le col.

Le segment inférieur correspond à l'isthme de l'uterus non gravide. Il se forme à partir du 6e mois de la grossesse chez la primipare, un peu plus tard chez la multipare et atteint son maximum de développement au début du travail.

Sa caractéristique histologique essentielle est la minceur de sa musculuse dépourvue de couches plexiformes et constituée surtout de tissu conjonctif riche en fibres élastiques mais pauvre en fibres musculaires. Au cours du travail, c'est le segment inférieur qui facilite l'accomodation foeto-utero-pelvienne à condition qu'il n'existe aucune masse prævia susceptible d'entraver ce phénomène (47).

IV. LE PLACENTA

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3e et le 4e mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5e mois (47). Il se présente comme un disque comportant 2 faces circulaires : la lame basale d'un côté et la plaque choriale de l'autre, entre les deux une chambre intervilleuse.

1. La lame basale

Elle représente la face en contact avec la paroi utérine. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre intervillieuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de NITABUCH et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance.

Les deux couches sont constituées d'éléments syncytiaux et trophoblastiques résiduels. De la lame basale partent les cloisons trophoblastiques (septa) qui subdivisent la chambre intervillieuse en 14 à 30 cavités cotyledonnaires en direction de la plaque chorale qu'elles n'atteignent pas.

Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs, s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre intervillieuse. Quant aux veines, leurs orifices seraient répartis sur toute l'étendue de la lame basale (41).

2. La plaque chorale

La plaque chorale est en rapport avec la cavité amniotique. Histologiquement on lui décrit une couche de tissu conjonctif au sein de laquelle courent les vaisseaux allant-choriaux et une couche d'éléments syncytiaux et trophoblastiques vestigieux. Cette plaque chorale émet en direction de la chambre intervillieuse une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités :

- les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

- les villosités libres ou de nutrition, de beaucoup les plus nombreux. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

Soulignons que chaque arbre villositaire se trouve logé dans une cavité cotyledonnaire.

3. La circonférence placentaire

Elle est formée par la jonction des 3 caduques : basale, réfléchie et pariétale constituant l'anneau obsturateur de WINKLER WALDEYER (41).

4. La circulation

La circulation utéro-placentaire s'établit au 14e-15e jour de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre intervillieuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau, constituent le sinus maternel. Les cavités cotyledonnaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités.

A la périphérie de la chambre intervillieuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines uteroplacentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obsturateur de WINKLER (41).

Signalons à propos de cette circulation les 2 caractéristiques qui méritent d'être soulignées :

- la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12 m² lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable "éponge gorgée de sang".

- l'individualité circulatoire de chaque cotyledon placentaire. Il existe une simple contiguïté entre secteurs maternel et fœtal, sans mélange des 2 sangs. Nous avons en effet vu que la villosité chorale qui contient les capillaires en relations avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus comportant un revêtement syncytial. Celui-ci isole les capillaires du sang des cavités cotyledonnaires dans lequel flottent les villosités. Il n'y a donc aucune communication entre circulation maternelle et fœtale.

V. LES MEMBRANES FOETALES

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

1. L'amnios :

Tapissant en dedans la cavité amniotique. Il se présente comme une membrane mince, transparente, relativement résistante.

2. Le chorion :

Il s'agit de la portion extraplacentaire du chorion et est beaucoup la plus considérée. Mince, fibreux, transparent, il est peu résistant.

3. La caduque :

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou deciduale et comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-uteroplacentaire ou serotine de HUNTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie qui recouvre l'œuf et accolée au chorion extraplacentaire ; et enfin la caduque pariétale (caduque directe des anciens auteurs) qui tapissent la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col.

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

B. PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRAGIE

I. AU COURS DU PLACENTA PRÆVIA

Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail et posent un problème étiopathogénique qui est loin d'être résolu.

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités. Néanmoins, le fœtus qui ne souffre habituellement que de l'anoxie consécutive à l'hémorragie maternelle peut saigner dans les cas rares de rupture de villosités choriales (passage du fœtus à frottement dur) ou des traumatismes du cordon.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme des hémorragies du placenta prævia (47).

1. Théorie de distention du segment inférieur du JACQUEMIER

A partir du 6e mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie.

2. Théorie de tiraillement des membranes de PINARD

Lors des contractions de fin de grossesse ou du début de travail, la tension intra-utérine qui s'exerce sur le pôle inférieur de l'œuf est inégalement répartie sur la surface des membranes ; le "petit côté" de celle-ci étant plus sollicité que le "grand côté". A un moment, le "petit côté" moins élastique tire sur le bord inférieur du placenta et tend à décoller, provoquant ainsi l'hémorragie à moins qu'une rupture providentielle des membranes n'intervienne pour éviter cet accident.

3. La théorie du glissement

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

Ces théories qui semblent apparemment opposées sont en fait complémentaires en raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia. Le placenta, partiellement décollé, ouvre et laisse béants les sinus maternels qu'une retraction insuffisante ne parvient pas à obturer ; d'où le flot de sang qui sort de la vulve, se répétant et augmentant à chaque contraction utérine.

II. AU COURS DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Le décollement du placenta réalise un clivage au niveau de la caduque basilaire occupée par un hématome. Il peut être dû à un traumatisme ou à une ischémie aiguë passagère au niveau des artères uteroplacentaires et des vaisseaux irrigant la caduque. Secondairement la perméabilité de la zone ischémiée lésée aboutit à la constitution d'un hématome. L'hématome entraîne une compression des cotyledons et des lésions d'infarctus secondaires sur un placenta normal ou pathologique à capacité fonctionnelle insuffisante (41).

Différentes théories pathogéniques ont été avancées : spasme artériel, poussée hypertensive, rupture vasculaire, fragilité capillaire, phénomène allergique par voie humorale ou nerveuse, trouble local de l'hémostase.

Aucune théorie n'est totalement satisfaisante et différents mécanismes peuvent s'associer. Le sang extériorisé n'est pas toujours proportionnel au degré de saignement.

III. AU COURS DE LA RUPTURE UTERINE

L'hémorragie survenant à la suite de l'hémopéritoine a 3 origines (54) :

- saignement des berges utérines lésées
- la désinsertion du placenta richement vascularisé
- enfin la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus.

C. CONSÉQUENCES DE L'HÉMORRAGIE

La réduction importante de la masse sanguine qui découle de ces hémorragies comporte des conséquences maternelles redoutables en particulier l'anémie aigue, le choc hémorragique particulièrement rapide dans les hémorragies foudroyantes, l'incoagulabilité sanguine et l'hypopituitarisme du post partum. Parmi ces conséquences de l'hémorragie du 3e trimestre de la grossesse, deux sont particulièrement redoutables à savoir l'afibrinémie et l'hypopituitarisme ou syndrome de SHEEHAN.

I. L'afibrinémie

C'est un accident relativement rare, mais que le praticien rencontre parfois dans les conditions dramatiques. Plusieurs mécanismes sont évoqués pour expliquer le processus. Si certains pensent que ce sont les hémorragies particulièrement abondantes qui entraînent un appauvrissement du plasma en fibrinogène et en facteurs de coagulation ; d'autres tels que ASTRUP, KWAAN, et MAC FADZAEN par contre incriminent l'ischémie secondaire au choc hémorragique (47).

Celle-ci engendre une anoxie tissulaire au niveau des parois vasculaires. Ces tissus mortifiés libèrent une enzyme soluble, la lysokynase, qui portée à des organes, activerait le système fibrinolytique du placenta qui s'appauvrit en facteur V, en prothrombine. L'hémorragie n'a alors aucune tendance à s'arrêter, le choc s'aggrave. C'est un cercle vicieux qui s'établit.

Pour FARLANE et BIGGS, le stress dû au choc hémorragique induirait une libération massive d'adrénaline qui accroîtrait l'activité fibrinolytique du plasma. Ceci ne serait en réalité que l'exagération par le choc d'un phénomène naturel, puisque MARGULIS et ses collaborateurs ont décrit l'augmentation de cette activité fibrinolytique du plasma après un accouchement normal (47).

II. L'hypopituitarisme du post-partum ou syndrome de SHEEHAN

Un choc hémorragique grave peut entraîner une insuffisance hypophysaire par nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse ou syndrome de SHEEHAN. Il ne s'agit pas d'une nécrose embolique secondaire à une infection puerpérale comme l'avait signalé SIMONDS qui fit la première description de l'affection en

1914 ; elle n'est non plus consécutive à une thrombose veineuse comme le disait REYE en 1926 (50). D'après SHEEHAN en 1937, une hémorragie suivie d'un choc sévère provoque dans un premier stade un vasospasme des artères nourricières de l'antéhypophyse ; privée du sang pendant deux à trois heures, celle-ci se nécrose. Le vasospasme se relâche dans un deuxième temps, mais trop tard car la mort de l'organe est définitive, le terme ultime (47).

METHODE ET MATERIEL

Ce travail qui a été effectué au Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré n'a pas la prétention d'introduire une quelconque innovation aussi bien dans le diagnostic que dans le traitement des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse. Il n'a pas une vocation épidémiologique. Notre objectif essentiel est d'analyser et de faire le point de notre expérience en matière d'hémorragies du 3e trimestre de la grossesse en vue d'en dégager quelques éléments du pronostic materno-fœtal et de définir la doctrine thérapeutique du service.

I. Cadre d'étude

Nous avons choisi comme cadre d'étude l'Hôpital Gabriel Touré, cet ancien dispensaire érigé en hôpital en 1959, baptisé Hôpital Gabriel Touré en hommage à un étudiant malien décédé à Dakar. Cet hôpital par sa situation géographique (au centre de la capitale de la République du Mali) est d'accès facile. Il constitue en effet le point de référence des malades venant de la ville de Bamako (la capitale du Mali), des centres de santé périphériques ; mais aussi et parfois des évacuations des centres de santé de l'intérieur du Mali. On y note ainsi une certaine concentration des pathologies. Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population l'Hôpital Gabriel Touré comporte plusieurs services :

- la Chirurgie Générale,
- la Traumatologie,
- la Chirurgie Infantile,
- l'Urologie,
- l'ORL,
- la Médecine Interne,
- la Gynécologie-Obstétrique,
- le Laboratoire,
- la Pharmacie,
- la radiologie,
- les Urgences.

Il comporte également des boxes de consultation externe, le service administratif et le service social.

Notre étude a été effectuée dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique.

1. Organisation du service

Dans le souci permanent de fournir des prestations de qualité aux malades, le Service de Gynéco-Obstétrique situé à l'étage Nord-Ouest de l'hôpital est organisé de la façon suivante :

1.1. Structures

Le service est divisé en cinq unités qui sont au total dotées de 68 lits d'hospitalisation.

1.1.1. Unités d'accouchement

Cette unité s'occupe de l'accouchement et de la réanimation des nouveau-nés. Elle comporte une grande salle avec quatre tables, et une petite salle avec une seule table réservée à l'accouchement du personnel ou parent de personnel, une salle d'attente et une salle de réanimation.

1.1.2. Unité de césarienne

Cette unité comporte 3 grandes salles dotées chacune de douze lits et deux petites salles dotées de deux lits chacune.

1.1.3. Unité du bloc opératoire

Elle comporte une salle d'attente, une salle de toilette et une salle d'opération dotée d'une table et un appareil d'anesthésie-réanimation. Cette unité s'occupe des interventions d'urgence.

1.1.4. Unité de planification familiale

Elle comporte une salle de consultation, une salle de repos, un bloc opératoire pour la stérilisation tubaire.

1.1.5. Unité de gynécologie

Elle s'occupe des pathologies gynécologiques. Elle comporte 2 grandes salles d'hospitalisation.

En plus de ces unités, on note 4 bureaux de consultation pour les médecins spécialistes, une salle de garde pour les médecins, une salle de garde pour les stagiaires faisant fonction d'internes, 3 bureaux de majors et 3 salles de garde pour les infirmiers et sage-femmes de garde.

1.2. Le personnel

Il est composé de :

- quatre médecins spécialistes,
- un nombre variable de médecins stagiaires,
- 7 stagiaires faisant fonction d'internes,
- 26 sage-femmes,
- 5 infirmiers d'état,
- 4 infirmiers du premier cycle et 2 infirmières obstétriciennes,
- 2 aide-soignantes et 6 manoeuvres.

1.3. Les activités

Les consultations externes sont effectuées tous les jours par les médecins aux boxes et dans les bureaux des médecins.

Les consultations d'urgence sont assurées de façon rotatoires par des équipes de garde et de permanence dirigée par un médecin.

Les interventions chirurgicales programmées sont effectuées tous les mardis et jeudis ainsi que les interventions d'urgence au niveau du seul bloc opératoire du service.

Les accouchements sont effectués tous les jours au niveau de l'unité d'accouchement.

La stérilisation tubaire est assurée tous les jeudis par un médecin au niveau de l'unité de planification.

Pour assurer la formation continue au niveau du service, un staff hebdomadaire se tient soit pour exposer un thème, soit pour présenter des cas cliniques. Le staff quotidien permet d'exposer les problèmes rencontrés au cours de la garde.

II. METHODE D'ÉTUDE

1. Type d'étude et provenance de la population

Notre étude est une étude prospective qui s'est étendue sur une période de 6 mois à savoir du 1^{er} juillet 1996 au 31 décembre 1996. Elle s'est intéressée à une population de femmes en âge de procréer (15 à 45 ans) venues soit de leur domicile, soit évacuées des maternités périphériques de Bamako ou des centres de santé de l'intérieur du Mali de toutes catégories socio-économiques confondues.

2. Critères d'inclusion

- Tous les cas d'hémorragies sur grossesse au delà du 6^e mois admis dans le service.

- Les patientes admises dans le service pour d'autres motifs ayant présenté une hémorragie sur une grossesse de 28 semaines d'amenorrhée révolues au cours de leur séjour.

3. Critères d'exclusion

- Les hémorragies des 1^{er} et 2^e trimestres de la grossesse.
- Les hémorragies de la délivrance et du post partum immédiat.
- Les troubles menstruels.

4. Collecte des données

Pour effectuer ce travail correctement, nous nous sommes présentés tous les jours à l'hôpital en consultant les registres de garde et de permanence, le protocole opératoire du bloc et les registres de consultation.

Nous avons donc recueilli nos renseignements par :

- l'interrogatoire et l'examen de la patiente ;
- consultation des registres de garde et de permanence ;
- consultation du carnet de surveillance de la patiente.

Pour mieux cerner la pathologie, nous avons élaboré un questionnaire (voir en annexe).

III. NOS CONTRAINTES

Il est à noter que l'appui du laboratoire nous a cruellement fait défaut.

L'échographie qui est un examen prépondérant pour le diagnostic étiologique n'a pas toujours été possible à cause de l'absence d'un échographe dans la salle d'accouchement, de l'absence de permanence d'un spécialiste dans ce domaine et de l'urgence des cas.

L'absence de dotation en produits d'urgence et en sang au niveau du service a été dans certains cas un handicap sérieux pour leur prise en charge.

RÉSULTATS

Au cours de cette étude il y a eu au niveau du service 2.568 accouchements dont 350 césariennes et 67 cas de grossesses compliquées au 3^e trimestre d'hémorragies.

Nous avons regroupé et analysé nos résultats à partir des tableaux et graphiques suivants :

Tableau 1 : Répartition des cas suivant la profession de nos patientes

Profession	Nombres	Pourcentage
Menagère	55	82,08
Fonctionnaire	6	8,96
Elève	2	2,99
Commerçante	2	2,99
Teinturière	1	1,49
Couturière	1	1,49
Total	67	100

82,08% de nos patientes sont des ménagères.

Tableau 2 : Répartition des cas selon l'ethnie

Ethnie	Nombres	Pourcentage
Bamabara	21	31,34
Peuhl	15	22,38
Malinké	6	8,95
Sarakolé	5	7,97
Sénoufo	4	5,97
Somono	4	5,97
Bobo	3	4,47
Dogon	2	2,98
Sonrhäi	2	2,98
Ouolof	1	1,49
Maure	1	1,49
Minianka	1	1,49
Haoussa	1	1,49
Bozo	1	1,49
Total	67	100

Les Bamabra constituent 31,34% de notre population d'étude.

Tableau 3 : Répartition de nos patientes selon la tranche d'âge

Ages (en années) A	Nombres	Pourcentage
15 < A ≤ 20	8	11,94
20 < A ≤ 25	9	13,43
25 < A ≤ 30	17	25,37
30 < A ≤ 35	17	25,37
35 < A ≤ 40	11	16,41
40 < A ≤ 45	3	4,50
Indéterminé	2	2,98
Total	67	100

Tableau 4 : Répartition des patientes selon la parité

Parité = P	Nombres	Pourcentage
0 ≤ P ≤ 1	16	23,88
1 < P ≤ 4	36	53,72
4 < P ≤ 12	15	22,40
Total	67	100

nullipare = 0 ; primipare = 1 ; pancipare = 2,3, 4 ; mulpipare = 5 et plus.

Tableau 5 : Répartition des patientes selon leur provenance

Provenance	Nombres	Pourcentage
Domicile	28	41,80
Maternités périphériques de Bamako	33	49,25
Centres de santé de l'intérieur du Mali	6	8,95
Total	67	100

58,20% de nos patientes ont été évacuées soit des maternités de Bamako (49,25%) soit des centres de santé de l'intérieur du Mali (8,95%).

Tableau 6 : Répartition des cas selon le moment de survenue de l'hémorragie

Moment de survenue	Nombres	Pourcentage
Avant terme	27	40,30
A terme avant le travail	18	26,86
Au cours du travail	22	32,84
Total	67	100

Tableau 7 : Répartition des cas selon la cause de l'hémorragie

Causes	Nombres	Pourcentage
Placenta prævia	29	43,28
Hématome retro-placentaire	24	35,82
Rupture utérine	8	11,94
Causes indéterminées	6	8,26
Total	67	100

Tableau 8 : Répartition des placenta prævia selon le moment de survenue de l'hémorragie

Moment de survenue de l'hémorragie	Nombres	Pourcentage
Avant terme	12	41,37
A terme	11	37,93
Au cours du travail	6	20,70
Total	29	100

Tableau 9 : Répartition des hématomes retro-placentaire selon le moment de survenue de l'hémorragie

Moment de survenue de l'hémorragie	Nombres	Pourcentage
Avant terme	12	50
A terme	5	20,83
Au cours du travail	7	29,17
Total	24	100

Tous les 8 cas de rupture utérine sont survenus au cours du travail.

Tableau 10 : Répartition des cas de causes indéterminées selon le moment de survenue de l'hémorragie

Moment de survenue de l'hémorragie	Nombres	Pourcentage
Avant terme	3	50
A terme	2	33,30
Au cours du travail	1	16,70
Total	6	100

Tableau 11 : Répartition des étiologies selon le mode de diagnostic

Etiologies	Placenta Prævia	Hématome retro-placentaire (HRP)	Rupture utérine	Total	%
Mode de diagnostic					
Clinique	23	21	7	51	71,19
Echographie	5	1	0	6	8,95
Per-opératoire ou post partum	1	2	1	4	5,97
Total	29	24	8	61	91,04

Tableau 12 : Répartition des cas selon l'état général de la patiente à l'admission

Etat général	Nombres	Pourcentage
Bon	38	58
Mauvais	18	26
Etat de choc	11	16
Total	67	100

Tableau 13 : Répartition des cas selon l'attitude thérapeutique

Attitude thérapeutique	Nombres	Pourcentage
Césariennes + suture de l'utérus	39	58,20
Rupture de la poche des eaux	15	22,40
Traitement médicamenteux	5	7,46
Hystérectomie d'hémostase	4	5,97
Repos au lit	4	5,97
Total	67	100

Tableau 14 : Répartition des cas selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Nombres	Pourcentage
Accouchement par césarienne	48	72,73
Accouchement par voie basse	18	27,27
Total	66	100

Tableau 15 : Répartition des césariennes selon la cause de l'hémorragie

Causes	Nombres	Pourcentages relatifs	Pourcentages globaux
Placenta prævia	21	72,48	31,34
Hématome retroplacentaire	18	75	26,86
Rupture utérine	8	100	11,94
Causes indéterminées	1	16,66	1,49
Total	48	-	71,64

Tableau 16 : Répartition des cas selon le nombre de consultation prénatale

Consultation prénatale = C	Nombres	Pourcentage
C = 0	15	22,38
$1 \leq C < 4$	32	47,80
$4 \leq C < 13$	20	29,82
Total	67	100

Tableau 17 : Répartition des cas de placenta prævia associés à des antécédants obstétricaux

Antécédants obstétricaux	Nombres	Pourcentage
Avortement	10	34,48
Césarienne	3	10,34
HTA gravidique	1	3,44

Tableau 18 : Répartition des cas d'hématome retroplacentaire associés à des antécédants obstétricaux

Antécédants obstétricaux	Nombres	Pourcentage
HTA gravidique	9	37,50
Avortement	9	37,50
Césarienne	3	12,50

Tableau 19 : Répartition des rupture utérieres selon la parité

Parité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nombres	1	1	1	1		2				1		1
Pourcentages	12,5	12,5	12,5	12,5		25			12,5			12,5

Tableau 20 : Répartition des cas selon la nécessité d'une transfusion sanguine

Nécessité de transfusion sanguine	Nombres	Pourcentage
Non transfusés	41	61,20
Transfusés	26	38,80
Total	67	100

Tableau 21 : Répartition des complications maternelles selon la cause de l'hémorragie

Etiologies	Infections	Hysterectomies	Décès maternel
Placenta prævia	2	1	0
Hématome retroplacentaire	0	3	1
Rupture utériene	3	0	2
Causes indéterminées	0	0	0
Total	5	4	3

Tableau 22 : Répartition des décès maternels selon la cause du décès

Causes	Nombres	Pourcentage
Choc hémorragique	2	66,70
Septicémie	1	33,30
Total	3	100

Tableau 23 : Répartition des décès maternels selon la cause de l'hémorragie

Cause	Nombres	Pourcentage
H.R.P.	1	33,30
Placenta prævia	0	0
Rupture utérine	2	66,70
Causes indéterminées	0	0
Total	3	100

Graphique I : Représentation graphique des décès maternels selon la cause de l'hémorragie

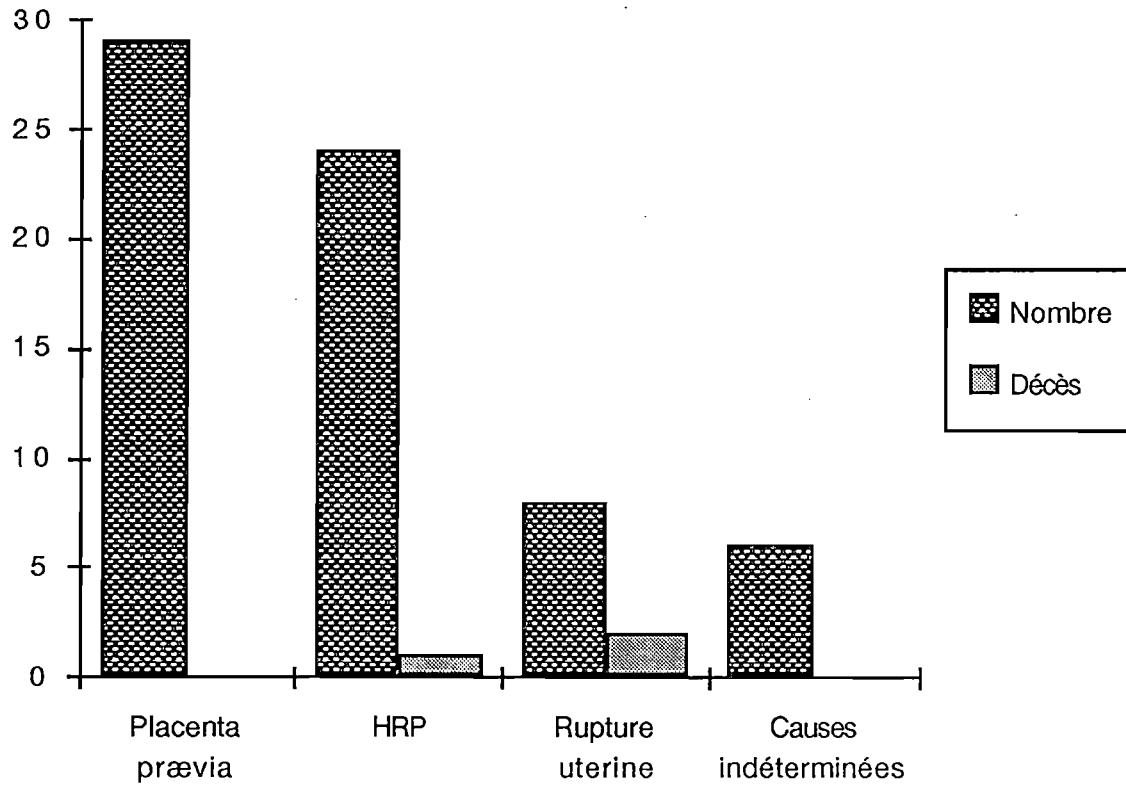


Tableau 24 : Répartition des décès maternels selon la parité

Parité = P	Nombre de décès	Pourcentage
P = 0	0	0
P = 1, 2, 3, 4	1	33,30
P > 4	2	66,70
Total	3	100

Tableau 25 : Répartition des décès maternels selon la tranche d'âge

Age (en années) = A	Nombre de décès	Pourcentage
$15 \leq A \leq 20$	0	0
$20 < A \leq 25$	0	0
$25 < A \leq 30$	0	0
$30 < A \leq 35$	1	33,30
$35 < A \leq 40$	1	33,30
$40 < A \leq 45$	1	33,40
Total	3	100

Tableau 26 : Répartition des décès selon la surveillance de la grossesse

	Nombre de décès	Pourcentage
Grossesse suivie	1	33,30
Grossesse non suivie	2	66,70
Total	3	100

Tableau 27 : Répartition des nouveaux-nés selon le score APGAR à la première minute de la naissance

Score APGAR "A"	Nombres	Pourcentage
A = 0	32	48,50
$0 < A \leq 7$	14	21,20
$7 < P \leq 10$	20	30,30
Total	66	100

Tableau 28 : Répartition des complications fœtales selon les étiologies

Etiologies	Mort-né	décès néonatal	Prématurité	Souffrance fœtale
DPPNI ou HRP	18	2	9	4
Placenta prævia	5	4	11	10
Rupture utérine	8	0	0	0
Causes indéterminées	1	0	1	0
Total	32	6	21	14

Tableau 29 : Répartition de la mortalité fœtale selon la cause de l'hémorragie

Etiologies	Nombre de décès	Pourcentages relatifs	Pourcentages globaux
DPPNI ou HRP	20	83,33	30,30
Placenta Prævia	9	31,03	13,63
Rupture utérine	8	100	12,12
Autres causes	1	20	1,51
Total	38		57,56

Cette mortalité fœtale regroupe aussi bien les mort-nés que les décès néonataux précoces.

Tableau 30 : Répartition des enfants nés de mères évacuées selon la cause de l'hémorragie

Etiologie	Nombres	Pourcentage
DPPNI ou HRP	16	24,24
Placenta Prævia	13	19,69
Rupture utérine	8	12,12
Causes indéterminées	2	3,03
Total	39	59,08

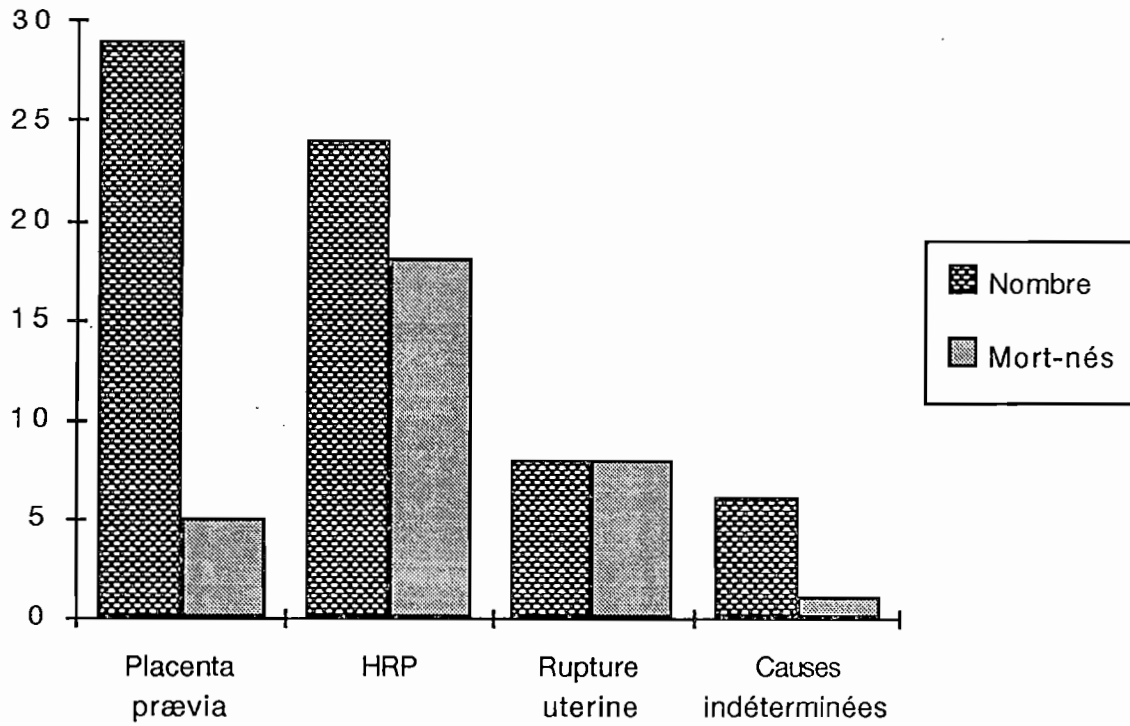
59,08% des enfants sont nés de mères évacuées.

Tableau 31 : Taux de létalité foetale chez les mères évacuées selon la cause de l'hémorragie

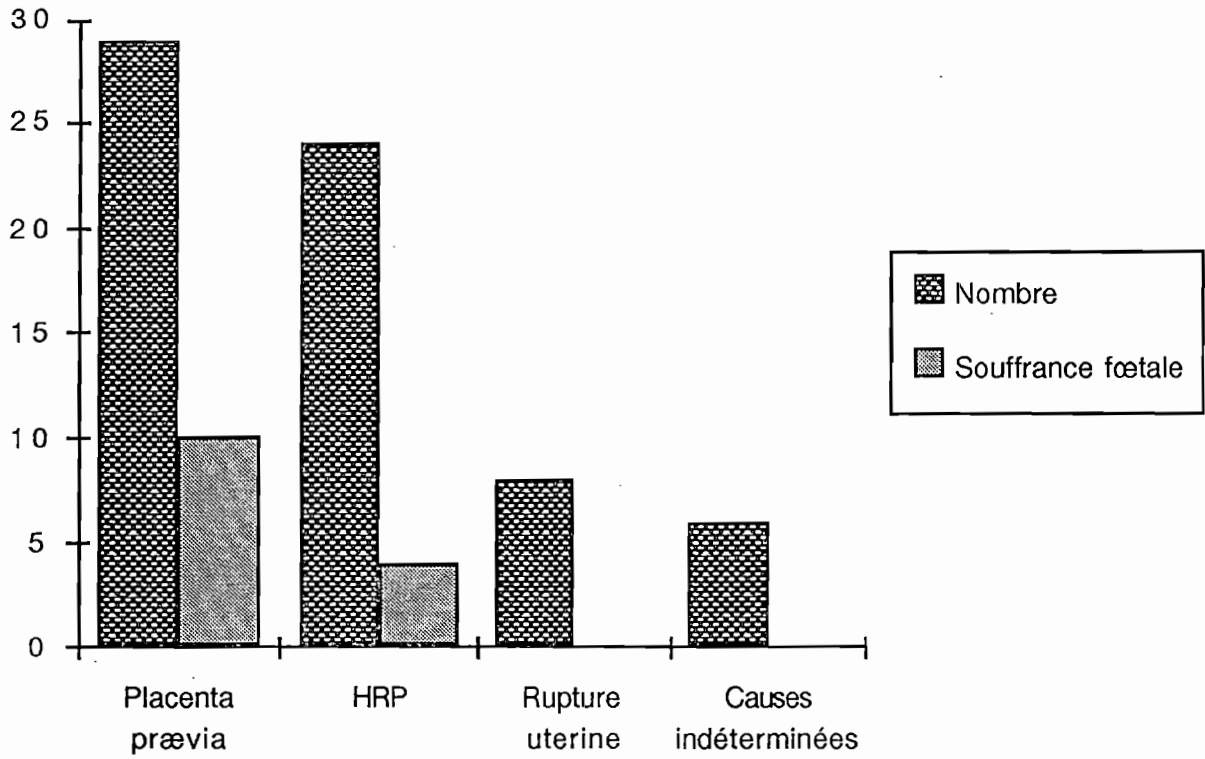
Etiologie	Nombres	Pourcentage
DPPNI ou HRP	15	38,46
Placenta Prævia	7	17,94
Rupture uterine	8	20,51
Causes indéterminées	1	2,56
Total	31	79,48

Ces décès représentent 79,48% des foetus nés de mères évacuées.

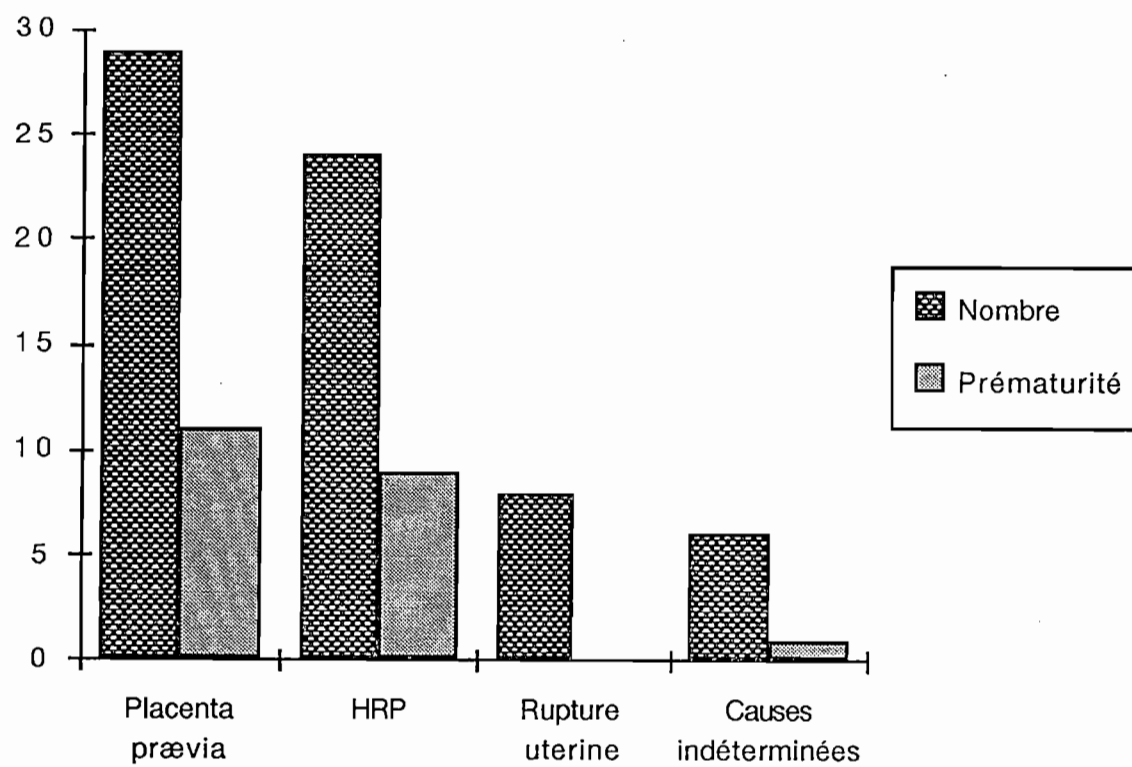
Graphique II : Représentation des mort-nés selon la cause de l'hémorragie



Graphique III : Représentation de la souffrance fœtale



Graphique IV : Représentation graphique de la prématurité



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service 2.568 accouchements dont 232 cas d'évacuations, 350 césariennes et 67 cas de grossesses compliquées au 3e trimestre d'hémorragies.

Au terme de cette étude sur les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse, un certain nombre de points mérite d'être souligné.

I. LA FRÉQUENCE

- Dans notre étude, nous avons enregistré 67 cas d'hémorragies du 3e trimestre de la grossesse soit 2,6% des accouchements.

- 39/67 de ces cas d'hémorragies du 3e trimestre soit 58,20% étaient des patientes évacuées comme le montre le tableau 5.

Cette fréquence est comparable à la fréquence moyenne de 2 à 5% rapportée dans les pays hautement médicalisés par BAUDET (8) et CAROLYN (23).

Ce taux élevé dans notre étude s'explique par le fait que celle-ci s'est déroulée dans un centre hospitalier de référence.

II. ETIOLOGIE

Le diagnostic étiologique précoce est nécessaire pour une conduite thérapeutique juste et efficace. Malgré l'existence de moyens d'investigation performants comme l'échographie, ce diagnostic étiologique reste souvent impossible. Il reste dominé par le placenta prævia. l'hématome retroplacentaire ou décollement prématuré du placenta normalement inséré et la rupture utérine.

1. Le placenta prævia

Il constitue avec l'hématome retroplacentaire l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse. Il est fréquemment rapporté dans la littérature à travers des études réalisées dans le monde sur ce sujet (8, 11, 18, 23, 29, 64).

Dans notre étude, il constitue la première cause des hémorragies du 3e trimestre avec un taux de 43,28% des cas. Ce taux est proche des 36% de FOOTE (38) et des 35% de FISH cité par BOOG (11).

Il est nettement supérieur aux taux rapportés par HELLMAN 11% et par KOHL 14% tous deux cités par BOOG (11) et aux taux de 3,7% rapporté par DOUGLAS cité par CAROLYN (23).

Dans notre étude, 10 patientes avaient un antécédant d'avortement suivi ou non de curetage, 7 patientes étaient des multipares et 3 patientes avaient un uterus cicatriciel suite à une césarienne. Le nombre important de ces facteurs associés expliquerait ce taux élevé de placenta prævia dans notre étude.

2. DECOLLEMENT PRÉMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERRÉ (DPPNI) OU HEMATOME RETROPLACENTAIRE (HRP)

L'HRP a attiré l'attention de beaucoup d'auteurs dans la survenue des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse.

C'est ainsi que FOOTE (38), HELLMAN, KOHL et BEISCHER cités par BOOG G (11) l'ont considéré comme la première cause des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse. FOOTE (38) estime ce taux à 37%, alors que HELLMAN, KOHL et BEISCHER cités par BOG (11) ont rapporté respectivement des taux de 37%, 42% et 31% des cas.

Dans notre étude, l'HRP est la deuxième cause des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse avec un taux de 35,82% proche des taux ci-dessus cités DREYFUS (29) le considère aussi parmi les causes les plus fréquentes.

Notre taux est supérieur aux 10% rapportés par FISH cité par BOOG (11).

3. LA RUPTURE UTERINE

La rupture utérine qui a disparu dans les études des pays bien médicalisés sur les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse est estimée à 4% des cas par HELLMAN et à 1% par KOHL tous deux cités par BOOG (11) en 1983.

Elle constitue de nos jours un problème d'actualité médicale en Afrique. C'est ainsi que ZINE (75) a estimé sa fréquence à 1,51% en 1995 en Tunisie ;

DIAKITE (27) a rapporté en 1985 au Mali 1/194 accouchements et HODONOU (46) a rapporté 1 cas/317 accouchements en 1983 au Togo.

Nous avons enregistré 8 cas d'hémorragies dues à la rupture utérine soit 11,94% des cas d'hémorragies et 0,31% des accouchements.

Cette fréquence élevée des ruptures utérines s'explique par le fait que notre étude s'est déroulée dans un centre de référence. Toutes ces patientes étaient des patientes évacuées (voir tableau 30) soit des maternités périphériques de Bamako, soit des centres de l'intérieur du Mali.

4. CAUSES INDÉTERMINÉES

Malgré les moyens d'investigation performants, le diagnostic étiologique des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse reste souvent impossible.

CAROLYN (23) a estimé ce taux à 58,6% en 1976 et DREYFUS (29) a rapporté en 1994 un taux de causes inconnues de 33%. Le nôtre (8,95%) malgré l'absence des moyens d'investigation sophistiqués est inférieur à ceux des auteurs cités.

5. CAUSES ASSOCIÉES

Contrairement à certains auteurs (41, 47, 58, 70, 72) nous n'avons enregistré aucun cas d'association étiologique.

L'association HRP-placenta prævia est estimée à 4,20% par GARBA (41), 3,3% par HODONOU (47), à 3,75% par KONE (58) et à 16,59% des cas par RAKOTOMALALA (72).

III. LES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les aspects épidémiologiques des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse sont comparables à ceux des causes dominantes de cette pathologie : l'âge, la parité, le niveau socio-économique.

1. L'ÂGE

HERSHKOWITZ R (45) a montré en Israël que la fréquence des placenta prævia augmente avec l'âge : 0,19% à 20-24 ans à 0,96% au delà de 35 ans.

MUZAN (67) estime que l'hématome retroplacentaire est fréquent après 30 ans et chez les jeunes primipares.

KONE M. (59) affirme que les âges maternels extrêmes (15 ans et > 35 ans) constituent la période à risque de rupture utérine.

Dans notre étude, le plus grand nombre de nos patientes avec hémorragie du 3e trimestre est recruté dans la tranche d'âge de 21 à 35 ans, soit 64,17% des cas. Cette prédominance de la période optimale de fécondité est retrouvée dans la plupart des études africaines réalisées sur les principales causes des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse. C'est ainsi que RAKOTOMALALA (72) et KONE F (58) trouvent une fréquence plus élevée de placenta prævia dans la tranche d'âge de 20-35 ans. RAKOTOMALALA (72) estime cette fréquence en Côte d'Ivoire à 71,1% et KONE F (58) à 60,70% au Mali.

La tranche d'âge 25 à 30 ans est dominante dans la survenue de l'hématome retroplacentaire au Mali par GARBA H (41).

2. LA PARITÉ

L'association de la parité et les principales causes des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse a été traitée par beaucoup d'auteurs.

Dans l'étude de KONE F (58) les multipares représentent 51,11% des placenta prævia hémorragiques et 46% des patientes de RAKOTOMALALA (72) étaient des multipares.

ZHIRIMA (77) estime à 33,3% le taux de paucipares victimes de rupture utérine.

MUZAN (67) estime que le taux d'hématome retro-placentaire augmente avec la parité.

Dans notre étude, les paucipares et les multipares constituent 76,11% de nos patientes ayant présenté une hémorragie du 3e trimestre de la grossesse.

3. LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

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

- Dans cette étude 82,08% étaient des ménagères ; 30 patientes soit 44,78% étaient analphabètes ; 2 seulement avaient un niveau supérieur.

- 22,38% de nos patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale.

- 47,80% des patientes s'étaient présentées en consultation prénatale de manière insuffisante, soit moins de 4 consultations prénatales.

4. CONDITIONS ASSOCIÉES

a. Les antécédants d'avortements

Dans cette étude, 22 de nos patientes avaient fait au moins une fausse couche suivie ou non de curetage soit 32,83% de nos patientes.

Parmi ces 22 patientes, 10 avaient présenté une hémorragie au 3e trimestre due au placenta prævia soit 34,48% des cas de placenta prævia dans cette étude et 9 à l'hématome retro-placentaire soit 37,50% des HRP.

Ce taux de 34,43% est proche des taux de KONE F (58) et GUIADEM (44).

KONE (58) a estimé en 1985 au Mali le taux des patientes victimes de placenta prævia ayant présenté au moins un antécédant d'avortement sans curetage à 25% et avec curetage à 14,28%.

Quant à GUIADEM, il estime ce taux à 34,9% pour les avortements sans curetage et à 9,5% pour les avortements avec curetage au Bénin.

b. Utérus cicatriciel

Le travail trop laborieux peut provoquer la dehiscence de l'utérus cicatriciel. La cicatrice utérine peut s'opposer à la migration du placenta vers le fond utérin et contribuer ainsi à la formation du placenta prævia.

Nous avons enregistré 9 cas d'utérus cicatriciels dus aux césariennes antérieures soit 13,43% des cas.

Ce taux est proche des 10,71% de KONE (58) au Mali mais supérieur à ceux de RAKOTOMALALA (72) en Côte d'Ivoire 3,8% et de GUIADEM (44) au Benin 4,8%).

c. L'hypertention artérielle gravidique

Au cours d'une étude retrospective portant sur 265 cas ABDELLA cité par UZAN M (77) estime que l'HRP est associé à une affection hypertensive dans 71 cas soit 26,79% dont 42 cas de prééclampsie pure, 12 cas d'HTA chronique compliquée de prééclampsie et 17 cas d'HTA chronique.

Cette pathologie gravidique a été notée chez 10 patientes dans notre étude dont 9 cas d'HRP soit 37,50% des cas d'HRP.

Ce taux est supérieur aux 20% de GARBA (41) mais inférieur aux 47% de PRITCHARD cité par GARBA (41).

Il est comparable à la fréquence moyenne de 20 à 50% estimé par CHARASSON (18).

IV. TRAITEMENT ET CONDUITE DE L'ACCOUCHEMENT

- La thérapeutique a été chirurgicale dans 86,57% des cas dont 58,20% de césarienne, 22,40% de rupture artificielle de la poche des eaux et 5,97% d'hystérectomie d'hémostase.

- Nous avons observé l'expectative dans 5,97% des cas.

- Nous avons effectué 48 césariennes/66 soit 72,73% dont 18,75% uniquement pour sauvetage fœtal.

- L'accouchement a été effectué par la voie naturelle dans 27,27% des cas.

Ce taux est proche du taux de césarienne de KONE F (58) 76,78% au Mali.

Il est inférieur à celui de HUANG (49) estimé à 94,11% à Traipei en 1990, à ceux de GREEM et DUMONT (81% et 79% cités par HODONOU (47).

Il est supérieur au taux de RAKOTOMALALA (72) 42,1% et aux 11,04% rapportés par HODONOU (46).

Ce taux élevé de césarienne s'explique par la doctrine du service basé sur le double souci de sauvetage fœtal en général et maternel en particulier.

V. LE PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

Nous n'avons pas pu suivre la suite de la grossesse après le traitement chez une de nos patientes qui a disparu de vue. C'est pourquoi dans cette étude du pronostic materno-fœtal l'effectif total des mères est réduit à 66 et le nombre total des nouveau-nés est égal à 66. Ce pronostic materno-fœtal est fonction de l'étiologie et de la conduite thérapeutique.

1. Le pronostic maternel

1.1. Le taux de létalité

Le taux global de létalité au cours des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse est de 4,54%, c'est-à-dire 3 décès maternels sur 66 cas.

Les hémorragies du 3e trimestre représentent 18,75% des causes de décès maternel total (3/16 cas de décès maternel survenus dans le service pendant la période d'étude).

- Au cours du placenta prævia

Le taux de létalité rapporté aux seuls cas de placenta prævia est nul dans notre étude.

FOOTE (39) et KRUSCHWITZ (60) ont trouvé le même résultat dans les pays médicalement mieux équipés ; alors qu'on trouve des taux relativement significatifs dans certaines études africaines (47, 56, 61, 72).

HOUSSOU H (48) et LOKOSSOU (62) estiment respectivement ce taux au Bénin à 1,15% et à 5,9%.

KONE (58) a rapporté au Mali un taux de 1,7% en 1985 et RAKOTOMALALA (72) 0,9% en Côte d'Ivoire.

HODONOU (47) a rapporté en 1968 à Dakar un taux élevé de 11,30%. Cette amélioration du pronostic maternel au cours du placenta prævia s'explique par la prise en charge précoce de ces cas.

- Au cours de l'hématome retroplacentaire

Nous avons enregistré un cas de décès maternel sur les 24 cas d'hématome retroplacentaire soit un taux de létalité de 4,16%. Ce taux est très proche de celui rapporté par GARBA (47) en 1988 au Mali 4,23%.

- Au cours de la rupture utérine

Si le taux de létalité est bas au cours du placenta prævia, il demeure élevé au cours de la rupture utérine.

Sur les 8 cas de rupture utérine, nous avons enregistré 2 décès soit 25%.

Ce taux est proche de ceux de KONE (59) 20%, de BOUICHOU (12) 18% et de KABA (53) 22,30%.

Il est inférieur au taux rapporté par KANE (55) 36,06% au Mali en 1972.

ZMIRIMA (78) et ELMANSOURI (33) ont rapporté des taux relativement bas au Maroc : 2,5% et 0,5%.

Ce taux de létalité maternel élevé dans notre étude s'explique par les évacuations tardives.

1.2. La morbidité maternelle

Elle reste dominée par l'infection post-opératoire et le choc hémorragique et ses conséquences.

Nous avons effectué 4 hystérectomies d'hémostase soit 6,06% des cas et enregistré 5 cas d'infection post-opératoire soit 7,57%.

2. Le pronostic foetal

Le pronostic foetal est dominé par la prématurité. Malgré les progrès considérables réalisés dans la prise en charge des prématurés, le pronostic foetal reste sévère dans les pays sous médicalisés. Ce pronostic est fonction de la cause de l'hémorragie, de la prise en charge immédiate des prématurés et des nouveau-nés en pédiatrie.

Sur 66 nouveau-nés, 32 étaient morts in utero, 6 décédés au cours de l'accouchement et les 24 heures qui ont suivi l'accouchement, soit un taux global de décès périnatal de 57,57%.

Nous avons enregistré 21 cas de prématuré, soit 31,81% des cas. Le taux de létalité foetal est fonction de la cause de l'hémorragie.

2.1. Au cours de l'hématome retroplacentaire

Nous avons enregistré 18 cas de mort foetale in utero et 2 cas de décès néonatal précoce, soit un taux de létalité de 83,33%.

Ce taux est supérieur au 62,5% rapporté par GARBA (41) en 1988 au Mali.

Les 18 cas de mort foetale in utero, soit 26,86% des cas confirme l'argument de MUZAN (67) qui estime que 30 à 50% des HRP se compliquent de mort foetale in utero.

2.2. Au cours du placenta prævia

Nous avons enregistré 5 cas de mort foetale in utero et 4 décès néonataux, soit un taux de létalité foetale de 31,03%.

Ce taux est comparable à ceux rapportés par les auteurs africains concernant le placenta prævia : 30,35% pour KONE (58) au Mali, 38,5% pour RAKOTOMALALA (72) en Côte d'Ivoire et 42,07% pour HOUESSO (48) au Benin.

Il est inférieur au 60% de HUANG (49) en Asie.

2.3. Au cours de la rupture utérine

Le pronostic foetal au cours de la rupture utérine est plus sévère. Les 8 enfants nés sur rupture utérine étaient tous morts in utero, soit 100% des naissances.

Ce pronostic très sévère est signalé également par DUVERGER (32) qui a rapporté un taux de mort infantile à 100% et par DOLO A (28) avec un taux de 90,5%.

On note une certaine amélioration du pronostic foetal chez certains auteurs : ZHIRIMA (78) rapporte un taux de 48% et ELMANSOURI (34) un taux de 58%.

Ce taux très élevé s'explique par les évacuations tardives.

D'une manière générale, ce taux global de décès périnatal de 57,57% au cours des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse est un taux très élevé malgré un taux de césarienne de 72,73%. Il constitue le tribut que payent les enfants nés des mères évacuées du secteur rural et de la périphérie de Bamako, à la déficience de nos structures sanitaires. Huit (8) enfants dont les bruits du cœur étaient positifs sur la fiche dévacuation, étaient morts in utero à l'arrivée dans le service.

CONCLUSION

Du 1er juillet 1996 au 31 décembre 1996 nous avons colligé au service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré 2.568 accouchements dont 232 cas d'évacuations et 67 cas de grossesses compliquées au 3e trimestre d'hémorragies.

Dans notre étude au Mali, un pays sous médicalisé :

- La fréquence des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse est de 2,6% des accouchements effectués.

- Les hémorragies de fin de grossesse ont un caractère étiologique varié duquel dépend la conduite thérapeutique.

Cette étiologie est dominée par le placenta prævia 43,28% des cas, l'hématome retroplacentaire 35,82% des cas et la rupture utérine 11,94% des cas. Les causes indéterminées constituent un taux de 8,96%.

- La tranche d'âge la plus touchée est de 26 à 35 ans. L'âge moyen de nos patientes est de 29,8 ans.

- Le taux de létalité maternelle est de 4,54%, soit 18,75% des causes de décès maternel. Il varie en fonction de la cause de l'hémorragie.

- Malgré un taux de césarienne de 72,73%, le taux de létalité fœtale reste élevé : 57,57% des naissances dans notre étude.

Enfin nous pouvons affirmer que l'angoisse qui nous hante devant ces hémorragies du 3e trimestre de la grossesse n'est que le reflet de l'expression de la déficience de nos structures sanitaires. C'est pourquoi nous pensons qu'elle pourra se dissiper un jour si certaines conditions sont réunies.

Pour atteindre cet idéal, nous avons formulé quelques recommandations :

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

1. Au personnel de santé

- La formation continue par des conférences, des journées de formation et des staffs.
- La surveillance prénatale correcte de la grossesse.
- la sensibilisation des gestantes sur le danger vital des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse aussi bien pour la mère que le fœtus.

2. Aux gestantes

- De se rendre régulièrement en consultation prénatale.
- De se rendre immédiatement en consultation en cas d'hémorragie sur grossesse quelque soit son importance.
- D'éviter les accouchements à domicile.
- D'accoucher dans des centres obstétrico-chirurgicaux en cas d'antécédants d'intervention chirurgicale sur l'utérus.
- D'espacer les naissances par les moyens de contraception.
- D'éviter les avortements provoqués.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KANE
Prénom : Famakan
Titre de la thèse : Contribution à l'étude des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse à l'Hôpital Gabriel Touré
Année universitaire : 1997 - 1988
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali
Secteur d'intérêt : Hémorragies du 3e trimestre de la grossesse

Résumé :

Les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse constituent de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno-fœtal.

Pour apprécier ce pronostic materno-fœtal, nous avons effectué une étude prospective à l'Hôpital Gabriel Touré pendant 6 mois en 1996.

La fréquence de l'affection est de 2,6%. Le placenta prævia représente la première cause de ces hémorragie avec 43,28% suivi du décollement prématuré du placenta normalement inséré dans 35,82% et de la rupture utérine dans 11,94% des cas. A noter que dans 8,95% des cas la cause de l'hémorragie reste inconnue.

Le pronostic maternel est dominé par un taux de mortalité de 4,54% et d'infection de 7,57%.

Quant au pronostic fœtal, il est dominé par la mortalité fœtale qui est de 57,57%.

Une prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres permet d'améliorer le pronostic materno-fœtal au cours de ces hémorragies du 3e trimestre de la grossesse.

Mots clés : Grossesse, hémorragies, 3e trimestre.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGRANJON G., CHEVALL
Opération césarienne abdominale
Encycl Med-chir, Paris Obstet 510 A10 1978.
2. ALAIN J, CACAULT, LALANDE, J. MANE
Urgence en garde de Gynécologie et Maternité.
Paris 1986, édit Malarion 1986.
3. ANDRE R.
Les conditions de sécurité de la transfusion.
Maternité 1953 12 P 43-52.
4. ASTRUP T.
Fibrinolysis in the organism
Blood N.Y 1956 11 P 781.
5. BA R.
La césarienne dans un centre de santé rural. A propos de 110 cas opérés à
Bougouni.
Thèse Med Bamako 1978.
6. BARRAT J, DARBOIS Y
Decollement prématuré du placenta normalement inséré.
Encycl Méd-chir Paris, obstet 1974 - 5071.
7. BARRIER J, LEWIN D, VIGNERON M
L'hématome retroplacentaire ou decollement prématuré du placenta
normalement inséré (DPPNI).
In traité d'Obstét Manson edit, Paris 1985.
8. BAUDET J, AUBARD Y
Hémorragie du 3e trimestre de la grossesse orientation diagnostique
Revue du Praticien 1994, vol 44, 12, 1965-1970.

9. BENDER
Placenta prævia and previous lower segment cesarean section.
Surg Gynecol - Obstet 1954, 98, 625-628.
10. BONAFOS N, SERFATI M, LE CANNELIER
Du pronostic fœtal dans le placenta prævia.
Bull-Fed Gyneco-Obstet lang Franc 1953, 5, 4, 436.
11. BOOG G
Le placenta prævia
Encycl Med-chir Paris Obstet 1983, 5069 A10, 6.
12. BOUICHOU Y
La rupture utérine. A propos de 116 cas opérés au CHU d'Abidjan.
Thèse Med Abidjan 1972 N° 27.
13. CAER G, BAKASSA, ALLANG A
La rupture utérine en Afrique noire.
Med Afr-Noire 1963 527-530.
14. CAMARA S (ÉPOUSE KABA)
Evaluation sanitaire d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'étude.
Thèse Med Abidjan 1986, N° 714.
15. CARNET L
Rupture utérine avec enfant vivant
Med Tropicale 1969, 29, 2, 201-203.
16. CAZENAVE J.C., BREDA J.V., BELLIER L., NICOLOSO E., COUBREL L.J.
Les ruptures utérines en Afrique noire, un problème d'actualité.
Chirurgie 1988, 114, 76-82.
17. CHAMPAUL T
Rupture utérine : Expérience africaine de 64 cas.
J. Gyneco-obstet-Biol-Reproduct 1978, 7, 855-860.

18. CHARASSON T, FOURNIE A
Les hémorragies du 3e trimestre de la grossesse : Les urgences en gyneco-obstet.
Revue française de gyneco-obstet 1994, vol 89, N° 11, 560-569.
19. CHASTRUSSE L, JAUBER JL, MORIN J
Le décollement prématuré du placenta inséré bas.
Rev Franç gyneco-Obstet 1994, 89, 11, PP 560-569.
20. CHATAIGNON C
Considération sur 114 cas de placenta prævia observés en 10 ans à la maternité A PINARD.
Thèse de Med 1962, N° 1364.
21. CHELLI H
Aspect des ruptures uterines à la maternité de l'Hôpital Charle Nicola au cours des 5 dernières années 1969-1973.
22. COLAN J, UZANS
Hematome retroplacentaire ou DPPNI
Encycl Med-chir Paris Obstet 1985-5071.
23. CAROLYN C, LOBUE
Hémorragie du 3e trimestre de la grossesse : Surveillance, complications, traitement (traduction française et adaptation de la 1ère édition américaine de «Manuel of Obstetric».
Edited by Kenneth R. Niswander-Reimpression 91-263-272.
24. COULIBALY PM
Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au Mali
Thèse de Med 1986 N° 16.
25. DAKONO G
Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement (bilan 10 ans d'observation 1980-1989)
Thèse Med Bamako N°4.

26. DEPRE T, MOSSER S, MONNIER J, BOUTHOS RS, DUCROY AS, JOMIN S, CHRISTIAENS J, KRIVOSIC, HORBER R
Anevrysmes cérébraux et grossesse : 4 cas
J de Gyneco-obstet-biol-Reproduct Fra 1952 vol 21, 8, 947-954.
27. DIAKITE M.
Les ruptures uterines : A propos de 41 cas observés à Bamako.
Thèse de Med, Bamako 1985, N° 10.
28. DOLO A., KEITA B., DIABATE FS, MAIGA B.
Les ruptures uterines au cours du travail : A propos de 21 cas observés au service de Gynecol-Obstet de l'Hôpital National du "Point G" à Bamako.
Dakar, Med 1990, 35, 1, P 61-64.
29. DRAVE N.A.
Etude retrospective de la mortalité maternelle dans le service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du Point G de 1991 à 1994 : 103 cas
Thèse Méd. Bamako 1996 N°
30. DREYFUS M
Métrorragie du 3e trimestre (Métrorrhagea during the final three month pregnancy).
J. de Med de Strasbourg Fra 1994 vol 25 N° 3-4 P 137-141.
31. DUMONT M.
La grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées de plus de 35 ans.
J Gyneco-obstet 156, 6, 515-525.
32. DUVERGER, BREDAY
Les ruptures uterines. A propos d'une serie de 52 cas de "brousse".
Med Tropicale, Juillet-Septembre 1988, Volume 48, N° 3.

33. EKOUNDZOLA JR, ILOKI H et Coll.
La mortalité au CHU de Brazzaville.
Résumé des rapports de communication des 4e journées de la SAGO et 3e journées de la SIGO.
Abidjan 9-10-11-12-13 Dec 1996.
34. EL MANSOURI A.
La rupture utérine : A propos de 50 cas
Rev. Fra Gynecol-Obstet, 1995, 90, 4, 208-214.
35. EL MANSOURI A.
Accouchement sur un uterus cicatriciel : A propos de 150 cas.
Rev. Gynecol-Obstet, 1994, 89, 12, 606-612.
36. FAGUE R
L'Hystérectomie à travers l'histoire.
Thèse de Med, Paris 1970, N° 11.
37. FERRE J
Le traitement medico-chirurgical des ruptures utérines.
Afr. med 1970, 10, 143-348.
38. FILIPOV E, RUSEVA R.
The location of the placenta in pregnant women with one or more post cesarean section.
Akusherstro i Ginekologii 1995, 3, 34, PP 7-8.
39. FOOTE, FRASER
Placenta prævia.
Am.J Obstet-Gynecol 1960, Vol 50, N° 1, 10-16.
40. FOSCOLOS
Données statistiques sur placenta prævia.
J. International. Coll. Surgeon 1964, 42, 1, 40-46.

41. GARBA H.
Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et ses formes graves. Bilan d'une année d'étude sur 70 cas recueillis à l'Hôpital Gabriel Touré à Bamako-Mali.
Thèse Med Bamako 1988, N° 1.
42. GAVAL M
Anatomie et physiologie de l'isthme.
Thèse Med, Paris 1950, N° 155.
43. GRANJON A, CHEVALLIER G
Opérations césariennes abdominales.
Encycl Med-chir, obstet 11568, 5102 A10 P4.
44. GUIADEM.F.A.
Contribution à l'étude des hémorragies du 3e trimestre de la grossesse et de l'accouchement. Epidemiologie et thérapeutique (A propos de 301 cas colligés à la maternité du CHU de Cotonou)
Thèse de Med, Cotonou 1990, N° 510.
45. HERSHKOWITZ R, FRASERD, MAZOR M, LEIBERMAN JR
One or multiple previous cesarean section are associated with similar increased frequency if placenta prævia.
Europ J. Obstet-Gynecol-Reproduct-Biol 1995, 62, PP 1985-1988.
46. HIBBARD LT
Placenta prævia.
Am J. obstet Gynecol 1969, 104, 172-184.
47. HODONOU EK
Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar.
Thèse Med 1968, N° 18.
48. HOUESSO H
Contribution à l'étude du placenta prævia en république Populaire de Benin (A propos de 698 cas).
Thèse de Med, Cotonou Benin 1983, N° 15.

49. HUANG Y, DAI Z
Cesarean section in placenta prævia.
Chirurg Hua I Hsuch, Tsac Chih Traipei 1990, 1, 70, PP 19-15.
50. ILOKI LH, OKONGO D, EKOUNDZOLA
Rupture uterine en milieu africain, 59 cas colligés au CHU de Brazzaville.
J Gyneco-obstet 1994, 23, 922-925.
51. IYASU S, SAFTLAS AK, ROWLEY DL, KOONIN LM, and Coll
The epidemiology of placenta prævia in the United States 1979 through 1987.
Am J. Obstet Gynecol 1993 (5), 168, 1424-1429.
52. JEFEREY M, BARRET MD and Coll
Induced abortion : A risk factor placenta prævia.
Am J. Obstet Gynecol 1981, 141, PP 769-772.
53. JOHNSTON H
The conservative management some varieties of placenta prævia.
Am J Obstet-Gynecol 1945, 50, 248.
54. KABA CS
Rupture uterine : Considérations épidémiologiques et pronostic materno-foetal dans un service de référence à propos de 269 cas.
Memoire de CS Gynecol-Obstet, Année 1993
55. KANE M
Rupture uterine à propos de 61 cas observés à l'Hôpital du Point G.
Thèse Med Bamako 1979 N° 10.
56. KEITA N, DIALLO, IJAZY, BARRY M, TOURE B.
Rupture uterine à propos de 155 cas observés à Conakry.
J. Gynecol-Obstet 1989, 18, 1041.
57. KETIA SB.
Placenta prævia : Facteurs de risque, pronostic de l'accouchement.
Thèse Med, Bamako 1997, N° 47

58. KONE F.
Contribution à l'étude du placenta prævia hémorragique à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 56 cas.
Thèse Med, Bamako 1989, N° 48.
59. KONE M, DIARRA S
Rupture utérine au cours de la grossesse.
Encycl Med-chir (Paris France) Obstet 5080 A10 1995, 7P.
60. KRUSCHWITZ S
Traitement du placenta prævia de 1950 à 1959 à la clinique gynécologique universitaire de Freifswald
Munch Med Swsch 1960, 102, 1, 2547-51.
61. LARCANA, LAMBERTH, LAPREVOTE, HEUILLY MC, DURAN DL et COLL
Coagulopathie de consommation survenant au cours de l'état gravidoprierperal.
Rev française Gyn-obst 1987, 6, 423-436.
62. LOKOSSOU A
Mortalité maternelle au centre hospitalier départemental de référence de Oumé. Etude retrospective de Janvier 1995 à Mars 1996. Résumé des rapports de communications des 4e Journées de la SAGO et 3e Journées de la SIGO à Abidjan 9-10-12-13 Déc 1996.
63. MERGER, LEVY J, MELCHOIR H
Placenta prævia : Precis d'obstet. Paris Masson 1985 P755.
64. MENON MKL
Etude du traitement du placenta prævia.
J Obstet-Gyncol 1963, Vol 70, N° 5, 787-794.
65. MILLIEZ J
Hémorragie du 3e trimestre de la grossesse : Orientation diagnostique.
Rev Fr du Praticien Fra 1991, Vol 41, N° 9, 835-838.

66. MONICA G, LILJA C
Placenta Prævia maternal smoking and recurrence risk.
Acta Obstet-Gynecol Scand 1995, (5), 74, PP 341-345.
67. MUZAN, HADDAD B, UZANS
Hematome retroplacentaire.
Encycl Med-Chir (Paris) Obstet 5071, A10, 1995.
68. NIEMINE V, KLINGE
Placenta prævia et implacenta basse du placenta.
Acta obst-gyne Scand 1963, 42, 4, 339-357.
69. PEDOWITZ P
Placenta prævia.
Am J obstet Gyn 1960, 80, 1, 10-16.
70. PINERD G, PETRO V, MALIN, BEDAYA, N'GARO
Cesarienne pour le décollement prématuré du placenta ou apoplexie
uterine au centre hospitalier de Bangui du 26 juin 1975 au 30 juin 1976.
Med Afr. Noire 1976, 26, (8-9), 556-658.
71. PONTONNIER G, FOURNIE A, REME I, GRANDJIAN N
Souffrance fœtale aiguë.
Encycl Med-chir (Paris) Obst 5077, A30, 6 1990, 14 P.
72. RAKOTOMALALA
Placenta Prævia : Aspect épidémiologique, pronostic fœto-maternel. A
propos de 235 cas colligés au service de Gynécologie et d'Obstétrique du
CHU de Cocody.
Memoire de CES de Gynecol-Obstet, Abidjan 1994.
73. RIVIERE, MAHOH et Coll
26 observations du placenta du décollement placentaire du placenta
inséré bas.
Etude clinique.

74. THIERO M.
Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'Hôpital Gabriel Touré (A propos de 160 cas).
Thèse de méd, Bamako 1995, N° ___
75. TRAORE Y
La rupture utérine à l'Hôpital National du Point G. Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques (A propos de 180 cas).
Thèse Med, Bamako 1997, N° 27.
76. TOW W, LEUNG WC
Placenta prævia and previous cesrean section.
Intern, J. Gynecol-Obstet, 1995, (1), 51, PP 25-31.
77. UZAN M, HADDA D, UZAN S
Hématome retroplacentaire
Encycl Med Chir (EPsevier, Paris) Obstet 5071 A10, 1995.
78. ZHIRIMA, ADERDOUR M, ZAHER N
Etude comparative de 2 series de rupture utérine colligés au CHU Averrose de Casablanca de 1979 à 1981 et de 1984 à 1986.
J. Gynecol-Obstet-Biol-Reproduct, 1983, 18, 206-212.
79. ZINE S, ABED, SAFAR E, MOUELHI T, CHELLI H
Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 106 cas observés au centre de maternité de Tubis (Tunisie)
Rev. Fr. Gynecol-Obst, 1985, 90, 3, 166-173.

ANNEXES

PROTOCOLE DE THÈSE

SUJET : LES HÉMORRAGIES DU 3^e TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

DOSSIER N° _____

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom _____ Prénoms _____
Age _____ Ethnie _____
Profession _____ Domicile _____
Taille _____ Poids _____
Etat civil _____ Profession du mari _____

Niveau intellectuel	Analphabète	_
	Primaire	_
	Secondaire	_
	Supérieur	_
	Autres	_ à préciser

Lieu de provenance de la patiente _____

II. ANTÉCÉDANTS

1. Médicaux

HTA |_ | Diabète |_ | Néphropatie |_ |
Autre |_ | à préciser

2. Chirurgicaux

Hernie |_ | Occlusion |_ |
Appendicectomie |_ | Autre |_ | à préciser

3. Gynécologiques

Durée des règles :	Caractère du cycle :
DDR _	Contraception Oui _ Méthode
GEU _	Durée
Curetage _	Non _
Autre _ à préciser	Myomectomie _
	Plastie tubaire _

4. Obtétricaux

Gestité |__| Parité |__|
Nombre de césarienne |__| Nombre d'enfants vivants |__|
Avortements |__| Spontanés |__| Provoqués |__|
Avec curetage |__|
Sans curetage |__|

III. GROSSESSE ACTUELLE

Désirée |__| Suivie |__|
Non désirée |__| Non suivie |__|

Evénements survenus au cours de la grossesse

HTA |__| Diabète |__|
Œdème |__|

Albumine dans les urines | 1er trimestre |__|
| 2e trimestre |__|
| 3e trimestre |__|

Saignement antérieur | 1er trimestre |__|
| 2e trimestre |__|
| 3e trimestre |__|

Si Oui quelle était la cause

Ce saignement a-t-il nécessité un traitement Oui |__|
Non |__|

Ce saignement a-t-il nécessité une hospitalisation Oui |__| durée :
Non |__|

Ce saignement a-t-il nécessité une transfusion Oui |__|
Non |__|

IV. TABLEAU D'ACCUEIL

Motif d'admission Terme de la grossesse : _____

1. Nature de l'hémorragie

Saignement spontanée |__| Saignement au contact |__|
Indolore |__| Dououreux |__|
Hémorragie minime |__| Abondante |__| Grave |__|
Sang rouge vif |__| Noirâtre |__| Présence de caillot |__|

2. Examen de la patiente

Etat général Bon |__|
Mauvais |__|
Choc |__|

Conjonctives colorées |__| Pâleur |__| TA =

Etat du col

Dilatation :

Etat du bassin :

Présentation céphalique |__| Traverse |__| Siège |__|

Mouvements fœtaux Positifs |__| BCF Positifs |__|
Négatifs |__| Négatifs |__|

HU :

3. Examens complémentaires

- Bilan de coagulation
- NFS
- Groupage-Rhésus
- Albumine - urines
- Sucre - urines
- Azotémie
- Glycémie
- Echographie

4. Traitement reçu

5. Diagnostic retenu

Placenta prævia Marginal |__| Hématome retroplacentaire |__|
Recouvrant |__|
Rupture utérine |__|
Autre |__| à préciser

V. ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

- Repos au lit |__| Traitement médical |__|
- Rupture de la PDE |__| Césarienne ou suture de l'utérus |__|
- Hystérectomie d'hémostase |__|

VI. MODE D'ACCOUCHEMENT

- Voie basse |__| Césarienne |__|
Motif de la césarienne :

VII. PRONOSTIC FOETAL

Poids :

Taille :

Sexe :

Enfant vivant Réanimé |__| Score d'APGAR à la première mn |__|
Non réanimé |__|

Enfant mort in-utéro |__|

- Transféré à la Pédiatrie Oui |__| Motif :
Non |__|

- Durée d'hospitalisation à la Pédiatrie :

- Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie :

VIII. EVOLUTION DE L'ÉTAT DE LA MÈRE

Durée de l'hospitalisation :

Complications survenues au cours de l'hospitalisation

- Infection |__| à préciser
- Phlébite |__| Embolie pulmonaire |__| Autre |__| à préciser
- Décès |__| préciser la cause

Etat satisfaisant à la sortie |__|

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 dans les maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 de mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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.