

MINISTRE DE L'EDUCATION *REPUBLIQUE DU MALI*
NATIONALE **Un Peuple – Un But – Une Foi**



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

Etude épidémiologique et pronostique
des hystérectomies d'hémostase dans le
service de gynécologie-obstétrique du
CSRéf CI

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2019 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontologie.

Par M. Mahamadou SIDIBE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

PRESIDENT: Pr COULIBALY Tieman

MEMBRE: Dr SOUMARE Modibo D

CO-DIRECTEUR: Dr ONGOIBA Ibrahim

DIRECTEUR: Pr TOURE Moustapha

DEDICACES

Au nom d'Allah le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie cette thèse :

A mes parents TIEMOKO SIDIBE ET FEUE MAGNE dite BINTOU FOMBA

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens. Chers parents vous vous êtes battus pour que je puisse être dans le futur un homme modèle. Vous m'avez enseigné le coran depuis l'enfance, vous m'avez suivi pas à pas en me comblant de votre amour, votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Vous nous avez toujours souhaités les meilleures études et les meilleures conditions de vie.

Je vous dédie ce travail pour tout l'amour et pour tout le sacrifice consentis pour mon éducation. Que Dieu vous prête Papa, longue vie, pleine de santé et de bonheur afin que nous puissions profiter longuement de tes conseils et de tes directions.

Dors en paix maman, tu m'as beaucoup manqué, que la terre te soit légère.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie.

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères qui ont succombé en leur donnant naissance.

A mon beau pays, le MALI : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée.

Que Dieu me donne la force, le courage, la santé et surtout la longévité pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs :

YORO, MALICK, FAMOUGOURI, HAMIDOU, NANA, SITAN sans oublier les autres non cités ici.

Disponibilité, attention, compréhension, amour, soutien moral, vous avez été exemplaire pour moi en partageant tous mes soucis tout en souhaitant me voir réussir.

A mon père TIEMOKO SIDIBE

Je n'oublierai jamais votre amour, depuis mon enfance vous m'avez donné votre tendresse votre soutien moral et votre bénédiction. Que Dieu vous protège longtemps et vous comble de bonheur et de santé.

A mes amis :

Dr TRAORE MOUSSA AMADOU <<GENERAL>>, Dr MAIMOUNA TOGO, Dr COULIBALY MORY, MAIMOUNA DIALLO, BAGAYOKO MOUSSA, Dr OUATTARA DRAMANE, Dr DIAWARA MARIAM sans oublier les autres non cités ici, vous avez été pour moi des compagnons de lutte. Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance.

A la famille FALL

FEU MAMADOU FALL et sa femme FEUE KADIATOU DIALLO, merci pour tous vos soutiens surtout aux moments les plus difficiles de ma vie. Je n'oublierai pas vos générosités, que le bon DIEU vous accorde son paradis.

A la famille FOFANA de DIOILA, singulièrement mon maître d'école BACARY FOFANA, vous m'aviez donné toute vos tendresses, surtout une éducation digne et honnête. Je vous souhaite plein de santé et un avenir meilleur à vos enfants.

A la famille DEMBELE de BANCONI : DIAKARIDIA DEMBELE et sa femme KOURADIE BAGAYOGO, ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

A mon grand frère et sa femme : FAMOUGOURI SIDIBE et sa femme MAH MARIKO, merci de vos soutiens financiers, moraux et psychologiques ; je compte sur vous pour le reste de mon accomplissement.

Spécial remerciement à mon épouse DJENEBA MARIKO vous avez été plus que femme pour moi vue vos soutiens moraux et les difficultés acceptées à mon égard tout au long de ce travail.

MES VIFS REMERCIEMENTS :

A notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMOS :

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

A tout le personnel de la FMOS :

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait la FMOS jouit d'une renommée internationale ; soyez assuré de notre profonde gratitude.

A mes maîtres formateurs :

Dr SOUMARE Modibo, Dr DICKO Modibo, Dr SYLLA Yacouba, Dr KEITA Mahamadou et Dr KONE Diakaridia

Merci pour votre encadrement, votre simplicité, le respect pour la personne humaine, la rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Je vous remercie infiniment.

A tous le personnel du CSRéf de la commune I :


Merci pour votre sympathie et l'encadrement.

A toute ma promotion :

Merci, courage et persévérance.

Un spécial remerciement à docteur TRAORE SAMBA à L'ASACKO-NORD :

Ce travail est le vôtre, merci pour votre soutien moral, financier et psychologique pour la réalisation de cette œuvre.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury

Professeur Tieman COULIBALY

- **Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique ;**
- **Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT).**

Honorable Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre simplicité, votre grande disponibilité et surtout votre grande culture scientifique imposent respect et admiration.

Veillez trouver cher maître, l'expression de notre indéfectible attachement.

Puisse Allah le tout puissant vous garder longtemps que possible afin que nous profitons de la légende que vous êtes.

A notre Maître et Juge

Dr Modibo D. SOUMARE

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Médecin chef adjoint du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako ;**
- **Chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako ;**
- **Point focal du projet AFD (Agence Française de Développement) ;**
- **Superviseur national de GESTA international -Programme Canadien en santé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;**
- **Spécialiste en planification suivi et évaluation de la FICR (Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge).**

Cher Maître,

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens élevé du sacrifice de soi, font de vous un homme apprécié de tous.

Nous vous prions de bien vouloir accepter l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère admiration.

A notre maitre et juge

Dr Ibrahim ONGOIBA

- **Maitre-assistant de gynéco-obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du Point G**
- **Praticien au service de Gynéco-obstétrique du CHU du Point G**

Cher maitre

Vous nous faites un très grand honneur d'avoir accepté de juger notre travail malgré vos multiples responsabilités.

Veillez accepter, Cher Maitre, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Moustapha TOURE

- **Gynécologue-obstétricien ;**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF OMS /Genève ;**
- **Secrétaire Général de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues obstétriciens (UPIGO) ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître,

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

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

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse Allah le tout puissant vous garder longtemps que possible afin que nous profitons de la légende que vous êtes.

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Objectifs	3
II. Généralités	4
2-1-Historique	4
2.2. Rappels anatomiques de l'utérus gravide	6
2.2.1. Caractères morphologiques.....	6
2.2.2. Rappports anatomiques.....	7
2.2.3. Modifications histologiques.....	9
2.2.4. Vascularisations et innervations.....	10
2.3. Hémorragie du post-partum immédiat	13
2.3.1. Epidémiologie.....	13
2.3.2. Physiopathologie.....	13
2.3.3. Facteurs de risque.....	14
2.3.4. Etiologies.....	14
2.3.5. Diagnostic positif et de gravité.....	15
2.3.6. Principes de prise en charge.....	16
2.4. Hystérectomie d'hémostase	18
2.4.1. Principe pratique.....	18
2.4.2. Indications.....	18
2.4.3. Technique opératoire.....	19
2.4.4. Prise en charge post-opératoire.....	28
2.4.5. Pronostic.....	29
III. Méthodologie et matériel d'étude	30
3.1. Cadre d'étude.....	30
3.2. Recrutement des patientes.....	34
3.2.1. Type et période d'étude.....	34
3.2.2. Population d'étude.....	34
3.2.3 Echantionnage.....	34
3.2.4 Paramètres d'étude ou variable d'étude.....	34

3.2.5 collecte des données.....	36
3.2.6 Analyse des données.....	36
IV. Résultats.....	40
4.1. Fréquence.....	40
4.2. Profil sociodémographique.....	40
4.3. Admission	44
4.4. Antécédents.....	46
4.5. Suivi de la grossesse.....	49
4.6. Situation clinique.....	51
4.7. Prise en charge.....	55
4.8. Pronostic.....	60
V. Commentaires - discussions.....	67
VI. Conclusion.....	77
VII. Recommandations.....	78
VIII. Bibliographie ou référence.....	80
IX. Annexes.....	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge	40
Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.....	41
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du procréateur.....	42
Tableau IV : Répartition des patientes selon la structure de référence/évacuation.....	45
Tableau V : Répartition des patientes selon leurs antécédents médicaux.....	45
Tableau VI: Répartition des patientes selon leurs antécédents chirurgicaux....	46
Tableau VII: Répartition des patientes selon la cicatrice de césarienne.....	46
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la gestité.....	47
Tableau IX: Répartition des patientes selon la parité.....	47
Tableau X : Répartition des patientes selon les ATCD familiaux	48
Tableau XI: Répartition des patientes selon le lieu de réalisation des CPN	49
Tableau XII: Qualification de l'auteur de CPN réalisées.....	50
Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'examen sous-valve.	54
Tableau XIV: Répartition des patientes selon le traitement médical reçu.....	54
Tableau XV : Répartition des patientes selon la révision utérine.....	55
Tableau XVI : Répartition des patientes selon le traitement obstétrical reçu...55	55
Tableau XVII : Répartition des patientes selon les traitements chirurgicaux avant l'HH.....	56
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la qualité de surveillance du post-partum immédiat.....	57
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le délai entre diagnostic et le début l'intervention.....	57
Tableau XX : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalier.....	58
Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'âge/HPPI.....	58
Tableau XXII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction/HPPI....	59
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission/HPPI...59	59
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le motif/HPPI.....	60
Tableau XXV: Répartition des patientes selon la cicatrice de césarienne/HPPI.....	60

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la parité/HPPI	61
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la CPN/HPPI.....	61
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement/HPPI.....	62
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon l'insuffisance de la surveillance du postpartumimmédiat/HPPI.....	62
Tableau XXX : Répartition des patientes selon la CPN/ la rupture utérine.....	63
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon la hauteur utérine/ la rupture utérine.....	63
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la perfusion d'ocytocine / la rupture utérine.....	64
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon l'accouchement au CS Com/ la rupture utérine.....	64
TableauXXXIV : Répartition des patientes selon la dystocie mécanique/la rupture utérine.....	65
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né.....	66
Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés vivants selon l'Apgar à la 1 ^{ère} minute.....	66
Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés vivants selon l'Apgar à la 5 ^{ème} minute.....	67

LISTE DES SCHEMAS

Schéma n°1 : Rapport anatomique du segment inférieur.....	8
Schéma n°2 : Vascularisation de l'utérus avec ses collatérales.....	12
Schéma n°3 : Section du ligament rond.....	21
Schéma n°4 : Section du pédicule utéro-ovarien et tubaire.....	22
Schéma n°5 : Dissection du septum vésico-utérin.....	23
Schéma n°6 : Ligature des artères utérines.....	24
Schéma n°7 : Ligature et résection des cervico-vaginales et les angles du vagin.....	25
Schéma n°8 : Fermeture du vagin par des points en X	26
Schéma n°9 : Fermeture du péritoine viscéral.....	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patientes selon la résidence.....	42
Figure 2 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	42
Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	44
Figure 4 : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	45
Figure 5 : Répartition des patientes selon la réalisation des CPN.....	49
Figure 6 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisées.....	50
Figure 7 : Répartition des patientes selon le score de Glasgow.....	51
Figure 8 : Répartition des patientes selon les pertes sanguines.....	52
Figure 9 : Répartition des patientes selon la tension artérielle.....	52
Figure 10: Répartition des patientes selon les résultats de l'examen sous-valve.....	54
Figure 11 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	55
Figure 12 : Répartition des patientes selon l'indication d'hystérectomie d'hémostase.....	57
Figure 13 : Répartition des patientes selon les suites opératoires.....	64

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ANAES	: Association Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASACOBA	: Association en Santé Communautaire de Banconi
ASACOBOULI	: Association en Santé Communautaire de Boulkassoumbougou I
ASACOBOULII	: Association en Santé Communautaire de Boulkassoumbougou II
ASACODIA	: Association en Santé Communautaire de Dialakorodji
ASACODJE	: Association en Santé Communautaire de Djélibougou
ASACKO-NORD	: Association en Santé Communautaire de Korofina Nord
ASACOS	: Association en Santé Communautaire de Sotuba
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	: Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français
CPN	: Consultation Périnatale
CPON	: Consultation Post Natale
CROCEPS	: Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du Prodess
CSRéf CI	: Centre de Santé de Référence de la Commune 1
CSRéf CV	: Centre de Santé de Référence de la Commune V
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
FDR	: Facteur De Risque
HH	: Hystérectomie d'Hémostase
HPPI	: Hémorragie du Post-Partum Immédiat
HTA	: Hypertension Artérielle

L	: Litre
MFIU	: Mort Fœtale In Utéro
ml	: Millilitre
Mn	: Minute
NSE	: Niveau Socio-Economique
OC	: Opération Césarienne
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification Familiale
PNP	: Procédure et Norme Politique
PP	: Placenta Prævia
PTME	: Protection de la Transmission Mère Enfant du VIH
RAC	: Réseau Administratif de Communication
SOGC	: Société des Obstétriciens et Gynécologues de Canada
SR	: Santé de la Reproduction
UNICEF	: United Nations Children's Emergency Fund
USAID	: United States Agency for International Development
%	: Pourcent

Introduction

L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) est actuellement responsable de 150 000 décès par an dans le monde [1]. Elle reste la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement alors que dans les pays développés, elle représente la 2^{ème} ou 3^{ème} étiologie de mortalité maternelle. La France reste dans ce contexte une exception car les hémorragies de la délivrance restent à ce jour la 1^{ère} cause de décès maternel [2].

L'hystérectomie d'hémostase (HH) rentre dans le cadre de sa prise en charge.

Il s'agit d'une ablation chirurgicale de l'utérus afin de pouvoir juguler l'HPPI.

L'hystérectomie, exérèse de tout ou une partie de l'utérus, est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus (hystérectomie subtotale) ou le corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale). Les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie). Cette chirurgie mutilante ne doit être pratiquée qu'en dernier recours devant un accident grave de la parturition [3].

En Obstétrique, le recours à une hystérectomie d'hémostase (HH) est de plus en plus rare dans les pays développés comme en Occident contrairement aux pays sous équipés et en développement où l'incidence demeure fréquente [3, 4, 5].

Au Mali, l'HPPI reste un problème de santé publique car source de mortalité et de morbidité maternelle non négligeable. Sa prise en charge est limitée par les moyens que l'on dispose.

Cette intervention compromet à jamais l'avenir obstétrical de la victime et comporte un taux élevé de mortalité maternelle [6].

L'hystérectomie d'hémostase (HH) est encore de pratique courante malgré la promotion des nouvelles techniques conservatrices telles que les ligatures vasculaires et les compressions utérines. Ce qui nous amène à effectuer cette étude.

Les objectifs visés consistent à évaluer la fréquence, les indications et le pronostic de l'HH.

A la fin de cette étude, nous allons pouvoir proposer des conduites appropriées à tenir afin de réduire l'incidence de cette intervention.

Après une brève introduction, notre étude comporte trois parties :

- la première partie concerne les généralités qui comprennent des rappels anatomiques de l'utérus gravide, l'HPPI et l'HH.
- la deuxième partie est consacrée à notre étude proprement dite avec les matériels et méthodes, ainsi que les résultats de l'étude.
- la troisième partie est réservée aux discussions, commentaires suivies des recommandations après une brève conclusion.

I. Objectifs

1.1. Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et pronostiques des hystérectomies d'hémostase dans le service de gynécologie-obstétrique du CSRéf CI.

1.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hystérectomies d'hémostase ;
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes ;
- Identifier les indications des hystérectomies d'hémostase ;
- Déterminer le pronostic des hystérectomies d'hémostase.

II. Généralités

2.1. Historique :

C'est en 1876 que Porro [7] s'est illustré en décrivant une hystérectomie subtotale avec extériorisation du moignon cervical permettant la survie de la mère et de l'enfant. Ceci afin « de prémunir l'opérée contre les risques d'hémorragie et d'infection » en raison, à l'époque, de tout principe d'asepsie et l'absence de sutures utérines. Quelques années auparavant, une hystérectomie avait été réalisée au décours d'une césarienne par Storer [8] dans le but de contrôler une hémorragie, mais la patiente décéda trois jours plus tard d'une septicémie.

Parallèlement, les diverses expériences sur animal confirmaient l'intérêt du principe de l'intervention de Porro. Celle-ci connut alors un succès rapide avec la publication en 1879 par Pinard de 37 observations [9]. Vers la fin du XIX^{ème} siècle, avec le tout début de la suture utérine conjointement au développement de la pratique de l'asepsie, Sanger réalise la première césarienne corporéale conservatrice avec suture de l'hystérotomie en 1882. Cette approche, à l'époque révolutionnaire, sera relayée par une publication de Bar en 1899 pour la première série française de 10 césariennes conservatrices. Compte tenu de ces nouvelles techniques, l'intervention de Porro ne sera alors plus utilisée que dans des cas désespérés de sauvetage maternel.

Ainsi, au début du XX^{ème} siècle, l'hystérectomie sur utérus gravide était surtout réalisée pour indication de sauvetage maternel liée à des complications hémorragiques et infectieuses, voire une pathologie médicale sévère comme la tuberculose pulmonaire. On peut ainsi lire dans le manuel de Brindeau-Lantuejoul (1926) différentes indications pendant la grossesse comme les fibromes compliqués, le cancer du col, la tuberculose pulmonaire ou pendant le travail comme l'apoplexie utéro-placentaire, l'infection amniotique, la rupture utérine. Après l'accouchement, les indications étaient celles d'une hémorragie

incoercible de la délivrance ou une môle perforante. L'hystérectomie totale devient alors encore de moins en moins fréquente chez la femme enceinte.

C'est aux États-Unis, dans les années 1950, qu'apparaît une recrudescence des hystérectomies puerpérales en raison d'une demande accrue de stérilisation définitive et radicale au décours d'une césarienne [10]. Rappelons que cette pratique n'a pas eu cours en France. Dans son traité publié dans les années 1960, Lacomme réduit encore les indications de césarienne mutilatrice en prônant l'approche médicale conservatrice dans un contexte septique ou hémorragique [11]. Les progrès de la réanimation, de l'antibiothérapie, le développement des transfusions de produits sanguins, l'utilisation d'utérotoniques comme les prostaglandines dans les atonies utérines et le recours récent à l'embolisation des afférences artérielles pelviennes associées aux différentes techniques conservatrices du traitement de l'hémorragie de la délivrance ont considérablement réduit l'incidence de cette intervention.

À notre époque, les indications d'hystérectomie puerpérale se raréfient chaque année un peu plus et ce sont les hystérectomies d'hémostase qui en constituent la principale indication. Bien que la fréquence de l'hystérectomie d'hémostase soit de plus en plus marginale et que ses indications soient de plus en plus limitées (et d'ailleurs non consensuelles), tout gynécologue obstétricien se doit en effet de connaître les indications et les spécificités de réalisation de cette intervention à laquelle il peut être confronté au moins une fois dans sa carrière, quel que soit son lieu d'exercice.

Il reste par conséquent impératif d'enseigner sa technique aux médecins en formation. On retiendra les propos toujours d'actualité et de justesse implacable de Marcel Metzger dans son livre édité en 1928 « L'accoucheur moderne » : « l'accoucheur doit avoir une mentalité chirurgicale mais habile à éviter les interventions intempestives et à savoir opérer au moment convenable bien poser l'indication du traitement est presque toujours plus difficile que de l'appliquer le meilleur traitement est en général le plus simple... ».

2.2. Rappels anatomiques de l'utérus gravide :

2.2.1. Caractères morphologiques :

L'utérus gravide est l'utérus contenant le conceptus. A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement, dont le corps utérin, le segment inférieur et le col utérin [12].

Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont le corps constitue le ventre, le segment inférieur les tendons et le col les insertions. Le segment inférieur est un organe passif qui transmet et module les contractions du corps vers le col ; il se laisse distendre et favorise ainsi l'accommodation. Le col utérin protège l'œuf de l'infection exogène par sa sécrétion qui est le bouchon muqueux [12].

Du point de vue morphologique, les trois parties de l'utérus gravide ont chacune leurs caractères particuliers.

2.2.1.1. Corps utérin :

Le corps utérin constitue l'organe de gestation. Celui-ci présente des modifications importantes au cours de la grossesse. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force contractile intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement ainsi que son expulsion [13].

2.2.1.2. Segment inférieur :

Le segment inférieur est une entité anatomique et physiologique acquise par l'utérus au cours de la grossesse et qui disparaît avec elle. C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide qui recouvre une présentation régulière et engagée au cours d'une grossesse à terme.

Sa formation se constitue aux dépens de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, elle est due au redressement de l'utérus vers le troisième mois de grossesse et terminée par les contractions utérines. Le début de la formation est variable et se continue progressivement pour être nette vers le sixième mois chez les primipares et un peu plus tardif chez les multipares [13].

2.2.1.3. Col utérin :

Le col utérin constitue l'organe de parturition. Des modifications notables sont observées essentiellement au cours du travail. Ces modifications concernent la situation, la direction, les dimensions, l'aspect, la coloration et la consistance ainsi que l'état des orifices externe et interne. Tout ceux-ci sont sous l'influence des contractions utérines [13].

2.2.2. Rapports anatomiques :

L'utérus gravide est entouré de son péritoine viscéral dans lequel on retrouve l'artère utérine et l'uretère pelvien.

Pendant les premiers mois de grossesse, l'utérus est l'organe central de la cavité pelvienne chez la femme. Il est en rapport avec la vessie en avant et avec le rectum en arrière.

Au terme de la grossesse, il est devenu abdominal et ses rapports anatomiques sont différents selon ses trois parties [14].

2.2.2.1. Rapport anatomique du corps utérin :

a) En avant : le corps de l'utérus gravide est en rapport direct avec la paroi abdominale antérieure ; par conséquent, le sangle musculo-aponévrotique large de l'abdomen s'amincit et s'élargit, ainsi que la ligne blanche qui s'élargit particulièrement dans la région ombilicale.

b) En arrière : l'utérus est en rapport avec la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte ainsi que les muscles psoas croisés par les uretères.

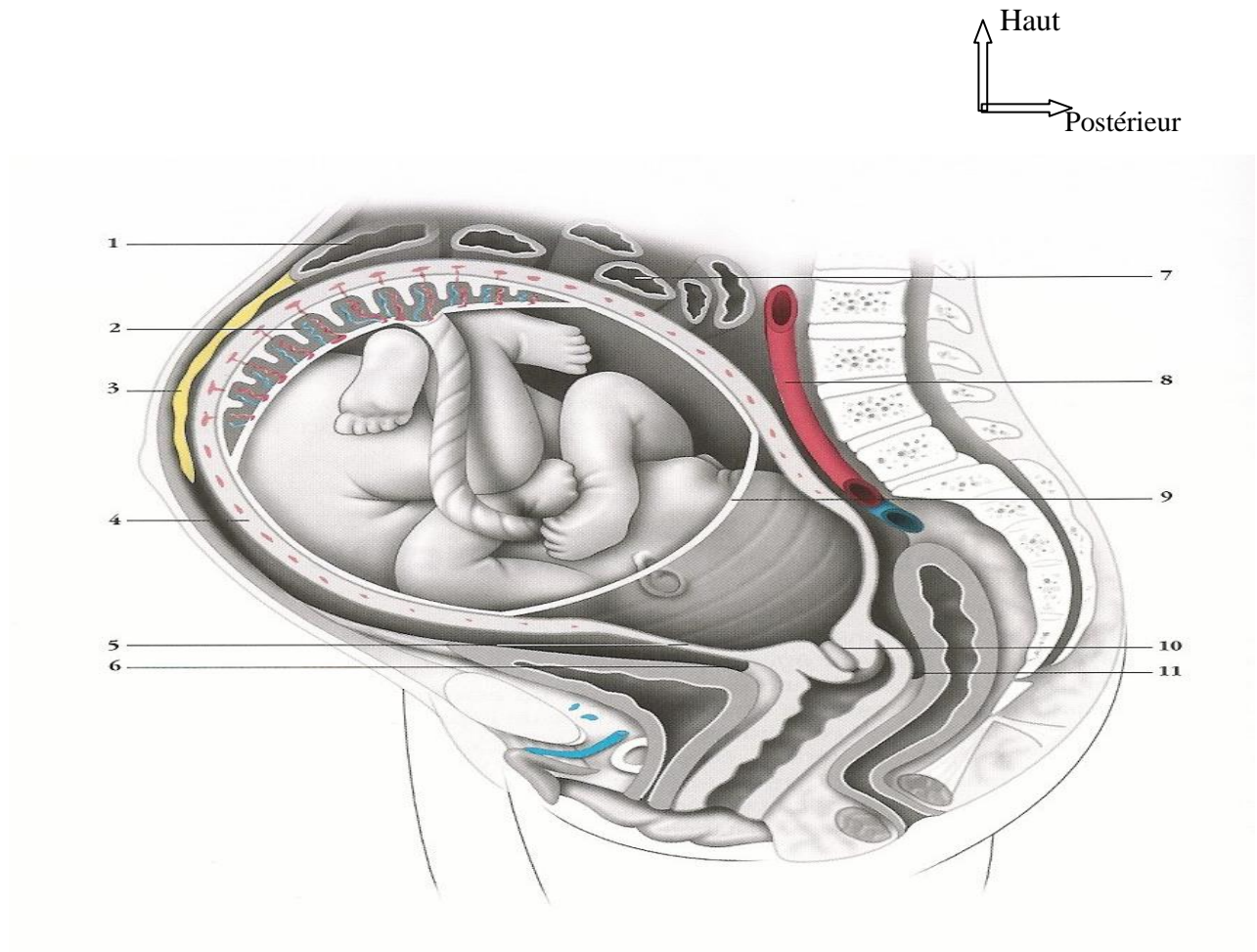
c) Latéralement : le bord droit de l'utérus est en rapport avec le colon ascendant et le bord gauche plus antérieur répond aux anses grêles et au colon sigmoïde.

d) En haut : le corps utérin par l'intermédiaire du fond utérin recouvert par l'épiploon, soulève le colon transverse et refoule plus ou moins en arrière l'estomac et le grand omentum.

2.2.2.2. Rapport anatomique du segment inférieur :

Sa face antérieure est en rapport avec la vessie, sa face postérieure avec le péritoine par l'intermédiaire du cul-de sac recto-utérin et sa face latérale avec les

paramètres qui contiennent les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien. (Schéma n°1)



1. Côlon transverse

3. Grand omentum

5. Segment inférieur

7. Intestin grêle

9. Membranes chorales

11. Cul-de-sac recto-utérin

2. Placenta

4. Corps utérin

6. Cul-de-sac vésico-utérin

8. Aorte abdominale

10. Col utérin

Schéma n°1 : Rapport anatomique du segment inférieur, d'après Racinet, EMC 1991[15].

2.2.2.3. Rapport anatomique du col utérin :

Le col utérin se trouve dans le vagin, entre le cul-de sac de Douglas en postérieur et le cul de sac vésico-utérin en antérieur.

2.2.3. Modifications histologiques :

Au cours de la grossesse, on note des modifications histologiques des tissus dont la séreuse, la muqueuse et la musculuse.

2.2.3.1. Modification de la séreuse :

La séreuse péritonéale s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin [16].

2.2.3.2. Modification de la musculuse :

La modification de la musculuse concerne à la fois le tissu conjonctif et le tissu musculaire. Le tissu conjonctif devient très abondant, se dissocie en fines fibrilles et s'interpose entre les fibres musculaires ; tandis que le tissu musculaire constitué de fibres musculaires est fait de trois couches : superficielle, moyenne et interne. Elles s'hypertrophient en longueur et en largeur, se multiplient soit en hyperplasie soit en métaplasie. A noter que la couche moyenne, la plus épaisse, avec des faisceaux spiralés est une myoarchitecture fonctionnelle qui apparaît avec la grossesse [16].

2.2.3.3. Modification de la muqueuse :

L'endomètre qui au moment de la nidation est plus épaisse en phase sécrétoire, continue à s'hypertrophier au cours des quatre premiers mois et prend le nom de caduque. Les transformations, à savoir au sein de la muqueuse sont au niveau : de la glande qui s'allonge et se pelotonne, des vaisseaux qui sont congestionnés et du stroma conjonctif qui est oedematié et va apparaître de très grosse cellules déciduales au niveau de la zone compacte. Cette transformation des cellules conjonctives jeunes en cellules déciduales débute au niveau de l'implantation de l'œuf avant de s'étendre à tout l'endomètre [16].

2.2.4. Vascularisations et innervations :

2.2.4.1. Artères :

La vascularisation artérielle de l'utérus gravide est assurée par les deux artères utérines droite et gauche, qui proviennent de l'artère iliaque interne. Ces artères abordent l'utérus à la jonction cervico-isthmique, puis elles donnent des branches cervicales et vaginales en direction ascendante, longeant la face externe de l'utérus dans le ligament large puis s'anastomose avec les branches terminales de l'artère ovarienne.

Des modifications s'observent pendant la période gravido-puerpérale [13,17].

a) Artère utérine :

Elle s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur. Quant au calibre, il est doublé pendant la grossesse.

L'apport sanguin est important au cours de la grossesse d'où accroissement du débit de l'artère ainsi favorisé par l'absence des spires artérielles, la largeur et la perméabilité des capillaires. Les branches corporeales adoptent un trajet rectiligne, se multiplient et forment de nombreuses ramifications surtout en regard de l'aire placentaire. Quant aux branches qui irriguent le segment inférieur, elles sont de moindres calibres (Schéma n°2).

b) Artère ovarienne

Comme l'artère utérine, elle double son diamètre pendant la grossesse.

2.2.4.2. Veines :

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Pourtant de nombreuses veines de calibre inférieur à celle du corps, cheminent dans la paroi du segment inférieur et dans le col. Une partie des veines du fond converge vers le pédicule tubo-ovarien et utéro-inguinal.

La plupart des veines du corps et du col aboutissent au tronc collecteur latéro-utérin. Ceux-ci forment un important plexus veineux et un véritable corps caverneux autour de l'uretère. En fin de gestation, les veines du myomètre sont particulièrement dilatées.

Ce qui fait de l'utérus gravide une éponge veineuse et qu'une plaie produite ou provoquée donne essentiellement une hémorragie veineuse continue et abondante [13,17].

2.2.4.3. Lymphatiques :

Le courant lymphatique principal est le groupe iliaque externe ; parmi eux, le ganglion de Leveuf et de Godard. Le réseau d'origine provient de différentes tuniques (réseau muqueux musculaire et séreux). Le réseau collecteur péri utérin qui collecte la lymphe des trois réseaux d'origine est formé par le réseau corporel et le réseau cervical. Elles s'hypertrophient peu pendant la grossesse [13,17]

2.2.4.4. Innervation :

Tous les nerfs utérins proviennent du plexus hypogastrique. Le filet nerveux utérin est constitué d'un pédicule cervico-isthmique et d'un pédicule corporel. Ce filet donne des ramuscules d'une extrême ténuité dans la paroi utérine. Il n'y a pas de modification importante au cours de la grossesse, à part l'importance de l'innervation du segment inférieur et du col. Ce qui explique leur rôle dans le déclenchement du travail comme point de départ du réflexe nerveux [13,17].

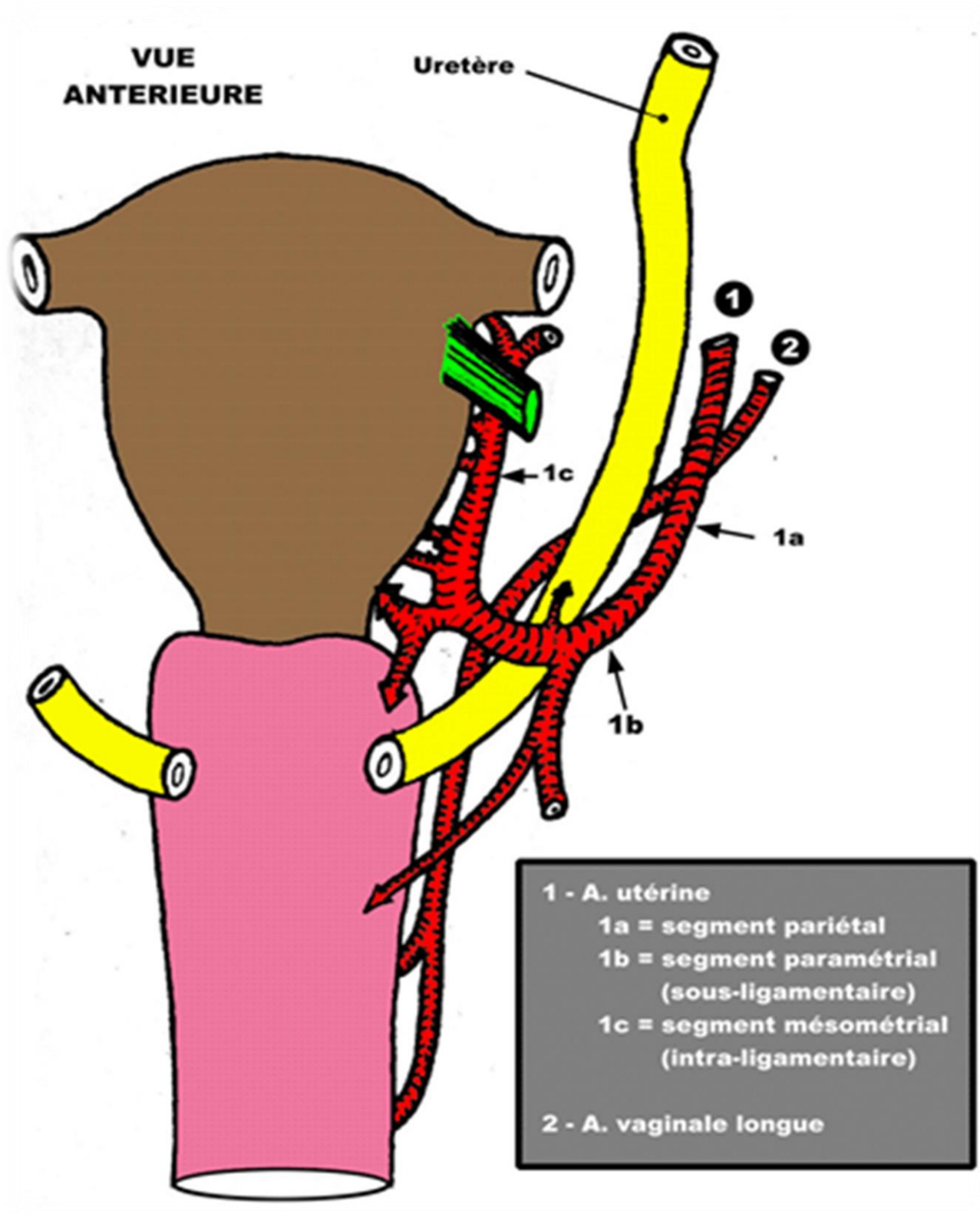


Schéma n°2 : Vascularisation de l'utérus avec ses collatérales tirée de la collection mémoire et thèse électronique, université Laval, 2006.

2.3. Hémorragie du post-partum immédiat :

2.3.1. Epidémiologie :

L'hémorragie du post-partum constitue la première cause de décès maternel au cours de l'accouchement, dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement même du fait que la fréquence est sous-estimée.

Elle touche environ 1% des femmes enceintes. Il s'agit d'une situation obstétricale grave et représente 11 à 25% des accouchements selon les séries. Elles sont responsables de 25 à 30% de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement contre un taux plus inférieur dans les pays développés comme la France où celle-ci ne représente que 8% [18,19,20,21].

2.3.2. Physiopathologie :

La délivrance normale évolue en trois phases dont le décollement, l'expulsion et l'hémostase. Tout est réglé par la dynamique utérine.

Le décollement placentaire s'effectue par clivage entre la couche superficielle et la couche profonde de la caduque. Cette séparation met à nue de très nombreux orifices vasculaires. La rétraction utérine, en raison de la différence très grande d'élasticité entre le placenta et le muscle utérin, est responsable du décollement.

La migration et l'expulsion du placenta sont sous la dépendance de la reprise des contractions utérines à la fin de la période de repos physiologique.

L'hémostase utérine est sous la dépendance de trois facteurs : musculaire, vasculaire et hémostatique dont l'élément central fondamental du mécanisme est le facteur musculaire par la rétraction très tonique de l'utérus qui vient obturer les vaisseaux utérins appelé aussi ligature vivante de Pinard [18,22].

Chaque étape peut être perturbée par :

- des anomalies des contractions utérines ;
- des adhérences anormales du placenta ainsi que leur insertion praevia ;
- la présence de cicatrice utérine d'infection ou de fibrome ;
- des anomalies du travail ;
- la non vacuité de l'utérus ;
- le sevrage brutal d'ocytocique ou l'abus de substances anesthésiques ;

- des coagulopathies [23,24].

2.3.3. Facteurs de risque :

Les facteurs de risque sont de deux types :

2.3.3.1. Facteurs de risque avant l'accouchement :

- la grossesse multiple ;
- la cicatrice utérine ;
- l'hématome retro placentaire ;
- la situation sociale défavorable ;
- l'absence de suivi prénatal ;
- l'âge maternel [20, 25,26].

2.3.3.2. Facteurs de risque au cours de l'accouchement :

- un allongement de la durée du travail ;
- une stimulation du travail par les ocytociques ;
- une césarienne ;
- une extraction instrumentale ;
- une déchirure génitale et l'épisiotomie ;
- une prolongation de la troisième période du travail ;
- une rétention placentaire [25, 26,27].

2.3. 4. Etiologies :

Les étiologies d'une HPPI sont multiples, à savoir :

a) Atonie utérine :

- une inertie utérine ou atonie utérine par défaut de rétraction de l'utérus suspectée devant une hémorragie indolore rapidement massive après la délivrance, avec un gros utérus mou à la palpation et des signes généraux d'une hémorragie ;

b) Rétention placentaire :

- une adhérence anormale du placenta en rapport avec une altération de la muqueuse utérine suspectée devant l'absence de décollement du placenta ;

- une anomalie d'insertion du placenta, au niveau du segment inférieur ou sur la cloison d'un utérus malformé d'où incarceration du placenta au niveau d'une corne utérine ;

- un décollement et expulsion incomplète du placenta reconnu par l'examen systématique du placenta ;

c) Traumatismes :

- des lésions vaginales, cervicales et périnéales complexes découvertes par l'examen sous valve ;

- une rupture utérine suspectée devant un état de choc hémorragique maternel, mort fœtale in utero sinon une souffrance fœtale aiguë pendant le travail, confirmée par la révision utérine avec présence d'une solution de continuité de l'utérus ;

- une inversion utérine ;

d) Troubles de coagulation :

- des coagulopathies connues : toxémie gravidique, HELLP syndrome, embolie amniotique, mort in utero, hématome rétro placentaire [23,24].

2.3.5. Diagnostic positif :

Le diagnostic d'une hémorragie du post-partum immédiat est uniquement clinique et repose sur l'interrogatoire.

La femme peut se plaindre d'une hémorragie externe abondante, indolore faite de sang rouge avec de nombreux caillots, qui recueilli dans un sac plastique étanche, atteint plus de 500ml, survenant dans les 24 premières heures après l'accouchement. Ceci constitue le signe d'alarme.

La gravité de la situation repose sur le fait que l'hémorragie ne s'exteriorise pas et ce n'est que lors de la surveillance du post-partum en retrouvant un retentissement important sur l'état de la patiente, nous fait suspecter une hémorragie interne. On peut retrouver un état de choc hémorragique avec hypotension artérielle, accélération et pincement du pouls, un faciès pâle, des sueurs abondantes, soif et angoisse, avec collapsus (vertige, lipothymie et soif intense).

L'examen clinique confirme l'origine de l'hémorragie : après expulsion du placenta, il n'y a pas de rétraction utérine avec absence de globe de sécurité, l'utérus devient mou, flasque, étalé et ne se contracte pas, le fond utérin remonte, et l'expression utérine fait venir un flot de sang. La révision utérine est un élément clé [23, 24, 28,29].

2.3. 6. Principes de prise en charge :

La prise en charge doit être multidisciplinaire et implique une coopération étroite entre différents acteurs tels que obstétriciens, anesthésiste, sages-femmes, infirmiers, laboratoire d'hématologie, service de transfusion et radiologie.

2.3.6.1. Traitement préventif :

La prévention d'une hémorragie du post-partum immédiat repose sur trois moyens. Ce sont :

* des moyens obstétricaux :

- une délivrance artificielle ou assistée, devant une adhérence partielle de placenta accreta ou devant un utérus cicatriciel ou après une extraction instrumentale ou en cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré ;

- une révision utérine bien faite pour une bonne vacuité utérine, qui doit être systématique en cas de délivrance artificielle ou devant un placenta incomplet lors de son examen après expulsion [25,30].

- Et la gestion active de la 3^{ème} période de l'accouchement (GATPA) ;

* des moyens manuels avec massage de l'utérus juste après la délivrance, compression de l'aorte abdominale. Le massage doit être doux et continue [30].

* des méthodes chirurgicales dont une opération césarienne devant des situations à risque d'une hémorragie du post-partum immédiat comme : placenta prævia, hématome retro placentaire, anomalies d'insertion placentaire ou de son adhérence sur la caduque, disproportion foeto-pelvienne et syndrome de pré rupture [25,31].

2.3.6.2. Traitement curatif :

Le traitement curatif d'une hémorragie du post-partum immédiat repose sur plusieurs disciplines.

a) Des mesures de réanimation adaptées : sont indispensables avant toute autre mesure à prendre : deux voies veineuses de bon calibre pour expansion volémique, patiente mise en position de Trendelenburg avec oxygénation par sonde nasale environ 6l par mn, pose d'une sonde vésicale et mis en route d'un traitement utéro tonique du genre ocytocine.

La surveillance doit être rigoureuse pas seulement pour les paramètres vitaux mais aussi pour l'état clinique. Si possible quelques examens biologiques dont la numération formule sanguine et l'ionogramme sanguin doivent être réalisés [28,32].

b) Des manœuvres obstétricales : peuvent être réalisées sous anesthésie générale ou sous anesthésie péridurale : révision utérine pour vérifier la vacuité utérine et l'intégrité de l'utérus aussi pour évacuer ce qui y reste. Un examen sous valve des voies génitales basses est aussi nécessaire pour dépister les lésions des parties molles et en réparer si existe [30].

c) Des moyens radiologiques : la radiologie vasculaire interventionnelle permet une embolisation sélective des deux artères utérines, ainsi que d'autres artères vascularisant l'utérus [33,34].

d) Des mesures chirurgicales : le recours peut être d'emblée ou après échec des autres méthodes. On peut pratiquer soit une ligature vasculaire au niveau de l'artère hypogastrique ou de l'artère utérine et/ou de l'artère ovarienne ou ligature vasculaire selon B-Lynch, associée aux techniques de capitonnage utérin selon la technique de Cho. Soit une hystérectomie d'hémostase qui est l'étape ultime de la prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum immédiat [35,36].

2.4. Hystérectomie d'hémostase :

2.4.1. Principes pratiques :

Face à une hémorragie grave de la délivrance, c'est une course contre la montre. Il faut être rapide et efficace car la survie de la patiente dépend de la rapidité du diagnostic de l'HPPI et de la prise de décision à intervenir.

Cette hystérectomie d'hémostase peut être réalisée d'emblée lorsque le pronostic vital est engagé dans un court délai, sinon réalisée après échec des autres méthodes conservatrices. Elle aussi peut être réalisée après un accouchement par voie basse ou au décours d'une césarienne.

Elle peut être sur un utérus gravide ou sur un utérus du post-partum, soit subtotale soit totale selon le cas présent et le contexte et elle est généralement interannexielle [36,37].

2.4. 2. Indications :

L'indication d'une hystérectomie d'hémostase peut être posée d'emblée lorsqu'elle est indispensable à la survie d'une femme. On parle alors d'une hystérectomie de nécessité.

Cette circonstance peut se rencontrer en cas :

- d'une atonie utérine (placenta prævia, accreta, HRP, fibrome) ;
- une présentation dystocique ou défléchie ayant traînée avec risque d'hypertonie utérine qui va aboutir probablement à une rupture utérine avec hémorragie de la délivrance par atonie utérine ;
- une rupture complexe du segment inférieur sinon une rupture utérine très délabrante irréparable avec hémostase impossible ;
- une inversion utérine irréductible ;
- une anomalie d'adhérence placentaire de type placenta accreta ;
- une déchirure cervicale grave après échec de tentative de forceps avec hémorragie abondante ;
- une complication immédiate d'un hématome retro placentaire avec une hémorragie par incoagulabilité sanguine due à la fibrinolyse [35, 38,39].

2.4.3. Technique opératoire :

2.4.3.1. Positions :

La patiente est en décubitus dorsal, les jambes pendantes et les membres supérieurs surélevés.

L'opérateur se met à droite de la patiente et deux aides en face de lui dont une pour passer les pinces et une autre pour être la première aide opératoire [35].

2.4.3.2. Anesthésie :

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale avec intubation trachéale et surveillance stricte. Sinon on peut intervenir sous rachianesthésie dans certain cas [28,32].

2.4.3.3. Les voies d'abord :

- Après une césarienne : il faut conserver la voie d'abord ancienne, seulement agrandie latéralement en cas d'incision transversale et agrandie vers le haut en cas d'incision médiane sous ombilicale ;

- Après un accouchement par voie basse : on peut aborder par une laparotomie transversale sus pubienne ou par une laparotomie médiane sous ombilicale [35,37].

2.4.3.4. Intervention proprement dite :

2.4.3.4.1. En cas d'une hystérectomie subtotale :

a) Après césarienne segmentaire transversale :

La section utérine au niveau de l'hystérotomie sera complétée circulairement.

A l'ouverture du péritoine, on aborde le segment inférieur qui sera prolongé d'un coup de ciseau jusqu'au ligament rond, à 2cm de la corne utérine.

Puis une section hémostase du ligament rond puis du ligament utéro-ovarien ; dissection du ligament large et ligature des artères utérines (Schéma n°3).

L'hystérectomie suit ce temps de section des ligaments et ligature des vaisseaux : avec surjet hémostatique sur chaque tranche de section ; rapprochement des lèvres par quelques points en X pour ne laisser qu'un orifice médian de 2 à 3cm suivie d'une péritonisation enfouissant le moignon du ligament rond et des utéro-ovariens (Schéma n°4).

La mise en place d'un drain dans le Douglas, la fermeture, plan par plan de la paroi et le pansement terminent l'intervention [15,40].

b) Après césarienne segmentaire verticale :

La section horizontale doit en principe partir de l'angle inférieur de l'hystérotomie et descendre très bas. Il faut de la prudence pour tailler le segment inférieur en sifflet avec un plan de section oblique en bas et en avant [15,40].

c) Après rupture utérine segmentaire verticale :

En cas de déchirure verticale : il faut tailler l'utérus en biseau, faire un drainage large, une péritonisation parfaite et un cloisonnement colo-vésical au besoin [35].

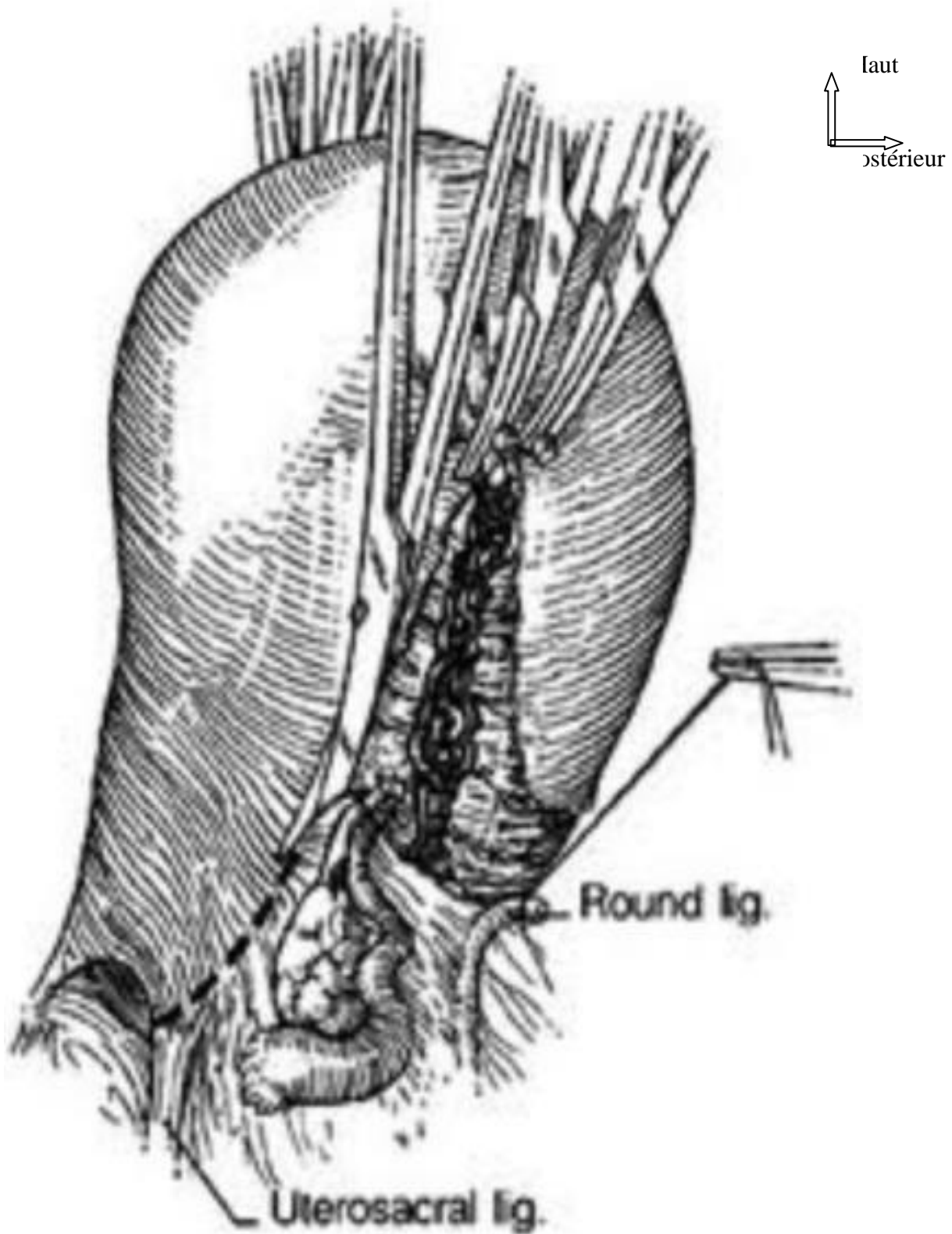


Schéma n°3 : Ligature section du ligament rond, décollement vésico-utérin, ligature du pédicule de la corne utérine d'après Kamina [13].

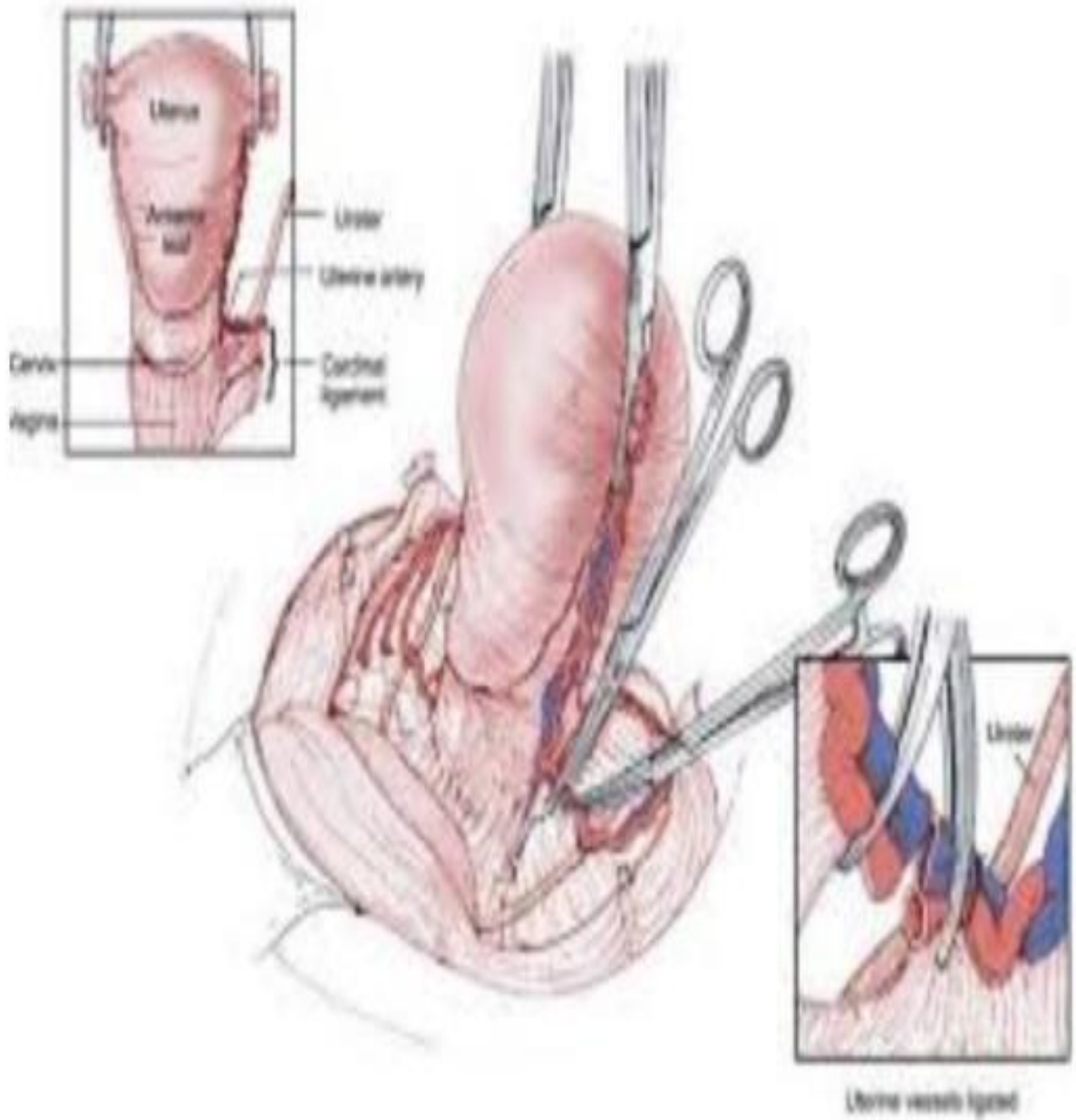
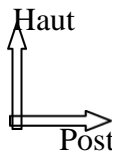
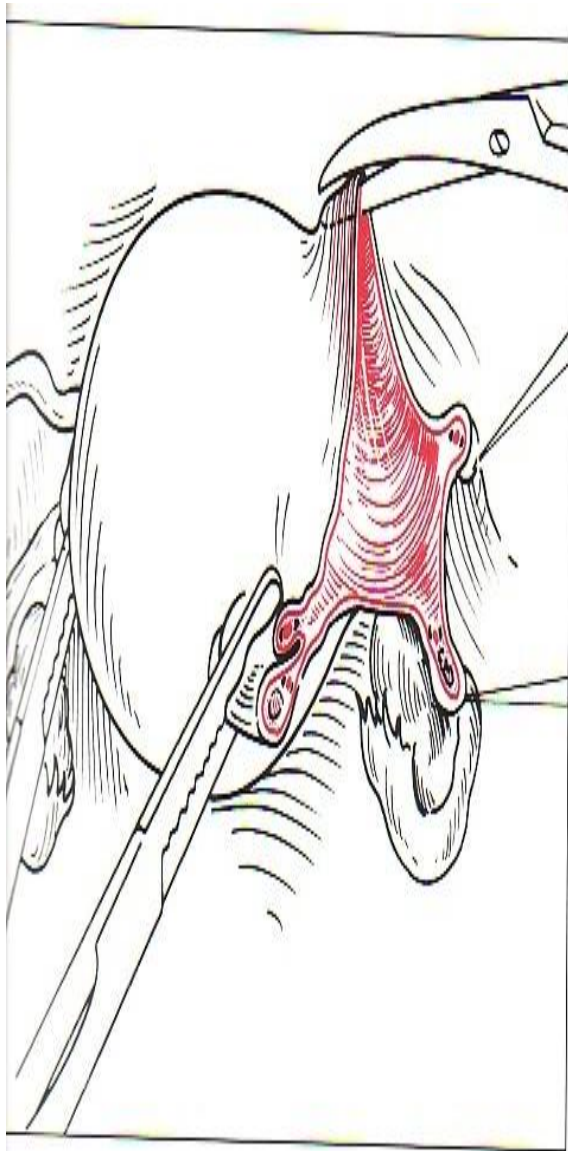


Schéma n°4 : Section des pédicules utéro-ovariens, d'après Kamina [13].



Dissection du péritoine vésico-utérin.

Le péritoine vésico-utérin

est ouvert en avant en restant
attaché à l'utérus à l'endroit où il n'est pas

2.39. Dissection du plan vésico-utérin. Les ciseaux de Dubost sont tournés la courbure vers le bas.

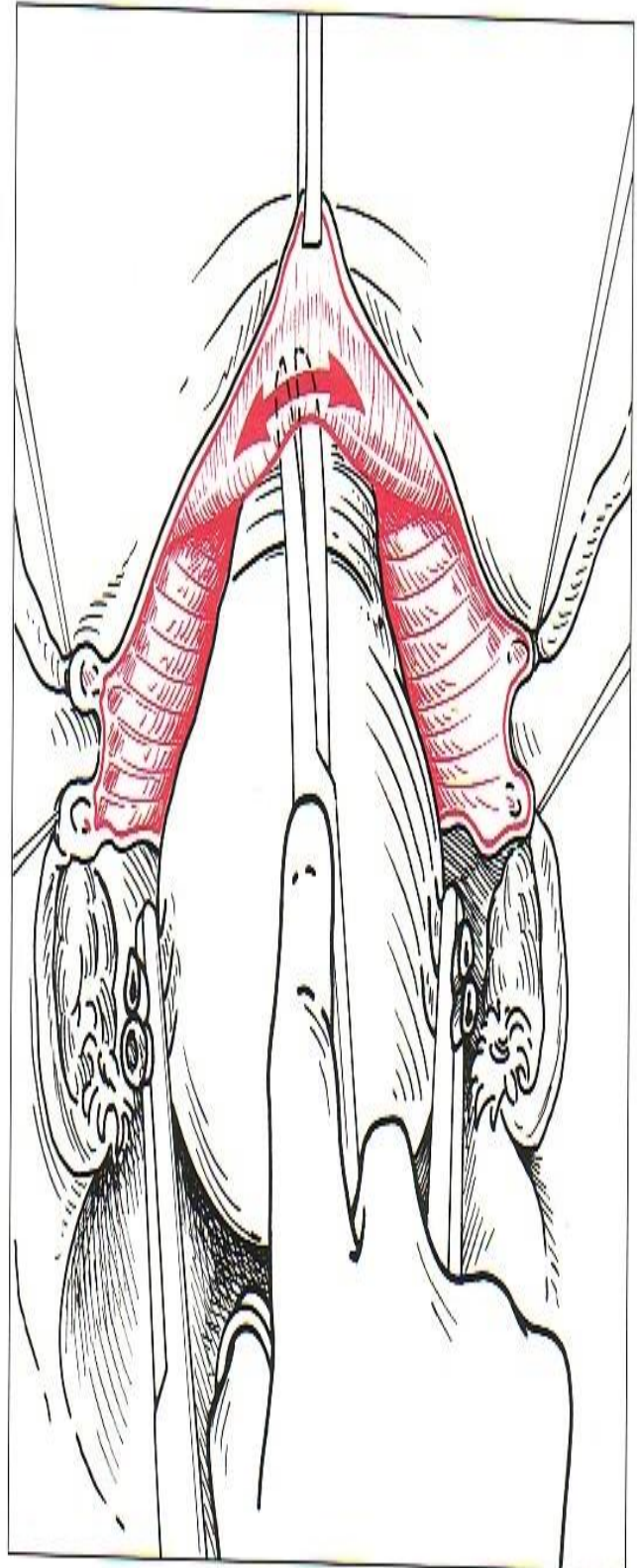


Schéma n°5 : Dissection du plan vésico-utérin par le sceau courbe d'après KAMINA [13].

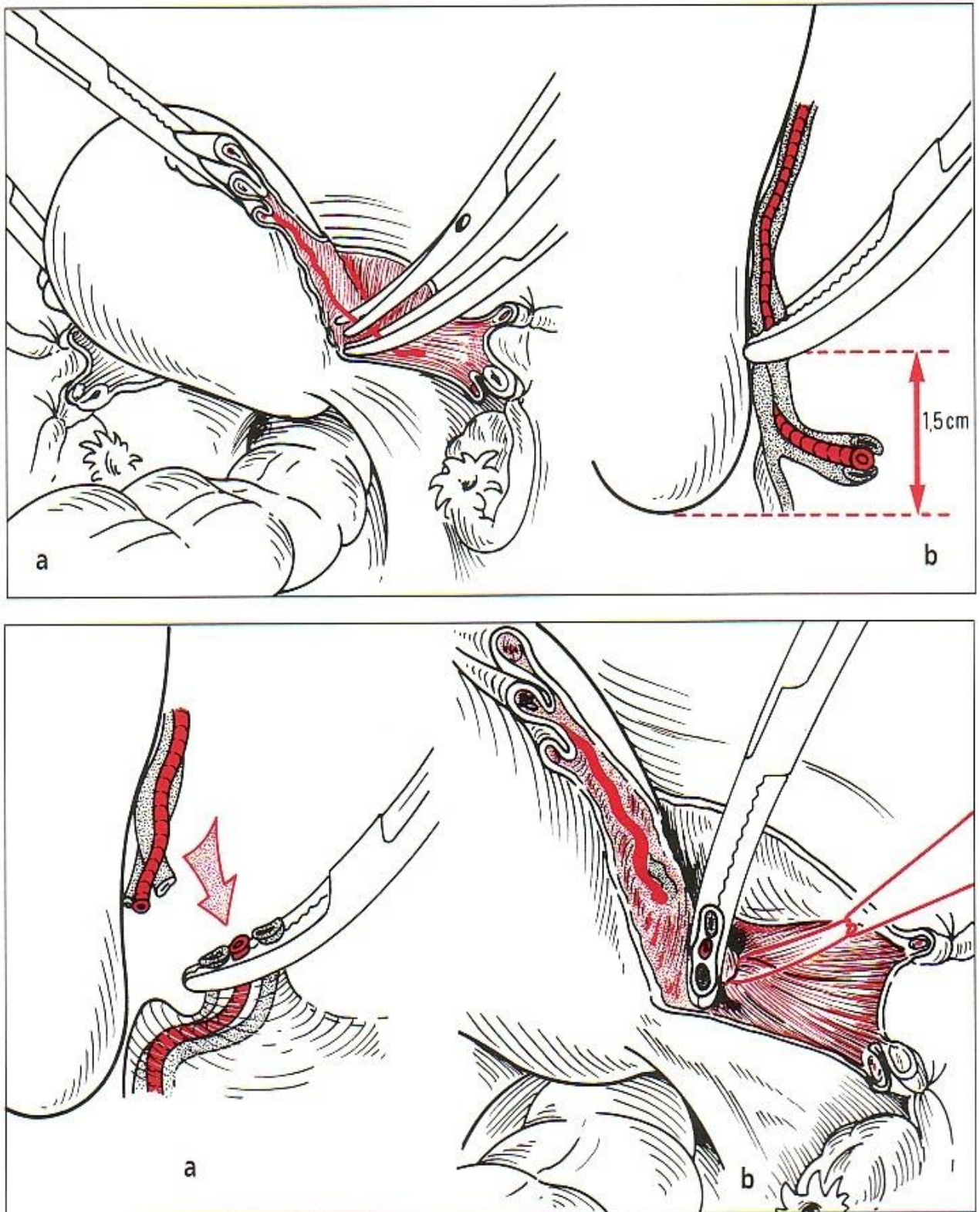
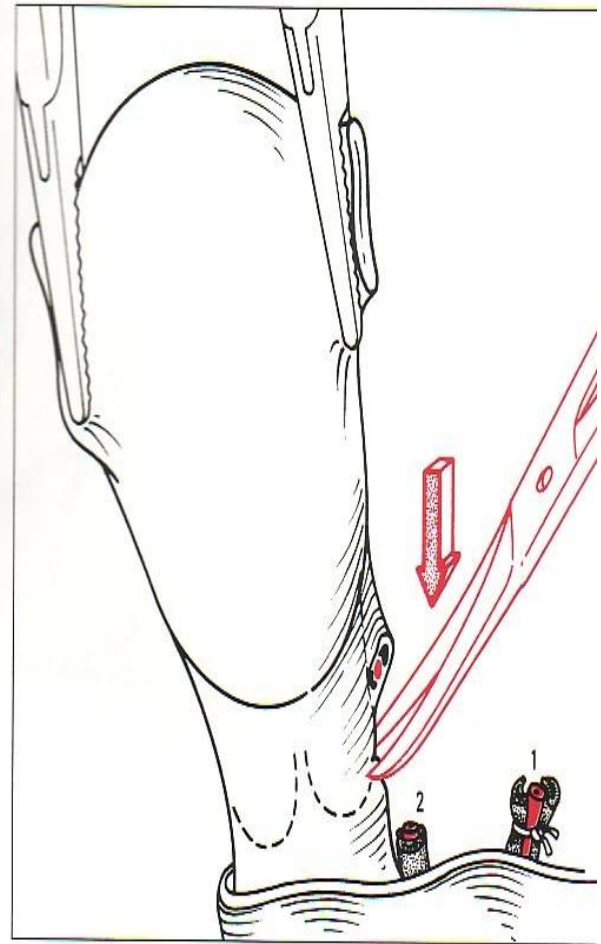
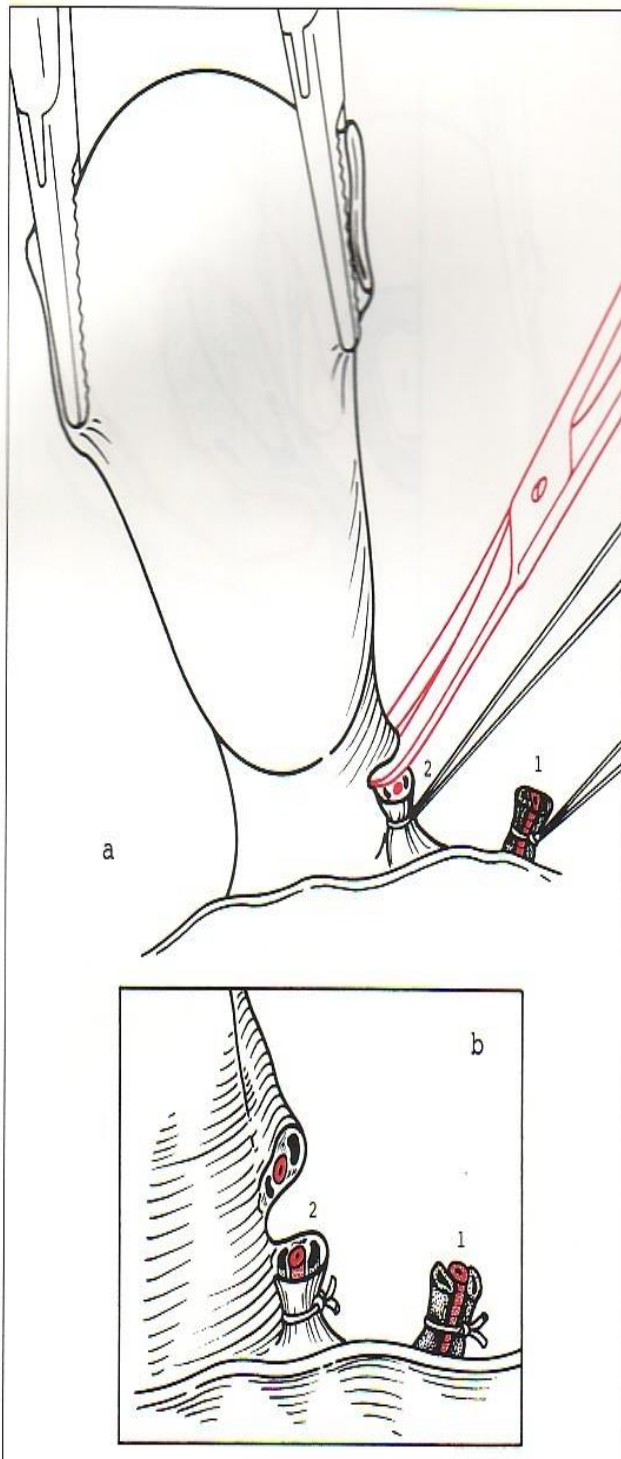


Schéma n°6 : Ligature des artères utérines d'après KAMINA [13].



▲ 2.55. Section du fascia paravaginal afin de descendre au-dessous du 1, pédicule utérin; 2, pédicule cervico-vaginal.

◀ 2.54. Section du paravagin et des artères cervico-vaginales. 1, pédicule utérin; 2, pédicule cervico-vaginal.

a. Vue opératoire.

b. Détail montrant le pédicule cervico-vaginal lié après la section.

Schéma n°7 : Ligature et résection des cervico-vaginales et les angles du vagin d'après KAMINA [13].

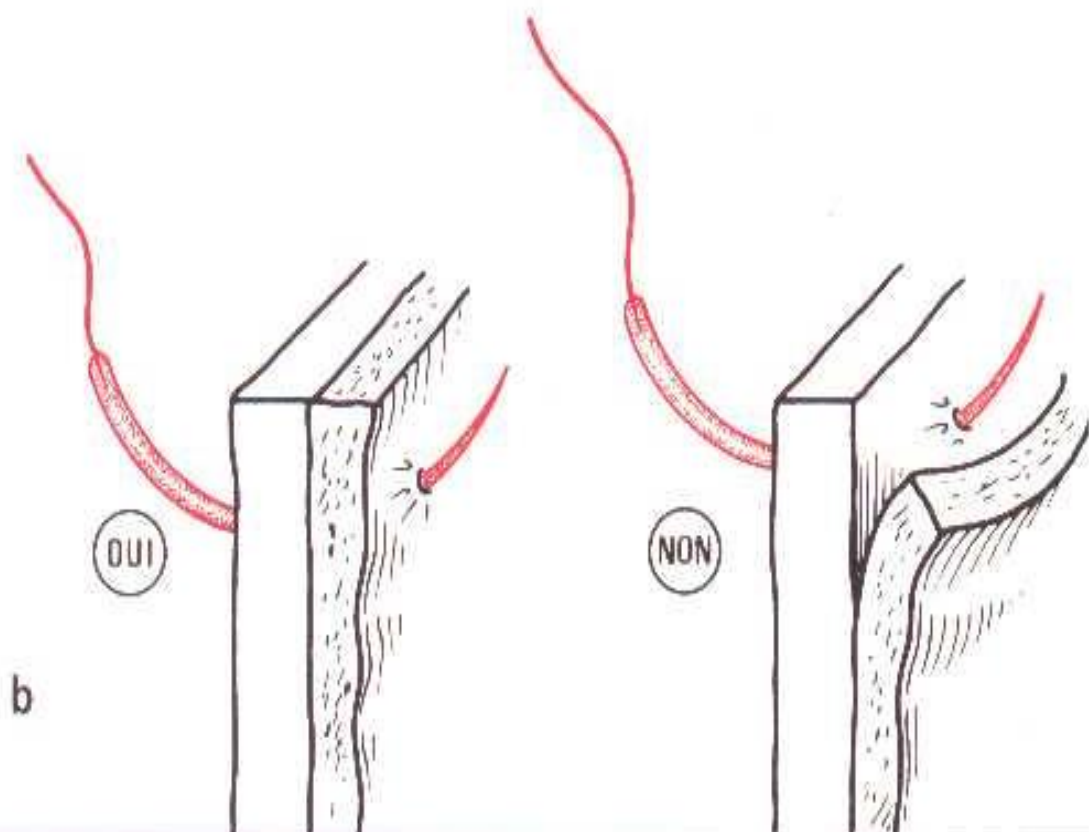
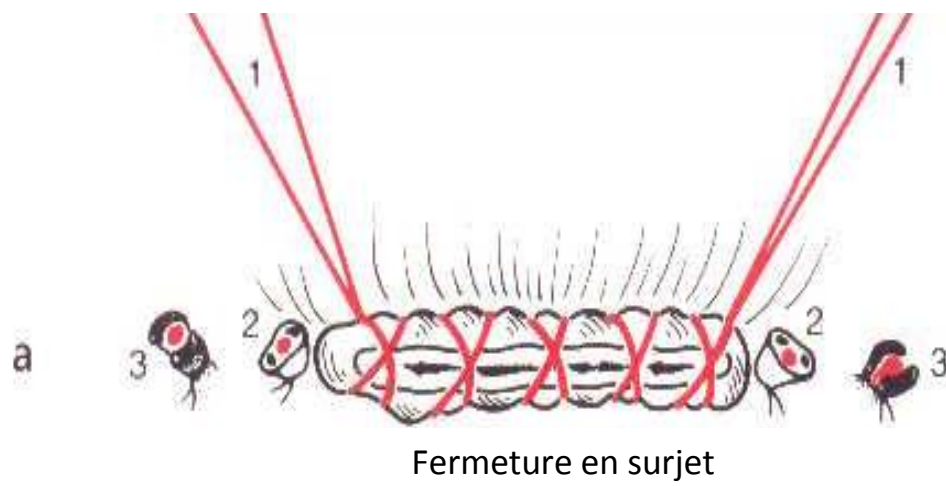


Schéma n°8 : Fermeture du vagin par des points en X d'après KAMINA [13].

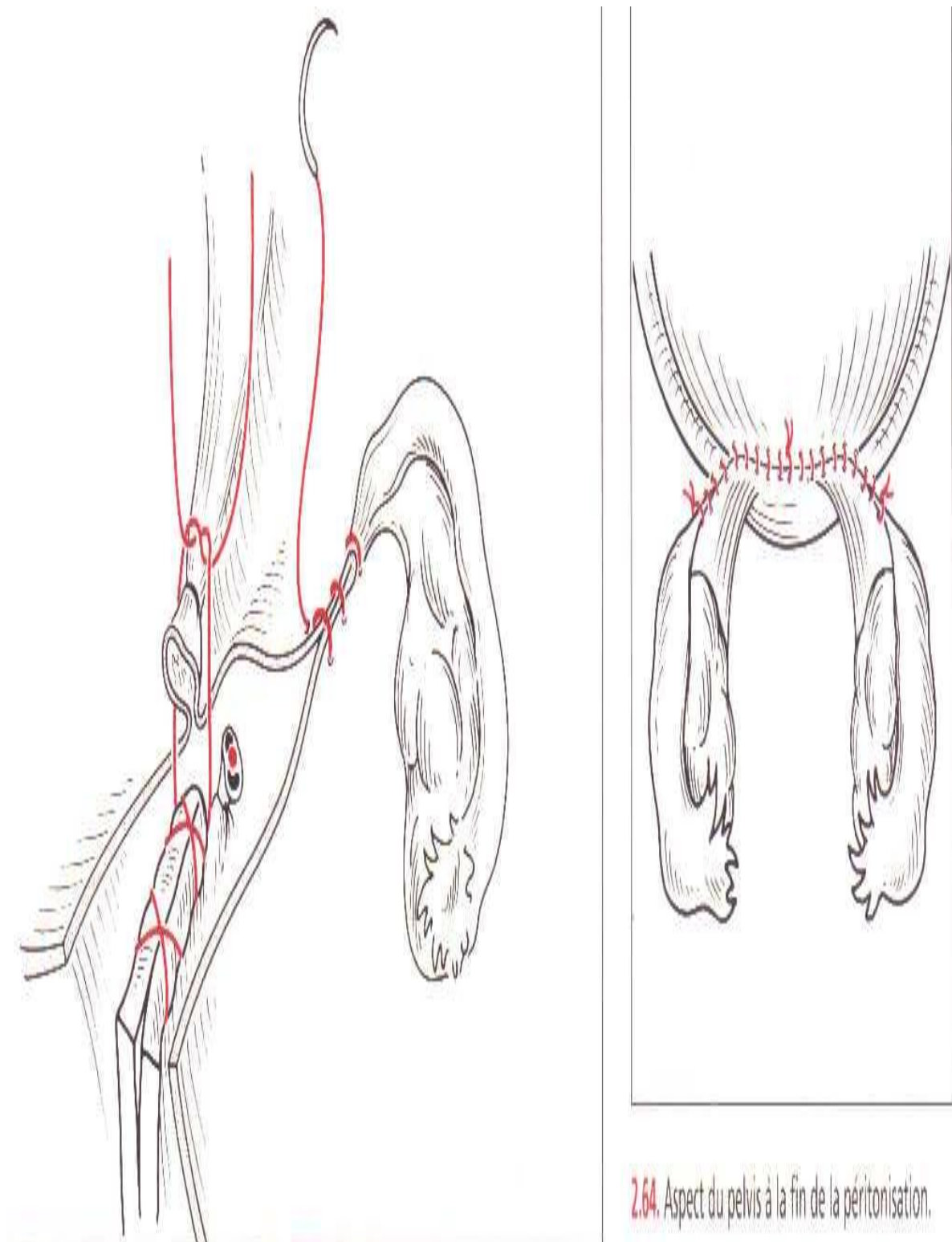


Schéma n°9 : Fermeture du péritoine viscéral (pas systématique)

2.4.3.4.2. En cas d'une hystérectomie totale :

On procède à :

- une section hémostase des ligaments ronds et des utéro-ovariens ;
- une dissection du ligament large ;
- une section et ligature des utérines ;
- un décollement vésical qui doit être plus poussé jusqu'à la face antérieure du vagin ;
- une ouverture du vagin sur sa face antérieure ;
- un repérage de la jonction col et vagin par une palpation si le col est non dilaté, Si la dilatation du col est importante ou complète : il faut une incision verticale du segment inférieur sur la ligne médiane, puis incision du col jusqu'à ce que le vagin soit atteint ; ceci sera associé à une section circulaire du vagin complétée latéralement puis en arrière ;
- une hémostase des cervico-vaginales ;
- une section du vagin ;
- une hémostase de la tranche vaginale par deux hémi surjets et quelques points en X au niveau de l'angle ;
- après avoir réalisé l'hystérectomie en bloc, on met un drain dans le Douglas pendant 48heures ;
- une fermeture plan par plan de la paroi ;
- et pansement [15,40].

2.4.4. Prise en charge post-opératoire :

a) En post-opératoire immédiat : juste après le réveil, il faut transférer la patiente en salle de réanimation, en raison des troubles de la coagulation ou pour des transfusions ou pour des anomalies de la diurèse.

b) Lors de la surveillance : il faut détecter et traiter les complications de l'intervention qui sont surtout les lésions urétérales.

Il faut prévenir aussi les complications de décubitus ou de l'alitement prolongé.

Parmi les autres complications, on peut citer l'embolie pulmonaire et les escarres.

Ce qui nécessite un lever précoce et une héparinothérapie systématique [41,42].

2.4.5. Pronostic :

Le pronostic d'une hystérectomie d'hémostase dépend de l'état hémodynamique de la patiente à l'admission, du délai entre l'intervention et le début de l'hémorragie.

En tout cas, la morbidité est élevée et elle dépend du type et des circonstances de l'intervention. Parmi eux, on peut citer les lésions vésico-urétérales, les conséquences de la poly transfusion et les infections avec suppuration pariétale.

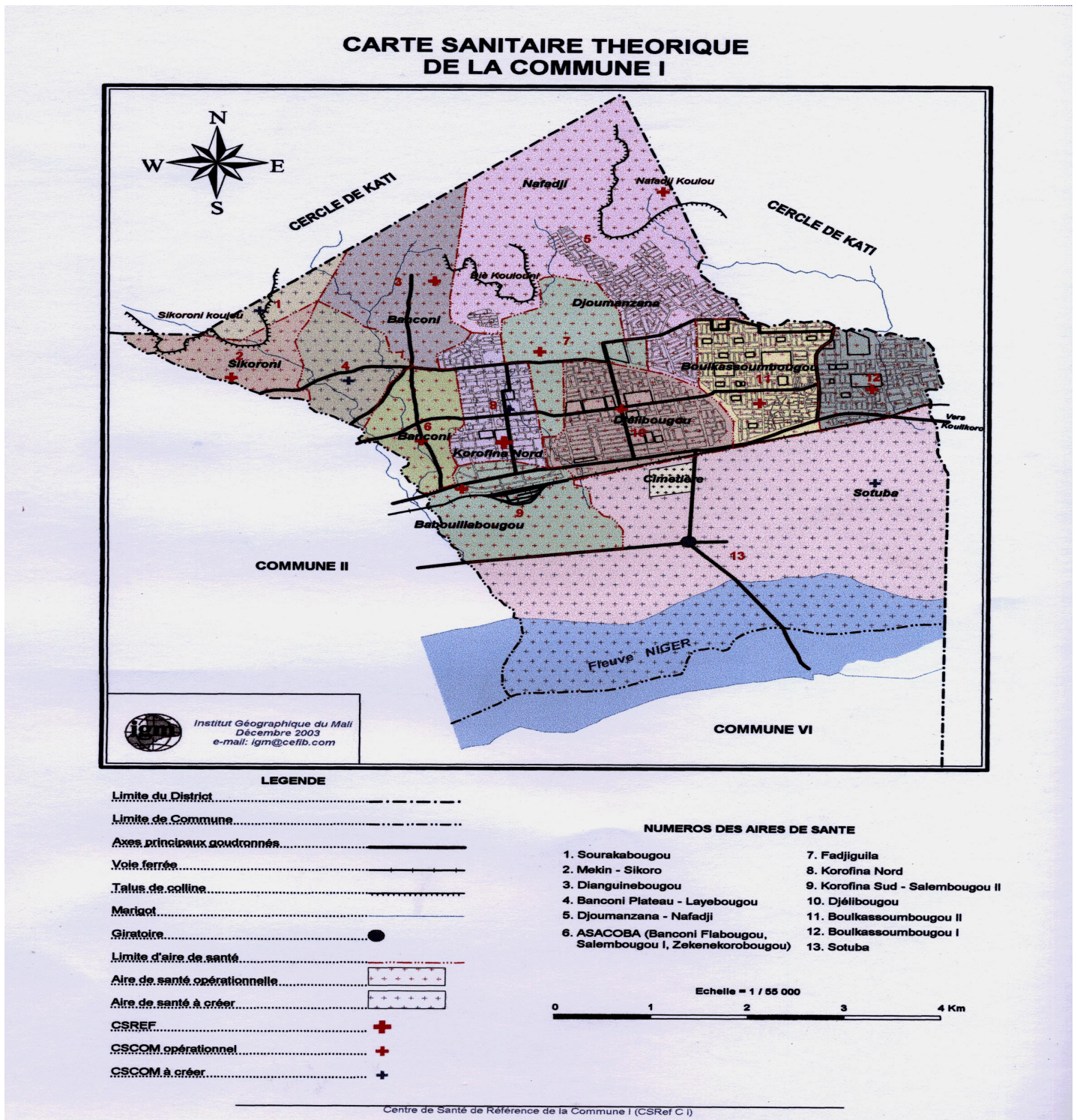
Une ré-intervention est possible en cas de non arrêt de saignement (hémorragie secondaire) où devant une nécrose de la plaie.

III. Méthodologie

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé référence de la commune I du district de Bamako.

3.1.1. Présentation de la commune I :



La commune I est située à L'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle couvre une superficie de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako pour une population totale de 411586 habitants soit une densité moyenne de 12013 habits/km² (CROCEPS 2017).

3.1.2. Caractéristiques sanitaires de la commune I :

La commune I compte 1 CSRéf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des cliniques privées médicales, un hôpital confectionnel "Chérifla", Humanuty first et Centre de santé Catholique de Nafadji.

3.1.3. Présentation du CSRéf CI :

a) Situation :

Le CSRéf CI est situé à Korofina Nord. Il est limité à l'Est par l'ancien tribunal, à l'Ouest par la pharmacie Ben, au Nord par la mairie de la commune I et au Sud par le terrain de foot-ball de korofina Nord.

b) Personnels :

Personnels	Effectifs
Médecin chef et son adjoint	02
Chirurgiens (chirurgie générale)	03
Médecins de médecine générale	06
Médecin ORL	06
Cardiologue	01
Neurologue	01
Diabétologue	01
Endocrinologue	01
Pneumologue	01
Odontologue	01
Médecin radiologiste	01
Kinésithérapeute	01
Médecins d'anesthésistes réanimateurs	02
Anesthésistes d'assistant médical	05

Laborantins	03
Chauffeurs d'ambulances	06
Manœuvres	06
Pharmaciens	02
Agent d'hygiène	02
Agents du guichet (tickets)	07

c) Infrastructures :

- * une administration : Comptabilité, Déclaration, Surveillant ;
- * un service de chirurgie générale ;
- * un service de médecine interne ;
 - * un service d'ORL ;
 - * un service de neurologie ;
 - * un service cardiologie ;
 - * un service de radiologie ;
 - * un service de pédiatrie ;
 - * un service d'odonto stomatologie ;
 - * un service de diabétologie + Endocrinologie ;
 - * un service de pneumologie ;
 - * un service d'hygiène ;
 - * un service de kinésie
 - * un service de pharmacie et de laboratoire ;
 - * un service de gynécologie obstétrique ;
 - * un bloc opératoire composé de :
 - deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales et chirurgicales ;
 - une salle de stérilisation des instruments ;
 - une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - une salle de réveil ;
 - une salle de préparation des patients ;

- une salle de préparation des opérateurs ;
- un bureau pour les aides du bloc opératoire ;
- une unité de réanimation non fonctionnelle.

* une morgue.

d) Logistiques :

- trois (03) ambulances pour les références ou évacuations ;
- un (01) rac pour les appels aux cas de références ou d'évacuations sur CHU.

3.1.4. Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et obstétrique fait partie des services les plus fréquentés du centre de santé de référence de la commune I.

a) Situation :

Il est situé au Sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la Pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

b) Le personnel de la maternité est composé de :

Personnels	Effectifs
Gynécologues obstétriciens dont le chef de service	04
Sage femmes réparties entre les différentes unités du service	24
Infirmières obstétriciennes	10
Techniciens supérieurs de santé	03
Aides-soignantes	08
Techniciens de santé	05

c) Infrastructures :

Infrastructures	Effectifs
Bureaux des gynéco-obstétriciens	03
Salle de consultation pour les urgences	01
Unité de CPN/PTME	01
Unité de planification familiale et de consultation post natale	01
Salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements	01

Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus et de PTME	01
Salle d'observation ou de surveillance des femmes accouchées	01
Salles de gardes	02
Salles d'hospitalisations	05

d) Fonctionnement :

Les activités programmées sont faites comme suite :

- staff quotidien du Lundi au Vendredi dirigé par le chef de service ou par un autre gynécologue du service ;
- visite quotidienne aux patientes hospitalisées dirigée par un gynécologue du service ;
- Activités de PEV du Lundi au Vendredi ;
- CPN, CPON, PF, dépistage et PTME sont quotidiens du Lundi au Vendredi
- Consultations externes assurées par les médecins gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes assistés par les thésards ;
- Echographie réalisée du Lundi au Vendredi de 8h à 16h ;
- trois jours (Lundi, Mercredi et Jeudi) consacrés aux activités chirurgicales surtout celles programmées ;
- la garde est assurée par une équipe composée d'un gynécologue-obstétricien, de trois (3) médecins généralistes à tendance chirurgicale, deux sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes, deux ou trois étudiants faisant fonction d'internes, un anesthésiste, un aide de bloc, une aide-soignante et deux manœuvres.

3.2. Recrutement des patientes :

3.2.1. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective (allant du 1^{er} Novembre 2012 au 31 Octobre 2016 soit 4 ans) et prospective (allant du 1^{er} Novembre 2016 au 31 Octobre 2017 soit un an). Elle s'est étendue sur une période de 5 ans.

3.2.2. Population d'étude :

Notre étude a concerné les femmes ayant accouché dans le service par voie haute ou par voie basse et qui ont été admises directement ou ont été référées au CSRéf CI pour une complication obstétricale.

3.2.3. Echantillonnage :

a) Critères d'inclusion :

Nous avons inclus les parturientes qui ont présenté une HPPI et qui ont subi une HH, documentée dans les protocoles avec les dossiers complets.

b) Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses celles qui ont subi une hystérectomie d'hémostase pour fibromes hémorragiques, complications d'avortement, infections de l'utérus (nécrose) et les cas de dossiers incomplets.

3.2.4. Paramètres d'étude ou variables d'étude :

a) Profil sociodémographique :

- Age maternel ;
- Niveau socio-économique ;
- Profession ;
- Niveau d'étude.

b) Antécédents :

*** Personnels :**

- médicaux ;
- gynécologiques ;
- obstétricaux ;
- chirurgicaux ;

*** Familiaux :**

c) Suivi de la grossesse :

- CPN réalisée (nombre de CPN) ;
- lieu de suivi ;
- acteur de CPN ;
- prophylaxies assurées.

d) Situation clinique actuelle :

- motif d'admission au CSRéf CI,
- examen obstétrical concernant l'état hémodynamique après l'accouchement ; le globe utérin, l'abondance des pertes sanguines, le résultat de la révision utérine et de l'examen sous-valve ;
- état du nouveau-né à la naissance.

e) Prise en charge :

- voie d'accouchement ;
- traitement déjà entrepris avant l'HH : soit des traitements médicaux, soit des traitements obstétricaux ou soit des traitements chirurgicaux autres que l'HH ;
- indication de l'HH ;
- type d'HH ;
- et délai compris entre le diagnostic d'HPPI et l'intervention.

f) Séjour hospitalier :

g) Suites postopératoires :

3.2.5. Collecte des données :

Nous avons fait la collecte des données à l'aide d'une fiche d'enquête à partir des différents documents dont :

- registre des protocoles ;
- dossiers des parturientes ;
- registres et protocoles d'accouchement ;
- registre auprès du service de statistique et du personnel.

3.2.6. Saisie et analyse des données :

Pour cette étude, on a utilisé le logiciel Epi info 7. Le document a été saisi sur l'ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word 2010.

Pour chaque paramètre, on a fait une étude descriptive puis analytique en utilisant le test de KHI 2. Le degré de signification retenu est une valeur de KHI 2 calculée à partir de notre donnée qui doit être supérieure à une valeur de KHI 2 théorique retrouvée dans un abaque. Le test est significatif si la valeur de P (la probabilité d'erreur) est inférieure à 0,05.

Le test exact de Fischer a été utilisé pour l'analyse des chiffres inférieurs à 5.

3.3. Aspect éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et ceci dans l'intérêt des parturientes.

3.4. Limites de l'étude :

3.5. Définitions opératoires :

- **Césarienne** : intervention chirurgicale consistant à ouvrir l'abdomen et l'utérus afin d'extraire le fœtus et ses annexes.
- **HPPI** : perte de sang supérieure à la quantité considérée comme physiologique (inférieure à 500 ml) survenant après l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent celui-ci avec retentissement sur l'état hémodynamique de la patiente.
- **Hémorragie de la délivrance** : perte de sang d'origine d'insertion placentaire supérieure ou égale 500 ml si accouchement par voie basse et supérieure ou égale à 1000 ml si accouchement par césarienne avec retentissement sur l'état hémodynamique de la patiente.
- **HRP** : syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine.
- **Placenta accreta** : Adhésion partielle de l'annexes au myomètre
- **Placenta increta** : Adhésion totale de l'annexes au myomètre
- **Placenta percreta** : Atteinte de la séreuse par l'annexes
- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1^{ère} grossesse
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses
- **Primipare** : 1^{er} accouchement
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements
- **Hystérorraphie** : suture de l'utérus
- **Hystérotomie** : ouverture de l'utérus
- **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus
- **Hystérectomie d'hémostase** : ablation partielle ou totale de l'utérus gravide pour juguler le saignement.
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.
- **Phase de latence du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≤ 3 cm.
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm.

- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne d'urgence** : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou foetal ou et/maternel est engagé.
- **Pronostic materno-foetal** : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Pruhal A., 2000**).
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS elle se définit par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-Colle MH, 2001**) (CIM 10)
- **Mortalité néonatale** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28^{ème} jour de vie.
- **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attaché à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »

IV. Résultats :

4.1. Fréquence :

Notre étude s'est étalée sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Novembre 2012 au 31 Octobre 2017.

Parmi les 35288 accouchements qui ont eu lieu durant la période d'étude, nous avons recensé 370 cas de HPPI soit un taux de **1,04%**.

Et parmi ces 370 cas de HPPI, nous avons recensé 48 cas d'HH. Ce qui fait un taux de **12,97%**.

Par rapport aux accouchements, nous avons eu 48 cas d'HH sur 35288 accouchements, ce qui donne un taux de **0,14%**, soit une HH pour 735 accouchements.

4.2. Profil sociodémographique :

a) Age maternel :

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age (Ans)	Effectif	Pourcentage
< 30	3	6,3
30 - 35	25	52,0
36 - 40	15	31,3
> 40	5	10,4
Total	48	100,0

Min = 26 ; max = 42 ; moy = 34,88 ± 4,276

La moyenne d'âge a été de 34,88 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 30 à 35 ans avec **52%**.

b) Statut matrimonial :

100% de nos patientes hystérectomisées étaient des femmes mariées.

c) Profession :

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femmes au foyer	33	68,8
Commerçantes	13	27,0
Salariées	2	4,2
Total	48	100,0

Trente-trois femmes soit **68,8%** de nos patientes étaient des femmes au foyer.

d) Résidence

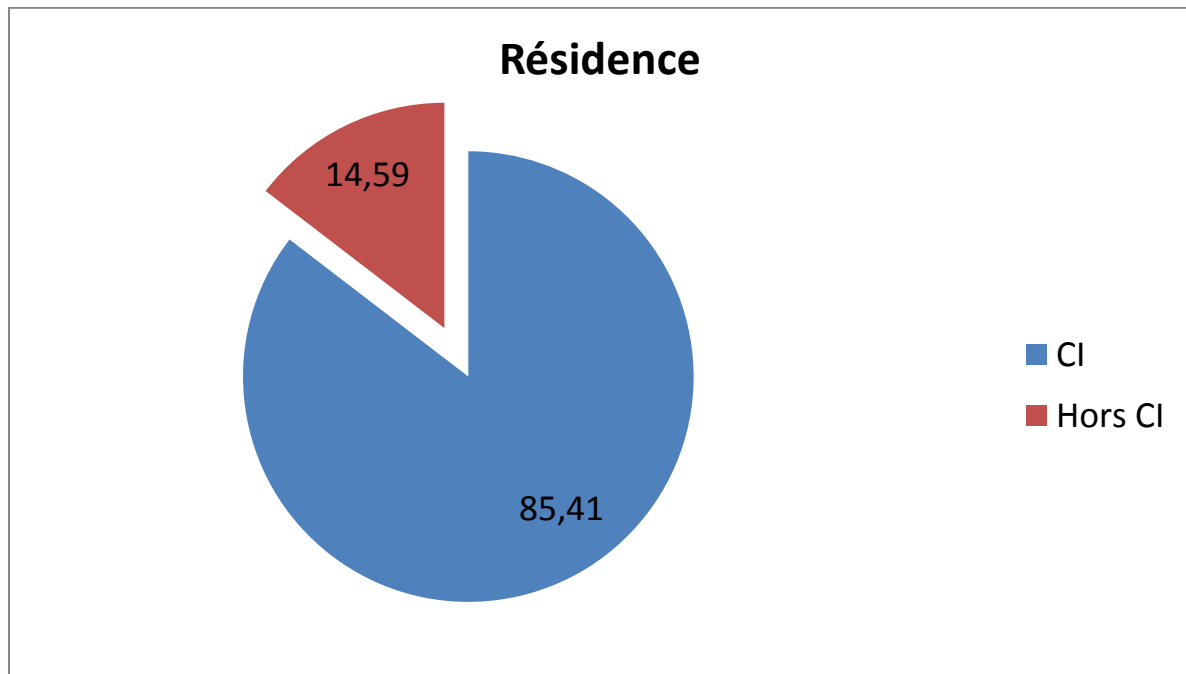


Figure 1 : Répartition des patientes selon la résidence

Sept femmes soit **14,59%** de nos patientes étaient hors de la CI.

e) Niveau d'instruction

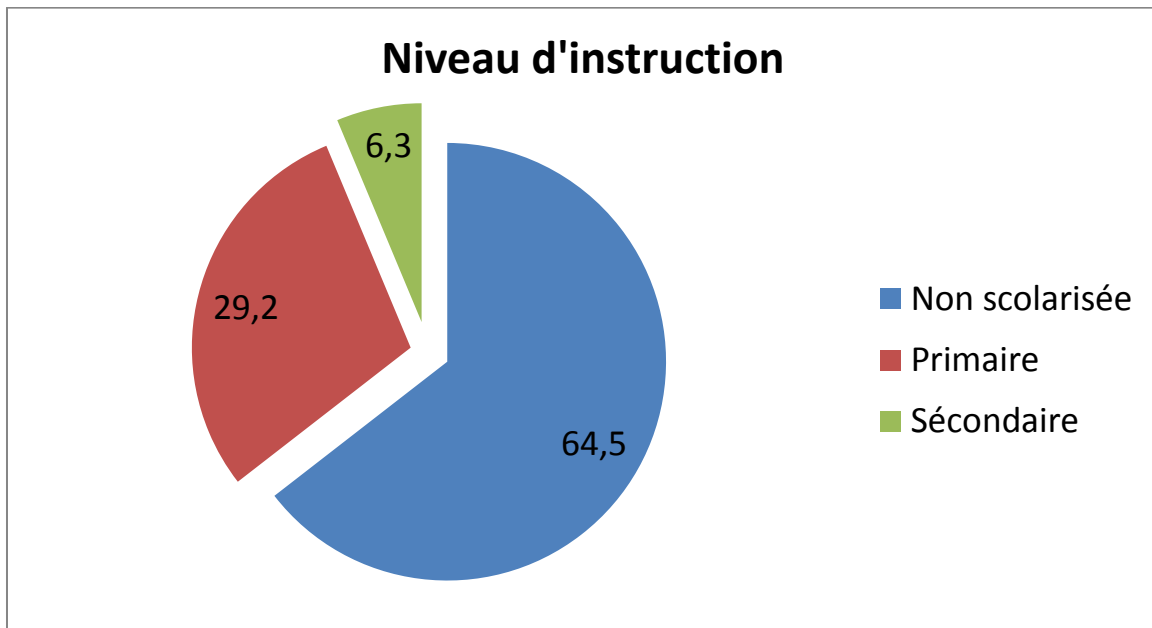


Figure 2 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Deux tiers de nos patientes soit **64,5%** étaient non scolarisées.

f) Profession du procréateur :

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif	Pourcentage
Employé de commerce	20	41,67
Ouvrier	7	14,58
Cultivateur	5	10,42
Enseignant	4	8,33
Chauffeur	3	6,25
Tailleur	3	6,25
Autres	6	12,5
Total	48	100,00

41,67% des procréateurs étaient des employés de commerce.

NB : Autres : tailleur, électricien, boulanger, agent à la marie, jardinier.

4.3. Admission :

a) Mode d'admission :

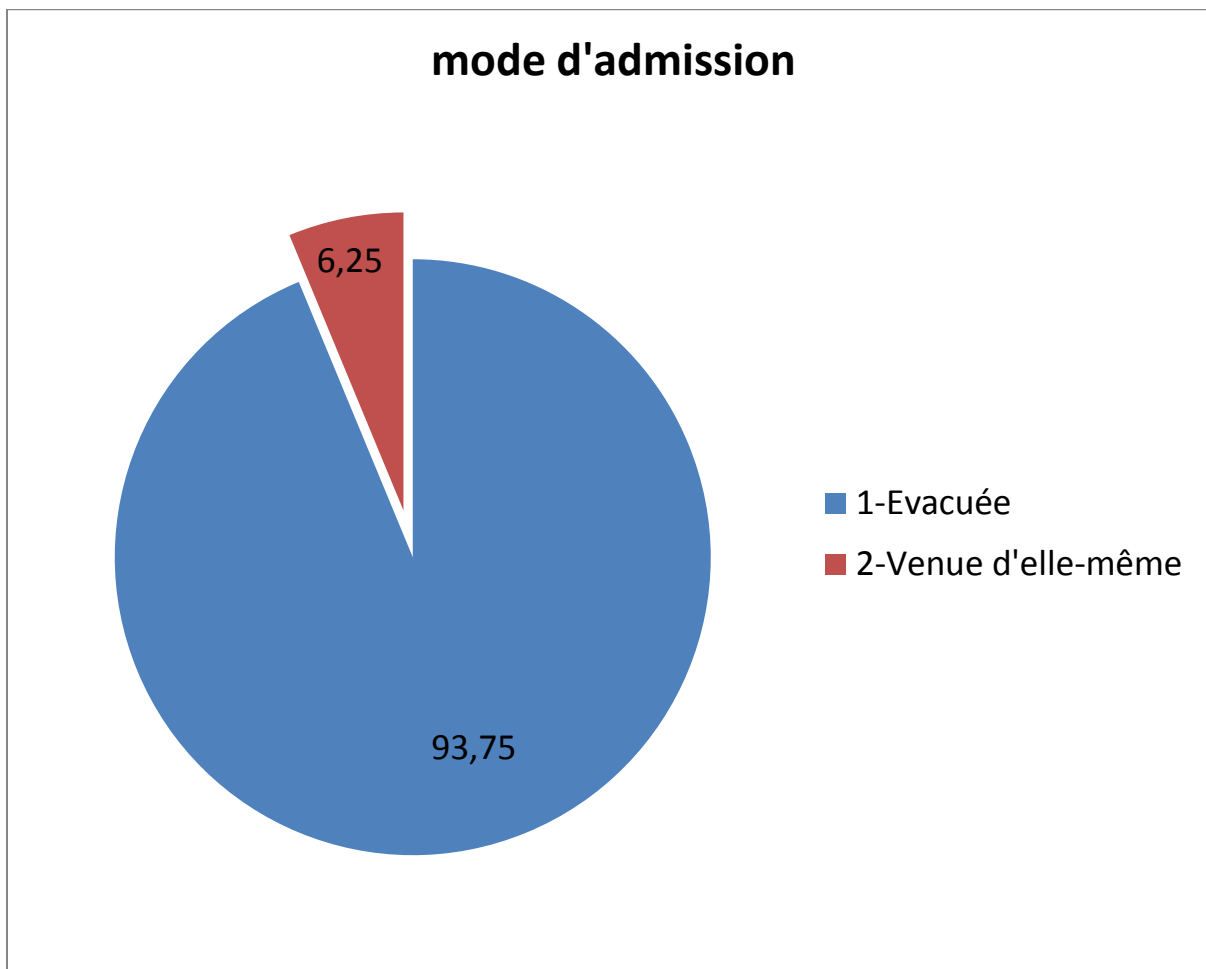


Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Quarante-cinq de nos patientes soit **93,75%** ont été évacuées.

b) Motifs d'admission :

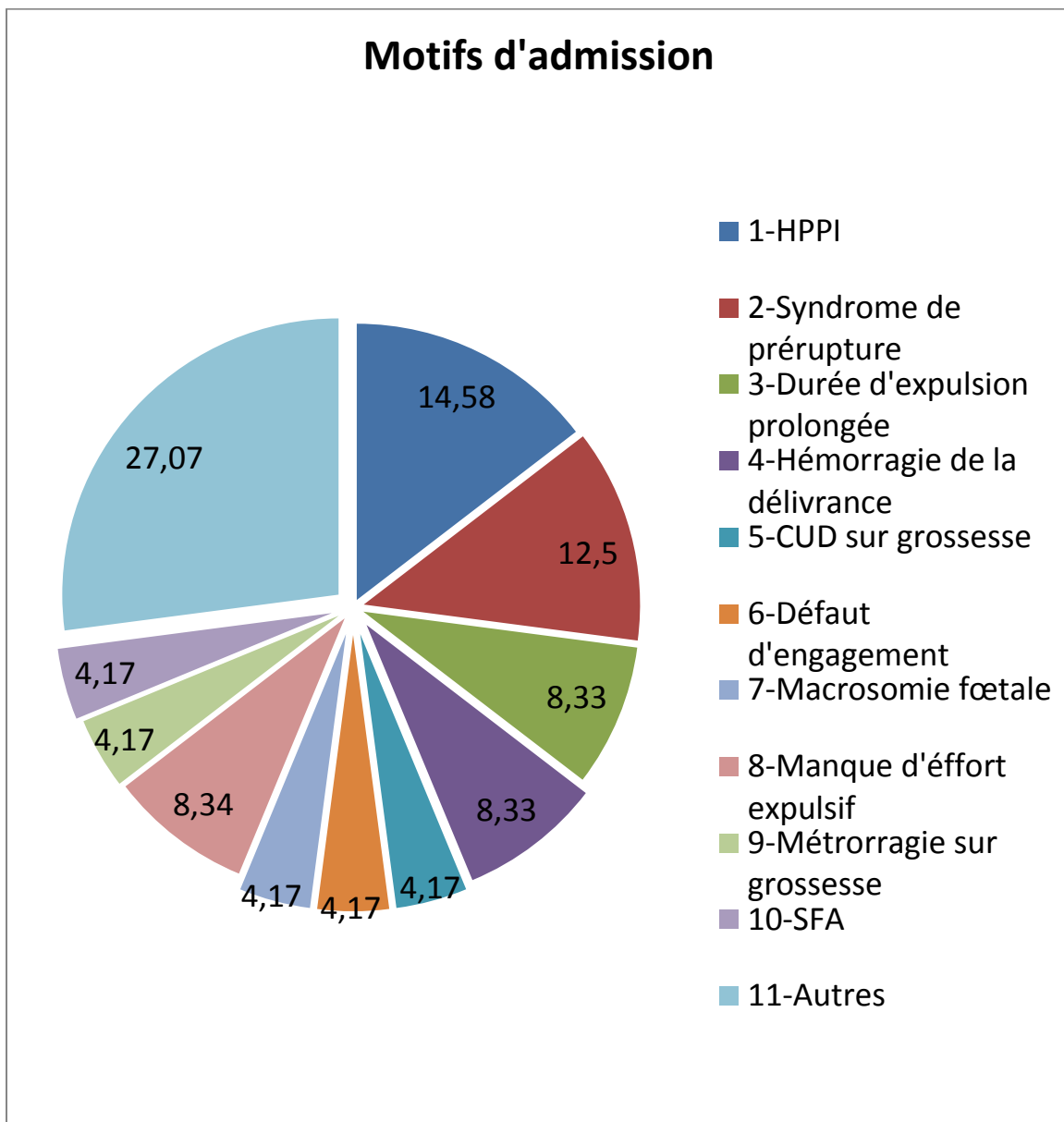


Figure 4 : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Sept (7) de nos patientes soit **14,58%** ont été admises pour HPPI.

c) Moyen de transport :

L'ambulance a été le moyen de transport pour l'évacuation dans **93,75%**.

d) Structures de référence/évacuation :**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la structure de référence/évacuation

Structures de référence/évacuation	Effectif	Pourcentage
ASACOBA	8	16,67
ASACODIA	6	12,50
ASACODJE	6	12,50
ASACKO-NORD	4	8,33
ASACO de Moribabougou	4	8,33
ASACOBOUL I	4	8,33
ASACOBOUL II	4	8,33
ASACOSAN	3	6,25
Centre de Santé Catholique de Nafadji	3	6,25
ASACOS	2	4,17
Autres	4	8,34
Total	48	100,00

Huit de nos patientes soit **16,67%** ont été évacuées de l'ASACOBA suivies de l'ASACODIA et de l'ASACODJE avec **12,50%**.

NB : Autres : ASACODOU, ASACOSAM, Cabinet médical le progrès, Clinique médicale ALLAYE.

4.4. Antécédents :

❖ Médicaux

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD médicaux	Effectif (n=48)	Pourcentage (100%)
HTA	19	39,6
Asthme	4	8,3
Drépanocytose	3	6,25
Diabète	3	6,25
Sans antécédent	19	39,6

Dix-neuf de nos patientes soit **39,6%** étaient hypertendues.

❖ Chirurgicaux :

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Sans antécédent	15	31,26
Utérus cicatriciels	32	66,6
Salpingectomie	1	2,08
Total	48	100,0

Trente et deux de nos patientes soit **66,6%** avaient un antécédent d'utérus cicatriciels.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de cicatrice de césarienne

Cicatrice de césarienne	Effectif	Pourcentage
Unicatriciel	16	80
Bicatriciel	4	20
Total	20	100,0

Quatre de patientes soit **20%** avaient un utérus bicatriciel.

❖ *Obstétricaux* :

- **Gestité** :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	0	0
Paucigeste	2	4,17
Multigeste	46	95,83
Total	48	100,0

Les multigestes ont été les plus concernées avec **95,83%**.

- Parité :

Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	0	0
Paucipare	19	39,6
Multipare	29	60,4
Total	48	100,0

Min = 3 ; max = 11 ; moy 7,27 ± 2,070

Les multipares ont été les plus concernées, avec un pourcentage de **60,4%**.

b) Familiaux

Tableau X : Répartition des patientes selon les ATCD familiaux

ATCD familiaux	Effectif (n=48)	Pourcentage
HTA	11	22,92
Diabète	4	8,33
Drépanocytose	3	6,25
Aucun	30	62,5

Onze de nos patientes soit **22,92%** avaient un antécédent familial d'HTA.

4.5. Suivi de la grossesse :

a) Réalisation de consultation prénatale :

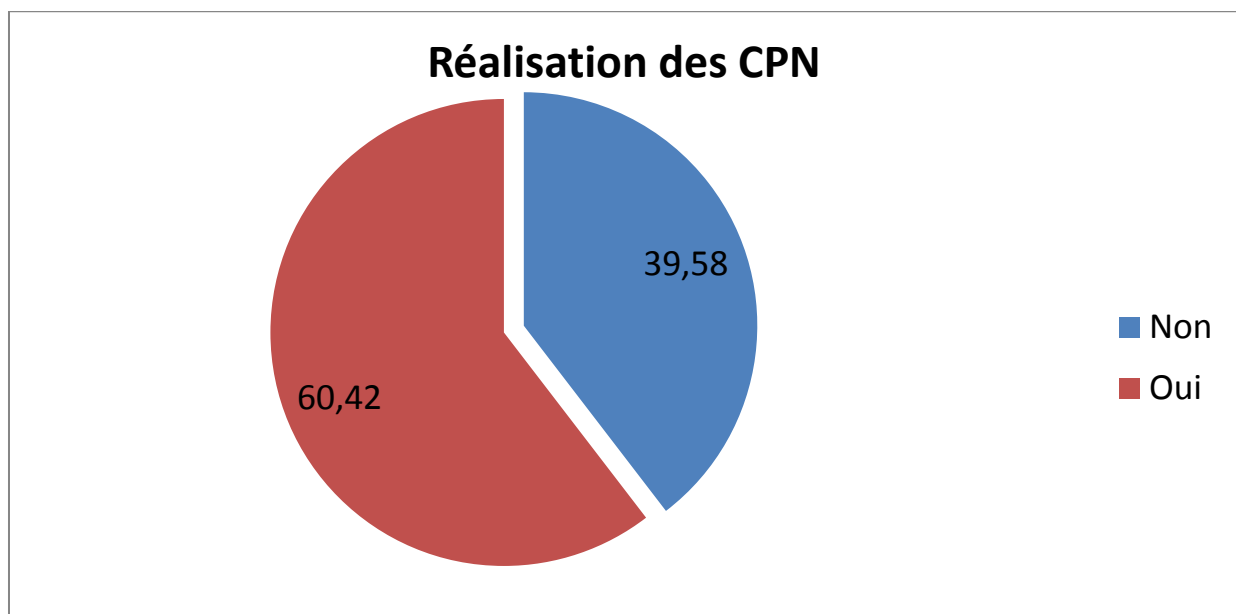


Figure 5 : Répartition des patientes selon la réalisation des CPN

Dix-neuf de nos patientes soit **39,58%** n'ont pas réalisé de CPN.

b) Nombre de CPN réalisées :

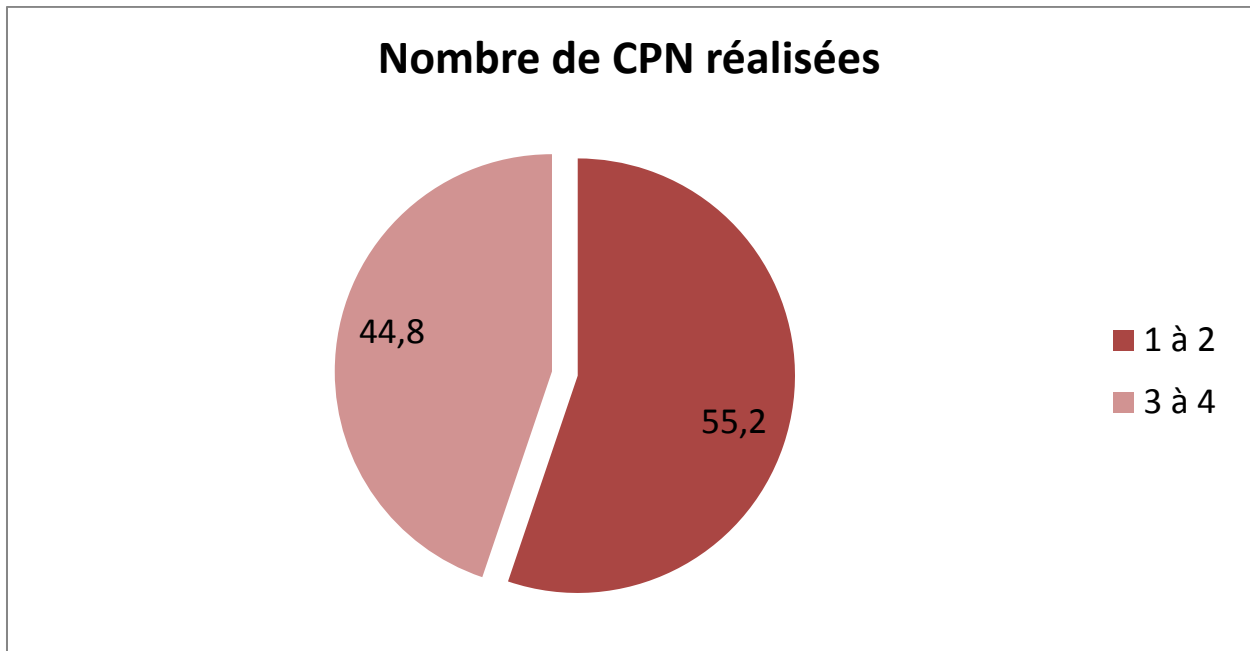


Figure 6 : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisées

Seize de nos patientes soit **55,2%** qui avaient réalisé des CPN n'étaient pas de qualité.

c) Lieu de réalisation des CPN :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le lieu de réalisation des CPN

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage
Au CS Com	25	86,21
Au CS Réf CI	3	10,34
Au Cabinet	1	3,45
Total	29	100,00

Vingt-cinq de nos patientes soit **86,21%** ont été suivies dans les CSCom.

d) Auteurs de CPN réalisées :

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'auteur de CPN réalisées

Qualification de l'auteur	Effectif	Pourcentage
Médecin	2	6,90
Sage-femme	24	82,76
Infirmière obstétricienne	3	10,34
Total	29	100,00

Vingt et quatre de nos patientes soit **82,76%** ont été suivies par des sages-femmes.

4.6. Situation clinique :

a) Etat général :

- Etat de conscience :

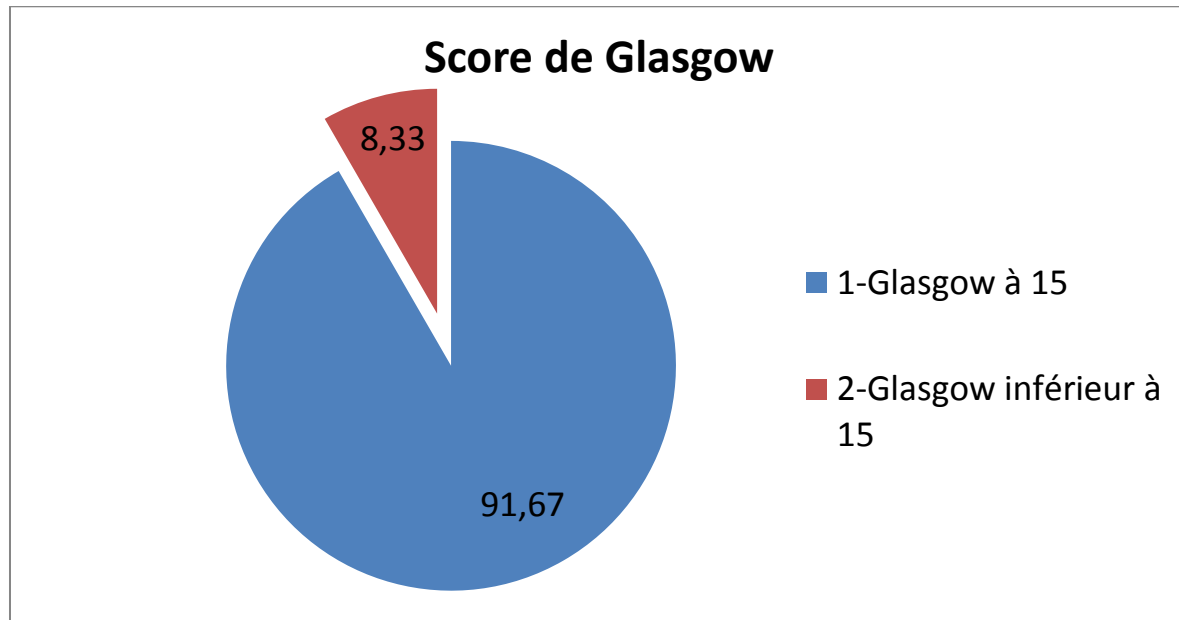


Figure 7 : Répartition des patientes selon le score de Glasgow

Quatre de nos patientes soit **8,33%** avaient un score de Glasgow inférieur à 15 à l'admission.

b) Signes généraux :

- Pertes sanguines :

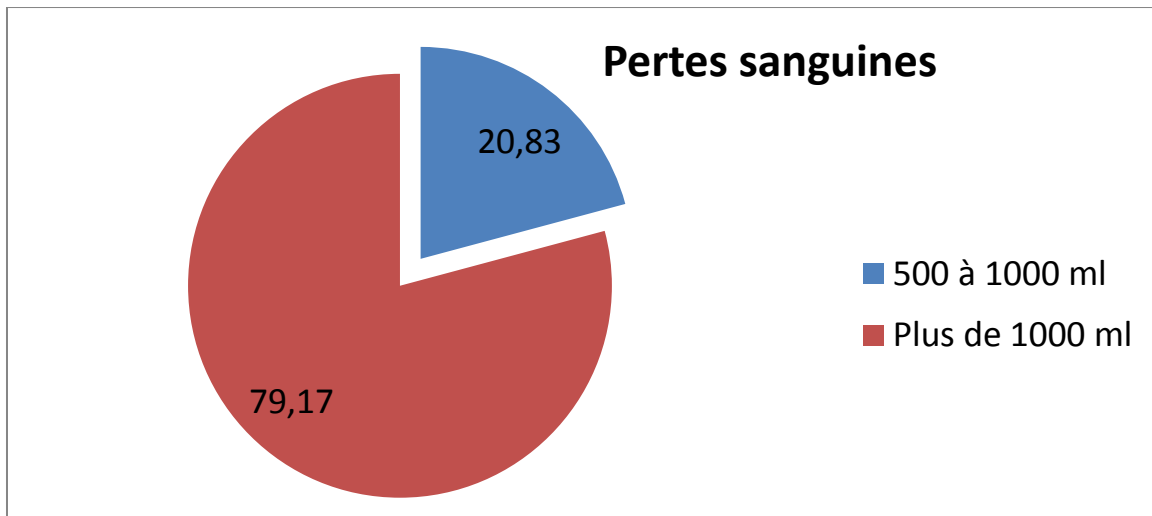


Figure 8 : Répartition des patientes selon les pertes sanguines

Les pertes sanguines ont été très abondantes à plus de 1000 ml dans **79,17%** et les pertes étaient persistantes et de moyenne abondance, c'est-à-dire comprise entre 500 ml et 1000 ml dans **20,83%**.

-Tension artérielle :

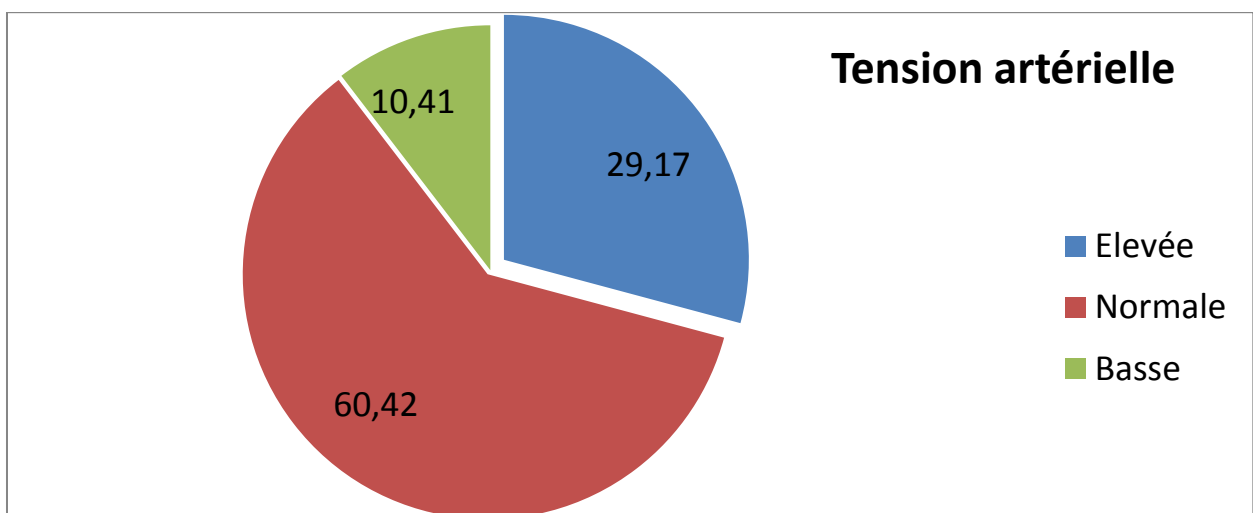


Figure 9 : Répartition des patientes selon la tension artérielle

Cinq de nos patientes soit **10,41%** avaient des tensions artérielles inférieures ou égales à 90/50 mmhg.

- Pouls :

Six de nos patientes soit **12,5%** avaient des pouls supérieurs ou égal à 100 pulsations par minute.

c) Signes physiques :

- Conjonctives :

Dix-huit de nos patientes soit **37,5%** avaient des conjonctives pâles.

- Le globe de sécurité :

Dix-neuf de nos patientes soit **39,58%** ont présenté une atonie du globe utérin.

- Examen sous-valve :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'examen sous-valve

Examen sous valve	Effectif	Pourcentage
Oui	27	56,25
Non	21	43,75
Total	48	100,00

Vingt-sept de nos patientes soit **56,25%** ont bénéficié d'un examen sous-valve.

- Résultats de l'examen sous valve :

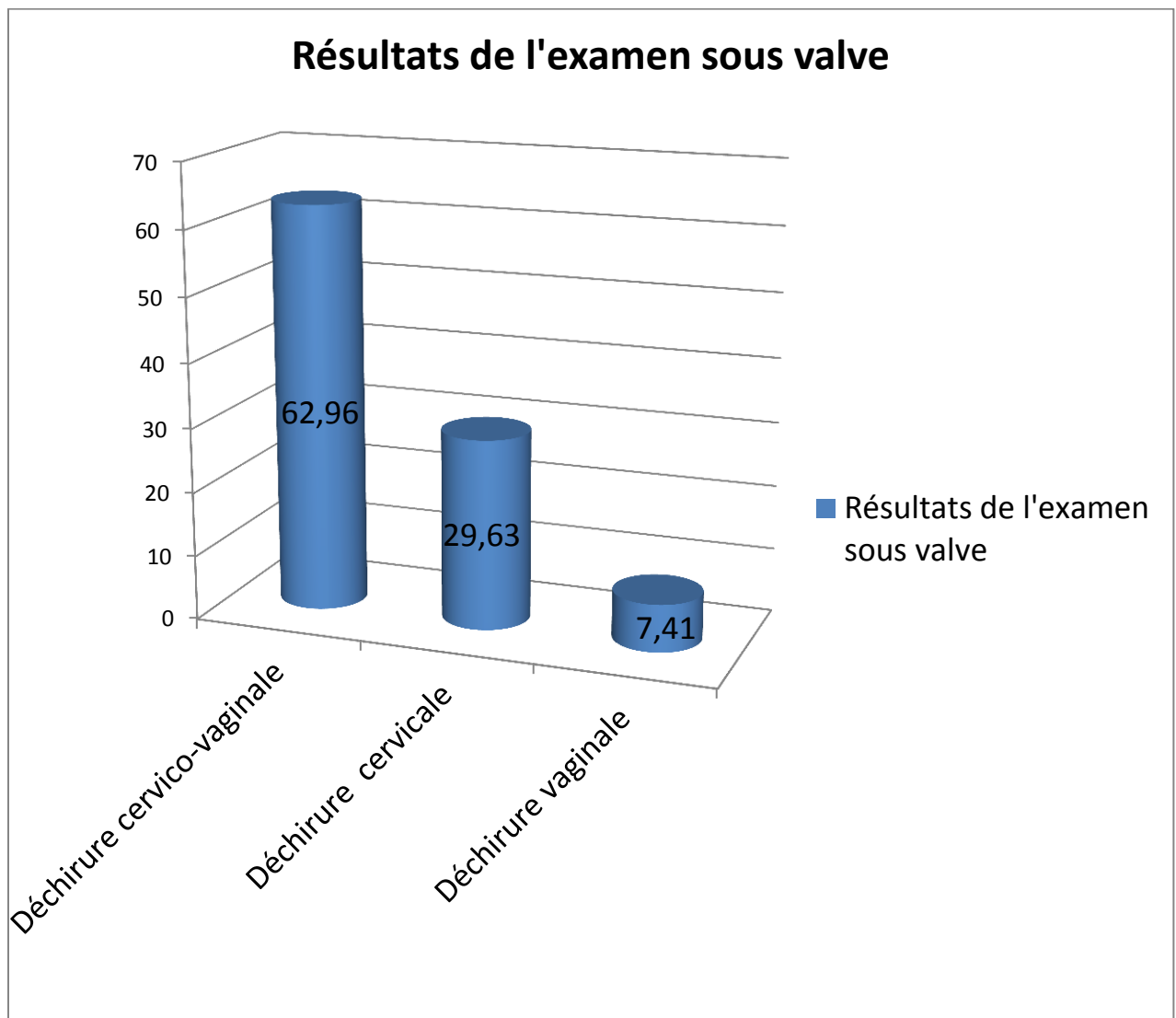


Figure 10 : Répartition des patientes selon les résultats de l'examen sous-valve
Dix-sept de nos patientes soit **62,96%** présentaient des déchirures cervico-vaginales.

4.7. La prise en charge :

a) Voie d'accouchement :

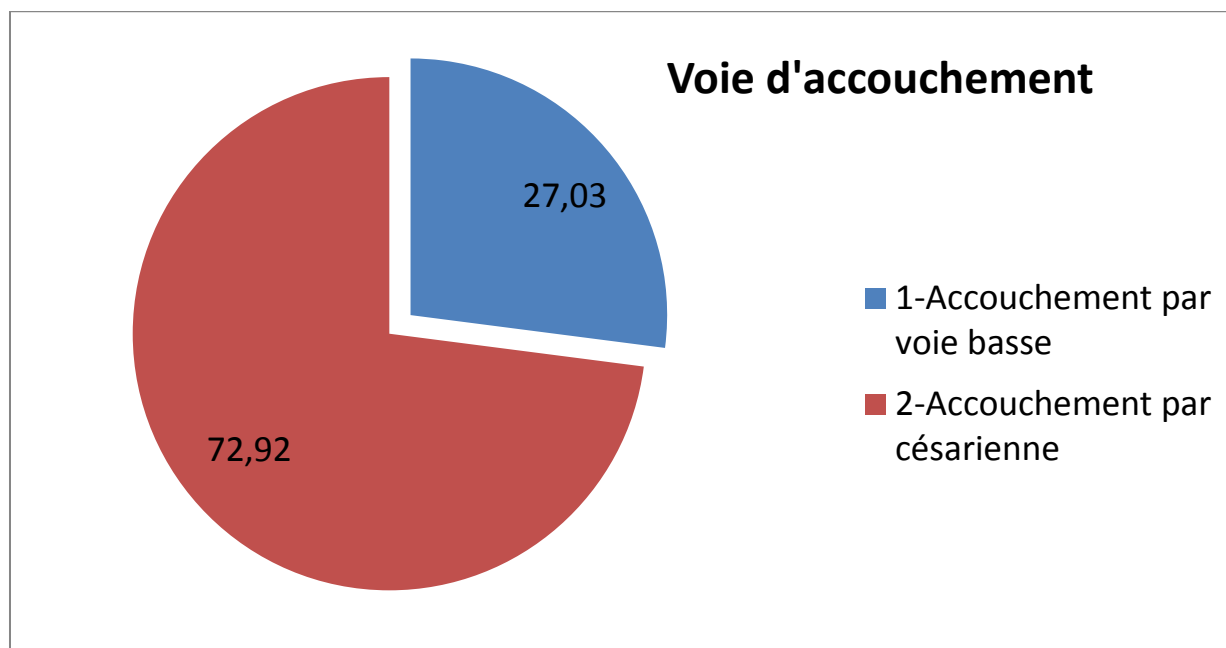


Figure 11 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Trente-cinq de nos patientes soit **72,92%** ont accouché par césarienne.

b) Traitement médical avant l'HH :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le traitement médical reçu.

Traitement médical	Effectif	Pourcentage
Réanimation+transfusion	20	41,67
Réanimation+antibiothérapie		
+Transfusion	28	58,33
Total	48	100,00

Quarante-huit de nos patientes soit **100%** ont reçu une réanimation médicale et une transfusion sanguine.

c) Traitements obstétricaux avant L'HH :**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la révision utérine.

Révision utérine	Effectif	Pourcentage
OUI	29	60,42
Non	19	39,58
Total	48	100,00

Vingt-neuf de nos patientes soit **60,42%** ont bénéficié d'une révision utérine.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le traitement obstétrical reçu après l'accouchement

Traitement obstétrical	Effectif	Pourcentage
Ocytocine + tamponnement intra-utérin	16	33,33
Ocytocine + misoprostol	11	22,92
Ocytocine + massage utérin	10	20,83
Aucun	9	18,75
Ocytocine	2	4,17
Total	48	100,00

L'ocytocine a été utilisée chez trente-neuf (39) de nos patientes soit **81,25%**.

d) Traitements chirurgicaux :

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les traitements chirurgicaux avant l'HH

Traitement chirurgical avant l'HH	Effectif	Pourcentage
Pas de traitement chirurgical	33	68,75
Raphie utérine	11	22,92
Ligature vasculaire	4	8,33
Total	48	100,00

Nous avons tenté un traitement conservateur par la ligature vasculaire dans **8,33%**.

- Type d'HH réalisée :

Dans **100%** des cas, l'hystérectomie a été subtotale avec ou sans conservation des annexes.

- Indications de l'HH :

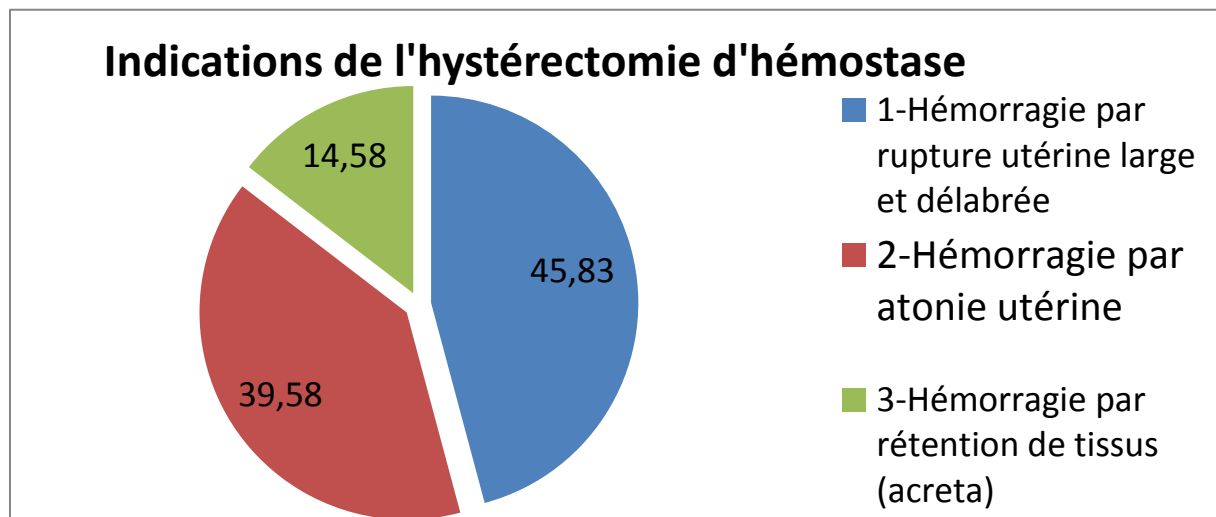


Figure 12 : Répartition des patientes selon l'indication de l'HH

La rupture utérine large et délabrée a constitué l'indication la plus fréquente avec **45,83%** des cas.

- Qualité de la surveillance du post-partum immédiat

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la qualité de surveillance du post-partum immédiat

Insuffisance de la surveillance	Effectif	Pourcentage
Non	35	72,9
Oui	13	27,1
Total	48	100,0

Treize de nos patientes soit **27,1%** n'ont pas été bien surveillées dans le post-partum immédiat. (CSCCom et CSRéf CI).

- Délai entre le diagnostic et le début de l'intervention :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le délai entre diagnostic et le début l'intervention

Délai	Effectif	Pourcentage
Moins de 30 mn	3	6,25
30 mn à une heure	24	50,0
Une heure à une heure 30 mn	15	31,25
une heure 30 mn à deux heures	5	10,42
Plus de deux heures	1	2,08
Total	48	100,00

L'intervention a été décidée entre 30 mn à une heure du diagnostic dans **50%** des cas et entre une heure à une heure 30 mn dans **31,25%** des cas.

- Séjour hospitalier :**Tableau XX** : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation(jours)	Effectif	Pourcentage
< 4	2	4,2
4 - 7	24	50,0
> 7	22	45,8
Total	48	100,0

Min = 1 ; max = 11 ; moy = 7,27±2,37

Le séjour a été de **4 à 7** Jours dans **50%** des cas. Le séjour moyen d'une patiente a été de **7,27** jours avec les extrêmes de **1 et 11** jours.

4.8. Pronostic:**a) Pronostic maternel:**

* *Age / HPPI:*

Tableau XXI : Répartition des patientes ayant HPPI selon l'âge

Âge (ans)	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
< 30	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (6,3)
30 - 35	14 (56)	11 (44)	25 (52,1)
36 - 40	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (31,3)
> 40	3 (60)	2 (40)	5 (10,4)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

p = 0,963 (Test exact de Fisher)

Il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et l'HPPI

*** Niveau d'instruction / HPPI :****Tableau XXII** : Répartition des patientes ayant HPPI selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
Non scolarisée	18 (58,1)	13 (41,9)	31 (64,6)
Primaire	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (29,2)
Secondaire	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (6,3)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p = 0,637$ (Test exact de Fisher)

IL n'y a pas de lien significatif entre le niveau d'instruction et l'HPPI.

*** Mode d'admission / HPPI :****Tableau XXIII** : Répartition des patientes ayant HPPI selon le mode d'admission

Mode d'admission	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
Evacuée	23 (51,1)	22 (48,9)	45 (93,8)
Venue d'elle-même	3 (100)	0 (0)	3 (6,3)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p = 0,239$ (Test exact de Fisher)

Il n'y a pas de lien significatif entre le mode d'admission et l'HPPI

*** Motif d'admission / HPPI :****Tableau XXIV** : Répartition des patientes ayant HPPI selon le motif

Motif d'admission	HPPI		Total
	Oui	Non	
HPPI	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (14,6)
Syndrome de pré rupture	0 (0)	6 (100)	6 (12,5)
Durée d'expulsion prolongée	1 (25)	3 (75)	4 (8,3)
Hémorragie de la délivrance	4(100)	0 (0)	4 (8,3)
Manque d'effort expulsion	0 (0)	4 (100)	4 (8,3)
Macrosomie fœtale	2 (100)	0 (0)	2 (4,2)
Métrorragie sur grossesse	2 (100)	0 (0)	2 (4,2)
CUD sur grossesse	2 (100)	0 (0)	2 (4,2)
Défaut d'engagement	1 (50)	1 (50)	2 (4,2)
SFA	1 (50)	1 (50)	2 (4,2)
Autres	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (27,1)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

p = 0,001 (Test exact de Fisher)

Il y'a un lien significatif entre le motif d'admission et l'HPPI.

*** Cicatrice de césarienne / HPPI :****Tableau XXV** : Répartition des patientes ayant HPPI selon la cicatrice de césarienne

Cicatrice utérine	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
Sans cicatrice	15 (53,6)	13 (27,1)	28 (58,3)
Unicatriciel	8 (50)	8 (50)	16 (33,3)
Bicatriciel	3 (75)	1 (25)	4 (8,3)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

p = 0,665 (Test exact de Fisher)

Il n'ya pas de lien significatif entre la cicatrice utérine et l'HPPI dans notre étude

*** Parité / HPPI :****Tableau XXVI** : Répartition des patientes ayant HPPI selon la parité

Parité	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
Primipare	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Paucipare	10 (55,6)	9 (44,4)	19 (39,6)
Multipare	14 (63,6)	8 (36,4)	22 (45,8)
Grande multipare	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (14,6)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p = 0,262$ (Test exact de Fisher)

Il n'y a pas de lien significatif entre la parité et l'HPPI dans notre étude.

*** CPN / HPPI :****Tableau XXVII** : Répartition des patientes ayant HPPI selon la CPN

CPN	HPPI		Total (%)
	Oui	Non	
Oui	15 (51,7)	14 (48,3)	29 (60,4)
Non	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (39,6)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p = 0,675$ (Khi²)

Il n'y a pas de lien significatif entre la CPN et l'HPPI dans notre étude.

*** Voie d'accouchement / HPPI :****Tableau XXVIII** : Répartition des patientes ayant HPPI selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	HPPI		Total
	Oui	Non	
Voie haute	13 (37,1)	22 (62,9)	35 (72,9)
Voie basse	13 (100)	0 (0)	13 (27,1)
Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi²)

Il y'a un lien significatif entre la voie d'accouchement et l'HPPI

*** Surveillance du post-partum immédiat / HPPI :****Tableau XXIX** : Répartition des patientes ayant HPPI selon la qualité de la surveillance du post-partum immédiat

Insuffisance de la surveillance	HPPI		Total
	Oui	Non	
Bonne	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (27,1)
Insuffisante	17 (48,6)	18 (51,4)	35 (72,9)
/Total	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100,0)

$p = 0,202$ (Khi²)

Il n'y'a pas de lien significatif entre la surveillance et l'HPPI

CPN/rupture utérine :*Tableau XXX** : Répartition des patientes selon la CPN/ la rupture utérine

CPN	Rupture utérine		Total
	Oui	Non	
Oui	14 (48,3)	15 (51,7)	29 (60,4)
Non	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (39,6)
Total	22 (42,1)	26 (47,9)	48 (100)

$\text{Khi}^2 = 0,176$; dd = 1 ; **p = 0,771**

Il n'y a pas de lien significatif entre la CPN et la rupture utérine

Hauteur utérine/rupture utérine :*Tableau XXXI** : Répartition des patientes selon la hauteur utérine/ la rupture utérine

Hauteur utérine (Cm)	Rupture utérine		Total
	Oui	Non	
< 36	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (18,8)
>= 36	17 (65,4)	9 (34,6)	26 (54,2)
Aucun	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (27,1)
Total	22 (42,1)	26 (47,9)	48 (100)

$\text{Khi}^2 = 11,628$; ddl = 2 ; **p = 0,003**

Il y a un lien significatif entre la hauteur utérine et la rupture utérine

***Perfusion d'ocytocine/rupture utérine : au cours du travail d'accouchement**

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon la perfusion d'ocytocine / la rupture utérine

Perfusion d'ocytocine	Rupture utérine		Total
	Oui	Non	
Oui	13 (33,3)	26 (66,7)	39 (81,3)
Non	9 (100)	0 (0)	9 (18,7)
Total	22 (42,1)	26 (47,9)	48 (100)

Correction de Yates = 10,543 ; ddl = 1 ; **p = 0,001**

Il y'a un lien significatif entre la perfusion d'ocytocine et la rupture utérine

***Accouchement au CS Com/rupture utérine :**

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon l'accouchement au CS Com/ la rupture utérine

Accouchements au CS Com	Rupture utérine		Total
	Oui	Non	
Oui	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (27,1)
Non	21 (60)	14 (40)	35 (72,9)
Total	22 (42,1)	26 (47,9)	48 (100)

$\text{Khi}^2 = 10,447$; ddl = 1 ; **p = 0,001**

Il y'a un lien significatif entre les accouchements aux CSCom et la rupture utérine

***Dystocie mécanique/rupture utérine :**

TableauXXXIV : Répartition des patientes selon la dystocie mécanique/la rupture utérine

Dystocie mécanique	Rupture utérine		Total
	Oui	Non	
Oui	17 (54,8)	14 (45,2)	31 (64,6)
Non	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (35,4)
Total	22 (42,1)	26 (47,9)	48 (100)

$\text{Khi}^2 = 2,859$; ddl = 1 ; **p = 0,091**

Il y'a un lien significatif entre la dystocie mécanique et la rupture utérine

- Suites post-opératoires :

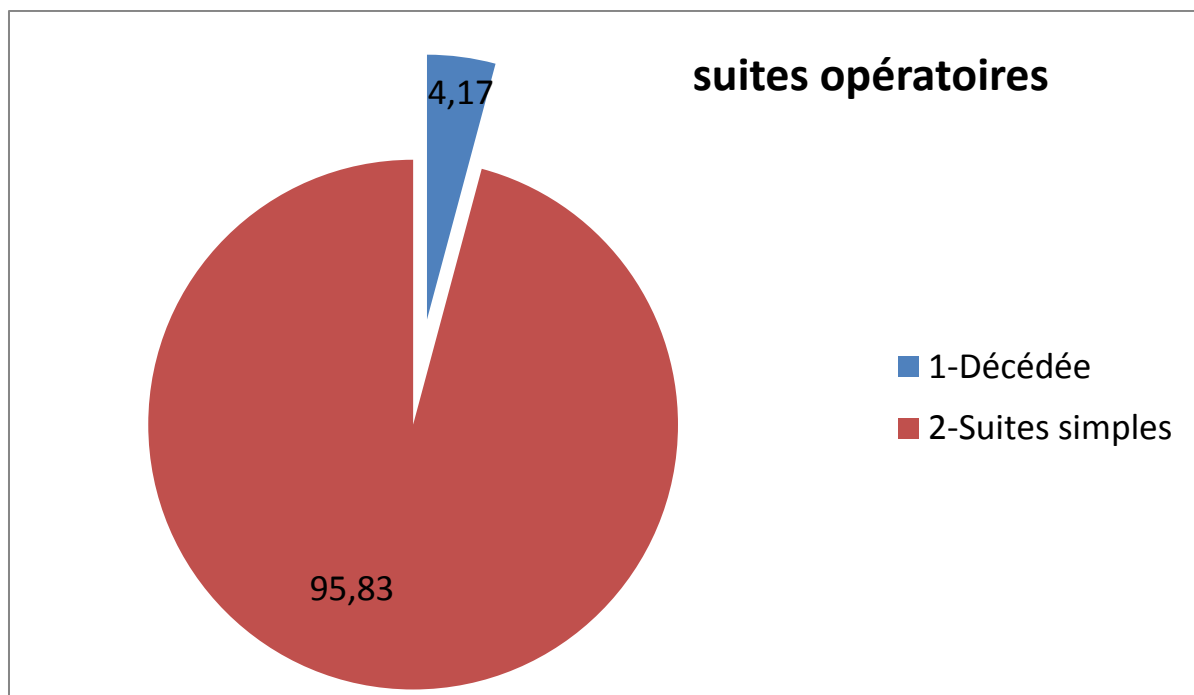


Figure 13 : Répartition des patientes selon les suites opératoires

Nous avons enregistré 02 cas de décès maternels soit **4,17%**.

Les causes de décès ont été le choc hémorragique et le trouble de la coagulation.

Ces deux cas ont été audités ; ils étaient inévitables.

b) Pronostic foetal :

- Etat du nouveau-né à la naissance :

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né à la naissance

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	23	47,92
Mort-né	25	52,08
Total	48	100,00

Vingt-cinq nouveau-nés soit **52,08%** ont été des mort-nés.

- Aspect des mort-nés :

100% des mort-nés retrouvés étaient frais.

- Score d'Apgar à la naissance :

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés vivants selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar à la première minute	Effectif	Pourcentage
5 à 7	6	26,09
8 à 10	17	73,91
Total	23	100,00

Dix-sept soit **73,91%** de nos nouveau-nés vivants avaient un Apgar supérieur ou égal à 8 à la 1^{ère} minute.

- Score d'Apgar à la 5ème minute :

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés vivants selon l'Apgar à la 5ème minute

Apgar à la première minute	Effectif	Pourcentage
5 à 7	2	8,70
8 à 10	21	91,30
Total	23	100,00

Vingt-un soit **91,30%** de nos nouveau-nés vivants avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à la 5ème minute.

V. Commentaires-Discussion

5.1. Fréquence :

Pendant notre étude au CSRéf CI, nous avons colligé 48 cas d'hystérectomie d'hémostase sur 35288 accouchements. Cette intervention représente donc **0,14%** de l'ensemble des accouchements, soit une hystérectomie d'hémostase pour 735 accouchements.

La fréquence de cette intervention est encore élevée chez nous par rapport aux pays développés.

Sosthène Mayi-tsonga et coll. ont retrouvé une fréquence de 0,07% des accouchements soit une hystérectomie d'hémostase pour 1431 accouchements au centre hospitalier de Libreville [3]. En Occident, Racinet et coll. l'ont évalué entre 0,13% et 0,72% [15].

En Afrique, cette intervention reste de pratique courante. Le pourcentage varie considérablement d'un pays à l'autre.

A la maternité de Niger, Nayama et coll. ont trouvé que cette intervention représente 1,25% des accouchements soit une hystérectomie d'hémostase pour 79 accouchements [4].

Muteganya et coll. au CHU de Kamenge à Burundi l'ont évalué à 0,53% des accouchements, soit une hystérectomie d'hémostase pour 188 accouchements [6] ; au Sénégal, Diouf et coll. ont conclu que l'hystérectomie d'hémostase représente 0,45% [42] ; au Nigéria, Ozumba et coll. ont trouvé la fréquence de cette intervention à 0,11% [43] ; une autre étude en Afrique Noire a trouvé un taux encore plus élevé de 2,50% selon Osefo [44] et de 5,4% selon Blac [45] et Camara D et All. Au CSRéf CV à Bamako au Mali ont conclu que l'hystérectomie d'hémostase représente 0,11% [63].

Cette incidence élevée aussi bien au Mali que dans les autres pays en développement peut s'expliquer par la fréquence des HPPI en Afrique alors que le plateau technique est défaillant empêchant les autres alternatives thérapeutiques [24].

Selon les recommandations du CNGOF face à l'HPPI, l'hystérectomie d'hémostase doit être un geste de dernier recours [52].

En Afrique, l'embolisation n'est pas de pratique par manque de personnel qualifié et de plateau technique. La ligature des artères iliaques internes et des utérines ainsi que le capitonnage utérin sont des alternatives thérapeutiques à l'hystérectomie d'hémostase. Les hystérectomies d'hémostases ne doivent être pratiquées que secondairement en cas d'échec à ces traitements [47].

Face à l'atonie utérine, l'utilisation des prostaglandines E2 est reconnue efficace selon le CNGOF, mais leur coût élevé limite leur utilisation [56,58] et l'Afrique y compris Mali opte d'emblée pour l'hystérectomie d'hémostase. Le plus souvent, l'état hémodynamique au moment du diagnostic ne permet pas de pratiquer un traitement conservateur.

5.2. Profil sociodémographique :

5.2.1. Age maternel :

La moyenne d'âge est de **34,88 ans** avec un pic entre **30 à 35 ans** et des extrêmes de **26 ans** et **42 ans**. Ce chiffre concorde avec celui trouvé par d'autres [42, 43, 48, 49,50, 63].

- Libreville : 31 ans,
- Etats-Unis : 30 ans,
- Niger : 32 ans,
- Kamenge : 28 ans,
- Dakar Sénégal : 30 ans,
- Madagascar, CHU Pavillon Saint Fleur : 32,47 ans,
- Mali, CSRéf CV : 32,35 ans.

Les sujets concernés par cette intervention sont jeunes, en période d'activité génitale. Ceci peut s'expliquer par la précocité des activités sexuelles des parturientes. Elles sont déjà multipares à un âge jeune.

5.2.2. Niveau socio-économique :

Presque toutes les femmes sont de bas niveau socio-économique.

La prise en charge d'une grossesse de la conception à la période néonatale dépend du niveau socio-économique de la femme et ainsi du niveau d'instruction [8,10, 52].

5.3. Admission :

5.3.1. Mode d'admission :

La majorité de nos patientes soit **93,75%** ont été évacuées vers le CSRéf CI.

Le lieu de provenance, la durée et la qualité de transport pourraient entraver le pronostic materno-fœtal ultérieur [8].

5.3.2. Motif d'admission :

L'HPPI a été le motif d'admission le plus fréquent avec **14,58%**. Cela peut s'expliquer par la fréquence des grandes multipares et des multipares dans notre étude qui sont des facteurs de risque.

5.4. Antécédents :

5.4.1. Antécédents chirurgicaux :

La césarienne et les myomectomies ont constitué les principaux antécédents chirurgicaux retrouvés dans notre étude.

Bien que Stanco et coll. estiment que la cicatrice de césarienne constitue le premier facteur de risque [54], nous avons constaté, un pourcentage non négligeable de 31,26% de celles qui n'ont pas du tout un antécédent particulier. On peut en tirer donc que l'HH n'a pas de terrain particulier. Selon la littérature, dans la majorité des cas, aucun FDR n'est identifié [55,56].

5.4.2. Obstétricaux :

Parité :

Les multipares ont été les plus concernées avec **60,4%**.

Ceci est comparable aux chiffres trouvés par d'autres auteurs. Sosthène MT et coll. ont trouvé 60%, Nayama M et coll. l'évaluent à 58,6%, Muteganya et coll. à 60% et Camara D et All. ont trouvé 53,47% [3, 4, 6, 63].

Ceci peut s'expliquer par la fragilisation du muscle utérin rendant les mesures conservatrices comme la raphie utérine impossible chez les multipares. Le rôle délétère de la multiparité a été noté par certains auteurs. Elle fragilise le myomètre et favorise ainsi les ruptures et les inerties utérines [42,51].

5.5. Suivi de la grossesse :

Dans notre étude **39,58%** de nos patientes n'ont fait aucune CPN et seules **41,8%** ont réalisé 3 à 4 CPN.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande 4 CPN au moins pendant toute la grossesse, dont la première devrait avoir lieu au premier trimestre [53].

Nous avons été face à des facteurs prédisposant qui auraient dû être diagnostiqués en période anténatale comme une macrosomie, des présentations transverses méconnues, des placentas prævia recouvrants. Dans ces cas, une surveillance plus rapprochée aurait dû être faite.

Une CPN est utile pour dépister les facteurs de risque d'HPPI et d'y prendre les précautions nécessaires en fin de grossesse et au moment du travail. (Plan d'accouchement)

5.6. Clinique :

5.6.1. Etat général :

5.6.1.1. Etat de conscience au moment du diagnostic :

91,67% des patientes avaient des consciences claires et **8,33%** avaient des consciences altérées (Glasgow à 12/15).

L'état de choc hypovolémique serait inévitable face à un saignement très abondant et en plus persistant chez certain cas de référence. Signalons que l'état hémodynamique serait normal pour les patientes dont l'HH a été décidée au cours d'une césarienne où l'HPPI serait inévitable et dramatique si l'on ne procède pas tout de suite à l'HH comme le cas du placenta accreta.

Après l'admission en salle d'accouchement, la surveillance du travail se fait systématiquement à l'aide d'un partogramme et après l'accouchement une

surveillance du post-partum se fait afin de détecter la survenue possible d'une HPPI en quantifiant les pertes sanguines de façon subjective avec prise des paramètres vitaux (tension artérielle, pouls, conscience, saignement et globe utérin).

Il n'y a pas de poche de recueil de sang dans le service pour l'évaluation quantitative des pertes sanguines. Un état de choc peut se produire pour une perte sanguine de moins de 500 ml chez une mère anémiée préalablement.

Un saignement qui dure plus de deux heures expose les parturientes aux troubles de la coagulation. Selon la littérature, le degré de choc ou de l'atteinte hémodynamique est proportionnel au volume du sang perdu [57].

5.6.2. Signes généraux :

5.6.2.1. Pertes sanguines :

Les pertes sanguines ont été très abondantes, c'est-à-dire plus de 1 litre dans **79,17%** des cas. Elles étaient persistantes et de moyenne abondance, c'est-à-dire comprise entre 500 ml et 1 litre dans **20,83%**.

L'évaluation quantitative du saignement est difficile du fait des pertes sanguines physiologiques de l'accouchement et de la non utilisation d'une poche de recueil dans notre service alors que le CNGOF recommande la mise en place sous la patiente dès l'expulsion fœtale d'une poche de recueil pour quantifier le saignement post-partum [52].

5.6.2.2. TA et pouls : Les constantes maternelles

10,41% de nos patientes avaient des chiffres tensionnels inférieurs ou égaux à 90/50 mmhg et **12,5%** avaient des pouls supérieurs ou égaux 100 pulsations par minute, exprimant la gravité de l'hémorragie chez ces patientes.

5.6.3. Signes physiques :

5.6.3.1. Globe utérin :

L'atonie utérine a été retrouvée dans **39,58%** des cas. Le traitement par prostaglandine type sulprostone injectable est reconnu très efficace pour l'atonie, mais comme c'est hors de notre portée, nous nous sommes contentés du traitement par les ocytociques associés à un massage utérin. En cas d'échec à

l'utilisation des ocytociques, on procède à l'administration des prostaglandines type misoprostol à raison de 5 comprimés en intra rectal.

Une atonie utérine persistante, après ces traitements, conduirait, ultérieurement à une HH en absence d'embolisation artérielle pour les patientes ayant accouché par voies basse ou les ligatures vasculaires pour celles accouchées par césarienne.

5.6.3.2. Examen sous-valve :

56,25% des patientes ont bénéficié d'un examen sous-valve. Toutefois, c'est un examen qu'on doit faire devant un cas d'HPPI, surtout dans des situations à risque comme les cas de référence avec accouchement hors du CSRéf CI, le cas des accouchements par voie basse avec des manœuvres instrumentales.

62,96% de nos patientes présentaient des déchirures cervico-vaginales exprimant la gravité des lésions des parties molles examinées sous valve.

5.7. Prise en charge :

5.7.1. Voie d'accouchement :

72,92% des patientes ont accouché par césarienne et **27,08%** par voie basse. Dans notre série, la césarienne a été indiquée pour les syndromes de pré rupture, la laparotomie, le placenta prævia recouvrant, les présentations transversales ou de l'épaule et les disproportions foeto-pelviennes. Les accouchements par voie basse ont été dystociques dans certains cas.

La voie d'accouchement est considérablement un facteur de risque l'HPPI dans notre étude.

5.7.2. Traitement déjà reçu avant l'HH :

Des mesures thérapeutiques ont été entreprises qu'elles soient médicales ou obstétricales ou chirurgicales conservatrices avant de procéder au traitement radical qui a été l'HH.

Selon toujours les recommandations pour la pratique clinique de Boisseau [46] et comme le disent Muteganya et coll, l'HH compromet à jamais l'avenir obstétrical de la parturiente [6]. Il faut tenter à tout prix un traitement

conservateur avec l'utilisation des prostaglandines injectables ou E2, l'embolisation artérielle et les ligatures artérielles.

Par manque de prostaglandine injectable, de plateau technique pour l'embolisation nous avons d'emblée réalisé l'HH.

De plus, l'état hémodynamique des patientes ne permettait pas un traitement conservateur.

5.7.3. Révision utérine :

60,42% des patientes ont bénéficié d'une révision utérine.

C'est un geste important en obstétrique pour une bonne prise en charge des femmes pour assurer la vacuité utérine constituant ainsi un moyen de prévention de l'HPPI. Une rétention placentaire, une rupture utérine seule ou allant jusqu'au col sont des étiologies de l'HPPI pouvant être retrouvées par cet examen. Toutefois, l'utérus peut être indemne de toute lésion comme le cas d'une atonie utérine.

Selon la recommandation pour la pratique clinique, face à l'HPPI, la révision utérine doit-être effectuée en premier lieu suivi des massages utérins puis les utéro toniques et enfin l'examen sous valve. Le traitement par les prostaglandines et/ou l'embolisation artérielle et/ou les ligatures artérielles et/ou l'HH dépend du contexte et des moyens existants [46].

Ce qui explique la proportion moindre des femmes bénéficiant un examen sous-valve par rapport à celle bénéficiant d'une révision utérine.

5.7.4. Indications de l'HH :

Les indications de l'HH ont été dominées en premier par les ruptures utérines (**45,8%**) puis l'atonie utérine (**39,6%**) en suite le placenta acreta (**14,6%**).

Hormis les ruptures produites sur utérus cicatriciel, les autres concernaient des utérus indemnes de cicatrices mais fragilisés par des multiples grossesses.

Dans les autres études, la rupture utérine a constitué la principale étiologie et l'hystérectomie est jugée nécessaire du fait des difficultés d'hémostase et de l'importance des lésions locales souvent marquées par des tissus utérins fortement dilacérés. A Kamenge on a trouvé que la rupture utérine représente

36,1% [6] des indications, à Enugu 39% [4], à Libreville 34,5% [3] et au CHU pavillon Saint Fleur 55,55% [15] et à Bamako au CSRéf CV 42,57% [63].

L'atonie utérine se trouve en deuxième place dans notre étude avec **39,6%** tandis qu'elle occupait la première place dans d'autre étude réalisée au CSRéf CV avec 47,53% [63].

L'HH était réalisée lorsque l'atonie n'est pas levée après traitement médical et obstétrical permettant un traitement conservateur comme disait Racinet, Osefo, Blac et coll. [15, 44,45]. La ligature des artères hypogastriques permet un traitement conservateur, mais faute d'expérience dans notre service, on a procédé à l'HH, après échec des ligatures des pédicules utéro-annexiels.

Le placenta accreta a été retrouvé dans **14,6%** dans notre étude tandis que les autres auteurs ont eu des pourcentages moindres : 8,35 % selon Muteganya [6], 2,43% selon Nayama [4]. Le tableau était une difficulté voire une impossibilité de la délivrance par rétention placentaire totale ou partielle.

5.7.5. Type de l'HH et gestes associés :

L'hystérectomie subtotale a été la technique chirurgicale utilisée chez toutes les patientes. Une annexectomie unilatérale lui est associée selon les circonstances. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature par le choix de la technique subtotale. Une hystérectomie a été subtotale dans 97,5% des cas pour Tete et coll., 82,2% pour Diouf, 65,9% pour Nayama et 42% pour Muteganya [59,42, 46].

Le type de l'hystérectomie tenait compte de l'état général de la patiente et des lésions anatomiques.

5.7.6. Délai entre le diagnostic et le début de l'intervention :

L'intervention a été réalisée en moins d'une heure du diagnostic lorsqu'elle est décidée au cours d'une opération césarienne (**50,0%**), entre une heure à une heure 30 mn lors de la surveillance du post-partum (**31,25%**) et de 30 mn à deux heures pour certains cas d'évacuation (**10,42%**).

Plus on attend, plus le pronostic serait médiocre. Une des raisons d'attente est le manque d'une bonne cohérence de travail entre les responsables concernés

(anesthésistes, chirurgien). Selon des auteurs dans la littérature la rapidité d'exécution des gestes constitue un facteur de bon pronostic [27].

5.7.7. Transfusion sanguine :

100% de nos patientes ont été transfusées de concentré globulaire et **66,66%** de plasma frais congelé.

5.7.8. Séjours hospitaliers :

Le séjour moyen d'une patiente a été de 7,27 jours avec un pic de 4 à 7 jours et les extrêmes de 1 et 11 jours.

Le séjour hospitalier dépend de la réponse de la patiente aux thérapeutiques administrées.

Ce séjour était ainsi prolongé surtout si l'état hémodynamique était précaire avant l'intervention [7].

5.8. Pronostic :

5.8.1. Pronostic maternel :

Le taux de guérison a été de **95,83%** et le taux de décès de **4,17%**. Ce taux de mortalité est moins élevé.

Toutefois, dans la littérature, elle oscille entre 0,8% et 16% [57,58]. Notre chiffre est inférieur à ceux retrouvés par d'autres auteurs avec 29,8% pour Osefo [44], 20% pour Diouf [42], 12,5% pour Ferchiou et coll. [51] et 11% pour Muteganya [6].

Les causes de décès dans notre série ont été le choc hémorragique et les troubles de la coagulation. Ces causes étaient inévitables (décès inévitables après audit).

Nous avons eu un cas de décès en peropératoire, une situation inévitable car l'état hémodynamique était déjà précaire à l'arrivée de la patiente, rendant le sauvetage difficile.

5.8.2. Pronostic fœtal :

5.8.2.1. Etat du nouveau-né à la naissance :

Nous avons enregistré **52,08%** de mort-nés frais. La rupture utérine est la plus foeticide selon Tete et coll [59]. Notre étude confirme celle de Tete.

5.8.2.2. Aspect des mort-nés :

100% des mort-nés retrouvés étaient frais, expliquant la mort récente de ces fœtus consécutive à une rupture utérine dans notre étude.

5.8.2.3. Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute :

73,91% de nos nouveau-nés vivants avaient un Apgar supérieur ou égal à 8/10 à la 1^{ère} minute et **91,30%** avaient un score Apgar supérieur ou égal à 8/10 à la 5^{ème} minute. Cela exprime que la majorité de nos nouveau-nés vivants avaient un état satisfaisant à la naissance.

VI. Conclusion

L'hystérectomie d'hémostase en obstétrique demeure une intervention d'actualité dans nos pays.

Sa fréquence a été de **0,14%** soit une hystérectomie d'hémostase pour 735 accouchements au CSRéf CI.

Les grandes multipares et multipares ont été les plus concernées.

Ses indications ont été dominées par ordre de fréquence décroissante par : les ruptures utérines, l'atonie utérine et le placenta accreta.

Le pronostic materno-foetal est préoccupant avec un taux de décès maternels de **4,17%** et un taux de décès foetaux de **52,08%**.

Une meilleure sensibilisation des populations sur les avantages des consultations prénatales et de l'accouchement en milieu hospitalier, ainsi qu'une amélioration de la surveillance du travail et les suites de couches immédiates permettront de diagnostiquer précocement l'hémorragie du post-partum afin de pouvoir intervenir avant l'installation des troubles de la coagulation.

Un recyclage du personnel médical, une promotion et une maîtrise des techniques chirurgicales conservatrices et radicales, ainsi que l'amélioration du plateau technique dans les centres périphériques et dans les centres de santé de référence pourront réduire l'incidence et la morbi-mortalité maternelles liées à HPPI.

VII.Recommandations

7.1. Au ministère de la santé :

- Assurer la formation continue des prestataires de santé sur la prise en charge des HPPI
- Doter les hôpitaux du district en unité de réanimation et en personnel qualifié suffisant

7. Au CS Réf :

- Assurer la disponibilité permanente en sang et produits sanguins labiles
- Faire le diagnostic précoce des grossesses à haut risques et référer ces cas à temps au gynécologue
- Suivre le travail d'accouchement à l'aide du partographe, ce qui nous permettra de déceler très tôt les anomalies du travail d'accouchement chez la mère et le nouveau-né
- Assurer la supervision formative des structures périphérique en SONU qui réfèrent vers le CS Réf
- Approfondir les connaissances des prestataires de santé sur les différents traitements conservateurs de l'utérus face à l'HPPI ;

7.3. A la communauté et aux femmes en âge de procréer :

- Sensibiliser les femmes en âge de procréer surtout les grandes multipares à débiter la CPN dès le premier trimestre de la grossesse
- Sensibiliser les décideurs au sein de la famille (mari, beau-père, belle-mère) à participer au suivi de grossesse (soutien psychosocial, financier et moral)
- Mettre en œuvre au cours des CPN le plan d'accouchement stratégie essentielle pour la prévention des hémorragies du post-partum

VIII. Références

- 1- Khan KS et al.** WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006 Apr 1 ;367(9516) :1066-74.
- 2- Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006.** *Epidémiologie hebdomadaire institut de veille sanitaire, thématique : la mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006*, 19/01/2010
- 3- Sosthène MT, Serge P. et coll.** Emergency obstetrical hysterectomy : about 58 cases at Libreville Hospital Centre. *Cahier d'études et de recherches francophone/santé* 2004 ; 14 ; 2 : 89-92.
- 4- Nayama M et coll.** Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé : un geste vital, étude prospective dans une maternité de référence au Niger. Elsevier, Masson SAS, *Rev gynecol obstet fertil* 2006 ; 34 ; 10 : 900-905.
- 5- Sergent F et coll.** Prise en charge chirurgicale des hémorragies sévères du post-partum. Elsevier SAS All, *Ann Chir* 2006 ; 131 ; 4 : 236-243.
- 6- Muteganya D et coll.** Les hystérectomies obstétricales au CHU de Kamenge. Une série de 36 cas. *Méd Afr Noire* 1998 ; 45 :11-15.
- 7- Porro E.** Dell'amputaziome utero ovaricacome complemento di taglio cesareo. *Ann Univ Med Chir* 1876;237-89.
- 8- Storer HR.** Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibroceptic weighing thirty-seven pounds. *Am J Med Sci* 1868 ;51-110.
- 9- Pinard A.** De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro. *Ann Gynécol Obstet* Novembre-décembre 1879 et janvier 1988.
- 10- Pletsh TD, Sandberg EC.** Cesarean hysterectomy for sterilisation. *Am J Obstet Gynecol* 1963 ;85 :254-7.
- 11- Lacomme M.** *Pratique obstétricale*. Paris : Masson 1960.

- 12- Kamina P.** Rappel anatomique sur l'utérus gravide. Fondation genevoise pour la formation et recherche médicale. Aldo-Campana, 2ème édition, 2008 : 4-9.
- 13- Kamina P.** L'utérus gravide : anatomie gynécologie obstétrique. Paris : Maloine 1980 :384-390.
- 14- Kinkel K, Chalier E.** Radio-anatomie de l'appareil génital féminin. Paris, CHU Pitié Salpêtrière 2001 :1-12.
- 15- Racinet C et coll.** Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl Med Chir Tech Chir Urologie- Gynécologie 1991 ; 41905 : 1-10.
- 16- Fournier A, Lafitte A.** Modification de l'organisme au cours de la grossesse. Paris, Encycl Med Chir Gynecologie Obstetrique 1995 :15008A10.
- 17- Rancourt C.** Schemas de l'utérus. Collection mémoires et thèses électroniques, université Laval, 2006 ; 7 : 15.13- Faculté de Médecine Strasbourg. Hémorragie de la délivrance. Strasbourg, Fac Med, module de la conception à la naissance 2005 ; ULP F67000 ; 25 : 135-142.
- 18- Doumbya Y2 et coll.** Problématiques des décès maternels par l'hémorragie à la maternité de la formation sanitaire d'Abodo SUD Abidjan. Rev Int Sc Med 2006 ; 8 ; 2 : 41-45.
- 19- Subtill D et coll.** Fréquence, conséquence en terme de santé, facteurs de risque avant l'accouchement. J gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 ; 8 : 4S9-4S16.
- 20- Stéphane SL.** Hémorragie de la délivrance. Montreuil développement et santé 1998 ; 93205 ; 134 : 1-10.
- 21- Wall P et coll.** Délivrance normale et pathologique. Paris, Encycl Med Chir Obstetrique 1996 :108-113.
- 22- Vincent Toffani et coll.** Hémorragie de la délivrance. Panorama du Médecin, Rev Prat 1998 ; 48 : 1155-1157.
- 23- Baillère JB.** Hémorragie de la délivrance. Rev Prat 1995 ; 5 : 90-92.

- 24- ICM-FIGO.** Déclaration commune, prévention et traitement de l'hémorragie du post-partum : nouvelle approche visant les milieux aux ressources restreintes. *J Gynecol Obstet Can* 2000 ; 22 ; 4 : 282- 294.
- 25- OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale.** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. *J Gynecol Obstet Can* 2004 ; 26 ; 12 : 1108-1111.
- 26- Fessier V, Pierre F.** Facteurs de risque au cours du travail, prévention clinique et pharmacologique de l'HPPI. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 ; 8 : 4S29-4S56.
- 27- Palot M.** Hémorragie de la délivrance, prise en charge hospitalière initiale en sfar ed-médecine d'urgence, 39ème congrès national d'anesthésie- réanimation. Paris : Elsevier 1997 : 61-67.
- 28- Diallo FB et coll.** Morbidité maternelle au cours de l'accouchement à propos de 124 cas à Dakar. *Med Trop* 1998 ; 62 : 619-622.
- 29- Dreyfw M, Beucher G et coll.** Prise en charge obstétricale initiale en cas de HPPI. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 ; 8 : 4S57-4S64.
- 30- Pierre F et coll.** Peut-on réduire la spoliation sanguine liée à l'accouchement. *Presse Med* 1990 ; 19 : 2012-2016.
- 31- Mignon A, Dreyfue M et coll.** Prise en charge initiale par l'anesthésiste en cas de HPPI. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33. 8: 4S65-4S72.
- 32- Pelage JP, Laissy JP.** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum immédiat et technique de l'embolisation artérielle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 ; 8 : 4S93-4S102.
- 33- Marpeau L, Rhini Z.** Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 233-238.
- 34-Ercole D et coll.** Technique et indication de la chirurgie en cas d'HPPI. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33; 8: 4S103-4S119.

- 35- Sergent F et coll.** Les hémorragies graves de la délivrance: doit-on lier, hystérectomiser ou anastomoser? J Gynecol Obstet Fertil 2004 ; 32 ; 4 : 320-329.
- 36- Couvelaire A et coll.** Introduction à la chirurgie utérine obstétricale. Paris : Steinheil 1993 ; 1 : 12-15.
- 37- Pauthier S, Ferdenz H.** Indications des hystérectomies. Rev Prat Médecine Générale 1996 ; 10 ; 339 : 11-21.
- 38- Vangeenderhuysen C, Souidi A.** Rupture utérine sur utérus gravide, étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey Niger. Med Trop 2002 ; 62 : 615-618.
- 39- Zorn JR.** Hystérectomie sur utérus gravide. Paris, Encycl Med Chir Obstet 1974 ; 4 : 5104-5109.
- 40- Baskett TF et coll.** Peri-partum hysterectomy, a text book of post-partum hemorrhage. SOGC sapiens publishing 2006; 34: 312-315.
- 41- Yancey MK et coll.** The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. J Gynecol Obst 1993 ; 81 : 206-216.
- 42- Diouf A et coll.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence. Contracept Fertil Sex 1998; 26: 167-172.
- 43- Ozumba BC et coll.** Emergency obstetric hysterectomy in eastern Nigeria. Int Surg 1991; 76: 109-120.
- 44- Osefo J et coll.** cesarean and post-partum hysterectomy in Enugu 1973-1986. Int J Gynecol Obst 1989 ; 30 : 93-100.
- 45- Blac M et coll.** Hystérectomie après césarienne : contribution à l'établissement d'un score infectieux. Abidjan : Thèse Médecine 1980 : 42-45.
- 46- Boisseau N et coll.** Recommandation pour la pratique clinique face à l'HPPI. In : SFAR ed. Conférence d'actualisation. Paris : Elsevier 1998 : 299-312.
- 47- Kone M et coll.** Ligature des artères iliaques internes face à l'hémorragie obstétricale grave en milieu africain. 40ème journée thématique de la SFEF. Gynecol Obstet Fertil 2009 ; 37 ; 6 : 476-480.

- 48- Ramahelinarivo A.** Les hystérectomies d'hémostase pour hémorragie de la délivrance au CHU Pavillon Saint Fleur. Antananarivo : Thèse Médecine 2009 ; N°7821.
- 49- Toure-Coulibaly K et coll.** Les hystérectomies d'hémostase en obstétrique, étude de 84 cas observés à la maternité du CHU de Treichville, Abidjan. Med Afr Noire 1995; 42: 678-684.
- 50- Zelop C et coll.** Emergency périmpartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168 : 1443-1451.
- 51- Ferchiou M et coll.** L'hystérectomie en période gravido-puerpérale. Rev Fr Gynecol Obstet 1996 ; 91 : 233-239.
- 52- CNGOF.** Prise en charge de l'HPPI, recommandation pour la pratique clinique. Paris : Masson 2004 : 1-9.
- 53- UNICEF.** Programme pour une maternité sans risque : directives pour le suivi de la mère et du nouveau-né. UNICEF Headquarters Health Section program, 1999: 1-9.
- 54- Stanco LM et coll.** Emergency peri partum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168 : 879-883.
- 55- USAID-ICM-FIGO (énoncé conjoint).** Sauver la vie des mères : prévention de l'HPPI. USAID-POPHI 2003 : 1.
- 56- CNGOF, ANAES.** Recommandation pour la pratique clinique : l'HPPI. Paris : Masson 2004 : 1-12.
- 57- Nan Schuurman et coll.** Prévention et prise en charge de l'HPPI. J SOGC 2000 : 1-13
- 58- CNGOF, ANAES.** Recommandation pour l'hémorragie de la délivrance. CNGOF et ANAES : Réseau périnatal AURORE 2004 : 1-9.
- 59- Tete KVS et coll.** Les ruptures utérines au CHU de Tokoin-Lomé, à propos de 56 cas colligés de janvier 1987 à décembre 1994. Rev Fr Gynecol Obstet 1996; 91; 12: 606-610.

60- Narf RW et coll. Prediction of hemorrhage at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 923-929.

61- Strickland JL et coll. Cesarean hysterectomy: a procedure for modern obstetric? *South Med J* 1989; 82: 1245-1254.

62- Barclay DL et coll. Cesarean hysterectomy at the charity hospital in New Orleans, 1000 consecutive operations. *Clin Obstet Gynecol* 1969 ; 12 ; 1969 : 635.

63- Camara D et All. hystérectomie d'hémostase à Bamako : aspect épidémiologique et pronostic maternel, vol 19 n°3, *Health Sciences And Diseases*. Bamako 2018.

Fiche signalétique

Nom et Prénoms : SIDIBE Mahamadou

Nationalité : malienne

Année universitaire : 2019-2020

Titre : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRONOSTIQUE DES HYSTERECTOMIES D'HEMOSTASE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CSRéf CI

Rubrique : OBSTETRIQUE

Nombre de page : 94 **Nombre de tableaux :** 37 **Nombre de figures :** 13

Bibliographies : 63 **Nombre de schémas :** 09

RESUME

L'hystérectomie d'hémostase est une sanction obstétricale lourde pour les femmes. Sa pratique est courante devant une hémorragie du post-partum. Ce qui nous emmène à effectuer cette étude dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CI.

Nos objectifs consistent à évaluer la fréquence, les indications et le pronostic des hystérectomies d'hémostase en obstétrique.

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective sur un (1) an et rétrospective sur 4 ans (5 ans).

Cette intervention a représenté **0,14%** des accouchements (48/35288), soit une hystérectomie d'hémostase pour 735 accouchements (1/735). Les données sociodémographiques nous ont permis de constater que la majorité des patientes étaient des ménagères avec **68,75%** ; tandis que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 et 35 ans avec une moyenne d'âge de **34,87 ans**.

Les grandes multipares ont été les plus concernées avec **45,83%**. Les femmes qui n'ont effectué aucun suivi prénatal ont représenté **39,58%**. L'état hémodynamique était instable dans **8,33%**. Les indications ont été dominées par les ruptures utérines avec **45,83%**. Le pronostic materno-fœtal a été respectivement de **4,17%** (décès maternel) et **52,08%** (décès fœtal).

L'hystérectomie d'hémorragie reste fréquente à cause du mauvais état hémodynamique de nos patientes qui ne permet pas de faire un traitement conservateur. Les ruptures utérines ont été favorisées par la grande multiparité et son pourcentage élevé explique le taux élevé de décès fœtaux. Le retard de prise de décision compromet le pronostic fœtal et la fertilité ultérieure de la femme.

Mots clés : Hémorragie du post-partum immédiat, Rupture utérine, Hystérectomies d'hémorragie et pronostic materno-fœtal.

FICHE DE RECRUTEMENT CSREF C1

HYSTERECTOMIES D'HEMOSTASE SERVICE GYNECO-OBSTETRIQUE
CSREFC1

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Localité.....

Q2. Dossier n° :

Q3. Date d'entrée:/...../. Heure :/...../

Q4. Noms et prénoms.....

II. PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Q5. Age.....

Q6. Ethnie:/...../

1=Peulh, 2=Bambara, 3=Soninké, 4=Malinké, 5=Minianka, 6=sénoufo, 7=Bobo,
8=Sonrhäi, 9=Autres

Q7. Adresse (domicile /résidence) /...../

1=Banconi, 2=Boukassoumbougou, 3=Djélibougou, 4=Korofina-Nord,
5=Moribabougou,
6=Dialakorodji, 7=Nafadji, 8=Fadjiguila, 9=Sotuba, 10=Badiambougou,
11=Autres

Q8. Statut matrimonial : /...../

1= Mari, 2= Célibataire, 3= Divorcée, 4= Veuve

Q9. Niveau d'instruction : /...../

1= Analphabète, 2=Primaire, 3= Secondaire, 4=Supérieur

Q10. Profession :

1=Sans profession, 2= Elève ou étudiante,3=Salariée,4=Commerçante,5=
Autres

Q11. Procréateur :

1) Age :/...../.

2) Adresse :

3) Profession : /...../

1=Employé de commerce, 2=Ouvrier, 3=Cultivateur, 4=Enseignant,
5=Chauffeur, 6=Tailleur, 7=Autres

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

1=Non scolarisée, 2=Primaire, 3=Secondaire, 4=Supérieur

III. ADMISSION :

Q12. Mode d'admission : /...../.

1= évacuée, 2= référée, 3= venue d'elle-même

Q13. Motif d'admission : /...../

1=HPPI, 2=Syndrome de prérupture, 3=Durée d'expulsion prolongée,
4=Hémorragie de la délivrance, 5=CUD sur grossesse, 6=Défaut d'engagement,
7=Macrosomie fœtale, 8=Manque d'effort expulsif, 9=Métrorragie sur
grossesse, 10=Souffrance fœtale aigue, 11=Césarienne prophylactique,
12=Dilatation stationnaire, 13=Disproportion foetopelvienne, 14=Autres

IV. ANTECEDANTS

Q14. PERSONNELS :

1) MEDICAUX : /.../

a) HTA

d) Drépanocytose

b) Asthme

e) Aucun

c) Diabète

f) Autre

Si autre, préciser.....

Q15. CHIRURGICAUX : /...../

a) myomectomie

d) cure vésico-vaginale

b) salpingectomie

e) plastie tubaire

c) césarienne antérieure (nombre) :.....

f) cure recto-vaginale

g) aucun

h) AMIU :.....

Si autre,

préciser.....

Q16. GYNECOLOGIQUES :

- a) menarche :.....
- b) cycle :.....
- c) durée :.....
- d) leucorrhée :.....
- e) dyspareunie :.....
- f) dysménorrhée :.....
- g) contraception :.....
- h) prurit :.....
- i) aucun :.....
- j) autre :.....

Si autre, préciser.....

Q17. OBSTETRICIQUES :

- a) Gestité :.....
- b) Parité :.....
- c) Avortement:.....
- d) Décède :.....
- e) vivants :.....
- f) Mort-né(s) :.....
- g) intervalle intergénéral :.....
- h) nombre de CPN :.....

V. EXAMEN PHYSIQUE:

1. Examen général:

Q18. TA (en mmHg) :.....

Q19. Température (en degré Celsius) :.....

Q20. Poids (en Kg) :.....

Q21. Taille (en m) :.....

Q22. FR (cycle /mN) :

Q23. Pouls (pulsation /mN) :

Q24. Conscience : /.../ 1=Lucide 2=Obnubilée

Q25. Etat général : /.../ 1=Bon 2=Passable

3=Mauvais 4=Altéré

Q26. Muqueuses : /.../ 1=Bien colorées 2=Moyennement colorées

3=Pales 4=Ictériques

Q27. Présence d'œdème : /.../ 1=oui 2=non

2. Examen obstétrical :

Q28. Présence de cicatrice : /...../ 1=Oui 2=Non

Q29. Axe de l'utérus : /.../ 1=Longitudinale 2= Transversale

Q30. HU a). ≥ 36 cm b). < 36

Q31. CU : /...../ 1=Oui 2= Non

3. Déroulement de l'accouchement

Q32. Accouchement par voie basse :

A). Enfant : Nombre :..... Vivant :..... Décède :.....

. Apgar à 1mn : A 5mn :

Réanimé : /.../ 1=Oui 2= Non .Référé

B). Type de délivrance : /...../

1) Artificielle 2) spontanée 3) Active

4) Rétention placentaire partielle 5) Rétention placentaire totale

Q33. Voie haute ou césarienne: /...../

1) Laparotomie pour rupture utérine

2) césarienne pour utérus cicatriciel

3) césarienne pour placenta praevia

4) césarienne pour présentation vicieuse

5) césarienne pour macrosomie

A). Enfant : .Nombre :..... .Vivant :..... .

Decède :..... .Apgar à 1mn :..... .A 5mn :.....

.

Réanime : /...../ 1=Oui 2=Non .Référé :.....

VI. Indications

Q34. Indication de l'hystérectomie : /...../

1) Hémorragie par rupture utérine

2) Hémorragie par rétention placentaire (acreta ou percreta increta)

3) Hémorragie par atonie utérine

4) Autres à préciser-----

Q35. Type d'hystérectomie: /...../

- 1) Hystérectomie subtotale interannexielle
- 2) Hystérectomie totale interannexielle
- 3) Hystérectomie subtotale avec annexectomie
- 4) Hystérectomie totale avec annexectomie

Q36. Type d'anesthésie: /...../

- 1) AG
- 2) Rachis anesthésie
- 3) Anesthésie péridurale
- 4) Rachis anesthésie seul échec complété par AG
- 5) Anesthésie péridurale seule complétée par AG

Q37. Qualification de l'opérateur: /...../

- 1) Gynéco obstétricien
- 2) Médecin généraliste
- 3) Chirurgien
- 4) DES

Q38. Qualification de l'anesthésiste: /...../

- 1) Assistant médical
- 2) Médecin anesthésiste réanimateur
- 3) Technicien supérieur de santé

VII. EVOLUTION

Q39. SUITES : /...../ 1=simples 2= Compliquées

Si oui, préciser le type de complications :

a) Hémorragique : /...../

- 1= hémorragie interne
- 2= hémorragie externe

b) Infectieuses : /...../

- 1= Suppuration pariétale
- 2= Endométrite
- 3= Péritonite /Pelvipéritonite
- 4= Septicémie

c) Thromboemboliques : /...../ 1= Oui 2= Non

d) Urinaire : /...../

- 1= blessure de la vessie
- 2= fistule urinaire

e) Autres complications : /...../ 1=Oui 2= Non

Si oui,

préciser.....

f) Décès maternel : /...../ 1=Oui 2=Non

Si oui, préciser la cause du décès :.....

g) Anesthésiologiques : /...../ 1=Oui 2=Non

Q40. TRAITEMENT MEDICAL : /...../

1= antibiothérapie

2= antibioprofylaxie

3= transfusion sanguine : /...../ 1= Oui 2=Non

Si oui, combien de poche a-t-elle reçu :.....

4= thérapie martiale

5= autre

Si autre, préciser

Q41. DUREE D'HOSPITALISATION : /...../

1= < 1jour

2= 1-3 jours

3= 4-7 jours

4= ≥ 8jours

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !