

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

**Ministère de l'Enseignement,
du Mali
Supérieur et de la Recherche
Une Foi**



Scientifique



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

THÈSE

**LES HEMORRAGIES DU TROISIEME
TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE A
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE
MOPTI**

**DE janvier 2010 A DECEMBRE
2010**
Présentée et soutenue publiquement le.../.../10 devant la Faculté de Médecine
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par. Monsieur Souleymane D SANOGO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Mamadou TRAORE
Membre: Dr Tioukani Augustin THERA
Co-Directeur: Dr pierre Makan COULIBALY
Directeur de thèse: Pr Issa DIARRA

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Au nom d'Allah, le Clément et le Miséricordieux.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et l'inspiration
nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète MOHAMED
(Paix et salut sur lui)

Je dédie cette thèse

-A mon père : Feu **Diakaridia SANOGO,**

Merci pour notre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise et le dévouement au travail. Mais mon regret le plus profond est ton départ prématuré ; si mes larmes continuent de couler aujourd'hui, parce que je n'ai pas pu te dire au revoir .Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation. Père tu ne jouiras pas du fruit de tes efforts. Reçois cette thèse en signe de mon amour sacré pour toi. Que ton âme repose en paix. Amen !

-A ma mère : **Ramata Diarra,**

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie ; femme respectueuse, tu as su m'inculquer les règles de bonnes conduites ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois.

Puisse ALLAH, le Tout Puissant t'accorde encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

-A mes oncles et tantes plus précisément à **Daouda Sanogo et sa femme Minata Sanogo, Madani Bagayoko et sa femme Fatoumata Sanogo**

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions, vos hospitalités et vos soutiens de tout genre. Votre contribution à mon éducation a fait de moi ce que je suis aujourd'hui

Votre fidélité et votre attention à l'égard de vos enfants sont sans faille. Vous ne cessez de nous inculquer que seul le travail bien fait est libérateur. Que ce travail qui est aussi le vôtre, soit pour vous le gage de mon amour infini. J'espère ne pas vous avoir déçus. Recevez ici mes sincères remerciements, que Dieu vous garde longtemps au près de nous.

-A mes frères et sœurs Plus particulièrement **Rokia Sanogo et Souleymane H Sanogo**

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation ; Et vos conseils n'ont jamais fait défaut, Ce travail me permet de vous

réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

-A mes amis de la FMPOS : Daouda B Sanogo et Seydou A Coulibaly.

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années durant nous sommes côtoyés comme des frères .votre Compréhension, disponibilité, encouragement, attention, soutien moral et matériel constant n'ont pas été vains . Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; Je vous dis courage et merci.

REMERCIEMENTS

-Toute la famille **Sanogo à Niamakoro(BKO)**

Recevez mes sincères remerciements pour tout ce que vous m'avez fait durant toute ma formation.

-**Toute la famille Kanté à Niamakoro** Merci pour tout

-A la famille de **Tiemoko Togola** à sevaré Votre sens de l'humanisme m'a permis de bénéficier de bonnes conditions pour la réalisation de ce travail. Soyez-en remerciés.

-Aux Gynécologues Obstétriciens de l'Hôpital SOMINE DOLO DE MOPTI : **Dr Tomislays, Dr Diarra Issa, Dr Kane Famakan, DR Coulibaly Pierre Makan**

Pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante tout au long de la formation. Recevez ici les plus sincères remerciements. Votre calme, votre abord facile et votre simplicité sont autant de qualité qui forcent l'admiration.

-A mes aînés de service : **Dr Haidara Youssouf, Dr Tall Mountaga, Dr Bakary Coulibaly, Dr Karembé Boubacar, Dr Keita Modibo Kane, Dr Dembélé Brehima, Dr Djerma Moise**

Merci d'avoir contribué à ma formation, Chers grands frères, je vous remercie infiniment pour votre franche collaboration.

-**Dr Diakité Mohamed Lamine** Les mots ne suffisent pas à exprimer ce que je ressens pour toi plus qu'un collègue, tu as été pour moi un formateur, merci pour ton esprit confraternel et sympathique.

-**Au corps professoral de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.**

Pour l'encadrement et l'enseignement de qualité que vous nous avez donné. Qu'il me soit permis d'exprimer maintenant toute ma reconnaissance et mon profond respect.

-**Aux internes du service de gynécologie obstétrique** : Mohamed S Traoré, Ibrahim Cissé, Dieneba Diawara, Abdramane Guirou.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

En souvenir des phases de travail intensif et des moments de détente passés ensemble. Je vous souhaite une brillante carrière et une belle réussite.

-A mes cadets de service : **Sidi Touré, Daouda Traoré et Babarou Tamboura, Cheick Saibou Traoré.**

Merci de votre bonne conduite à mon égard ; je vous invite à redoubler d'effort.

-Aux sages-femmes de l'hôpital Sominé Dolo : Mme Togo Fatoumata Tolo, Mme Dolo Fatoumata Dolo, Mme Diallo Badji Dicko, Mme Bah Fatoumata Dicko, Mme Mariam Traoré et Mme Touré Aichetou Sissoko

Pour leur franche collaboration. Merci à toutes.

-A tous les médecins et infirmiers de l'hôpital Sominé dolo de Mopti

Pour leur collaboration.

-A tout le personnel de L'ANIASCO plus précisément : **Dr Abdoulaye Coulibaly**

Vous avez été pour moi un maître, un frère ; ce travail est le vôtre, merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai. Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin ; « amen ».

-A tout le personnel du cabinet médical de Niena singulièrement à

DR Zakaria Traoré d'avoir gouverné mes premiers pas en matière de la santé

-A tous et à toutes mes amis (es) : **Dramane Sanogo, Sanghou Keita, Mariam Keita, Bassekou Coulibaly, Karim Coulibaly.**

-A tous ceux qui m'ont aidé de loin ou de près dans la réalisation de ce travail

Merci à tous.

A notre Maître et Président du Jury
Professeur Mamadou TRAORE

- ❖ **Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique.**
- ❖ **Secrétaire général de la SAGO,**
- ❖ **Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle,**
- ❖ **Coordinateur national du programme GESTA internationale,**
- ❖ **Médecin chef du centre de santé de référence de la CV du district de Bamako,**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la Gynéco-Obstétrique.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et membre du Jury
Docteur THERA Augustin T.

❖ **Maitre assistant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto
stomatologie**

❖ **Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire du**

Point G.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie
sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

.Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation

.Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur de thèse
Docteur Pierre M COULIBALY

❖ **Gynécologue obstétricien à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti,**

Cher maître,

Vos qualités humaines, scientifiques et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré.

Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce document.

Le moment est opportun pour nous de vous adresser notre sincère reconnaissance.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BDCF : bruit du cœur fœtal

CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée

CPN : consultation prénatale

Cm : centimètre

CU : contraction utérine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

C V : commune cinq

C S Réf : Centre de Santé de Référence

dl : décilitre

EDSM III : Enquête Démographique et de Santé Mali III

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie stomatologie

g : Gramme

GESTA : gestion du travail et d'accouchement

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HRP : Hématome Retro-placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

MAF : mouvements actifs fœtaux

M² : Mètre carré

Mn : Minute

MI : Millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFC : Plasma Frais Congelé

PF : Planning Familial

PP : Placenta Prævia

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine Aménorrhée

SONU : soins obstétricaux néonatal d'urgence

TA : Tension Artérielle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

< : Inférieur ; > : supérieur ; ≤ : inférieur ou égal ; ≥ : supérieur ou égal.

SOMMAIRE

I-Introduction et Objectifs	1
II-Généralités.....	4
III-Méthodologie.....	24
IV-Résultats.....	30
V-Commentaires et discussion.....	49
VI-Conclusion	60
VII-Recommandations.....	61
VIII-Références bibliographiques.....	62
Annexes.....	

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur ISSA DIARRA

- ❖ **Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie,**
- ❖ **Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de kati,**
- ❖ **Ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali,**
- ❖ **Haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé.**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

I- INTRODUCTION

Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement constituent depuis l'origine des temps un risque mortel[13]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en voie de développement où la couverture sanitaire est insuffisante. Selon les statistiques de OMS environ 525000 femmes meurent par an dans le monde pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum, laissant derrière elles 100.000 orphelins. Dans les pays en voie de développement cette mortalité est encore plus élevée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistré dans les pays développés.

Cette mortalité est de distribution inégale entre le nord et le sud: 1020/100.000 naissances vivantes en Afrique de l'ouest alors qu'elle est de 27/100.000 naissances vivantes dans les pays développés[42].

Elle est dominée dans plus de 80% des cas par les hémorragies dont 95% seraient évitables (OMS) [38, 39,50].

Au Mali elle est de 464 pour 100000 naissances vivantes selon EDS IV[16]

Dans les pays développés même si la mortalité maternelle a été divisée par cent au cours du XX^e siècle elle stagne à 10 décès pour 100000 naissances depuis les années 1980 [49].

Ainsi en France les hémorragies du troisième trimestre représentaient avec les hémorragies du post-partum immédiat la première cause de décès maternel avec un taux de 17% et pour la même période au Royaume-Uni et aux États-Unis la 4^e cause de décès avec un taux de 5%[49].

L'incidence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse varie de 3% à 5% dans les pays développés: en France, DOUGLAS a relevé 5% en 1981 [37], de même que AYOUBI en 2000 [2]. A LONDRES, une étude faite par DEREK en 1981 trouvait un taux allant de 3 à 6%[12].

En Afrique, SEPOU a trouvé un taux sensiblement supérieur en Centre Afrique, 6,25% [46] tandis qu'au Bénin AKPOVI notait un taux inférieur à 2,42% [1].

Au Mali à l'hôpital Gabriel Touré (CHUGT) une étude faite par F Kané a trouvé 67 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements ce qui représente 2,6 % des accouchements effectués dans cet hôpital. Ce même Auteur trouve que les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse représentent 18,7% des causes de décès maternels avec des taux de létalité maternelle et fœtale respectifs de 4,54 % et 5,57% .

En 2009 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti elles représentaient la 2ème cause de décès maternel après l'éclampsie, et la première cause en 2008 avec les hémorragies du post-partum[15].

Ces hémorragies du troisième trimestre constituent non seulement une préoccupation quotidienne en pratique courante mais également elles englobent un éventail de pathologies obstétricales (placenta prævia, hématome retro-placentaire et la rupture utérine) dont le retard dans la prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Ce pendant leur caractère brutal, l'insuffisance et/ou le manque de suivi prénatal, le retard et/ou l'absence de diagnostic, l'insuffisance ou la non disponibilité des moyens de réanimation (sang et produits sanguins) confèrent aux hémorragies du troisième trimestre toute leur gravité: l'urgence étant d'abord d'apprécier le saignement et son retentissement materno-foetal et de procéder à une stabilisation de l'état général avant de rechercher une étiologie.

Dans le monde la transfusion, très utile dans le protocole thérapeutique de ces hémorragies, constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine un risque supplémentaire de décès à long terme [47].

Au Mali la gratuité de la césarienne a beaucoup amélioré le pronostic de ces hémorragies mais force est de constater qu'à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti,

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

aucune contribution n'a été effectuée à l'étude des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse.

C'est pourquoi nous avons initié cette étude avec des objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général

Contribuer à l'étude des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le profil des femmes qui présentent une hémorragie au 3^e trimestre de la grossesse.
- Déterminer les causes des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse.
- Décrire la prise en charge selon les causes.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.

II- GENERALITES

1/ Définition :

Il s'agit des métrorragies survenant à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhées[44] qui sont le PP, l'HRP, la rupture utérine et les causes indéterminées.

Ce type de complication survient dans 2 à 5% des grossesses.

2/ Historique :

La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue par des anciens auteurs.

Il semble que c'est PORTAL qui fut le premier à sentir un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse à terme [11].

Plus tard LIVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [13].

Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical.

La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS SANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934.

Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [13] les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA ; 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 citer dans le traitement du placenta prævia

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

En AFRIQUE, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en TUNISIE, ALGERIE et au MAROC (1).

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en ANGLETERRE en 1811.

RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes retro placentaire aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia. BAUDELOCQUE décrit la cupule retro placentaire des hémorragies cachées. DE LEE en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome retro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par DEEKERMAN qu'en 1936.

COUVELAIRE en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre ou dépasser souvent la sphère génitale.

3/ RAPPEL ANATOMIQUE

3-1 utérus : l'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser 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. L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 et 1200g sa capacité non gravide est de 2 à 3ml ; à terme elle est de 4 à 5litres [25].

3-1.1 Le corps utérin :

Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissus conjonctifs et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à

l'ensemble du corps utérin. L'utérus non gravide a une hauteur de 6 à 8 cm et une largeur de 4 à 5cm à la fin du 6^e mois de la grossesse sa hauteur est de 24cm et sa largeur de 16cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32cm et une largeur de 22cm. A terme l'épaisseur des parois est de 8à10cm au niveau du fond et de 5 à 7 cm au niveau du corp de l'utérus [25].

3-1.2 Le col utérin :

Contrairement au corps, il se produit peu de modifications au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient mole. Les orifices restent fermées jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [25].

3-1.3 Le segment inférieur

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide. Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa pathologie, sa physiologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- Sa forme :

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure.

- Ses dimensions et limites :

Le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12cm de largeur et 3-5cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col et sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement devenant corporéale.

- Sa structure :

Le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

- **Caractères :**

Son caractère essentiel est la minceur 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation fœto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie..

3- 2 Le placenta :

En latin placenta signifie gâteau. Le placenta, organe complexe par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [43].

Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3^e et le 4^e mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5^e mois.

Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5^e jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyste.

3-2-1. Structure du placenta :

Examiné après la délivrance, le placenta est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre et son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6cm sur les bords ; son poids au moment de la délivrance est en moyenne 500-600gr 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, 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 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 de LANGHANS qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

Les villosités libres ou de dénutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

b) La face maternelle :

Encore appelée la lame basale est charnue, tomenteuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de MITABUCH et d'une caduque basale au niveau de la quelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [13]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérin et placentaire. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet du septa, pour les autres à la base, 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 [43]. 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.

3-2-2. La circulation placentaire :

Elle est double, maternelle et fœtale. La circulation utéro-placentaire s'établit aux 14-15^e jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villieuse. 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 chorionale par un immense lac sanguin dit lac du chorion pauvre en villosités. À la périphérie de la chambre inter villieuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéro-placentaires et sont contenus et endigués par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160/kg/minute. La circulation fœtale est 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 les vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

-le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [42].

-le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 à 12m² lorsqu'elle parvient à son plein développement.

-c'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [26].

3- 3. Les membranes de l'œuf :

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta, la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide

amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

3-3-1. L'amnios : c'est une membrane mince, transparente, très résistante qui circonscrit en dedans la cavité amniotique. Membrane interne, il tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus.

3 - 3-2. Le chorion :

C'est une membrane fibreuse, transparente et résistante située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios.

A l'orifice du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

3-3-3. La caduque :

Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine dite caduque ou déciduale comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de HUNTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovalaire 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 du col.

A terme les caduques ovalaires et pariétale sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios.

Membrane jaune, tomenteuse, opaque, la caduque est peu résistante [43].

4/ PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire ». d'une 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 la fonction hormonale de la grossesse.

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

- Par simple diffusion.
- Par les molécules porteuses.
- Par intervention d'une activité cellulaire spécifique de la membrane placentaire.

Les échanges sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

5/ LES ETIOLOGIES :

5-1. le placenta prævia (pp) :

5-1-1. Définition :

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus avec de manifestations hémorragiques. Il complique de 0,3 à 2,6% des grossesses.

Il représente dans de nombreuses séries [30, 47] 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%.

5-1-2. Classifications :

a- classification anatomique :

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

b- la classification échographique :

Décrit le placenta bas inséré, antérieur ou postérieur avec type pour chacun selon la distance qui sépare le bord inférieur du placenta à l'orifice du col.

-la classification clinique :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

-variété non recouvrante : dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.

-variété recouvrante : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

5-1-3. Pathogénie de l'hémorragie :

Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peut survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail.

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts 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 soulignée.

-la théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER :

A partir du 6^{ème} mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre la paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [26].

-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 [43].

5-1.4 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 d'abondance variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier sans cause apparente.

b- Signes généraux : leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition.

On observe à tous les degrés des effets de la spoliation sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardio-vasculaire.

c- Signes physiques :

- **le palper montre** que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.

-**le toucher vaginal :** très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang.

L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale.

5-2. L'hématome retro-placentaire (HRP) :

5-2-1. Définition :

L'H R P est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine.

Ce syndrome, ainsi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [26].

5- 2-2. Pathogénie de l'hémorragie :

Le phénomène initial serait un spasme des artéioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra-vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale.

Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisée dans la zone utéro-placentaire.

Ainsi se constitue l'hématome retro-placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie.

Très souvent le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

5- 2-3. Etude clinique :

Le début est brutal, l'H R P survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni hypertension artérielle préalable.

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus ; de 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 métrorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

a- Signes généraux :

-faciès angoissé.

-le pouls s'accélère et s'affaiblit.

-la tension artérielle élevée au début chute brusquement traduisant le choc.

-les urines sont réduites en quantité, quand la protéinurie existe, elle est soudaine et massive : c'est l'ictus albuminurique.

b- Signes physiques :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

- à l'examen l'utérus qui est le siège d'une hémorragie devient dur comme du bois, dur de partout et dur tout le temps, témoin de son extrême hypertonie. Il est d'autant plus dur que l'hémorragie externe est minimale. L'utérus augmente de volume, augmentation décelable d'un examen à un autre.

- à l'auscultation : les BDCF sont souvent absents.

- au toucher vaginal : le segment inférieur, dur et tendu, participe à l'hypertonie utérine. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres.

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

Les signes échographiques sont tardifs et n'existeraient que dans 25% des cas.

5-3.La rupture utérine (RU) :

5-3-1. Définition :

Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine R. Merger [43].Mais l'usage a prévalu d'écarter celles qui n'intéressent que le col, décrites sous le nom de déchirures du col. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses M.N'DIAYE [37].

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une importante cause de mortalité maternelle : 20 à 39,04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 11,94% des hémorragies du 3^{ème} trimestre [26].

5 -3-2. Pathogénie de l'hémorragie :

L'hémorragie survenant à la suite de l'hémopéritoine a trois origines :

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

Notons que la rupture sur utérus cicatriciel qui est une simple déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

5- 3-3. Etude clinique :

- **Phase prodromique :**

Permet de prévoir l'accident. Les signes de la rétraction utérine apparaissent les premiers. L'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes ; l'utérus se relâche mal.

o **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.

o **Phase de rupture :**

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel ; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus.

Au toucher vaginal la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu. La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave, la prévention précoce n'est pas toujours possible [30]

5-4.Cervicite et érosions cervicales :

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [13].

5-5.Hématome décidual marginal :

Il provient d'une déchirure des veines utéro-placentaire marginales, et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

5-6.Rupture de vaisseau prœvia ou syndrome de BENKISER :

Il s'agit d'un vaisseau fœtal qui saigne [9].

5-7.Rupture spontanée des varices :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [18].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [20].

5 -8. Les causes indéterminées :

6/ LE TRAITEMENT

6-1. / LE TRAITEMENT PREVENTIF :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sont le 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 risque tels que une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multifoetale, les antécédents d'hématome retro placentaire (**HRP**), de rupture utérine (**RU**), d'interruption volontaire de grossesse (**IVG**), d'endométrite, de traumatisme de consommation de stupéfiant, d'alcool ou de tabac etc.....

6-6. / LE TRAITEMENT CURATIF :

Il doit être assuré par une équipe comprenant : un (1) Obstétricien et son aide, un (1) Anesthésiste-réanimateur et un (1) Pédiatre néonatalogue.

6-6 -1. Les buts :

- arrêt de l'hémorragie.
- évacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- correction des éventuelles complications.

6- 6-2. Les moyens :

a- le traitement général :

Toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [30].

De façon générale et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelque soit l'étiologie de l'hémorragie :

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre.
- Mise en place d'une sonde urinaire.
- Oxygénation.

- Bilan préopératoire : s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupage-rhésus, NFS, entre autres) 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 le Ringer lactate ou 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 litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Hemacel sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500cc en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Si la patiente a préalablement 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 compatibles 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/min.

Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang, mais il peut contenir des additifs comme du calcium.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

- Correction des troubles de la coagulation : fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif.
- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.
- Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

b- le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b-1 le placenta prævia :

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

- La césarienne.
- L'expectative.

La rupture des membranes.

Un certain nombre de 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 fœtal.

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 les eaux ne perd plus de sang » disait on déjà au **XVIII^{ème}** siècle (6), en absence d'anomalie de 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.

Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative :

- Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines. Rappelons que les bêtamimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur .
- Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite supérieur à 30%.
- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif.
- Cures de stéroïdes.
- 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 la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être très dangereux pour le fœtus.

L'expectative jusqu'à 37 - 38 S.A imposera 75% de césarienne en urgence.

b-2 Hématome retroplacentaire :

Trois (3) facteurs doivent entrer en ligne de compte :

- L'état cardiovasculaire de la mère.
- La vitalité du fœtus.
- La maturité fœtale.

Devant un hématome retroplacentaire modéré ou sévère, il n'y a de place pour l'expectative ; il faut au contraire agir vite et efficacement.

La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit d'un enfant vivant et viable avec un accouchement imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec une hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère au prix d'une hystérectomie.

L'accouchement par voie basse peut être envisagé si l'hématome est modéré, s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après une rupture des membranes et perfusion. La voie basse est préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré, le travail sera dirigé par les ocytociques.

Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près.

Il faut se souvenir que le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [31].

b-3 La rupture utérine :

Le traitement obstétrical de la rupture utérine est chirurgical : il s'agit de la laparotomie pour suture utérine ou hystérectomie et traitement des lésions associées.

7/ LA SURVEILLANCE :

Elle est clinique et échographique.

7-1.La surveillance clinique : elle comporte :

L'établissement d'une fiche de surveillance comportant : la conscience, la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (BDCF), les mouvements actifs fœtaux (MAF), les contractions utérines (CU), le saignement, la diurèse La stabilité de l'hématome et l'existence ou non de lésions associées.

En cas d'accouchement, les suites de couche 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 anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [34].

2.La surveillance échographique :

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus 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 [45].

Ces deux (2) surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement instituer.

8/ 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 du lobe antérieur de l'hypophyse par un vasospasme 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 thromboplastine provenant du placenta et de la caduque.

Il s'ensuit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination.

L'hémorragie continue et devient incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place au 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 couche et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

9/ LE PRONOSTIC :

9-1.Le pronostic maternel :

Si la mortalité maternelle a fortement baissé 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 caillots des HRP, les fragments des PP et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie). 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 comme traduction arrêt de la procréation avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

9-2.Le pronostic fœtal :

En général il est mauvais.

L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'anémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt plus le pronostic fœtal est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

III- MATERIELS ET METHODE

1- CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital sominé Dolo de MOPTI

1-1 caractéristiques générales de la région de MOPTI :

Région de Mopti située au centre du pays avec une superficie de 79017km² est la 5^{ème} région administrative du pays. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafunké), au Sud par la république du BURKINA-FASO (sous préfecture de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercle de Tominian, San et Macina), à l'Ouest par la région de Ségou (cercle

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

de Niono et Macina), à l'Est par la république du BURKINA-FASO (sous préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous).

La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro écologiques, qui sont :

- La zone exondée située en grande partie à l'Est et comprend les cercles de Bankass, Bandiagara, et Koro et une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et la plaine.
- La zone inondée ou delta inférieur du Niger est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve Niger et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La population s'élève à 1 865 297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26% ; Peulh et Rimaibe 23% ; Sonrhaï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 09%.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2%. Près de 50% de la population de cette région à moins de quinze ans et la majorité vit en zone rurale.

Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche de l'agriculture et de l'élevage.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du fleuve Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région est en croissance grâce au tourisme.

La région dispose en effet les sites touristiques les plus visités au Mali qui sont : Djenné (la grande Mosquée), pays Dogon et la ville de Mopti.

1-2 L'HOPITAL DE MOPTI

Il a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et de pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions. C'est en 1969 qu'il fut baptisé <<l'hôpital Sominé Dolo>>. Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la Santé, natif de la Région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2ème référence pour toute la région.

Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public Hospitalier (E P H) avec une autonomie de gestion.

1-3 Le service de Gynécologie et d'obstétrique :

Comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation ;

Une salle de garde des sages femmes, deux salles d'hospitalisation ventilée comportant 11 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à 2 lits.

La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire et comporte deux tables d'accouchements et trois lits de suites de couches immédiates ; le bloc opératoire comporte deux salles opératoires et le service de Gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec la chirurgie.

La garde est assurée par un gynécologue, médecin généraliste, une sage-Femme, un faisant fonction d'interne, une Infirmière obstétricienne et le manœuvre.

Les Gynécologues assurent la garde physique

2- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective s'étendant sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010.

3- Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes admises au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pendant le troisième trimestre de leur grossesse durant la période d'étude.

4-Critères d'inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse et admise dans le service pendant la période d'étude.

5-Critères de non inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Toute femme présentant une hémorragie du post partum immédiat (de moins de 24 heures).
- Toute femme enceinte présentant une hémorragie du troisième trimestre et ayant accouché en dehors du service.

7-ECHANTILLONNAGE

7-1 Taille de l'échantillon : Nous avons calculé à partir de la formule de

SCHWARTZ.
$$n = (Z\alpha)^2 \frac{P \times Q}{i^2}$$

$$z\alpha = 1,96$$

$$i = 5\% \text{ (précision)}$$

$$\alpha = \text{risque}$$

$$P = \text{prévalence de l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse au Mali[11]} : 2,7\% = 0,027$$

$$Q = 1 - p = 1 - 0,027 = 0,973$$

$$n = 40,36 = 40$$

7-2 COLLECTE DES DONNEES :

La collecte des données a été réalisée à partir du dossier obstétrical, le registre de césarienne, le registre SONU et consignées sur une fiche d'enquête individuelle.

7-3 DÉROULEMENT PRATIQUE DE L'ÉTUDE :

Une fois le diagnostic de l'hémorragie du 3^{ème} trimestre connue on procédait à :

- L'installation de la patiente ;
- La prise de la voie veineuse sûre avec un cathéter G 16 ou G 18 ;
- La demande du taux d'hémoglobine en urgence ;
- La demande d'une échographie obstétricale si nécessaire en urgence ;

- Une recherche étiologique.

Précisait :

- Le terme de la grossesse (viabilité fœtale) ;
- La notion de travail d'accouchement ou non ;
- La vitalité fœtale.

Faisait :

Créatininémie ; transaminases ; albuminurie

- La maturation pulmonaire si nécessaire par les corticoïdes (célestène 4mg) ;
- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;
- Une recherche de pathologie maternelle associée.

La conduite à tenir dépendait de ces différents paramètres.

Nous avons procédé au suivi de nos malades et les nouveaux nés vivants pendant toute la durée de l'hospitalisation.

7-4 Supports des données

Le support des données a été :

- la fiche d'enquête
- le dossier obstétrical
- le registre d'accouchement, le registre SONU.

7-5 VARIABLES :

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- ✓ les données sociodémographiques : âge, état matrimonial, profession, résidence.
- ✓ les antécédents : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux.
- ✓ le mode d'admission.
- ✓ le diagnostic d'entrée et le diagnostic définitif ;
- ✓ l'issue de la pathologie maternelle et fœtale.

7-6 Traitement des données :

Les données ont été saisies dans Word 2007 traitées sur le logiciel SPSS.

7-7 DÉFINITIONS OPÉRATOIRES

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

- Primigeste = 1 grossesse
- Paucigeste = 2 à 3 grossesses
- Multigeste = 5 à 6 grossesses
- Grande multigeste > à 6 grossesses
- Nullipare = 0 accouchement
- Primipare = 1 accouchement
- Paucipare = 3 à 4 accouchements
- Multipare = 5 à 6 accouchements
- Grande multipare > à 6 accouchements

- Terme de la grossesse : Taille ≥ 47 cm
- Avant terme : Taille < 47 cm
- Césarienne en première intention : césarienne absolue
- Césarienne en deuxième intention : césarienne relative
- Mauvais état général est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et /ou une tension artérielle inférieure ou égale à $8/4$ cm hg, taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.

- Etat général passable : tension artérielle entre $9/5$ cm hg et $10/6$ cm hg, taux d'hémoglobine variant de 7g/dl à 10g/dl avec obnubilation, score de Glasgow variant de 9 à 12.
- Etat général bon : tension artérielle $\geq 11/7$ cm hg, taux d'hémoglobine ≥ 11 g/dl, bonne conscience, score de Glasgow variant de 13 à 15.
- Le coma se définit comme la suppression de la vigilance et de la conscience.
- Obnubilation : est l'état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.
- Anémie sévère : taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl ;
- Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

- Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;
- Référence : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée en dehors de toute situation d'urgence.

6- DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

L'échographie qui est un examen prépondérant pour le diagnostic étiologique n'a pas toujours été possible à cause de l'absence d'un échographe dans la salle d'accouchement.

-La problématique de dotation en produits d'urgence et en sang au niveau du service a été dans certains cas un handicap sérieux pour la prise en charge rapide.

IV- RESULTATS

Fréquence

Du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010 nous avons colligé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti 1485 accouchements dont 94 cas de grossesses compliquées d'hémorragies du 3^{ème} trimestre soit une fréquence de 6,33%.

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

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Age	Effectif	Fréquence
≤ à 19ans	9	9,6
20-35 ans	69	73,4
> à 35ans	16	17,0
Total	94	100

Agés extrêmes de [15-46 ans] et un âge médian à 28.

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut	Effectif	Fréquence
mariées	90	95,74%
célibataires	4	4,26
Total	94	100,0

Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence
rural	56	59,6
urbain	38	40,4
Total	94	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Fréquence
ménagère	75	79,8
élève/étudiant	8	8,51
vendeuse	10	10,6
fonctionnaire	1	1,06
Total	94	100

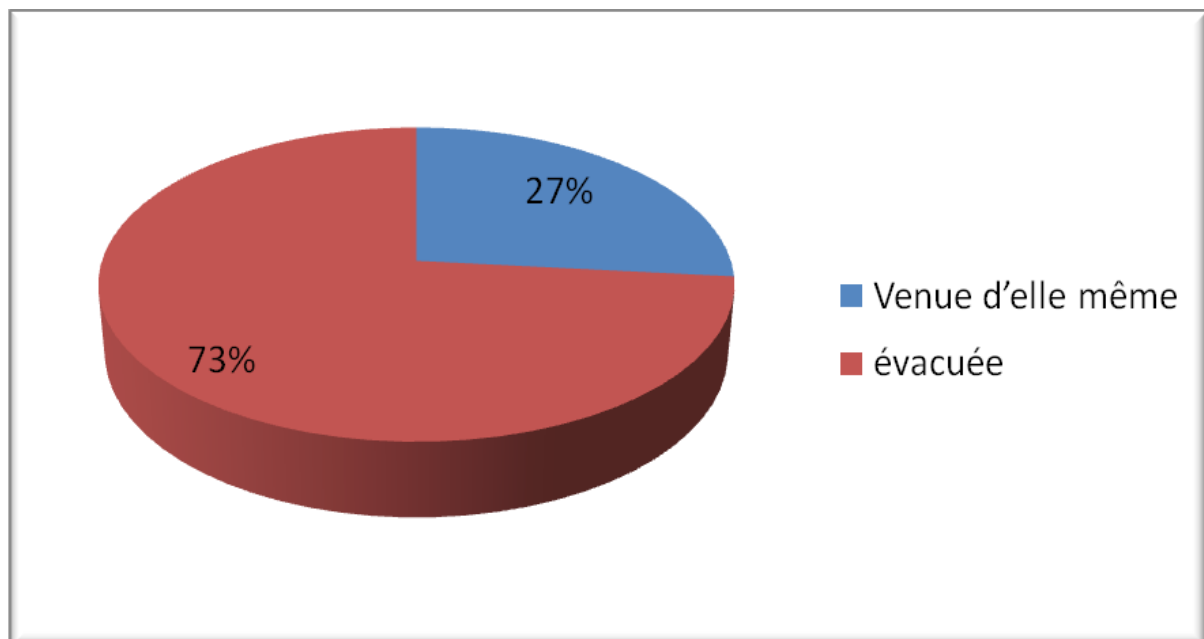


Figure 1 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

TABLEAU V : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Fréquence
Hémorragie	70	74,46
Douleur abdominale+métrorragie	20	21,27
Autres	4	4,25
Total	94	100,0

Autres : présentation vicieuse, SFA.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	Effectif	Fréquence
Ambulance	52	55,3
Pinasse	20	21,3
Taxi	19	20,2
Motocycliste	3	3,2
Total	94	100

TABLEAU VII : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux.

ATCD	Effectif	Fréquence
Césarienne	10	10,6
Myomectomie	2	2,12
Aucun	82	87,23
Total	94	100

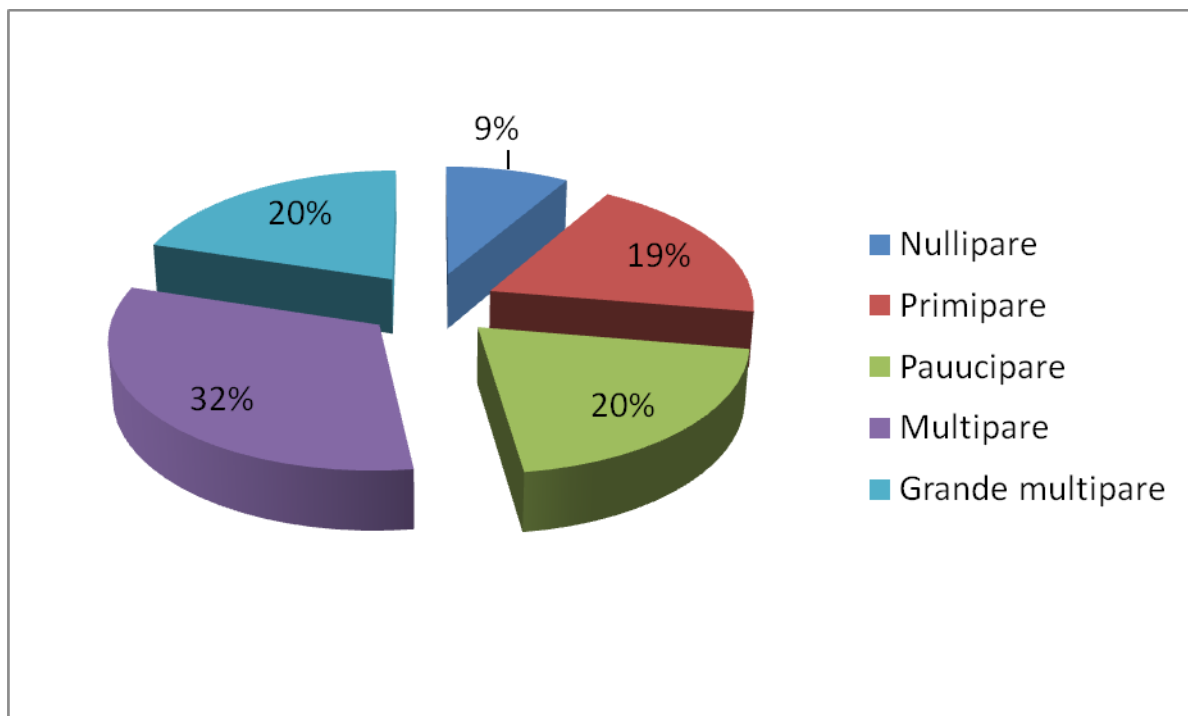


Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.

Terme	Fréquence	Pourcentage
28 -36 SA	22	23,4
37-42 SA	72	76,6
Total	94	100

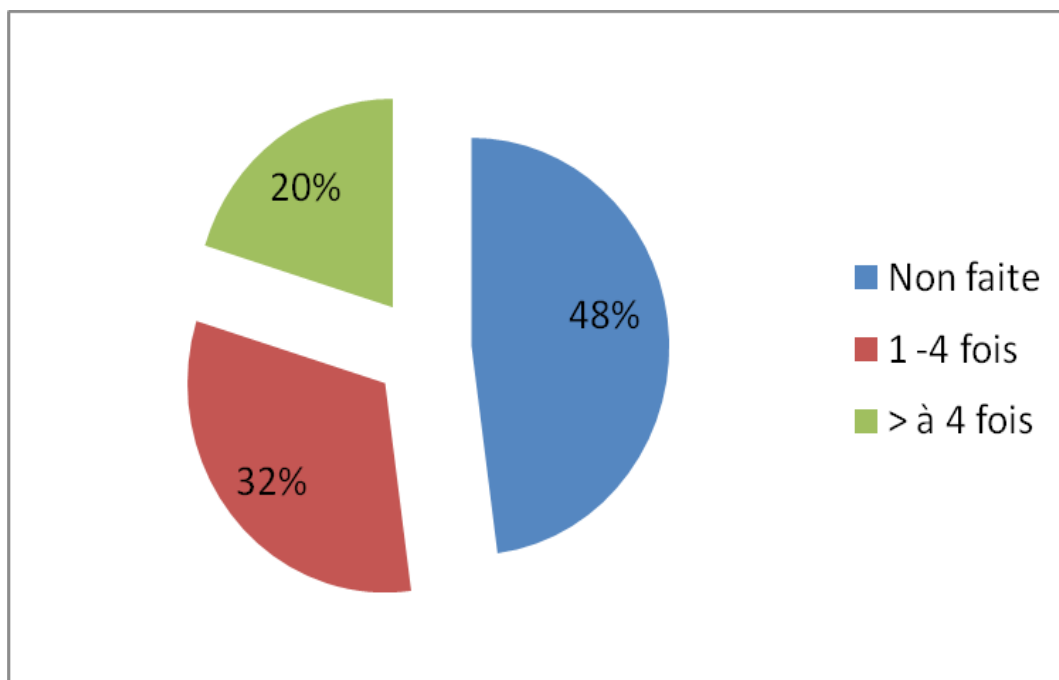


Figure 3 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Tableau I X : Répartition des patientes selon le nombre de CPN en fonction de la résidence.

Résidence	Rural	Urbain	Total
C P N			
Non faite	42	10	52
1-4 fois	10	20	30
> à 4 fois	4	8	12
Total	56	38	94

Tableau X : Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et la consultation.

Début de l'hémorragie	Effectif	Fréquence
< à 1-Heure	7	7,4
1 -12 Heure	45	47,9
12- 24Heure	35	37,3
≥ à 24HEURE	7	7,4
Total	94	100

Tableau XI: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectif	Fréquence
> à 11g/dl	33	35,1

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

10-11g/dl	21	22,3
7-9g/dl	27	28,7
≤ à 6g/dl	13	13,8
Total	94	100

Tableau XII: Répartition des patientes selon le mode de survenu de l'hémorragie.

Mode de survenu	Effectif	Fréquence
Spontané	88	93,6
Provoquée	6	6,4
Total	94	100

TABLEAU XIII : Répartition des patientes selon la couleur du sang.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Sang	Fréquence	Pourcentage
Rouge vif	61	64,9
Noirâtre	33	35,1
Total	94	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la tension artérielle à l'admission.

TA	Effectif	Fréquence
< à 14 /9Cmhg	66	70,2
≥ à 14/9Cmhg	28	29,8
Total	94	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le type de présentation.

Présentation	Effectif	Fréquence
Céphalique	81	86,2

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Siège	12	12,7
Transversale	1	1,1
Total	94	100

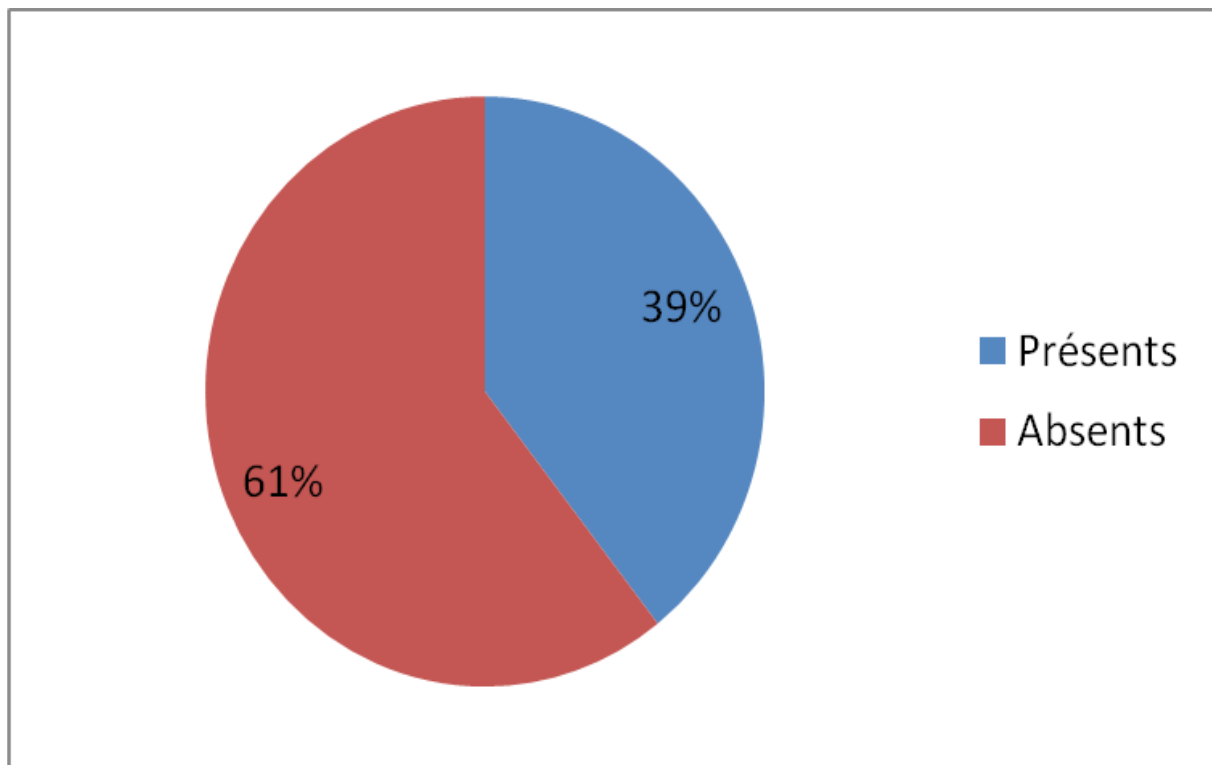


Figure 4 : Répartition des patientes selon la présence des BDCF au pinard.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'étiologie de l'hémorragie.

Etiologie de l'hémorragie	Effectif	Fréquence
PP	40	42,6

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

HRP	27	28,7
Rupture utérine	25	26,6
PP+HRP	2	2,1
Total	94	100

Tableau XVII : Répartition selon l'étiologie de l'hémorragie en fonction de la résidence des patientes.

Résidence	Rural	Urbain	Total
Etiologie			
PP	20	20	40
HRP	14	13	27
RU	21	4	25
PP +HRP	1	1	2
Total	56	38	94

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

	Effectif	Fréquence
Voie basse	12	12,8
Voie haute	82	87,2
Total	94	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type d'intervention en cas de rupture utérine.

R U	Effectif	Fréquence
Hystérorraphie	13	
52		
Hystérectomie	12	
42		
Total	25	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement en cas de placenta prævia.

Voie d'accouchement	Effectif	Fréquence
Voie basse	5	12,5
césarienne	35	87,5
Total	94	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la prise en charge de l'HRP en fonction de l'état du fœtus.

H RP	Césarienne en 1 ^{ère} intention Effectif f	Accouchemen t par voie basse Effectif f	Césarienne en 2 ^{ème} intention Effectif f	Total
Fœtus vivant en travail	5	1	0	6
Fœtus vivant non en travail	1	0	0	1
Fœtus mort en travail	5	4	2	11
Fœtus mort non en travail	9	0	0	9
Total	20	5	2	27

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la quantité de sang reçue.

Nombre de poche de sang	Effectif	Fréquence
0	35	37,2
2 à 3 poches	44	46,8

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

≥ à 4 poches	15	16,0
Total	94	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications maternelle.

Complications	Effectif	Fréquence
infections	13	28,8
coagulopathie	5	11,11
Choc hypovolemique	22	48,9
Hémorragie de la délivrance	3	6,66
Anurie	2	4,44
Total	94	100

◆NB : infections : endométrite, suppuration pariétale.

Tableau XXIV : Répartition des décès maternels selon l'étiologie.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

décès	Effectif	Fréquence
Etiologie		
HRP	7	63,63
RU	3	27,26
PP +HRP	1	1,1
Total	11	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée de séjour	Effectif	Fréquence
24- 96 Heures	74	78,7
> à 96 Heures	20	21,3
Total	94	100

Tableau XXVI : Répartition des décès maternels en fonction de la résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence
Rural	10	90,90

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Urban	1	9,1
Total	11	100

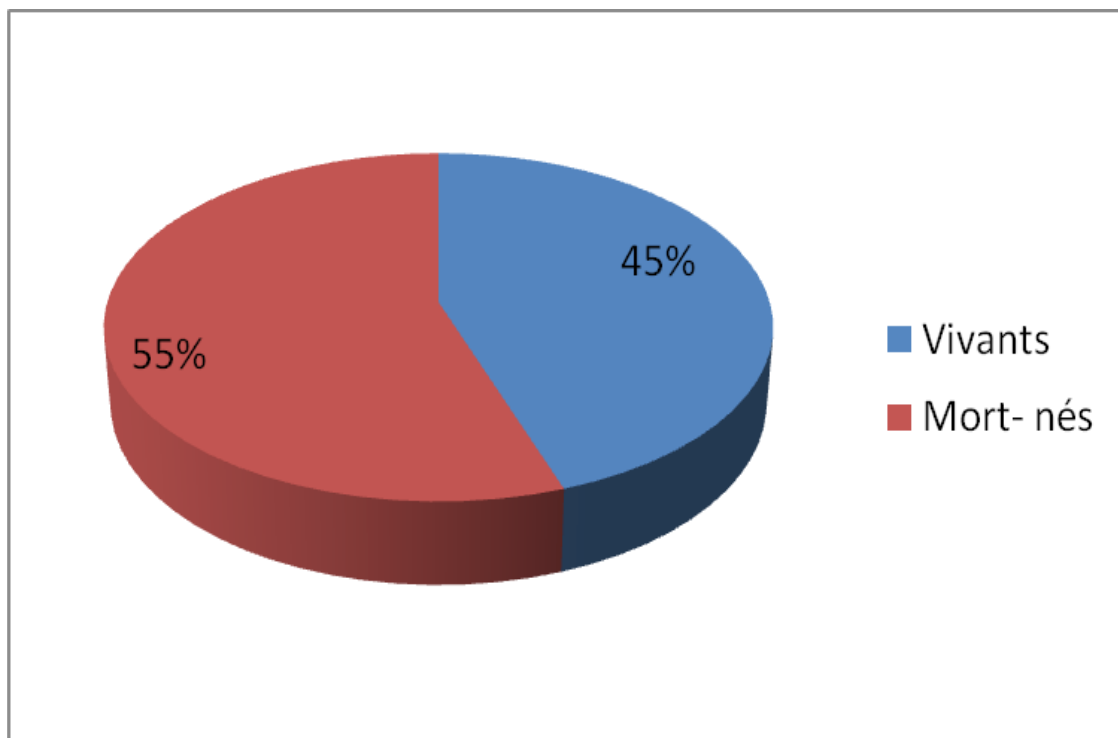


Figure 5 : Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance.

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon L'APGAR à la première minute.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

APGAR	Effectif	Fréquence
0	52	55,31
1-6	12	12,76
≥7	30	31,93
Total	94	100

Tableau XXVIII : Répartition des Nouveau- nés selon le terme.

Maturité	Effectif	Fréquence
A terme	75	79,8
Prématuré	19	20,2
Total	94	100

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance.

Poids en g	Effectif	Fréquence
≥ à2500	73	77,7
< à 2500	21	22,3
Total	94	100

Tableau XXX: Répartition des nouveau-nés prématurés en fonction de l'étiologie.

prématurité	Effectif	Fréquence
Etiologies		
PP	12	63,16
HRP	6	31,58
RU	0	0
PP + HRP	1	5,26
Total	19	100

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés vivants en fonction du score d'Apgar à la 1^{ère} minute et en fonction de l'étiologie de l'hémorragie.

Apgar	1-7		> 7	
	Effectif	%	Effectif	%
PP	12	70%	23	92%
HRP	5	30%	2	18%
Total	17	100	25	100

Tableau XXXII : Pronostic néonatal selon l'étiologie.

Etat des N-nés Etiologies	Vivant		Mort-nées	
	Effectif	%	Effectif	%
PP (N=40)	35	83,33	5	9,61
HRP (N=27)	7	16,67	20	38,47
RU (N=25)	0	0	25	48,08
PP + HRP (N=2)	0	0	2	3,84
Total	42	100	52	100

NB : N= nombre de cas

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1-1 La Fréquence

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti 1485 accouchements dont 94 cas compliqués d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 6,33%.

Notre fréquence est supérieure à celles de Boog [5] et de DEMBELE I [11] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 2 à 5% et 2,7%.

Notre fréquence élevée s'expliquerait par le fait que l'hôpital Sominé Dolo Mopti est une structure de deuxième référence de la région , à cet effet il reçoit presque toutes les évacuées et référées des CSCOM et CSREF de la région.

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

1-2 l'âge

La tranche d'âge la plus touchée est de 20-35ans avec 73,4%, cette tranche d'âge correspond à la période d'activité obstétricale la plus intense.

Elle est comparable à celle de DIAKITE R [13] qui était à 75,6%. FOOTE [18] trouve que le Placenta prævia est deux fois plus fréquent après 29 ans, l'hématome retro-placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les jeunes primipares selon UZAN M [48]

Agés maternels extrêmes 15 et supérieur à 35ans constituent la période à risque pour la rupture utérine selon F KONE [27] ; la tranche d'âge de 25-30ans est dominante dans la survenue de l'hématome retro-placentaire au Mali selon GARBA[20].

1-3 Résidence

59,6% de nos patientes vivaient en milieu rural, cela s'expliquerait par le bas niveau socio-économique et l'insuffisance en ressources humaines qualifiées dans les zones rurales.

1-4 Transport utilisé

L'ambulance était le moyen de transport le plus utilisé avec 55,3% suivi de la pinasse avec 21,3%.

1-5 Mode d'admission

Dans notre série ; 73,4% de nos patientes ont été évacuées ou référées par des CSCOM ou des CSREF de la région.

Cela est dû au statut de deuxième référence de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti destiné à recevoir toutes les grossesses à risques et compliquées d'hémorragies. DIAKITE R [13] rapporte dans sa série 48% d'évacuation, DEMBELE I [11] a trouvé 47% dans sa série, OUATTARA A [40] rapporte dans sa série 58,51% des patientes non évacuées contre 26,6% dans notre série

1-6 Parité

Les multipares représentaient 31,9% des cas d'étude .L' association de la parité et les principales étiologies des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont traitées par plusieurs auteurs.

Notre taux est très bas par rapport à celui de KONE F [27] qui était de 51,11% de PP hémorragique et comparable à celui de DEMBLE I [11] qui était à 27,8% ; BOOG G [5] trouve que la parité est un facteur déterminant que l'âge avec 35% de multipares, FOOTE [18] note une fréquence quatre fois plus élevée de placenta prævia parmi les multipares avec 36%.

1-7 Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique est un paramètre difficile à déterminer dans notre pays. Dans notre étude les ménagères représentaient 79,8% et 1,1% pour les femmes fonctionnaires.

-La grossesse n'était pas suivie chez 47,9%, pourtant les mariées représentaient 95,74% et les patientes vivants en milieu rural représentaient 64,4% dans cette série.

Notre taux est supérieur à celui de DEMBELE I [11] qui était à 34,9%.

Cette différence s'explique par le manque d'information et de compréhension sur l'importance des CPN par une population à majorité analphabète et vivant en milieu rural avec un bas niveau socio-économique.

1-8 Les conditions associées

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou à une myomectomie, de curetages, des fausses couches, de placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, et de rupture utérine ont été cités par plusieurs auteurs comme des facteurs favorisant de ses pathologies [9, 22, 26, 33] .Dans notre série nous avons enregistré 10 cas d'antécédent de césarienne et 2 cas de myomectomie.

Les lésions durables de la muqueuse utérine s'opposeraient à la migration placentaire vers le fond utérin ou une diffusion anormale vers le segment inférieur. Notre taux est inférieur à ceux de F KANE [26] et de MABOUNGA A [33] qui étaient respectivement de 13,43% et 7,2% et supérieur à ceux de DEMBELE I [11] , DIAKITE R [13] et de HODONOU [21] qui étaient respectivement de 4,88% ; 6% et de 4,56%.

1-9 Hypertension artérielle

Au cours d'une étude rétrospective portant sur 265 cas UZAN [48] rapporte que l'HRP est associée à une affection hypertensive dans 71 cas soit une fréquence de 26,9% dont 42 cas de pré-éclampsie pure, 12 cas d'hypertension artérielle chronique compliquée de pré-éclampsie et 17 cas d'hypertension artérielle chronique.

Dans notre étude 26,6% de nos patientes avaient une antécédente hypertension artérielle et 29,8% avaient une tension artérielle supérieure ou égale 14 /9 cmhg.

2- DONNEES CLINIQUES

2-1 Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission :

Le temps mis entre la décision de référence ou évacuation et leur arrivée à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti était jugé très long, il était compris entre une heure et douze heures dans 47,9% et supérieur à 24heures dans 7,4%.

DIAKITE R [13] trouve dans sa série que 59,8% des patientes ont fait une à douze heures de temps avant leur admission contre 95,2% entre une à douze heures dans la série de Dembélé I [11].

Ce retard aggrave l'hémorragie et compromet gravement le pronostic materno-fœtal.

La sévérité du pronostic materno-fœtal des hémorragies du troisième trimestre pourrait s'expliquer par le retard dans la décision de recourir aux soins à cela s'ajoute la longue distance parcourue pour se rendre à l'hôpital, et d'autre part les moyens de transports utilisés pendant la période de crue du fleuve dans les zones inondées.

2-2 Signes cliniques

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic. Cliniquement la métrorragie considérée comme signe fonctionnel principal était présente chez toutes nos patientes, ce pendant elle était isolée dans 62,8% des cas et associée à la douleur abdominale dans 28,7%. Par contre dans la série de DIAKITE R [13], COULIBALY [9] et de GARBA [20] elles étaient respectivement de 100% ; 91,9% et de 94,25% des cas.

Rappelons que certains signes physiques peuvent être trompeurs tels que la tension artérielle, elle peut être à la limite de la normale alors que l'hémorragie interne est très importante.

2-3 L'âge gestationnel

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

Dans notre série 23,4% de nos patientes ont saigné avant la 37^{ème} SA. La plus part de ces métrorragies étaient survenues de façon spontanée dans 93,6%; par contre 10,8% dans la série de DEMBELE I [11] avaient saigné entre la 28^{ème} SA et la 32^{ème} SA.

2-4 Les bruits du cœur fœtal à l'admission

La présence ou l'absence des bruits du cœur fœtal est souvent primordial dans la prise de décision thérapeutique.

Dans notre série les bruits du cœur fœtal n'étaient pas audibles dans 60,6% des cas au stéthoscope de pinard ; par contre dans la série de DEMBELE I [11] ils étaient à 47% contre 19,8% dans la série de DIAKITE R [13].

Ce taux élevé serait due :

- au temps entre le début de l'hémorragie et la consultation à HSD de Mopti considéré trop long.
- à la méconnaissance de la gravité des métrorragies du troisième trimestre de la grossesse par certains prestataires.
- à l'état antérieur de la gestante souvent mauvais.

2-7- Etiologies

Trois principales étiologies ont été retrouvées. Par ordre décroissante nous avons :

2-7-1 le Placenta prævia

Il occupe le premier rang des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans notre série avec 42,6% des cas dont la plus grande majorité admise en travail d'accouchement.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

Dans les séries de DEMBELE I [11] et FOOTE [18] le PP représentait 30,1% et 36%.

Les séries d'études de HOHFELD [15], LANSAC J [30] et BARBOT X J [4] ont trouvé respectivement 20% ; 3,7% et 12-24% 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% [12].

Notre fréquence élevée s'expliquerait par l'altération et la fragilisation de la muqueuse utérine par les grossesses multiples et les infections (endométrite).

2-8-2 L'hématome rétro-placentaire(HRP)

Il occupe le deuxième rang des causes d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse avec une fréquence de 28,7%.

Dans les séries d'études de DIAKITE R[13], KANE F[27], FOOTE[18] ; Ils rapportaient respectivement des fréquences de 24,4% ; 35,82% et 37% et celles de BARTBOT X[4] J.LANSAC [31] étaient respectivement de 15-16% et 7,4% des cas.

Ces différences relativement importantes pourraient s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie à savoir la recherche et la prise en charge de ces principaux facteurs de risques au cours des consultations prénatales telle-que l'hypertension artérielle.

5-3-3 Rupture utérine

La rupture utérine qui a presque disparue dans les études des pays bien médicalisés est toujours d'actualité dans notre pays en voie de développement.

Dans notre étude elle est de 26,6% ; dans leurs séries de DEMBELE I [11], DIAKITE R [13],KANE F [26], BOOG [19] ont trouvé respectivement 13,3% ;6,1% ;11,94% ; et 0,7 à 3,5% des cas.

Notre fréquence très élevée par rapport aux autres études s'expliquerait par :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

- la situation géographique de la région où la moitié est inondée pendant 9 mois de l'année où le déplacement n'est possible que par pinasse pendant cette période.
- le non suivi des grossesses à risque (niveau de CPN très bas).
- la fréquence élevée des tentatives d'accouchement à domicile.
- l'utilisation abusive de certains médicaments (ocytocine) par les prestataires de santé dans la région majoritairement constituées de Matrones.
- certaines manœuvres obstétricales (expressions utérines).

Force est de constater que 21 cas de rupture utérine résidaient hors de la commune urbaine de Mopti.

2-8-4 Association placenta prævia et l'hématome retro-placentaire

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [3, 4, 7, 9, 21, 40, 26, 27] ; dans notre série d'étude nous avons enregistré 2 cas soit une fréquence de 2,1%.

BAGAYOKO S [3] , GARBA H [18] et KONE F [27] rapportaient respectivement des fréquences de 4,84% ; 4,2% et 3,75% de cas. Notre fréquence est conforme à la moyenne de 0,8 à 10,9% citée par BOOG G [5] .

2-8-5 Causes indéterminées

Le diagnostic étiologique des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse reste souvent difficile, dans notre série d'étude nous n'avons pas enregistré de causes indéterminées par contre les séries d'études de DIAKITE R [13] , KANE F [26] trouvaient respectivement 9,8% et 8,95%.

3-DONNEES THERAPEUTIQUES

3-1 Mode d'accouchement :

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du troisième trimestre. Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces femmes épuisées par les hémorragies compromettant leur vie et celles de leurs enfants, l'attitude thérapeutique la plus pratiquée dans notre série est la césarienne pour sauvetage maternel ou foetal.

Dans notre série la voie haute a été pratiquée dans 87,2% des cas (dont la laparotomie dans 26,6% cas pour rupture utérine) et la voie basse dans 12,8%.

Dans les séries de DEMBELE I [11], DIAKITE R [13] et de KANE F [26] elles étaient respectivement de 53% ; 56,1% et 58,20%.

Ailleurs BOOG G[5] indique dans le traitement du placenta prævia 25-96,5% de césarienne, COULIBALY F [10] estimait qu'en cas d'hématome rétro-placentaire le risque de césarienne est environ 4 fois plus élevé.

54,35% de nos césariennes ont été indiquées pour sauvetage maternel. .

Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante dans la mesure où les principales étiologies de ces hémorragies sont pourvoyeuses de césarienne, à cela s'ajoute l'abondance du saignement, le taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl dans 64,9% ainsi que la phase du travail d'accouchement (latence) ou la patiente a été admise.

3 - 2 Traitement médical

- Les cas de PP dont l'indication de césarienne ne s'imposait pas dans l'immédiat (arrêt de saignement, grossesse non à terme, PP latéral marginal) bénéficiaient d'une hospitalisation, de la prise d'une voie veineuse sûre avec Cathéter G 16 ou G 18, avec une perfusion du Ringer lactate 500ml, d'un repos strict au lit, d'un bilan biologique, d'une échographie obstétricale, d'une transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire, de fer acide folique, d'antispasmodiques si nécessaire, d'une maturation pulmonaire avec des corticoïdes (célestène 4 mg : 12mg en intramusculaire par 24h pendant 48h), d'une proscription de touchers vaginaux, d'une antibiothérapie préventive, , d'une surveillance maternelle et fœtale 3 fois par jour.

- Les cas d'hématome retro-placentaire qui ont accouché par voie basse bénéficiaient d'une prise de voie veineuse sûre avec cathéter G 16 ou G 18, avec perfusion du Ringer Lactate, la rupture artificielle de la poche des eaux, la transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire, d'antispasmodiques dans

certain cas, perfusion d'ocytocine si nécessaire, taux d'hémoglobine en urgence et la crase sanguine.

- 62,8% de nos patientes ont été transfusées, le nombre d'unité de sang variait de 2 à 4 poches.
- Toutes nos patientes césarisées, ont bénéficié d'antibiothérapie.

Notre taux de transfusion est supérieur à celui de Diakité R [13] qui était de 17,1% et à celui de Coulibaly F [10] qui était à 52,87%.

3-3 Pronostic materno-fœtal

3-3-1 Pronostic maternel

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause et à la sévérité de l'hémorragie ainsi qu'à sa durée d'évolution, il est autant plus amélioré lorsque le diagnostic est précoce et la prise en charge rapide et efficace.

◆ La mortalité

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

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravant [8].

Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence – évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CSRéf et leur gratuité, le renforcement des centres de santé.

Il a été déploré 11 cas de décès maternels, soit une fréquence de 11,7%.

-Dont sept cas de décès dû à l'hématome retro-placentaire par suite de coagulation intra-vasculaire disséminée et d'insuffisance rénale suspectée par anurie.

-Trois cas de décès dû à la rupture utérine par suite d'une septicémie.

-Et un cas de décès dû au placenta prævia plus l'hématome retro-placentaire par suite d'un choc hypovolemique.

A noter qu'un seul cas de décès maternel résidait dans la commune urbaine de Mopti et les dix autres en milieu rural et les décès maternels sont tous survenus après la césarienne ou la laparotomie pour sauvetages maternels.

Dans les séries d'études de DEMBELE I [11] et de KANE F [26] ces taux étaient respectivement de 3,6% ; 4,54%.

Notre fréquence très élevée par rapport aux autres études s'expliquerait par :

-le retard à la référence- évacuation

- les difficultés de transport dues à l'enclavement et au cout élevé du transport

-la non disponibilité en permanence du sang total à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti et surtout l'incapacité d'extraire le plasma frais congelé qui est indispensable pour corriger les troubles de la coagulation malgré l'hystérectomie d'hémostase.

◆ **LA morbidité**

Elle demeure élevée : l'anémie, les longs séjours d'hospitalisation avec une durée de séjour supérieure à 4 jours dans 21,3% des cas dans notre série.

A ceux-ci s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psycho-sociales dans une société où la stabilité du couple repose en partie sur la fécondité. A noter que l'hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans 12 cas de laparotomie soit une fréquence de 48%. Elle est de 18,2% dans la série de DEMBELE I [11].

Cette fréquence élevée d'hystérectomie est en rapport avec le retard d'évacuation dans une population où la majorité des malades sont transportées souvent par les pinasses et à la fréquence élevée des tentatives d'accouchements à domicile.

3-3-2 Pronostic foetal

Le pronostic foetal est dominé par la prématurité et la mortalité malgré les progrès réalisés dans la prise en charge des prématurés. Ce pronostic foetal reste sévère dans les pays sous médicalisés, et il est influencé par l'étiologie de l'hémorragie et la qualité de la prise en charge des nouveau-nés.

◆ **Mortalité**

Nous avons enregistré 57 cas de décès néonataux soit 60,63%.

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

La rupture utérine a été responsable de 43,8% suivi de l'hématome retro-placentaire avec 35,08% des décès fœtaux et néonataux précoces dans notre série d'étude.

Selon N'DIAYE M [36] le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in-utero.

Notre fréquence est supérieure à celles de KANE F [26], DIAKITE R [13], BAGAYOKO S [3], KONE F [27] et DEMBELE I [11] qui rapportent des taux respectifs de : 57,57% ; 37,21% ; 25,81% ; 30,35% et 58%.

◆ **Morbidité**

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

Dans notre série le taux de prématurité est de 20,2% , notre taux est inférieur à ceux : de DEMBELE I [11] , KANE F [26] , DIAKITE R [13], BOOG [5] et BAGAYOKOS [3] qui étaient respectivement de 34,9% ; 31,81% ; 40,7% ; 54% et 77,42%.

Selon Diakité Z [14] le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine.

Dans notre série d'étude cette prématurité est de 20,21%, fréquent dans le Placenta prævia avec 12 cas soit 63,16% suivi de l'hématome retro-placentaire avec 6 cas soit 31,58% et 1 cas de rupture utérine soit 5,26%.

VI- CONCLUSION

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est un problème majeur de santé publique dans le monde. Elle constitue avec les hémorragies du post-partum immédiat la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Très souvent cette mortalité élevée est la conséquence d'un retard d'évacuation, de prise en charge, d'une insuffisance thérapeutique, du bas niveau socio-économique et de l'enclavement.

Nous espérons que la gratuité de la césarienne et les multiples campagnes de sensibilisation pour les dons volontaires de sang permettront améliorer le pronostic materno-fœtal.

VII- RECOMMADATIONS:

1- Au ministère de la santé

- Renforcer la banque du sang, pour extraire le plasma frais congelé indispensable dans la prise en charge de la CIVD.
- Doté le laboratoire d'un appareil d'hémoculture avec antibiogramme.
- assurer la formation continue du personnel de santé.
- Renforcer le système de référence-évacuation.

2- Au personnel de santé

- Améliorer la qualité des CPN en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie à fin de déceler certains facteurs de risque d'hémorragie.
- Evacuer à temps toutes les femmes à risques d'hémorragie ou les cas d'hémorragies dans une structure adaptée à la prise en charge.
- La sensibilisation à travers les medias en langues nationales sur les risques et les complications des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

3-Aux gestantes

- Faire un suivi régulier de leur grossesse dès la conception.

- Fréquenter les centres en cas d'hémorragie sur grossesse quelque soit son l'importance.
- Fréquenter les structures de P F.
- Accouchées dans les centres obstétricaux-chirurgicaux en cas ATCD d'intervention chirurgicale portant sur l'utérus.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. **Akpovi I., Guiadem FA., Permin RX., Alihonou E.** Les hémorragies du troisième trimestre et de l'accouchement au CNHU de Cotonou, Bénin Médical, 1998, N° 8, 76-79.
2. **Ayoubi M., Pons C.** Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse:Revue du praticien, 2000, 10, 1145-1148
3. **Bakayoko S.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré à propos De 62 Cas. These médecine Bamako, 2002P. N 17.
4. **Barbot X J., Bardiaux M., Crimail P., Deuil J., Dubuisson J B., Santarelli J.** Santé – Médecine – Biologie humaine ; Gynécologie obstétrique. Tomeet Systématique II ; 1986 – 1987.
5. **Boog G.** Placenta prævia. Encyclopédie médecine chirurgie (ELSEVIER, PARIS) Obstétrique. 1996. 21P : P. 5- 069-1 -10.
6. **BoubonJ., Filani J., Chabert B., Mailnas Y.** Urgences hémorragiques en fin de grossesse.Gynécol. Obstet. Prat. 1981, 12 11-37,118.

7. Cacault., L J., J Marie. Urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau. PARIS ; Maloine, 1982 ; .120P(26)

8. Cif., c i d s., f L. Mortalité maternelle. 1990. 7617 :P. 66 P.

9. Collette C. Le placenta bas inséré (praevia) [en ligne] ; < 20 20 20. Femiweb com > consulté le 02/12/02.

10. Coulibaly F. Hématome retro-placentaire : facteurs de risque, pronostic materno fœtal dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G ; Thèse médecine ; Bamako 2001 ; N° 99.

11. Dembélé I. Etude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au CSREF de la commune V du district de Bamako à propos de 83 cas thèse de médecine ; Bamako, 2006 P. 70-79.

12. Derek Liewellyn. Fundamentals of obstetrics & gynecology London, 1969. Faber and Faber limited (1) 174-180.

13. Diakité R. Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 2002-2003 : p. N.71.

14. Diakité Z. Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C H U. Gabriel Touré. Thèse médecine ; Bamako, 00-M-75.

15. Djerma M. Les hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 52 cas. Thèse de médecine ; 2009-2010 :p.N.2.

16. Enquête socio-démographique Mali IV. Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgences au Mali EDSM IV(enquete démographique de sante au Mali) octobre 2003 ; Numero10.

1999.

- 17. Fako J.** Les ruptures utérines au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré les facteurs qui influencent le pronostic materno –fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 Cas. Thèse de médecine ; Bamako, 2002 : P .N 34.
- 18. Foote (W. R) et Fraser (W. D).** Placenta praevia – Amer. Obstet – Gynec ; Juillet 1960; 80 – 10 – 16.
- 19. F F C.** Hématome retro-placentaire : facteur de risque pronostic materno-fœtal dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point G thèse de médecine Bamako ,2001 : P. N 99.
- 20.Garba H.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse médecine ; Bamako, 1988.
- 21.Gillard P., Bataille B., Coll.** Maladie de rendu Osler – Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse à propos d'un cas; Journal Gynéco – obstétrique et biologie de la reproduction ; 1996 ; N°25.
- 22. Hodonou K.** Contribution à l'étude du placenta prævia en milieu africain à Dakar... Thèse de médecine ; Bamako ,1968 : P N 18.
- 23. Hohlfeld P., Marty F.** Le livre de l'interne en obstétrique. 2^{ème} Edition 1999.
- 24. Htouris H.**Abrégé illustré gynécologie et obstétrique. 6 ème édition. MASSON, 19.
- 25. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. PARIS ; Maloine, 1984 :P. 515P.
- 26. Kane F.** Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré. .Thèse médecine 1998 P. N 56.
- 27. Koné F.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 CAS). Thèse médecine ; Bamako 1989 : P. N 48.

- 28. Koné M.** Rupture utérine au cours de la grossesse. Encyclopédie, Médecine chirurgie ;(Paris France) Obstétrique, 1995 P. 7.
- 29. Kanté F.** Grossesse et accouchement à risque dans le service de gynécologie et l'obstétrique de L'hôpital du point G : à propos de 723 CAS. Thèse médecine ; Bamako. 1997 P. N 24.
- 30. Lansac J.** Obstétrique pour le praticien. Deuxième édition SIMEP, 1990. 413 P. : P. N 7227 7226.
- 31. Lansac J. , P Lecomte.** Pour le praticien 4 ème édition ; PARIS. SIMEP, 1994.
- 32. LW., B J., R Toy.** Management of severe post-partum hemorrhage by uterine artery embolisation. B R j Anesth, 2004: P. P 59.
- 33.Mabounga A.** Placenta prævia hémorragiques : Aspect epidemio-cliniques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334. Thèse de médecine BAMAKO, 2003 : P N 42.
- 34. Marty PH and F Marty.** Le livre de l'interne en obstétrique. 2é dition ; 1999.
- 35. Mortalité maternelle.** Les sages femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes. LONDON : CISF, 1990-66 P-7617.
- 36.M Tanferna. , Saiera and L Brigatti.** Rupture utérine au troisième trimestre, présentation de 3 CAS.
- 37.N' Diaye M.** la mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'hamdallaye : Les aspects cliniques , épidémiologiques et prise en charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.
- 38. OMS.** "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelles méthodologies OMSIUNICEF". OMS, Genève 1998

- 39. OMS / FNUAP / UNICEF.** Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS / FNUAP / UNICEF BANQUE MONDIALE, 1999,45.
- 40. Ouattara A.** Hématome retro-placentaire : aspects epidemio-cliniques et prise thérapeutiques au CSREF de la commune V. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.
- 41. P G and B B.** Maladie de rendu Osler –weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse à propos d'un cas .Journal gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction 1996 P. N 25.
- 42. Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985
- 43. Robert M. J. Levy, and J. Melchior,** précis d'obstétrique. 6^e édition ; PARIS ; Milan ; Barcelone MASSON ,1995 P. 583P.
- 44. R FW and F WD.** Placenta praevia . AMER. Obsté. GYNECO. JUILLET 1960:P .80-10-16.
- 45. Samake Y .** Approche epidemio- clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Niamakoro Fonba de Ségou. Thèse de médecine ; Bamako, 2002 : P .N.11.
- 46. Sidibé K.** L'anesthésiste réanimateur face aux urgences obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine ; Bamako, 1991 : P. N 16.
- 47. Sepou A., Nguembie I, Vanza MC, Penguete A.** Utérus cicatriciel: suivi de 73 parturientes à la maternité centrale de
- 48. Uzan M., B Haddad., and S Uzan.** hematome retro-placenta ire. .Encyclopedie medicine chirurgie;(ELSEVIER, PARIS); Obstétrique 1995:P .3P.
- 49. Wee L., Barron J., Toye R.** Management of severe post partum haemorrhage by uterine artery embolization.Br J anaesth 2004.
- 50. WHO.** "Coverage of maternal care: a listing of available information, fourth edition".

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

OMS, Genève, 1994.

51. X J., et al. Santé – médecine – biologie humaine .Gynécologie obstétrique.

Tome 1 et 2 Systématique II. 1986 -1987.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Sanogo

Thèse de Médecine



Souleymane D. SANOGO

Prénom : Souleymane D

Titre : Contribution à l'étude des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Année Universitaire 2010-2011

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine: Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie -réanimation.

Résumé

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno- foetal.

Pour apprécier ce pronostic materno- foetal, nous avons effectué une étude prospective et descriptive au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sominé dolo de Mopti sur une période de 12 mois (1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010) ou nous avons enregistré 94 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 1485 accouchements soit une fréquence de 6,33%.

Le placenta prævia représente la première cause de ces hémorragies avec 42,6%, suivi de l'hématome retro-placentaire avec 28,7% des cas et de la rupture utérine avec 26,6% des cas ; HRP+PP avec 2,1% des cas.

Le pronostic maternel est dominé par un taux de mortalité de 11,70%. Quant au pronostic foetal et néonatal, il est dominé par la mortalité qui est 60,63% ; une prise en charge rapide par une équipe multi disciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres permettent d'améliorer le pronostic materno-foetal au cours de ces hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

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

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

FICHE D'ENQUETE

Thèse de Médecine



Souleymane D. SANOGO

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

1 venue d elle-même 2 évacuée

2 motif a : hémorragie b : douleur abdominale c : SFA

d autres 3 provenance

a csref b 2 cscom c domicile d autres

2 2 supports de référence

a partogramme b fiche c a et b d autres

3 moyen de transport a ambulance b autres a preciser

III ATCD

3 1 Médicaux

1 HTA 2 diabète 3 hémoglobinopathie 4 autres

3 2 Chirurgicaux

1 césarienne 2 myomectomie 3 hystéroplastie 4 curetage 5 autres

3 3 Gynéco Obstétrique

3 3 1 gynécologique a menarche b caractère du cycle

b 1 régulier b 2 irrégulier

c dysménorrhée d prurit

3 3 Obstétricaux

a gestité b parité c avortement

c 1 spontanée c provoqué

d nombre de césarienne e nombre de curetages f pp g HRP h rupture
utérine i autres

IV Grossesse actuelle

1 terme de la grossesse a avant terme b terme c post terme

2 CPN a nom b oui c si oui nombre a préciser d lieu d1 csref
d2 cscom d3 hôpital e personnels e1 matrone e2 sage femme e3
gynécologue e4 autres

3 Evénement survenu au cour de la grossesse

aHTA b oedeme c diabète d protéinurie e autres Saignement antérieur

a premier trimestre b deuxième trimestre c 3 troisième trimestre

d spontané e provoqué f si oui a préciser g CAT

g1 repos g1a durée g2 traitement médical

g2a si oui a préciser g2b nom g3 transfusion

g3a si oui a préciser le nombre de poche g3b nom

5 Bilan prénatal

5 1 bilan biologique a groupage rhésus b NFS c autres

5 2 échographie 52 1 nombre du foetus

a unique b gémellaire c triple

52 2 quantité du L A

a normale b hydramnios c oligoamnios d an amnios

5 2 3 echostructure de l utérus

a normal b myomateux c malformé

5 2 4 insertion du placenta

a antérieure a1 grade I a2 grade II a3 grade III

b postérieure b1 grade I b2 grade II b3 grade II

5 2 5 décollement placentaire

a nom b oui c si oui surface du décollement

V/ TABLEAU D'ACCEUIL :

Circonstances de survenu

A Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation

a 1 heure b 2 heure c 3 heure d supérieur a 4 heure

B Saignement a minime b abondant c grave

d Saignement spontané e Saignement au contact

C Douleur a Absence de douleur b présence de douleur

D Sang a rouge vif..... b Noirâtre..... c..Présence de caillot.....

d AUTRES(à préciser).....

VI/ EXAMEN DE LA PATIENTE

A état général a bon b mauvais c choc d coma

B T A b normal b élevée b basse

C conjonctives a colorées b pales

D état du col a effacé b non effacé

E dilatation du col a non dilaté b 1 a 3 cm c 4 a 9cm d complète e autres

F état du bassin a normal b anormal

G présentation a céphalique b siège c transversal

H mouvements fœtaux a présents b absents

I BDCF a 120 160 b sup a 160 c inf a 160 d autres

VII EXAMENS COMPLELENTAIRES

A BIOLOGIQUES

A SANG

a Groupe sanguin rhésus b tx hémoglobine c plaquettes d autres

e glycémie d autres

B URINES

a Albumine b Sucre

C IMAGERIE

Echographie Obstétricale a nombre du fœtus b situation du placenta
c grade d décollement du placenta e age d autres

VIII/ MODE D'ACCOUCHEMENT

voie basse a durée du travail

CESARIENNE. a CST b corporeale c autres

XI/ DIAGNOSTIC RETENU :

A PP : a recouvrant b nom recouvrant c latéral d central e marginal

B RUPTURE UTERINE :a provoquée.....b spontanée.....

C HRP a poids du caillot b cupule en cm

D AUTRES a précisé

X/ ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

A Repos au lit...a oui.....b nom....

B Rupture artificielle membrane...a nom.....b oui.....

C Traitement médical

Cristalloïdes colloïdes

Transfusion

a nbre de poche demande b nbre de poche honore

c manque par défaut c1 au labo c2 de donneurs c 3 autres

OXYTOCINE nbre ampoules

Autres à préciser

D : Césarienne ou suture de l'utérus...a) nom.....b) oui.....

c) si oui a préciser

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

E : Hystérectomie d'hémostase :...a) oui.....b) nom.....

F Autres (à préciser).....

IX PRONOSTIC FŒTAL :

A Enfant vivant.....a.Réanimé.....bNon réanimé.....c APGAR à la 1^{ère}
mn..... d APGAR a la 5é mn d APGAR a la 10é mn e autres a préciser.

B Enfant prématuré a nom b oui c si oui terme de la grossesse

C Paramètres du nouveau né a Taille b Poids c Sexe

D :Enfant transféré à la pédiatrie a) nom b) Oui c) si oui motif a préciser d à
durée hospitalisation

E : Etat de l'enfant la sortie de la pédiatrie : a) Satisfaisant b) Décède ...
c)autres...

F : Enfant mort in utero a) Macéré b) Frais

X/ PRONOSTIC MATERNEL :

A :Durée d'hospitalisation : a) 1a 4jours b) supérieur a 4 jours c) autres

B :Complication survenues au cours de l'hospitalisation.....

a :Choc hypovolémique.....b :Infection.....f :Précisée.....

c :Phlébite... d :Embolie pulmonaire.....e : CIVD.....

C : Décès..... a : nom b : Oui c : si oui circonstances de décès.....

D : Etat satisfaisant a : Oui b : nom c : si nom a précisé

E : Pronostic obstétrical a : Bon b : Mauvais c : si mauvais a préciser

SERMENT D'HIPPOCRATE

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
(de janvier 2010 à décembre 2010)

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !