

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple—Un But— Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)

Année académique : 2013-2014

N°

THESE

**HEMORRAGIE DU POST PARTUM
IMMEDIAT A L'HÔPITAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2014

Devant la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par M. Djibril N'DIAYE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme D'Etat)

JURY

Président : Pr. Salif DIAKITE

Membre : Dr. Tioukani Augustin THERA

Co-directeur : Dr. Mahamadou DIASSANA

Directeur : Pr. Issa DIARRA

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 accomplissant, le plus bel acte de l'amour.

A mes parents : Abdoulaye et Goundo N'Diaye

Vous m'avez mis au monde, éduqué et entretenu. Ainsi j'ai appris de vous l'honneur, la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité, surtout le respect de soi-même et l'amour du prochain ; qualités dont j'ai bénéficié tout au long de mes études.

En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance, de dévouement et d'entière soumission ; je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon âge et à mon orgueil et demande vos bénédictions qui ne m'ont d'ailleurs jamais manqué.

Que ce modeste travail, fruit de votre engagement, me rende digne de vous et que **DIEU LE TOUT PUISSANT** vous donne joie et encore longue vie.

A ma tante : Fatoumata Coulibaly

Vous avez été toujours là pour me soutenir dans mes actions. J'étais comme votre fils et vous ne m'avez jamais montré le contraire. Accepter mes remerciements, mon amour filial et mon respect. Que le Seigneur vous accorde une longue vie, vous protège et vous bénisse. Amen !

A ma femme : Mamou Traoré

Le mariage est basé sur le soutien mutuel des uns des autres. Si j'ai pu faire ce travail c'est parce que tu as été là pour moi ; me soutenir dans toutes mes actions. Ta patience est irréprochable. Je prie Dieu pour que cette patience perdure et que ton soutien soit toujours effectif. Longue vie à toi et à notre enfant une petite fille adorable qui est l'incarnation directe de son homonyme ma mère.

Mes frères et sœurs :

Le lien de sang est sacré, qu'il dure autant que notre vie. Trouvez ici l'expression de mes sentiments dévoués. Surtout à ma grande sœur **N'Deye N'Diaye** qui a presque toujours été à la place de ma maman depuis mon enfance. Elle a eu toujours une oreille d'écoute à mes problèmes.

A ma grande mère paternelle : FeueGoundoDoucouré qui est l'homonyme de ma mère.

Je te dédie ce travail pour ton soutien moral et tout l'amour que tu éprouvais envers moi. Ces danses traditionnelles que tu faisais chaque année que je me rendais à Kayes pour les vacances. Elle remerciait Dieu avec des larmes aux yeux chaque année qu'elle me voyait.

A ma grande mère maternelle : KadiatouBathily

Je me souviens encore de tous ces mots que vous me disiez parfois désagréable mais toujours dans le but de m'encourager et de me donner la force d'avancer. Votre soutien matériel et financier n'ont pas manqué.

A mes pères : Mamadou N'Diaye ; Moustapha N'Diaye.

Vous m'avez prouvé que je suis fils par vos conseils, vos soutiens moraux et matériels et surtout par la qualité de vos enseignements.

A mon tuteur : Mon homonyme Djibril Traoré et toute sa famille pour avoir accepté de m'offrir un refuge au sein de leur famille.

Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

A tous mes amis : de Bacodjicoroni ACI ; à la faculté de médecine et d'odontostomatologie spécifiquement à notre association **AERK (Association des Etudiants Ressortissants de Kayes)** par l'enseignement que j'ai eu au sein de cette association.

REMERCIEMENTS

J'ai aujourd'hui l'opportunité de pouvoir exprimer mes réels sentiments, et adresser mes sincères remerciements :

A mes maîtres :

Dr Abdoul Aziz Diallo Gynécologue-obstétricien,

Dr Sitapha Dembélé Gynécologue-obstétricien,

Dr Ballan Macalou Gynécologue-obstétricien

Chers maîtres votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait font de vous un espoir certain pour le Mali.

Tout en vous souhaitant une très bonne carrière professionnelle, veuillez agréer chers maîtres, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A mes aînés :

Dr Samakoro Traoré, Dr Drissa Konaté, Dr Dienfa Diarraet à tous les médecins avec qui j'ai eu l'honneur et le privilège de travailler au sein de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes recevez ici mes sincères remerciements pour la qualité de votre enseignement et votre disponibilité à tout moment qu'on a besoin de vous.

Un remerciement particulier va à l'endroit d'un aîné **Dr Ousmane Diawara** pour sa disponibilité et tout le travail qu'il a apporté dans ce document.

A mes collègues de même promotion :

Merci à vous tous pour la qualité de vos collaborations, vos soutiens moraux pendant les gardes et les staffs.

Trouvez ici chers collègues l'expression de mes profonds respects et de mes remerciements sincères, ce travail est le vôtre.

J'adresse un remerciement particulier à un ami, un frère, et un collègue Diakaridia Diarra pour son soutien depuis la famille jusqu'au service. Un homme sans équivoque.

Aux personnels de la maternité surtout mes tantes sages-femmes pour m'avoir appris les notions élémentaires dans la salle d'accouchement.

A l'équipe d'Anesthésie-réanimation et du laboratoire :

Votre courage et votre disponibilité nous ont permis de sauver beaucoup de vie.

Je ne peux finir ce travail sans remercier mon cousin, mon ami et mon confident **Sada N'Diaye**. Je ne trouve de mots pour qualifier notre relation. Il a été un soutien total pour moi sur le plan financier et sur le plan social. Je me souviens quant il m'amenait à l'hôpital pour les stages lorsque je n'avais pas de moto. Sada merci pour tout.

A la famille DiengàDaoudabougou Bamako :

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

A la famille BathilyàHamdallaye Bamako :

Pour votre accueil chaleureux et incessant que vous m'accordez à chaque fois que je me rendais chez vous sans oublier tout le soutien fait à mon endroit.

Enfin, mes remerciements vont, à tous ceux qui directement ou indirectement ont contribué à ma formation et dont les noms ne sont pas personnellement cités. Ce travail, n'est en somme que la résultante des efforts des uns et des autres

HOMMAGES AUX
MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Salif DIAKITE

➤ **Professeur titulaire honoraire de Gynécologie obstétrique à la
Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (F.M.O.S)**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité et votre humanisme.

C'est le moment de vous rendre un hommage mérité.

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

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

A notre Maître et juge

Docteur Tioukani Augustin THERA

- **Maître Assistant à la FMOS**
- **Praticien au service de Gynécologie-obstétrique au centre Hospitalier
Universitaire du point G**
- **Ancien chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital
NianakoroFomba de ségou**

Cher maître,

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Co-directeur

Dr Mahamadou DIASSANA

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni
DAOU de Kayes**

Votre disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, mais surtout votre souci constant pour le travail bien fait font de vous un grand maître admiré 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 put bénéficier à travers votre riche expérience. Que Dieu vous accorde une longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement jugé remarquable.

A notre Maitre Directeur de thèse

Professeur Issa DIARRA

- **Gynécologue obstétricien à la maternité de Garnison de Kati;**
- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie ;**
- **Médecin colonel Major de l'armée malienne ;**
- **Haut fonctionnaire de défense et ancien directeur central des services
de santé de l'armée du Mali ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;**

Honorable maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- BCF**: Bruit du Cœur Fœtal
- CIVD** : Coagulation Intravasculaire Disséminée
- Coll** : Collaborateur
- CPN** : Consultation prénatale
- CSCOM** : Centre de santé communautaire
- CSRéf**: Centre de Santé de Référence
- DFP** : Disproportion Foeto-pelvienne
- EDTA** : Ethylène diamine tétraacétique
- FMOS** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- g/dl** : gramme par décilitre
- GATPA** : Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement
- HFD** : Hôpital Fousseyni DAOU
- HFDK** : Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- HPP** : Hémorragie du Post Partum
- HPPI**: Hémorragie du Post Partum Immédiat
- HRP** : Hématome retroplacentaire
- HTA**: Hypertension artérielle
- IM** : Intramusculaire
- IO** : Infirmière Obstétricienne
- IV** : Intraveineuse
- MI** : Millilitre
- Mm³** : Millimètre cube
- Mn** : Minute
- NFS** : Numération formule sanguine
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL**: Oto-Rhino-Laryngologie
- OS** : Occipito-sacré
- PGE** : Prostaglandine E
- PGF** : Prostaglandine F
- PP** : Placenta prævia

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

UI : Unité Internationale

µg :microgramme

GEU : Grossesse Extra Utérine

J2 :Deuxième Jumeaux

≤ : Inférieur ou égal

≥ :Supérieur ou égal

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	3
II. GENERALITES	8
III. CADRE ET METHODOLOGIE	38
IV. RESULTATS	43
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	68
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	84
VIII. ANNEXES	87

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle reste très élevée dans le monde, aux environs de 585000 décès par an, et l'hémorragie en est la principale cause ^[1]

Une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques, l'amélioration de la surveillance de la grossesse et la médicalisation de l'accouchement ont permis de faire diminuer la morbidité et la mortalité maternelle, principalement dans les pays dits «occidentaux».

Dans les pays en voie de développement, l'hémorragie du post-partum est la première cause de décès maternel, et celui-ci touche environ 1 % des femmes enceintes ^[2].

Selon l'OMS sur 585000 femmes qui meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement, un quart succombe par hémorragie du post-partum. ^[1]

Selon la même source, la pratique de la délivrance dirigée devra être d'un grand apport dans la lutte contre ce fléau.

L'hémorragie du post-partum se définit par la perte de 500 ml de sang ou plus dans les 24 heures qui suivent l'accouchement (5 % des accouchements par voie basse), et 1000ml ou plus au cours de la césarienne avec un retentissement sur l'état général, mais c'est à partir de 1 000 ml que la tolérance maternelle se trouve réellement menacée (1 % des femmes environ). Historiquement, on considère que le saignement physiologique accompagnant un accouchement se situe entre 50 et 300 ml ^[3].

Les hémorragies du post-partum présentent plusieurs caractéristiques : leur gravité, leur évitabilité ^[3] et leur spécificité : ces hémorragies peuvent survenir au moment de la naissance mais aussi et surtout dans le post-partum immédiat, menaçant le pronostic vital de la patiente. L'incidence des HPP graves, c'est-à-dire résistantes aux premières mesures médico-obstétricales (notamment à la prescription de sulprostone) est estimée à environ 1 pour 1000 naissances ^[4].

En France, une unité de recherche a récemment évalué le taux de mortalité maternelle entre 8,6 et 8,9 pour 100000 naissances vivantes ^[5] de 1996 à 2006. Les causes obstétricales en représentaient les trois quarts, et parmi celles-ci, l'hémorragie du post-partum (HPP) était à l'origine de plus de la moitié des décès maternels.

Au Zaïre et au Nigeria sur une étude territoriale, 5% des femmes non suivies pendant la grossesse développent une hémorragie du post-partum avec un taux de décès de 6,9%. ^[6]

Au Nigeria 1,62% des femmes décèdent d'hémorragie de la délivrance malgré les efforts remarquables en obstétrique, en réanimation et la connaissance de plus en plus approfondies des troubles de l'hémostase. ^[7]

Au Mali, le taux d'hémorragie du post-partum immédiat, particulièrement élevé de 2,7% en 1999 selon Diallo B. ^[8] est lié à l'insuffisance de couverture sanitaire dans certaines localités et du manque de personnel qualifié.

Diawara C.O a eu un taux proche de 2,49% en 2008 au centre de santé de référence de Koutiala ^[9]

Coulibaly S. S. a eu un taux de 1,67% au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ^[10]

Dans la majorité des cas, l'HPP est décrite chez des patientes ne présentant aucun facteur de risque identifié ^[11], comme par exemple les antécédents personnels d'HPP, la survenue d'une prééclampsie, d'une chorioamniotite au cours de la grossesse. Cependant, pour les patientes présentant un placenta recouvrant, une suspicion de placenta accreta, ou des troubles sévères de l'hémostase, il est recommandé d'organiser la naissance dans un centre disposant d'un plateau médico-technique adapté : soins intensifs maternels, produits sanguins labiles (PSL) disponibles sur place, gynécologue obstétricien et anesthésiste réanimateur sur place 24h sur 24 ^[3, 4].

Compte tenu de l'absence d'étude sur ce sujet à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, de la fréquence et de la gravité de l'HPP, nous avons initié ce travail en nous assignant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

I. Objectif général

Étudier les hémorragies du post-partum immédiat à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

II. Objectifs spécifiques

- 1. Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.*
- 2. Préciser le profil sociodémographique des patientes.*
- 3. Décrire les aspects cliniques en précisant les étiologies afin d'élaborer la prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital.*
- 4. Établir le pronostic maternel des hémorragies du post-partum immédiat.*
- 5. Formuler des recommandations en vue d'une réduction et d'une meilleure prise en charge de ces hémorragies*

GÉNÉRALITÉS

II. GÉNÉRALITÉS

1. DEFINITION :

La définition des hémorragies du post-partum est abordée dans la littérature selon deux concepts :

➤ **Selon Merger R.**^[12] les hémorragies du post-partum ou hémorragies des suites de couches, distinctes des pertes de sang physiologiques, sont des hémorragies qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches. Doivent être exclues de ce cadre nosologie les hémorragies de la délivrance et les hémorragies dues aux tumeurs gynécologiques.

➤ **Selon le concept anglo-saxon**, l'hémorragie primaire du post-partum est traditionnellement définie comme une perte de plus de 500 ml de sang après un accouchement par voie basse ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital. Il peut s'agir :

✚ **des hémorragies de la délivrance**: qui sont des hémorragies provenant dans la zone d'insertion placentaire.

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

Si la perte survient entre 24 heures et 42 jours après accouchement, elle est définie comme hémorragie secondaire du post-partum.^[13]

Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature. Les causes du saignement et la présentation clinique sont pourtant bien différentes entre les situations.

Les hémorragies tardives ont notamment fait l'objet de peu de publications, peut être parce qu'elles sont associées à une morbidité maternelle plus qu'à un risque vital.^[14]

➤ **Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologist**^[15]

Les hémorragies du post-partum se définissent comme tout saignement responsable d'une chute de plus de 10% du taux d'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum souvent associé à des troubles de la coagulation.

Nous avons considéré dans notre service, comme hémorragie du post-partum immédiat, toutes les hémorragies du tractus génital qui surviennent immédiatement après l'accouchement et dans les 24 heures qui suivent l'accouchement anormal par leur abondance supérieur à 500 ml pour accouchement par voie basse, 1000 ml par césarienne et ayant un retentissement sur l'état général. Notre définition rejoint le concept anglo-saxon.

2. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique, membranes) après 28 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

2-1. Phénomènes dynamiques :

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 œstrogènes augmentent le potentiel de membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyper polarisant. Les contractions ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes :

✓ **Première période** (effacement et dilatation du col) commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10cm. Elle dure 6 à 18 heures chez la primipare, 2 à 10 heures chez la multipare.

✓ **Deuxième période** (expulsion du fœtus) commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à la naissance du fœtus et dure en moyenne 30 min chez la primipare, 5 à 20 min chez la multipare.

✓ **Troisième période**(délivrance) elle va de la naissance du fœtus à l'expulsion du placenta et dure 5 à 45 min.

2-1-1. Physiologie de la délivrance :

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette délivrance comme l'expulsion est très bien suivie à travers le partographe dont un des buts est, entre autre de réduire l'hémorragie de la délivrance principale cause de morbidité et de mortalité maternelle.

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.

- ✚ Le décollement du placenta
- ✚ L'expulsion du placenta
- ✚ L'hémostase

2-1-1-1. Phase de décollement :

Le décollement est sous la dépendance :

- ✚ de la rétraction utérine qui le prépare,
- ✚ de la contraction utérine qui le provoque.

❖ Rétraction utérine :

Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission ^[8] ou phase de repos physiologique. La parturiente se sent bien, le pouls est calme, la tension artérielle normale, l'utérus est rétracté, dur, reculé de 2 à 3cm au dessus de l'ombilic ; ses parois s'épaississent tout en respectant la zone d'insertion placentaire qui est mince permettant l'enchatonnement. Cette phase dure 10 à 15 min environ.

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.

❖ Décollement proprement dit :

Il commence par l'apparition de contractions utérines donnant sensation de colique utérine. Le fond utérin remonte 3 à 5cm au dessus de l'ombilic et s'incline à droite, cette ascension traduit le décollement placentaire : «l'hématome rétro placentaire physiologique».

Lorsque le placenta tombe dans le vagin, il s'abaisse à nouveau au dessous de l'ombilic. Le décollement placentaire se traduit par :

- ✚ le déroulement du cordon hors de la vulve,
- ✚ le non ascension du cordon lorsqu'avec la main appliquée à plat au dessus du pubis on refoule vers le haut du corps utérin le cordon remonte dans le vagin si le placenta n'est pas décollé.

2-1-1-2.Phase d'expulsion du placenta

L'expulsion du placenta peut être spontanée sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, sous l'effet d'une poussée abdominale. Le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse surélevant le corps utérin. Le périnée se distend, l'orifice vulvaire s'entrouvre, le placenta apparaît comme une masse violacée entraînant après elle les membranes, flasques ou distendues par l'hématome rétro-placentaire physiologique en se

retournant en doigt de gant. Mais la délivrance spontanée rare, serait trop tardive ou trop brusque risquant de déchirer les membranes où une partie pourrait être retenue in utero.

Aussi lui préfère t-on la délivrance naturelle, qui en réalité demande l'aide du praticien (de l'accoucheur). Au bout de 30 à 45 minutes, lorsque le placenta n'est pas décollé c'est un fait pathologique entraînant les hémorragies gravissimes de la délivrance.

Dans les cas habituels où le placenta s'insère au fond de l'utérus ou à son voisinage, il sort par sa face fœtale, le sang de l'hématome physiologique reste amassé au fond du sac membraneux retourné.

Dans les cas plus rares où l'insertion était basse le placenta peut sortir par un bord, ou par sa face utérine. Le sang, ayant décollé le petit côté des membranes s'échappe lors même du décollement placentaire. La délivrance paraît plus hémorragique.

La quantité de sang perdue pendant la délivrance est variable, en moyenne 300 ml. On estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml au cours d'accouchement par voie naturelle et 1000 ml en cas de césarienne ^[16]. Au dessus de ces chiffres il y a une hémorragie de la délivrance.

Cependant ces limites sont arbitraires en raison de la difficulté à évaluer précisément les pertes sanguines. Après expulsion placentaire, il est indispensable d'examiner le placenta qui nous donne des renseignements sur son intégrité et celles des membranes, les anomalies possibles d'ordre pathologique.

Si une perfusion d'ocytocine était posée au cours du travail d'accouchement il ne faut pas l'arrêter, sa poursuite favorise le décollement du placenta.

L'injection de 1 ml de méthyl ergométrine en intraveineux lors de l'accouchement des épaules ou après l'expulsion du fœtus en présentation de siège, accélère la délivrance en supprimant la phase de rémission. Ce médicament est contre indiqué chez les cardiopathies et les hypertendues.

L'expulsion du placenta peut être gênée par une rétention d'urine, il faut alors vider la vessie.

2-1-1-3. L'hémostase :

Elle est assurée par :

✚ La rétraction utérine, qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les canaux musculaires de la couche plexiforme. C'est un écrasement des vaisseaux utéro-placentaires appelés « ligature vivante de Pinard » mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable ;

✚ La thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux. Tous ces mécanismes sont exécutés normalement si : « le placenta est normal, normalement inséré sur une muqueuse » si non les complications de la délivrance risquent de se produire.

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** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines. La présentation suit 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.

2-3. Tolérance maternelle à l'hémorragie :

Les modifications physiologiques de la grossesse préparent la femme enceinte à l'hémorragie qui accompagne l'accouchement normal. Ces modifications concernent :

✓ Le volume circulant qui augmente progressivement au cours de la grossesse pour atteindre plus de 40% en fin de grossesse. Cette augmentation porte plus sur le volume plasmatique (+50%) que sur le volume érythrocytaire (+24%) ce qui explique une bonne tolérance maternelle pour les pertes hémorragiques de l'ordre de 1000 ml.

✓ Les facteurs de coagulation qui réalisent :

✚ Une véritable augmentation des facteurs I, VII, VIII, X, XII et les facteurs IX, XI qui sont stables

✚ Une hyper coagulabilité équilibrée

✚ Une diminution de la capacité fibrinolytique.

Mais au moment du décollement placentaire, on note une augmentation de l'activité fibrinolytique donc une coagulopathie de consommation.

3. ETIOPATHOGENIE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM :

Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum incluent : les causes de surdistension utérine (macrosomie, hydramnios, utérus myomateux et les grossesses multiples), les hémorragies anté-partum (l'hématome rétro-placentaire, placenta prævia), l'âge maternel, la césarienne augmentent de façon substantielle le risque des hémorragies du post-partum.

Ces hémorragies sont généralement séparées en deux catégories :

- **Les hémorragies aiguës** : qui surviennent dans les 24 heures de l'accouchement et qui sont dues principalement à l'hémorragie de la délivrance et le traumatisme de la filière génitale.
- **Les hémorragies retardées** : survenant entre le 1er jour et 42ème jour après accouchement, partagent les mêmes causes que les hémorragies aiguës ; en plus de celles-ci sont associées les infections et à une involution anormale du site placentaire. ^[17]

A. HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE :

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique, elle doit réunir quatre conditions :

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

Si un seul de ces critères est absent, une hémorragie peut apparaître.

a. PHYSIOLOGIE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE :

Deux grands processus renseignent la genèse des hémorragies de la délivrance :

❖ Le décollement partiel du placenta :

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions utérines reprennent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta plus précisément la caduque basale se décolle du myomètre (suivant le 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 du myomètre, alors il reste entièrement dans l'utérus qui ne se contracte, ni se rétracte. Les vaisseaux sanguins de la partie décollée restent alors béants et le sang s'en écoule.

❖ **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 et la mauvaise rétraction de l'utérus sont à l'origine de l'hémorragie de la délivrance.

Le décollement partiel et l'atonie utérine peuvent s'y associer.

b. DIAGNOSTIC DE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

b-1. Diagnostic positif :

La mesure exacte des pertes sanguines lors de l'accouchement est difficile, voire impossible, lorsque le saignement reste intra-utérine ou lors qu'il se mélange au liquide amniotique. Seule la surveillance systématique, en salle de naissance, de toute accouchée pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement permet un diagnostic précoce.

Cette surveillance portera sur l'examen des signes généraux qui sont :

- Coloration des muqueuses, froideur des extrémités
- La mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque
- L'involution utérine à la palpation abdominale
- La mesure des pertes sanguines par voie vaginale et l'examen vulvo-vaginal au terme des 2 heures.

Toute anomalie de l'un de ces éléments impose de prolonger la surveillance en salle d'accouchement. Malgré cette surveillance, il n'est pas rare de découvrir l'hémorragie devant un état de choc de survenue brutale.

b-2. Diagnostic étiologique :

Le diagnostic étiologique est essentiel car il va déboucher sur un traitement spécifique.

b-2-1. Rétention placentaire :

Elle est consécutive aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais elle peut être due aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :

➤ **Décollement incomplet du placenta** qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée

➤ **Rétention partielle du placenta** : suspectée devant une persistance de saignement extériorisé malgré une apparente rétraction utérine

➤ **Les anomalies placentaires** :

✓ **Les anomalies topographiques qui sont :**

- Insertion segmentaire du placenta
- Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchatonnement du placenta et l'empêche d'être expulsé.
- Insertion du placenta sur la cloison utérine double pouvant donner lieu à une hémorragie cataclysmique

✓ **Anomalies de conformation du placenta : dues**

- A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peut entraver le décollement placentaire.
- Aux masses aberrantes (placenta succenturié) qui peuvent engendrer une rétention partielle du placenta.

✓ **Les anomalies d'insertion placentaire, 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 in crêta** défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculature
- **Placenta per crêta** 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,

✚ de muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique) ; d'endométriose utérine (adénomyose),

✚ de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéroplastie, hypoplasie de la muqueuse utérine).

Il est suspecté dès que l'on ne retrouve pas le plan de clivage net entre le placenta et le mur utérin

b-2-2. Les anomalies de la contraction utérine : peuvent être liées à :

✓ **L'atonie utérine** : représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance. Elle complique 2 à 5% des accouchements par voie basse.

Les facteurs de risque sont les suivants ^[18]

- ✚ La grande multiparité,
- ✚ La surdistension utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- ✚ Les tentatives de version,
- ✚ Les antécédents d'hémorragie pré- ou post-partum,
- ✚ Les chorioamniotites,
- ✚ Un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne un épuisement dynamique,
- ✚ L'utérus polomyomateux,
- ✚ L'arrêt prématuré des ocytociques et les interférences médicamenteuses (halogènes, bêtamimétiques, sulfates de magnésium) ^[19]

✓ **L'hypertonie localisée de l'utérus** :

Se caractérise par la formation d'un anneau hypertonique. Lorsqu'il siège à l'union du corps et du segment inférieur (anneau de Bandl), le placenta retenu au dessus de lui est dit incarcéré ; lorsqu'il siège à l'union d'une corne et de la grande cavité de l'utérus, le placenta ainsi retenu est dit enchatonné.

b-2-3. Les causes iatrogènes

Ce sont les causes les plus fréquentes :

- ✚ Certaines interférences médicamenteuses,
- ✚ Les anesthésiques volatils, halogènes (halothane) ^[20] 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) ;
- ✚ Les antispasmodiques (N buthylhyocine : Buscopan® ; Phloroglucinol : Spasfon®) ;
- ✚ L'anesthésie péridurale ;

- ✚ Arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail ;
- ✚ Non respect de la physiologie de la délivrance (tirer sur le cordon, expression sur l'utérus lorsque le placenta n'est pas décollé) ;
- ✚ Application du forceps qui tiraille les membranes.

Ces éventualités conduisent au décollement partiel du placenta ou à « l'enchatonnement pathologique du placenta dans une corne utérine derrière un anneau de contracture localisée ».

B. TROUBLES DE LA COAGULATION :

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

1. Les facteurs de risque sont :

- ✚ La mort fœtale in utero (rétention prolongée d'œuf mort)
- ✚ Le décollement prématuré de placenta normalement inséré
- ✚ La toxémie gravidique
- ✚ L'embolie amniotique
- ✚ L'hépatite virale compliquée
- ✚ La maladie de Von Willebrand
- ✚ Certaines septicémies.

2. La coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)

Elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le primummovence 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 fibrine qui polymérise en fibrine intra-vasculaire. La formation des micro-thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micro-thrombus et de la fibrine intra-vasculaire en libérera les produits de dégradation de la fibrine en fibrinogène dans la circulation.

Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro-placentaire, 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, facteurs de coagulation et plaquettes circulantes. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire.

[21]

C- INVERSION UTERINE :

Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son degré (1/100000 en France).

Classification : on décrit 4 degrés :

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

D- LES LESIONS GENITALES :

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.

a. Les déchirures cervicales : Existes sous deux ordres :

➤ **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.^[22]

➤ **Déchirures sus vaginales :**

La déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine ; 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.

a-1.Étiologies:

- ✚ Les efforts expulsifs avant dilatation complète,^[17]
- ✚ 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, chirurgie du col).

b. Les lésions vaginales

Il existe trois grandes formes :

➤ **Déchirures de la partie basse du vagin (déchirures du tiers inférieur) :**

Associées parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale ^[7].

➤ **Déchirures moyennes du vagin :**

Plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes, remontant vers le fond du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.

➤ **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 péritonéal avec CIVD et choc hypovolemique.

Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

b-1. Mécanismes et circonstances de survenue :

- **La prédisposition maternelle :** (Primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques)
- **Le mobile fœtal :** peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ces dimensions, et par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en OS, 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, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).

c. 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.^[23] 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 pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- **L'hématome pelvi-abdominal ou supra vaginal ou sub-péritonéal** : L'hémorragie s'est produite au dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétro 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 ou vacuum extractor),
- La toxémie gravidique,
- Les grossesses multiples,
- Les varices vulvo-vaginales, le gros fœtus restent un facteur étiologique.

d. 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,
- Soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe des varices.

e. Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

Nous citerons :

- les angiomes,
- les communications artério-veineuses,
- les anévrismes cirsoïdes exceptionnels.

f. Déchirures vulvaires :

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase.^[17]

g. Déchirures périnéales :

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 1981 [24].

g-1. Classification :

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

➤ **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 intactes. 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 virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

➤ **Déchirure complète :** elle atteint le sphincter de l'anus en partie ou en totalité. Les bouts 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 a disparu.

➤ **Déchirure complète et compliquée :** lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé, mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale. Vagin et canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.

➤ **Déchirure centrale :** 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.

g-2. Circonstances de survenue :

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 ^[25].

✚ La manœuvre de Jacquemier est-elle aussi un facteur de risque classique.

➤ **La macrosomie fœtale :**

Les variétés occipito-sacrés, les présentations de face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de déchirure.

➤ **La qualité des tissus :**

Le risque est élevé dans les circonstances suivantes :

✚ Distance ano-vulvaire courte,

✚ Périnée œdémateux (toxémie, inflammation, infection),

✚ Cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle),

✚ La peau rousse,

✚ L'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet, ^[21]

✚ Un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

4. CONDUITE A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM :

a. TRAITEMENT PREVENTIF DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM :

Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.

Le saignement peut avoir un débit lent et durer plusieurs heures de sorte qu'il arrive qu'on ne diagnostique pas l'affection avant que la patiente entre subitement en état de choc.

La majorité des HPP survient sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement retrouvé. Par conséquent, il n'est pas possible en l'état actuel des connaissances de recommander une stratégie de prévention de l'HPP qui reposerait sur l'identification de facteurs de risque.

Ainsi, **toute femme doit être considérée comme « à risque » de souffrir d'une HPP** et les stratégies pour prévenir l'HPP devraient être assurées lors de chaque accouchement qui sont :

- **Le développement d'un plan d'action pour se préparer à l'accouchement** : elles doivent prévoir d'accoucher avec un accoucheur qualifié qui peut fournir des soins de prévention en matière de l'HPP ;

- **Une surveillance régulière de la femme et le fœtus** en se servant d'un partographe pendant le travail ; ceci permettrait un diagnostic précoce d'un déroulement défavorable du travail et assurera un transfert précoce dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux ;

- **Le transfert précoce dans un service obstétrical** disposant de moyens chirurgicaux dès que le déroulement défavorable du travail est dépisté ; ceci permettrait la prise en charge précoce et adéquate d'un déroulement défavorable du travail ;

- L'apport d'une aide à la femme pour assurer que **la vessie soit vide** avant le début du deuxième stade du travail et pendant le post-partum immédiat ;

- **Une gestion active de la troisième période de l'accouchement** :

Grace au progrès fait sur l'utilisation de l'ocytocine ; un geste sûr, rentable et basé sur l'évidence scientifique qu'on appelle **Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA)** est né et permet de réduire 2 à 3 fois l'incidence de l'hémorragie.

Cette procédure consiste à :

- ✚ Faciliter l'expulsion du placenta
- ✚ Augmenter les contractions utérines

- ✚ Prévenir l'hémorragie du post partum
- ✚ Éviter l'atonie utérine.

Ceci permet de réduire considérablement :

- ✚ Fréquence de l'HPP
- ✚ Importance de la perte de sang
- ✚ Recours aux transfusions sanguines

Les étapes de la **GATPA** :

1. **Administration en IM de 10 UI d'ocytocine** dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus en étant sûr que l'utérus ne contient pas un autre fœtus.

Après l'accouchement attendre que la pulsation du cordon cesse (2 à 5 mn) avant de le sectionner. Clamper le cordon à proximité du périnée.

Garder légèrement le cordon sous tension en attendant une forte contraction utérine (environ 2 à 3 mn)

2. **Traction contrôlée du cordon ombilical** lors d'une contraction utérine tout en encourageant la mère à pousser

Si le placenta ne descend toujours pas après une traction contrôlée de 30 à 40 secondes il faut mettre fin à la traction, attendre une autre contraction utérine pour reprendre l'opération

A la délivrance du placenta, tenir celle-ci à deux mains, le tourner doucement jusqu'à ce que les membranes soient entortillées. Tirer doucement pour mettre un terme à la délivrance

3. **Massage utérin** pour maintenir le globe de sécurité

○ **Un examen soigneux du placenta** pour vérifier s'il est complet afin de réagir précocement dans le cas d'une rétention complète ou partielle du placenta. La rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine ;

○ **Un examen soigneux** de la vulve, du vagin, du périnée, et de l'anus pour **détecter les déchirures** et les réparer dans les derniers délais;

b. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM :

La prise en charge d'une hémorragie obstétricale est la même 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. **MANTAL C et coll.** ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies basées sur :

Organisation :

Le facteur principal dans la morbidité et la mortalité maternelle associée à l'hémorragie sévère est un retard dans l'institution d'un traitement approprié. La première priorité dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale est :

- **Un staff expérimenté**(obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage-femme, infirmier) doit être appelé.

Aussi le technicien de banque de sang doit être informé pour le besoin urgent de l'importance de la qualité et de la quantité du sang compatible. Aussi bien le consultant hématologiste doit être informé.

La salle de bloc opératoire doit être mise en « stand bay », puisque le contrôle d'une hémorragie obstétricale nécessitera fréquemment une intervention chirurgicale.

- **Restauration d'un volume sanguin circulant :**

Deux voies veineuses de gros calibre, préférentiellement cathéter 16G, devraient être mise en place, 22 ml de sang devraient être prélevés et utilisés comme suite :

- **Laboratoire de transfusion** : 10 ml de sang coagulé pour le cross test, d'au moins 6 unités de globules rouges.

- **Hématologie** :

2 ml de sang sur EDTA pour le taux d'hémoglobine, le volume plaquettaire moyen et la numération des plaquettes ;

5 ml de sang citraté pour les tests de dépistage d'une anomalie de la coagulation, des troubles de la coagulation, le temps de thromboplastine active partiel, le temps de thrombine et

prothrombine. Si ceux-ci sont tous normaux, les fibrinogènes, les D-dimères et la numération formule sanguine (NFS) doivent être demandés.

- **Biochimie** : 5 ml de sang pour l'urée et des électrolytes.

Le remplissage vasculaire devrait être commencé immédiatement. Une revue récente systématique d'essais randomisée pour la réanimation électrolytique au cours d'une hypovolémie avec solution colloïde ou cristalloïde n'est pas en faveur de l'utilisation continue de colloïdes pour le remplissage vasculaire chez les patientes dans un état critique. L'utilisation des colloïdes comparée aux cristalloïdes était associée à une augmentation de risque absolu de mortalité de 4% (c'est-à-dire 4 décès pour toutes les patientes réanimées).

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

Les solutions cristalloïdes comme le Ringer lactate ou la solution de Halmann ou le sérum salé 0,9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce et doivent être perfusés le plus rapidement possible jusqu'à ce que la tension artérielle systolique se rétablisse normalement. Le Ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire. La quantité de solution administrée doit être 3 à 4 fois supérieure la perte sanguine estimée. Les solutions glucosées sont à éviter pour la réanimation parce que le Dextrose est rapidement métabolisé et le liquide est essentiellement de l'eau libre qui met rapidement en équilibre les milieux intra et extracellulaires. Moins de 100 ml demeurent dans l'espace intra vasculaire pour 1 litre de perfusé.

Les patientes recevant de grande quantité de cristalloïdes développent souvent un œdème pulmonaire. Les cristalloïdes sont facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide.

➤ **La transfusion :**

Une communication claire avec le laboratoire de transfusion 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 pour le système **ABO** et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « **D** », des globules rouges et dérivés de sang **ABO** rhésus compatibles peuvent être délivrés sans autres tests additionnels qu'un contrôle de compatibilité **ABO** de globules rouges ^[26].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupe **ABO** rhésus rapide peut être réalisé et de 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 est recommandée lorsqu'on transfuse 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.

➤ **Les troubles de la coagulation :**

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. Le temps de thromboplastine partiel active et le temps de prothrombine doivent être interprétés en conjonction avec le tableau clinique. Quand une élongation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec suintement des surfaces muqueuses, des plaies et de points de piquûre, un plasma frais congelé devrait être administré à une dose départ de **12 à 15ml/kg**. Ceci représente la perfusion de **4 à 5 unités** de plasma frais congelé. Ensuite **4 autres unités** de plasma devraient être administrées pour toutes les **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 **50.10⁹/l**, quand les plaquettes sont en dessous de **50.10⁹/l** au cours d'une perte sanguine massive, **8 à 12 unités** de plaquettes devraient être transfusées.

✚ **Coagulation 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 plongé 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.

1. Traitement de la cause :

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

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

- ✚ Corriger les conséquences de l'hémorragie.

1-1. Première étape :

L'obtention de la vacuité utérine doit être le premier souci de l'obstétricien. Elle peut nécessiter une délivrance artificielle et une révision utérine qui permet en même temps d'éliminer une rupture utérine ou une inversion utérine encore non diagnostiquée.

❖ Délivrance artificielle :

Elle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas délivré, qu'il soit décollé ou non. Elle doit être quasi-immédiate dès le diagnostic porté et pratiqué sous anesthésie générale ou péridurale. Ce geste obstétrical sera effectué dans les conditions d'asepsie rigoureuse :

L'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et des gants stériles. La région vulvaire et péri génitale ainsi que le vagin sont badigeonnés avec un antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

✓ Technique :

La main « opératrice » est introduite prudemment dans la cavité utérine en position de « main d'accoucheur » après avoir été recouverte d'un antiseptique pour les muqueuses.

L'opérateur est guidé par le cordon et place sa main au niveau du fond utérin. La main controlatérale ou abdominale est capitale car elle maintient fermement le fond utérin et permet de corriger l'antéflexion utérine. Le placenta peut déjà être complètement décollé et libre dans la cavité utérine. En cas de non décollement, le clivage du placenta débutera à sa partie la plus distale par rapport au col de façon à le ramener dans la main. Ce clivage est effectué avec le bord cubital de la main et le bout des doigts. Il doit être complet pour pouvoir extraire le placenta sans traction. Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta.

❖ La révision utérine :

Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle seule permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée 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.

❖ 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 péridurale et avec un ou deux aides opératoires pour exposition correcte du col et des culs-de-sac vaginaux.

1-2. Deuxième étape : prise en charge pharmacologique :

A l'exception des trois causes particulières que sont le placenta accreta, la rupture utérine et l'inversion utérine. L'emploi des utérotoniques est systématique, immédiatement après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie.

❖ Les médicaments utilisés :

✓ L'ocytocine (syntocinon®) :

L'introduction des ocytociques dans le traitement de l'hémorragie 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 ^[27]. 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.** ^[28], l'introduction des ocytociques dans la pratique obstétricale a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3 à 5%.

Propriété pharmacologique :

Au niveau de l'utérus l'ocytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les œstrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocique, 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 utérine.

En raison de la parenté de structure 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.

✓ **Dérivés de l'ergot de seigle :**

✚ **La méthyl ergométrine :** C'est l'utéro tonique le plus ancien, obtenu à partir des débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés semi synthétiques. Il appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

Propriétés pharmacologiques :

Effet utérin :

La maléate de méthyl ergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre, responsable d'une augmentation du tonus de base du myomètre tant sur l'utérus grévade que l'utérus non grévade.

En plus de cet effet direct, il potentialiserait localement l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydroxyprostaglandine déshydrogénase, enzyme placentaire dégradant **PGE** et **PGF** en métabolites inactifs. [29]

De plus la méthyl ergométrine n'exercerait qu'un très faible effet vasoconstricteur direct sur artérioles utérines, suggérant que son utilisation dans les hémorragies du post-partum trouve son indication principale en cas d'atonie utérine du fait de son action directe sur le myomètre.

Utilisation thérapeutique :

○ **Voie d'administration et posologie :**

Les ampoules sont dosées à 0,2mg. L'administration doit être exclusivement intramusculaire en respectant les contre-indications.

○ **Les contre-indications :** sont nombreuses

L'hypertension artérielle sévère préexistante ;

La toxémie gravidique,

Les affectations vasculaires oblitérantes,

L'association avec les macrolides (ergotisme aiguë).

✓ 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 amniochoriales.

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, leurs taux plasmatiques dans le liquide amniotique augmentent dès le début du travail pour atteindre un pic maximal 5mn après la délivrance^[30].

L'utilisation thérapeutique :

Utilisation des PDF :

En 1976, **Tagaki S.**^[31] 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 à 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, mais 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.**^[32] en 1968 qui est le premier à suggéré l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie. De nombreuses études suivirent celle de **Tagaki S.**^[31] 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.

HertzH^[33] en 1980, par voie vaginale et **Henson G**^[34] 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'administrations :** Trois 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 PGE 2 (1 ampoule de Prostine E2 à 0,75 mg dans 500ml 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 300µg /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 contre-indications :**

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

2. 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, reposent sur l'anatomie de l'utérus, les techniques chirurgicales et leur indication ont fait l'objet d'une mise au point récente.

✓ **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 y recourir trop tard. Car il faut toujours avoir à l'esprit que hémorragie du post-partum reste l'une des principales causes de mortalité maternelle obstétricale. À l'heure il faut donc recourir au traitement chirurgical 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 partielle ou totale, avec hémorragie non contrôlée par le traitement médical.

✓ Technique :

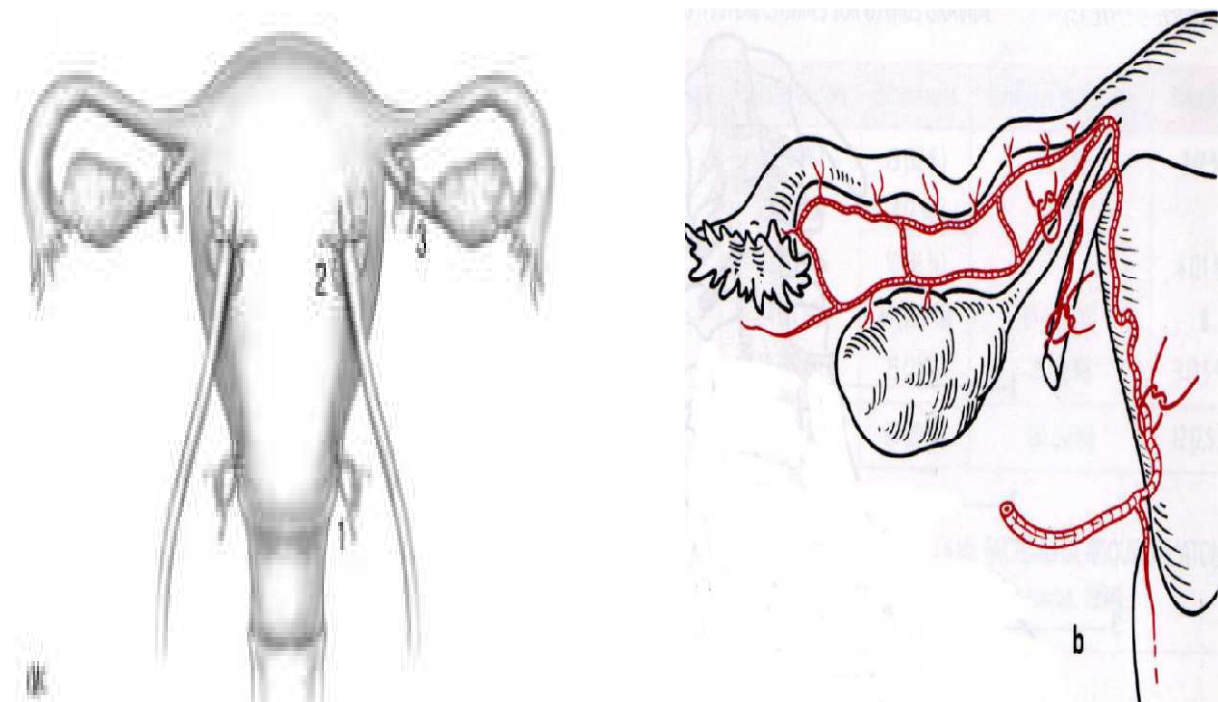
Deux techniques sont envisagées :

Soit conservatrice par ligature élective des vaisseaux et par capitonnage de parois utérine en regard du placenta accreta ;

Soit radical avec hystérectomie totale ou subtotale.

➤ Ligature vasculaire :

✚ Par incision médiane sous ombilicale de préférence, une ligature élective des deux artères utérines au niveau isthmique peut être envisagée, complétée par la ligature des pédicules utéro-ovariens et ronds selon la **méthode de TsurulnikovMS**^[35].



1 : Ligature des artères utérines 2,3 : Ligature des pédicules utéro-ovariens et ronds

Figure 1 : ligature vasculaire selon la **méthode de Tsurulnikov MS**

Elle permet d'être efficace avec un taux de succès assez élevé.

✚ En cas d'échec ou de lésions traumatiques basses, il faut avoir recours à la ligature bilatérale des artères hypogastriques qui nécessite un chirurgien entraîné.

✚ En cas de placenta accreta localisé une technique de capitonnage des parois utérines permettant l'hémostase élective de ce site placentaire.

Cette technique a été étendue avec succès au traitement d'hémorragie persistante sur le segment inférieur après hystérectomie subtotale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% de cas ^[36].

➤ **Hystérectomie d'hémostase :**

Elle reste l'ultime intervention pour le traitement de l'hémorragie de la délivrance. Elle est à l'heure actuelle réservée aux situations suivantes :

- ✚ Échec de traitement chirurgical conservateur ;
- ✚ État hémodynamique mettant en jeu le pronostic vital à cours terme et ne laissant pas d'entreprendre un traitement médical ;
- ✚ Placenta prævia accreta étendu ;
- ✚ Rupture utérine avec délabrement tel qu'aucune suture n'est possible ^[37] ;
- ✚ Extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ; elle peut être subtotale mais elle devra être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

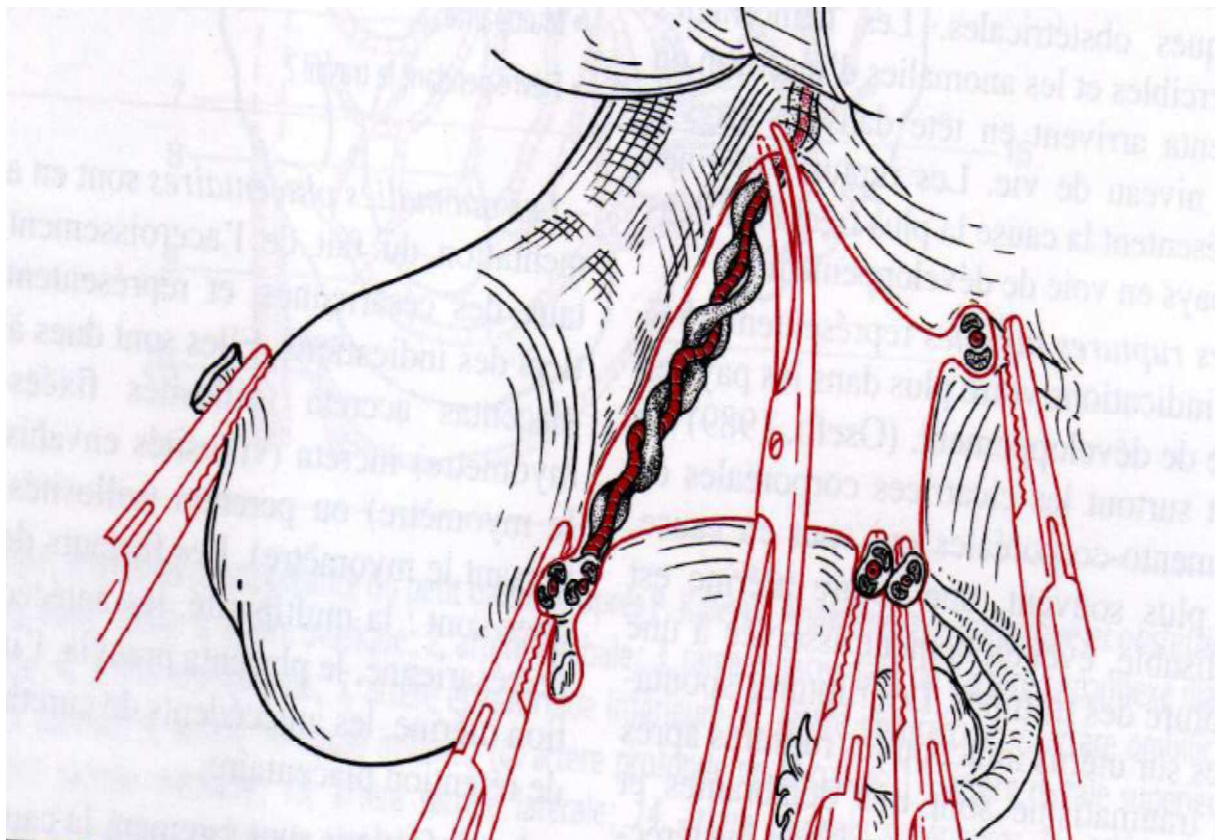


Figure2 : Hystérectomie subtotale d'hémostase

➤ **Embolisation artérielle sélective :**

Devant les succès thérapeutiques rencontrés en gynécologie (traitement des hémorragies génitales et des cancers pelviens inextirpables), l'embolisation artérielle sélective a été introduite en obstétrique au cours des années 1980.

La première embolisation décrite par **Brown BJ et Coll.** à concerner une hémorragie incoercible du post-partum en rapport avec un hématome vulvo-vaginal massif étendu en rétro péritonéal malgré une hystérectomie avec ligature des artères iliaques. Depuis lors des courtes séries ont montré que le recours à la radiologie interventionnelle était intéressant sur plusieurs plans.

✚ **Technique :**

Consiste après cathétérisme rétrograde de l'artère fémorale ou axillo-huméral gauche à réaliser une cartographie pelvienne et à montrer au niveau de quels vaisseaux est située la lésion, objectivée par l'extravasation locale de produit de contraste.

✚ **Indications :** Son grand succès est dû à des indications bien posées à l'heure actuelle :

- Hématomes vulvo-vaginaux extensifs en rétro péritonéal ;
- Échec de l'hystérectomie d'hémostase surtout lors de lésions basses touchant une branche de l'artère honteuse interne ou de l'artère utérine.

Certains incidents ont cependant été décrits à type de nécroses tissulaires locales (et plus rarement vésicales) se manifestant par la douleur, la fièvre, la parésie, le plus souvent redoutable restant le reflux dans les réseaux mésentériques ou fémorales ^[38].

METHODOLOGIE

III. CADRE ET METHODOLOGIE

1. Cadre et Lieu d'étude

Notre étude a eu lieu au service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

a. Historique

L' HFD est l'une des structures sanitaires les plus anciennes du Mali ; créée en 1883 par les militaires français en mission en Afrique de l'ouest. Elle avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales.

En 1959 il devient Hôpital secondaire, avec la réorganisation des centres hospitaliers en 1969 il fut érigé en Hôpital régional devenant ainsi une structure sanitaire de référence au niveau régional.

Il a été entièrement rénové en 1987 dans le cadre des accords d'assistance technique sanitaire entre le gouvernement du Mali et l'Italie.

En 1991, il a été baptisé Hôpital Fousseyni Daou ; un des médecins directeurs qui a été assassiné la même année. Il est situé au Sud - Est de la ville de Kayes au Quartier Plateau au voisinage de la gare ferroviaire.

L'HFD prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, des six (6) autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

Un service de médecine ;

Un service de gynéco obstétrique ;

Un service de chirurgie divisé en 3 unités (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique)

Un service de traumatologie

Un service de pédiatrie ;

Un service de laboratoire et la pharmacie ;

Un service d'ophtalmologie ;

Un service des urgences et soins intensifs ;

Un service d'Odontostomatologie.

Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Un service de dermatologie

Un service de kinésithérapie-rééducation

Le service d'imagerie médicale et radiologique ;

Un service d'administration ;

Une morgue ;

Une buanderie.

b. Service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment à un étage datant de 1883.

Au rez-de-chaussée : Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,

Une grande salle à six lits,

Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant :

Trois tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,

Une salle de consultation prénatale et d'information, une salle de garde,

Trois toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage : Une salle d'hospitalisation d'une capacité de six lits,

Une salle de pansement des malades opérées, une salle des étudiants en année de thèse, deux

salles pour les consultations externes, une salle de consultation prénatale et dépistage du

cancer du col, une salle pour les manœuvres, trois toilettes dont une pour le personnel.

Le personnel se compose de :

Trois médecins gynécologues obstétriciens

Deux médecins généralistes stagiaires

Trois étudiants en année de thèse,

Neuf sages-femmes,

Cinq infirmières obstétriciennes,

Six matrones et de trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suit :

Trois jours de consultations externes,

Trois jours de consultation prénatale,

Deux jours d'échographie,

Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,

Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien en

astreinte, un médecin généraliste a compétence chirurgicale, un étudiant en année de thèse,

une sage femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

L'équipe dispose de :

Trois tables d'accouchement,

Trois salles d'opération fonctionnelles

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit créé sur fond propre de l'hôpital est remboursé par les patientes après l'intervention. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et un kit de césarienne.

Un staff quotidien à lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

2. méthode :

2-1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale et descriptive.

2-2. Période d'étude :

Notre étude a couvert une période de 12 mois, allant du 01 janvier au 31 décembre 2012

2-3. Population d'étude :

Notre étude a porté sur l'ensemble des femmes qui ont accouché dans le service pendant la période d'étude, ou ayant été reçues dans le post-partum immédiat.

Critères d'inclusion :

Femmes ayant accouché dans le service pendant la période d'étude et ayant présenté une hémorragie du post-partum dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Femmes évacuées d'une autre structure sanitaire pour HPPI et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

Femmes ayant accouché à domicile présentant une HPPI dans les 24 heures qui suivent l'accouchement venues d'elles-mêmes.

Critères de non inclusion :

Femmes présentant une hémorragie survenant dans le post-partum tardif (après 24 heures).

Femmes ayant fait une HPPI et dont la prise en charge n'a pas été faite dans le service

2-4.Échantillonnage :

Toutes les femmes ayant présenté une HPPI ont été concernées par notre étude.

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête, les dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement, carnet mère-enfant et de compte rendu opératoire.

2-5. Variables d'études :

Les variables étudiées sont :

*L'âge, l'ethnie, le statut matrimonial, la profession, le mode d'admission, la provenance, les antécédents, la voie d'accouchement, les causes de l'hémorragie, condition et lieu d'accouchement, prise en charge initiale et l'évolution finale.

*Les paramètres de l'hémorragie :

Pâleurs cutanéomuqueuses, état général, la tension artérielle, la NFS, la volémie, le pouls et la transfusion.

2-6. Saisie et analyse des données :

La saisie a été faite sur Microsoft Word et Excel 2007. Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS version 12.0.

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence :

Dans la période d'étude, nous avons enregistré 38 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 3962 accouchements effectués, soit une fréquence de 1%.

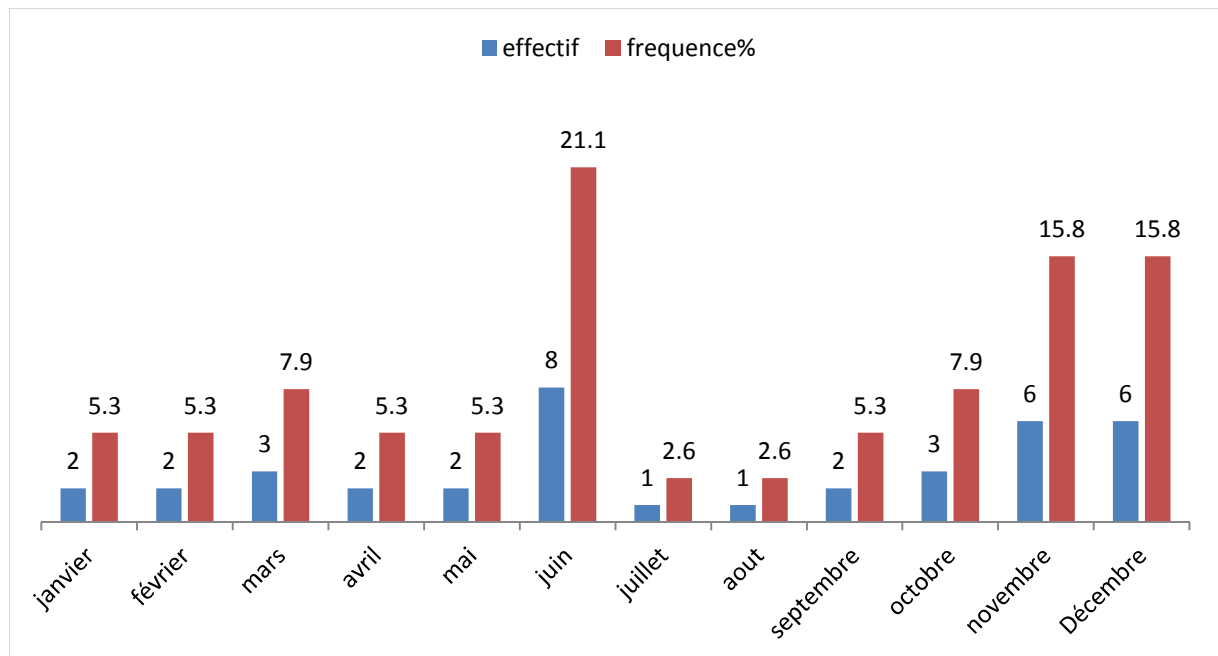


Figure3 : Fréquence des HPPI en fonction du mois.

La fréquence la plus élevée (21%) a été observée en Juin.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age :

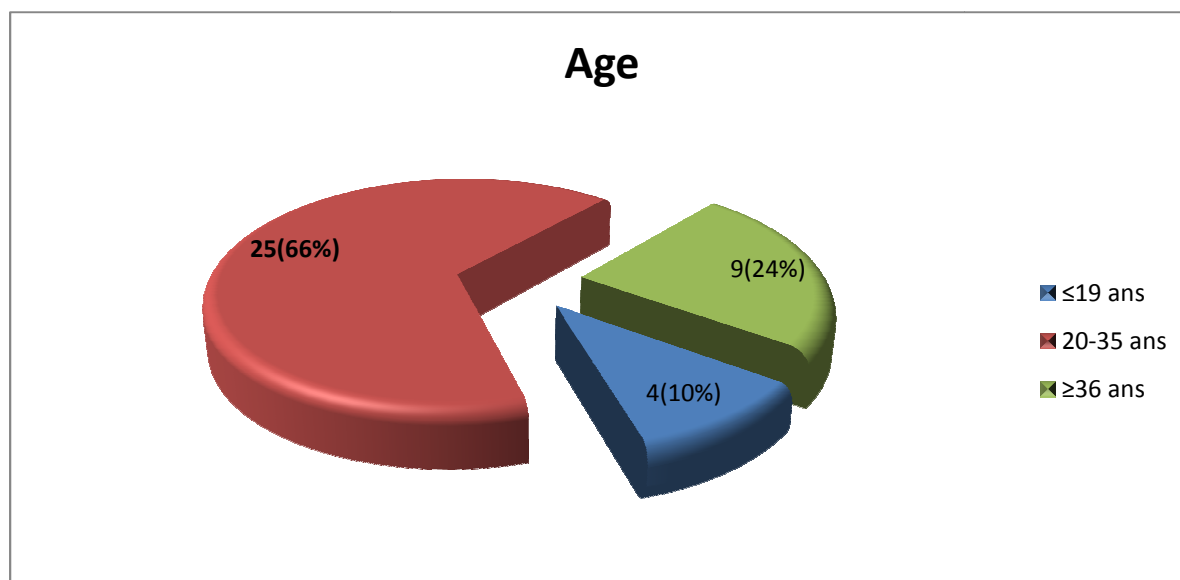


Figure4 : Répartition des femmes en fonction de l'âge.

La fréquence la plus élevée (65,8%) est obtenue dans la population de femme ayant un âge obstétrical normal.

2.2. Résidence :

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence%
Rurale	25	65,8
Urbaine	13	34,2
Total	38	100

65,8% des femmes sont du milieu rural

2.3. Ethnie :

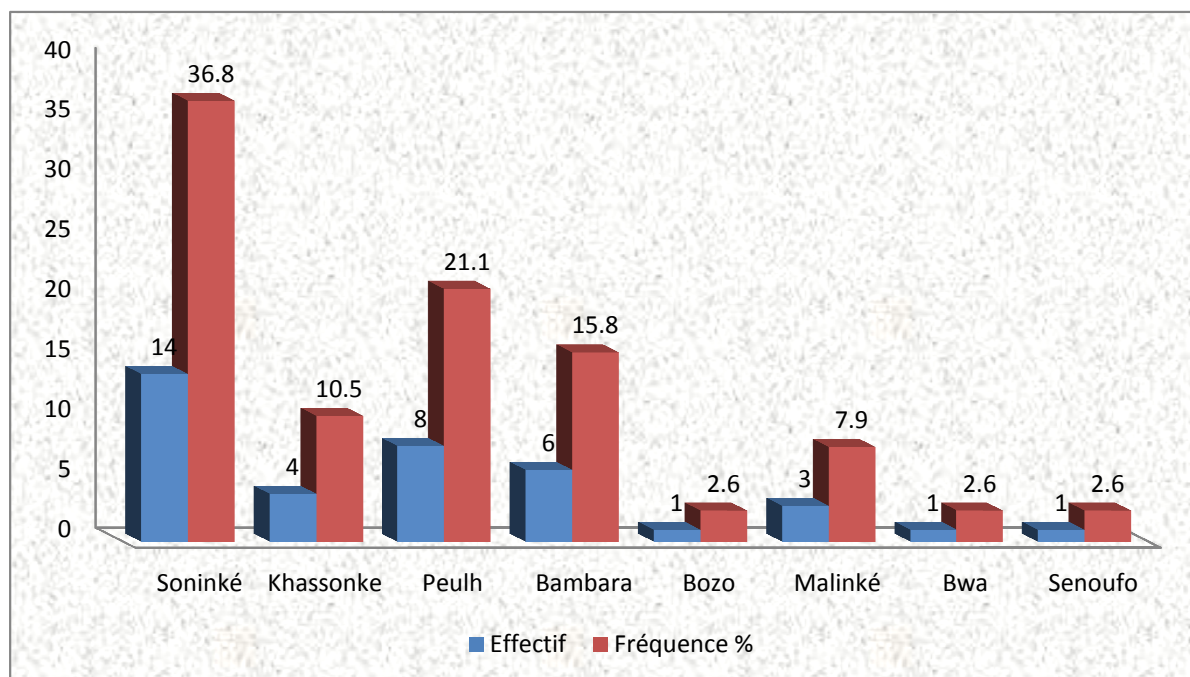


Figure5 : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie :

Les soninkés représentent la majorité des ethnies avec une fréquence de 36,8%.

2.4. Profession :

Tableau II : Répartition des femmes en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Fréquence %
Ménagère	34	89,5
Élève/Étudiante	1	2,6
Aide ménagère	2	5,3
commerçante	1	2,6
Total	38	100

Les femmes au foyer sont plus représentées 89,5%

2.5. Statut matrimonial :

Tableau III : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence %
Mariée	35	92,1
Célibataire	3	7,9
Total	38	100

92,1% étaient des femmes mariées

3. Admission :

3.1. Mode d'admission :

Tableau IV : Répartition des femmes en fonction du mode d'admission :

Mode d'admission	Effectif	Fréquence %
Venue d'elle même	12	31,6
Évacuée	26	68,4
Total	38	100

68,4% des patientes étaient évacuées

3.2. Structure de provenance :

Tableau V : Répartition des évacuées en fonction de la structure de provenance.

Provenance	Effectif	Fréquence %
CSCOM*	23	88,5
Autres structures	3	11,5
Total	26	100

*CSCOM : centre de santé communautaire

88,5% des patientes étaient évacuées à partir d'un CSCOM.

3.3. Motif d'évacuation :

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction du motif d'évacuation.

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence %
Hémorragie du post-partum	4	15,4
Hémorragie de la délivrance	8	30,8
Rétention placentaire	2	7,7
Métrorragie/grossesse	1	3,8
Multiparité	1	3,8
HTA*	3	11,5
Défaut engagement	1	3,8
Rétention J2*	2	7,7
HRP*	4	15,4
Total	26	100

*HTA : hypertension artérielle

*J2 : deuxième jumeau

*HRP : Hématome retro placentaire

L'hémorragie de la délivrance occupe la première place avec 30,8%.

4. Les antécédents

4.1. Antécédents médicaux :

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence %
HTA	9	23,7
Autres	2	5,3
Aucun	27	71,1
Total	38	100

Autres : 1 : HRP 2 : ulcère gastrique

28,9% des femmes avaient un antécédent médical.

4.2. Antécédents chirurgicaux :

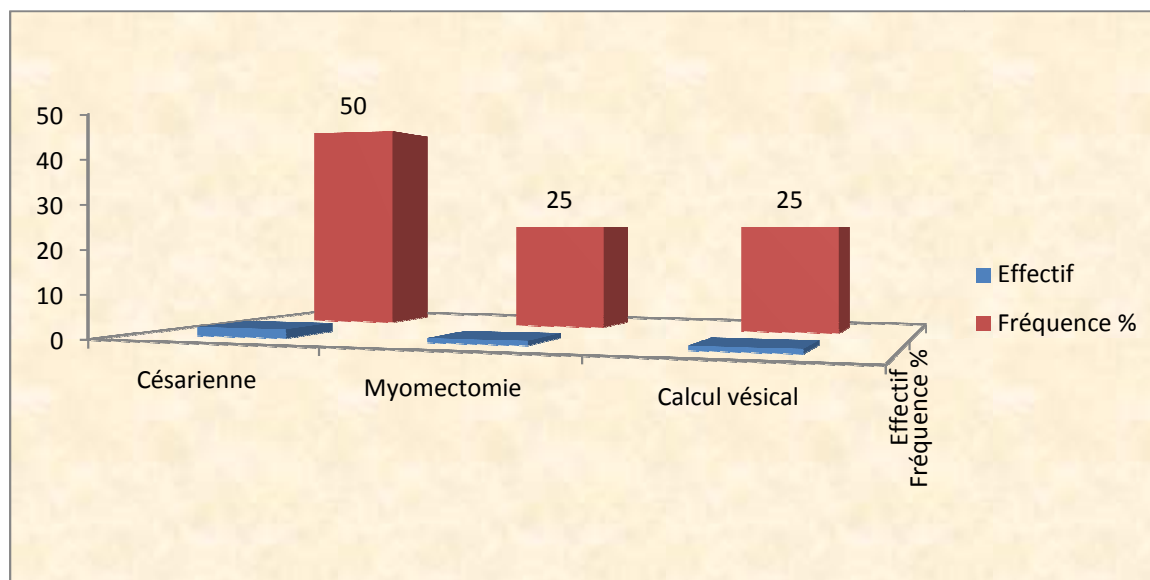


Figure 6 : Répartition des femmes en fonction des antécédents chirurgicaux.

10,5% des femmes avaient un antécédent chirurgical.

4.3. Antécédents gynécologiques :

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction des antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Effectif	Fréquence %
Infections génito-urinaires	6	85,7
cerclage	1	14,3
Total	7	100

18,4% des femmes avaient un antécédent gynécologique.

4.4. Antécédents obstétricaux :

4.4.1. Gestité :

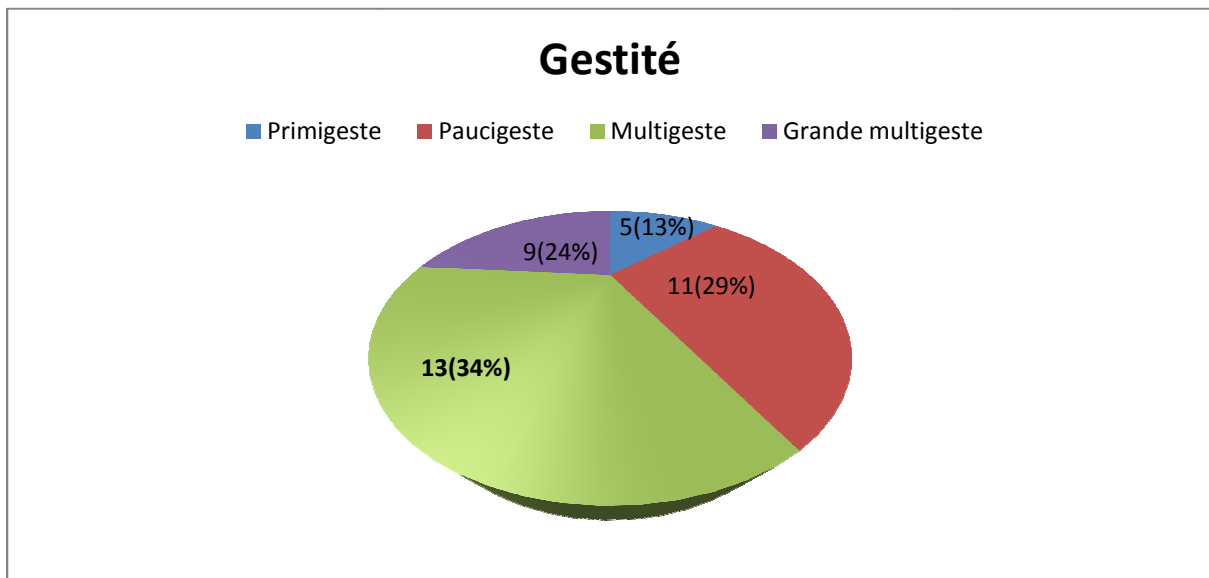


Figure7 : Répartition des femmes en fonction de la gestité.

La multigestité représentait la gestité la plus élevée soit 34,2% pour une gestité minimum de 1, maximum de 12.

4.4.2. Parité :

Tableau IX : Répartition des femmes en fonction de la parité.

Parité	Effectif	Fréquence %
Primipare	5	13,2
Paucipare	12	31,6
Multipare	14	36,8
Grande multipare	7	18,4
Total	38	100

La multiparité et la pauciparité représentaient les parités les plus élevées pour une parité minimum de 1, maximum de 12.

5. Grossesse actuelle

5.1. CPN :

Tableau X : Répartition des femmes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence %
Aucune CPN*	14	36,8
1 à 3	16	42,1
≥4	8	21,1
Total	38	100

*CPN : Consultation prénatale

36,8% des femmes n'ont pas fait de CPN. Par contre 21,1% ont fait 4 CPN ou plus.

5.2. Auteurs de CPN :

Tableau XI : Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'auteur de CPN

Auteur de CPN	Effectif	Fréquence %
Gynécologue	2	5,3
Médecin généraliste	7	18,4
Sage femme	9	23,7
Infirmière obstétricienne	4	10,5
Matrone	2	5,3
Aucun	14	36,8
Total	38	100

La plus grande majorité des femmes qui ont fait de CPN (23,7%) ont été consultées par des sages femmes.

5.3. Terme de la grossesse :

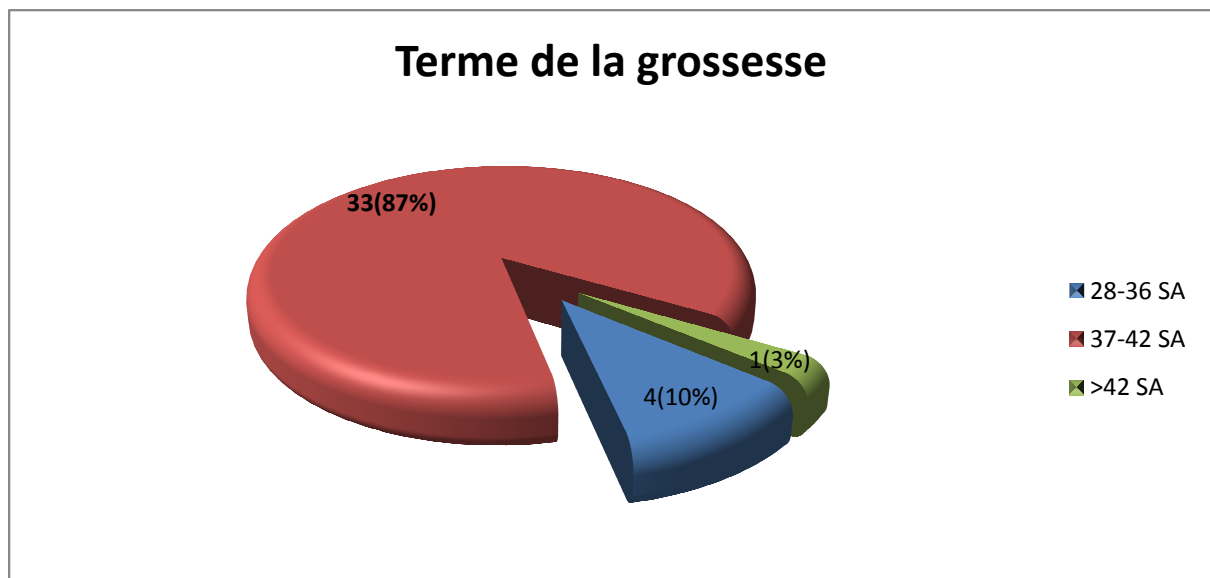


Figure8 : Répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse.

Min=28 SA Moy=39,6 SA Ecart type=2,5 Max=43 SA

86,8% des femmes avaient mené leur grossesse à terme.

5.4. Facteurs de surdistension utérine :

Tableau XII: Répartition des femmes en fonction des facteurs de surdistension utérine

Facteurs de surdistension	Effectif	Fréquence %
Grossesse gémellaire	5	13,2
Gros fœtus	1	2,6
Hydramnios	1	2,6
Aucun	31	81,6
Total	38	100

18,4% des femmes avaient un facteur de surdistension utérine.

6. Accouchement

6.1. Mode d'accouchement :

Tableau XIII : Répartition des femmes en fonction du mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquence %
Voie basse	34	89,5
Césarienne	4	10,5
Total	38	100

10,5% des femmes avec hémorragie du post-partum ont subi une césarienne.

6.2. Durée totale du travail d'accouchement :

Tableau XIV : Répartition des femmes en fonction de la durée du travail d'accouchement.

Durée du travail	Effectif	Fréquence %
≤12h	35	92,1
13-24h	2	5,3
Non précisée	1	2,6
Total	38	100

92,1% des femmes avaient une durée de travail inférieure à 12h.

6.3. Emploi des antispasmodiques et des utérotoniques pendant le travail d'accouchement :

Tableau XV : Répartition des femmes en fonction de certaines thérapeutiques au cours du travail d'accouchement.

Traitement reçu	Effectif	Fréquence %
Antispasmodique	7	18,4
Utérotonique	7	18,4
Expression utérine	4	10,5
Manœuvres obstétricaux	3	7,9
Aucun	17	44,7
Total	38	100

55,3% des femmes avaient reçus un traitement utérotonique et/ou antispasmodique.

6.4. Quantité de sang perdue pendant l'accouchement :

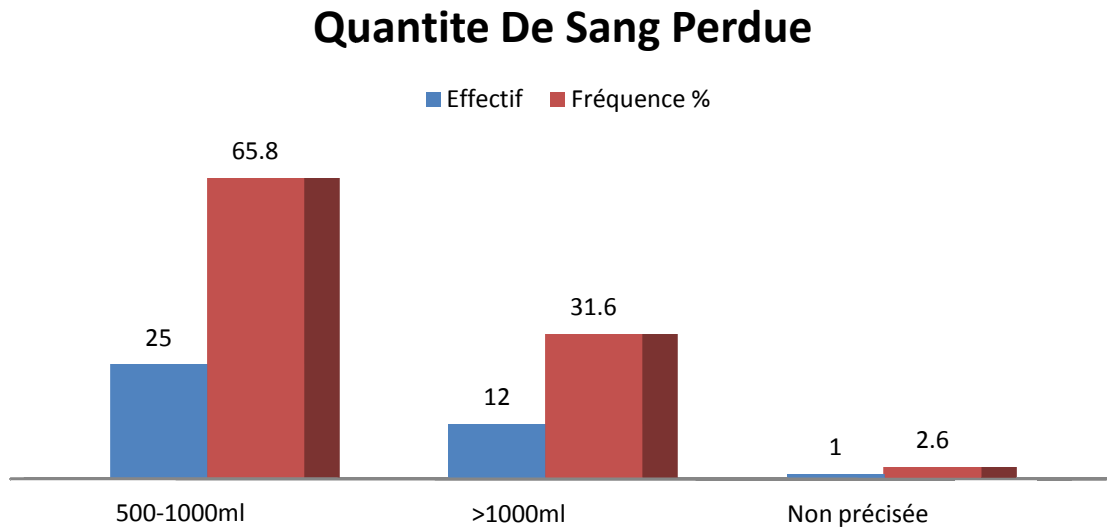


Figure9 : Répartition des patientes en fonction de la quantité de sang perdue pendant l'accouchement :

31,6% des femmes avaient perdue plus de 1000ml de sang.

6.5. Qualification de l'accoucheur :

Tableau XVI : Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'accoucheur.

Qualité	Effectif	Fréquence %
Médecin	14	36,8
Sage femme	6	15,8
IO*	4	10,5
Matrone	8	21,1
Non précisé	6	15,8
Total	38	100

*IO : infirmière obstétricienne

36,8% de l'accouchement ont été effectués par un médecin.

6.6. Lieu de l'accouchement :

Tableau XVII : Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement.

Lieu	Effectif	Fréquence %
Maternité	31	81,6
Domicile	7	18,4
Total	38	100

18,4% des femmes ont accouché à domicile.

6.7. Type de délivrance

Tableau XVIII : Répartition des femmes en fonction du type de délivrance.

TYPE	Effectif	Fréquence %
*GATPA	24	63,2
Artificielle	8	21,1
Naturelle (domicile)	6	15,8
Total	38	100

*GATPA : gestion active de la troisième période de l'accouchement

21,1% des femmes ayant subi une délivrance artificielle un cas était une rétention placentaire suite à un accouchement à domicile.

6.8. Examen du placenta

Tableau XIX : Répartition des femmes en fonction de l'examen du placenta

Placenta	Effectif	Fréquence%
Complet	19	50
Partiel (cotylédons manquants)	5	13,1
Placenta prævia	3	7,9
Cupule	9	23,7
Placenta accreta	2	5,3
Total	38	100

50% des femmes avaient un placenta complet

6.9. Poids de l'enfant

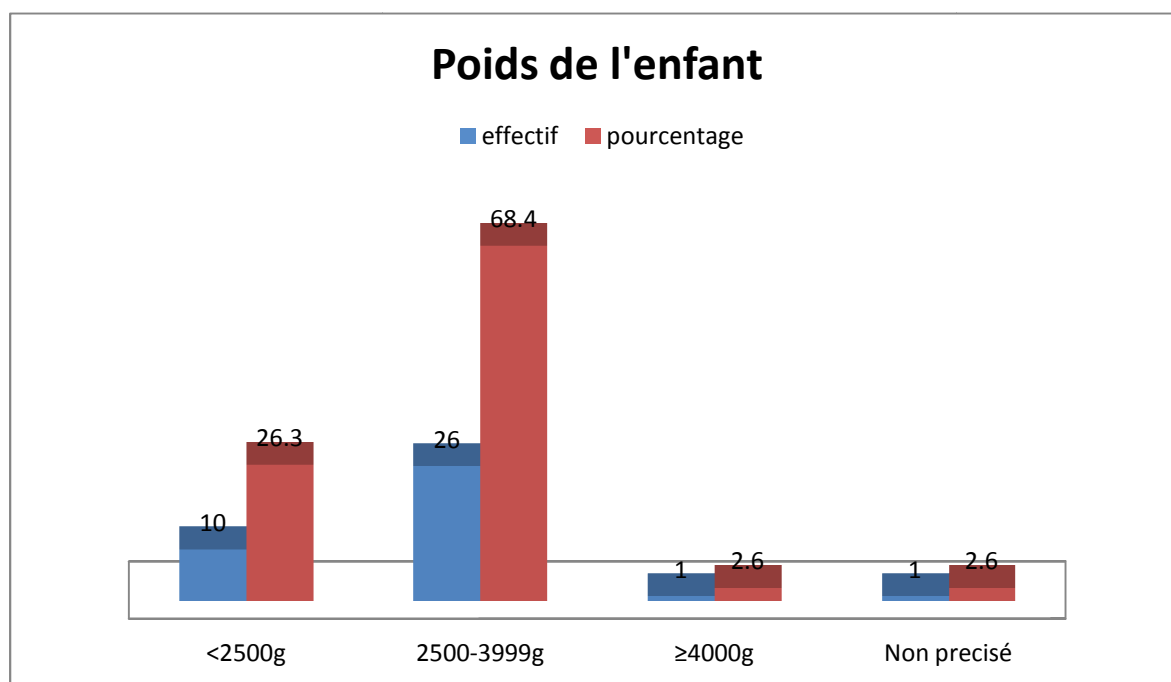


Figure10 : Répartition des nouveaux nés en fonction du poids.

La majorité des nouveaux nés soit 68,4% avaient un poids moyen compris entre 2500-3999g.

7. État des patientes après accouchement :

7.1. État général :

Tableau XX : Répartition des femmes en fonction de l'état général de la mère

État général	Effectif	Fréquence %
Satisfaisant	9	34,2
altéré	29	65,8
Total	38	100

65,8% des femmes avaient un état général altéré.

7.2. Etat des conjonctives :

Tableau XXI: Répartition des femmes en fonction de l'état des conjonctives.

Etat des conjonctives	Effectif	Fréquence %
Colorées	9	34,2
Pâles	29	65,8
Total	38	100

65,8% des femmes avaient l'anémie cliniquement.

7.3. Tension artérielle :

Tableau XXII : Répartition des femmes en fonction du chiffre tensionnel.

Chiffre tensionnel (mm Hg)	Effectif	Fréquence %
Imprenable=0	2	5,3
*TA 05/03-90/60	27	71,1
TA 10/70-14/09	9	23,7
Total	38	100

***TA : Tension artérielle**

5,3% des femmes avaient une tension artérielle imprenable à l'arrivée.

8. Étiologies de l'hémorragie du post-partum

8.1. Étiologie générale :

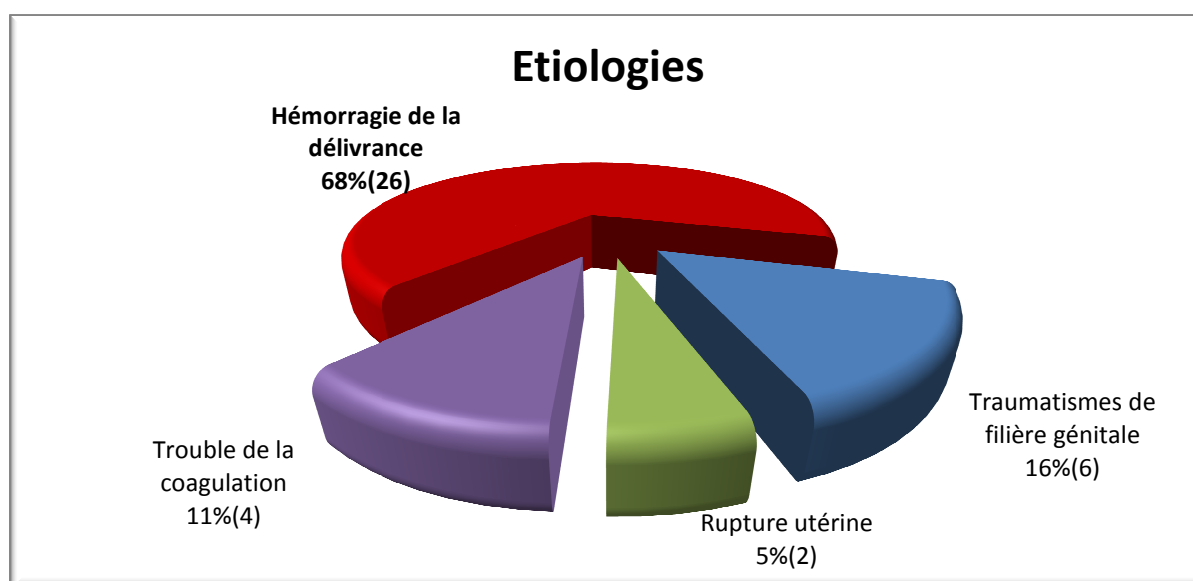


Figure11 : Répartition des accouchées ayant eu une hémorragie du post-partum selon l'étiologie.

L'étiologie la plus fréquente a été l'hémorragie de la délivrance soit 68,4% des patientes.

8.1.1. Hémorragie de la délivrance :

Tableau XXIII : Répartition des accouchées ayant l'hémorragie de la délivrance selon l'étiologie.

Hémorragie de la délivrance	Effectif	Fréquence %
Atonie utérine	17	65,4
Rétention placentaire partielle	5	19,2
Rétention placentaire totale	4	15,4
Total	26	100

L'atonie utérine soit 65,4% est la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance

8.1.1.1. Facteurs favorisant l'atonie utérine

Tableau XXIV : Répartition des facteurs favorisant l'atonie utérine

Étiologies	Effectif	Fréquence %
Multiparité	6	35,3
Surdistension utérine	3	17,6
placenta accreta	2	11,8
HRP	3	17,6
Placenta prævia	2	11,8
Travail rapide	1	5,9
Total	17	100

La multiparité constituait la première cause de l'atonie utérine soit une fréquence de 35,3%.

8.1.2 Traumatisme de la filière génitale

8.1.2.1. Type du traumatisme :

Tableau XXV : Répartition des femmes en fonction de type du traumatisme de la filière génitale.

Type	Effectif	Fréquence%
Déchirure périnéale 2 ^{ème} degré	1	16,7
Déchirure du col sous vaginal	4	66,6
Les deux associées	1	16,7
Total	6	100

100% des déchirures du col n'atteignaient pas le segment inférieur

8.1.2.3. Étiologie des traumatismes de la filière génitale :

Tableau XXVIII : Répartition des femmes selon l'étiologie des traumatismes.

Étiologie	Effectif	Fréquence %
Forceps	2	33,3
Ventouse	1	16,7
Sans instrument	3	50,0
Total	6	100

Dans la moitié des cas aucune cause n'a été retrouvée. Dans tous les cas le forceps se trouve avec une fréquence de 33,3%.

8.1.3. Trouble de la coagulation

8.1.3.1. Étiologie de trouble de la coagulation

Tableau XXIX : Répartition des femmes selon l'étiologie de trouble de la coagulation

Étiologie	Effectif	Fréquence%
Rétention prolongée d'œuf mort	2	50
Décollement prématuré du placenta normalement inséré	2	50
Total	4	100

10,5% des femmes ont fait un trouble de la coagulation

9. Prise en charge

9.1. Taux d'hémoglobine :

Tableau XXXII : Répartition des femmes en fonction du taux d'Hb.

Taux d'Hb	Effectif	Fréquence %
≤7g/dl	21	55,3
8-11g/dl	17	44,7
Total	38	100

55,3% des femmes ont fait une anémie sévère.

9.2. Traitements médicaux :

Tableau XXXIII : Répartition des femmes en fonction du traitement médical.

Traitement médical	Effectif	Fréquence %
Transfusion sanguine	24	63,2
Supplément en fer	35	92,1
Macromolécule	18	47,4
Cristalloïde	37	97,4
Ocytocique	37	97,4
Misoprostol (Cytotec ®)	16	42,1
Ocytocine + Misoprostol	16	30,2
Antibiotique	38	64

97,4% de nos femmes ont bénéficié d'une perfusion d'ocytocique.

9.2.1. Transfusion :

Tableau XXXIV : Répartition des femmes en fonction du nombre d'unité de sang transfusé.

Degré	Effectif	Fréquence %
1 unité	17	70,8
2 unités	5	20,8
3 unités	2	8,3
Total	24	100

63,2% des femmes ont été transfusées

9.3. Traitement obstétrical :

Tableau XXXV : Répartition des femmes en fonction du traitement obstétrical.

Traitement obstétrical	Effectif	Fréquence %
Massage utérin	38	100
Révision utérine + Délivrance artificielle	12	31,6

100% des femmes ont bénéficié d'un massage utérin.

9.4. Traitement chirurgical :

Tableau XXXVI : Répartition des femmes en fonction de la nature du traitement chirurgical :

Traitement chirurgical	Effectif	Fréquence %
Suture génitale d'hémostase	11	78,6
Hystérectomie d'hémostase	3	21,4
Total	14	100

21,4% des femmes ont subi une hystérectomie d'hémostase.

9.5. Anesthésie :

Tableau XXXVII : Répartition des femmes en fonction du type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence %
Anesthésie générale	7	50
Anesthésie locale	7	50
Total	14	100

Les deux types d'anesthésie ont été utilisés à part égale

10. Pronostic :

10.1. Pronostic maternel.

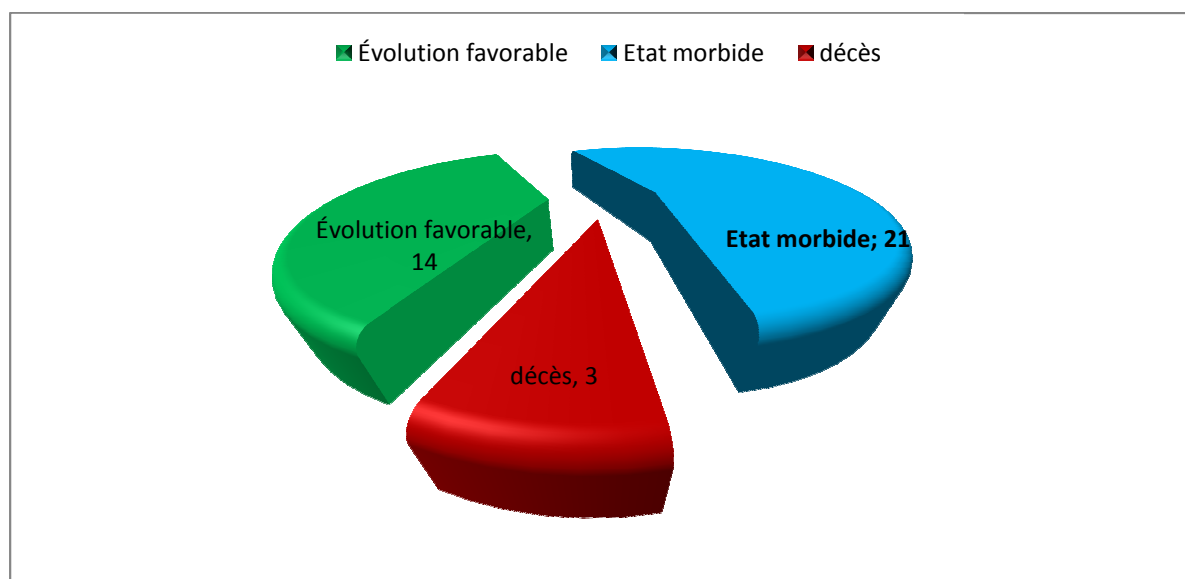


Figure12 : Répartition des femmes en fonction du pronostic maternel.

7,9% des femmes sont décédées

10.2. Etat morbide

Tableau XXX : Répartition des femmes selon l'état morbide

Pathologie	Effectif	Fréquence %
Anémie	21	100
Maladies thromboemboliques(CIVD)	3	14,3
Endométrite	1	4,8

*CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée

L'anémie a été la cause d'hospitalisation des femmes.

10.3. Causes de décès :

Tableau XXXI : Répartition des femmes selon la cause de décès.

Causes de décès	Effectif	Fréquence %
CIVD	1	33,3
Choc hypovolemique	2	66,7
Total	3	100

Plus de la moitié des femmes décédées soit 66,7% sont décédées suite à un choc hypovolemique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence :

Durant la période d'étude du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2012 (soit 1 an) nous avons enregistré 38 cas d'hémorragies du post-partum immédiat sur 3962 accouchements effectués soit une fréquence de 1% et qui sont réparties selon les étiologies ci-dessous :

- Hémorragie de la délivrance : 26 cas sur 38 soit 0,66% du nombre total d'accouchement (3962).
- Traumatisme de la filière génitale : 6 cas sur 38 soit 0,15 % du nombre total d'accouchement (3962).
- Rupture utérine : 2 cas sur 38 soit 0,05% du nombre total d'accouchement (3962).
- Trouble de la coagulation : 4 cas sur 38 soit 0,1% du nombre total d'accouchement (3962).

Une fréquence de 1,85% a été rapportée par Ongoïba I. ^[39], une fréquence de 1,38% a été rapportée par Keïta S ^[40] et Traoré M.T ^[41] et une fréquence de 2,08% a été rapportée par Bohoussou et coll. ^[42] qui se rapproche de celle de Diawara CO. ^[9]. Toutes ces fréquences sont supérieures à la nôtre.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Age :

La tranche d'âge comprise entre 20-35 ans correspondant à la période optimale de fécondité a été la fréquence la plus élevée avec un taux de 65,8%.

Dans cette tranche d'âge, Keïta S ^[40] et Traoré M. T ^[41] ont rapporté respectivement 63,04% et 61,89% taux proches du nôtre. Pour cette même tranche d'âge Pambou O. et coll. ^[43] ont rapporté 68,75%.

10,5% des patientes avaient un âge ≤ 19 ans. Ce taux est proche de celui rapporté par Alihonou E et coll. ^[44] qui est de 9,27%, mais nettement inférieur à celui trouvé par Keïta S ^[40] et Traoré M. T ^[41] qui est respectivement de 24,64% et 23,36%.

La précocité du mariage étant une coutume en Afrique pourrait expliquer ce phénomène.

2.2. Résidence :

Parmi les femmes admises dans notre structure 65,8% venaient des zones rurales. Ces zones rurales sont caractérisées par le bas niveau socio-économique et une insuffisance d'accès aux soins adéquats qui entraînent une défaillance du dépistage des facteurs de risque et de la prise en charge.

2.3. Ethnie :

L'ethnie soninké a été la plus touchée, avec un taux de 36,8%. Ce résultat reflète la répartition démographique des soninkés dans le cercle de Kayes. Ils représentent le 1^{er} groupe ethnique du cercle de Kayes.

2.4. Statut matrimonial :

Les femmes mariées viennent en premier rang avec 92,1%.

Ce taux est supérieur à celui de Diallo B^[8] qui a obtenu 77,7% et proche à celui de Keïta S.^[40] et Ongoïba I^[39] qui ont trouvé respectivement 87% et 90,3%.

Le statut matrimonial ne semble pas à lui seul expliquer les causes des hémorragies du post-partum.

2.5. Profession :

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 89,5%.

Ce taux est comparable à celui de Diallo B^[8] qui a été de 87,2%, et à celui de Keïta S^[40] et Ongoïba I^[39] qui ont obtenu respectivement 81,2% et 85,4%. Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femme au foyer, aides ménagères).

3. Clinique :

3.1. Mode d'admission :

68,4% des femmes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient été évacuées d'autres localités. Elles avaient parcouru le plus souvent de longues distances et parfois l'ambulance fait le mouvement d'aller et de retour ce qui prolonge le temps d'évacuation. Le parcours du CSCOM et l'arrivée à l'hôpital a duré moins de 12 heures pour la majorité des cas et la prise en charge a été instantanée.

88,5% des femmes évacuées venaient des CSCOM dont le motif d'évacuation le plus élevé fut l'hémorragie de la délivrance avec une fréquence de 30,8%.

Akpadza K. et coll. ^[45] ont rapporté 39,09% d'évacuation, Ongoïba I ^[39] et Keïta S. ^[40] ont rapporté respectivement 47,9% et 42% d'évacuation. C'est pourquoi en 1986 à Genève on a même proposé d'héberger les femmes pendant le dernier mois et même le dernier trimestre de la grossesse dans les villages ou foyer maternel les plus proches de la maternité.

3.2. Les antécédents :

3.2.1. Antécédents médicaux :

L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquente avec un taux de 23,7%. Ce taux est inférieur à celui de Ongoïba I H ^[39] qui trouve une fréquence de 60,5 % et supérieur à celui de Diallo B ^[8] qui a obtenu 5,4% contre respectivement 2,20% et 8,25% chez Keïta S. ^[40] et Traoré M.T ^[41]. Ce taux se rapproche de celui de Diawara C.O^[9] soit une fréquence de 16,7%.

3.2.2. Antécédents chirurgicaux :

-La cicatrice utérine (césarienne) était présente chez 5,26% des patientes. Ce taux est supérieur à ceux d'Alihonou E. et coll. ^[44] et de Keïta S. ^[40] qui ont rapporté respectivement un taux de 3,9% et 4,3% mais plus proche de ceux rapportés par Diawara C.O ^[9] et Traoré M. T. ^[41] qui sont respectivement de 5,6% et de 6,56%.

-La myomectomie avait été pratiquée chez 2,63% des patientes.

La révision utérine et l'utérus cicatriciel peuvent contribuer à une agression mécanique de la muqueuse utérine. Ces lésions peuvent être le siège d'une adhérence partielle du placenta ou entraîner un décollement incomplet du placenta qui sera alors cause d'hémorragie de la délivrance.

3.2.3. Antécédents gynécologiques :

Les infections uro-génitales représentent la fréquence la plus élevée soit 85,7%.

3.2.4. Antécédents obstétricaux :

3.2.4.1. Parité :

Selon la parité, notre étude nous a permis de trouver la répartition suivante :

- Les paucipares et les multipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement un taux de 31,6% et 36,8%.

Ceci est lié au fait que la majorité des primipares et grandes multipares préfèrent venir à l'hôpital pour leur accouchement où elles reçoivent une prise en charge adéquate.

Au cours de cette étude nous avons constaté que le risque de complication de l'accouchement est proportionnel chez les grandes multipares que chez les primipares.

- Alihonou E. et coll. ^[44] ont trouvé : pour les paucipares 39,74% et pour les multipares et les grandes multipares 60,26%

- Keïta S. ^[40] et Traoré M. T. ^[41] ont rapporté respectivement pour les paucipares 62,7%, multipares et grandes multipares 37,3% contre primipares 35,65% et multipares 39,74% de cas d'hémorragie du post-partum immédiat.

3.2.4.2. Gestité :

Les paucigestes et les multigestes étaient les plus fréquentes avec respectivement 28,9% et 34,2%. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux obtenus par Diawara C.O ^[9] qui sont de 19,4% pour les paucigestes et 13,9% pour les multigestes.

3.3. Caractéristiques de la grossesse :

3.3.1. Consultation prénatale :

Nous avons trouvé 63,2% des cas ayant fait la CPN.

Diallo A. ^[46] et Diallo B ^[8] ont rapporté respectivement 48,1% et 77,5% de celles qui ont fait la CPN. Une CPN recentrée permet de réduire considérablement le taux de l'hémorragie. Elle permet de diagnostiquer les facteurs de risques et de prendre de mesure préventive pour l'accouchement.

Parmi 63,2% des femmes qui ont fait la CPN, 23,7% ont été suivies par une sage femme.

3.3.2. Terme de la grossesse :

Notre étude note 86,8% d'accouchement à terme, Diawara C.O^[9] a trouvé à peu près la même fréquence soit 86,1%, et on a trouvé une fréquence de 10,5% d'accouchement prématuré supérieure à celle de Diawara C.O^[9] qui a trouvé 5,6%

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.

3.3.3. Hauteur utérine : facteurs de surdistension utérine

18,4% des patientes avaient un facteur de surdistension utérine dont la grossesse multiple représente le facteur le plus élevé soit 13,2%.

Elle occupe la tête des facteurs liés à la surdistension utérine qui est l'un des facteurs d'hémorragies du post-partum immédiat.

3.4. Durée totale du travail :

La durée du travail d'accouchement était inférieure ou égale à 12 heures dans 92,1%.

La durée anormalement longue du travail d'accouchement entraîne l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Diallo B.^[8] et Diallo A^[46] ont rapporté respectivement 11,3% et 14%. Ali Honou E. et coll.^[44] ont rapporté 56,9% de temps supérieur à 12 heures.

Keïta S^[40] et Traoré M. T.^[41] ont rapporté respectivement 25,4% et 39,35%.

4. Mode et lieu d'accouchement :

89,5% des patientes ayant présenté les hémorragies du post-partum immédiat avaient accouché par voie basse, ce taux est supérieur à ceux rapportés par Diawara C.O^[9] et Keïta S^[40] qui sont respectivement 13,9% et 13,04% contre 5,12% et 4,30% rapportés respectivement par Diallo A^[46] et Traoré M. T.^[41] et 18,4% soit 7 cas ont accouché à domicile. Cette fréquence explique que l'accouchement à domicile est une pratique très répandue dans le cercle.

10,5% des patientes avaient fait l'hémorragie du post-partum immédiat après une césarienne, ce taux est supérieur à celui rapporté par Akpadza K. et coll.^[45] qui est de 2,71%.

92,1% des femmes avaient une durée de travail inférieure à 12h et 36,8% avaient reçu un antispasmodique et/ou utérotonique.

Par rapport au mode d'accouchement deux situations pourraient expliquer les hémorragies contemporaines de la délivrance :

- Un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et des annexes. Le poids du 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.
- L'accouchement se déroule dans les conditions normales et la délivrance a été effectuée par une personne non qualifiée ne respectant pas la physiologie de la délivrance.

31,6% des femmes ont perdu plus de 1000ml et 36,8% des accouchements ont été effectués par un médecin.

5. Délivrance :

La GATPA a été réalisée chez 63,2% des femmes et chez 21,1% des femmes ayant subi une délivrance artificielle un cas était une rétention placentaire suite à un accouchement à domicile.

Après examen du placenta 50% étaient complets. Les deux cas de placenta accreta (5,3%) avaient un antécédent de césarienne

6. Etat général de la patiente après accouchement :

- 65,8% avaient un état général altéré et 71,1% étaient dans un état de choc.
- 65,8% des patientes avaient une anémie clinique par la pâleur des conjonctives, ce résultat est supérieur à celui rapporté par Ongoïba I^[39] qui est de 16% et se rapproche de celui de Diawara C.O^[9] avec une fréquence de 27,8% soit 10/38.

7. Principales étiologies retrouvées :

Les étiologies retrouvées ont été :

7.1. Hémorragie de la délivrance :

Elle représente la fréquence la plus élevée avec 68,4%, l'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé et d'actualité ; puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle.
[48]

Notre taux se rapproche de celui de Diawara C.O^[9] qui a trouvé un taux de 66,7%.

Au Mali Nem Techuett D. ^[27] a trouvé que 59,3% des décès maternelles au centre de santé de référence de la commune V étaient liés à la complication des hémorragies de la délivrance.

Parmi les étiologies d'hémorragies de la délivrance nous avons 34,6% de cas de rétention placentaire.

- L'atonie utérine a été retrouvée dans 65,4% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Akpadza et coll. ^[45] qui ont rapporté une fréquence de 48,73% et comparable à ceux de Alihonou E. et coll. ^[44], Diallo B. ^[8] Ongoïba I. ^[39], Diawara CO ^[9] qui ont rapporté respectivement une fréquence de 55,8%, 69%, 68%, 62,5%. Pambou O. et coll. ^[43] ont rapporté une fréquence de 41,66% d'hémorragie de la délivrance suite à une rupture utérine.

La multiparité constitue le premier facteur favorisant l'atonie utérine par conséquent occupe la première place des facteurs de risque d'HPPI soit une fréquence de 47,1% des cas.

- Keïta S ^[40] et Traoré M. T. ^[41] ont rapporté respectivement une fréquence de 45,6% et de 45,70%.

7.2. Traumatisme de la filière génitale :

Nous avons enregistré 6 cas de traumatisme de la filière génitale soit 16% des causes d'hémorragies. Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance ou isolées. Elles sont réparties comme suit :

- La déchirure du col : 4 cas soit 10,5% de cas d'hémorragie, ce taux est inférieur à celui de Traoré M. T. ^[41] et Diallo B. ^[8] qui ont rapporté respectivement 21,52% et 28,2% de déchirure du col utérin mais proche de celui de Keïta S ^[40] qui a rapporté 15,9%.
- La déchirure du périnée 2^{ème} degré : 1 cas soit 2,6% de cas d'hémorragie, ce taux est inférieur à celui rapporté par Keïta S ^[40] qui est de 36,2% soit 50 cas.
- Dans un seul cas soit 2,6% les deux (déchirure du col et du périnée) sont associées.

Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise prise en charge du travail d'accouchement. Nous avons remarqué que la majorité de ces patientes au moment de l'expulsion avaient poussé sur un col incomplètement dilaté. Cela pourrait être lié aussi à une utilisation mal contrôlée des utérotoniques au cours du travail d'accouchement et où des expressions avant dilatation complète. On a enregistré une fréquence de 18,4% soit 7 cas sur 38 ont reçu d'utérotonique.

La mauvaise utilisation des instruments obstétricaux notamment le forceps et la ventouse entraîne des traumatismes de la filière génitale (périnée, col, muqueuse vaginale). Le forceps

se place en tête avec une fréquence de 33,3%. La systématisation de l'épisiotomie permet de réduire considérablement ces accidents.

7.3. Rupture utérine :

2 cas soit une fréquence de 5% dont la première évacuée pour hémorragie et qui a été diagnostiqué un HRP. Pendant la césarienne on a constaté une rupture au niveau de la face postérieure de l'utérus.

La deuxième une grande multipare évacuée également pour hémorragie chez qui on a diagnostiqué un placenta prævia recouvrant et une rupture utérine constatée à l'arrivée.

7.4. Trouble de la coagulation:

- La CIVD:

Nous avons trouvé 11% des patientes soit 4 cas qui ont présenté un tableau de CIVD dont un cas de décès. Ce résultat se rapproche de celui de KEITA S ^[40] et Traoré M.T. ^[41] qui ont rapporté respectivement 10,10% et 12,30%.

Alihonou E. et coll. ^[44] ont rapporté 3,3% fréquence inférieure à la nôtre.

Pambou O. et coll. ^[43] ont montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des cas d'hémorragie du post-partum.

Ce problème de coagulopathie peut s'expliquer dans notre étude par la perte d'une grande quantité de sang et les facteurs de coagulation.

Nous avons trouvé comme étiologies une rétention prolongée d'œuf mort 2cas et un décollement prématuré du placenta normalement inséré 2cas.

8. Complications maternelles :

-L'anémie : présente chez 55,3% des patientes ayant fait l'hémorragie soit 21 cas. Elle a été la cause de 100% des malades hospitalisées.

- Au cours de l'hospitalisation 1/21 a présenté une endométrite

9. Prise en charge :

9.1. Prise en charge médicale :

Au cours de notre étude l'ensemble de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical.

La thérapeutique qu'on a eue à adopter n'est pas du reste différente de celui des autres. Nous avons procédé :

- A la prise d'une voie veineuse de sécurité avec un cathéter au moins une voie. Dans les cas graves deux voies si possibles.
- L'administration d'utérotonique (ocytocique) en perfusion dans un soluté ou en intramusculaire a été effectuée chez 97,4% de nos patientes. On réévalue après si pas d'arrêt de saignement ;
- A l'administration de prostaglandines (misoclear^f Cp 1000µg soit 5cp) en intra rectale 16 de nos patientes soit 42,1% ont bénéficié de ce produit qui nous a donné un taux de réussite considérable. Le misoclear a été administré chez 16 de nos patientes qui ont reçu de l'ocytocine soit une fréquence de 30,2%.

Les prostaglandines sont des produits qui font l'unanimité aujourd'hui dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine avec un taux globale de 89% selon Goffinet et Coll. ^[48] surtout après échec aux ocytociques. Dans notre service nous avons systématisé l'administration de prostaglandine devant tout facteur de risque d'hémorragie après accouchement.

- 24 de nos patientes soit 63,2% ont été transfusées avec du sang total dont 17 soit 70,8% ont reçu au moins une poche.

Ce résultat est supérieur à celui d'Ongoïba I. ^[39] et Keïta S ^[40] qui ont trouvé respectivement une fréquence de 40,8% et 44,8% et beaucoup plus supérieur à celui de Traoré M.T. ^[41] qui était de 31,76%.

Ce taux explique la fonctionnalité de notre banque de sang. A tout moment devant un besoin de transfusion sanguine on se rend avec célérité avec les parents de la dame pour prendre une poche et qui sera restituée après.

9.2. Prise en charge obstétricale :

12 de nos patientes ont bénéficié d'une révision utérine. Elle a permis d'assurer l'hémostase dans 31,6% des cas contre 39,6% et 39,33% des cas rapporté respectivement par Ongoïba I.^[39] et Traoré M. T.^[41]

Le massage utérin fut réalisé chez 100% de femmes. Le massage diminue considérablement le saignement en favorisant une rétraction utérine.

9.3. Prise en charge chirurgicale :

Dans notre étude 11/38 des patientes ont bénéficié d'une suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles contre 93,7% ; 88,9% ; et 59,2% rapporté respectivement par Keïta S.^[40] ; Ongoïba I.^[39] et Diallo B.^[8].

Le recours à l'hystérectomie d'hémostase dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie.

- 3/38 des patientes ont bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase. Cette fréquence est supérieure à celle d'Ongoïba I.^[39] et Diallo A.^[46] qui ont rapporté respectivement 11,1% et 10,25% et nettement supérieur à celle de Traoré M.T.^[41] qui est de 3,2%.

Cette fréquence élevée d'hystérectomie s'explique par le retard à la prise en charge, le plus souvent au stade de complication où l'intervention chirurgicale reste le geste ultime pour sauver la vie.

L'embolisation utérine, la ligature des artères hypogastriques sont aussi des moyens chirurgicaux pour arrêter l'hémorragie mais on n'a pas eu recours à ces pratiques dans notre service.

Cependant **GILBERT et al.**^[49] **en 1992** ont rapporté une réussite de 100% avec l'embolisation.

- Salva J.^[50] a rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas pour l'atonie utérine avec 100% de réussite. Le choix de la technique chirurgicale est une question d'école et plateau technique.

10. Pronostic maternel :

Nous avons enregistré 3 décès sur 38 soit un taux de décès maternel de 7,9% suite au CIVD (33,3%) soit 1 cas et choc hypovolemique (66,7%) soit 2 cas.

Les facteurs de risque retrouvés ont été : la référence tardive, la mauvaise condition de transport et l'accouchement à domicile.

Diallo B. ^[8] et Diallo A. ^[46] ont trouvé respectivement 19,7% et 23,20% de décès maternels contre 7,20% et 25,61% trouvés respectivement par Keïta S ^[40] et Traoré M. T. ^[41]. Notre taux est supérieur à celui trouvé par Ongoïba I. ^[39] qui était de 2%. Le manque de sang et des dérivés du sang surtout le plasma frais congelé, le retard dans la référence peuvent expliquer ce phénomène.

L'hémorragie occasionna dans 55,3% des cas, l'anémie fut la cause d'hospitalisation dans 100% des cas hospitalisés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

L'Hémorragie du post partum immédiat constitue un problème de santé publique. Elle est l'une des premières causes de mortalité dans notre service.

Ces hémorragies sont trop souvent liées à un retard de prise en charge ; le non dépistage de facteurs de risque au cours de la CPN et l'accouchement. Dans l'espoir de réduire cette fréquence ; un accent particulier doit être mis sur la prévention de ces hémorragies. Cette prévention commence par la disponibilité des personnels qualifiés ; la disponibilité d'un staff expérimenté (obstétricien, anesthésiste réanimateur, sage-femme, infirmier) dans un service doté d'un plateau technique adéquat.

2. RECOMMANDATIONS :

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

➤ Au Ministère de la santé,

- Multiplier les séances de recyclage du personnel de santé ayant en charge de l'accouchement (médecin, sage-femme et matrone),
- Construire un nouveau bâtiment pour le service de gynécologie-obstétrique selon la norme au sein de l'hôpital.
- Rendre le bilan prénatal gratuit ;
- Sensibiliser les populations pour un changement de comportement en vue d'instaurer une culture de don de sang.

➤ Aux prestataires de santé

- Les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et les matrones doivent dépister au cours des consultations prénatales les grossesses à risque et les adresser aux spécialistes pour la prise en charge de la grossesse et l'accouchement ;
- Améliorer l'affluence et la qualité des CPN par l'amélioration sensible de l'accueil en remettant dès la première consultation des bulletins d'analyse prénataux à la gestante ; surtout le groupe sanguin et Rhésus ;
- Utilisation systématique du partographe dès l'entrée de la parturiente en salle d'accouchement ;

- Promouvoir l'accouchement non traumatique en faisant l'épisiotomie en cas d'indication ;
- Eviter les expressions utérines et aussi l'administration non indiquée des ocytociques pour accélérer l'expulsion.
- Prévenir les hémorragies de la délivrance par la gestion du troisième période du travail d'accouchement, qui consiste à administrer 10 unités d'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement ; la traction contrôlée du cordon et le massage utérin.
- Assurer la surveillance des accouchées selon les mesures de l'OMS « pendant les 6 heures qui suivent l'accouchement » par une surveillance régulière des constantes de la patiente.
 - **Au personnel de laboratoire d'analyse médicale :**
 - Faciliter l'accessibilité au sang en cas d'urgence.
 - **Aux internes et externes du service :**
 - Remplir correctement les dossiers médicaux en vue de leur utilisation pour les travaux de recherche scientifique ;
 - Surveiller les parturientes avec les accoucheuses et informer la hiérarchie en cas de complication ;
 - Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat est pluridisciplinaire.
 - **Aux gestantes**
 - Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse ; faire le bilan de grossesse et suivre régulièrement le calendrier de suivi en respectant les rendez-vous.
 - Eviter les accouchements à domicile source d'hémorragie chez les multipares car l'habitude n'exclut pas le danger ;
 - Limiter et espacer la naissance pour éviter la multiparité retenue comme facteur de risque de l'atonie utérine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Net Works.** Des meilleurs soins dans le post partum sauvent des vies. Net Works. 1997 ; vol 17 n°4 : 1-17. www.google.com
2. **Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S.** Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement 2004 Elsevier Masson SAS
3. **Chichakli L.O, et al.** Pregnancy-related mortality in the United States due to hemorrhage: 1979-1992. *Obstet Gynecol*, 1999. 94(5 Pt 1): p. 721-5.
4. **Goffinet F, et al.** [Practical use of sulprostone in the treatment of hemorrhages during delivery]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 1995. 24(2): p. 209-16.
5. **Bouvier-Colle M.H, Saucedo M, Deneux-Tharaux C.** [The confidential enquiries into maternal deaths, 1996-2006 in France: what consequences for the obstetrical care?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 40(2): p. 87-102.
6. **Harrison K.A, Rossitier C.E.** Maternal mortality; In: Harrison K.A. Ed.; child bearing health and social priorities. A survey of 22.774 consecutive hospital births in Zaria northern Nigeria *Br.J. obst. et Gynecol.* 1985; 92: 100 – 115
7. **Begin J.P.** Hémorragies vaginales du post-partum. (Thèse:méd). Nancy: 1976, 285.
8. **Diallo B.** Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique à l'HGT. (thèse:Méd). Bamako : 1990 n°125.
9. **Diawara C.O.** Hémorragie du post partum immédiat au Centre de Santé de Référence de Koutiala. (thèse : méd). Koutiala : 2008 N°396 p37.
10. **Coulibaly S. S.** Hémorragie du post partum immédiat au centre de Santé de référence de la commune II du district de Bamako :(thèse : méd).2007 p61.
11. **Drife, J.** Management of primary postpartum haemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(3): p. 275-7.
12. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson. 1995; 583p.
13. **Arurkumar S.** The surgical management of post-partum hemorrhage. *Best practice and Research Clinical Obstet and Gynaecol* 2002 ; 16 (1) : 81 - 98
14. **Pelage J.P et coll.** Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. *J. Gynécol Obstet Biol.* Paris : Masson, 1990 (chap.105). 1553-1355p
15. **Rault** Hémorragie du post-partum. *American college of obstetricians and gynaecologist*. 2000; p1-2. <http://www.adrenaline122.org>
16. **Bernard P. et Coll.** Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine. *Rév. Gynécol. Obstet. du Prat.* 1989 ; IP 29-34p.
17. **Suzanne I.Y, Allard H, Meyer J.L.** Hémorragies Obstétricales graves du post-partum immédiat. *Encycl. Méd. –Chir.* ; Paris : obstétrique, 5109 A 10, 12 – 1989.
18. **Barbarino-Monnier P, Barbarino A, Bayoument F, Bonnenfirt-Mercray V, Judun P.** Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum – choc hémorragique ; *encycl. Méd. –chir.* (Elsevier, Paris) : Obstétrique 5 – 082, 1998, 118.
19. **Wlody D.J.** The critically ill parturient, evaluation and anesthetic management. In: *Annual refresher course lectures. American society of anesthesiologists*, 1996 :135

20. **Combs, Murphy E.L, Larosr K.** Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. *ObstetGynaecol* 1991; 77; 69; 76.
21. **Department of Health.** Why Mothers die report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994/96, London: HMSO. *Int. J. GynaecolObstet* 1998; 310-315p.
22. **Pigne A, Freitel.** Déchirures Obstétricales, Paris : Masson, 1990. (chap. 105) : 1353-1355, 48p.
23. **Riethmuller D, Pequegnot-Geannin C.** Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus génital. *J. GynécolObstetBiol. Réprod* 1997; 26 :154 – 158p.
24. **Blondel B, Kaminskim.** Episiotomy anal third degree tears. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1985.92: 1297-1298p.
25. **Shiono P, Klebanoff M, Careyo.** Midline episiotomies = More harm than good. *ObstetGynaecol.* 1990. 75: 765-769p.
26. **Hewitt P.E, J. et Machin S. J.** Massive blood transfusion in ABO of transfusion. London: BMJ publishing group, 1998. 49-52p.
27. **Nem T.D.** Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas. (Thèse : Méd). Bamako : 2004. 77 p27
28. **Beuthe D.** Die Beeinflussung der nachgeburtsperioden durch methergin. *Z blGynak* 1956. 78:1305-14p.
29. **Nagai K, Tanaka T, Tsuruta K.** Regulation of placenta 15-hydroxyprostaglandin dehydrogenase activity by obstetric drugs prostaglandins leucotrienes. *Med*, 1987.29 : 165-173p.
30. **Husslein, Sinzinger H.** Concentration of 13, 14 dihydro-15-keto-prostaglandin F2 alpha in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset. *Br. J. ObstetGynaecol* 1984.91: 228-231p.
31. **Tagaki S, Yoshida T, Togo Y.** The effects of intra myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post-partum hemorrhage. *Prostaglandins*. 1976.12: 565-579p.
32. **Bygdemann M, Kwonsu, Mukker Heet, Wiquist N.** Effect of infusion of PG E, and PGE2 on the motility of the pregnant human uterus. *Am J. ObstetGynaecol.* 1968. 129: 918-919p.
33. **Hertz H, Sokol R.J, Dierker W.** Treatment of post partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories. *Obstetgynecol*; 1988. 56:129p.
34. **Henson G, Gough J.O, Gollmer MDG.** Control of persistent primary post-partum hemorrhage to uterine atony with intravenous prostaglandin E2. *Br J. ObstetGynaecol*; 1983. 9: 280-282p.
35. **Tsirulnikov M.S.** La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod* : 1979. 8:751-753p.
36. **Cristalli B, Levardon M, Iazard V, Cayola A.** Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod* ; 1991. 20: 851 – 854p.

-
37. **Clark S.L, Yehsy, Phelan J.P.**Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage *Obstet. Gynecol*; 1984. 64: 376-380p.
 38. **Marpeul,Rhimiz,Laruel.**Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance. *J.Gynécol. Obstet. Biol. Reprod* ; 1992. 21: 233-235p.
 39. **OngoïbaI.**Hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako à propos de 144 cas. (Thèse :Méd). Bamako : 2006. n°06-224p.
 40. **Keïta 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 p47.
 41. **Traoré M. T.** Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako à propos de 488 cas. (Thèse : Méd). Bamako : 2004. 98 p46.
 42. **Bohoussou M et coll.** Les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody
 43. **Pambou O. et coll.** Les hémorragies Graves de la délivrance au C.H.U Brazzaville. (Thèse :Méd). Noire : 1996. 43 (7) : 418-422p.
 44. **Alihonou E. et coll.** Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). *Publication médicale Africaine* 2002. 121:8-11p.
 45. **Akpadza K. et coll.** Les hémorragies de la délivrance à la clinique de gynécologie obstétrique C.H.U TOKOIN-LOME (TOGO) : de 1988 à 1992. *Méd. Afr. Noire* : 1994. 41 (11) : 601-603p.
 46. **Diallo A.** Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT. (Thèse :Méd). N° 11-1989
 47. **Lacomme M.** *Pratique obstétrique*, édit.Masson ; Paris : 1960.(Tome I), 127-131p.
 48. **Goffinet F.** Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod* ; 1997. 26 (suppl. n°2) : 34-38p.
 49. **GILBERT WM et al.** Angiographic embolization in the management of hemorrhagic complications of pregnancy. *Am J ObstetGynecol*; 1992.**166**: 493-7p.
 50. **Salva J, NahManovicC,Racinetc.** Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les hémorragies obstétricales. *Rév. Fr. Gynécol. Obstet* ; 1981. 25:368-371p.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : N'DIAYE

Tel : 76 43 35 85/ 63 66 56 54

Prénom : Djibril

Email : djibril_ndiaye3@yahoo.fr

Titre de la thèse : Les hémorragies du post-partum immédiat à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Année Universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé : C'est une étude transversale et descriptive effectuée à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2012 soit une année.

L'objectif principal est de contribuer à l'étude des hémorragies du post-partum à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Durant la période d'étude 3962 accouchements ont été enregistrés dont 38 cas d'hémorragie du post-partum soit une fréquence de 1%.

Les causes les plus fréquemment retrouvées sont :

- hémorragie de la délivrance : 0,66%
- traumatismes de la filière génitale : 0,15%
- trouble de la coagulation : 0,1%

La prise en charge a été :

- la réanimation : perfusion des solutés isotoniques ou hypertoniques et la transfusion.
- les gestes obstétricaux : révision utérine, délivrance artificielle, massage utérin et administration d'utérotonique.
- Chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase.

7,9% de décès maternel ont été enregistrés.

Mots clés : hémorragie du post-partum, urgence obstétricale, mortalité maternelle.

FICHE D'ENQUETE

Données socio démographiques :

Age :..... Ethnie :.....
 Résidence:/...../ a : urbaine b : rurale
 Profession:/..../ a : ménagère b : élève c :
 fonctionnaire d : autres
 Statut matrimonial:/.../ a : mariée b : célibataire
 Mode d'admission : /...../ a : venue d'elle-même b : évacuée
 Provenance:/.../ a : CSCom b : autres structures
 Motif d'évacuation :.....

Antécédents

Médicaux:/,,,,,/ a :HTA b :ASTHME c :DIABETE
 d :DREPANOCYTOSE e :autres
 préciser.....
Chirurgicaux:/...../ a : césarienne b : myomectomie c : curetage d :
 GEU
Gynécologiques:/...../ a : fibrome utérin b : infections genito-utérines c : autres à
 préciser
Obstétriques :
 Gestité:/.../ a : primigeste b : paucigeste c : multigeste d : grandemuligeste
 Parité:/...../ a : primipare b : paucipare c : multipare d : grande
 multipare

Données obstétricales

Examens d'admission

Nombre de CPN:/...../ a : aucun b : 1-3 c : ≥ 4
 Auteurs de CPN:/...../ a : gynécologue b : médecin généraliste c : sage femme d :
 matrone e : autres à préciser.....
 Terme de la grossesse:/...../ a : pré-terme (28SA-36SA) b : terme (37SA-
 42SA) c : post-terme (>42SA)
 Facteurs de sur distension utérine :/...../ a : grossesse gémellaire b : gros fœtus
 c : hydramnios d : aucun
 Hauteur utérine (cm):.....
 Traitement d'antiagrégant plaquettaire:/...../ a : oui b : non

Accouchement

Mode d'accouchement:/...../ a : voie basse b : césarienne
 Durée totale du travail d'accouchement:/...../ a : $\leq 12h$ b : 13-24h c : non
 précisée
 Manœuvres iatrogènes:/...../ a : antispasmodique b : ocytociques c : expression
 utérine d : instruments obstétricaux
 Quantité de sang perdu pendant l'accouchement(ml):/...../ a : 500-1000 b : >1000
 c : non précisée
 Qualification de l'accoucheur:/...../ a : gynécologue b : médecin généraliste
 c : sage femme d : matrone e : non précisé
 Lieu de l'accouchement:/...../ a : maternité b : domicile

Type de délivrance:/...../ 1 : GATPA 2 : artificielle 3 : naturelle
 Examen de placenta:/...../ a : complet b : incomplet
 c : autres :.....
 Si b:/...../ 1 : rétention des membranes 2 : présence de cupule
 3 : petit coté des membranes(cm):/...../ a : ≥ 10 b : < 10

Paramètres fœtaux

Fréquence cardiaque:/...../ a : < 120 b : 120-160 c : > 160 d : non
 précisé
 Poids:/...../ a : $< 2500g$ b : 2500-3999g c : $\geq 4000g$ d : non
 précisé

Etats des patientes après l'accouchement

Etat général:/...../ a : satisfaisant b : altéré
 Etat de conscience:/...../ a : clair b : altéré
 Conjonctives:/...../ a : colorées b : pales
 Tension artérielle (cm hg):/...../ a : imprenable b : (05/03)-(09/06) c : (10/07)-
 (14/09)
 Pouls:/...../ a : normal (60-80 pulsa/mn) b : rapide fin et filant (≥ 120) c :
 imprenable

Etiologies

Principales:/...../ A : hémorragie de la délivrance B : traumatisme de la filière génitale
 C : rupture utérine D : trouble de la coagulation E : inversion utérine

Si A:/...../ a : atonie utérine si oui causes:/...../ 1 : grande multiparité 2 : sur
 distension utérine 3 : tentatives de version 4 : fibromes 5 : autres à
 préciser :.....

b : rétention placentaire partielle c : rétention placentaire
 totale

Si B:/...../ a : déchirure du périnée si oui 1^e degré 2^e degré

b : déchirure du col:/...../ 1 : oui 2 : non

si oui déchirure sous vaginale

déchirure sus vaginale au segment inférieur

Etiologies de ce traumatisme:/...../ a : forceps b : ventouse c : sans instrument

Si D causes:/...../ a : rétention prolongée d'œuf mort

b : décollement du placenta normalement inséré

c : toxémie gravidique d : embolie amniotique e : maladie de Von willebrand f :
 autres à préciser

Bilan biologique

Groupage/rhésus:.....

Taux d'hémoglobine:/...../ a : $\leq 7g/dl$ b : 8-11g/dl c : $\geq 12g/dl$

Taux de plaquette(UI):/...../ a : (150000-350000) b : (< 40000) c : (< 20000)

a : valeur normale b : risque d'hémorragie provoquée c : risque d'hémorragie
 spontanée

TS : temps nécessaire pour l'hémostase d'une incision sur une longueur de 1cm
 et une profondeur de 1mm (méthode de Duke (peau du lobule de
 l'oreille)):/...../ a : (2-4mn) normal b : ($> 4mn$) risque d'hémorragie

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis 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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le Jure !