

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°

Thèse

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE
L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE
DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 30/06/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Abdoul Karim GUINDO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : Pr THERA Tioukani Augustin

Membres: Dr Soumana Oumar TRAORE

Co-directrice : Dr KEITA Mamadou

Directrice : Pr Cheick Bougadari TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Louange à Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Sa bénédiction et son salut soient sur le prophète Mohamed, paix et salut sur lui Amen !

Je dédie :

Ce travail à, Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

A mon père : Feu AMADOU GUINDO

Paix à son âme, qui nous a quittés prématurément depuis que j'étais étudiant ; un être bon, qui a le sens du savoir être et du savoir-faire et plein d'enthousiasme. Papa, votre bonté, votre profonde humilité et votre amour pour autrui font de vous cet Homme respecté que j'admire tant et tellement. Trouvez en ce travail une ébauche à toutes vos aspirations.

Vous nous avez appris le sens de la fierté et de la dignité en toute circonstance mais aussi et surtout le respect de son prochain. Comme on ne saurait jamais remercier assez un père, je préfère prier pour vous. Ce travail est le vôtre Papa.

Dort en paix cher père. Amen !

A ma MERE : FATOUMATA TOLO

Quels sacrifices, pour voir ses enfants réussir. Votre extrême bonté et surtout votre patience ont fait de vous, une femme de grande qualité. J'implore Dieu qu'il vous procure longue vie, plein de santé et surtout qu'il m'aide à vous compenser tous les malheurs passés. Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre votre cœur, car j'aurai encore besoin de votre amour.

Je vous dédie ce travail qui grâce à vous a pu voir le jour.

Que ce travail soit la récompense de vos peines et votre patience, trouvez ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

A MES ONCLES : MOUMINE GUINDO ET HAROUNA GUINDO

Vous qui avez énormément contribué à ma réussite depuis que j'avais franchi la porte du Lycée jusqu'à la fin de mes études universitaires. Acceptez mes remerciements et mon respect. Que Dieu vous protège et vous bénisse. Amen !

A MON FRERE : OUMAR A GUINDO

L'affection et la confiance mutuelle qui ont toujours existées entre nous m'ont donné foi pour achever ce travail qui est avant tout le vôtre. Puissent ces sentiments nous maintenir aussi unis afin que nous menions à bien le chariot de nos vies. Merci pour votre contribution et votre encouragement. Bon courage et surtout ne baisser jamais les bras devant les difficultés de la vie. Que Dieu vous donne une vie plein de santé avec beaucoup de réussite.

REMERCIEMENTS :

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

-A mon beau pays le Mali, terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme disait l'autre « La plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, d'hospitalité, d'humanité, une terre de réconciliation... », Merci pour tout ce que tu nous as donné (Education – Santé – Sécurité... etc.).

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Nos hommages respectueux.

A mes chers maitres formateurs :

Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou, Dr DIASSANA Mama, Dr HAIDARA Dramane et Dr DIASSANA Boubacar

Votre disponibilité, votre qualité d'encadreur et votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, surtout votre souci constant pour le travail bien fait, font de vous de grands maîtres admirés de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous gratifier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons bénéficié à travers votre riche expérience. Recevez à travers ce travail mes sincères remerciements. Que Dieu vous accorde longue vie, pleine de santé et beaucoup de succès à fin que d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement remarquable.

Aux aînés médecins du service de gynécologie obstétrique :

Dr SANOGO Sekou, Dr TOGORA Moussa, Dr DIAKITE Noumory, Dr SAMAKE Daouda, Dr SAMAKE Bakary, Dr TRAORE Mohamed, Dr DIALLO Rapha, Dr DICKO Oumar, Dr DIABY Mohamed, Dr MARIKO, Dr DOUMBIA Abdoulaye, Dr MALLE

Merci du plus profond de mon cœur pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée, dans tous les domaines et sans restriction. C'était un grand plaisir d'apprendre à vos côtés. Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils d'aînés ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles. Que Dieu vous donne une longue vie.

Aux faisant fonctions d'internes du service:

Merci de vos conseils et de votre bonne collaboration. Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est aussi le vôtre, merci pour votre disponibilité à chaque fois que le besoin était là.

Aux sages-femmes : merci de votre franche collaboration.

A Dr SYLLA Mohamed :

Votre soutien sans faille a été remarquable durant tout au long de ce travail, recevez ici ma toute profonde gratitude et reconnaissance.

A mes coéquipiers de garde du service :

DIALLO Mahamadou, Dr CAMARA Mamoudou, COULIBALY Djénéba, TRAORE Ibrahim

C'était un plaisir de travaillé avec vous, le travail d'équipe qu'on a fait ensemble était si plaisant et enrichissant. Nous avons beaucoup appris de vous, recevez mes sincères remerciements.

A tous le personnel de l'ASACOFA :

Merci de votre bonne volonté et de votre franche collaboration.

A Dr TOURE Aboubacar :

Cher maitre, c'est avec vous que nous avons commencé le cycle de la médecine. Vous nous avez appris à être médecin, le respect de la vie humaine et le savoir dans l'exercice de la médecine. Recevez ici mes sincères remerciements.

A tous le personnel de l'ANIASCO :

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Merci de votre soutien et de votre collaboration.

A tous le personnel du cabinet médical santé pour tous :

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes frères et sœurs : Hassana GUINDO, Housseiny GUINDO, Hawa GUINDO, Rokia GUINDO, Souleymane I GUINDO, Moussa I GUINDO, Abdoulaye O GUINDO, Amadou N GUINDO,

Merci pour le soutien matériel et moral dont j'ai toujours bénéficié. Soyez rassurés de mon profond attachement. Nous sommes et resterons toujours des frères et 96+2 sœurs.

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Pr THERA Tioukani Augustin

Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G

Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique

Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)

Titulaire d'une attestation de formation spécialisée en Gynécologie Obstétrique : Université Claude Bernard Lyon (France)

Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité-Paris IX (France)

Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)

Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers(France)

Titulaire d'un Diplôme inter universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes

Titulaire d'un certificat d'études spécialisées en gynécologies Obstétrique : Université National du Bénin

Doctorat d'état en Médecine : Université d'état de Médecine pirogov : Vinnitsa (Ukraine) Membre du comité politique du programme de la reproduction Humain (HRP) à L'OMS : Genève (suisse)

Cher maître

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre dextérité chirurgicale, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles et humaines ont toujours suscitées notre admiration.

La clarté et l'élégance de votre enseignement à la faculté restent toujours pour nous un modèle. Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait. Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

A notre Maître et juge de thèse,

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- Maître-Assistant de Gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Gynécologue-obstétricien au CS Réf CV
- Certifié formateur du programme GESTA International
- Animateur des activités d'audits de décès maternels au CS Réf CV
- Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009.

Cher Maître,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution;

Vos critiques ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail;

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens;

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude

A notre Maitre et co-directeur de thèse,

Docteur KEITA Mamadou

- Gynécologue-Obstétricien au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako (CSRéf CVI) ;
- Praticien au CSRéf de la CVI ;
- Président de l'ordre des médecins au CSRéf de la CVI

Cher maître,

Les mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l'immense plaisir que nous avons eu à travailler sous votre direction pour vous témoigner notre profonde reconnaissance de nous avoir confié ce travail. Nous avons toujours admiré votre rigueur scientifique, votre dynamisme, votre disponibilité, votre gentillesse, et votre modestie. Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles, cher maitre nous tenons à vous dire ici que les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous, vous êtes le maitre qui a réussi à nous inspirer, à nous donner confiance en nous et en l'avenir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

A Notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie pathologiques à la FMOS.
- Chef du département d'enseignement et de la recherche(DER) des sciences fondamentales à la FMOS.
- Chef du service de laboratoire d'anatomie et Cytologie pathologique du CHU du Point G.
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU DU Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.
- Président de la Société Malienne de Pathologie(SMP).

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Scientifique de renommée internationale, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique font de vous un modèle de maître souhaité par tous. La qualité de l'enseignement reçue à vos côtés, votre disponibilité et votre sens élevé de l'équipe ont fait de vous un être remarquable et envié. Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement.

Table des matières

I. – INTRODUCTION :	18
II. OBJECTIFS :	22
2.1. Objectif général :	22
2.2. Objectifs spécifiques:	22
III. GENERALITES	24
III.1. Définitions :	24
III.2. Rappel physiologique de l'accouchement :	25
III.3. Physiologie de la délivrance :	26
III.4. Etiologies :	30
III.5. Hématomes pelviens et périnéaux :	38
III.6. Conduite à tenir devant les hémorragies du post partum :	39
IV. METHODOLOGIE:	48
4.1-Cadre d'étude:	48
4.2 - Type et période d'étude :	52
4.3 Population d'étude :	52
4.4. Echantillonnage.....	53
4.5. Les variables :	53
4.6. Saisie et l'analyse des données	54
4.7. Considération des responsables administratives et communautaires :	54
V. RESULTATS :	55
VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION	81
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	89
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	92

LISTES DES TABLEAUX :

Tableau I: Répartition des patientes selon la résidence.....	56
Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	56
Tableau III : Répartition des patientes selon leurs ethnies.....	58
Tableau IV: Répartition des patientes selon les conditions d'évacuation.....	59
Tableau V : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.....	60
Tableau VI: Répartition des patientes selon le Lieu de provenance.....	60
Tableau VII: Répartition des patientes selon la Durée du travail d'accouchement en heures.....	61
Tableau VIII: Répartition des patientes selon l' ATCD Médicaux.....	61
Tableau IX: Répartition des patientes selon l'ATCD Chirurgicaux.....	62
Tableau XI: Répartition des patientes selon le Nombre de CPN.....	64
Tableau XII: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.....	65
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les Facteurs du risque de l'hémorragie du post-partum pendant la grossesse.....	65
Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état général a l'admission.....	66
Tableau XV: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives a l'admission.....	66
Tableau XVI: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	67
Tableau XVII: Répartition des patientes selon la qualité de l'accoucheur.....	67
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né en gramme.....	68
Tableau XIX: Répartition des patientes selon le type de délivrance.....	68
Tableau XX: Répartition des patientes selon la Cause de l'hémorragie.....	68
Tableau XXI: Répartition des patientes selon les gestes obstétricaux réalise après l'accouchement.....	69
Tableau XXII: Répartition des patientes selon la coloration des muqueuses et des téguments après diagnostic de l'HPPI.....	69
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la pression artérielle après diagnostic de l'HPPI.....	70
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le pouls après diagnostic de l'HPPI.....	70
Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'examen du périnée et de la vulve.....	70
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon Examens sous valve.....	71
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la surveillance du post-partum dans les 6heures.....	71
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon le nombre d'unité de sang transfusé au cours de traitement.....	72
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le traitement reçu.....	73
Tableau XXX: Répartition des patientes selon le traitement chirurgical.....	73
Tableau XXXI: Répartition des patientes selon le pronostic de la femme après prise en charge.....	74
Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la cause du décès.....	74
Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le groupe de la femme.....	75
Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.....	75
Tableau XXXV: Répartition des patientes en fonction qualité de l'accoucheur et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	76
Tableau XXXVI: Répartition des patientes en fonction qualité de l'accoucheur et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	77
Tableau XXXVII: Répartition des patientes en fonction de durée du travail d'accouchement et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	77
Tableau XXXVIII: Répartition des patientes en fonction de la parité et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	78
Tableau XXXIX: Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XL: Répartition des patientes en fonction de l'âge et les causes de l'hémorragie du post-partum.....	79

LISTES DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition des patientes selon la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat.....	55
Figure 2 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.....	55
Figure 3 : Répartition des patientes selon la profession	57
Figure 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	58
Figure 5: Répartition des patientes selon le mode d'admission	59
Figure 6: Répartition des patientes selon la primigestes	63
Figure 7: Répartition des patientes selon l'auteur des CPN.....	64

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS:

ANIASCO : Association de Santé Communautaire de Niamakoro II

ASACOFA : Association de Santé Communautaire de Faladiè

ATCD : Antécédent

BDCF: Bruit Du Cœur Fœtal

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CNGOF : Collège National de la Gynécologie Obstétrique Français

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post-Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF CVI : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

E D S VI : Sixième Enquête Démographique et de Santé

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement

GEU : Grossesse Extra Utérine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPP : Hémorragie du Post Partum

HPPI : Hémorragie du Post Partum Immédiat.

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IM : Intra Musculaire.

IO : Infirmière Obstétricienne

IVD : Intra Veineuse Direct.

Kg : Kilogramme

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

mg : milligramme

ml : millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planning familial

SA : Semaine d'Aménorrhée

TA : Tension Artérielle

INTRODUCTION

I. – INTRODUCTION :

L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) est un saignement provenant des voies génitales, de quantité supérieure à 500ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère. Il survient dans les 24heures qui suivent l'accouchement [1]. Il peut s'agir de :

-Hémorragie de la délivrance (atonie utérine, rétention placentaire, troubles de la coagulation, inversion utérine)

- Rupture utérine

- Déchirure cervico-vagino-périnéales

- Hématomes péri-génitaux

Malgré les notables progrès réalisés en matière de santé, la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de graves risques pour la santé maternelle même celles n'ayant pas de problèmes de santé antérieurs

Les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les causes prédominantes de décès chez les femmes en âge de procréer.

Plus de la moitié de tous ces décès maternels surviennent dans les 24heures qui suivent l'accouchement et la plupart de ces décès maternels sont dus à un saignement excessif. Ce saignement excessif ou hémorragie du post-partum immédiat demeure encore un problème majeur de santé publique dans le monde.

Selon l'OMS, sur 585000 femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement, un quart succombe de l'hémorragie du post-partum immédiat. [2]

Cependant une analyse récente a conclu que le post-partum immédiat constitue un moment critique « aussi bien aux Etats-Unis que dans les pays en voie de développement » avec 125000 décès maternels enregistrés chaque année par hémorragie du post-partum immédiat [3]

Elle représente aussi une cause importante de morbidité maternelle : anémie sévère pouvant nécessiter une transfusion sanguine, un choc hypovolémie, une coagulopathie, insuffisance rénale, une hystérectomie d'hémostase etc... [4]

Selon le Collège National de la Gynécologie Obstétrique Français(CNGOF), dans les études en population l'incident de l'hémorragie du post-partum est au tour de 5% Lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise et au tour de 10 % lorsque les pertes sanguines sont quantifiées.

L'incident de l'hémorragie du post-partum sévère est au tour de 2%. L'atonie utérine est la principale cause de l'hémorragie du post-partum. Les plaies de la filière génitale sont responsables d'environ 1 cas d'hémorragie du post-partum sur 5 et leur contribution est la plus grande parmi les hémorragies du post-partum sévères [5].

L'hémorragie du post-partum représente la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie fréquemment en association avec la césarienne et les troubles de la coagulation constitue les principales causes de décès maternel dans les pays développés [3].

La fréquence des hémorragies du post-partum s'élevait à 1,71% entre janvier 2004 et mai 2010 à la maternité de Thionville(Nancy) [6].

- En Afrique des études ont montré que la première cause de décès maternel est l'hémorragie et parmi les types d'hémorragies, l'hémorragie du post-partum immédiat occupe le premier rang avec une fréquence estimée à 24% [7].
 - Au Sénégal en 2010 SALL AS [8] a eu une fréquence de 2.66 % dans une étude réalisée sur 132cas pour 4961 accouchements.
 - Au Burkina en 2011 Patrice DN [9] a rapporté 2,01% des cas dans une étude réalisée au C.H.U YALGADO OUEDRAGO
- En côte d'ivoire la prévalence des hémorragies du post-partum était à 18% dans une étude réalisée sur 200cas par le département de santé publique à l'hôpital général d'Abobo /2007[10].
 - Au Benin Selon J ATADE [11] dans la période du 1er janvier 2002 au 15 septembre 2005, la maternité du CHUD-B a effectué 4450 accouchements dont 205 compliqués d'hémorragie du post-partum soit 4,6%.
 - Au Mali, selon la sixième enquête démographique et de santé (EDS VI 2018) le taux de mortalité maternelle a été estimé à 325deces pour 100000 naissances vivantes malgré l'amélioration des soins prénataux. Environ 30% des décès maternels sont causées par l'hémorragie qui se déclare le plus souvent pendant la période du post-partum [12]. Des études réalisées à Bamako rapportaient la situation des hémorragies du post-partum de la façon suivante :
- A l'hôpital du Point « G », au service de gynécologie et d'obstétrique, cette fréquence s'élevait 1,32% en 2003 [13].
 - Au CSRéf de la CommuneV, DIALLO T [14] a rapporté une fréquence de 5.14% dans une étude de 466cas pour 9065accouchements en 2012
 - -MAIGA SI [15] en 2009 a eu une fréquence de 4,23% avec un taux de 6% de décès maternel au centre de sante de référence de la commune I.

- GUINDO I [16] en 2012 a rapporté une fréquence de 2,63% avec un taux de décès de 2,13% au centre de santé de référence de Kati.
- Le CSRéf de la C.VI est une structure de référence de deuxième niveau recevant les urgences obstétricales de la périphérie de Bamako. Une première étude sur l'HPPI réalisée en 2008 dans le service a retrouvé une fréquence de 1.5% des hémorragies du post-partum. Récemment, vu le nombre élevé des cas de l'HPPI nous avons initié ce travail afin de dégager la fréquence, les axes prioritaires de prévention ainsi que les différentes prises en charge des hémorragies du post-partum immédiat dans notre service.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de l'hémorragie du post-partum immédiat dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques:

- ✓ Déterminer la fréquence de l'hémorragie du post-partum immédiat.
- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant présentées l'hémorragie du post-partum immédiat
- ✓ Identifier les causes de l'hémorragie du post-partum immédiat
- ✓ Décrire le traitement de l'hémorragie du post-partum immédiat
- ✓ Déterminer le pronostic maternel des patientes

GENERALITES

III. GENERALITES

III.1. Définitions :

La définition des hémorragies du post-partum (HPP) est abordée dans la littérature selon plusieurs concepts :

-Le concept de R Merger [17], selon lequel les HPP ou hémorragies des suites de couches sont des hémorragies qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches, et doivent être exclues de ce cadre des hémorragies dues aux tumeurs gynécologiques

-Selon le concept anglo-saxon, l'hémorragie primaire du post-partum est classiquement définie comme une perte de plus de 500ml de sang après un accouchement par voie basse et supérieure à 1000 ml lors d'une césarienne ; survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital [18]. Il peut s'agir :

-Des hémorragies de la délivrance : qui sont des hémorragies provenant de la zone d'insertion placentaire.

-Des hémorragies contemporaines de la délivrance qui sont des hémorragies liées aux lésions des parties molles.

Si la perte sanguine survient entre 24 heures et 42 jours après accouchement, elle est définie comme hémorragie secondaire du post- partum [19]. Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature. Les causes du saignement et les formes cliniques sont pourtant bien différentes entre les situations.

-Selon le collège Américain de gynécologie et d'obstétrique [20] : Les HPP se définissent comme un saignement responsable d'une chute de plus 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion sanguine en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation.

-En pratique, c'est une estimation essentiellement visuelle et clinique ; les pertes sanguines exactes étant difficiles à quantifier ; c'est pourquoi PRITCHARD a démontré que les pertes sanguines moyennes étant de 500ml pour l'accouchement par voie basse et de 1000 ml après une césarienne [21]. On pourrait considérer que toute perte sanguine qui excède cette moyenne dans les 24 heures constitue une HPPI. D'autres auteurs ont proposé une diminution brutale de l'hématocrite de 10% suite à un accouchement.

-On retiendra dans notre service que l'HPPI se définit comme une perte de sang ayant leur origine dans la zone d'insertion placentaire et/ou une partie molle survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement; anormale par son abondance de plus de 500 ml (voie basse) et plus 1000ml (césarienne) et/ou son retentissement sur l'état général de la mère.

Le problème de cette définition c'est que, les pratiques cliniques et attitude à l'égard des transfusions varient considérablement tant chez les médecins que chez les patientes [21].

III.2. Rappel physiologique de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois, c'est-à-dire 28 SA :

- Entre 28 et 37 SA l'accouchement est prématuré,
- Entre 37 et 41 SA il est dit à terme,
- Entre 41 et 41SA il est prolongé
- A 42 SA et plus il est dit post-terme,
- Si l'accouchement se fait sans difficulté il est dit **eutocique**,
- Si l'accouchement de fait avec difficulté il est dit **dystocique**,
- S'il se fait sans apport thérapeutique il est dit **spontané**,
- S'il y a un apport thérapeutique de déclenchement il est dit **provoqué**.

L'accouchement lui-même comporte ainsi deux (2) phénomènes [22] :

III.2.1- Phénomènes dynamiques de l'accouchement:

La contraction utérine est la force motrice de l'accouchement. Son mécanisme d'initiation est lié :

-Au potentiel de repos de la membrane

-Le rôle de l'environnement hormonal: les oestrogènes augmentent le potentiel de repos de la membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hypo polarisant. Les contractions utérines ont pour effet le déclenchement du travail.

Le travail d'accouchement comprend trois (3) périodes :

- ◆ Première période : « effacement et dilation du col » commencent au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10 cm, elle dure 6 à 12 heures chez la femme primipare, 2 à 8 heures chez la multipare.

- ◆ Deuxième période : « expulsion du fœtus » commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à l'expulsion du fœtus et dure 30 minutes chez la multipare.
- ◆ Troisième période : « délivrance » elle va de la naissance du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 45 minutes.

III.2.2-Phénomènes mécaniques de l'accouchement:

Le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

- L'engagement: comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail.

L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.

- La descente – rotation: suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation poursuit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéropostérieur de la fente centrale urogénitale.
- Le dégagement: est l'orientation antéropostérieure de la fin de la descente et l'hyper flexion de la tête : expulsion du fœtus.

III.3. Physiologie de la délivrance :

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette période de l'accouchement est redoutable, du fait des hémorragies gravissimes qui peuvent survenir.

La délivrance évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- Décollement du placenta ;
- Migration et l'expulsion du placenta ;
- L'hémostase.
- Phase de décollement :

Le décollement est sous la dépendance :

- De la rétraction utérine qui le prépare ;
- Et de la contraction utérine qui le provoque.

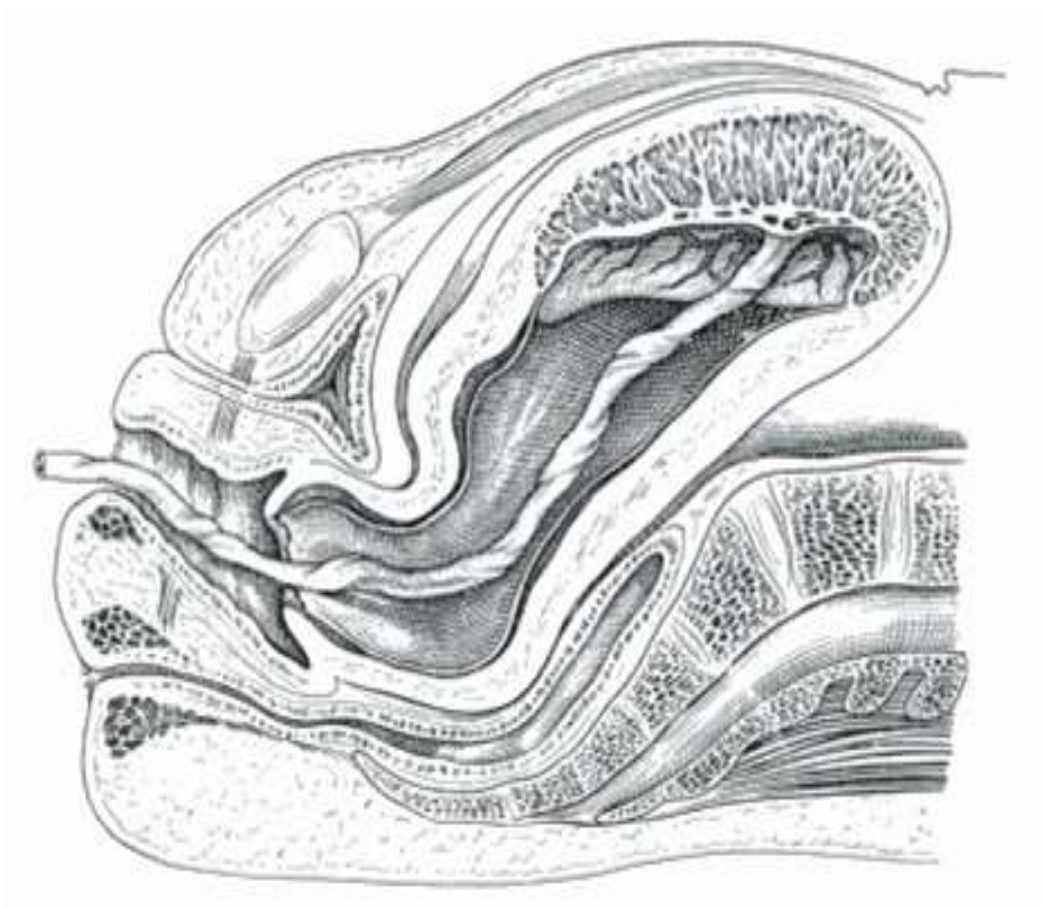


Fig1 : Enchatonnement physiologique

➤ Rétraction utérine :

Après l'expulsion du fœtus, il se déroule une phase de rémission [23] ou phase de repos physiologique. L'accouchée se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle normale, l'utérus est rétracté, dur, recule de 2 à 3 cm au-dessus de l'ombilic, ses parois s'épaississent tout en respectant à la zone d'insertion placentaire qui est mince [24] permettant l'enchatonnement. Cette phase dure 10 à 15 minutes environ.

➤ Migration et l'expulsion placentaire :

Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque, dont le clivage est ainsi préparé.

De la vulve par où sort le cordon, s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang. Cette phase dure en moyenne 15 minutes.

➤ Phase l'hémostase :

La rétraction utérine, qui intéresse la zone placentaire, les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un écrasement des vaisseaux utéroplacentaires appelés « ligature vivante de Pinard » mais la rétraction utérine n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ; la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal et normalement inséré sur la muqueuse utérine » si non les complications de la délivrance risquent de se produire [25].

➤ Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le 3^{ème} et dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique, elle doit réunir quatre (4) conditions qui sont [26] :

- une dynamique utérine correcte,
- une vacuité utérine totale,
- un placenta normalement inséré et non adhérent
- une coagulation sanguine normale.

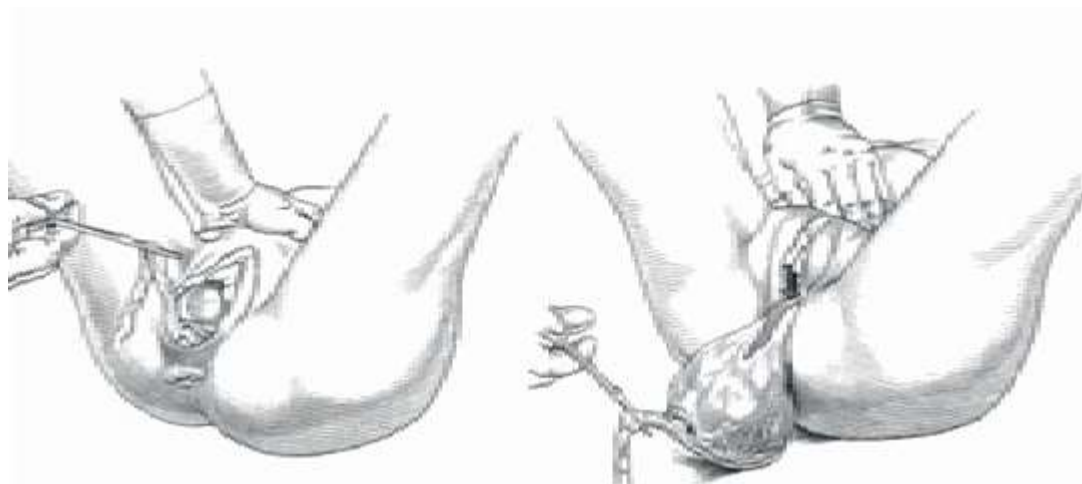


Fig2 : Technique de la délivrance naturelle 1ere temps Fig3 : Technique de la délivrance naturelle 2eme temps

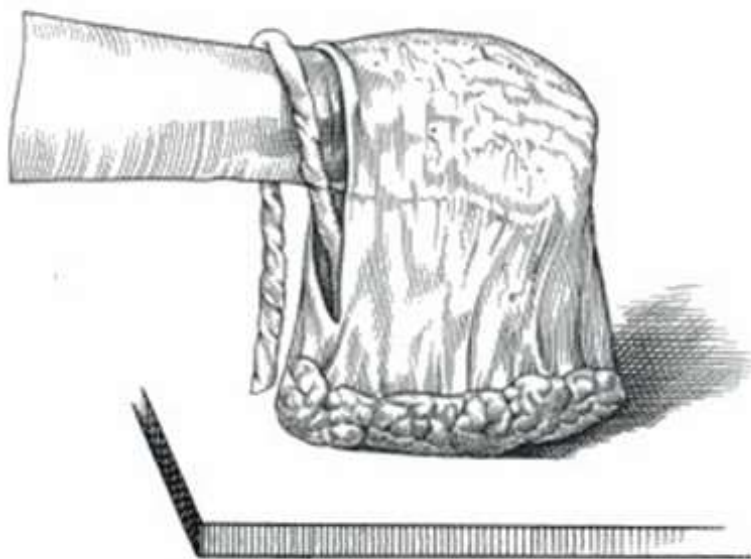


Fig 4 : Examen du placenta

III.3. Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :

Deux (2) grands processus nous enseignent la genèse des hémorragies de la délivrance.

III.3.1. Le déroulement partiel du placenta :

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions utérines commencent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta précisément la caduque basale se décolle du myomètre (suivant un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines. Anormalement une portion seulement plus ou moins grande du placenta se décolle du myomètre. La partie non décollée fixe l'organe au myomètre, alors il reste entièrement ou partiellement dans l'utérus qui ne se rétracte pas et ne se contracte pas. Les vaisseaux sanguins de la partie décollée restent béants et le sang s'en écoule.

III.3.2. L'atonie utérine :

L'utérus doit normalement se contracter et se rétracter pour entraîner au niveau des vaisseaux utérins, une oblitération physiologique empêchant la spoliation sanguine. Quelle que soit l'étiologie, la mauvaise contraction utérine et la mauvaise rétraction utérine sont à l'origine d'hémorragie de la délivrance.

III.4. Etiologies :

III.4.1. Causes utérines et causes non utérines [21] :

III.4.1.1. Les causes utérines sont constituées par :

- anomalie de la contraction utérine (atonie utérine)
- anomalie de rétraction (rétentions placentaires)
- anomalie de la placentation (placenta accréta, per crêta et increta)
- rupture utérine
- inversion utérine

III.4.1.2. Les causes non utérines sont constituées par :

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

➤ Causes utérines :

❖ **L'atonie utérine** : elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse,

représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

Les facteurs de risque sont les suivants [27] :

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum,
- la sur distension utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- la grande multiparité,
- l'utérus polomyomateux,
- les chorioamniotites,
- un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne épuisement de l'utérus,
- le globe vésical,
- une anomalie placentaire : insertion au niveau du segment inférieur,
- une anomalie utérine : malformation,
- certaines interférences médicamenteuses ; les anesthésiques volatiles, halogènes (halothane) [12] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration.

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

- Les tocolytiques : les bêtamimétiques (terbutaline : Bricanyl® ; salbutamol : Ventoline®) ;
 - L'anesthésie péridurale ;
 - Arrêt brutal des ocytociques en fin de travail.
 - ❖ Rétentions placentaires : elles sont consécutives aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais elles peuvent être dues aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :
 - ◆ Décollement incomplet du placenta [28] : qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimenté par la zone accolée ;
 - ◆ Rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance de saignement extériorisé malgré une apparente rétraction utérine ;
 - ◆ Les anomalies placentaires.
- Anomalies topographiques qui sont :
- Insertion segmentaire du placenta ;
 - Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchatonnement pathologique du placenta et l'empêche d'être expulsé ;

➤ Anomalies de conformation du placenta : dues

- A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.
- Aux masses aberrantes (placenta accreta) qui peuvent engendrer une rétention partielle du placenta.
- Les anomalies de la placentation : il s'agit :

Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

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

- Placenta accreta vrai, caractérisé par une simple soudure à la paroi musculaire utérine.
- Placenta increta défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculature.
- Placenta percreta dans lequel cette pénétration est si profonde qu'elle peut aller jusqu'à la séreuse et même l'effondrer.

Dans tous les cas, il n'existe aucun plan de clivage et les villosités plongent directement dans les vaisseaux du myomètre.

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

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

❖ Inversion utérine : Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100 000 en France). Classification : on décrit 4 degrés :

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

➤ Les causes non utérines :

- Dilacération des parties molles (lésions génitales) :

Les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent provoquer des saignements très importants.

Normalement ce type d'hémorragie est évident après l'accouchement, mais parfois elle peut être « cachée » ou retardée

- Les déchirures cervicales : Il existe trois (3) variétés :

a) Déchirures sous vaginales : N'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère et siègent dans les culs- de- sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [28].

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

- **Etiologies des déchirures cervicales :**

- Les efforts expulsifs avant dilatation complète, [29]
- Les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- Les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),
- Les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine,
- Thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, conisation)



Fig5: Déchirure du col au segment inférieur



Fig6 : déchirure sous vaginale du col

- Les lésions vaginales : Il existe trois (3) grandes formes :

a) Déchirures de la partie basse du vagin (*déchirure du tiers inférieur*) : associées parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [30].

b) Déchirures moyennes du vagin : plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fonds du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.

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

- Mécanismes et circonstances de survenue : La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale vaginale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).
- Le mobile fœtal : peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ses dimensions et par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en OS (occipito-sacré), tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).
- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux : Accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manœuvres obstétricales (version par manœuvres internes, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).
- Déchirure vulvaire : Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [29].
- Déchirure vulvaire :

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence a été estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998 [8].

➤ Classification des déchirures périnéales :

L'examen du périnée permet de reconnaître les différents degrés de gravité :

a) Déchirures incomplètes : ont trois degrés

- Premier degré est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne)
- Deuxième degré: le bulbo caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intact. Le périnée reste sous tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.
- Troisième degré: tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virile musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

b) Déchirures complètes :

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

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

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

➤ Circonstances de survenue des déchirures périnéales :

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés.

Quelques études récentes ont cherché à les isoler les uns, des autres :

➤ Primiparité,

➤ Les manœuvres obstétricales :

- Le forceps appliqué sans épisiotomie augmente de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée.
- La ventouse serait moins traumatisante que le forceps [30].
- La manœuvre de **Jacquemier** est-elle aussi un facteur de risque classique.

➤ La macrosomie fœtale

➤ La qualité de tissus :

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

- Distance ano-vulvaire courte,
- Périnée œdémateux (toxémie, inflammation, infection),
- Cicatrice vulvaire rétractile (excision),
- La peau rousse,

Origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie ;

L'épisiotomie médicale fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois ; le risque de déchirure complète [31] avec un accoucheur inexpérimenté ou impatient.



Fig7 : Déchirure périnéale incomplète 2eme degré

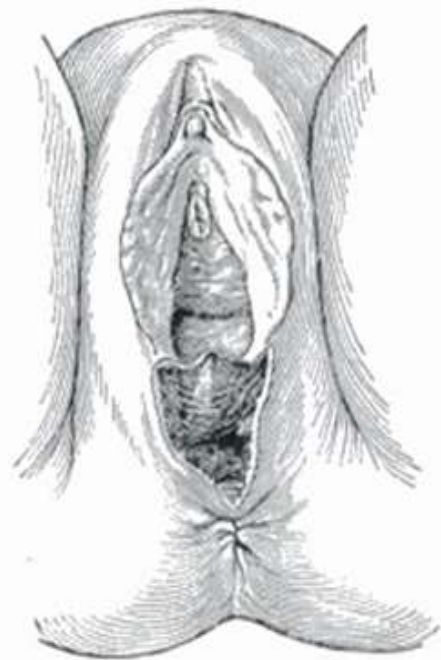


Fig8 : Déchirure périnéale incomplète 3eme degré

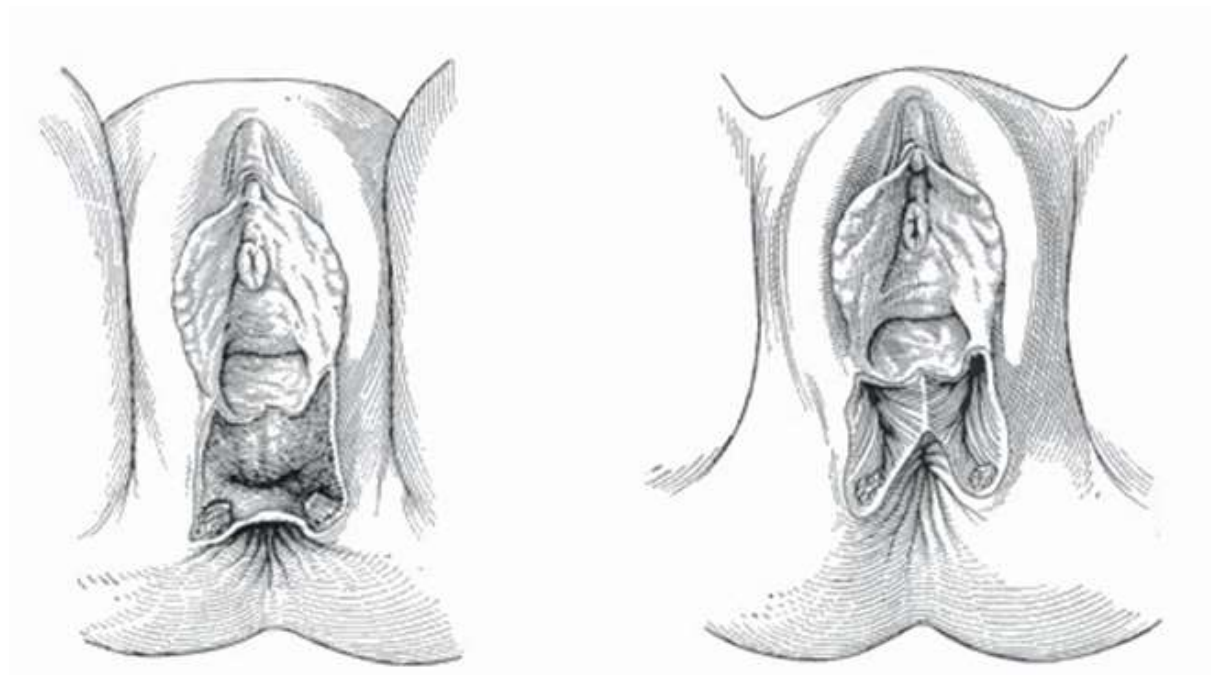


Fig9 : Déchirure périnéale complète

Fig10 : Déchirure périnéale complète compliquée

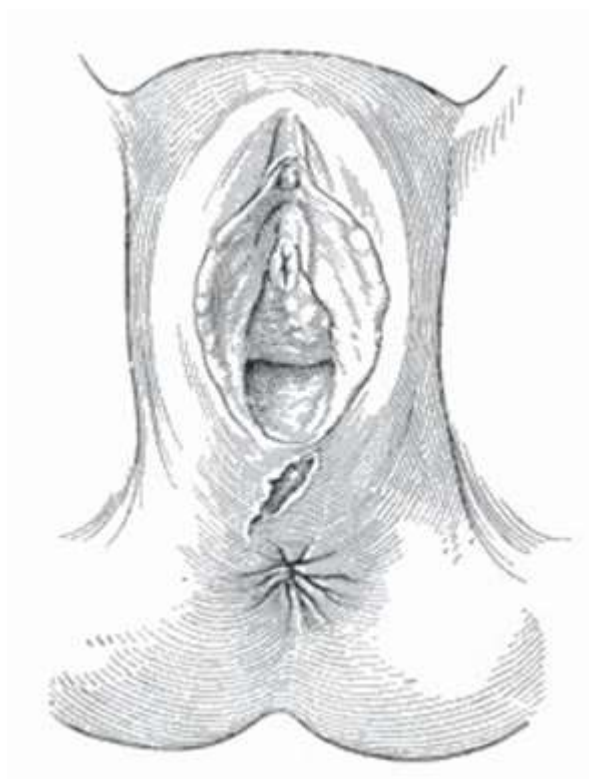


Fig11 : Déchirure centrale du périnée

III.5. Hématomes pelviens et périnéaux :

- Les thrombus vulvo-vaginaux :

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des « tumeurs » qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les suites de couches et il conseille l'application de vinaigre [31].

Il existe trois types :

- ❖ L'hématome vulvo-vaginal : n'intéresse que la vulve, les tissus para vaginaux ; le périnée et les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.
- ❖ L'hématome vaginal proprement dit : limité aux tissus para vaginaux et n'est diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- ❖ L'hématome pelvi-abdominal ou supra-péritonéal ou sub-péritonéal : l'hémorragie s'est produite au-dessus des aponévroses pelviennes dans la région retro-péritonéale ou intra-ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

Facteurs de risque: l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que :

- La primiparité,
- Les extractions instrumentales (forceps) ;
- La toxémie gravidique ;
- Les grossesses multiples ;
- Les varices vulvo-vaginales, le gros fœtus restent un facteur étiologique.

- Les ruptures de varices vulvo-vaginales :

Plus fréquentes au niveau de la vulve qu'au niveau du vagin, elles surviennent :

- soit au moment du travail d'accouchement,
- soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe des varices.

Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

Nous citerons : les angiomes, les communications artério-veineuses, les anévrysmes cissoïdes exceptionnels.

Troubles de la coagulation (coagulopathies)

La survenue d'une hémorragie par Coagulopathie de consommation peut compliquer tout accouchement. Le plus souvent s'y associe une pathologie maternelle.

Les facteurs de risque sont :

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

La coagulation intra vasculaire disséminée

Elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le primum movence semble être l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ceci entraîne une agrégation placentaire et la formation du monomère de fibrines qui polymérisent en fibrines intra vasculaires. La formation des micro- thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'HRP, de rupture utérine, de l'embolie amniotique de l'infection utérine, dans la pré-éclampsie, môle hydatiforme, saignement fœto-maternel et le choc hémorragique. Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulation et de plaquettes circulant. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire [32]

III.6. Conduite à tenir devant les hémorragies du post partum :

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est multidisciplinaire quelle que soit la cause du saignement. Chaque unité devrait avoir un protocole agréé pour la prise en charge des hémorragies massives. Ceci devrait être disponible dans la salle d'accouchement, pour tout le staff infirmier et médical. Les recommandations doivent être suivies aussi souvent qu'une complication, est

identifiée. Des interventions spécifiques sont nécessaires pour contrôler le saignement sur la base de leur sévérité et de la cause sous-jacente.

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

III.6.1. Appeler à l'aide : Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible :

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température) ;
- Prendre une voie veineuse et commencer à perfuser ;
- Sonder la vessie ;
- Assurer la vacuité de l'utérus
- Masser l'utérus pour avoir un bon globe de sécurité ;
- Administrarer 10 unités d'ocytocine en IVD ;
- Si le placenta a été expulsé, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet ;
- Examiner le périnée, le vagin et le col et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques ;
- Une fois que le saignement est maîtrisé (24h après l'arrêt du saignement), faire un dosage de l'hémoglobine ou une mesure de l'hématocrite pour vérifier si la patiente est anémique.

Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/dl ou si l'hématocrite est inférieur à 20% = >> anémie sévère : Transfusion sanguine isogroupe-isorhésus).

III.6.2. Prise en charge médicale :

III.6.2.1. Traitement curatif en fonction de l'étiologie :

➤ Atonie utérine :

L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions utérines après l'accouchement.

La prise en charge obstétricale sera entreprise immédiatement. Le but de cette prise en charge est :

D'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamique correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation.

- Première étape : La révision utérine : La révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle est réalisée afin de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle peut se réaliser sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, et permet d'assurer la vacuité utérine, d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine et l'empêchent de se rétracter.
- Deuxième étape : prise en charge pharmacologique : L'utilisation des ocytociques se fait soit en IM ou en IVD

➤ L'ocytocine

L'introduction des ocytociques dans le traitement de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de MOURE J. C. sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral [33]. L'utilisation des ocytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles existantes avant son introduction.

Pour BEUTHE D [34], l'introduction des ocytociques dans la pratique obstétricale a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3-5%.

Propriétés pharmacologiques :

Au niveau de l'utérus l'ocytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les oestrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocine, tandis que la progestérone à l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'ocytocine augmentent en fin de grossesse.

✓ Utilisation thérapeutique : La demi-vie de l'ocytocine varie entre 12 et 17 minutes

- Voies d'administration et posologie :

- La voie intraveineuse directe en raison de 5 à 10 UI,

- Perfusion de 10 à 15 UI dans une solution de Ringer lactate ou saline isotonique.

- Voie intra-myométriale : en raison de 5 à 10 UI au travers de la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

✓ Effet secondaire :

En raison de la parenté des structures entre l'hormone antidiurétique et l'ocytocine, de fortes doses d'ocytocine peuvent entraîner un effet antidiurétique. C'est pourquoi l'ocytocine ne doit pas être administrée en solution hypotonique

➤ Les prostaglandines :

Elles sont apparues dans les années 1970 et constituent un net progrès dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance. Les prostaglandines sont principalement synthétisées au niveau des reins, de l'utérus des caduques et des membranes amnio-choriales.

Propriétés pharmacologiques :

❖ Effets utérins :

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

➤ L'utilisation thérapeutique :

❖ Utilisation des PGF :

En 1976, TAGAKI S. [35] a été le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans l'hémorragie de la délivrance en utilisant la forme naturelle de la PGF2 alpha. La voie intramyométriale (1 ampoule 0,25 mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées. La voie intramusculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine, présente plus d'effets secondaires et son délai d'action est variable. La voie intraveineuse (5 à 150 mg / mN) est peu utilisée pour la PGF2 alpha en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardio- vasculaires.

❖ L'utilisation des PGE

C'est BYGDEMANN M. [36] en 1968 qui est le premier a suggéré l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI S. [35] sur la PGF2 alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie, une meilleure efficacité sur le traitement des hémorragies.

HERTZ H. [37] en 1980, par voie vaginale et HENSON G [38] en 1983 par voie intraveineuse sont les premiers à rapporter des cas d'atonies utérines traitées avec succès par PGE2.

▪ Les molécules et posologie :

Les PGE2 et les PGF2 alpha ont été utilisées initialement. Les PGF2 alpha ne sont plus commercialisées, seules les PGE2 sont disponibles.

❖ Voies d'administration : Deux molécules sont actuellement disponibles :

Le Dinoprostone (Prostine E2) s'emploie à la posologie de 1,2 mg/Heure en perfusion continue. Certains auteurs ont prescrit ce traitement en irrigation intra-utérine à l'aide d'une sonde de Foley reliée à une perfusion de PGE2 (1 ampoule de Prostine E2 à 0,75 mg dans 500 ml de Ringer lactate) au rythme de 50 ml sur les 10 premières minutes, puis 1 ml / mN sur les 12 à 18 heures suivantes.

➤ **Le sulprostone (Nalador®)** : Plus utilisé, s'administre à la posologie de 200 à 300 µg/heure à la seringue électrique.

(1 ampoule de 500µg dans 50 ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au-delà d'une heure à 100µg / heure.

Les contres indications :

- Pathologies cardiaques,
- Antécédent d'asthme,
- Troubles graves de la fonction hépatique,
- Diabète décompensé
- Et antécédents comitiaux.

➤ Rétention placentaire :

- Si le placenta est visible, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. S'il est palpable au toucher vaginal, procéder à son extraction
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si le placenta n'a pas été expulsé, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.

➤ Déchirures des parties molles :

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des HPPI. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, Le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale. Il faut d'abord faire.

✓ Un Examen sous valve du col et du vagin :

Il est systématique sauf si le saignement s'arrête immédiatement et que l'accoucheur n'a aucun doute sur l'intégrité des tissus cervico-vaginaux. Il se fera aussi sous une asepsie stricte, sous anesthésie générale ou loco-regionale et avec une ou deux aides opératoires pour exposition correcte du col et des culs-de-sac vaginaux. Examiner soigneusement la patiente et en cas de lésions génitales, on procède à la réfection des parties déchirées.

➤ Troubles de la coagulation (coagulopathie) :

Une dilution ultérieure des facteurs de coagulation et de plaquettes peut survenir. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet de surveillance, de monitoring de leur test d'hémostase en routine pour dépister la présence d'une coagulopathie. Les temps de thromboplastine partiel active et de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau clinique. Quand une élévation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal, saignement des surfaces muqueuses, des plaies et de points de piqûre, le plasma frais congelé devrait être administré à une dose départ de 12 à 15 ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé. Ensuite 4 unités à 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrinogène au-dessus de seuil du niveau clinique.

La numération plaquettaire devrait être contrôlée régulièrement. Les plaquettes doivent être maintenues à un niveau de $50.10^9/l$, quand les plaquettes sont en dessous de $50.10^9/l$ au cours d'une perte sanguine massive, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées.

➤ Coagulopathie intra vasculaire disséminée (CIVD) :

Une CIVD aiguë devrait être suspectée quand les tests de coagulation demeurent anormaux malgré la perfusion de plasma frais congelé. Dans cette situation le taux de fibrinogène sera inférieur à 1g/dl et le taux de prothrombine sera excessivement prolongé c'est à dire supérieur au double de la valeur témoin. Les taux et les produits de dégradation de la fibrine et les D-dimères seront élevés. Quand cette situation est associée à un saignement sévère, le cryoprécipité devrait être utilisé, habituellement donné en ampoule de 10 unités contenant en moyenne 2 à 3g de fibrinogène. Ceci pourra être utilisé chez les patientes ayant une CIVD nécessitant la chirurgie [21].

III.6.3. La transfusion sanguine :

Une communication claire avec le laboratoire de transfusion sanguine est essentielle pour assurer la mise à la disposition urgente de quantité importante de sang et dérivés de sang.

Si la patiente a préalablement été groupée par le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et de dérivés de sang ABO rhésus comptabilité ABO de globules rouges [38].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupe ABO rhésus rapide peut être réalisé et dérivé ABO rhésus compatible fournis avec un test de compatibilité de globules rouges réalisés si le temps le permet. L'utilisation d'un dispositif de réchauffement du sang à débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min.

La prévention et la correction de l'hypothermie peuvent aider à réduire le risque de coagulopathie. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang. Ils peuvent contenir des additifs comme du calcium

III.6.4. Prise en charge chirurgicale :

Le traitement chirurgical peut être envisagé d'emblée ou en deuxième intention selon l'étiologie de l'hémorragie.

Les bases de ce traitement ont été bien codifiées, reposant sur l'anatomie de l'utérus. Les techniques chirurgicales et leurs indications ont fait l'objet d'une mise au point récente.

III.6.4.1. Indications :

Ultime étape thérapeutique, il faut ne pas y avoir recours trop tôt, pour laisser au traitement médical la possibilité d'agir notamment, les prostaglandines en cas d'inertie utérine. Cependant, il ne faut pas y recourir trop tard, car il faut toujours avoir à l'esprit que l'HPP reste l'une des principales causes de mortalité maternelle obstétricale. A l'heure actuelle, il ne faut donc recourir au traitement chirurgical que dans deux cas :

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

III.6.4.2. Techniques :

Deux techniques sont envisagées :

- Soit conservatrice par ligature sélective des vaisseaux et ou par capitonnage de parois utérine en regard du placenta accréta ;
- Soit radicale avec hystérectomie totale ou subtotale.
 - Ligature vasculaire ;
 - Hystérectomie d'hémostase.

III.6.5. Prévention :

La prévention est fondamentale, elle repose sur la prise en compte des facteurs de risque des étiologies, et sur la surveillance de la délivrance. La prévention de l'atonie utérine consiste à une perfusion lente d'ocytocine au moment de l'expulsion, une délivrance dirigée et un clampage rapide du cordon. La délivrance dirigée correspond classiquement à l'injection de 10 unités de Syntocinon® en intramusculaire ou en IVD au dégageant de l'épaule antérieure et un sondage vésical doit être envisagé ;

Devant une rétention utérine, la révision utérine associée à la délivrance placentaire est recommandée ;

Devant un utérus cicatriciel, le contrôle de tonus utérin par tonographie interne permettra un meilleur dépistage des états de rupture utérine par désunion.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE:

4.1-Cadre d'étude:

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

Il a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

a) Les infrastructures

Le service se compose de huit bâtiments :

- Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :
 - Deux salles d'opérations,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgiens ;
 - Une salle de consultation pré-anesthésique ;
 - Une salle de nettoyage des instruments ;
 - Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.
- Le deuxième bâtiment : La maternité composée de :
 - Au rez-de-chaussée :
 - La salle d'accouchements qui contient cinq (5) tables d'accouchements et dix (10) lits ;
 - Une salle des nouveau-nés ;
 - Une salle d'observation des accouchées ;
 - Une grande salle d'hospitalisation des femmes césariées ;
 - Une salle de garde pour sages-femmes ;
 - Une salle de garde pour Médecins ;
 - Une salle de garde pour les internes ;
 - Une salle de garde pour les infirmières ;
 - Une salle de consultations gynécologiques ;
 - Trois (3) salles de consultations prénatales ;
 - Une salle de consultations planning familial ;
 - Une salle de SAA (Soins Après Avortement)
 - Six toilettes.

➤ Les troisième, quatrième, cinquième bâtiments :

- Au rez-de-chaussée :

- ❖ Bureau des entrées,

- ❖ Unité de chirurgie, comportant :

- Une salle d'hospitalisations de la chirurgie

- Une salle d'injections et salle de pansements,

- ❖ L'unité de consultations pédiatriques,

- ❖ Deux salles de consultations pour les médecins généralistes,

- ❖ Unité pour les suites de couche,

- ❖ L'unité de vaccinations (PEV),

- ❖ Une pharmacie et un magasin,

- ❖ Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,

- ❖ Une salle de consultations de médecins cardiologues,

- ❖ Unité pour imagerie médicale (Echographie et Radiographie),

- ❖ Un laboratoire ;

- ❖ Une unité d'USAC (Unité de soins, Accompagnement et de Conseils) qui comprend :

- Une salle d'accueil ;

- Une salle pour consultations ;

- Une pharmacie.

- Sixième bâtiment :

- Au rez-de-chaussée :

Une unité pour la prise en charge des malnutris (URENI)

- Septième bâtiment comportant deux (2) Bâtiments à l'étage :

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

▪ 1er étage :

- Le service d'administration comprenant : un bureau pour le Médecin-chef, un bureau pour le médecin-chef adjoint, un secrétariat, la comptabilité, le service d'hygiène, les ressources humaines, le service social ;
- Une salle de réunion ;
- Le système d'information sanitaire local (SISL) ;
- Des toilettes.

▪ 2ème l'étage :

- Une salle pour consultations ORL ;
- Une salle pour consultations ophtalmologiques ;
- Une salle pour consultations d'odontostomatologie ;
- Une salle pour consultations de dermatologie ;
- Une salle pour consultations d'endocrinologie ;

❖ Huitième bâtiment pour la néonatalogie ;

• Le centre comprend également :

- une maison pour le gardien ;
- une maison pour le médecin chef ;
- des toilettes ;
- une morgue fonctionnelle ;

b) les ressources humaines :

Tableau I : ressources humaines

Personnels	Effectifs	
Médecins gynécologue-obstétriciens	5	
Médecins généralistes	5	
Médecins chirurgiens	3	
Médecin pédiatre	1	
Techniciens de laboratoires	5	
Médecins anesthésistes-réanimateurs	2	
Infirmiers de premier cycle	10	
Sages-femmes	28	
Infirmières obstétriciennes	09	
	Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
	Techniciens spécialisés en Ophtalmologie	1
	Techniciens spécialisés en ORL	4
Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en santé publique	3
	Techniciens sanitaires	3
Secrétaires		3
Gestionnaire		1
Comptables		2
Adjoint administratif		1
Gardien		1
Chauffeurs		4
Aides-soignants		5
Manœuvres		6
Portiers		3
Total		95

NB : a ceci s'ajoute 25 étudiants faisant fonction d'Internes

c) L'organisation et le fonctionnement du service

Au plan technique :

- Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises à la veille dans le service.
 - Des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées tous les jours ouvrables.
 - Les échographies et les radiographies sont réalisées tous les jours ouvrables,
 - Le programme opératoire est exécuté chaque Mardi, Mercredi, Jeudi et vendredi
 - Les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables ;
 - Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24 ;
 - Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours ;
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés tous les jours ouvrables ;
 - Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables ;
 - Les activités de santé publique sont menées ;
 - Les consultations dermatologiques sont réalisées tous les jours ouvrables ;
 - Les consultations chirurgicales sont réalisées tous les jours ouvrables ;
 - Les consultations cardiologiques sont réalisées chaque lundi, Mercredi et Vendredi ;
 - Les consultations d'endocrinologies sont faites tous les jours ouvrables ;
 - Les consultations ORL, Ophtalmologie et Odontostomatologie sont réalisées tous les jours ouvrables ;
 - Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi ;
 - Les consultations de médecine générale sont réalisées tous les jours ouvrables ;
- La prise en charge des malades tuberculeux et les malades infectés par le VIH/SIDA

4.2 - Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique allant du janvier 2019 au décembre 2019 soit une période de 12 Mois.

4.3 Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des patientes accouchées dans le service ou référées dans le post-partum immédiat pendant la période d'étude.

4.3.1 - Critères d'inclusion : Ont été inclus dans notre étude

- Toutes les patientes accouchées dans le service ou non ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat durant la période d'étude
- Toutes les patientes ayant consenti à notre étude

4.3.2 - Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans notre étude

- Toutes les patientes accouchées ayant présenté les hémorragies du post-partum tardif et hémorragies en dehors de la sphère génitale.
- Les patientes dont le consentement éclairé n'a pas été obtenu.

4.4. Echantillonnage

4.4.1- Technique d'échantillonnage :

Toutes les patientes accouchées dans le service ou reçues dans le post-partum présentant une hémorragie du post-partum immédiat pendant la période d'étude ont été systématiquement enregistrées.

4.4.2- Plan de collecte des données :

Les supports des données ont été :

- Le registre d'accouchements et les partogrammes ;
- Le carnet de consultation prénatale ;
- Le registre de compte-rendu opératoire.
- Le registre d'hospitalisation ;
- Le carnet d'accouchement;

En dehors ces supports, chaque patiente a bénéficiée d'une fiche d'enquête individuelle.

4.5. Les variables :

Il s'agissait de l'ethnie, l'âge, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'étude, les antécédents (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux), la provenance de la patiente, condition de référence, le mode d'admission, la voie d'accouchement, les causes de l'hémorragie, la qualité de l'agent accoucheur, poids du nouveau-né à la naissance, la prise en charge, le pronostic maternel.

Les paramètres de l'hémorragie : Etat général, conscience, pâleurs cutanéomuqueuses, chute de la tension artérielle voire collapsus, pouls, le taux d'hématocrite et d'hémoglobine en urgence, le choc hypovolémique, la transfusion.

4.6. Saisie et l'analyse des données

La rédaction et traitement du texte ont été effectués sur Microsoft Word 2007 et Excel.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le Logiciel Epi info version 7.0

Les tests statistiques qui ont été utilisés sont : la probabilité ; le test de Khi2 ; l'Intervalle de confiance.

4.7. Considérations éthiques:

Les patientes ne sont incluses qu'après leur consentement. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies à la suite de l'enquête ont été préservés,

La dignité et la liberté des enquêtées ont été respectées par l'enquêteur durant toute l'enquête ;

Les résultats obtenus sont publiés au besoin.

V. RESULTATS :

Durant la période d'étude, sur 9110 accouchements; nous avons enregistré 323 cas d'hémorragie du post-partum immédiat soit 3,55% des accouchements.

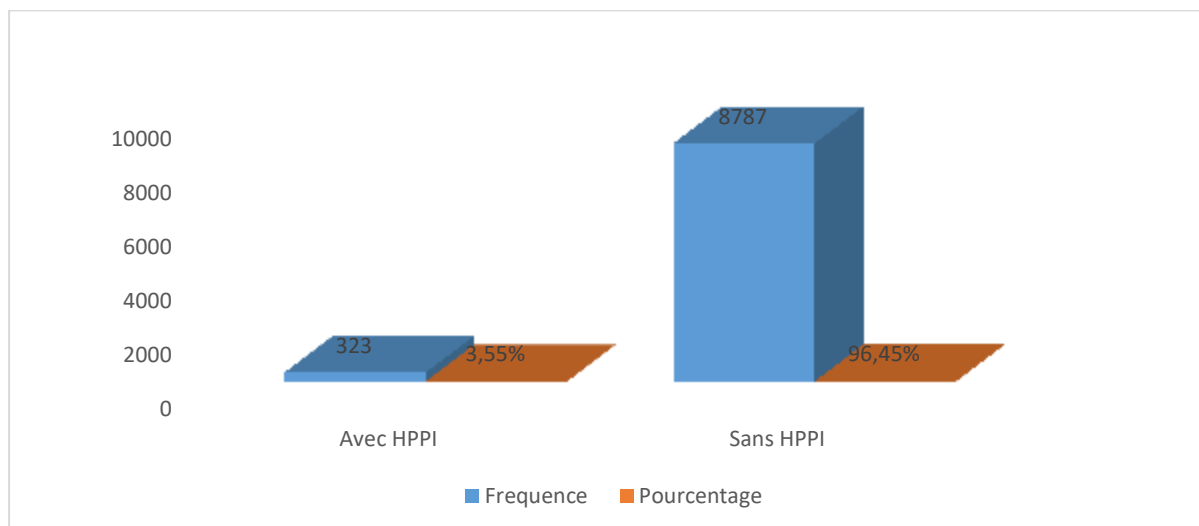
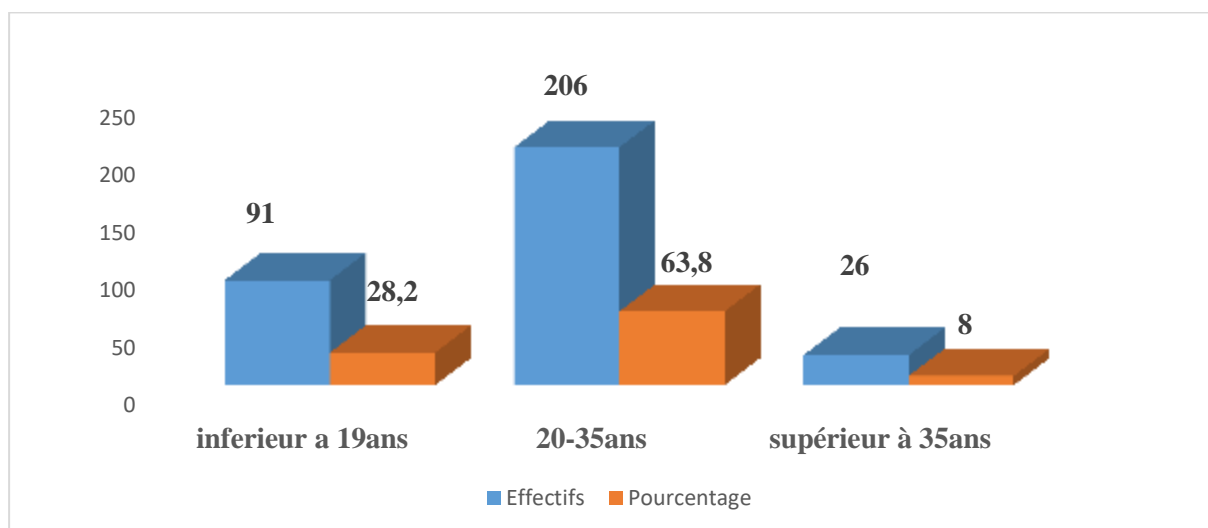


Figure 1 : Répartition des patientes selon la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat



La tranche d'âge 20-35 ans était la plus dominante soit 43,8% avec des extrêmes de d'âge 16 à 41ans avec un âge moyen 26ans.

Figure 2 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tableau I: Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Commune VI	258	79,9
Autres Commune du District de Bamako	26	8
Ouelessebougou	5	1,5
kalaban Coro	34	10,6
Total	323	100

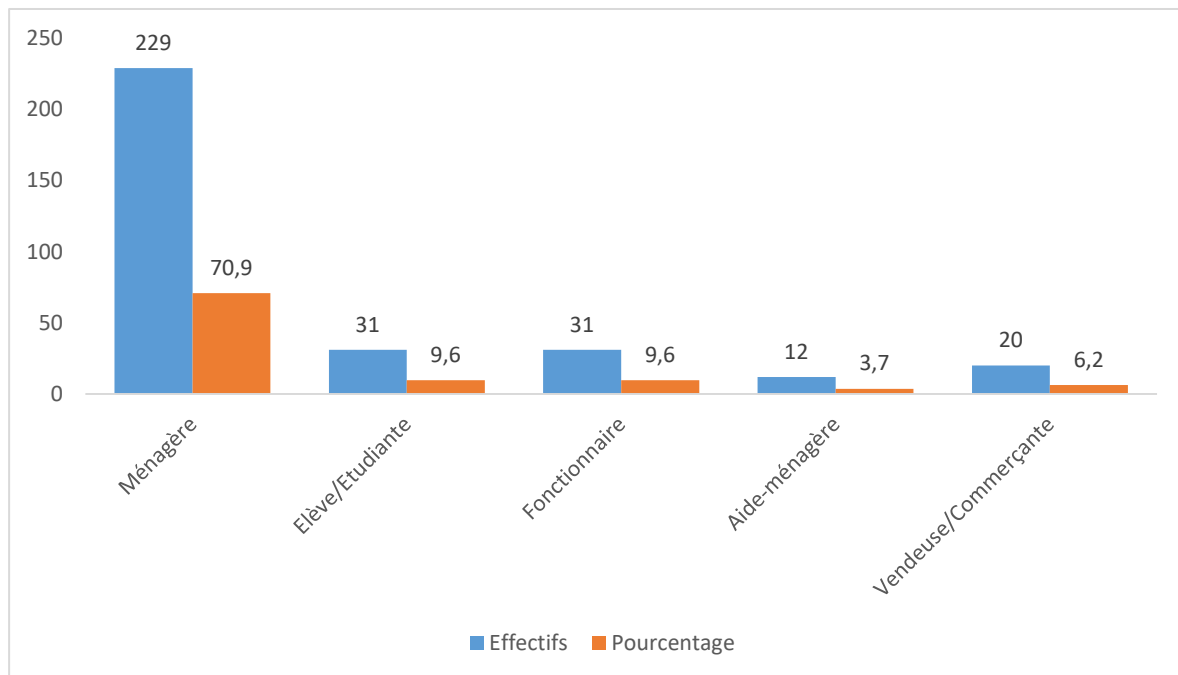
Soixante-dix-neuf virgule neuf pourcent de notre patient venaient de la c.vi

Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Niveau primaire	38	11,8
Niveau secondaire	69	21,4
Niveau supérieur	44	13,6
Non scolarisée	172	53,2
Total	323	100

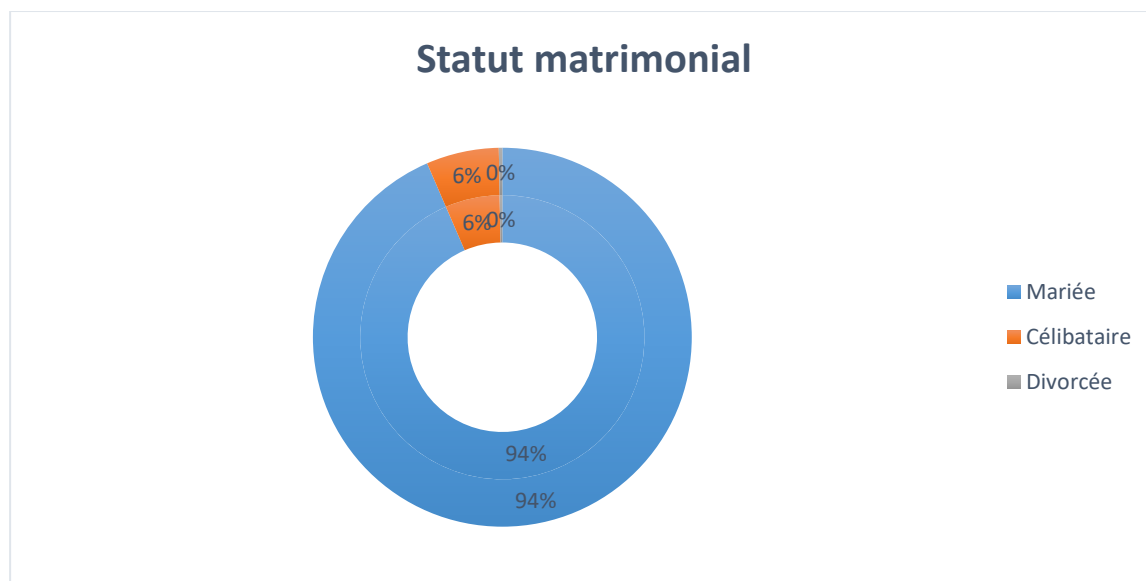
Les analphabètes occupaient le premier rang avec 53 ,2%.

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO



Dans notre série, plus de la majorité de nos accouchées étaient des femmes au foyer

Figure 3 : Répartition des patientes selon la profession



Les mariés représentaient 93,5% de notre étude

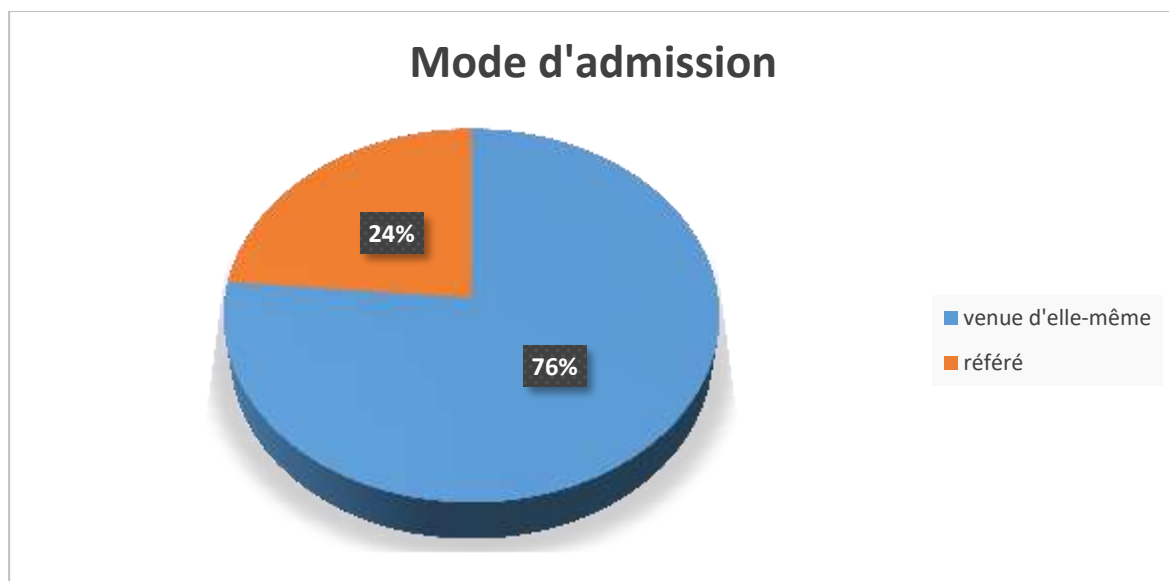
Figure 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Tableau III : Répartition des patientes selon leurs ethnies

Ethnies	Effectifs	Pourcentage
Bambara	109	33,7
Malinké	24	7,4
Soninké	26	8,2
Senoufo	24	7,4
Dogon	25	7,7
Peulh	67	20,7
Bozo	9	2,8
Sonrhäi	21	6,5
Autres	18	5,6
Total	323	100

Bouar = 6, Daffing = 2, Maure = 2, Mianka = 6, Mossi = 1, Senoufo = 2, Tamasheq = 1

Les bambaras ont représenté 33,7% dans notre étude



Les cas de référence ont représenté 24% de nos patientes.

Figure 5: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Tableau IV: Répartition des patientes selon les conditions d'évacuation

Condition d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Ambulance	135	41,8
Propre moyen	188	58,2
Total	323	100

Dans notre étude, 58,2% des patientes ont effectué le déplacement avec leur propre moins

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

Motif d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Accouchement à domicile	3	0,9
Evacuées		
Anémie sévère du post-partum	10	3,1
Dyspnée	2	0,6
HPPI	157	48,6
Hypotension	4	1,2
pâleur du post-partum	5	1,4
Rétention placentaire	6	1,8
Saignement	15	4,6
Vertige dans le post-partum	19	5,7
Non évacuées	104	32,1
Total	323	100

Le motif d'admission le plus fréquent était l'hémorragie du post-partum immédiat avec 48,6%

Tableau VI: Répartition des patientes selon le Lieu de provenance

Lieu de provenance	Effectifs	Pourcentage
CSCOM	133	41,2
Domicile	104	32,2
Structure privée	86	26,6
Total	323	100

Les parturientes venues des CSCOM étaient les plus représentées avec 41,2 %.

Tableau VII: Répartition des patientes selon la Durée du travail d'accouchement en heure

Durée du travail d'accouchement en heure	Effectifs	Pourcentage
Inferieur a 6heures	67	20,7
6 à 12heures	126	39,0
Supérieur à 12herures	33	30,1
Non précisée	97	10,2
Total	323	100

Dans notre étude, 39% de nos patientes ont accouchées avant 10heures avec des extrêmes de 6 heures et de 12heures.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'ATCD Médicaux

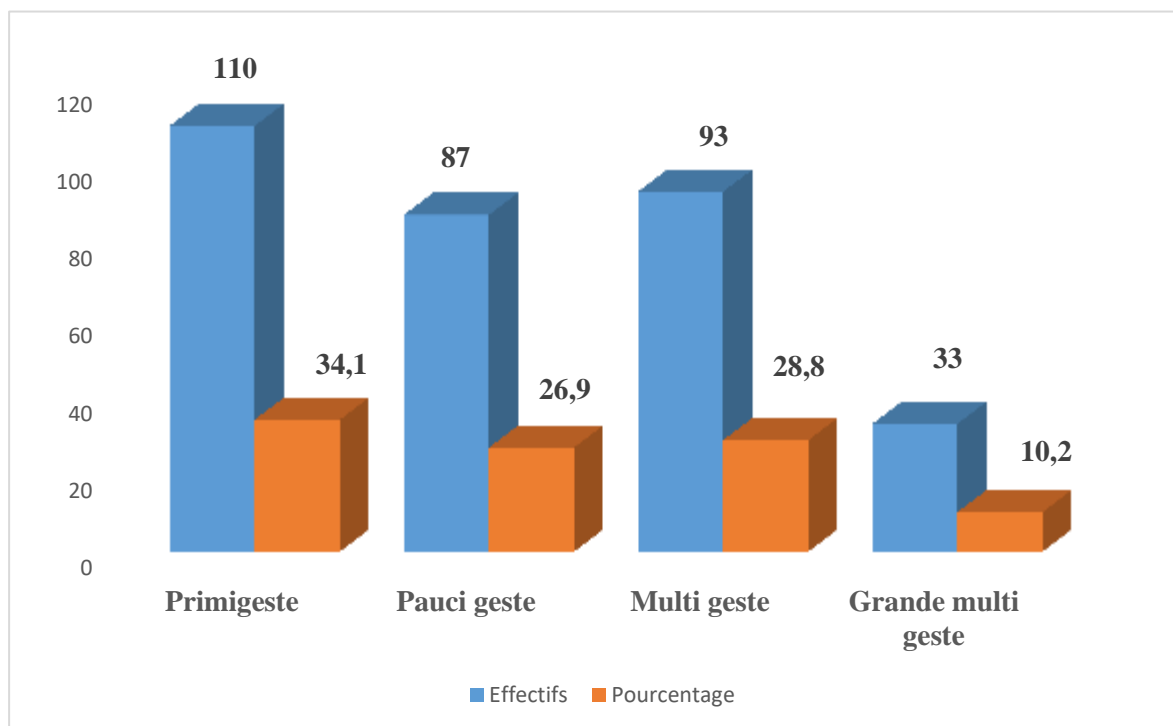
ATCD Médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	24	7,5
Drépanocytose	1	0,3
Diabète	4	1,2
Néant	294	91,0
Total	323	100

L'HTA était présente chez 7,5% de nos patientes.

Tableau IX: Répartition des patientes selon l'ATCD Chirurgicaux

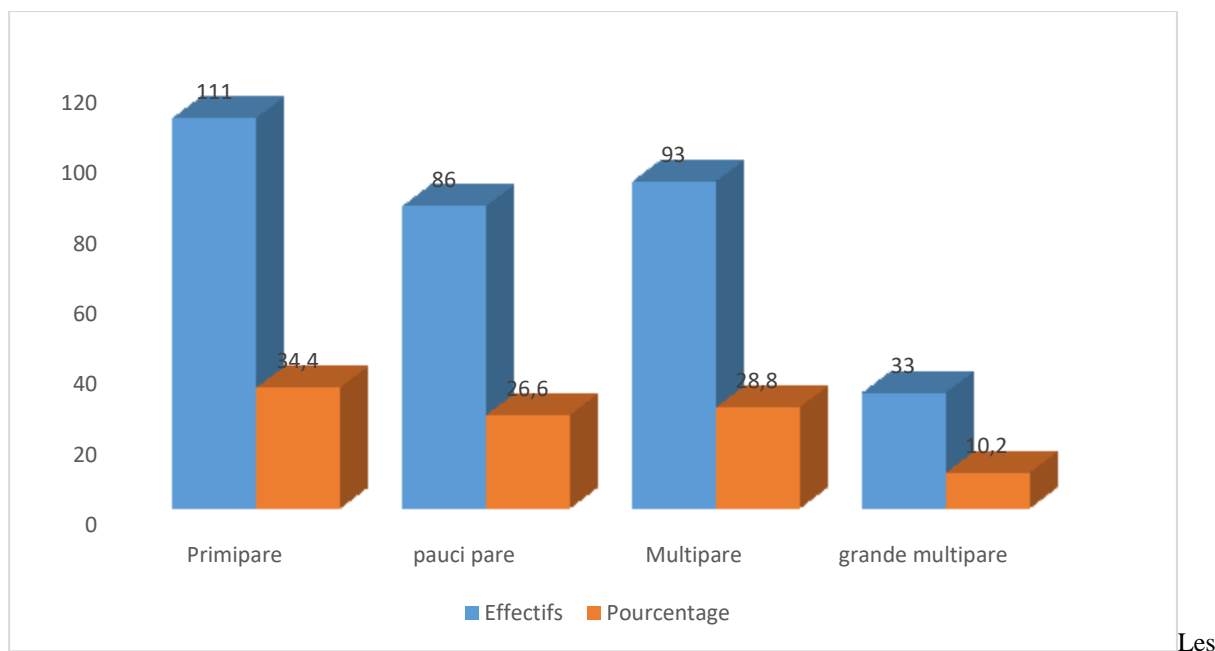
ATCD Chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
GEU	1	0,3
Césarienne	16	4,9
Myomectomie	3	0,9
Néant	303	93,9
Total	323	100

Quatre virgule neuf pourcent des patientes avaient une cicatrice de la césarienne.



Les primigestes occupaient le premier rang avec 34,1% de notre étude.

Figure 6: Répartition des patientes selon la gestité



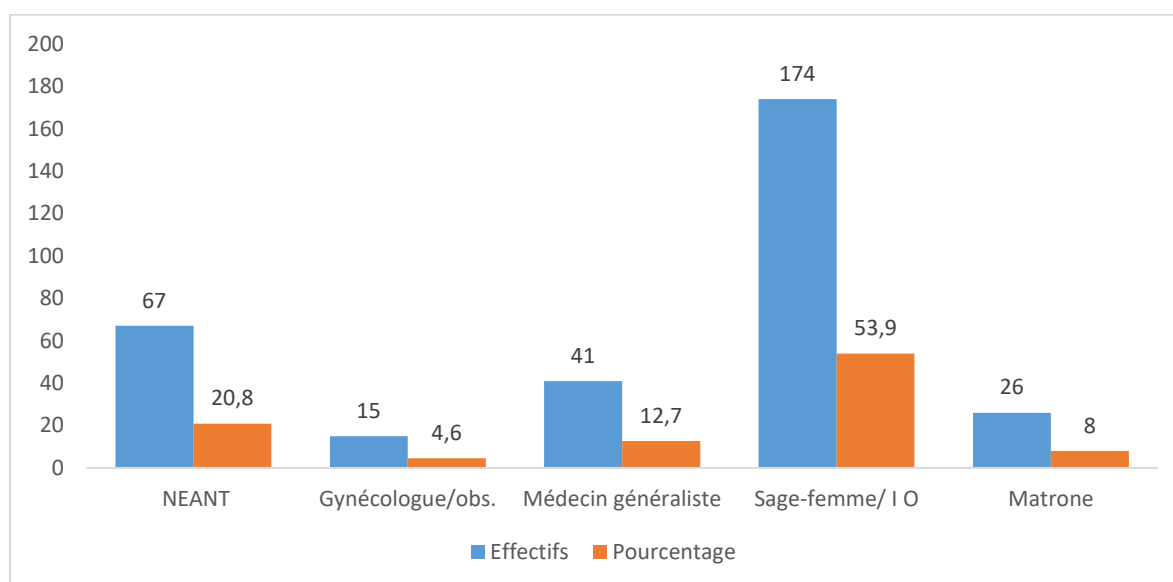
Les primipares étaient les plus représentées avec 34,4 % de notre étude.

Figure 7: Répartition des patientes selon la parité.

Tableau X: Répartition des patientes selon le Nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage
0	68	21
1-3	155	48
4 et plus	100	31
Total	323	100

Près de la moitié de nos femmes n'avaient fait que 3 consultations prénatales soit 48%



Le suivi de plus de la moitié de nos femmes a été effectué par les sages-femmes /I.O soit une fréquence de 53,9%.

Figure 8: Répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Tableau XI: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Avant terme	12	3,7
Terme	298	92,3
Post terme	13	4
Total	323	100

Les grossesses à terme étaient observées dans 92,3% de notre étude.

Tableau XII: Répartition des patientes selon les Facteurs du risque de l'hémorragie du post-partum pendant la grossesse

Facteurs du risque de l'hémorragie du post-partum pendant la grossesse	Effectifs	Pourcentage
HTA	9	2,8
Grossesse multiple	21	6,5
Grande multipare	29	9
Hydramnios	10	3,1
Macrosomie fœtale	7	2,2
ATCD d'hémorragie du post-partum	21	6,5
Placenta prævia	4	1,2
HRP	12	3,7
Aucun	210	65
Total	323	100

Parmi les facteurs de risque retrouvé, la grande multiparité était la plus représenté avec 9%.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

Etat général à l'admission	Effectifs	Pourcentage
Bon	216	67
Passable	101	31
Altéré	6	2
Total	323	100

La majorité des patientes étaient admises avec un bon état général soit 67%.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives à l'admission

Coloration des conjonctives à l'admission	Effectifs	Pourcentage
Bien colorées	274	84,8
Moyennement colorées	48	14,9
Pâleur	1	0,3
Total	323	100

La majorité de nos patientes avaient une bonne coloration conjontivo-palmo-plantaire soit 84,8%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse normale	230	71,2
Voie basse/Ventouse	79	24.5
Césarienne	11	3,4
Rupture utérine	3	0,9
Total	323	100

L'accouchement a eu lieu par voie basse chez 309 patientes soit une fréquence de 95,7%.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon la qualité de l'accoucheur

Qualité de l'accoucheur	Effectifs	Pourcentage
Gynécologue/obstétricien	3	0,9
Médecin généraliste	54	16,7
Interne	8	2,5
Sage-femme/ I O	226	70
Matrone	32	9,9
Total	323	100

Dans notre étude plus de la moitié des accouchements ont été effectuée par les sages-femmes avec une fréquence de 70%.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né en gramme

Poids du nouveau-né en gramme	Effectifs	Pourcentage
Inferieur à 2500	55	17
2500-3999	247	76,5
Supérieur ou égal à 4000	21	6,5
Total	323	100

La macrosomie fœtale occupait 6.5% de notre étude.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le type de délivrance

Type de délivrance	Effectifs	Pourcentage
Naturelle	3	0,9
Artificielle	11	3,4
Active GATPA	309	95,7
Total	323	100

La délivrance a été active dans 95,7% des cas.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la Cause de l'hémorragie

Cause de l'hémorragie	Effectifs	Pourcentage
Rétention placentaire	76	23,5
Atonie utérine	128	39,6
Trouble de la coagulation	18	5,6
Déchirure des parties molles	101	31,3
Total	323	100

Parmi les causes de l'HPPI, atonie utérine était la plus fréquente avec 39,6% ; suivaient les traumatismes de la filière génitale soit 31,3%.

Les débris placentaires étaient la cause de rétention du placenta la plus représenté soit 31,9%.

Tableau XX: Répartition des patientes selon les gestes obstétricaux réalisées après l'accouchement

Geste obstétricaux réalise après l'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Massage utérin	68	21
Révision utérine	14	4,1
Révision + Massage utérin	241	74,9
Total	323	100

Les ¾ de nos accouchées ont bénéficié d'une révision combinée au massage utérin soit 74,9%

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la coloration des muqueuses et des téguments après diagnostic de l'HPPI

Coloration des Muqueuses et des Téguments	Effectifs	Pourcentage
Colorées	6	1,8
Moyennement colorées	174	53,9
Pales	143	44,3
Total	323	100

L'anémie clinique était observée dans 44,3% de nos patientes.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la pression artérielle après diagnostic de l'HPPI

Pression artérielle	Effectifs	Pourcentage
Normale	131	40,6
Basse	153	47,3
Imprenable	39	12,1
Total	323	100

Douze virgule un pourcent de nos patientes étaient dans un état de choc hypovolémique

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le pouls après diagnostic de l'HPPI

Pouls	Effectifs	Pourcentage
Pulsation normale (inférieur à 100)	165	51,1
Filant (supérieur à 100)	135	41,8
Imprenable	23	7,1
Total	323	100

Les patientes ayant un pouls imprenable ont représenté 7,1%.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon les résultats l'examen du périnée et de la vulve

Examen du périnée et de la vulve	Effectifs	Pourcentage
Déchirure périnéale	38	11,8
Déchirure vulvo-périnéale	12	3,7
Aucune	273	84,5
Total	323	100

L'examen du périnée et de la vulve a noté des lésions vulvo-périnéales dans 3,7% contre 11,8% pour des déchirures périnéales.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon les résultats de l'examen sous valves

Examen sous valves	Effectifs	Pourcentage
Déchirure vaginale	14	4,3
Déchirure cervicale	57	17,6
Déchirure vaginale +cervicale	29	9,1
Aucune	223	69
Total	323	100

Dans notre série, les déchirures cervicales ont été notées dans 17,6% au cours de l'examen sous valves

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon les résultats de la surveillance du post-partum dans les 6heures

Surveillance du post-partum dans les 6heures	Effectifs	Pourcentage
Néant	85	27,3
saignement minime	73	24,8
saignement+	150	47,4
saignement++	15	0,5
Total	323	100

Le saignement d'abondance normale était observé dans 47,4% au cours de la surveillance du post-partum.

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le nombre d'unité de sang transfusé au cours de traitement

Nombre d'unités de sang transfusés au cours de traitement	Effectifs	Pourcentage
0	96	29,7
1	95	29,4
2	88	27,5
3	36	11
4	5	1,5
5	3	0,9
Total	323	100

Nos patientes avaient bénéficié au moins une unité de sang iso groupe iso rhésus dans 29,4% avec le plus grand nombre d'unité transfusé 5.

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon le traitement médical reçu

Traitement reçu	Effectifs	Pourcentage
Uterotoniques	2	0,6
Uterotonique + prostaglandine+ transfusion	141	43,7
Uterotonique +prostaglandine	78	24,1
Uterotonique + macromolécule	8	2,5
Transfusion	2	0,6
Uterotonique+ macromolécule+ prostaglandine+ transfusion	92	28,8
Total	323	100

Dans 43,7% des cas, nos patientes avaient reçus comme traitement médical les uterotoniques, les macromolécules et de la transfusion ; par contre 28,8% ont bénéficié de la prostaglandine en plus de ces traitements.

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Suture des berges des parties molles	119	36,8
Ligature artérielle	28	8,7
Hysterorraphie	12	3,7
Hystérectomie d'hémostase	16	5
Aucun	148	45,8
Total	323	100

La suture des berges des parties molles a constitué 36,8% du traitement chirurgical tandis l'hystérectomie d'hémostase a occupé 5%.

Tableau XXX: Répartition des patientes selon le pronostic des patientes après prise en charge

Pronostic des patientes après prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Bon état	118	36,5
Passable	192	59,5
Décès	13	4
Total	323	100

Nous avons déploré 13 cas de décès maternel soit 4% de notre étude.

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon la cause du décès

Causes du décès	Effectifs	Pourcentage
	309	95,7
CIVD	7	2,5
Hypovolémie	6	1,8
Total	323	100

La coagulation intravasculaire disséminée était le plus représenté soit 2,5%

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon le groupe de la femme

Groupe de la femme	Effectifs	Pourcentage
A	73	22,6
B	72	22,3
AB	24	7,4
O	154	47,7
Total	323	100

Nous avons enregistré le groupe O dans 47,7% de nos patientes.

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage
Inferieur a 7	171	52,9
7-11	151	46,8
Supérieur à 11	1	0,3
Total	323	100

Les femmes qui avaient un taux d'hémoglobine inferieur 7grammes ont occupé le premier rang soit 52,9 %

Tableau XXXIV: Répartition des patientes en fonction du poids des nouveau-nées en gramme et la survenue de l'hémorragie du post-partum

Poids en gramme	Causes de l'hémorragie du post-partum				Total
	Rétention placentaire	atonie utérine	trouble de la coagulation	Déchirure des parties molles	
Inferieur a 2500	14	21	3	9	47
2500-3999	52	80	12	70	214
Supérieur ou égale à 4000	1	9	0	8	18
TOTAL	67	110	15	87	279

X²= 8,7152

P= 0,1902

Nous n'avons pas eu de corrélation statistiquement significative entre le poids du nouveau-né en gramme et la survenue de l'HPPI (p>0,05)

Tableau XXXV: Répartition des patientes en fonction de la qualité de l'accoucheur et les causes de l'hémorragie du post-partum

Qualité de l'accoucheur	Causes de l'hémorragie du post-partum				Total
	Rétention placentaire	atonie utérine	trouble de la coagulation	Déchirure des parties molles	
Gynécologue/obstétricien	0	3	0	0	3
Médecin généraliste	8	20	8	14	50
Interne	1	4	1	1	7
Sage-femme/ I O	50	75	6	66	197
Matrone	8	8	0	6	22
TOTAL	67	110	15	87	279

$\chi^2=24,4322$

$P= 0,0178$

Nous avons eu de corrélation statistiquement significative entre la qualification de l'accoucheur et la survenue de l'hémorragie ($p<0,05$). C'est-à-dire la survenue des HPPI peut dépendre de la qualité de l'accoucheur

Tableau XXXVI: Répartition des patientes en fonction de la durée du travail d'accouchement et les causes de l'hémorragie du post-partum

Durée du travail d'accouchement	Causes de l'hémorragie du post-partum				Total
	Rétention placentaire	atonie utérine	trouble de la coagulation	Déchirure des parties molles	
Inférieur à 6 heures	17	39	3	25	84
6-12 heures	34	37	6	37	114
Supérieur à 12 heures	16	34	6	24	80
TOTAL	67	110	15	86	278

$\chi^2= 6,5835$

$P=0,3611$

Nous n'avons pas eu de corrélation statistiquement significative entre la durée du travail d'accouchement et les causes de l'HPPI ($p>0,05$)

Tableau XXXVII: Répartition des patientes en fonction de la parité et les causes de l'hémorragie du post-partum

Parité	Causes de l'hémorragie du post-partum				Total
	Rétention placentaire	atonie utérine	trouble de la coagulation	Déchirure des parties molles	
Primipare	25	31	2	41	99
pauci pare	12	30	5	22	69
Multipare	22	32	7	21	82
grande	8	17	1	3	29
multipare	67	110	15	87	279
TOTAL					

X²=18,8871

P= 0,0262

Nous avons eu une corrélation statistiquement significative entre la parité et la survenue de l'hémorragie (anomalie liée au placenta ; atonie utérine ; p<0,05).

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes en fonction de l'âge et les causes de l'hémorragie du post-partum

Age	Causes de l'hémorragie du post-partum				Total
	Rétention placentaire	atonie utérine	trouble de la coagulation	Déchirure des parties molles	
inferieur a 19ans	19	29	1	33	82
20-35ans	44	67	14	50	175
supérieur à 35ans	4	14	0	4	22
TOTAL	67	110	15	87	279

X²=13,9292

P= 0,0304

Nous avons eu de corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de l'hémorragie (p<0,05).

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

LA FREQUENCE :

L'hémorragie du post-partum est une préoccupation constante des équipes obstétricales et anesthésiques des maternités.

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 323 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur un total de 9110 accouchements, soit une fréquence de 3,55% répartis comme suit :

-Hémorragie de la délivrance : 63,1%

-Atonie utérine : 39,6%

-Rétention placentaire : 23,5%

-Traumatisme de la filière génitale : 31,3%

-Trouble de la coagulation : 5,6%

Il s'agit d'une situation fréquente qui engage le pronostic vital maternel, il constitue la première cause du décès dans notre centre. Cette mortalité due à l'HPP est proportionnelle à la prévalence nationale (30%) rapporté par EDS VI-2018[12]

La fréquence d'HPPI retrouvée dans notre étude est supérieure à celle retrouvée par GUINDO I. [16] (2,63% en 2012) au CSRéf de Kati, DIAWARA CO. [39] (2,49% en 2008) au CS Réf de Koutiala. Ceci peut s'expliquer d'une part par une probable surestimation du nombre d'hémorragies en salle d'accouchement en raison des habitudes du service de considérer comme une hémorragie tout saignement paraissant supérieur à la normale afin d'éviter tout retard diagnostic et d'autre part par le niveau de soins de la maternité qui prend en charge un nombre élevé de grossesses à haut risque référé par les CSCOMS. Par contre inférieur à celle retrouvée par MAIGA SI. [15] (4,23% en 2009) au CSRéf de la C.I, DIALLO T [14] (5,14% en 2012) au CSRéf de la C.V.

CARACTERES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

- **Age :** Nos parturientes avaient une tranche d'âge de 16-41ans avec un âge moyen de 26ans.

La tranche d'âge de 20-35ans correspond à la période où l'activité obstétricale est la plus élevée dans notre étude avec 63,8% cette fréquence est similaire PAMBOU O et coll. [40], COULIBALY S. [41] et MAIGA SI. [15] qui ont rapporté respectivement 68,75%, 64,3% et 46,5%.

Nous avons trouvé une corrélation statistique significative entre l'âge et la cause de l'hémorragie du post-partum.

- **Ethnies :** les bambaras étaient les plus présentés avec une fréquence de 33,7% suivit des peulh avec une fréquence de 20,7%. Ceci peut être expliquée par les bambaras comme ethnie la plus nombreuse dans notre zone étude. Ces taux sont supérieurs à celui retrouvé par YADJANGO M. [42] respectivement 21,3% et 19,7%.
- **Le statut matrimonial :** les femmes mariées venaient du premier rang avec 93,5%. Ce taux est proche à celui de MAIGA SI. [15] et ONGOIBA IH. [43] respectivement 95% et 90,3% mais supérieurs à celui de KEITA S. (87%) [13] et de DIALLO B. [44] (78%). Pas de corrélation significative entre le statut matrimonial et la survenue de l'HPPI.
- **Profession :** les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 70,9% de notre étude. Ce taux est comparable à celui de MAIGA SI. [15] qui a eu 73,5 % et inférieur à celui de KEITA S. [13] 81,2% Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femmes au foyer, femmes célibataires). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les ménagères ne réalisent presque pas de CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque obstétricaux non identifiés.

ADMISSION :

- **Provenance :** les patientes référées en provenance des CSCOM ont représentés 41,2% et 33,1% des structures privées dans notre étude. Ces fréquences sont inférieures à ceux retrouvés par MAIGA SI. [15]53,5%, JEDDI YM. [45] 82% et KASSAMBARA BN. [46] qui ont montré 2,4% pour les structures privées. Ceci pourrait être expliqué par la multiplication des structures privées du jour au lendemain dans le secteur et que les femmes fréquentes moins les CSCOM.

- **Mode d'admission :** Dans notre série 64,4% de patientes étaient des évacuées et 35,6% sont venues d'elles-mêmes. Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par YADJANGO M. [42] 42,6% en 2013. Cette augmentation pourrait expliquer l'importance accordée au système de référence / évacuation par les agents de santé lorsque une prise en charge nécessite un niveau supérieur.

LES ANTECEDANTS (ATCD):

- **ATCD médicaux :** L'HTA a été la pathologie la plus fréquente avec 7,5%, ce résultat est inférieur à celui de MAIGA SI. [15] qui a eu 4,5% et supérieur à celui de COULIBALY SS. [41] 11,4%.

- **ATCD chirurgicaux :**

-les cicatrices utérines :

La césarienne avait été faite chez 4,9% de nos patientes

La myomectomie était réalisée dans 0,9% des patientes

Ces cicatrices peuvent être le siège d'adhérences placentaires qui peuvent être responsables de rétentions placentaires et de placenta accréta. Ce taux est comparable à celui COULIBALY SS. [41] qui a eu 4,2% et inférieur à celui de MAIGA SI. [15] qui a trouvé 6,5 % des cas.

- **ATCD Obstétricaux :**

-Gestité : Il est ressorti de notre étude plus de primigestes et les pauci gestes qui ont présentés une HPPI avec 34,1% et 26,9%.

-Parité : Dans 34,4% des cas, nos patientes étaient des primipares et dans 26,6% des pauci pares. Ce taux de primiparité est inférieur à celui de COULIBALY. SS. [41] qui avait obtenu 45% de primipares et 33,6% de pauci pares. Cette différence pourrait s'expliquer par la réduction des mariages précoces dans notre société. Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie par traumatisme de la filière génitale et la primiparité ($P < 0,05$). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont des tissus peu étoffés prédisposant ces femmes à des lésions de la filière génitale.

Les grandes multipares représentaient 10,2% dans notre série, ce taux est inférieur à ceux de MAIGA SI. [15] 16,5% et de ONGOÏBA IH. [43] (18,8%).

Nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la survenue de l'hémorragie par atonie utérine et la multiparité avec ($P=0,002$). Ceci pourrait s'expliquer par le mauvais état rétractile des fibres musculaires lisses et du mauvais suivi prénatal au cours de la grossesse.

- **CPN :** Nous avons trouvé 76,8% des patientes ayant fait de CPN. KASSAMBARA NB. [46] et KEITA S. [13] ont rapporté respectivement 93,3 % et 88,9% de celles qui ont fait la CPN. Cela dénote que les CPN n'ont pas été correctement et complètement effectuées, puisque l'un des objectifs de CPN est de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, de dépister les grossesses à risques afin d'entreprendre les mesures d'évacuations.

EXAMENS CLINIQUES :

- **Nombre de fœtus et terme de la grossesse :** Dans 92,3% les grossesses étaient à terme contre 3,7% de prématurités et 4% des patientes avaient accouché après le terme théorique. Le nombre de grossesse non à terme enregistré par KEITA S. [13] 8%, et JEDDI YM. 11,04 % [45].

Selon LACOMME M [47] la prématurité peut entraîner une rétention placentaire ; se compliquant d'hémorragie de la délivrance. Cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

[3,7%] des HPP concernait des grossesses gémellaires, 14,3% une HU supérieure à 36 cm ce qui par surdistention utérine peut favoriser une hémorragie de la délivrance.

- **Durée du travail :** Chez 30,1% le travail a duré plus de 12heures, cette durée anormalement longue du travail d'accouchement peut favoriser une hémorragie de la délivrance par atonie utérine. DIALLO B. [44] et DIALLO A. [48]. Ont rapporté respectivement 11.3% et 14%. KEITA S. [13] et TRAORE MT. [25] rapporté respectivement 25,4% et 39,35%. De même un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et de ces annexes. Le poids de fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise ainsi la rétention des cotylédons d'une part et un traumatisme de la filière génitale d'autre part. Cependant nous avons enregistré 39% de durée de travail inférieur à 12heures. Chez 10,2 % la durée du travail n'était pas précisée.
- **Lieu et mode d'accouchement :** Dans notre étude, 95,7% de nos patientes ont accouché par voie basse au CSRéf. De la CVI ou référé du CSCOM après accouchement. Parmi ces accouchements par voie basse ; 17% de ces femmes avaient accouché à domicile avec délivrance effectuée au CSRéf. De la C VI, elles arrivent à bord d'un taxi ou autre moyen de

transport avec le cordon ombilical à la vulve. Ce taux d'accouchement à domicile est nettement supérieur à ceux de KEITA S. [13] et de COULIBALY SS. [41] qui ont obtenu respectivement 13,04% et 3,2%.

➤ **Principales étiologies retrouvées :**

Les étiologies retrouvées ont été :

- ✓ **Hémorragie de la délivrance :** Elle représente le type d'hémorragie le plus fréquemment rencontré avec 72,8%. L'hémorragie de la délivrance reste un problème majeur de santé publique, puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle. Ce taux est nettement supérieur à celui de NEM TCHUETN [23] qui a trouvé que 59,3% des décès maternels au Centre de Santé de Référence de la Commune V liés aux complications des hémorragies de la délivrance. Parmi les étiologies des hémorragies de la délivrance, nous avons trouvé :

128 cas d'atonie utérine soit 39,6% et parmi ces 128 cas, 7 cas avaient évolué vers la CIVD soit 2,5%.

76 cas de rétention placentaire soit 23,5%. Ce taux d'hémorragie de la délivrance est supérieur à celui de COULIBALY SS. [41] (50,7%) et MAIGA SI. [15] (50,5%).

- ✓ **Les traumatismes de la filière génitale** ont été notés 31,3% des cas. Ils sont repartis comme suit :

a) Déchirures du col utérin : 57 cas soit 17,6%. Ce taux inférieur à celui de TRAORE MT. [25] qui a rapporté 21,52% ;

b) Déchirures vaginales : 14 cas soit 4,3% ;

c) Déchirures cervico-vaginales : 29cas, soit 9,1% des traumatismes. Taux inférieur à celui rapporté par DIALLO B. [44] (31%);

d) Rupture utérine : elle a été retrouvée dans 0,9% des cas. Ce taux est supérieur à ceux de COULIBALY SS. [41] et de TRAORE MT. [25] qui ont obtenu respectivement 1,4% et 2,05%.

Nous avons remarqué que tous ces cas d'hémorragie peuvent s'expliquer par trois situations

♣ Une poussée expulsive sur un col incomplètement dilaté ;

♣ Une expression utérine à dilatation cervicale incomplète ;

♣ L'utilisation abusive d'ocytocine en perfusion.

➤ **Paramètres Fœtaux :**

Poids des nouveau-nés : Le poids supérieur à 4000 g avait été retrouvé chez 6,5% des nouveau-nés, ce taux est nettement supérieur à celui de KEITA S. [13] 4,3% et comparable à celui de COULIBALY. SS. [41] 7,7%.

➤ **Modes thérapeutiques :**

L'hémorragie du post-partum est une urgence obstétrico-anesthésique. La prise en charge doit se faire conjointement entre le gynécologue-obstétricien, l'anesthésiste réanimateur, la sage-femme et les infirmières. L'heure de début de prise en charge doit être soigneusement notée

(T0) car les actions entreprises sont chronophages et les délais de réponse aux traitements peuvent influencer les stratégies thérapeutiques.

◆ **Techniques et gestes obstétricales :** la révision utérine et le massage utérin ont été les gestes obstétricaux auxquels nous avons recourus en premier lieu avec respectivement 98,5% et 98,8%. Elle a permis d'assurer la vacuité utérine et l'hémostase dans la majorité des cas. Par contre elle était systématique avec Dembélé C. [49].

Le tamponnement bi manuel a été effectué chez 25,1% des patientes.

◆ **Prise en charge médicale :** la thérapeutique que nous avons adoptée n'est pas différente de celle des autres, 39,6% des hémorragies du post-partum étant liées à une atonie utérine dont le traitement initial repose sur la mise en route de traitements utéro toniques.

- **Ocytocine (Syntocinon®) :** traitement de première intention administré dans 90,2% des cas.

L'administration se fait initialement en bolus de 10 unités puis perfusion d'entretien sans dépasser 50 à 60 unités par jour en raison du risque d'intoxication par l'eau au-delà de cette dose (effet ADH-like). En cas d'inefficacité au bout de 10 à 20 minutes, mise en route d'un traitement utéro tonique plus puissant.

- **Misoprostol (Cytotec®) :** administré en intra-rectale (5 comprimés) dans 95% des HPP, il est dérivé synthétique de la prostaglandine E2. Il s'agit d'un puissant utéro tonique. Traitement de référence des hémorragies par atonie utérine résistant à l'ocytocine après 20 minutes de traitement.

Dans 32,8% nous avons perfusé avec de la macromolécule pour corriger l'hypovolémie, et 69% ont nécessité une transfusion. Ce résultat est supérieur à ceux de KEITA S. [13] et DIALLO B. [44], qui ont respectivement une fréquence de 44,80% et 47,8% de transfusion sanguine. 43,7% des patientes ont reçu du misoprostol en intra rectale en plus de l'ocytocine

- ◆ **Prise en charge Chirurgicale :** Elle se répartit en traitement conservateur préservant la fertilité ultérieure et traitement radical de dernier recours. Le traitement conservateur a concerné d'une part la suture des parties molles dans 36,8% des HPP et d'autre part 3,7% de laparotomie pour hystérorraphie. Quant au traitement radical il a concerné c'est à dire l'hystérectomie partielle d'hémostase dans 5%. Cette fréquence est supérieure à celui de Coulibaly SS. [41] qui a rapporté 1,4%. La ligature des artères hypogastriques a été observée dans 8,7% des traitements chirurgicaux.

L'embolisation est aussi un des moyens chirurgicaux pour arrêter l'hémorragie mais c'est une pratique qui n'est pas encore utilisée dans notre service.

- **Pronostic maternel :** Nous avons enregistré 13 cas de décès maternels, soit un taux de 4%. Ces patientes ont été toutes évacuées suite à des hémorragies graves par atonie utérine ou déchirures des paries molles des CSCOM vers le CSRéf de la CVI. Notre taux est supérieur à celui de COULIBALY SS. [41] 2,1%, mais inférieur à ceux de ONGOÏBA IH. [43] et de DIALLO A. [48] qui avaient trouvé respectivement 19,7%, 23,2%.
- **pronostic néonatal :** Nous avons colligé 30 cas soit 9,29% de mort fœtal in utero dont 6 cas de mort fœtale in utero avec rétention fœtale de plus de 72 heures. Cette mort fœtale in utero est incriminée dans les troubles de la coagulation survenant au cours de la délivrance, par passage de thromboplastine dans la circulation générale de la patiente.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

VII.1. Conclusion :

L'hémorragie du post-partum immédiat est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, elle est l'une des causes de mortalité maternelle dans notre service. Elle demeure aussi une urgence obstétricale fréquente en pratique. La fréquence des HPPI était de 3,55% dont la majorité de nos patientes provenait des CSCOM et des structures privées. La tranche d'âge comprise entre 20 –35 ans était la plus touchée avec l'âge moyen 26 ans. L'hémorragie du post partum a constitué le premier motif d'évacuation immédiatement après l'accouchement. Les étiologies ont été l'hémorragie de la délivrance, le traumatisme de la filière génitale et les troubles de coagulations. Les facteurs de risque retrouvés sont dominés par la grande multiparité mais aussi les grossesses multiples, les antécédents des hémorragies du post-partum, la surdistention de l'utérus, l'hypertension artérielle et l'hématome retro-placentaire ont été notés. Les hémorragies du post-partum (primaire ou secondaire) restent une urgence obstétricale dont l'issue peut être fatale en l'absence de traitement précoce et approprié. Néanmoins elles restent la complication majeure de l'accouchement et la principale cause de morbidité et de mortalité maternelles. Seul l'organisation de la référence/évacuation, la formation continue du personnel, le respect des normes et procédures en santé de la reproduction et la prise en charge précoce peuvent améliorer la situation.

VII.2. Recommandations :

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent :

➤ **Au Ministère de la santé (aux autorités) :**

Assurer la formation continue du personnel de santé ayant en charge l'accouchement (médecin, sage-femme et matrone),

Doter le CSRef en unités de réanimation pour une meilleure prise en charge des patientes.

➤ **A l'administration du CSRef C. VI :**

Assurer la formation continue du personnel

Redynamiser et réorganiser la gestion et l'approvisionnement d'une banque de sang ;

Mettre en place une bonne stratégie du système de référence évacuation ;

Renforcer le code de partenariat avec les structures privées

Doter la pharmacie du CSRef en acide tranexamique

➤ **aux prestataires de santé :**

Sensibiliser les femmes à faire les consultations pré et post-natales ;

Dépister au cours des consultations prénatales, les grossesses à risque et les adresser aux spécialistes pour la prise en charge des grossesses et de l'accouchement ;

Utilisation systématique du programme dès l'entrée de la gestante en salle d'accouchement ;

Observer les normes et procédures pour la prise en charge du travail d'accouchement ;

➤ **Aux gestantes et à la communauté :**

Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;

Eviter les accouchements à domicile, en faisant recours au centre de santé ;

Promouvoir une culture de Don de sang par la communauté ;

Redynamiser l'Association des Donneurs Volontaires de Sang.

➤ **Aux Centres de santé communautaires :**

Evacuer les patientes par ambulance avec un prestataire qualifié à bord ;

ETUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Assurée la prise en charge des accouchements par uniquement des prestataires qualifiés : Médecin, Sage-femme et infirmière obstétricienne ;

➤ Structures privées :

Intégrer le code de collaboration publique instauré par le CSRef de la C.VI

Evacuer les patientes par ambulance, solliciter le CSRef ou le CSCOM de la localité ;

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS**, Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique Troisième édition (2018) p59
2. **Net work** de meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies. Net Work 1997; vol 17 n° 4: 1-7
3. **Detourrie H ; Hevrison R ; Delecour. M.** : Abréger illustré de gynécologie obstétrique 6ème édition, 1995 :122-7. 16
4. **King Pa., Duthie S.J., Dong ZG., Mahk** Secondary post-partum hémorragie. J. ObstetGynaecol 1989;29: 394– 8
5. **Goffinet F et al.** Postpartum hémorragie: recommandations for clinical practice by the CNGOF (December 2004). GynecolObstetFertil, 2005; 33(4): 268-274.
6. **Julie J.** Prise en charge de l'hémorragie grave du post-partum : impact des recommandations nationales de 2004 dans une maternité de niveau II. Thèse Med, Nancy 2011 N°3752 : 110p.
7. **OMS** : Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale (1999) :49.
8. **Aissata Seck Sall** Etude sur les hemorragies du post-partum a propos de 132cas pour 4961accouchements .2010 DAKAR
9. **Patrick DN.** Hemorragies de la période de la délivrance dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire yalgado ouedrago : Aspects épidémio-cliniques et pronostic maternel. À propos de 251 cas 2011.
10. **Touré A.** Ecra (1), A. Horo (1), M. Fanny (1), H. Ouattara (2), S. Adjoussou (1) & M. Koné (1) (1) La délivrance dirigée systématique : analyse d'une série de 200 cas recrutés à l'hôpital général d'Abobo (Abidjan, Côte d'Ivoire). Hôpital général d'Abobo, Côte d'Ivoire. Manuscrit n° 3036. "Santé publique". Reçu le 21 novembre 2006. Accepté le 9 janvier 2007.
11. **Atade J, Adisso S, Alihonou E.** Stratégie de réduction du taux de létalité des hémorragies du postpartum a la Maternité du CHDU-B Parakou. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. 24 Août 2006. BENIN

12. **EDS VI (2018)** : sixième enquête démographique et de santé du mali 340.P
13. **Keita S.** Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du point G. Bamako 1991-2001. Thèse Méd. Bamako 2003-99 : p 47.
14. **Diallo T.** Hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako Thèse Med, Bamako, 2012, N°96 95P
15. **Maiga SI.** Hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse méd ; Bamako 2009.N°145 : 125p.
16. **Guindo I.** Etude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de sante de référence de Kati. Thèse méd ; Bamako 2012.N°51 :120p.
17. **Merger R., Levy J., Merchior J.** précis d'obstétrique 6e édition masson. 1995 ; p 136-156 – 122.
- 18-**Arurkumaran S.** The surgical management of post-partum haemorrhage. Best practice and research clinical Obstet and gyneacol 2002, 16(1):81-98.
19. **Directive Nationale de la santé** : Enquête démographique de la santé au Mali ; évaluation nationale de l'office des soins obstétricaux d'urgence au Mali, 2003.
20. **Pigne A.; Freitel D.** : Déchirures obstétricales, paris, Masson, 1990 (chap 105) : 1353 – 1355
21. **Pelage JP et Coll.** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. J gynecol obstet Biol reprod 1999; 28: 55 – 61
22. **Marpeul ; Rhimiz ; Laurel et Al** : place de l'Embolisation artérielle pelvienne dans l e traitement des hémorragies graves de la délivrance .J. gynécol. Obstet Biol .reprod, 1992,21 : 233-235.
23. **Lankoande J.et Coll.** Hémorragie de la délivrance dans la maternité de yalgado Ouedraogo CHU de Ouagadougou burkina Faso, Dakar Médical 1998; 43(1): 57-9;. 34. Kwast B.E : Post-partum haemorrhage : Ist contribution to maternal mortality. Br J. Gynaecol and Obstet 1991; 7: 64-70.
- 24- **Clark SL, Yehsy, Phelan JP et AL:** Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage – Obstet Gynécol 1991; 77: 69-76. .
25. **Traoré M.T** : Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé référence de la commune V Bamako à propos de 488 cas thèse de Med Bamako, 2004-98p46
- 27-; **Barbarino A.; Bayoument F.; Bonnenfirnt - Barbirino-Monnier. P Mecreay V; Judun. P** : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post- partum- choc hémorragique ; encyclopédie médico-chirurgicale ; (Elsevier, paris), obstétrique 5-082 A AO, 1998 : 118.

28. **Eyoko Heba A.S** : Les références obstétricales à l'hôpital national du point < G> de 1985 à 2003. Thèse Méd, Bamako, 2006 ; n°88.
29. **Read JA; Cotton, O.B; Miller. FC**: Placenta accreta: changing clinical aspects obstetr gynaecol 1986. 56: 31-34 54. shiono p, Kle Banoff M; careyo; Midline episiotomies: More harm than good. Obstet gynaecol 1990, 75; 765-769
- 30-**Berg CJ, A Trash HK, Tucker M** : pregnancy related mortality in the united states,1966; 88: 161-7.
31. **Rault** : Hémorragie du post-partum Américan collège of obstétricians and gynécologist 2000P1-2
32. **Cristalli M., Levardon V. Izard; A. Cayol.** le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales. Jr gynécol Obtét biol repord 1991 ; 20 :851-4.
33. **MOURE J.C** : the action of ergot preparations on the puerperal uterus. Br Med J. 1932: 11 19-122.
- 34- **Beuthe D.**: Die beeinflussung der nach geburts periode durch methergin Z bl gynak 1956; 78: 1305-14.
- 35- **Tagaki.S. Yoshidat; Togo Y.**: The effects of intra myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post-partum haemorrhage prostaglandins, 1976, 12:565-579
- 36- **Bygdeman M.; Mukker, Wiquist N.** Effect of Infussion of PGE, PGE2 on the motility of the pregnant human uterus. Am. J. Obstet Gynecol 1968; 129: 918-9.
37. **Hertzr H.; Sokol. R.J; et Machin S.J.** Treatment of post-partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories obstet gynaecol; 1988; 56: 129.
38. **Henson G. ; Gough JO. ;Guillmer MDG**: Control of persistent primary post-partum haemorrhage to uterine atony with intravenous prostaglandin E2.B J.obstet gyneacol 1983; 9: 280-282.
39. **Diawara CO.** Hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Koutiala. Thèse Med; Bamako 2008.N°396:78p.
40. **Directive Nationale de la santé** : Enquête démographique de la santé au Mali ; évaluation nationale de l'office des soins obstétricaux d'urgence au Mali, 2003.
41. **Coulibaly SS.** : Hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Csref de la commune V de Bamako. Thèse Med. Bamako ; 2008-N°177
42. **Yadjango M.** : Etude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de sante de référence de San thèse de médecine -2013 N+97P

43. **Ongoiba IH.** : Hémorragie du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med, Bamako, 2006, N°96
44. **Diallo B.** : les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Bamako 1999, thèse de Méd : 199 ; N° 125.
45. **Jeddi YM.** Hémorragie de la délivrance à propos de 199 cas. Thèse méd ; Fès, 2013
N°088 : 206p.
46. **Kassambara NB.** Etude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de sante de référence de le C II du district de Bamako. Thèse de médecine 2013
N+ 133p.
47. **Lacomme M.** Pratique obstétrique, edit masson ; paris 1960 (Tome I), 127-131
48. **Diallo A.** : Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 1989 ; n°11.
49. **Dembélé C.** : Hémorragies du post partum immédiat au centre de santé de référence de Niono. Thèse Med, Bamako, 2010 ;

QUESTIONNAIRE

HPPI : Etude épidémiologique et thérapeutique dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

N° dossier /.....

I. Identification :

Q1. Numéro d'identification / _____ /

Q2. Age : / ____ /

Q3. Date : / ____ /

Q4. Résidence : / ____ / 1. Commune VI 2. District de Kati 3. Ouessébougou 4. Kalaban Coro

Q5. Ethnies : / ____ / 1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Sarakolé 5. Dogon 6. Sonhaï 7. Bozo 8. Autres

Q6. Scolarisation : / ____ / 1. Oui 2. Non

Si oui niveau d'étude /----/ 1. Niveau primaire 2. Niveau secondaire 3. Niveau supérieur

Q7. Profession : / ____ / 1. Ménagère 2. Elève/Étudiante 3. Fonctionnaire 4. Aide-ménagère 5. Vendeuse/Commerçante

Q8. Statut matrimonial : / ____ / 1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve

Q9. Mode d'admission : / ____ / 1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Évacuée

Q10. Motif d'évacuation : / _____ /

Q11. Conditions d'évacuation / / 1. Ambulance 2. Propre moyen 3. Accompagné par un agent santé

Q11.a. Voie veineuse périphérique sûre / / 1. Oui 2. Non

Q11.b. Groupage Rhésus faite / / 1. Oui 2. Non

Q11.c. Accompagné d'un donneur sang / / 1. Oui 2. Non

Si Oui le nombre / / 1. Une personne 2. Deux

Q12. Supports d'évacuation /...../ 1. Fiche d'évacuation 2. Fiche de surveillance 3. Autres

Q12. Durée du travail d'accouchement /...../

Q13. Lieu de provenance /_____/ 1. CSCOM 2. Structure privée 3. Domicile

II. Antécédents :

Q14. Médicaux : /_____/ 1. HTA 2. Drépanocytose 3. Diabète 4. Troublecoagulation 5. Autres 6. Neant

Q15. Chirurgicaux : /_____/ 1. Appendicectomie 2. GEU 3. Césarienne 4. Plastie tubaire 5. Myomectomie 6. Néant

Q16. Gynécologiques :

Q16a. Ménarche : /_____/ ans

Q16b. Durée des règles : /_____/ jours

Q16c. Caractère du cycle : /_____/ 1. Régulier 2. Irrégulier

Q16d. Contraception : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q16e. Pathologies de l'utérus : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q16f. Si oui type de pathologie : /_____/ 1. Mal formation utérine 2. Infection génitale 3. Fibrome utérin

Q17. Obstétricaux :

Q17a. Gestité : /_____/ 1. Primigeste 2. Multigeste 3. Grande multigeste

Q17b. Parité : /_____/ 1. Primipare 2. Multipare 3. Grande multipare

Q18. Enfants vivants : /_____/ 1. 1 – 2 enfants 2. 3 – 5 enfants 3. > 5 enfants

Q19. Enfants décèdes : /_____/ 1. 1 – 2 enfants 2. 3 – 5 enfants 3. > 5 enfants

Q20. Avortements : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si avortement, type : /_____/ 1. Spontané 2. Provoqué

Q21.AMIU : /____/ 1. Oui 2. Non

Q22.Accouchement prématuré : /____/ 1. Oui 2. Non

Q23.Accouchements multiples : /____/ 1. Oui 2. Non

Q24.Antécédent d'hémorragie post-partum : /____/ 1. Oui 2. Non

III. Caractères de la grossesse actuelle

Q25.Nombres de fœtus : /_____/

CPN: /____/ 1. Oui 2. Non Si CPN nombre : /_____/

Q26. Auteur CPN : /_____/1. Gynécologue/obstétricien 2. Médecin généraliste 3. Interne 4. Sage-femme/Infirmière obstétricienne 5. Matrone

Q27. Terme de la grossesse : /_____/1. Avant terme 2. Terme 3. Post terme

Q28.Facteurs de risque d'hémorragie du post-partum a été détecté /...../ 1.Oui
2.Non

Si Oui précisé

IV. Accouchement

4.1. Examen d'entrée :

Q29. Etat général : /____/ 1. Bon 2. Altéré

Q30. Conjonctives : /____/ 1. Colorées 2. Pâles

Q31- TA : /____/ 1. Basse 2. Normale 3. Elevée

Q32. Température /...../ 1.Hypothermie 2.Normale 3.Hyperthermie

Q33. Hauteur Utérine : /____/ en cm

Q34. Hydramnios : /_____/ 1.Oui 2.Non

Q35- MAF : /____/ 1. Oui 2. Non

Q36. BCF : /____/ 1. Oui 2. Non

Fi oui fréquence : /_____/ Batt /mn

Q37. RPM : /_____/ 1.Oui 2.Non

Si oui /----/ 1. Inférieur à 12H 2. Supérieur à 12H

Q38. Présentation du fœtus : /_____/ 1. Céphalique 2. Siège 3. Transverse

4.2. Travail d'accouchement

Q38. Spontané ou déclenché /...../ 1. Spontané 2. Déclenché

Q39. Fièvre au cours du travail : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q40. Bilan biologique : /_____/ 1. NFS 2. Groupe sanguin

Q41- Accouchement : /_____/ 1. Voie basse 2. Césarienne 3. Laparotomie

Q42. Extraction instrumentale : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si Extraction, type : /_____/ 1. Ventouse 2. Forceps

Q43. Episiotomie : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q44. Expression au cours de l'accouchement : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q45. Autres manœuvres obstétricales.....

Q46. Perfusion d'ocytocine /...../ 1.Oui 2.Non

Si Oui Indication.....

Q47. Durée du travail : /_____/ heures

Q48- Durée de l'expulsion : /_____/Mn

Q49- qualité de l'accoucheur : /_____/ 1. Gynécologue/obstétricien 2. MédecinGénéraliste3. Interne4. Sage-femme/Infirmière obstétricienne 4. Matrone 5. Autres.....

4.3. Délivrance

Q50- délivrance : /_____/ 1. Naturelle 2. Artificielle 3. Active (GATPA)

Q51.L'ocytocine (10UI) faite en IM dans la minute qui suit l'accouchement/..../ 1.Oui
2.Non

Q52.La traction contrôlée du cordon effectué avant la GATPA/...../ 1.Oui 2.Non

Q53.Examen du placenta

Q53.a. Poids du placenta : /_____/ grammes

Q53.b. Rétention placentaire : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si rétention, type : /_____/ 1. Placenta entier 2. Placenta partiel 3. Débris placentaires

Q53.c.Anomalies d'insertion placentaire : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si anomalies, type : /_____/ 1. Placenta prævia 2. Placenta accréta 3. Autres

Q54.Gestes obstétricaux réalisés après l'accouchement.....

Q55. Diagnostic de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Q56.Délivrance hémorragique : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si Oui estimation /-----/ en ml

Q57. Coloration des muqueuses et des téguments /...../ 1. Colorées 2. Moyennement colorées
3. Pâles

Q57. Pression artérielle /...../ 1. Normale 2. Basse 3. Imprenable

Q58. Pouls /...../ 1. Pulsation normale 2. Filant 3. Imprenable

Q59. Fréquence respiratoire /...../ 1. Normale 2. Polypnée

Q56. Utérus/ Globe de sécurité: /_____/ 1. Mal formé 2. Globe bien formé

Q70. Examen du périnée et de la vulve

Q61. Déchirure du périnée : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si déchirure périnéale, type : /_____/ 1. Incomplète 2. Complète 3. Compliquée

Q62. Déchirures vulvaires : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si déchirures vulvaires, /_____/ 1. Isolée 2. Antérieure 3. Vulvo-périnéale 4. Vulvo-vaginale

Q65. Thrombus vulvaire : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q71. Examen sous valve

Q63. Déchirure vaginale : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si déchirure vaginale, type : /_____/ 1. Basse périnéo-vaginale 2. Haute 3. Partie moyenne

Q64. Déchirure du col : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q66. Surveillance du post-partum dans les 6heures

4.5. Le nouveau-né

Q67. Nombre : /_____/

Q68. Sexe : /_____/ 1. Masculin 2. Féminin

Q69. Etat : /-----/ 1. Vivant 2. Décédé

Q70. Apgar : /_____/

Q71. Poids : /_____/ Grammes

Q72. Taille : /_____/ Cm

Q73. PC : /_____/ Cm

Q74. pT: /_____/ Cm

Q75. Malformations fœtales : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si jumeaux,

Apgar J2 /-----/

Taille J2 : /_____/ gramme

Poids J2 : /_____/ Cm

PC J2 : /-----/

PT J2 : /-----/

V. Traitement

5.1. Traitement du médical

Q52. Voie veineuse périphérique sure/...../ 1. Oui 2. Non

Q55. Perfusion d'ocytocine /...../ 1. Oui 2. Non

Q53. Macromolécules/...../ 1. Oui 2. Non

Q 54. Transfusion/...../ 1. Oui 2. Non

Si transfusion, le nombre d'unité de sang/...../

Q76. Antibiotiques /...../ 1. Oui 2. Non

Q77. Supplémentation en fer /...../ 1. Oui 2. Non

5.2. Traitement obstétrical :

Q83. Délivrance artificielle : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q84. Révision utérine : /_____/ 1. Oui 2. Non

Q82. Massages utérin: /_____/ 1. Oui 2. Non

Q83. Tamponnement bi manuel /...../ 1. Oui 2. Non

5.3. Traitement chirurgical : /_____/ 1. Oui 2. Non

Si traitement chirurgical, type : /___/ 1. Suture de la berge 2. Hystérectomie d'hémostase 3. Ligature artérielle

Q86. Pronostic maternel : /___/ 1. Bon état 2. Transfert 3. Décédé

Si décès, cause : /___/ 1. Hypovolémie 2. CIVD 3. Autres

Si transfert, Motif de transfert

Service d'accueil

VI. Examens complémentaires

Q87. Groupe :..... 1. A 2. B 3. AB 4. O

Q88. Rhésus 1=Positif 2=Négatif

Q89. Taux d'hémoglobine.....g/dl

Q90. Taux d'hématocrite.....%

Q91. Temps de saignementen mn.

Q92. Temps de coagulation.....en mn.

Fiche Signalétique

Nom : GUINDO

Prénom : Abdoul Karim GUINDO

Titre de la thèse : Etude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako Année Universitaire : 2019 -2020

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

RESUME : Il s'agit d'une étude, transversale, descriptive et analytique, avec collecte prospective des données sur une période de 12 mois : du 1er janvier 2019 au 31 Décembre 2019 dans le service de gynécologie-obstétrique du CSRef de la C.VI du district de Bamako. Cette étude nous a permis d'aboutir à la conclusion suivante : 323 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 9110 accouchements effectués durant la période d'étude soit une fréquence de 3,55%. La fréquence la plus élevée a été observée dans la tranche d'âge 20-35 ans avec un taux de 43,8%. Les femmes mariées venaient au premier rang avec 93,5% des cas. Les ménagères ont été les plus représentées avec 73,5% de notre échantillon. Les primipares représentaient la fréquence la plus élevée avec un taux de 34,4%.

La durée anormalement longue du travail d'accouchement avait entraîné l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Les principales étiologies retrouvées étaient :

- Hémorragie de la délivrance : 63,1%,
- Traumatisme de la filière génitale : 31,3%.
- Trouble de la coagulation : 5,6%.

Les facteurs de risque retrouvés ont été les suivants:

- Grande multipare,
- ATCD de l'hémorragie du post-partum,
- La grossesse gémellaire,
- L'hydramnios,
- La macrosomie fœtale.
- L'HAT et L'HRP.

Les hémorragies du post-partum immédiat ont constitué une des premières causes de mortalité maternelle dans notre service avec une fréquence de 4% de décès dans notre étude.

Les mots clés : hémorragies du post-partum immédiat, urgence obstétricale, mortalité maternelle, atonie utérine, gestion active de la troisième période d'accouchement et CSRef CVI.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de races, 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 sa 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.