

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTÉ DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

Thèse

**PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DES
HÉMORRAGIES DU 3^{EME} TRIMESTRE
DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA CII**

Présentée et soutenue publiquement le 03/10/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Félix DJEGOLBE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

Jury

Président (e) : Mr Mamadou SIMA, Maitre de conférences

Directeur/trice : Mr Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences agrégé

Co-directeur/trice: Mr Bakary Abou TRAORE, Chargé de recherche

Membre(s) : Mr Ibrahim Ousmane KANTE, Maitre de conférences

Mr Etienne TOGO, Gynécologue-Obstétricien

DÉDICACES

De tout mon cœur je dédie cette thèse :

À ma mère NODJIMADJI GADMADJI Rabam

Pour ton amour, tes prières et ton encouragement durant toute ma vie.

Avec un cœur rempli de joie et d'amour, je te remercie ma très chère maman, puisse Dieu vous accorder une longue vie. Je t'aime maman.

À mon père GADMADJI Daniel

Pour ton amour, ta compréhension et surtout tes innombrables sacrifices.

Je te remercie infiniment d'être pour moi un exemple de persévérance, de patience, de courage et de Foi en DIEU.

Que Dieu te procure bonne santé, bonheur, longue vie et du courage dans son ministère et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À mes oncles et Tantes,

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier ; merci pour vos bénédictions, votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Trouvez ici ma profonde gratitude. Que Dieu vous accorde longue vie

À mes frères et sœurs, Reouhiri Gédéon, Ramadji Gui, Melom Shalom, Nodji Grace et Mendiguilembaye Persévérance.

« En témoignage de mon affection fraternelle et de ma profonde reconnaissance je vous souhaite une vie de bonheur et de succès, puisse Dieu nous bénir dans nos projets, ensemble nous pouvons mieux faire. Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde. »

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

À « DIEU »

Le Tout Puissant, le très miséricordieux, qui m'a donné la force, le courage, la patience, la persévérance pour réaliser ce modeste travail. Mon rêve devient enfin une réalité, merci pour tout, Père.

« Gloire à Toi »

À tous nos maitres de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako,

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères »

Au médecin chef du CSRéf de la CII

Merci de m'avoir accueilli dans votre Centre et permis de réaliser ce travail.

À mes chers maîtres du service de Gynéco-Obstétrique de la CII :

Pr Seydou Z Dao, Dr Traoré Abou Bakary, Dr Konaté Sackoba, Dr Togo Etienne.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de ma formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

À mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la CII

Dr Dembélé Bakary dit Django, Dr Koné Bakary, Dr Boité Adama, Dr Camara Youssouf, Dr Mamadou Traore, Dr Abdoul Aziz Togo, Dr Boré Mamadou, Dr Sangaré Brehima, Dr Ibrahim Dabo.

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

À toutes les sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CSREF de la CII :

Merci pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

À tous mes collègues internes du CSREF de la CII :

Alassane Poudiougou, Abdoulaye Fofana, Yaye Camara, Samaté Yekegnou, Santara Moctar, Ali Keitagou, Awa Sy et Condé Ibrahim.

Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

À toute ma promotion (P13) : Merci pour les bons moments partagés. Fraternité, solidarité et entente nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour nous tous. Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie de médecin qui commence, courage.

À toutes ces personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin :

Mon grand frère Singamong Constant, Papa Mbaihilamketté Nakounda Moise, Papa N'Djerareou Abel, Papa Gadnodji Prosper et Maman Marguerite, grand frère Djekoukousse Yagoua, frère Armand Djegoltar, maman Zilpha Namadji, frère Doudet Ange Adimatcho, Past Barka Kamnadj, Papa Dounia Bere ,Famille PENDA, Couple Dr Josephine et Jacques Toralta, etc.

Merci pour vos soutiens multiples, Que Dieu vous bénisse et vous rendre au centuple.

À :

Bonheur, Louange, Hervé Koumbedjé, Chadrel, Néhémie, Dr Emmanuel Mberkadji, Anicette Chan-iaka ... Vous êtes si nombreux dans mon cœur. Soyez rassurés de ma très profonde reconnaissance. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection la plus sincère.

Que Dieu nous donne longue vie et qu'il bénisse nos projets.

Mes remerciements vont à l'endroit du CETTS, AEESTM, communauté chrétienne tchadienne de Bamako coura, Grande communauté de Bamako coura, groupe d'étude (G-7), chorale Victoire, groupe les retirés, l'équipe de garde.

Merci pour tout.

À tous mes camarades et ami(e)s de la FMOS : Oumar Cissé, Sangaré Cheikné, Kabaye Mounkoro, Dabo Ibrahim, Gariko, Pofinet Kebkiba, Lucien Kabo,

Abdoulaye Abdelhamit, Anasthasie Memadji, Leonard Noudjouti, Khadîdja
Djobsou, Abdallah Abdelrassoul, Hyacinthe Kamro...

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir
des nuits blanches passées ensemble au labeur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Mamadou Sima

- **Maitre de conférences de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU Point G,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maitre de référence. Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect. Qu'Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde!

Á NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Ibrahim Ousmane KANTE

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G**
- **Maitre de conférences de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G,**
- **Spécialiste en Infertilité**
- **Ancien Président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'application sur la fertilité au Mali (GIERAF)**
- **Trésorier Général GIERAF**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**

Cher maitre merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un maitre de référence puisse Dieu vous accorder longue vie.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Etienne TOGO

- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie du Centre de Santé de Référence de la commune II**
- **Médecin chef adjoint au Centre de Santé de Référence de la commune II**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune II.**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail. Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

Á NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Dr Bakary Abou TRAORE

- **Praticien hospitalier,**
- **Chargé de Recherche**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la
Commune II.**

Cher maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Cher maitre, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

Á NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Pr Soumana Oumar TRAORE

- **Maitre de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leader d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**
- **Enseignant chercheur**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Qu'Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde !

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ABOSAC : Association de Santé Communautaire de Bozola

ASACOHI : Association de Santé Communautaire de l'Hippodrome

ASACOME : Association de Santé Communautaire de Medina-coura

ASACOMI : Association de Santé Communautaire de Missira

ASACOBAG : Association de Santé Communautaire de Bagadadji

ASACOGO : Association de Santé Communautaire de N'Gomi

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruits du Cœur Fœtal

CII : Commune Deux

CIVD : Coagulation Intra Veineuse Disséminée

Cm : Centimètre

Cm³ : Centimètre cube

CPN : Consultation Pré-Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

DDR : Date des Dernières Règles

EDSM : Enquête Démographique et de santé du Mali

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HTA : HyperTension Artérielle

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse.

Kg : Kilogramme

MAF : Mouvements Actifs Fœtal

mm Hg : millimètre de mercure

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PFC : Plasma Frais Congelé

PP : Placenta prævia

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

< : Inferieur

> : Supérieur

LISTES DES TABLEAUX :

Tableau I: Valeurs normales de la hauteur utérine en fonction du terme de la grossesse.	7
Tableau II: les paramètres suivants ont été étudiés	43
Tableau III : répartition des patientes selon la tranche d'âge	46
Tableau IV : répartition des patientes selon la profession	46
Tableau V : répartition des patientes selon le statut matrimonial	47
Tableau VI : répartition des patientes selon le mode d'admission.....	51
Tableau VII : répartition des patientes selon la structure d'évacuation	52
Tableau VIII : répartition des patientes selon le motif d'admission.	52
Tableau IX: répartition des patientes selon les chiffres tensionnels à l'admission.	53
Tableau X : répartition des patientes selon la vitalité foetale a l'admission.....	53
Tableau XI : répartition des patientes selon le diagnostic retenu.....	54
Tableau XII: répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	54
Tableau XIII: répartition des patientes selon la transfusion sanguine	55
Tableau XIV : répartition des patientes selon le pronostic vital maternel	56
Tableau XV: répartition des patientes selon les complications maternelles	56
Tableau XVI: Relation entre le pronostic vital foetal et l'étiologie de l'hémorragie.	57
Tableau XVII: répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance	57
Tableau XVIII : Relation entre le pronostic vital foetal et le score d'Apgar.....	57
Tableau XIX : répartition selon les complications fœtales.....	58
Tableau XX: Relation entre poids à la naissance des nouveau-nés et le pronostic foetal.	59
Tableau XXI: Relation entre l'âge et le diagnostic.	59

LISTES DES FIGURES :

Figure 1: organes génitaux internes de la femme.....	5
Figure 2 : utérus gravide.....	6
Figure 3 : les faces du placenta.....	16
Figure 4 : les différentes formes de placenta prævia [15].....	20
Figure 5 : classification échographique de placenta prævia [15].....	21
Figure 6: la formation de l'hématome rétro-placentaire [24].	27
Figure 7 : Rupture antéro-segmentaire de l'utérus [25].....	27
Figure 8 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction	47
Figure 9 : répartition des patientes selon la profession du conjoint	48
Figure 10 : répartition des patientes selon les antécédents médicaux	48
Figure 11 : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	49
Figure 12 : répartition des patientes selon la Gestité.....	49
Figure 13 : répartition des patientes selon le terme en semaine d'aménorrhée ..	50
Figure 14: répartition des patientes selon la parité.....	50
Figure 15 : répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé.....	51

Table des matières

I- INTRODUCTION :	1
II- OBJECTIFS :	3
Objectif général :	3
Objectifs spécifiques :	3
III-GENERALITES :	4
1. Définition :	4
2. Historique :	4
3.Rappels anatomiques :	5
4. Etiologies :	20
5. le traitement :	32
6. La surveillance :	39
7. Evolution et complications :	40
8 -Le pronostic :	41
IV-METHODOLOGIE :	42
1-Cadre d'étude :	42
2- Type d'étude :	42
3- Période d'étude :	42
4- Population d'étude :	42
5- Echantillonnage :	43
6-Variables étudiés :	43
7-Support et collecte des données :	43
8-Aspects éthiques :	44
9-Traitement et analyse des données :	44
10-Définitions opératoires ou opérationnelles :	44
V RESULTATS	46
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	61
Conclusion et recommandations :	68
1-Conclusion :	68
2-Recommandations :	69

Références :..... 70
ANNEXES :..... 76

I- INTRODUCTION :

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un couple tient aux enfants. Cependant, cette naissance comporte un risque mortel pour des milliers de femmes à travers le monde [1]. Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel [1]. Les hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post partum constituent la 1^{ère} cause de décès maternel [1]. Si le risque est amoindri, il reste toujours important dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante [1]. Les hémorragies du 3^{ème} trimestre surviennent chez environ 2 à 5% des grossesses [2]. La fréquence des étiologies varie selon les études. Ce sont des hémorragies en provenance de la cavité utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et constituent une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [3]. Les causes peuvent être sévères, mettant en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant (placenta prævia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine, hémorragie de Benckiser, hématome décidual, lésions cervicales...) [2]. Selon les statistiques de l'OMS, environ 525.000 femmes meurent par an dans le monde pendant la grossesse ou l'accouchement ou encore dans le postpartum, laissant derrière elles 1.000.000 d'orphelins [1]. En France, les hémorragies du 3^{ème} trimestre représentaient avec les hémorragies du postpartum immédiat la 1^{ère} cause de décès maternel avec un taux de 17% et pour la même période au Royaume-Uni et aux États-Unis, la 4^{ème} cause de décès avec un taux de 5%. L'incidence de ces hémorragies varie de 3 à 5% dans ces pays [2]. Dans les pays en voie de développement, cette mortalité est encore plus marquée, atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés [4]. Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 325 décès pour 100000 naissances vivantes [5]. Au Maroc, elles ont compliqué 0,65% des grossesses, leur fréquence oscille entre 0,65 et 3% [6]. Au Benin, la fréquence des urgences obstétricales était de 21,7%, les urgences hémorragiques étaient les plus

fréquentes avec 36% dont les hémorragies du troisième trimestre représentaient 11,7% [7]. Au Niger, elles représentaient 70,1% des facteurs de risque de mortalité maternelle [8].

Au Cameroun, elles représentaient 30,77% d'indication chirurgicale nécessitant une transfusion sanguine en période péri opératoire [9].

Une étude a été menée sur ces hémorragies au centre de santé de référence de la commune II de Bamako en 2009, sur un total de 3298 accouchements, on notait 74 cas soit une fréquence de 2,24% [10]. Nous avons initié ce travail pour réévaluer la situation en nous fixant comme objectifs :

II- OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la commune II du District de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse
- Identifier les causes des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Déterminer le pronostic materno-foetal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

III-GENERALITES :

1. Définition :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des pertes de sang d'origine génitale qui surviennent chez la femme enceinte, à partir de la 28^{ème} Semaine d'aménorrhée et durant l'accouchement [11].

2. Historique :

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs. Il semble que c'est Portal qui est le premier à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher trans cervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [12]. Plus tard Livret découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [12]. Avant 1929, le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher trans cervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels Dos Santos par aortographie, Snow et Powell par placentographie directe en 1934 [12].

Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques foetaux liés à la radioactivité depuis la publication de Donald en 1958 [12].

Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par Hudson et Ford aux U.S.A ; en France Tarnier la réalisa en 1897. Mais il faudra attendre la thèse de Saubry en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de cité dans le traitement du placenta prævia [12].

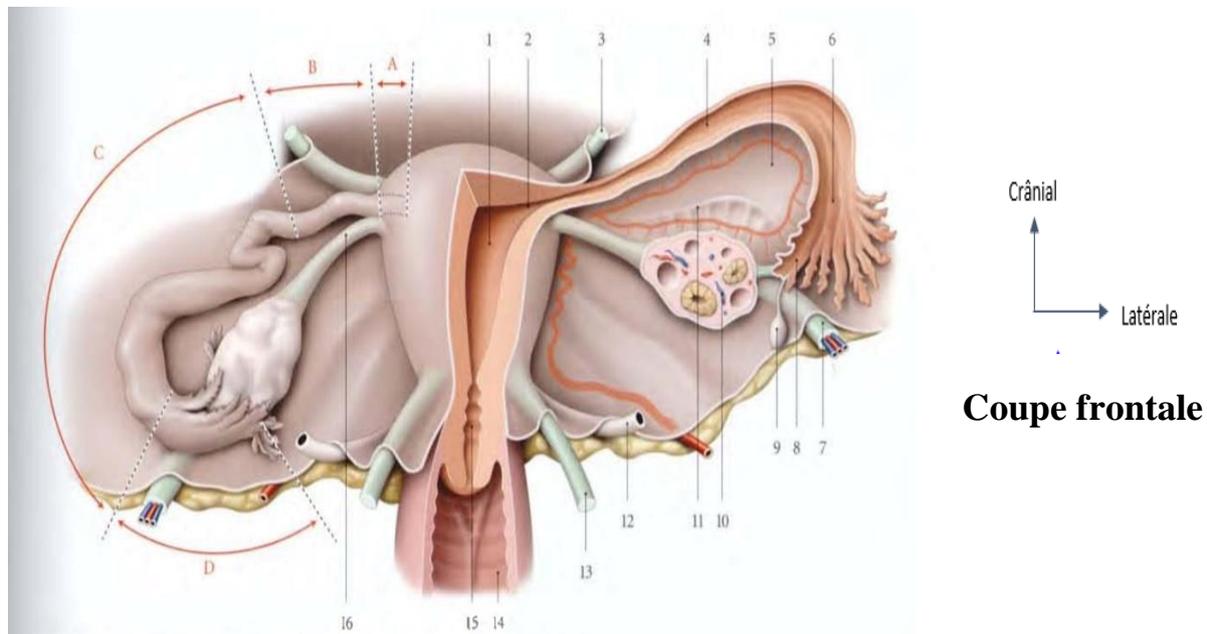
En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc [12].

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en Angleterre, Rigley opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes rétro placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia. Baudeloque décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées [12].

De Lee, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication

physiopathologique ne sera donnée par Deekerman qu'en 1936 [12]. Couvelaire en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

3. Rappels anatomiques :



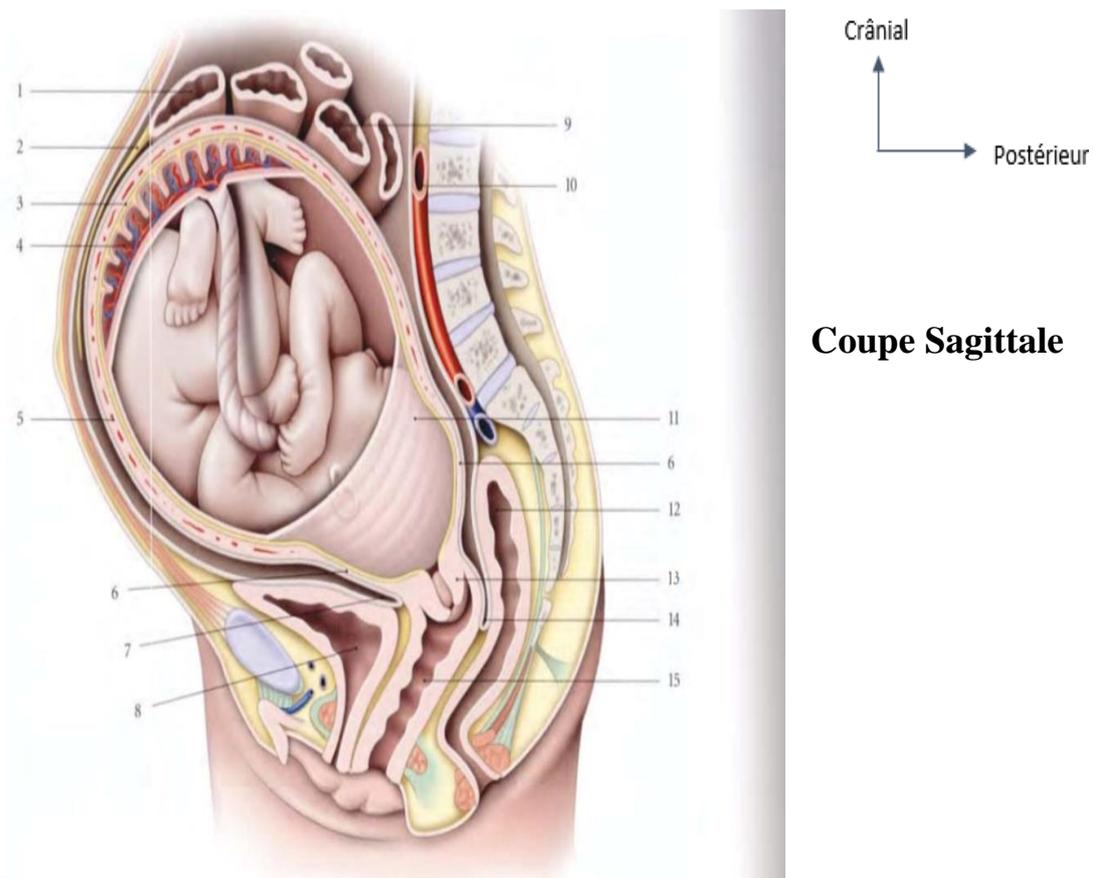
A. Partie utérine de la trompe	1. Cavité utérine	9. vesiculeux
B. Isthme de la trompe	2. Ostium utérin de la trompe	10. Ovaire
C. Ampoule de la trompe	3. Ligament rond de l'utérus	11. Mésovarium
D. Infundibulum de la trompe	4. Cavité tubaire	12. Uretère
	5. Mésosalpinx	13. Ligament utéro-sacral
	6. Ostium abdominal Ligament suspenseur de l'ovaire	14. Vagin
	7. Frange ovarique	15. Canal cervical
	8. Appendice	16. Ligament propre de l'ovaire

Figure 1: organes génitaux internes de la femme.

Source : Kamina P [13]

A/Anatomie de l'utérus gravide [1] :

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulsion lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. Au point de vue anatomique l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.



1. colon transverse	5. corps utérin	9. intestin grêle	13. col utérin
2. grand omentum	6. segment inf.	10. aorte abdominale	14. cul-de-sac recto-utérin
3. caduque basale	7. cul-de-sac vésico-utérin	11. membranes chorales	15. vagin
4. placenta	8. vessie	12. rectum	

Figure 2 : utérus gravide.

Source : Kamina P [13]

A1. Corps de l'utérus [14] :

- Anatomie Macroscopique :

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

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

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

Tableau I: Valeurs normales de la hauteur utérine en fonction du terme de la grossesse.

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

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

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

➤ **Epaisseur des parois** : Au début de la grossesse les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme leur épaisseur est de 8-10 mm au niveau du fond 5-7 mm au niveau du corps. Après l'accouchement elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

➤ **Consistance** : L'utérus se ramollit pendant la grossesse.

➤ **Situation** : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

➤ **Direction** : Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. À terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de l'état de la paroi abdominale. Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare), l'utérus se place en antéversion. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76%) plus rarement à gauche. L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

➤ **Rapports** : Au début de la grossesse les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme l'utérus est abdominal :

- **En avant** : Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.

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

- **En haut** : le fond utérin soulève le colon transverse. A droite il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

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

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

-Anatomie Microscopique :

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

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

➤ **La musculuse** : est constituée de trois couches de fibre lisse qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu. Sur l'utérus rétracté les couches musculaires se plissent en accordéon d'où leur aspect enchevêtre difficile à interpréter. L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans superposés. Ceux-ci sont repartis en deux assises, externe et interne qui forment la partie contractile de l'organe. Entre lesquelles existe une couche plus épaisse de fibres inter croisées. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive. Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine.

➤ **La muqueuse** : Dès l'implantation, la muqueuse se transforme en caduque ou déciduale, mot qui évoque sa chute partielle après l'accouchement. L'œuf en grossissant fait saillie dans la cavité utérine, coiffé par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement, alors s'individualisent trois caduques :

- La caduque basale ou inter utéro placentaire, située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin ;

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

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

Les caduques ovulaires et pariétales subissent les transformations suivantes :

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

- La couche superficielle, qui seule sera caduque, cette couche opaque est caractérisée par la présence de cellules déciduales très grosses cellules à

protoplasme spumeux, spécifiques de la grossesse comprimant les tubes glandulaires.

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

b) Dès la fin du quatrième mois, le développement de l'œuf, l'accolement des caduques pariétale et ovulaire, la cavité utérine est entièrement comblée alors que la muqueuse s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement : l'épithélium de surface disparaît, les tubes glandulaires s'aplatissent, les cellules déciduales s'atrophient, le stroma dégénère. A terme la caduque pariétale n'a plus que 1 mm d'épaisseur recouverte de quelques débris de la caduque ovulaire.

A2. Le segment inférieur [14] :

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide à terme. Il est situé entre le corps et le col de l'utérus. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse et disparaît avec elle. L'ampliation du segment inférieur dépend de l'appui de la présentation fœtale. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font un lieu de choix pour l'hystérotomie lors des césariennes.

- Forme :

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

-Situation :

Il occupe au-dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.

- Caractère :

Son caractère essentiel est sa minceur de deux à quatre mm qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée dans la présentation du sommet engagée. C'est dire que la minceur du segment qui traduit

l'excellence de sa formation, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur appréciée par la clinique est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporelle et cette épaisseur donne l'impression d'un anneau musculaire surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

- **Origine et formation :**

Le segment inférieur se constitue aux dépens de l'isthme utérin et de la partie supra-vaginale du col. Le début de sa formation est variable et progressif au cours du 3^{ème} trimestre. Il acquiert une définition nette vers la 28^{ème} SA chez la primipare ; chez la multipare, son développement est plus tardif car l'utérus est plus vaste. Sa formation relève de deux phénomènes : la pression intra-ovulaire et la contraction utérine.

- **Rapports :**

- En avant, la vessie est le rapport essentiel. Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césariennes favorisent ou non l'ascension de la vessie. La partie supérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine viscéral peu adhérent et facilement décollable en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin, et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie.

En arrière, la face postérieure est recouverte du péritoine, elle répond au rectum, par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-utérin devenu plus profonde.

Latéralement, l'utérus est appliqué sur ses faces immédiatement au-dessus du fornix.

Physiopathologie [1] :

L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur au contact intime qu'il prend avec la présentation. Sa physiologie liée à sa situation, à sa date de formation et à sa texture est celle d'un organe passif qui se laisse distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et col, il conditionne les effets contractiles du corps et le col, il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus. C'est une zone de transmission mais aussi d'accommodation et d'effacement qui après avoir transmise la contractilité corporelle vers le col laissera aisément le passage au fœtus. Au point de vue pathologique il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : C'est sur lui que s'insère le placenta prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

A3. Col de l'utérus [14] :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse.

Anatomie :

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

➤ **Structure :**

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

- **Vascularisation de l'utérus gravide [14] :**

- Les artères : branche de l'utérus, augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Anastomosées entre elles de chaque côté mais non avec celles du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporelle. Dans l'épaisseur du corps elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche

flexiforme deviennent rectiligne, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico- vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

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

- Les lymphatiques : nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux (muqueux, musculaire, et sous séreux) qui communiquent largement entre eux.

➤ **Innervation de l'utérus gravide [14] :**

- **Système intrinsèque :**

Appareil nerveux autonome il occupe surtout le col, le segment inférieur et donne à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative.

Il est formé par les ganglions intra muraux faits de cellule multipolaire par des para ganglions de tissus pheocromes dont le rôle est neurocrine et par des formations neurovasculaires de régulation artérioveineuses analogues aux glomus de Masson. Les zones sous péritonéales (ligament rond, ligament large, douglas) sont pourvues de corpuscules sensorielles rappelant les corpuscules de Pacchioni, sous le nom d'intérocepteurs, on leur attribue un rôle important dans la genèse de la douleur viscérale et dans les multiples reflexes à points de départ génito-pelvien. [14]

- **Système extrinsèque :**

Les structures nerveuses extrinsèques désignées sous le nom de ganglions juxta muraux, ganglions hypogastriques, ganglion de Lee et Frankenhauser sont en réalité des plexus : les plexus hypogastriques inférieurs formés d'un treillis nerveux assez serré dans lequel on trouve quelques éléments ganglionnaires. Etirés d'arrière en avant et étalés en hauteur vaguement quadrangulaires et fenêtrés plaqués sur la face latérale des viscères pelviens utérus, vagin mais aussi

rectum et la vessie. Ils soulèvent dans les paramètres, les replis utérosacrés et forment la charpente des lames sacro-recto-génito-pubiennes :

- Les racines lombaires, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens font suite à partir de l'artère mésentérique inférieure au plexus inter mésentérique. Les deux nerfs splanchniques pelviens sont le plus souvent confondus à une lame nerveuse, le nerf pré sacré ou plexus hypogastrique supérieur. Il a l'aspect d'une lame résistante triangulaire à sommet supérieur dont les angles inférieurs donnent naissance à deux gros cordons nerveux : ces sont les racines principales des ganglions hypogastriques inférieurs. Des rameaux communicants unissent les racines lombaires aux centres médullaires de D11 à D12.

- Les racines sacrées sont formées par les nerfs érecteurs d'Eckhard de nature parasympathique, les nerfs sont myélinisés, détachés des 2^{ème} et 3^{ème} et parfois le 4^{ème} nerf sacré ; par quelques filets sympathiques issus des 2^{ème} et 3^{ème} ganglions sacrés ainsi que par un filet nerveux provenant du plexus hémorroïdal supérieur. Parmi les multiples rameaux émanés des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que les nerfs de l'utérus, abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en ramuscules d'une extrême ténuité, longeant les fibres musculaires lisses et les nerfs du vagin qui descendent jusqu'à la vulve. Les voies sensibles, remontent le long des utero sacrés vers le nerf pré sacré. Les voies motrices, plus discutées, empruntent du parasympathique.

- **Centres :**

➤ Centres médullaires :

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

➤ Centres supérieurs sous corticaux :

Un centre sexuel semble exister dans le plancher du 3ème ventricule à côté des centres de régulation du sommeil, de la température, de la circulation et des divers métabolismes.

Centres corticaux :

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

B. Placenta [15] :

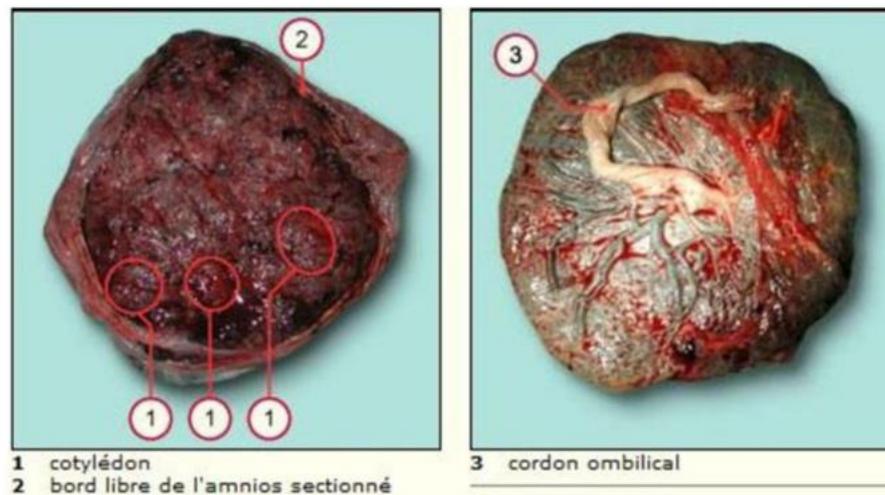


Figure 3 : les faces du placenta.

Source : Le Robert Merger [15]

B-1. Structure du placenta [15] :

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

a. La face fœtale :

Encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villeuse une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités : les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

b. La face maternelle :

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

c. Le bord :

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

d. La circulation placentaire :

La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale. La circulation utero placentaire s'établit aux 14^{ème} et 15^{ème} jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités

cotylédonaires remplies de sang, forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial, qui est pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utero placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de Winkler. Ce flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160ml/kg / minute. La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.
- Le deuxième réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges.
- Le troisième est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12m lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang ».

B-2. Les membranes de l'œuf [15] :

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

- L'amnios [15] :

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

- Le chorion [15] :

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

- La caduque [15] :

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéroplacentaire ou sérotonine de HUMTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie que recouvre l'œuf et accolée au chorion extra placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col. A terme les caduques ovulaires et pariétales sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au-dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomenteuse, opaque, la caduque est peu résistante.

B-3. Physiologie du placenta [15] :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœtoplacentaire ». D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges transplacentaires se font par plusieurs

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

4. Etiologies :

4.1 Le Placenta Prævia (PP) [4] :

4.1.1 Définition : il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta. Il se produit lorsque le placenta recouvre partiellement ou complètement l'orifice cervical interne. Cela contraste avec le placenta de faible altitude, dans lequel le placenta se trouve à moins de 2cm de l'orifice cervical interne mais ne le traverse pas. Il représente dans de nombreuses séries la 1^{ère} étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28 à 88,7%.

4.1.2 Classification :

a. Classification anatomique [15] :

- Variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.
- Variété marginale : le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical. Il vient affleurer la « margelle » de l'orifice interne du canal cervical
- Variété centrale : le placenta recouvre l'orifice cervical. Selon que l'orifice cervical soit totalement ou partiellement recouvert par le placenta, le placenta prævia sera dit total ou partiel.



Figure 4 : les différentes formes de placenta prævia [15].

b. Classification échographique [15] : Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec des types pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col.



Placenta postérieur recouvrant Placenta antérieur recouvrant

Bas inséré type IV

Bas inséré type IV

Figure 5 : classification échographique de placenta prævia [15].

d. Classification clinique [15] :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

- Variété non recouvrant ; dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- Variété recouvrant ; dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

4.1.3 Pathogénie de l'hémorragie :

Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouvert par le décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner. En raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia, plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme. Nous avons retenu deux théories qui méritent d'être soulignées :

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

- **La théorie du glissement** :

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

Etude clinique :

a. L'hémorragie :

Elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier, sans cause apparente, elle est rouge vive.

b. Facteurs favorisants :

- les altérations de la muqueuse uterine [16] : les femmes qui ont eu des cicatrices sur l'utérus, comme lors d'une intervention chirurgicale précédente, y compris des accouchements par césarienne, une ablation des fibromes utérins, une dilatation et un curetage. Une méta-analyse a montré que le taux de placenta prævia augmente avec l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne, avec un taux de 1% après un accouchement par césarienne, 2,8% après trois accouchements par césarienne et jusqu'à 3,7% après cinq accouchements par césarienne.

- L'âge maternel [17] : Avancement de l'âge maternel (> 35 ans). Avec une incidence du placenta prævia après 35 ans serait de 2%. Avec une augmentation supplémentaire à 5% est observée après l'âge de 40 ans.

• Multiparité [18] : le risque est multiple par quatre à partir de trois grossesses.

- Gestation multiple [19] : rapportent un taux de placenta prævia parmi les grossesses gémellaires de 40% supérieur à celui d'une grossesse unique.
- Tabac et cocaïne [19] : le risque relatif est de 1,5 à 3% pour l'exposition au tabac. Ces substances entraînent une vasoconstriction responsable d'hypoxémie, qui entraînerait une hypertrophie placentaire.
- L'ethnie [20] : les femmes d'origine asiatique, puis les femmes africaines, seraient plus susceptibles d'avoir un placenta prævia.

c. Signes généraux :

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

d. Signes physiques :

- Le palper montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple, sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.
- Le toucher vaginal très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrante, le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang. L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale.

4.2 L'hématome rétroplacentaire [10] :

4.2.1 Définition :

L'HRP est un accident aigu hémorragique survenant dans les dernières semaines de la grossesse ou pendant le travail et caractérisé par la formation d'un hématome décollant prématurément le placenta normalement inséré. Il complique 3 à 5% des pré-éclampsies sévères. Il est à l'origine de 50% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [10].

4.2.2 Classification de Sher [21] :

Grade I :

- Métrorragie minime.
- Diagnostic rétrospectif.

Grade II : Hypertonie utérine avec fœtus est vivant.

Grade III : HRP avec mort fœtale in-utéro ; subdivisée en :

IIIa - sans troubles de la coagulation.

IIIb - avec troubles de la coagulation.

4.2.3 Pathogénie de l'hémorragie [1] :

Le phénomène initial serait un spasme des artéioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption des flux sanguins est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, afflux du sang sous pression, rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celle-ci favorise la libération de thromboplastine, contenue en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisé à la zone utero placentaire : ainsi se constitue l'hématome rétroplacentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Très souvent le volume du sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

4.2.4 Etude clinique [21] :

Le début est brutal, l'HRP survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus accompagnée ou associée à une perte de sang noir. Il se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces hémorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

a. Facteurs de risque [22] :

- Hypertension artérielle chronique
- Pré éclampsie
- Eclampsie
- Antécédent de césarienne
- Gestations multiples
- Décollement antérieur du placenta
- Multiparité
- Multigestité.

b. Signes fonctionnels [23] :

-La douleur abdominale : brutale, en coup de poignard, ou sous forme de crampe continue, très violente, parfois modérée. Le siège est médian mais parfois aussi latéral, diffusant rapidement vers les fosses lombaires, la région dorsale ou crurale. Contrairement aux contractions utérines douloureuses, elle est permanente.

- Les métrorragies noirâtres : sont d'abondance variable, mais en général modérées, ou quelquefois minimales, faites de caillots noirs. Sa quantité n'est pas en rapport avec l'atteinte de l'état général.

c. Signes généraux [23] :

- Faciès angoissé, les traits tirés, souvent une dyspnée « sine materia » s'installe.
- Pâleur, prostration refroidissement des extrémités.
- Le pouls est, du moins au début lent, dur, tendu. Très vite il s'accélère et s'affaiblit.
- La tension artérielle élevée au début chute brusquement traduisant le choc. - Un état de choc est présent plus ou moins intense
- Signes inconstants et évocateurs : nausées, vomissements, tendance syncopale.
- La diurèse est réduite (oligo-anurie). La protéinurie, lorsqu'elle existe est soudaine et massive. C'est l'ictus albuminurique.

d. Signes physiques [23] :

- L'utérus, siège d'une hémorragie interne, est dur, c'est là le témoin essentiel. Dur comme du bois « utérus de bois », partout et tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Certains hématomes de petits volumes ne s'accompagnent pas de contractures, mais d'une hyper contractilité utérine (hypercinésie de fréquence, mauvais relâchement utérin entre les contractions utérines).
- Il augmente de volume, souvent décelable d'un examen à l'autre et est d'autant plus dur, que l'hémorragie externe est moins abondante. Il traduit l'évolutivité de l'HRP.
- Une Ascension du fond utérin difficile à apprécier. On peut noter cette augmentation rapide lors des examens successifs.
- A l'auscultation les bruits du cœur fœtaux sont absents ; cependant, surtout si l'on s'aide d'appareils à enregistrer, il arrive que l'on perçoive les battements cardiaques au début de l'accident. L'enregistrement montrera presque toujours des signes de souffrance fœtale grave.
- Au toucher vaginal, le segment inférieur, dur, ligneux et tendu, « en sébile de bois » témoignant de la contracture utérine (hypertonie utérine).
- Le col est parfois déjà modifié, ce qui confirme le début du travail, la poche des eaux est elle-même tendue.
- L'examen au spéculum permet de s'assurer de l'origine utérine de l'hémorragie dans les cas douteux.
- Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtre. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic de l'HRP.

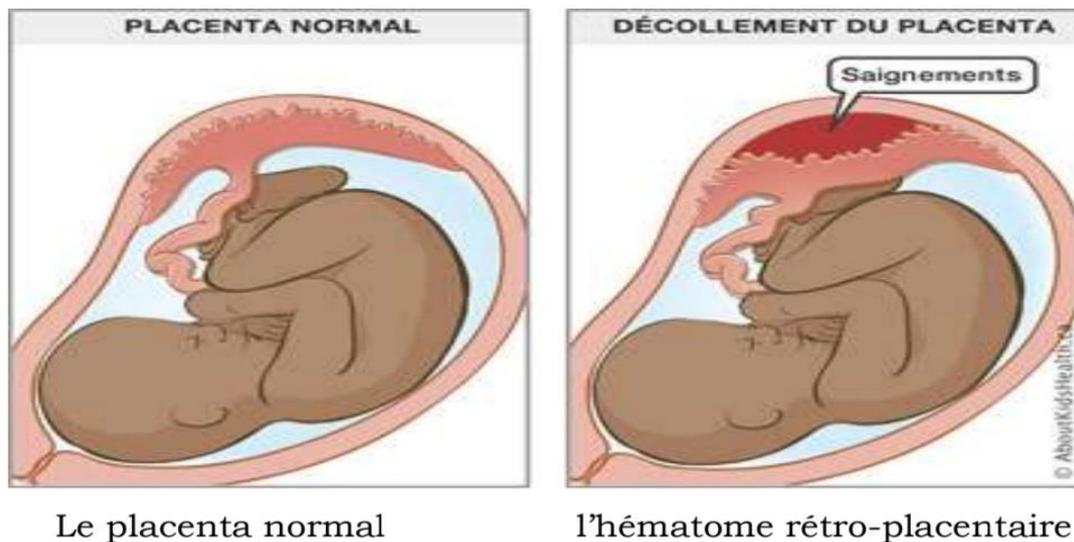


Figure 6: la formation de l'hématome rétro-placentaire [24].

4.3- La rupture utérine [15] :

4.3.1 Définition : Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide [15]. Elle est rare, elle survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

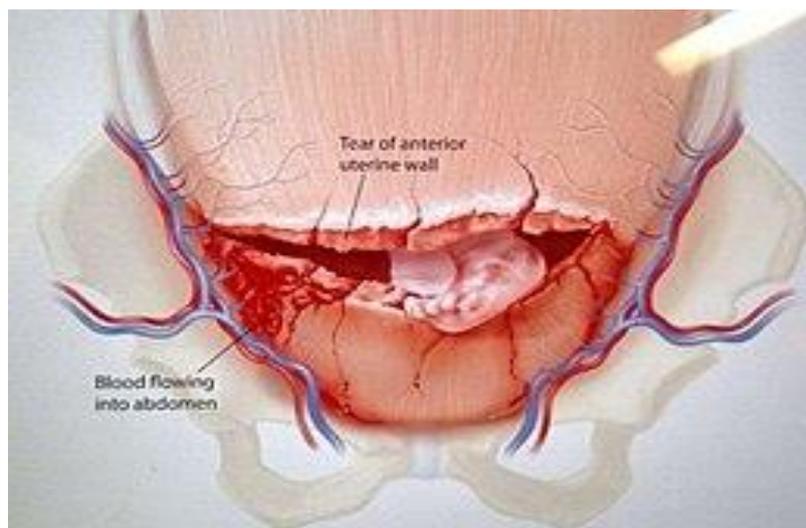


Figure 7 : Rupture antéro-segmentaire de l'utérus [25].

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de la mortalité maternelle : 20 à 39.4% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 26.6% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [2].

4.3.2 Pathogénie de l'hémorragie :

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

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

4.3.3 Facteurs de risque [26] :

- accouchement sur utérus cicatriciel ;
- terme supérieur à 41SA avec absence d'antécédent d'accouchement par voie vaginale ;
- multiparité ;
- dystocie du travail ;
- manœuvres obstétricales.

4.3.4 Etude clinique [1] :

-Phase de prodrome : permet de prévoir l'accident. Les signes de la réaction utérine apparaissent les premiers. L'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes ; l'utérus se relâche mal.

-Phase d'imminence de la rupture : La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

-Phase de rupture : Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; le fœtus se palpe sous la paroi abdominale. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. Au toucher vaginal, la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu sauf dans les cas où le fœtus est resté dans l'utérus. [1]

4.4- Hématome marginal décidual [27] :

Il provient d'une déchirure des veines utero placentaires marginales, et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité. Il est une complication de la grossesse survenant lorsqu'une portion marginale du placenta se décolle, ce qui entraîne un saignement entre le placenta et l'utérus. Ce processus est proche de celui l'HRP, mais n'a pas des conséquences aussi graves : l'hématome décidual marginal est plus fréquent, et n'entraîne pas de souffrance fœtale dans la majorité des cas (car l'hématome est périphérique et de petite taille, il ne peut donc pas altérer les échanges materno-fœtaux). Il se manifeste par une hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse faite de sang noirâtre ou foncé peu abondante. Les douleurs abdominales sont classiquement absentes.

4.5-Hémorragie de Benckiser [28] :

L'hémorragie de Benckiser est une hémorragie d'origine fœtale, consécutive à la rupture d'un ou plusieurs vaisseaux sanguins parcourant les membranes, survenant en règle générale lors de la rupture de ces derniers ou lors du passage du mobile fœtal.

Il s'agit d'une pathologie rare associée à un pronostic fœtal sombre et un taux de mortalité néonatale compris entre 1/2000 et 1/5000 naissance selon les séries.

Cette hémorragie est toujours citée comme une cause de saignement du troisième trimestre de la grossesse, mais sa rareté en fait un diagnostic d'élimination et sa confirmation n'étant en règle porté que rétrospectivement après l'examen du délivre.

Mécanisme de survenue de l'hémorragie de Benckiser :

L'hémorragie de benckiser est une hémorragie génitale massive, indolore et survenant au 3^{ème} trimestre, accompagnée d'une souffrance fœtale aigüe et sans altération de l'état maternel, imposant une extraction fœtale en urgence. Elle est due à la rupture par dilacération d'un vaisseau ombilical d'insertion vélamenteuse dans l'aire de dilatation, généralement lors de la rupture spontanée ou provoquée des membranes [29]. Ce sont des vaisseaux dits preavia, inclus dans les

membranes relie le placenta au cordon ombilical ou le connectant à un lobe accessoire, avoisinant l'orifice interne du col, et situés en avant de la présentation fœtale. Plus rarement, les vaisseaux vélamenteux ne traversent pas l'aire de la dilatation et la blessure vasculaire survient secondairement lorsque le pôle fœtal descend et agrandit l'orifice membranaire au cours du travail.

Le saignement qui survient, même s'il est de faible abondance, entraîne généralement un choc hypovolémique du nouveau-né, car le volume sanguin fœtal étant de 80 à 100ml/Kg à terme. Seule l'extraction rapide associée à une réanimation et à une transfusion néonatale permettent de diminuer la mortalité et la morbidité néonatales.

Cette complication hémorragique est très rare, sa fréquence est estimée à environ un cas pour 50 insertion vasculaires vélamenteuses.

La physiopathologie de l'insertion vélamenteuse :

Elle est mal connue, plusieurs théories ont été développées :

- La théorie de polarisation : elle repose sur une implantation anormale de l'embryon au stade de blastocyste. L'embryon ne serait pas en face de l'endomètre mais à l'opposé de celui-ci. Ceci contraindrait les vaisseaux allantoidiens à se développer sur les membranes pour rejoindre le site de placentation.
- La théorie de trophotropisme : elle est décrite par Strass Mann en 1902 et rapportée par Duchâtel et al [1]. Explique à la fois le déplacement apparent du placenta au cours de la grossesse et l'insertion vélamenteuse du cordon plus fréquente en cas de placenta bas inséré. Selon cette théorie, le placenta se développe là où les conditions nutritionnelles sont les plus satisfaisantes puis lorsque surviennent des modifications organiques ou fonctionnelles localisées de la caduque qui rendraient les échanges materno-fœtaux moins bons, le placenta en regard s'atrophierait au bénéfice de l'expansion d'une autre partie. L'insertion cordonnale ne serait alors plus en position centrale mais marginale ou vélamenteuse.

Facteurs de risque [30] :

Ils sont rares mais peuvent être facilement définis vu qu'elle survient sur des grossesses plus que d'autres :

- Le placenta bas inséré au 2^{ème} trimestre ;
- L'insertion vélamenteuse du cordon ombilical ;
- Les anomalies morphologiques placentaires (placenta bipartita, multilobé, cotylédon aberrant.) ;
- La fécondation in vitro.

Diagnostic [31] :

En cours de travail, le diagnostic d'hémorragie de Benckiser ou de vaisseaux prævia peut être réalisé au toucher vaginal par la palpation d'un cordon vasculaire sur des membranes intactes ou par la vision directe des vaisseaux prævia en amnioscopie. Les anomalies du rythme cardiaque foetal associés aux métrorragies doit faire évoquer le diagnostic.

Avant le travail et dès le second trimestre de la grossesse, l'examen échographique peut être proposé pour faire le diagnostic des vaisseaux prævia et vélamenteux à membranes intactes. Plusieurs auteurs ont indiqué que l'échographie avec Doppler couleur peut dans certains cas, permettre le diagnostic de vaisseaux prævia dès le second trimestre.

4.6 Les autres causes gynécologiques d'hémorragie :

-Embolie amniotique [4] :

Accident très rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de la délivrance, l'embolie amniotique est un syndrome de choc brutal intense dû à l'irruption de liquide et de débris amniotique dans la circulation maternelle.

- Rupture spontanée des varices utérines [4] :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine. La grossesse fragilise les malformations vasculaires.

-Cervicites [1] :

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse. Le diagnostic est facile à l'examen au spéculum (col inflammatoire et suintant).

5. le traitement :

5.1. Evaluation de l'importance de l'hémorragie [4] :

L'évaluation de l'importance de l'hémorragie permet de faire face à une éventuelle situation d'urgence nécessitant une prise en charge rapide et permet ainsi une première orientation diagnostique :

-Une hémorragie indolore de sang rouge, liquide, coagulable, d'abondance variable avec passage de gros caillots. Dans ce cas, il faut :

- Quantifier l'hémorragie
- Rechercher la présence de caillots (absence de trouble de la coagulation)
- Rechercher un retentissement maternel (hypotension, pouls rapide, pâleur cutanéomuqueuse, sueur), ce qui nécessite de placer immédiatement une voie veineuse, perfuser la patiente et réaliser une numération formule sanguine, un bilan de coagulation, un groupe sanguin et rhésus
- Rechercher un retentissement fœtal (enregistrement du rythme cardiaque fœtal) à la recherche d'une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale souvent en urgence.

-Une hémorragie de sang noir ; déjà coagulé ; plus ou moins abondante, accompagnée de douleur abdominale brutale en coup de poignard siégeant au niveau de l'utérus, oriente le diagnostic vers l'hématome rétro placentaire, surtout si l'hémorragie survient chez une patiente hypertendue.

-Une hémorragie peu abondante, rosée, survenant après l'apparition des contractions utérines, mélangée à des glaires, évoque la perte du bouchon muqueux.

- Une hémorragie de sang noirâtre plus ou moins abondante, sans contraction utérine, évoque l'évacuation d'un hématome marginal déjà ancien.

-Une hémorragie peu abondante de sang rouge, survenue après un rapport, évoque une cause cervicale.

5.1.1. Le traitement préventif :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre et de l'accouchement sont plus souvent imprévisibles. En effet de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur. Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risques tels qu'une **HTA**, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome rétro placentaire (**HRP**), de rupture utérine (**RU**), d'interruption volontaire de la grossesse (**IVG**), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac...

5.1.2. Le traitement curatif :

Il doit être assuré par une équipe comprenant : Un Obstétricien et son aide, un Anesthésiste-réanimateur et un Pédiatre néo-natologue.

5.1.3. Le but :

- Arrêter l'hémorragie.
- Evacuer le contenu de l'utérus si nécessaire.
- Corriger d'éventuelle complication.

5.1.4. Les moyens :

Le traitement général :

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse et de l'accouchement quel que soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé. De façon général et urgente, le protocole de prise en charge est identique quel que soit l'étiologie de l'hémorragie :

- Mise en place de deux voies veineuses de gros calibre,
- Mise en place d'une sonde urinaire,
- Oxygénation,
- Bilan prénatal :

S'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe rhésus, NFS entre autre) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).

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

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible : les solutés cristalloïdes comme ringer lactate ou le sérum salé à 0.9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passe en milieu extravasculaire. Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple(Haemacel) sont administrées, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500 CC en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique. Si la patiente a été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatible peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/mn. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang mais peut contenir des additifs comme du calcium.

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

-Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

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

5 1.5. Le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

5.2 Le placenta prævia [4] :

Il y'a 3 modalités thérapeutiques :

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

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

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

En cas d'hémorragie cataclysmique, une **transfusion** doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant ; la **césarienne** s'impose après une **transfusion**.

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

Si la présentation est céphalique, **la rupture artificielle des membranes** arrête l'hémorragie « une femme qui perd de l'eau ne perd plus de sang » disait-on déjà au XVIIIème siècle, en absence d'anomalie du travail, **l'accouchement se fait par voie basse** ; dans le cas contraire la césarienne s'impose.

En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le **groupage** et une **échographie obstétricale** est demandée : si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est **l'expectative**. Après la 34^{ème} S.A, si les conditions sont favorables ; l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée. Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA. L'attitude thérapeutique est l'expectative.

- **Tocolyse** par voie intraveineuse en présence des contractions utérines. Rappelons que les bêtas mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur.
- Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30%
- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif
- Repos strict au lit jusqu'à 3 jours après l'arrêt du saignement. Après la 34^{ème} S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit le risque de prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus. L'expectative jusqu'à 37- 38S.A imposera 75% de césarienne en urgence.
- Certains experts recommandent de donner des corticostéroïdes pour accélérer la maturité pulmonaire fœtale lorsqu'un accouchement précoce peut devenir nécessaire et que l'âge gestationnel est inférieur 34 semaines. Les corticostéroïdes peuvent être utilisés si des saignements surviennent après 34 semaines et avant 36 semaines (fin de la période prématurée) chez les patients qui n'ont pas eu besoin de corticostéroïdes avant 34 semaines L'accouchement est la césarienne pour le placenta prævia. Un accouchement par voie vaginale peut être possible pour les femmes avec un placenta bas si le bord placentaire se situe à moins de 1,5 à 2,0 cm de l'orifice cervical.

5.3 Hématome rétro placentaire [21] :

Traitement médical :

Conduite à tenir en urgence, certaines précautions doivent être prises dès l'admission, car la prise en charge de l'HRP est une urgence obstétricale :

- Installation de la parturiente en salle de travail ;
- Mise en place d'un cathéter intraveineux ;
- Mise en place d'une sonde vésicale à demeure ;
- Si possible, un cathéter de mesure de la pression veineuse centrale ;
- Apprécier le retentissement fœtal avec la recherche des BDCF ;

- Apprécier le retentissement maternel : tension artérielle (TA), pouls (monitorage), état de conscience (agitation ou torpeur), pâleur cutanéomuqueuse, diurèse, tension utérine, évaluation de l'importance de l'hémorragie.
- Faire un bilan sanguin initial comportant : groupage-rhésus, taux d'hémoglobine, NFS, taux de plaquettes, temps de saignement, détermination de la crase sanguine.
- Avoir à sa disposition du sang, du plasma frais et de l'oxygène.
- Lutte contre l'hypovolémie : c'est l'élément essentiel. On utilisera des macromolécules, cristalloïdes, sérum-albumine de remplissage et surtout du sang frais si nécessaire. Le remplissage sera basé sur l'importance du choc et de l'hématocrite, et non sur la quantité d'hémorragie extériorisée. Le contrôle de la pression veineuse centrale est souvent nécessaire pour permettre d'éviter les surcharges.
- Lutte contre les troubles de la coagulation : le traitement le plus efficace est l'évacuation rapide de l'utérus. Elle consiste à apporter les facteurs déficitaires :
 - Transfusion de sang surtout du plasma frais congelé,
 - Perfusion lente de fibrinogène,
 - Transfusion de concentrés de plaquettes nécessaires si le taux de plaquette est inférieur à 50 000/mm³ et surtout s'il existe des anomalies du temps de saignement.

Traitement obstétrical :

Il dépend de l'âge gestationnel, de l'état du fœtus et de celui de la mère :

-Accouchement par voie basse :

L'accouchement par voie basse est possible, sous certaines conditions : le col utérin doit être mur, le contrôle de la situation maternelle assuré et les délais respectés. Il est indiqué dans les cas suivants :

- Quand le fœtus est vivant :
 - Si l'hématome est modéré ;
 - S'il n'y a pas de souffrance fœtale ;

- Si l'accouchement évolue rapidement après la rupture des membranes ;
- Pronostic maternel non en jeu à court terme.
- Quand le fœtus est mort ou non viable. Habituellement le travail d'accouchement a commencé, l'état général reste bon. Il faut diminuer la pression intra-amniotique par la rupture artificielle des membranes, permettant de favoriser la marche du travail. En même temps on peut utiliser les spasmolytiques en raison de leur action calmante sur la douleur. En cas de mauvaise dynamique utérine, on utilise les ocytociques en perfusion de façon très prudente. L'accouchement doit être le moins traumatique possible, et aboutir en un temps court et prédéterminé à la naissance d'un fœtus mort le plus souvent, suivie par l'expulsion rapide du délivre. Le risque hémorragique diminue si l'utérus se rétracte bien. La révision utérine est systématique de même qu'une vérification des parties molles (col, vagin) sous valves après l'accouchement, de même que l'utilisation des ocytociques (prévenant l'atonie utérine). Si l'épisiotomie est nécessaire sa suture doit être rapide. En cas d'échec on passe à la césarienne.

Césarienne : elle se fait sous anesthésie générale. L'anesthésie péridurale est formellement contre-indiquée en présence de troubles de la coagulation. Il faut éviter les plans de décollement (préférer un Stark ou une médiane à un Pfannenstiel) et faire une hémostase soigneuse. La césarienne s'impose rapidement dans les cas suivants :

- Si le fœtus est vivant, de viabilité certaine ;
- Accouchement n'est pas imminent,
- Etat maternel grave (fœtus mort ou vivant).

Hystérectomie : elle est d'indication exceptionnelle car le myomètre, malgré son aspect souvent alarmant, récupère mieux. Elle est indiquée en cas d'état hémodynamique difficilement contrôlable, avec échec des traitements d'ocytociques.

Traitement préventif des récidives : dans la majorité des cas, l'HRP survient de manière totalement imprévisible. Si des facteurs de risque (âge, tabagisme,

cocaïne, contexte vasculaire, thrombophilie etc.) sont identifiés, une surveillance particulière s'impose. Chez les femmes ayant un antécédent d'hématome rétro placentaire ou de complication grave responsable d'une HTA gravidique, prévoir un traitement par Aspégic à 80 mg/jour entre la 14e et la 35e semaine d'aménorrhée. A cause du risque élevé de récurrence, certains auteurs proposent une hospitalisation systématique à l'approche de la date anniversaire de l'HRP.

Examens complémentaires : Ils permettent surtout d'apprécier le degré de la gravité. Ce sont : le bilan sanguin ; l'étude du rythme cardiaque fœtal et l'échographie.

5.4 La Rupture utérine [4] :

La prise en charge thérapeutique des RU demeure une urgence médicochirurgicale et comprend une réanimation médicale qui sera suivie d'une exploration chirurgicale par une laparotomie. Le traitement chirurgical doit être idéalement conservateur chez la femme jeune désireuse de grossesse, et consiste en une simple suture de la rupture. Dans le cas où le traitement conservateur paraît impossible à cause de l'étendue des lésions, une hystérectomie s'impose. Devant les ruptures négligées, le traitement conservateur est rarement possible. Le type d'intervention chirurgicale sur l'utérus dépend du type et de l'étendue de la rupture utérine, du statut hémodynamique de la mère, du désir de fertilité future, de la présence d'une infection macroscopique et de l'expérience du chirurgien. Il peut s'agir d'une hystérectomie abdominale totale ou subtotale, d'une réparation utérine avec ou sans ligature des trompes. La réparation utérine doit être réservée aux femmes qui présentent une rupture transversale basse, aucune extension de la déchirure aux ligaments larges, du col de l'utérus ou du vagin, une hémorragie facilement contrôlable, un bon état général, un désir de procréation future et aucun signe d'infection macroscopique.

6. La surveillance :

Elle est clinique et échographique et est fonction du diagnostic.

6.1. La surveillance clinique :

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

6.2. La Surveillance échographique :

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

7. Evolution et complications :

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

- **Le choc hypovolémique** : particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, peut entraîner une nécrose des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN ou hypopituitarisme du post-partum décrit en 1937 par SHEEHAN.
- **Les troubles de la coagulation** : ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'en suit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une

défibrination. L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

- **Les syndromes rénaux :**

« Le rein de choc » : les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, disparaissant après un traitement bien conduit. --« la nécrose corticale du rein » : elle survient dans les suites de couches et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

8 -Le pronostic :

1.Le pronostic maternel [4] :

Si la mortalité maternelle a fortement baissée de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les hémorragies, et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, péritonites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec la tradition d'arrêt de la procréation et toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

1. Le pronostic foetal [1] :

En général il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic foetal de nos jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie foetale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 SA.

IV-METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie - obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

-Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre : elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne et d'une aide-soignante.

Le personnel comprend :

- ✓ Quatre spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- ✓ Des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- ✓ Vingt-cinq sages-femmes ;
- ✓ Dix infirmières obstétriciennes ;
- ✓ Trois aides-soignantes ;

2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale.

3- Période d'étude :

Elle s'est déroulée sur une période de vingt-quatre (24) mois allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021.

4- Population d'étude :

Elle était constituée par l'ensemble des femmes enceintes admises dans le service pendant la période d'étude.

5- Echantillonnage :

a- Critères d'inclusion : Ont été incluses dans cette étude :

- Toutes les femmes enceintes ayant présenté une hémorragie d'origine utérine à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, admise dans le service pendant la période d'étude.

- Toutes les femmes en travail présentant une hémorragie au dernier trimestre de la grossesse admise dans le service.

b - Critères de non inclusion : N'ont pas été retenues dans cette étude :

- Toutes les femmes enceintes ayant fait des hémorragies en dehors du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;

- Toutes les femmes présentant une hémorragie du post partum immédiat.

c-Technique de l'échantillonnage : nous avons procédé à un choix exhaustif de toutes les femmes présentant une hémorragie au troisième trimestre de la grossesse.

6-Variables étudiés :

Tableau II: les paramètres suivants ont été étudiés

Les données sociodémographiques :	Âge, ethnie, état matrimonial, profession, résidence
Les antécédents	Gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux,
Le mode d'admission	
Le diagnostic d'entrée	
le diagnostic définitif	
Pronostic materno-fœtal	

7-Support et collecte des données :

La technique de collecte était basée sur les données de la fiche d'enquête (voir annexe) remplie à partir des informations recueillies sur les supports suivants : le

registre d'accouchement, le registre de compte rendu opératoire et les dossiers obstétricaux.

8-Aspects éthiques :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

9-Traitement et analyse des données :

Les logiciels Microsoft Word, Excel et SPSS version 25 ont été utilisés pour la saisie des données. Le test statistique de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions, le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

10-Définitions opératoires ou opérationnelles :

- **Primigeste** = première grossesse.
- **Paucigeste** = c'est une femme qui a eu 2 à 3 grossesses.
- **Multigeste** = c'est une femme qui a eu 4 à 5 grossesses.
- **Grande multigeste** : c'est une femme qui a eu plus de 6 grossesses.
- **Nullipare** = c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** = c'est une femme qui a fait un seul accouchement.
- **Paucipare** = c'est une femme qui a fait 2 à 3 accouchements.
- **Multipare** = c'est une femme qui a fait 4 à 5 accouchements.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **L'anémie sévère** : lorsque le taux d'hémoglobine est ≤ 6 g/dl.
- **L'anémie modérée** : lorsque le taux d'hémoglobine est entre 7 à 9g/dl.
- **L'évacuation** : c'est une référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- **La référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Auto-référence** : patiente venue d'elle-même sans passer par une autre structure sanitaire ni par un agent de santé.

RESULTATS

V RESULTATS

I-Fréquence

Sur un total de 6237 accouchements, nous avons recensé 80 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 1,28%.

II- Caractéristiques sociodémographiques et cliniques :

Tableau III : répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge(ans)	Effectifs	Fréquence (%)
15-19	7	8,75
20-29	34	42,5
30-39	31	38,75
≥ 40	8	10,0
Total	80	100

La tranche d'âge la plus touchée était de 20-29ans avec un âge moyen de 25 ans ± 7,2 ans et les extrêmes 15 et supérieure ou égale à 40 ans.

Tableau IV : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Fréquence (%)
Femme au foyer	62	77,5
Commerçante	10	12,5
Élève/Etudiante	3	3,8
Couturière	3	3,8
Teinturière	1	1,3
Enseignante	1	1,3
Total	80	100

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 77,5%.

Tableau V : répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquence (%)
Mariée	78	97,5
Célibataire	2	2,5
Total	80	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 97,5%.

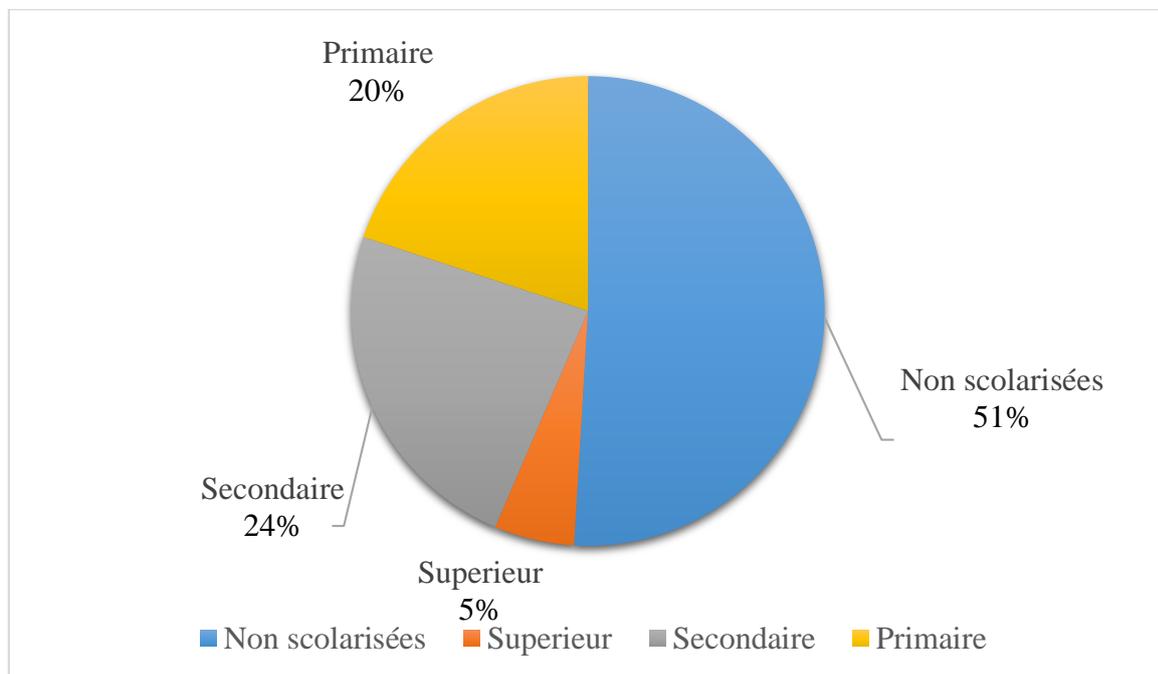


Figure 8 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Les patientes **non scolarisées** représentaient **51%**.

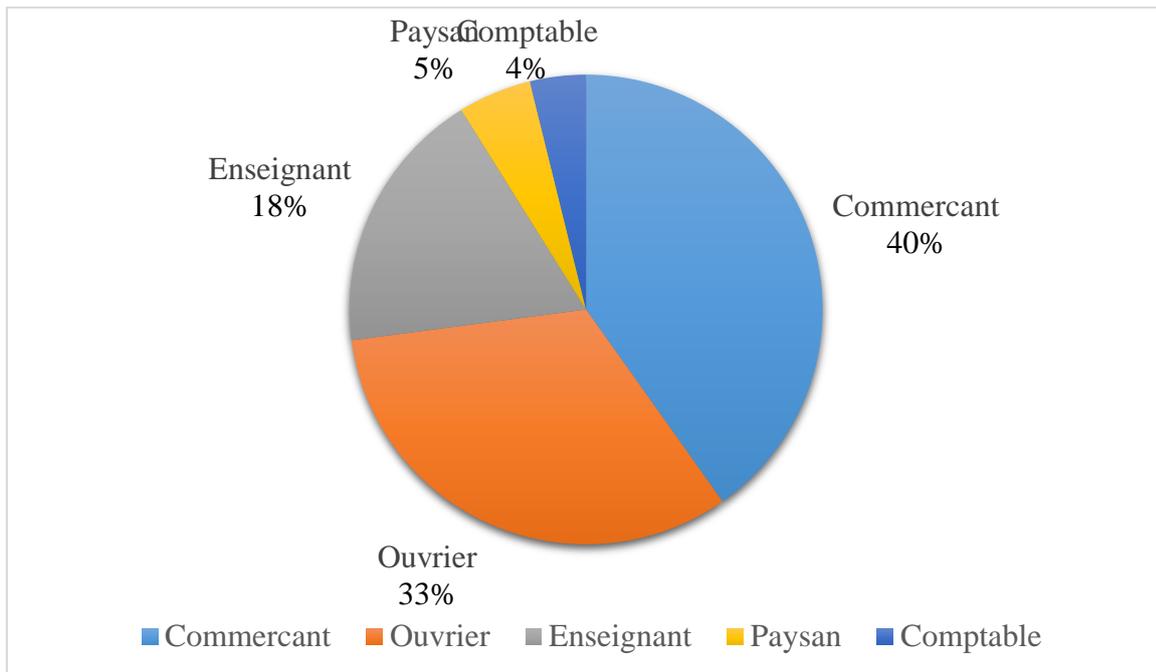


Figure 9 : répartition des patientes selon la profession du conjoint

Dans 40% des cas, les conjoints étaient des commerçants.

III-Les antécédents :

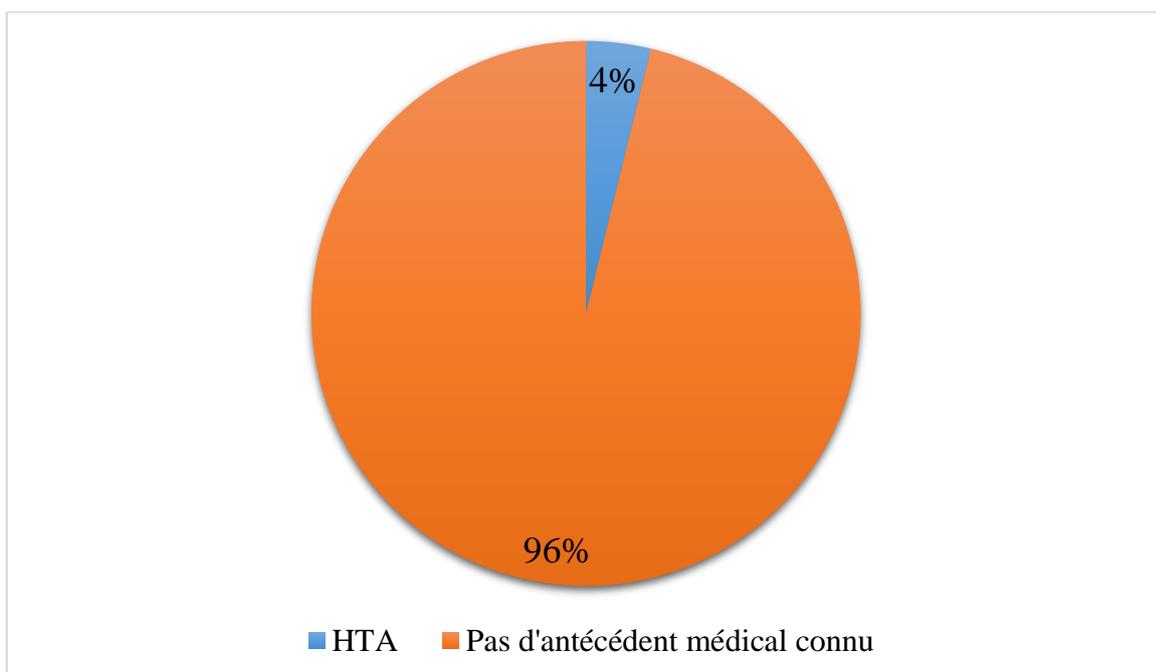


Figure 10 : répartition des patientes selon les antécédents médicaux

La plupart de nos patientes soit 96% n'avaient pas d'antécédents médicaux.

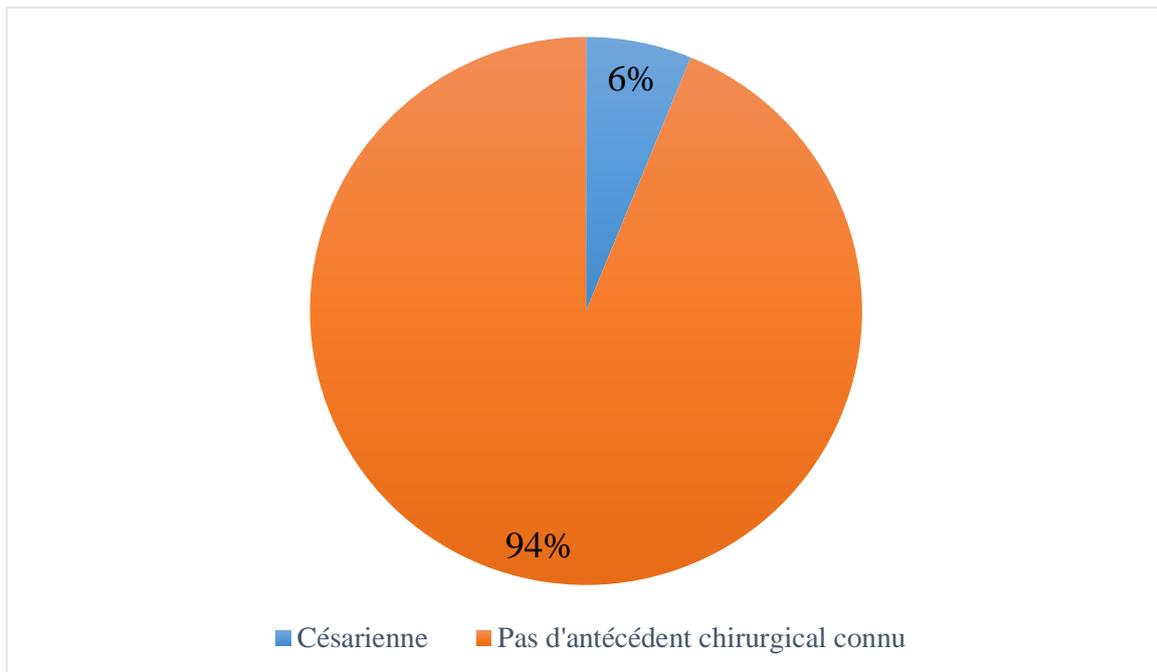


Figure 11 : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

La césarienne représentait 6% des antécédents chirurgicaux.

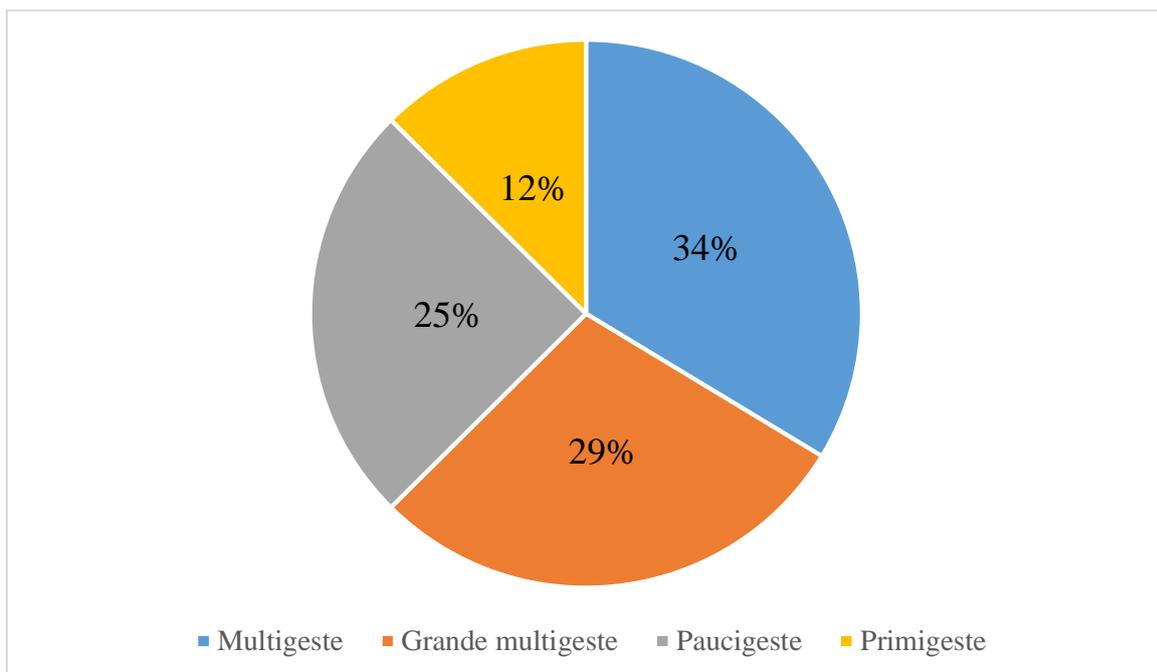


Figure 12 : répartition des patientes selon la Gestité

Les multigestes étaient les plus représentées avec 34%

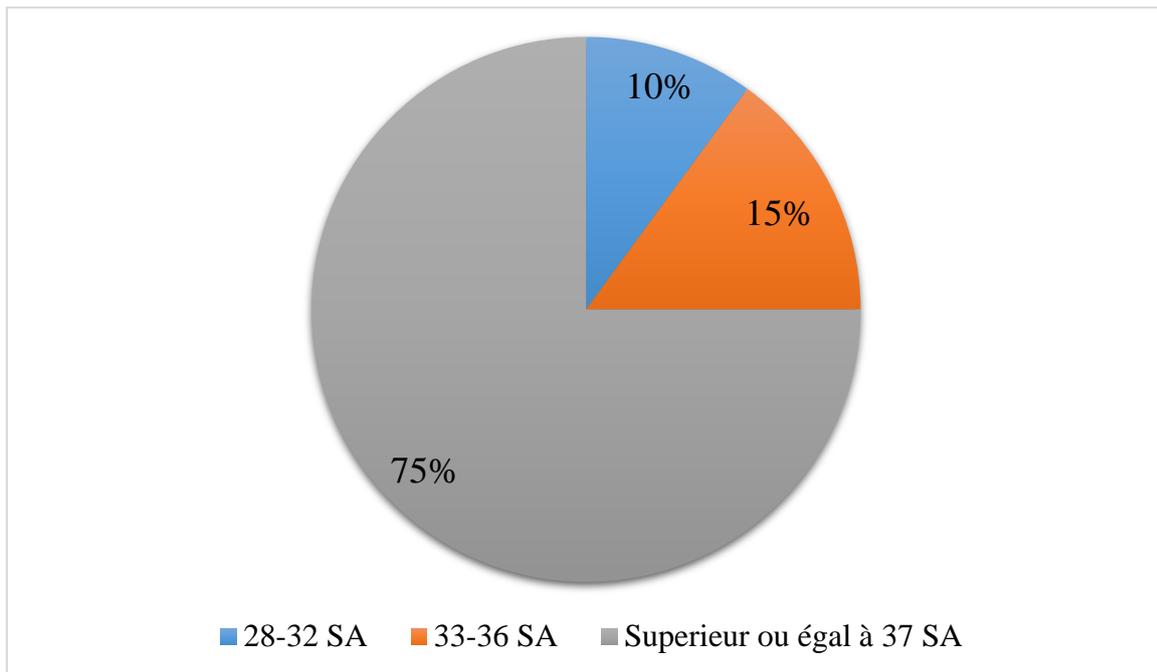


Figure 13 : répartition des patientes selon le terme en semaine d'aménorrhée

Plus de 75% de nos patientes avaient mené leur grossesse à terme.

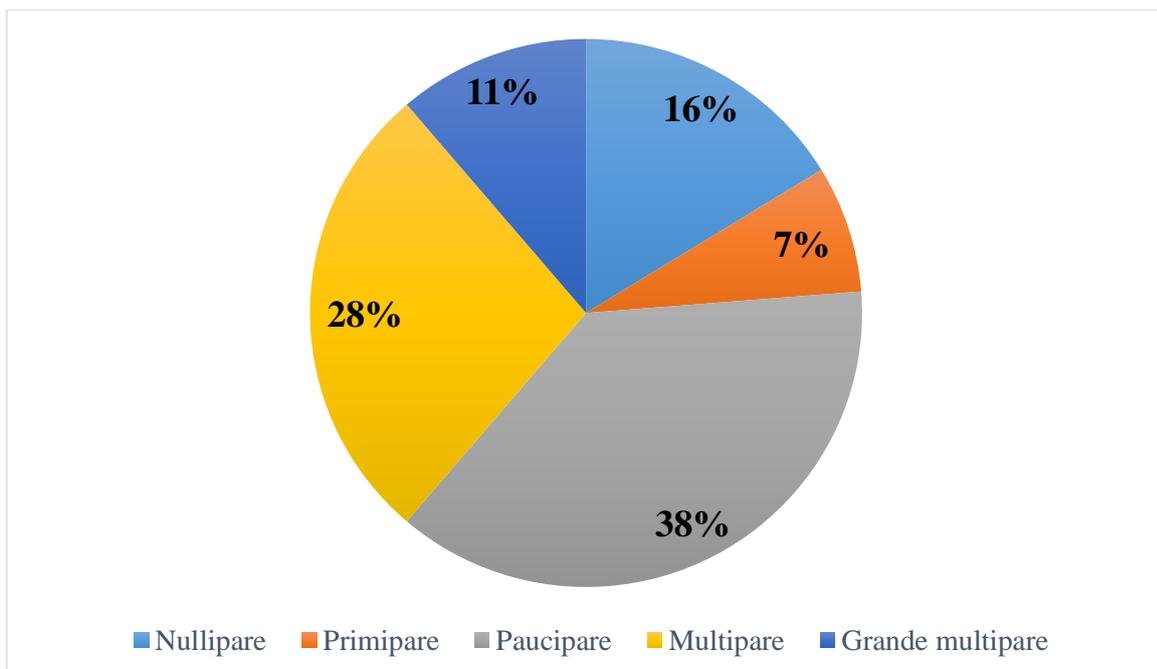


Figure 14: répartition des patientes selon la parité

Les grandes multipares représentaient 11% .

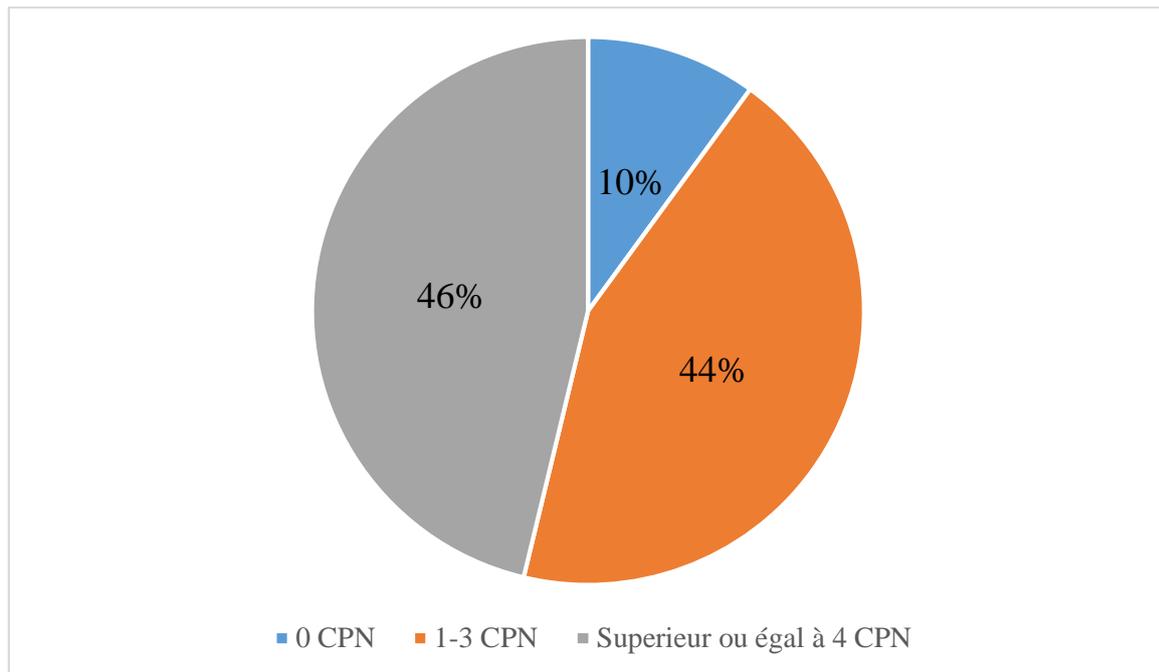


Figure 15 : répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé
Plus de la moitié des patientes avaient réalisé au moins 4 CPN

Tableau VI : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	48	60,0
Evacuée	32	40,0
Total	80	100

Plus de la moitié des patientes soit **60%** sont **venues d'elles-mêmes**.

Tableau VII : répartition des patientes selon la structure d'évacuation

Structure d'évacuation	Effectifs	Fréquence (%)
Centre de santé évangélique	10	31,25
ASACOHI	6	18,75
Centre de santé valentin de Pablo	4	12,5
ABOSAC	3	9,375
ASACOME	3	9,375
ASACOBAG	2	6,25
ASACOMI	2	6,25
ASACOGO	2	6,25
Total	32	100

Dans 31,25%, les patientes étaient évacuées du **centre de santé évangélique**.

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

Motif d'admission	Effectifs	Fréquence (%)
Hémorragie sur grossesse	50	62,5
Travail d'accouchement	12	15,0
Placenta prævia	4	5,0
HRP Grade II et III de Sher	5	6,25
HTA sur grossesse	3	3,75
SFA	3	3,75
Rupture utérine	2	2,5
HRP Grade II sur utérus cicatriciel	1	1,25
Total	80	100

L'hémorragie **sur grossesse** était le motif d'admission le plus représenté, soit **62,5%**.

Tableau IX: répartition des patientes selon les chiffres tensionnels à l'admission.

Pression artérielle	Effectifs	Fréquence (%)
≥140/90mmHg	24	30
<140/90mmHg	56	70
Total	80	100

L'hypertension artérielle a été retrouvée chez 24 patientes soit un taux de **30%**.

Tableau X : répartition des patientes selon la vitalité fœtale à l'admission.

Bruits du cœur fœtaux	Effectifs	Fréquence (%)
100-120	2	2,5
120-160	40	50,0
160-180	3	3,8
Absent	35	43,75
Total	80	100

Les bruits du cœur fœtaux étaient **absents** dans **43,75%**.

V- Les étiologies :

Tableau XI : répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs	Fréquence (%)
Placenta prævia	12	15
Rupture utérine	7	8,75
Hématome		
rétroplacentaire	60	75
Placenta prævia+		
Hématome	1	1,25
rétroplacentaire		
Total	80	100

Le diagnostic de l'hématome rétroplacentaire a été retenu dans **75%**.

VI- Attitude thérapeutique :

Tableau XII : répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Accouchements	Effectifs	Fréquence (%)
Voie basse	2	2,5
Césarienne	72	90
Hystérorraphie	6	7,5
Total	80	100

La césarienne a été réalisée dans 90%.

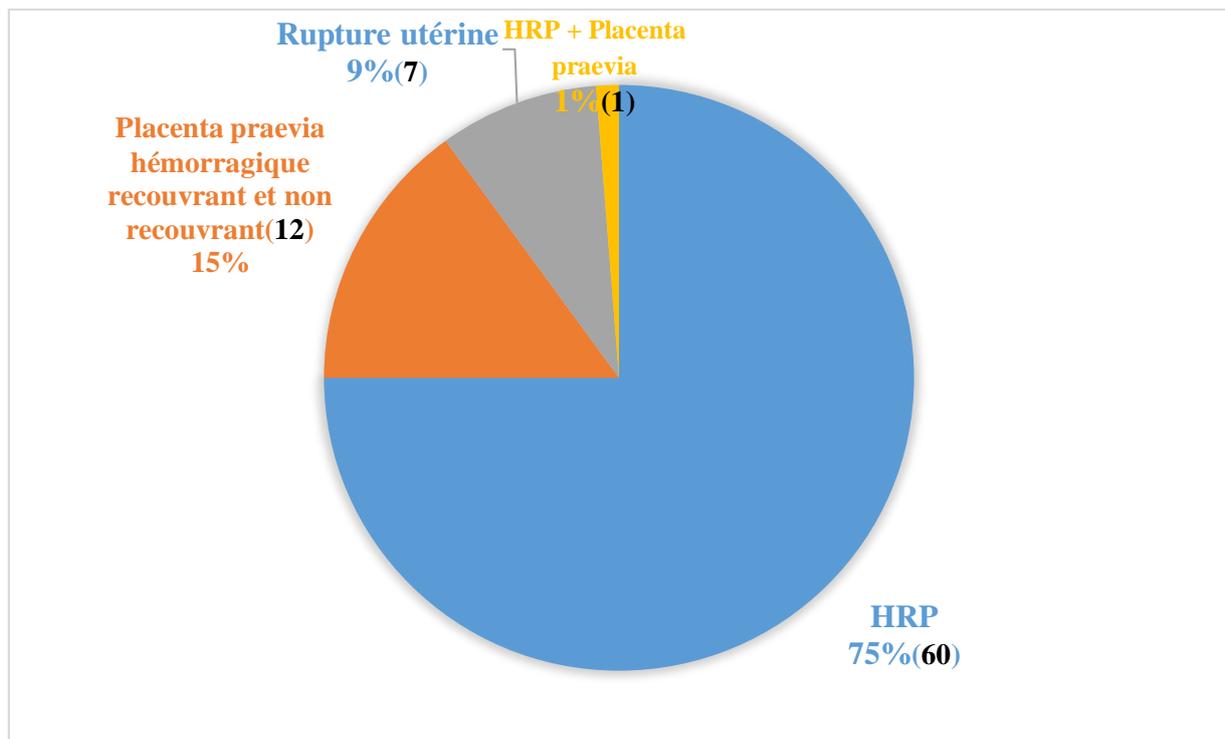


Figure 16 : répartition des patientes selon les indications de césarienne.

Dans 75% il s'agissait d'HRP dont 31 cas (38,75%) grade IIIa de Sher, 25 cas (31,25%) grade II de Sher et 4 cas (5%) grade IIIb de Sher.

Tableau XIII: répartition des patientes selon les besoins transfusionnels

Transfusion sanguine	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	60	75%
Non	20	25%
Total	80	100

La transfusion sanguine a été effectuée dans **75%** des cas.

VII- Pronostic materno-foetal :

Pronostic maternel

Tableau XII : répartition des patientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic maternel	Effectifs	Fréquence (%)
Vivantes	79	98,75
Décédée	1	1,25
Total	80	100

La plupart des patientes étaient vivantes avec 98,75%.

Tableau XV : répartition des patientes selon les complications maternelles

Complications maternelles	Effectifs	Fréquence (%)
Anémie décompensée	60	75%
Infection du site opératoire	15	19%
Trouble de l'hémostase	4	5%
Décès	1	1%
Total	80	100

Plus de 75% des patientes avaient développé une anémie décompensée.

Pronostic foetal

Tableau XIII: Relation entre le pronostic vital foetal et l'étiologie de l'hémorragie.

Etiologie de l'hémorragie	Pronostic foetal			Total
	Vivant	Mort-né frais	Mort-né macéré	
Placenta prævia	11	1	0	12
Rupture utérine	6	1	0	7
HRP	27	32	1	60
Placenta prævia et HRP	1	0	0	1
Total	45	34	1	80

Khi-Carré : 24,784 ; ddl : 9 p= 0,003

Il y a une relation statistiquement significative entre le diagnostic et le pronostic foetal avec Test de Fischer (24,784) et p-valeur à 0,003.

Tableau XVII: répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids (en gramme)	Effectifs	Fréquence (%)
<2500g	34	42,5
≥2500 g	46	57,5
Total	80	100

Plus de 57,5% des nouveau-nés avaient un poids de naissance normal avec un poids moyen de 2650,43g et les extrêmes 1500 et 3500g.

Tableau XVIII : Relation entre le pronostic vital fœtal et le score d'Apgar.

Score d'Apgar	Pronostic vital fœtal			
	Vivant	Mort-né frais	Mort-né macéré	Total
0	0	34	1	35
≥ 7	45	0	0	45
Total	45	34	1	80

Khi-Carré : 80,000 ; ddl : 9 p= 0,025

Il y a une relation statistiquement significative entre le pronostic vital fœtal et le score d'Apgar avec Test de Fischer (80,000) et p-valeur à 0,025.

Tableau XVX : répartition selon les complications fœtales à la naissance

Complications fœtales	Effectifs	Fréquence (%)
Hypotrophie	14	17,5%
Prématurité	20	25%
Détresse respiratoire	11	13,75%
Mort-nés	35	43,75%
Total	80	100

Nous avons trouvé 43,75% de cas de mort-nés.

Tableau XX : Relation entre poids à la naissance des nouveau-nés et le pronostic fœtal.

Poids de naissance (gramme)	Pronostic vital fœtal			
	Vivant	Mort-né frais	Mort-né macéré	Total
<2500g	17	16	1	34
≥2500g	28	18	0	46
Total	45	34	1	80

Khi-Carré : 43,934 ; ddl : 9 p= 0,683

Il n'y a pas une relation statistiquement significative entre le pronostic vital fœtal et le poids des nouveau-nés à la naissance avec Test de Fischer (43,934) et p-valeur à 0,683.

Tableau XXI : Relation entre l'âge et le diagnostic.

Tranche d'âge (ans)	Etiologies				Total
	Placenta prævia	Rupture utérine	HRP	Placenta prævia et HRP	
15-19	1	0	6	0	7
20-29	6	4	24	0	34
30-39	4	3	24	0	31
≥ 40	1	0	6	1	8
Total	12	7	60	1	80

Khi-Carré : 11,201 ; ddl : 9 p= 0,262

Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'âge et le diagnostic avec Test de Fischer (11,201) et p-valeur à 0,262.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. La fréquence :

Du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021, nous avons enregistré 80 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 6237 accouchements soit une fréquence de 1,28%.

Nada I [6] a rapporté que la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre reste élevée dans les pays en développement que dans les pays développés.

Notre résultat est supérieur à ceux de Nada I [6] et Adnaoui F [32] qui ont retrouvé respectivement 0,65% au Maroc et 0,88% en Tunisie. Cependant, il reste inférieur à celui de Fané M [10] qui était de 2,24% au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre varie d'une région à une autre, d'un établissement sanitaire à un autre ou d'une période à une autre dans la même structure.

2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 29 ans avec 42,5%. L'âge moyen était de $25 \pm 7,2$ ans et les extrêmes de 15 et supérieure ou égale à 41 ans. La fréquence élevée de cette tranche d'âge s'explique par le fait que c'est la période où l'activité génitale est la plus accrue. Ce résultat est comparable à celui de Fané M [10] qui a trouvé que cette même tranche d'âge était la plus représentée, avec 51,4%. Coulibaly YM [1] et Nada I [6] ont trouvé que la tranche d'âge la plus représentée était de 30-39 ans soit respectivement 51% et 31,80%.

Ces différents auteurs retiennent l'âge maternel avancé comme facteur de risque des hémorragies du troisième trimestre. Durant notre étude nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et l'étiologie de l'hémorragie (Test de Fisher = 11,201; $p=0,262$).

Les femmes au foyer représentaient 77,5%. Ce taux est similaire à celui de Coulibaly YM [1] avec 77,2% ; supérieur à celui de Fané M [10] avec 70,3% mais reste inférieur à celui de Sangaré D [2] qui avait trouvé 97,10% des cas au centre de santé de référence de San. L'explication est que la majorité des femmes dans notre pays sont des femmes au foyer.

Les femmes mariées ont représenté 97,5%, les célibataires 2,5%. Notre taux est similaire à celui de Sangaré D [2] qui a retrouvé 97,10% mais reste supérieur à ceux de Sanogo S.D [12] et Konaté C [33] qui trouvent respectivement 95,74% et 93,4%.

La plupart de nos patientes soit 96% n'avaient pas d'antécédents médicaux.

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec 51%. Ce résultat est inférieur à ceux de Sangaré D [2], Konaté C [33], Sanogo S [12] qui ont retrouvé respectivement 90%, 64,8% et 79%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation de la population féminine dans notre pays.

La césarienne a représenté 6% d'antécédents chirurgicaux dans notre étude. Ce taux reste inférieur à ceux de Coulibaly YM [1], Nada I [6] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 93%, 15,45% et 14,28%. Dans la littérature, les antécédents d'intervention chirurgicale comme la césarienne, la myomectomie sont des facteurs de risque des hémorragies du 3^{ème} trimestre [6].

Nous avons rapporté 34% de multigestes. Ce taux est inférieur à ceux de Coulibaly YM [1] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 49,1% et 47,3%. La multigestité a été citée par Nada I [6] comme facteur de risque de l'hématome rétro-placentaire, du placenta prævia et de la rupture utérine.

Les paucipares étaient les plus représentées avec 37,5% alors que dans la plupart des études, telles que celles de Coulibaly YM [1], Nada I [10] et Sanogo SD [12], ceux sont les multipares qui dominaient avec respectivement 58,8%, 21,8%, 32%.

Selon Coulibaly YM [1], plus la parité augmente plus le risque de survenu des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse est grand [1].

Nous avons rapporté 46% des patientes ayant fait au moins quatre consultations prénatales par contre 10% n'ayant fait aucune consultation prénatale au cours de leur grossesse. Cette fréquence est inférieure à celles de Nada I [6], Coulibaly YM [1] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 66,4%, 67,5% et 48,6% des patientes ayant fait au moins 4 CPN. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes n'étaient pas scolarisées.

La plupart de nos patientes étaient venue d'elle-même soit 60%. Ce taux est inférieur à celui de Coulibaly YM [1] qui a trouvé 63,2% de cas mais reste supérieur à celui de Fané M [10] avec 54% de cas.

Dans notre étude 40% de nos patientes ont été évacuées. Cela s'explique par l'organisation de notre système de santé qui exige que toute pathologie sur grossesse soit référée ou évacuée vers une structure spécialisée. Notre taux est inférieur à celui de Fané M [10] avec 46% de cas mais reste supérieur à celui de Coulibaly YM [1] avec 36,8% de cas.

L'hémorragie sur grossesse a été le motif d'admission dans 62,5%. Ce taux est supérieur à celui de Coulibaly YM [1] qui a trouvé 49,1% de métrorragie sur grossesse comme motif d'admission, mais est nettement inférieur à ceux de Sanogo SD [12] et Konaté C [33] qui ont retrouvé le même motif d'admission, avec respectivement 74,6% et 100%.

L'hypertension artérielle a été retrouvée chez 24 patientes, soit un taux de 30%. Ce taux est similaire à celui de Sanogo SD [12] qui a retrouvé 29,8% mais reste supérieur à ceux de Coulibaly YM [1] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 19,3% et 27,2%.

Dans notre étude, les bruits du cœur fœtal étaient absents dans 43,75%. Ce taux est supérieur à celui de Coulibaly YM [1] qui a noté 21,9% d'absence des bruits

du cœur fœtal. La fréquence élevée de la non perception des bruits du cœur fœtal s'explique par la méconnaissance de la gravité des métrorragies du troisième trimestre de la grossesse par les patientes.

3. Etiologie

L'hématome rétroplacentaire occupe la première place dans notre étude, comme cause des hémorragies du troisième trimestre avec 75% des cas. Ce taux est nettement supérieur à ceux de Harrington D et Black S. R [34], Coulibaly YM [1] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 30%, 50% et 43,2% d'hématome rétroplacentaire. L'HRP complique 0,25 à 0,4% de l'ensemble des grossesses et 4% des pré éclampsies sévères en France [35]. Cette différence entre les résultats de nos études pourrait s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie (la recherche et la prise en charge de ces principaux facteurs de risques au cours des consultations prénatales).

Dans notre étude, le placenta prævia occupe la deuxième place avec 15%. Ce taux est inférieur à ceux de Coulibaly YM [1], Fané M [10] et Nada I [6] qui ont trouvé le placenta prævia dans respectivement 48,2%, 37,8% et 34,5% des cas. Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% et sur le continent américain avec 0,33 à 0,99% [1].

La rupture utérine occupe la troisième place comme cause des hémorragies du troisième trimestre dans notre étude avec 9%. Cette fréquence est nettement supérieure à celles de Diallo MH et al [36], Coulibaly YM [1], Nada I [6] et Fané S [37] qui ont retrouvé respectivement 0,36%, 1,8%, 2,7% et 3,7% de rupture utérine. Elle reste similaire à celui de Fané M [10] avec 9,5%. La fréquence des ruptures utérines varie avec la zone d'appartenance géographique : les pays à faible niveau économique et particulièrement ceux de l'Afrique subsaharienne connaissent les taux les plus élevés et c'est dans les régions industrialisées que sont retrouvées les fréquences les plus basses [2]. Elle est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays fortement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante [3].

Nous avons trouvé 1 cas hématome rétroplacentaire associé au placenta prævia avec une fréquence de 1%. Cette fréquence est similaire à celles de Fané M [10] et Diakité R [38] qui ont trouvé respectivement 1,4% et 1,2% ; par contre Coulibaly YM [1] n'a pas trouvé une association entre ces deux pathologies.

4. Attitudes thérapeutiques

La césarienne a été la principale voie d'accouchement dans notre étude. Elle a été réalisée chez 72 patientes soient 90%. Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly YM [1] qui a trouvé 93,4% et supérieur à celui de Nada I [6] qui a noté 60% de césarienne. Les indications de césarienne dans notre étude, étaient : HRP (grade II, IIIa et IIIb de Sher) ; Placenta prævia hémorragique (non recouvrant et recouvrant) et placenta prævia associé à l'hématome rétroplacentaire.

Dans notre étude, l'accouchement par la voie basse a été réalisé chez deux patientes soit un taux de 2,5%.

La transfusion sanguine a été effectuée chez 60 de nos patientes soit un taux de 75%. Le nombre d'unité de sang (poche de sang de 500ml) variait de 2 à 5.

Ce taux est supérieur à ceux de Mbanga D et al [39], Amenglé A L et al [9] et Fané M [10] qui ont trouvé respectivement 16,1%, 30,77% et 16,2% de cas de transfusion sanguine. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patientes étaient admises dans un contexte d'anémie sévère.

5. Pronostic materno-foetal :

- Maternel :

Dans notre étude, nous avons enregistré un (1) cas de décès maternel soit une fréquence de 1,25%. La cause était une rupture utérine complète. Cette fréquence est similaire à celle de Diakité R [38] qui a trouvé 1,25% mais reste inférieure à celles de Fané M [10] et Nada I [6] avec respectivement 2,7% et 1,87%.

Dans notre étude, 75% de nos patientes ont développé une anémie décompensée qui a été traitée par la transfusion sanguine. La durée d'hospitalisation des patientes était de 3 à 5 jours avec une moyenne de 4 jours.

- Fœtal :

Le pronostic fœtal a été marqué par 35 cas de mort-nés soit 43,75%. Ce taux est supérieur à ceux de Fané M [10] et Coulibaly YM [1] qui ont trouvé respectivement 27% et 21,9% de cas de mort-nés. Les causes de ces mort-nés étaient entre autre : HRP et la rupture utérine.

Il existe une relation statistiquement significative entre l'étiologie de l'hémorragie et le pronostic vital fœtal (Test de Fisher=24,784 ; P=0,003).

En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés prématurés sont sujets à une morbidité importante.

Dans notre étude, nous avons trouvé 20 cas de prématurité soit une fréquence de 25%. Ce résultat est inférieur à ceux de Nada I [6], Fané M [10] et Diakité R [38] qui ont trouvé respectivement 49,54%, 40% et 40,7%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion et recommandations :

1-Conclusion :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont fréquentes au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

Cependant notre étude a permis de noter que les causes sont dominées par l'hématome rétroplacentaire suivie du placenta prævia et de la rupture utérine.

La prise en charge de ces hémorragies reste toujours préoccupante, le diagnostic précoce des facteurs de risque et un bon suivi de la grossesse sont nécessaires pour une amélioration de sa prise en charge.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré par contre le pronostic fœtal demeure préoccupant.

2-Recommandations :

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

Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les services de réanimation et de néonatalogie en équipement pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés et des patientes.
- Faciliter la formation continue des agents de santé.

Aux gestantes :

- Consulter immédiatement en cas de saignement sur grossesse.
- Accoucher dans les centres obstétrico-chirurgicaux en cas d'antécédents d'intervention chirurgicale sur l'utérus ou de toutes pathologies liées à la grossesse.

À la population générale :

Participer au don volontaire organisé par la Banque de Sang pour faciliter sa disponibilité au besoin.

Aux prestataires :

- Identifier à temps les patientes ayant des facteurs de risque ou pathologies liées à la grossesse.
- Référer à temps les patientes ayant des facteurs de risque ou pathologies liées à la grossesse.

VIII-Références :

1. **Coulibaly YM.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre santé de référence de Kalaban Coro. Thèse médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie. Bamako 2021, 109p.
2. **Sangaré D.** Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de San. Thèse médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2012 ; N°12 : 109p.
3. **Haidara M, Mariko S, Dao SZ, Samaké A, Traoré O, Guindo I et al.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de Kalaban-Coro 2022. Journal africain des cas cliniques et revues ; 6(22) :114-120.
4. **Hacina R, Amattou R, Ababsa A, Mechri A.** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse ; étiologie et prise en charge. Mémoire en science biologique. Université Larbri ben M'hidi Oum el Bouaghi, 2020. 35p.
5. **Institut National de la Statistique (INSTAT), cellule de Planification et de Statistique, Secteur Santé –Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF 2019.** Enquête démographique et de santé au Mali 2018 (EDSM-VI) : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
6. **Nada I.** Hémorragie du troisième trimestre de la grossesse à la maternité universitaire souissi de RABAT à propos de 110 cas. Thèse de médecine. Faculté de médecine et de Pharmacie-RABAT 2016 ; N°75 : 171p.
7. **Tonato Bagnan JA, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Yessoufou MMAO, Adisso S, Lokossou A et al.** Les urgences obstétricales à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO 2017 ;18(2) : 2712-7230.

8. **Alkassoum I, Djibo I, Younsa H, Mohamed Abdoulwahabou AM, Amadou O.** Facteurs de risque de mortalité maternelle intra-hospitalier dans la région de Maradi, Niger (2008-2010). A propos d'une étude rétrospective réalisée dans les 7 maternités régionales. *Médecine et Santé Tropicales* 2018 ; 28(1) : 86-91.
9. **Amenglé AL, Bengono Bengono R, Metogo Mbengono JA, Ikoual S, Owono Etoudi P, Esiene A et al.** Transfusion sanguine péri opératoire à la maternité principale de l'Hôpital central de Yaoundé. *Revue de la médecine et de pharmacie* 2016 ; 6(2) : 612-617.
10. **Fané M.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de la commune II de Bamako. Thèse médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2009 ; N ° 62 : 119p.
11. **OMS (organisation mondiale de la santé), SAGO (Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens), UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), UNFPA (Fond des Nations Unies pour la Population).** Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. 3^{ème} Edition 2010 ; N°45 : 46- 152.
12. **Sanogo S.D.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti à propos de 94 cas. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2010 ,108p.
13. **Kamina P.** Anatomie clinique.2^{ème} Edition, Tome 3 : Thorax et abdomen. Paris : Maloine 2007, 378p.
14. **Université virtuelle de Maïeutique francophone(UVMaF).** Support de cours. L'utérus gravide. 2011.17p.
15. **Levy J, Melchior J, Merger R.** Le placenta et ses membranes. Précis d'Obstetrique.6^{ème} Edition, Paris : Masson 2001 ; N° 31 : 635p.

- 16. Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Saade G et Blackwell S.** Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011 ; 118(2) :323-333.
- 17. Hossain GA, Islam SM, Mahmood S, Chacraborty RK, Akhter N, Sultanas S.** Placenta prævia and its relation with maternal age, gravity and caesarean section. *Mymensingh medical journal* 2004 ; 13(2) : 143-148.
- 18. Oyelese Y, Smulian JC.** Placenta Previa, placenta accreta, and vasa prævia: Review. *American Journal of obstetrics and gynecology* 2006; 107(4): 927-41.
- 19. Faiz AS, Ananth CV.** Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *The journal of maternal-fetal & néonatal médecine* 2003; 13(3) :175-190.
- 20. Kim L, Caughey A, Escobar G.** Racial and ethnic différences in the prévalence of placenta previa, *American journal of obstetrics and gynecology* 2008; 199(6): 99-105.
- 21. Konaté S.** Etude épidémio-clinique et thérapeutique de l'hématome rétro-placentaire au CHU du point G et au centre de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2006 ; N° 1 : 99p.
- 22. Godwin S M, Nathaniel PR, Oneko O, Pendo SM, Masenga G, Obure J et al.** Frequency, risk factors and feto-maternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015 ; 15(1) : 242.
- 23. Dao SZ.** Hématome rétroplacentaire : Facteurs de risque, prise en charge et pronostic materno-foetal dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako de 2003 à 2008. Mémoire DES, Bamako 2009 ; 99p.
- 24. Boisramé T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville B, Aissi G, et al.** Hématome rétroplacentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic

- maternofoetal : étude rétrospective de 100 cas. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2014 ;42(2) : 78-83.
- 25. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ.** Uterine rupture and dehiscence: ten-year review and case-control study. Southern Medical Journal 2002,95(4) :431-436.
- 26. Guyot A, Carbonnel M, Frey C, Pharisien I, Uzan M, Carbillon L.** Rupture utérine : facteur de risque, complications maternelles et fœtales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2010 ; 39(3) : 238-245.
- 27. Sangaré B.** Hématome rétroplacentaire : aspect sociodémographique, prise en charge et pronostic dans le Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2020 ; N°23 :79p.
- 28. Bamohamed M, Saoudi HH, Grine A, Bouziane FZ, Zerai N, Khabouze S.** Une étiologie des métrorragies du 3^{ème} trimestre : l'hémorragie de Benckiser. Revue marocaine de santé publique 2016 ;3(4) :2351-8472.
- 29. Régis C, Mubiayi N.D, Devisme L, Subtil D.** Hémorragie de Benckiser : grave et inévitable ? Journal de gynécologie-obstétrique biologie et de reproduction 2006 ; 35(5) : 517-521.
- 30. Sepulveda W, Rojas I, Robert A, Schnapp C, Alcalde JL.** Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound in Obstetrics and gynecology 2003; 21(6): 564-569.
- 31. Oyelese Y Jha RC, Moxley MD, Collea JV, Queenan JT.** Magnetic resonance imaging of Vasa previa. International Journal of Obstetrics and Gynecology 2004 ; 110(12) : 1127-1128.
- 32. Adnaoui F.** Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Tunis 2007 ; N° 22 : 79p.

- 33. Konaté C.** Hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes à propos de 91 cas. Thèse de médecine. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2009 ; N °30 : 80p.
- 34. Harrington D, Black S.R.** Massive or recurrent antepartum haemorrhage. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2005 ;15(4) : 267-271.
- 35. Bohec C, Collet M.** Hématome rétro-placentaire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2010 ;29(5) :115-119.
- 36. Diallo MH, Baldé IS, Mamy MN, Diallo BS, Baldé O, Barry AB et al.** Rupture utérine: aspects sociodémographiques, étiologique et prise en charge à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka. *Médecine et Santé Tropicales* 2017 ;27(3) :305-309.
- 37. Fané S.** Epidémiologie de la rupture utérine : une étude cas témoin à l'hôpital de district de Bougouni, Sikasso(Mali). *Journal de la SAGO (Gynécologie-Obstétrique et Santé de la Reproduction)* 2021 ; 22(1) : 2712-7230.
- 38. Diakite R.** Les hémorragies du troisième trimestre de la Grossesse au centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako à propos de 82 cas. Thèse Médecine Bamako 2003-2004,71p.
- 39. Mbang D, Doumde MG, Nadlaou B, Soureya Z, Baidjolne R, Modjingue B et al.** Évaluation de la pertinence de la prescription des produits sanguins labiles à l'Hôpital Général de Reference National et à l'Hôpital Mère-Enfant de N'Djamena au Tchad. *International Journal of Biological and Chemical Sciences* 2022 ;16(2) :555-563.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Djegolbe

Prénom : Félix

Titre de la thèse : Pronostic materno-foetal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune II de Bamako.

Année : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Tchad

Date de naissance : 12/02/1997

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique ; Santé Publique

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

Résumé : Nous avons enregistré 80 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2021. Notre étude relève parmi les 80 cas, 10% ne faisaient pas la consultation prénatale ou les CPN n'étaient pas effectives, 62 étaient des femmes au foyer soit 77,5%, 41 étaient non scolarisées soit 51% Les causes de ces hémorragies étaient dominées par : l'hématome rétroplacentaire avec 75%, Placenta prævia avec 15%, rupture utérine avec 9% et HRP associé au placenta prævia avec 1%. Nous avons enregistré un cas de décès maternel.

Une prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire permettrait d'améliorer le pronostic materno-foetal au cours de ces hémorragies.

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

ANNEXES :

1. FICHE D'ENQUETE

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

N° Dossier :

Q-1) N° de la fiche /__/_/_/_/_/

Q-2) Age /__/_/ans

Q-3) Profession :

1= femme au foyer ; 2= élève/étudiante ; 3= commerçante ; 4= Teinturière ;
5=couturière ; 6= Autres à préciser :

Q-4) Ethnie /__/ 1= Bambara ; 2= Sarakolé ; 3= Peulh ; 4= Malinké ; 5= Sonrhäï
; 6= Dogon 7= Sénoufo ; 8= Bozo ; 9= Minianka ; 10=Bobo ; 11=Autres préciser
:

Q-5) Statut matrimonial : /__/ 1= mariée ; 2= célibataire

Q-6) Profession du conjoint : /__/ 1= commerçant ; 2= paysan ; 3= ouvrier ; 4=
élève/étudiant ; 5=autres à préciser.....

Q-7) Niveau d'éducation : /__/ 1= primaire ; 2= secondaire ; 3= supérieur ; 4=
non scolarisée

Q-08) Motif de Consultation : /___/ 1= travail d'accouchement ; 2= Métrorragie
sur grossesse ; 3= hypertension artérielle sur grossesse ; 5=autres à
préciser.....

Q-09) Mode d'admission : /__/ 1=venue d'elle-même ; 2=référée ; 3=évacuée

Si référence ou évacuation par qu'elle structure :

Motif de référence ou d'évacuation :

II-ANTECEDENTS :

Médicaux : -HTA (1= oui ; 2= non) -Diabète (1= oui ; 2= non) -Drépanocytose
(1= oui ; 2= non) - VIH (1=oui ;2=non)

-Autre à préciser :

Chirurgicaux : - Kystectomie (1= oui ; 2= non) - salpingectomie (1= oui ; 2= non)

- Césarienne (1= oui ; 2= non) Si oui nombre/___/

-Myomectomie /___/ (1= oui ; 2= non) -Autres à préciser :

Gynécologiques :

Obstétricaux : -Gestité/___/___/

-Parité/___/___/

-Avortements/___/ (1=oui ; 2= non) Si oui nombre d'avortements
spontané...../___/

-Nombre d'avortements provoqué...../___/

Antécédents d'hémorragie du 3^{ème} trimestre : oui ou non

- Placenta prævia/___/

- Hématome rétroplacentaire...../___/

-Rupture utérine...../___/

- Autres à préciser

III- Grossesse actuelle : Terme en SA. /___/___/

Q-10) Nombre de CPN/___/

Pathologie survenus au cours de la grossesse :

1= HTA ; 2= Diabète ; 3= Paludisme ; 4= hémorragie du 3^{ème} trimestre ;

IV- Examen de la patiente :

Q-11) Etat général (1=bon ; 2=passable ; 3=mauvais) /___/

Q-12) Chiffres tensionnels/___/___/

Q-13) Conjonctives. /___/ (1=colorées ; 2=pâles)

Q-14) HU /___/___/ (cm)

Q-15) Mouvement fœtaux/___/ (1=présents 2=absents) ; BDCF/___/ (1=présents
2=absents)

Q-16) Dilatation du col. /__ / cm

Q-17) Présentation foetale : /____ / (1=céphalique 2= transversale 3=siège)

Q-18) Etat du bassin/____ / (1= normal ; 2=anormal) Si anormal préciser :
bassin rétréci... ; bassin limite... ; bassin asymétrique... ; Autres.....

Q-19) Examens complémentaires :

- Groupage rhésus /__//__ /

- Taux d'hémoglobine. /__ / (g/100ml)

- Urines /__ / (1=sucre ; 2= albumine)

Autres à préciser :

V- Diagnostic retenu :

Q-20) PP./__ / (1=marginal ; 2=latéral ; 3= central ; 4= recouvrant ; 5= non recouvrant)

Q-21) Rupture utérine. /__ / (1=provoquée ; 2=spontanée)

Q-22) Hématome rétro placentaire/__ / (1= oui ; 2= non)

Q-23) Autres à préciser :

VI- Attitude thérapeutique

Q-24) Traitement médical. /__ / (1= remplissage vasculaire ; 2=ocytocine ; 3 = antispasmodique ; 4= antihypertenseur ... ; 5 = autres à préciser.....)

Q-25) Voie basse. /_ /

Q-26) Césarienne /__ / (1=oui ; 2=non), si oui indication =

Q-27) Hystérectomie d'hémostase/__ / (1= oui ; 2= non)

Q-28) Hystérorraphie.....

Q-29) Transfusion : .../ / (1 = oui ; 2= non) si oui, nombre de poches/ /

VIII- Pronostic foetal :

Q30) Vivant. /__ /

Q-31) Prématuré/__ / (1= oui ; 2= non)

Q-32) Mort-né. /__ / (1= frais ; 2= macère)

Q-33) Hypotrophie oui ou non. Autres à préciser :

IX- Pronostic maternel :

Q-34) Durée de l'hospitalisation. / _____/jours

Q-35) Complications survenues au cours de l'hospitalisation/___/ (1=choc ;
2=phlébite ; 3=embolie pulmonaire ; 4= suppuration pariétale ; 5= endométrite
6=CIVD) ;

Autres à préciser :

Q-36) Décès/___/ (1= oui ; 2= non) Si oui cause du décès.....

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 maitres, 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.

Je le jure !