

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2002-2003

Thèse N°.....

**Etude des hémorragies du post-partum dans le
service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du
Point G – Bamako 1991-2001**

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie
Par Mr Sema Keita
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Sambou Soumaré
Membre : Dr Abdoulaye Diallo

Co-directeur de thèse : Dr Issa Diarra
Directeur de thèse : Pr Amadou Ingré Dolo

DEDICACES

**Au nom d'ALLAH le tout puissant le clément le très Miséricordieux.
Louange. Gloire à Dieu, le tout puissant qui m'a permis de mener à
bien ce Travail.**

Je dédie ce travail à

- Mon père Mr Koumbala Fily KEITA, instituteur en retraite à KITA : mon cher père je ne saurais te remercier assez des conseils que tu m'as toujours donné ; j'espère que je mériterai toujours ta confiance et surtout ton respect.

Merci pour tout.

- Ma mère, Mme Dally MAGASSA, à KITA, ma chère mère tu resteras toujours pour moi la femme modèle. Il n'est point nécessaire pour moi de te dire ce que je ressente ; mais reçois à travers ces quelques lignes toute mon affection profonde.
- Merci d'être pour moi non seulement une mère, une amie, une confidente, mais aussi et surtout un amour.
- Feu Mamoudou Djita KEITA, mon cher Oncle merci pour tout.
- Mes amis : Dr. Ballan MACALOU, Dr. Singou DICKO, Monsieur. SISSOKO Seydou, Monsieur SISSOKO Birama , Monsieur Tounko TRAORE. Mes chers, rien ni aucun mot ne peut traduire ce qui nous unit et ce que nous avons vécu ensemble pendant les sept années à l'école de médecine ; vous êtes ma famille ou rien n'est plus important que l'amitié et pour nous c'est la vraie.
- Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité .
- Bassirou KEITA ; mon cher Oncle en plus de la complicité qui a toujours caractérisé nos relations, nous avons su apprécier en vous des vertus comme le savoir être, le savoir vivre et surtout le respect de l'autre merci pour tout.

- Fanta MAGASSA et famille.

Ma chère tante, merci pour toute l'affection qu'elle n'a cessé de nourrir pour moi.

- Monsieur Sinssi KONATE, Feue Mah SOUCKO, Marikoutou SOUCKO, Hawa KONATE , Abdoulaye KEITA , Hawa DIALLO et toutes les familles KEITA à Kenieba, Kita, Kayes, Soutoukoulé.

Merci pour vos soutiens combien inestimables.

- A tous mes frères et sœurs : Mammaye, Harouna Fousseyni, Zakaria, Madiba, Aissata dite Toutou ; Fatoumata dite fatou, Mariam, Siriman, Kadiatou et toutes mes cousines et cousins merci pour votre soutien .
- Toutes les mamans qui ont accepté de participer à cette étude toutes nos condoléances pour celles qui sont décédées ainsi que leurs bébés ; prompt rétablissement et longue vie à celles qui gardent leurs enfants encore.
- Nana KEITA dite Tanti et Batoma merci pour toute l'affection que n'ont cessée de nourrir pour moi.

REMERCIEMENTS

Aux Familles

- A Nankoute DIAKITE et famille à Lafiabougou
- Mamaye MAGASSA à Lafiabougou
- Kekouta SISSOKO à Boukassoumbougou
- DIALLO à Médina – Coura
- Fanta SIDIBE à Magnambougou

Merci pour tout.

- Au Dr Tegueté Ibrahima
- Tu es pour moi un encadreur, un frère, un ami, un confident, me voir médecin a été un de tes souhaits. Ton souci du travail bien fait m'a beaucoup éclairé dans la réalisation de ce travail, qui est aussi le tien. J'aurai tant voulu partager ce moment si important de ma vie avec toi, mais hélas ! que Dieu t'ouvre les portes de la connaissance et du succès.
- Tous mes parents, amis et camarades à mes frères et sœurs ainsi qu'à leurs familles respectives.
- Je vous dis merci pour l'estime que vous me portez.
- A mes amis et camarades médecin et pharmaciens sortants de la FMPOS grand merci à vous
- A mes anciens camarades au lycée Dougoukolo KONARE de Kayes.
- A mes anciens frères de chambre, ça a été pour moi un plaisir de vivre avec vous, toute ma profonde reconnaissance.
- A tout le personnel du service de gynécologie – obstétrique de l'Hôpital National du Point G et de l'Hôpital Gabriel TOURE. Je reconnais aujourd'hui l'impact positif des relations humaines sur la performance au travail. Je vous remercie très sincèrement.

A Mes Maîtres :

Dr DIALLO F.S. DIABATE

Au delà du bien formateur, votre réflexe de mère nous attache davantage à vous.

Grand merci.

- Dr. TRAORE Mamadou

Votre apport au cours de ma formation de médecin a été inestimable. Vos qualités humaines m'ont comblé. Ce travail est le votre.

- Dr. Issa DIARRA
- Votre apport a été considérable dans la réalisation de ce travail . Merci pour tous vos encouragements.
- Aux Dr Salif DIAKITE, Ammall KEITA, Omar TRAORE, Wane, Chérif HAIDARA, Modibo SOUMARE et Tous mes collègues d'internes.
- Toutes les sages-femmes de Point G et de l'hôpital Gabriel Touré .
- Du Major DIALLO et toutes ces infirmières.
- A tous les manœuvres.
- A tout le personnel du bloc opératoire et plus particulièrement les anesthésistes, les aides du bloc et les garçons de salles.
- A tout le personnel de la clinique « Mohamed »
- A la Direction de la FMPOS
- A tout le personnel de bibliothèque de la FMPOS
- A tous les chauffeurs, tous les manœuvres, le personnel du réfectoire de la FMPOS ; vous avez été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail que Dieu vous bénisse tous.

Aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur titulaire de chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef de service de chirurgie générale de l'Hôpital du Point « G »

Président de la CMCE de l'Hôpital du Point « G »

Président de la Société de Chirurgie et Urologie du Mali

Cher Maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en présidant cette thèse. Vous avez toujours veillé à notre formation dans un esprit de rigueur scientifique, de probité et de simplicité connus de tous. Vos cours de sémiologie et de pathologies chirurgicales l'attestent. Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous compter parmi vos élèves.

A notre maître et juge

Médecin Colonel Abdoulaye DIALLO

**Assistant chef de clinique d'Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Chef de service-adjoint en service d'anesthésie et de réanimation à l'Hôpital

Gabriel Touré

Vos qualités d'homme de science, votre enthousiasme à transmettre votre savoir, votre grande amitié pour vos collègues et vos étudiants ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître, veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A notre maître et Co-Directeur

Docteur Issa DIARRA

Gynécologue accoucheur

Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali,

Colonel de l'Armée Malienne

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile et votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre maître et Directeur de thèse, Professeur Amadou Ingré DOLO
Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
Président de la Société Médicale du Mali
Président Fondateur de la SOMAGO
Secrétaire Général de la SAGO
Chef de Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Cher Maître nous ne saurions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons car il n'y a de mots pour le faire ; souffrez donc que nous soyons assez succincts dans les déclarations.

Après vos cours combien éloquent et élégant en amphithéâtre, nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Ce service, nous a permis de faire nos premières armes en Gynécologie obstétrique depuis la sixième année et a toujours rayonné par ses exploits grâce à vos qualités de maître toujours à l'écoute de son personnel.

Cher maître, vous resterez pour nous le model du combattant infatigable pour l'amélioration des conditions socio-sanitaires de notre population à travers l'amélioration et le rehaussement du statut de la femme. Votre lutte acharnée contre toutes formes de souffrances infligées aux femmes nous aura toujours séduit.

Cher maître, nous prions l'éternel pour qu'il vous donne longue vie mais aussi et surtout toute la force et la santé requises afin continuer à enseigner cette discipline noble avec tout l'amour et toute la passion qui font du reste le charme de vos cours.

Enfin nous vous témoignons de notre constante disponibilité pour tout.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1
➤ Objectifs	3
II- GENERALITES	4
1-Définition	4
2-Rappel physiologique de l'accouchement	5
3-Etiopathogénie et les facteurs de risque de survenue des hémorragies du post-partum	10
4-Conduite à tenir pour la prise en charge des hémorragies du post-partum	20
III- METHODOLOGIE	33
1- Cadre d'étude	33
2- Période d'étude	35
3- Population d'étude	35
4- Echantillonnage	35
5- Critères d'inclusion	35
6- Critères de non inclusion	35
7- Taille de l'échantillon	35
8- Variables étudiées	37
9- Plan d'analyse	37
IV- RESULTATS	38
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	72
VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	86
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90
ANNEXE	
RESUME	

ABREVIATIONS

UI	=	Unité Internationale
PGF2	=	Prostaglandine F2
PGE	=	Prostaglandine E
CIVD	=	Coagulopathie Intravasculaire Disséminée
HRP	=	Hématome Rétroplacentaire
HTA	=	Hypertension Artérielle
FVV	=	Fistule Vésico- Vaginale
HU	=	Hauteur Utérine
CPN	=	Consultation Périnatale
RPM	=	Rupture Prématuroe des Membranes
RAM	=	Rupture Artificielle des Membranes
TA	=	Tension Artérielle
HB	=	Hémoglobine
HT	=	Hématocrite
BDCF	=	Bruit du Cœur Fœtal
FMPOS	=	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
NFS	=	Numération formule sanguine

I- INTRODUCTION

En dépit des progrès de la santé, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement, ou dans les suites de couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leurs filles est enceinte [30].

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel ». Cette assertion soutenue par RIVIERE [55] reste encore valable de nos jours.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin d'établir les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse.

Selon l'OMS sur 585000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesses et de l'accouchement, un quart succombe par hémorragie du post-partum [48].

Les stratégies de prévention sont traditionnellement axées sur la période anté-partale . Cependant une analyse récente a conclu que le post-partum constitue aussi un moment critique « aussi bien aux USA que dans les pays en développement. Plus de 60% de décès maternels surviennent pendant le post-partum » a rapporté l'analyse de 9 études publiées depuis 1985 [41].

Dans les pays en développement, 125000 décès maternels sont enregistrés chaque année par hémorragie du post-partum.

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 % [33].

Au Nigeria 1,62% de femmes décèdent d'hémorragie de la délivrance malgré les efforts remarquables en obstétrique, en réanimation et la connaissance de plus en plus approfondie des troubles d'hémostase [5].

Ce taux est loin de ceux retrouvés à Cuba où il a été à 31, 7/100000 naissances en 1960 à 18/100000 naissance en 1982 [15]. Cette variation en 1960 et 1982 témoigne de l'instauration d'une politique de soins prénatals.

En France une étude récente révèle que les hémorragies du post-partum constituent la deuxième cause de mortalité maternelle. Cette hémorragie fréquemment en association avec la césarienne et les troubles de la coagulation constituent les principales causes de décès maternel dans les pays développés [22].

Au Mali, le taux d'hémorragie du post-partum immédiat, particulièrement élevé de 2,7% en 1989 selon DIALLO [24], est du fait de l'insuffisance et/ou de l'inexistence de couverture sanitaire dans certaines localités, du manque de personnel qualifié, et l'existence de certaines traditions encore en vigueur dans notre société.

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : anémie, accident et complication de transfusion sanguine, choc hémodynamique, coagulopathie aiguë, hystérectomie d'hémostase ; insuffisance rénale, hépatique imposent de dépister et d'en apprécier la gravité, de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement [38].

Dans ce but pour les prévenir, il importe d'attirer l'attention sur certaines circonstances particulières de survenue d'hémorragie et de reconnaître un terrain prédisposant (les facteurs de risque).

Ce travail se propose d'analyser les causes et de dégager les axes prioritaires de prévention, de prise en charge des hémorragies du post-partum dans notre service.

OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier les hémorragies du post-partum dans le service gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » à Bamako.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum dans le service,
- Préciser le profil socio-démographique des patientes ;
- Identifier les causes des hémorragies du post-partum ;
- Déterminer la prise en charge dans le service des hémorragies du post-partum ;
- Etablir le pronostic maternel
- Formuler des recommandations.

II- GENERALITES

1- DEFINITIONS

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

→ Selon Merger. R [45]. 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 jours 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 accouchement par voie basse ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, provenant du tractus génital. Si la perte survient entre 24 heures et 42 jours après accouchement est définie comme hémorragie secondaire du post- partum [3].

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 [50].

→ Selon l'American Collège of Obstetricians and Gyneacologist [52] : les hémorragies du post- partum se définissent comme saignement responsable d'une chute de plus 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation.

→ Nous avons considéré dans notre service, comme hémorragie du post-partum, toutes les hémorragies qui surviennent immédiatement après accouchement et dans les 42 jours du post-partum. 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 oestrogènes augmentent le potentiel de membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyperpolarisant .

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 mn chez la primipare, 5 à 20 mn chez la multipare .

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

2-2- 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 partogramme dont un des buts est, entre autres de réduire l'hémorragie de la délivrance principale cause de morbidité et de mortalité maternelles [42].

Cette période de l'accouchement est redoutable, du fait des hémorragies gravissimes qui peuvent survenir.

La délivrance évolue en trois phases, réglée par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- l'hémostase.

2-2-1- Phase de décollement

Le décollement est sous la dépendance :

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

Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission [45] 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 3 cm au dessus de l'ombilic ; ses parois s'épaississent tout en respectant la zone d'insertion placentaire qui est mince [7] permettant l'enchatonnement.(schéma 1)

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

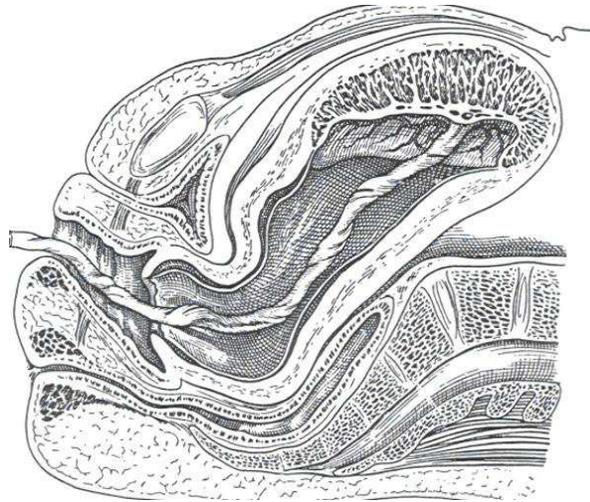


Figure 1 : Enchatonnement physiologique du placenta (d'après MERGER) [45]

⇒ **Décollement proprement dit :**

Il commence par l'apparition de contractions utérines donnant sensation de colique utérine. Le fond utérin remonte 3 à 5 cm 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 s'abaisse à nouveau au dessous de l'ombilic. Le décollement placentaire se traduit par :

- le déroulement du cordon hors de la vulve,
- la non ascension du cordon lorsque avec la main appliquée à plat au dessus du pubis on refoule le haut du corps utérin (lorsqu'il est encore adhérent le cordon remonte lors de cette manœuvre).

2-2-2- 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 dont une partie pourrait être retenue in-utero.

Aussi lui préfère t-on la délivrance naturelle, qui en réalité demande l'aide du médecin ou de la sage-femme.

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.

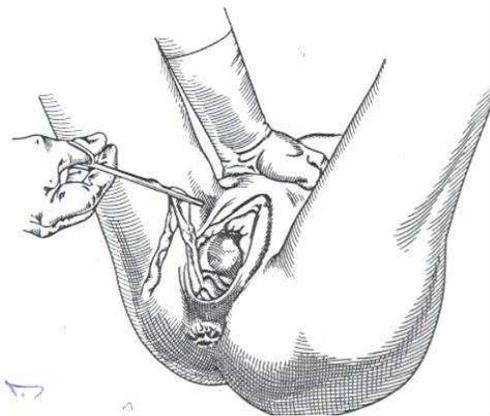


Figure 2 : Technique de la délivrance naturelle

1^{er} temps (d'après MERGER) [45]

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.

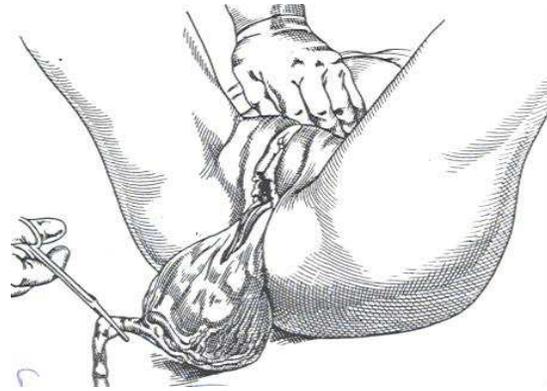


Figure 3 : Technique de la délivrance naturelle
2^{ème} temps (d'après MERGER) [45]

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 [6]. Au dessus de ces chiffres il y a une hémorragie de la délivrance.

Cependant ces limites sont arbitraires en raison de 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 méthyle 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-indiquée chez les cardiopathes et les hypertendues.

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

2-2-3- L'hémostase : il est assuré 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.

2-3- 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 poursuit sa progression vers le bas. La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lamda dans le diamètre antéro-postérieur de la fente centrale urogénitale.

- **Le dégageement** : est l'orientation antéro-postérieure de la fin de la descente et l'hyperflexion de la tête.

3- ETIOPATHOGENIE DES HEMORRAGIES DU POST-PARTUM

Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum incluent : l'obésité maternelle, le gros fœtus, les hémorragies anté-partums (l'hématome rétro-placentaire , placenta praevia), et la grossesse gémellaire. 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 1^{er} jour et 42^{ème} jour après l'accouchement, partagent les mêmes causes que les hémorragies aiguës. Elles sont liées aux infections, ou à une involution anormale du site placentaire [66].

3-1- Hémorragie de la délivrance

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique elle doit réunir quatre conditions [60]:

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

3-1-1- Physiopathologie des hémorragies de la délivrance

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

3-1-1-1- 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 un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines.

Anormalement une portion seulement plus ou moins grande du placenta se décolle du myomètre. La partie non décollée fixe l'organe au myomètre, alors il reste entièrement dans l'utérus qui ne se contracte, ni se rétracte. Les vaisseaux sanguins de la partie décollée reste alors béant et le sang s'en écoule.

3-1-1-2- L'atonie utérine

L'utérus doit normalement 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 d'hémorragie de la délivrance.

3-1-2- Etiologies

3-1-2-1- 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 [28] qui saignent par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée
- rétention partielle du placenta : suspectée devant une persistance de saignement externe malgré une apparente rétraction utérine.
- Les anomalies placentaires
 - Anomalies topographiques qui sont :
 - ➔ insertion segmentaire du placenta
 - ➔ insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchatonnement du placenta et l'empêche d'être expulsé
 - Anomalies de conformation du placenta : dues

→ à l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire.

→ aux masses aberrantes (placenta succenturé) qui peuvent engendrer une rétention partielle.

➤ Les anomalies d'insertion placentaire, il s'agit :

Des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Les anomalies d'adhérence sont :

→ placenta accreta (les villosités atteignant la musculature utérine)

→ placenta percreta [53] villosité dépassant le myomètre jusqu'à la séreuse,

→ placenta increta, villosité placentaire pénétrant l'épaisseur 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 praevia, 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

3-1-2-2- Les anomalies de la contraction utérine peuvent tenir à :

➤ **L'atonie utérine** : Elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse. Représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance

⇒ Les facteurs de risque sont les suivants [4] :

- les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum ;
- la surdistention utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiples ;
- la grande multiparité ;
- l'utérus polymyomateux ;
- les chorioamniotites ;

- un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne un épuisement de l'utérus ;
- les dystocies dynamiques.

➤ **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 incarcerated ; lorsqu'il siège à l'union d'une corne et de la grande cavité de l'utérus le placenta ainsi partiellement retenu est dit enchatonné.

3-1-2-3- **Les causes iatrogènes** : Ce sont les causes les plus fréquentes :

- certaines interférences médicamenteuses,
- les anesthésiques volatils, halogénés (halothane) [17] 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 bêta mimétiques (Terbutaline : Bricanyl® ; Salbutamol) ;
 . les antispasmodiques (N butylhyocine : 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 non décollé) ;
- application de 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 » .

4- 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.

➤ Les facteurs de risque sont :

- la mort fœtale in utero (avec rétention prolongée d'œuf mort),
- le décollement de placenta normalement inséré
- la toxémie gravidique,
- l'embolie amniotique,
- l'hépatite virale compliquée,
- la maladie de Willebrand,
- certaines septicémies.

➤ La coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) : elle est associée à une grande variété de complication obstétricale. Le Primum movence semble être l'entrée de thromboplastine tissulaire ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation de la thrombine. Ceci entraîne une agrégation placentaire et la formation de monomère de fibrines, qui polymérisent en fibrines intra-vasculaires. La formation des micro-thrombus dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micro-thrombus et de la fibrine intra-vasculaire en libérera les produits de dégradation de la fibrine-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 foeto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation survient avec la déplétion de fibrinogène, facteurs de coagulation et plaquettes circulants. Ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec saignement micro-vasculaire et une perte sanguine accrue par tous les points de traumatisme vasculaire [21].

5- INVERSION UTERINE

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

⇒ **Classification** : on décrit quatre degrés :

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

6- 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.

6-1- Les déchirures cervicales existent 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 [51].



Figure 4 : Déchirure sous vaginale du col (selon MERGER) [45]

➤ 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 avec hématome sous-péritonéale et les coagulations intra-vasculaires

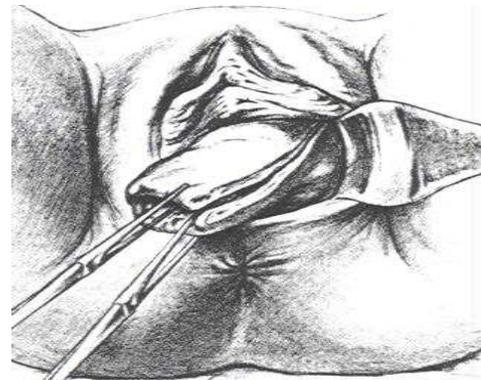


Figure 5 : Déchirure du col propagée au segment inférieur (selon MERGER) [45]

disséminées (CIVD). A distance il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou vésico-cervicale.

6-1-1- Etiologies :

- les efforts expulsifs avant dilatation complète [60] ,
- 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,
- les altérations antérieures à la grossesse,
- thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, chirurgie du col).

6-2- Les lésions vaginales : Il existe deux grandes formes :

- **Déchirure de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) :** associée parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie . La gravité est celle de la lésion périnéale [5].
- **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 (déchirure haute) :** 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. Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

6-2-1- Mécanismes et circonstances de survenue :

- **La prédisposition maternelle :** (primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, brides), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques)
- **Le mobil fœtal :** peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ces dimensions, c'est 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).

6-3- 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 [54]. Il existe trois types :

- **L'hématome vulvo-vaginal :** n'intéresse que la vulve, les tissus paravaginaux, 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 paravaginaux 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 retro-péritonéale ou intra-ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

6-3-1 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.

6-4- 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.

6-5- Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin

Nous citerons :les angiomes, les communications artério-veineuses, les anévrismes cirsoïdes exceptionnels.

6-6- 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 [60].

6-7- Déchirures périnéales

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum . La fréquence des périnées complets était estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1981 [10].

6-7-1- Classification

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

- Déchirure périnéale simple ou incomplète = déchirure du premier degré.

Elle intéresse les derniers centimètres du vagin, l'hymen, la muqueuse vulvaire et la peau ano-vulvaire.

- Déchirure périnéale complète = déchirure du deuxième degré

Aux lésions précédentes, s'associent une rupture para-médiane du sphincter strié de l'anus, seule persiste la muqueuse anale.

- Déchirure périnéale complète compliquée (déchirure du troisième degré)

La muqueuse anale est elle aussi déchirée ouvrant alors le canal anal.

6-7-2- Circonstances de survenue

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes [51] 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 [58]
 - la manœuvre de Jacquemier est elle aussi un facteur de risque classique.
- **La macrosomie fœtale :**

Les variétés occipitales postérieures, 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 œdématié (toxémie, inflammation, infection),
- cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle) ;
- la peau rousse ;
- origine ethnique : moins de risque si la patiente est originaire d'Afrique noire, plus de risque si elle est originaire d'Asie ;

- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de périnée complet [51] ;
- un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

7- CONDUITE A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES 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 [43] 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 d'importante quantité de 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 14G, devraient être mises en place, 22 ml de sang devraient être prélevés et utilisés comme suite :

- 1- laboratoire de transfusion : 10ml de sang coagulé pour le cross test, d'au moins 6 unités de globules rouges
- 2- hématologie :
 - a- 2 ml de sang sur EDTA pour le taux d'hémoglobine, le volume plaquettaire moyen et la numération des plaquettes ;
 - b- 5ml 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.
- 3- Biochimie : 5ml 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 solutions colloïdes ou cristalloïdes 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 100 patientes réanimées). Leur utilisation continue de se randomiser, contrôler et doit être remis en cause.

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 important peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Les solutions cristalloïdes comme Ringer lactate ou la solution de Haltmann ou le sérum salé 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'1 litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extra-vasculaire. La quantité de solution administrée doit être 3 à 4 fois 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 extra-cellulaires. Moins de 100 ml demeurent dans l'espace intra-vasculaire pour 1 litre perfusé.

Les patientes recevant de grande quantité de cristaalloïdes développent souvent un œdème périphérique. Mais ceci ne devrait pas être mise en relation avec la présence d'un œdème pulmonaire. Les cristaalloïdes sont facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hypervolémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide [59].

➤ 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 dérivé 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 de dérivés de sang ABO rhésus compatibles peuvent être délivrés sans autres tests additionnels qu'un contrôle de compatibilité ABO de globules rouges[36].

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 ajouté 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 élévation des temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec saignotement des surfaces muqueuses, des plaies et de points de piqûre, 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 $50.10^9/l$.

Quand les plaquettes sont en dessous de $50.10^9/l$ au cours d'une perte sanguine massive et le saignement n'est pas contrôlé, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées.

➤ **Coagulopathie intra-vasculaire disséminée (CIVD) :**

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

7-1- 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.

7-1-1- Première étape :

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

7-1-1-1- 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 pratiquée sous anesthésie générale ou péridurale. Ce geste obstétrical sera effectué dans des 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.

7-1-1-2- 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'empêche de se contracter.

7-1-1-3- 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 une exposition correcte du col et des culs-de-sac vaginaux.

7-1-2- 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 utéro-toniques est systématique, immédiatement après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie.

7-1-2-1- Les médicaments utilisés

➤ L'ocytocine :

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 [46]. sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral [46].

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. [9], l'introduction des ocytociques 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 oestrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocine, tandis que la progestérone à l'effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'ocytocine augmentent en fin de grossesse.

➔ Utilisation thérapeutique

- La demi-vie de l'ocytocine varie entre 12 et 17 minutes :
- Voies d'administration et posologie :
 . l'intraveineuse directe en raison de 5 à 10 UI,

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

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

→ Effets secondaires

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 administré en solution hypotonique.

➤ Dérivés de l'ergot de seigle :

- **La méthylergométrine** : C'est l'utérotonique le plus ancien, obtenu à partir de débris naturels d'ergot de seigle, les alcaloïdes modifiés sémi-synthétiques. Il appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

→ Propriétés pharmacologiques

Effet utérin : la maléate de méthylergométrine 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 gravide que sur l'utérus non gravide.

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 [47].

De plus la méthylergométrine n'exercerait qu'un très faible effet vasoconstricteur direct sur les 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 contres-indications.

➔ **Les contres-indications** : sont nombreuses

- l'hypertension artérielle sévère préexistante ;
- la toxémie gravidique,
- les affections 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 obstétricales graves.

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 plasmatique et dans le liquide amniotique augmentent dès le début du travail pour atteindre un pic maximal 5 mn après la délivrance [37].

➔ **L'utilisation thérapeutique**

- **Utilisation des PGF** :

En 1976, TAGAKI S. [61] est 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 intra-myométriale (1 ampoule à 0,25mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées.

La voie intra-musculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine [62], mais présente plus d'effets secondaires et son délai d'action est variable.

La voie intra-veineuse (5 à 150 mg par mn) est peu utilisée pour la PGF2alpha en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardio-vasculaires.

→ L'utilisation des PGE :

C'est BYGDEMAN M. [13] en 1968 qui le premier a suggéré l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie utérine. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI sur PGF2alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie une meilleure efficacité sur le traitement des hémorragies.

- HERTZ H. [35] en 1980, par voie vaginale et HENSON G.[34] en 1983 par voie intraveineuse sont les premiers à rapporter de cas d'atonies utérines traitées avec succès par PGE2.

→ Les molécules et posologies

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

- **Voies d'administration :** deux molécules sont actuellement disponibles : le **Dinoprostone (Prostine®E2)** s'emploie à la posologie de 1,2mg par heure en perfusion continue. Certains auteurs ont prescrit ce traitement en irrigation intra-utérine à l'aide d'une sonde de Foley reliée à une perfusion de PGE2 (1 ampoule de Prostine®E2 à 0,75mg dans 500ml de Ringer lactate) au rythme de 50 ml sur les 10 premières minutes, puis 1ml/ min sur les 12 à 18 heures suivantes.

- **Le Sulprostone (Nalador®) :** plus utilisé, s'administre à la posologie de 200 à 300 µg/heure à la seringue électrique (1 ampoule de 500µg dans 50ml de sérum physiologique) en diminuant la posologie au delà d'une heure à 100µg/heure.

→ Les contres-indications :

- Pathologies cardiaques,

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

7-2- 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, reposant 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 ni trop tard. Car il faut toujours avoir à l'esprit que l'hémorragie du post-partum reste l'une des principales causes de mortalité maternelle obstétricale. A l'heure actuelle 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 plus tôt que la patiente présente des troubles hémodynamiques et des signes de CIVD difficiles à stabiliser malgré la transfusion de sang et de facteurs de coagulation ;
- en cas d'adhérence placentaire totale ou partielle, avec hémorragie non contrôlée par le traitement médical.

➤ Techniques

Deux techniques sont envisagées :

- soit conservatrice par ligature élective des vaisseaux et par capitonnage de parois utérines en regard de placenta accreta localisé ;

- soit radicale avec hystérectomie totale ou sub-totale .

➤ **Ligature vasculaire**

Par 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 TSIRULNIKOV MS.[64]. 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 sub-totale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% de cas [18].

➤ **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 le temps d'entreprendre un traitement ;
- placenta praevia accreta étendu ;
- rupture utérine avec délabrement telle qu'aucune suture n'est possible [16] ;
- extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ;elle peut être sub-totale mais elle devra être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

➤ **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 [12] a concerné 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-humérale 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 rétropéritonéal ;
 - . Echec 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 [44].

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point « G », situé au nord-est de la ville de Bamako, sur une colline dont il a emprunté le nom. Sommet de la pyramide sanitaire en matière de la santé de la mère, le service est une référence du troisième niveau d'accès difficile, recevant les évacuations sanitaires en provenance de la périphérie et parfois de la ville de Bamako. Ces évacuations sanitaires sont motivées par une insuffisance du plateau technique et parfois le manque de supervision du personnel de la base.

1-1- Le bâtiment comporte :

⇒ Au rez-de-chaussée :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement,
- une salle d'attente avec un lit,
- une salle de garde pour les sages-femmes,
- une salle de garde pour les infirmiers,
- une salle de garde pour les internes,
- une salle de consultation externe,
- quatre bureaux dont celui du chef de service, et les autres pour les maîtres assistants et assistants chef de clinique,
- une salle de consultation prénatale et de planning familial,
- deux salles d'hospitalisation comportant chacune quatre lits,
- deux toilettes.

⇒ A l'étage :

- un bureau pour le major, responsable des hospitalisations,
- sept salles d'hospitalisation dont cinq comportant quatre lits chacune et deux salles uniques avec un lit chacune,
- une salle de pansement,

- une salle de garde pour les garçons de salle,
- quatre toilettes.

1-2- Le personnel se compose de :

- un professeur agrégé en gynécologie obstétrique qui est le chef de service,
- quatre médecins spécialistes en gynécologie obstétrique dont deux maîtres assistants et un assistant chef de clinique,
- douze sages-femmes dont une sage-femme maîtresse,
- un infirmier d'Etat, le major responsable des hospitalisations,
- deux infirmiers de santé,
- deux aides-soignantes,
- quatre garçons de salle,
- onze internes.

1-3- Les activités du service

Ce personnel assure :

- une garde quotidienne avec un médecin-chef de garde,
- un staff quotidien à la fin de chaque garde,
- quatre jours de consultation externe (lundi, mardi, mercredi, jeudi),
- deux jours de consultation prénatale (mardi, jeudi),
- une visite générale hebdomadaire avec le chef de service (vendredi),
- les journées annuelles de service présentant le bilan de toutes les activités réalisées dans le service au cours de l'année écoulée.

2- Type d'étude

- Etude descriptive rétro-prospective (10 ans rétrospective et 1 an prospective).

3- Période d'étude :

Elle s'étale sur une période de 11 ans de janvier 1991 à décembre 2001 pendant laquelle il y a eu un dossier gynéco- obstétrical pour chaque patiente. Il est à noter pendant cette période une interruption des activités du service pour des travaux de réfection de septembre 1996 à août 1997 soit 11 mois.

4- Population d'étude

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

4-1- Echantillonnage

⇒ Support de données

L'échantillonnage a concerné tous les cas d'hémorragie du post-partum enregistrés dans le service pendant la période d'étude.

⇒ Critères d'inclusion :

- Etre admise dans le service pendant la période d'étude ;
- Toute femme dont la prise en charge a été faite dans le service pour hémorragie du post-partum immédiat jusqu'au 42^{ème} jour du post-partum.

⇒ Critères de non inclusion

- Hémorragie au cours de la grossesse ;
- Hémorragie survenant dans le post-abortum

4-2- Taille minimale de l'échantillon

Elle se calcule par la formule suivante :

$$n = \frac{\epsilon \alpha^2 \cdot pq}{i^2}$$

$$i = 2\%$$

$$\epsilon \alpha = 1,96 \approx 2.$$

$$i = \text{précision}$$

p=proportion des femmes exposées au phénomène étudié (hémorragie du post-partum)

q=1-p

n=taille de l'échantillon.

p=0,89% selon une étude au CHU Tokoin Lomé (Togo) Togo [1].

$$n = \frac{4 \times 89 \cdot 10^{-4} \times 9911 \cdot 10^{-4}}{4 \cdot 10^{-4}} = 88,20$$

n=88

NB : notre étude a porté sur 138 cas d'hémorragie du post-partum.

⇒ **Technique d'échantillonnage**

Il s'agit d'un échantillonnage systématique portant sur les cas d'hémorragie du post-partum pendant la période d'étude.

4-3- Collecte des données

Le recueil des données a été fait par un questionnaire complété à partir des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement et du registre des admissions.

⇒ **Technique de la collecte des données**

La technique utilisée a été la lecture des dossiers obstétricaux du registre d'accouchement et des admissions et leur consignation dans le questionnaire.

5- Difficultés opératoires

Cette étude est exhaustive car nous avons pris tous les cas d'hémorragie du post-partum. Mais nous nous sommes rendu compte qu'au cours de l'enquête, il n'existait pas de critère pour mesurer la perte sanguine compte tenu du caractère de l'étude (rétrospective). Pour cela nous avons adopté la définition selon le concept anglo-saxonne qui réunit les hémorragies primaires et secondaires du post-partum. Les critères des hémorragies du post-partum étudiées sont :

Chute de la tension artérielle, pâleur cutanéomuqueuse, chute du taux d'hémoglobine et de l'hématocrite, l'accélération du pouls le nombre d'unité de sang reçu, la NFS plus tard dans certains dossiers toutes les variables n'étaient pas représentées. Pour cela nous avons considéré comme paramètre d'hémorragie : chute de la tension artérielle, pâleur conjonctivale, le dosage du taux d'hémoglobine et d'hématocrite, le pouls, le nombre d'unité de sang reçu.

6- Les variables

Les variables étudiées sont :

- l'âge, l'ethnie, le statut matrimonial, les antécédents, la profession, le mode d'admission, la voie d'accouchement, les causes de l'hémorragie, la provenance,
- Les paramètres de l'hémorragie :
- pâleurs cutanéomuqueuses, chute tensionnelle voire collapsus, mauvais état général, le taux d'hématocrite et d'hémoglobine en urgence, la numération formule sanguine, le choc hypovolémique, la transfusion, l'accélération du pouls.

7- Le plan d'analyse et le traitement des données

Les données ont été analysées sur le logiciel Epi-info (version 6.0).

IV - RESULTATS

1- Fréquence

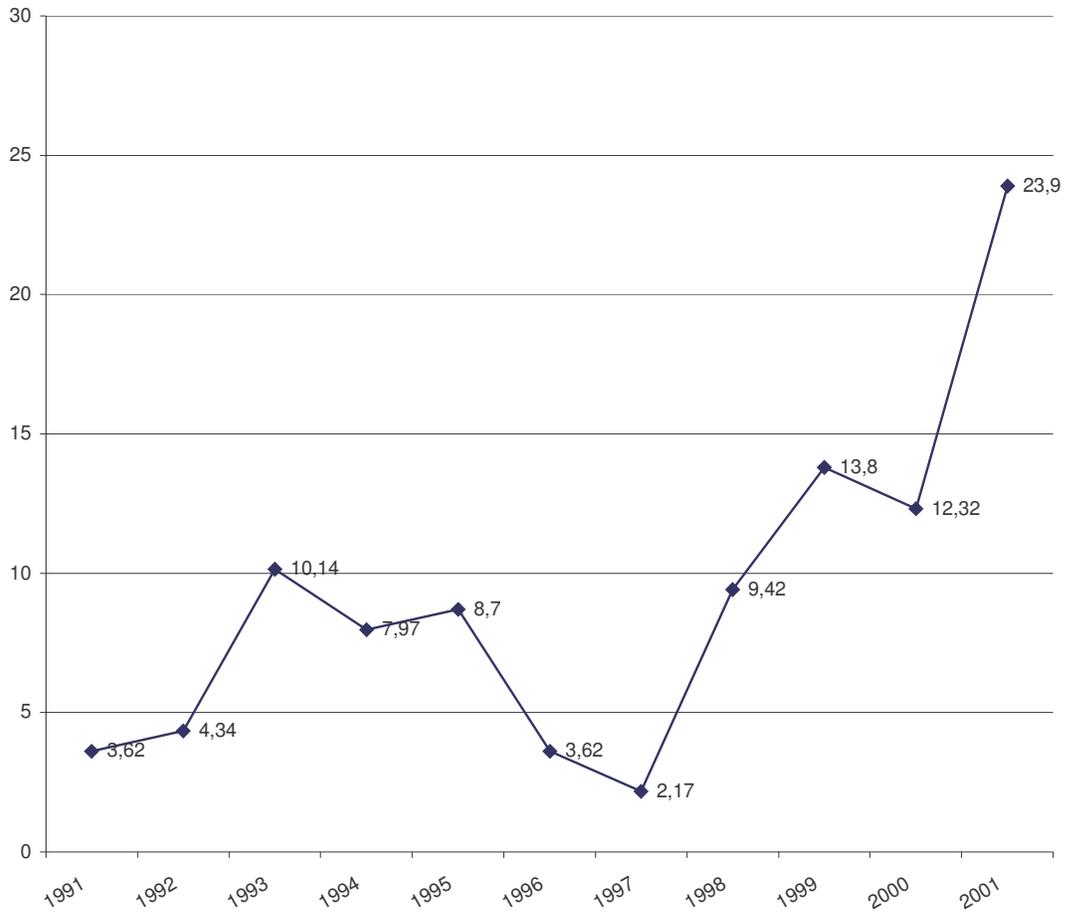
L'évolution de la fréquence des hémorragies du post-partum est étudiée dans le tableau ci-dessous et sur la courbe présentée en figure 1 :

Tableau 1: répartition de la fréquence en fonction de l'année

Année	Effectif d'accouchement	Hémorragie du post-partum	Fréquence (%)
1991	1066	5	3,62
1992	1040	6	4,34
1993	1121	14	10,14
1994	985	11	7,97
1995	1045	12	8,70
1996	712	5	3,62
1997	878	3	2,17
1998	987	13	9,42
1999	797	19	13,80
2000	880	17	12,32
2001	1001	33	23,90
Total	10512	138	100

La fréquence la plus élevée (23,90%) a été observée en 2001 et la plus basse (2,17%) en 1997, année de réfection du service.

Figure 1 : répartition de la fréquence des hémorragies du post-partum en fonction de l'année



2- Caractéristiques socio-démographiques

Dans ce chapitre nous avons étudié, l'âge, l'occupation principale des patientes, ethnique, statut matrimonial, la résidence, le mode d'admission et le motif.

L'âge est étudié dans le tableau ci-dessous. Cette variable a été récodée en trois modalités d'intérêt obstétrical : adolescente (âge ≤ 19 ans), âge optimal pour la procréation (20 à 35 ans), et l'âge élevé sur le plan obstétrical (≥ 36 ans)

2-1- Age

Tableau 2 : répartition des patients en fonction de l'âge

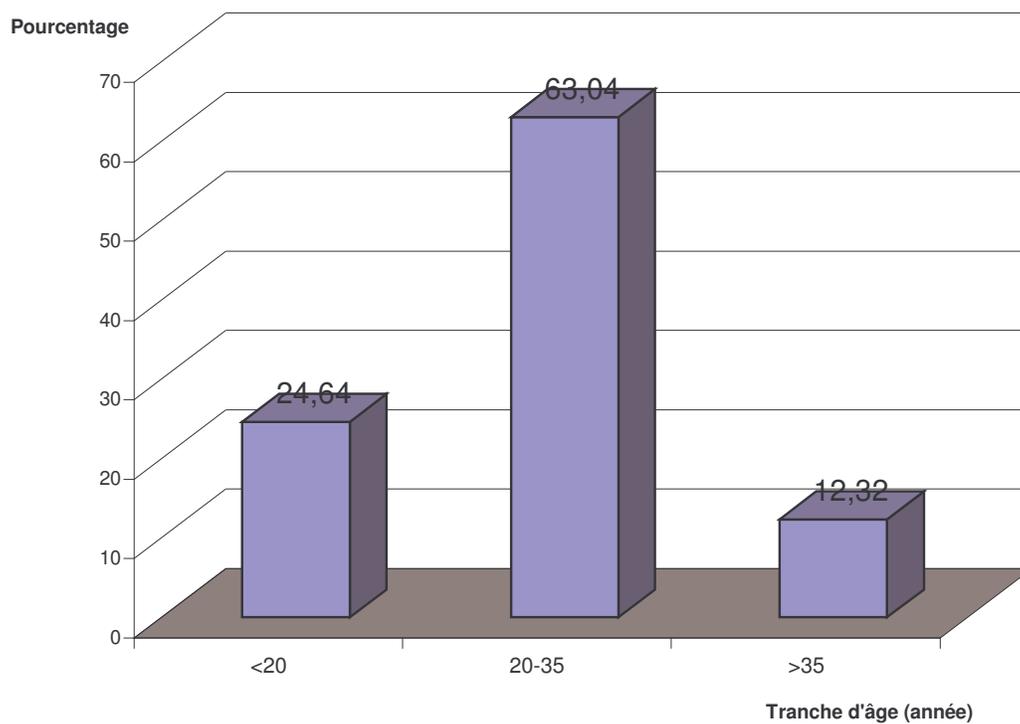
Tranche d'âge (année)	Effectif	Fréquence (%)
≤ 19	34	24,64
20-35	87	63,04
≥ 36	17	12,32
Total	138	100

La fréquence d'âge la plus élevée (63,04%) est obtenue dans la population de femme ayant un âge obstétrical normal.

2 mères sur 10 (24,64%) sont adolescentes contre 12,32% de femmes d'âge élevé sur le plan obstétrical (≥ 36 ans).

L'âge moyen a été de 25, 33 ans.

Le minimum est 14 ans et le maximum 39 ans.

Figure 2 : répartition des patients en fonction de l'âge

2-2- Profession

Tableau 3 : répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	112	81,20
Elevè/Etudiante	14	10,10
Fonctionnaire	5	3,60
Autres	7	5,10
Total	138	100

Les ménagères sont majoritaires (81,20%).

2-3- Ethnie

Tableau 4 : répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	65	47,10
Malinké	19	13,80
Peul	23	16,70
Soninké	10	7,20
Dogon	7	5,10
Sonraï	4	2,90
Sénoufo	4	2,90
Bozo	2	1,40
Bobo	1	0,70
Maure	2	1,40
Autres *	1	0,70
Total	138	100

*= Haoussa.

L'ethnie majoritaire a été l'ethnie bambara avec un taux 47,10% (65/138).

2-4- Statut matrimonial

Tableau 5 : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	120	87
Célibataire	18	13
Total	138	100

120/138 (soit 87%) sont des femmes mariées.

2-5- Résidence

Tableau 6 : répartition des patientes en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Urbaine	89	64,50
Sémi-urbaine	30	21,70
Rurale	19	13,80
Total	138	100

NB : Urbaine = District de Bamako et Régions

Sémi-urbaine = Préfectures et Sous préfectures

Rurale= Villages

89/138 (soit 64,50%) des patientes sont urbaines.

2-6- Mode d'admission

Tableau 7 : répartition des patientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	69	50
Référée	11	8
Evacuée d'autres structures	58	42
Total	138	100

NB : Venue elle-même et référée= patientes qui ont accouché dans notre service
4/10 des patientes soit 42% sont des évacuées.

2-7- Lieu d'évacuation

Tableau 8 : répartition des patientes en fonction du lieu d'évacuation

Lieu d'évacuation	Effectif	Fréquence
CSCOM	18	31,03
Autres structures du district	11	18,97
Structures de santé intérieures	29	50
Total	58	100

La majorité (29/58) soit 50% des patientes sont évacuées à partir des structures de santé intérieures.

2-8- Motif d'évacuation

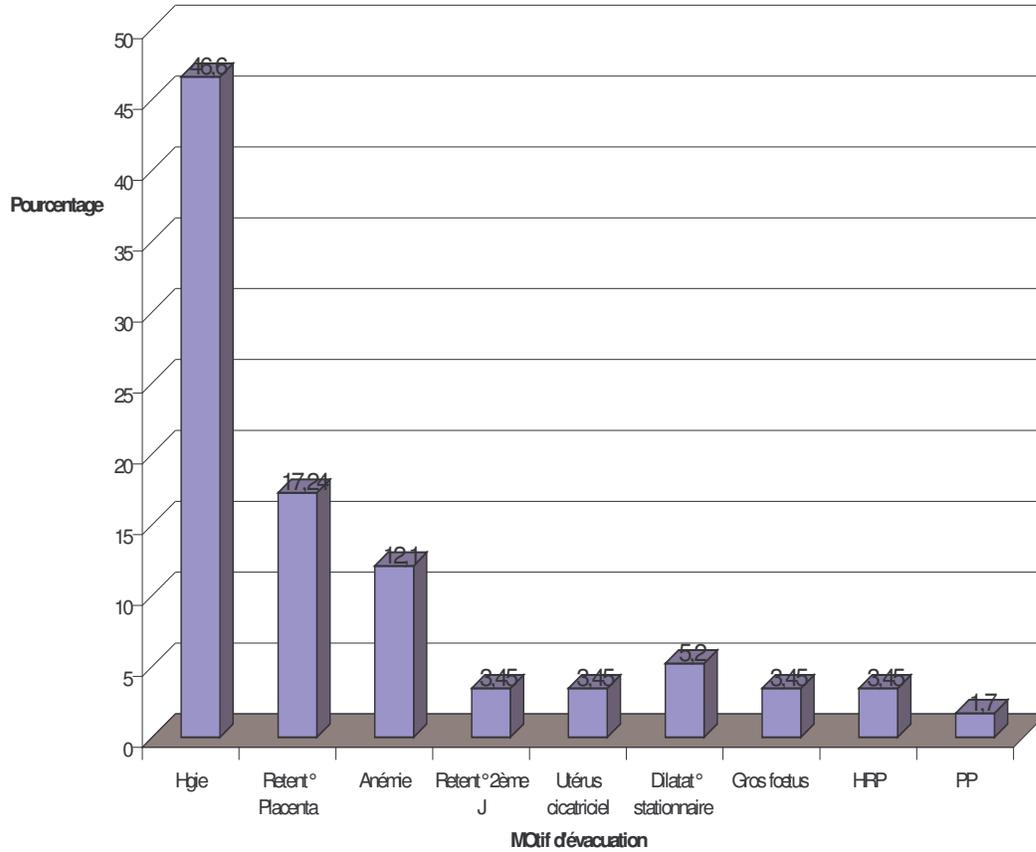
Tableau 9 : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	Fréquence (%)
Hémorragie	27	46,60
Rétention placentaire	10	17,24
Anémie	7	12,10
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	2	3,45
Utérus cicatriciel	2	3,45
Dilatation stationnaire	2	3,45
Gros fœtus	3	5,20
Placenta praevia	1	1,70
HRP	2	3,45
Contractions utérines	2	3,45
Total	58	100

L'hémorragie (27/58) soit 46,60% représente la majorité des motifs d'évacuation.

Le placenta praevia (1/58) soit 1,70% représente la fréquence la plus basse.

Figure 3 : répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation



3- Les antécédents

3-1- Antécédents médicaux

Tableau 10 : répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence
HTA	3	14,30
Drépanocytose	5	23,80
Diabète	3	14,30
Obésité	7	33,30
Autres*	3	14,30
Total	21	100

*= gastrite :1, non précisé :1, rétrécissement mitral : 1.

21/138 (15,30%) des patientes avaient un antécédent médical et 7/21 (33,30%) des patientes avaient une obésité ; 5/21 (23,80%) la drépanocytose.

3-2- Antécédents chirurgicaux

Tableau 11 : répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux :

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence (%)
Césarienne	6	42,90
Hystéroplastie	1	7,10
Curetage	4	28,60
Autres	3	21,30
Total	14	100

Autres= appendicectomie, cure de FVV, laparotomie

14/138 patientes (10%) des patientes avaient un antécédent chirurgical et 6/14 (42,86%) des patientes avaient un antécédent de césarienne, 4/14 (28,60%) ont un antécédent de curetage.

4- Caractéristiques obstétricales

4-1- Gestité

Tableau 12 : répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	36	26,10
Paucigeste	55	39,90
Multigeste	33	23,90
Grande multigeste	14	10,10
Total	138	100

Primigeste =1

Paucigeste =2-3

Multigeste= 4-6

Grande multigeste >6

La pauciparité représente la gestité la plus élevée (55/138) soit 39,90% pour une gestité minimum de 1, maximum 9.

4-2- Parité

Tableau 13 : répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Primipare	45	32,60
Paucipare	43	31,20
Multipare	24	17,40
Grande multipare	26	19,90
Total	138	100

Primipare=1

Paucipare=2-3

Multipare=4-6

Grande multipare >6

La primiparité représente la parité la plus élevée (45/138) soit 32,60% pour une parité minimum de 1 et maximum de 10.

4-3- Avortement

Tableau 14 : répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement

Avortement	Effectif	Fréquence (%)
Spontané	24	17,39
Provoqué	3	2,17
Sans antécédent	111	80,43
Total	138	100

3/138 (soit 2,17%) des patientes avaient un antécédent d'avortement provoqué.

4-4- Examen d'admission

Tableau 15 : répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse

Terme grossesse	Effectif	Fréquence (%)
Pré-terme	11	8
Terme	65	47,10
Post-terme	1	0,70
Terme non précisé	61	44,2
Total	138	100

Pré-terme <38SA

Terme=38-42SA

Post-terme ≥42SA

65/138 soit 47,10% des patientes avaient la grossesse à terme.

Tableau 16: Répartition des patientes en fonction des facteurs de surdistension utérine

Facteurs de surdistension utérine	Effectif	Fréquence (%)
Grossesse gémellaire	5	3,60
Fibrome utérin	3	2,17
Gros fœtus	6	4,34

5/138 patientes soit 3,60% avaient une grossesse gémellaire. Aucun cas d'hydramnios n'est retrouvé.

4-4-2- Hauteur utérine

Tableau 17 : répartition des patientes en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Effectif	Fréquence (%)
HU<36	56	40,57
HU≥36	7	5
HU non précisée	75	54,34
Total	138	100

NB : HU non précisée = patientes évacuées ou référées

7/138 soit 5% des patientes ont une hauteur utérine excessive pour une HU moyenne = 31cm, HU, minimum 26cm, maximum 43 cm.

4-4-3- CPN

Tableau 18: répartition des patientes en fonction du nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
0	16	11,60
1 à 4	50	36,10
>4	18	12,90
CPN non précisée	54	39,40
Total	138	100

NB : CPN non précisée= patientes évacuées ou référées

16/138 soit 11,60% des patientes n'ont pas fait de CPN, par contre 18/138 soit 12,90% ont fait plus de 4 CPN.

4-4-4- Auteurs de CPN

Tableau 19 : répartition des patientes en fonction de l'auteur de la CPN

Auteur CPN	Effectif	Fréquence (%)
Gynécologue	7	5,74
Médecin généraliste	3	2,46
Sage-femme	48	39,34
Matrone	3	2,46
Autres	61	50,00
Total	122	100

Autres=non précisé

La plus grande majorité des patientes (39,34%) ont été consultées par les sages-femmes.

5-Accouchement

5-1- Fréquence cardiaque fœtale

Tableau 20 : répartition des patientes en fonction de l'activité cardiaque

Fréquence cardiaque	Effectif	Fréquence (%)
Rythme cardiaque non précisé	71	51,45
<120	2	1,45
120-160	45	32,61
>160	5	3,62
0	15	10,87
Total	138	100

Les BDC non entendus représentaient 10,87% (15/138 cas)

5-3- Mode d'accouchement

Tableau 21 : répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquence (%)
Voie basse	133	96,40
Césarienne	5	3,60
Total	138	100

5/138 soit 3,60% des patientes avec hémorragie du post-partum ont subi une césarienne.

5-4- Traitement reçu au cours du travail d'accouchement

Tableau 22 : répartition des patientes en fonction du traitement reçu

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Spafon	1	0,72
Buscopan	14	10,14
Ocytocique	24	17,39
Sans traitement	99	71,74
Total	138	100

39/138 patientes ont reçu un traitement au cours du travail d'accouchement pour 24/138 soit 17,39% de patientes ont reçu l'ocytocique , 14/138 le Buscopan et 1/138 le Spafon.

5-5- Durée totale du travail d'accouchement

Tableau 23 : répartition des patientes en fonction de la durée total du travail d'accouchement

Durée totale du travail (heure)	Effectif	Fréquence (%)
0-12H	35	25,40
13-24H	15	10,90
>24H	1	0,70
Durée non précisée	87	63
Total	138	100

NB : durée non précisée= patientes référées ou évacuées

La durée totale moyenne du travail d'accouchement est de 9,3 heures, la durée minimale 1,50 heures et la durée maximale 30,36 heures.

5-6- Auteur de l'accouchement

Tableau 24 : répartition des patientes en fonction de l'auteur de l'accouchement

Auteur de l'accouchement	Effectif	Fréquence (%)
Gynécologue	15	10,90
Interne/médecin généraliste	3	2,20
Sage-femme	50	36,20
Matrone	1	0,70
Non précisé	69	50,10
Total	138	100

Non précisé= patientes évacuées

50/138 (36,20%) de l'accouchement ont été effectué par une sage-femme.

5-7- Lieu d'accouchement

Tableau 25 : répartition des patientes selon la structure d'accouchement

Structure d'accouchement	Effectif	Fréquence (%)
Domicile	18	13,04
Maternité	120	86,96
Total	138	100

18/138 soit 13,04% des patientes ont accouché à domicile.

6- Paramètres du fœtus

6-1- Poids

Le poids des nouveaux-nés a été subdivisé en trois modalités : petit poids de naissance (<2500g), poids normal (2500-3999g), gros fœtus (≥4000g)

Tableau 26 : répartition des nouveaux-nés en fonction du poids

Poids (g)	Effectif	Fréquence (%)
<2500	33	23,08
2500-3999	65	45,45
≥4000	6	4,20
non précisé	39	27,27
Total	143	100

Non précisé = patientes évacuées

La majorité des nouveaux-nés 65/143 soit 45,45% ont un poids moyen compris entre 2500-3999g.

Le gros fœtus représente 4,20% (6/143) pour un poids minimum de 1300g, poids moyen 2600g, le poids maximum 4550g.

7- Etat des patientes après accouchement

7-1- Etat général

Tableau 27 : répartition des patientes en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Fréquence (%)
Bon état	79	57,20
Etat altéré	40	29
Etat non précisé	19	13,80
Total	138	100

40/138 soit 29% des patientes ont un état général altéré.

7-2- Etat des conjonctives

Tableau 28 : répartition des patientes en fonction de l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Fréquence (%)
Colorées	71	51,40
Pâles	48	34,80
Etat non précisé	19	13,70
Total	138	100

Environ 48/138 soit 34,80% des patientes font de l'anémie cliniquement

7-3- La tension artérielle

Tableau 29: répartition des patientes en fonction du chiffre tensionnel au moment du pic

Chiffre tensionnel	Effectif	Fréquence (%)
Imprenable =0	8	5,80
TA≤8/6	45	32,60
TA>8/6	60	43,60
Non précisé	25	18,10
Total	138	100

5,8% (8/138) patientes avaient une tension artérielle imprenable à l'arrivée.

8- Etiologies

8-1- Etiologie générale

Tableau 30 : répartition des accouchées ayant eu une hémorragie du post-partum selon l'étiologie

Etiologie générale	Effectif	Fréquence (%)
Hémorragie de la délivrance	79	57,30
Traumatisme de la filière génitale	52	37,60
Endométrite hémorragique	6	4,30
Placenta accreta	1	0,70
Total	138	100

Traumatismes de la filière génitale= déchirure, du col, du vagin, du périnée.
L'étiologie la plus fréquente est l'hémorragie de la délivrance (79/138) soit 57,30% des patientes et le moins fréquente est le placenta accreta.

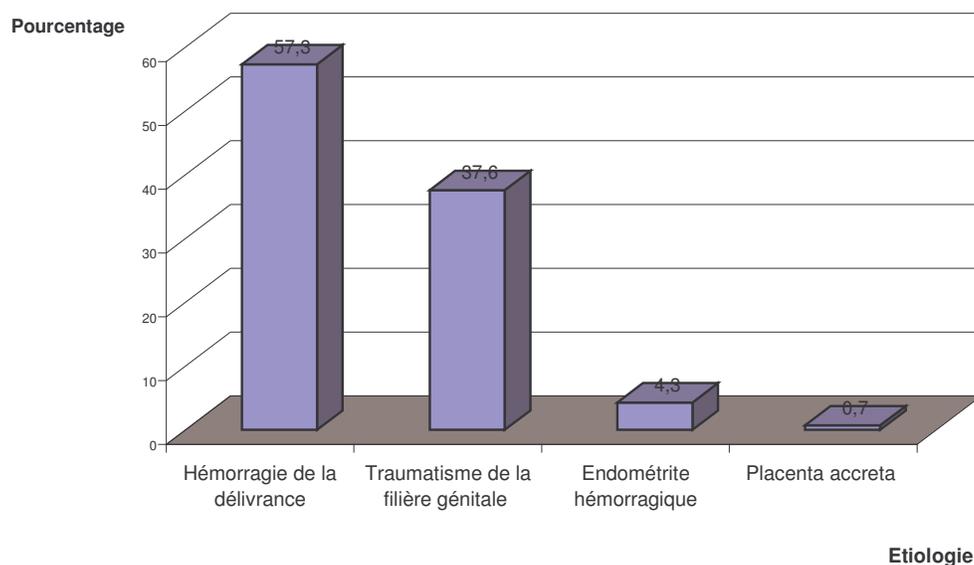
NB : Forceps= 12,37% soit 17cas

Episiotomie= 15,21% soit 21 cas

Craniotomie= 1,44% soit 2 cas

Expression abdominale= 0,70% soit 1 cas.

Figure 4 : répartition des accouchées ayant fait une hémorragie du post-partum selon l'étiologie



8-2- Hémorragie de la délivrance

Tableau 31 répartition des accouchées ayant eu l'hémorragie de la délivrance selon l'étiologie

Hémorragie de la délivrance		Effectif	Fréquence (%)	
Hémorragie par rétention placentaire	Rétention totale	14	17,70	
	Rétention partielle	Membrane	19	24,10
		Cotylédons	8	10,10
	Non précisé	2	2,50	
Hémorragie par atonie utérine		36	45,60	
Total		79	100	

La rétention placentaire (43/79) soit 54,40% représente la majorité des causes des hémorragies de la délivrance, pour 31,20% ayant une rétention des membranes placentaires.

45,60% (36/79) ont fait une hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

8-3- Déchirure du périnée

Tableau 32: répartition des patientes en fonction du degré de déchirure du périnée

Degré de déchirure	Effectif	Fréquence (%)
1 ^{er} degré = incomplète	18	36
2 ^{ème} degré = complète	24	48
3 ^{ème} degré=compliquée	3	6
non précisée	5	10
Total	50	100

Le nombre élevé de déchirure du périnée (50/138) s'explique qu'une seule patiente peut faire à la fois tous les types de déchirure (col et vagin). Pour cela 48% (24/50) de patientes font une déchirure complète du périnée (2^{ème} degré), suivi de 6% (3/50) patientes ayant fait une déchirure compliquée (3^{ème} degré).

8-4- Déchirure du col

Tableau 33 : répartition des patientes en fonction du type de déchirure du col

Type de déchirure	Effectif	Fréquence (%)
Latérale	18	81,80
Déchirure propagée au dôme vaginal	1	4,50
Non précisée	3	13,60
Total	22	100

22/138 patientes ont eu une déchirure du col soit 15,9% et 18/22 soit 81,80% des patientes ont eu une déchirure latérale du col ou bilatérale.

8-5- Déchirure du vagin

Tableau 34: répartition des patientes en fonction du type de déchirure du vagin

Type de déchirure du vagin	Effectif	Fréquence (%)
Déchirure haute	1	9,10
Déchirure de la partie moyenne	9	81,80
Non précisée	1	9,10
Total	11	100

11/138 (8%) des patientes font une déchirure du vagin et 9/11 (81,80%) ont une déchirure de la partie moyenne du vagin.

9- Prise en charge

9-1- La transfusion

Tableau 35: répartition des patientes en fonction du nombre d'unité de sang reçu

Nombre d'unité de sang	Effectif	Fréquence (%)
1	8	16,70
2	27	56,30
3	8	16,70
4	5	10,40
Total	48	100

48/138 (34,80%) des patientes ont été transfusées et la majorité (27/48) ont reçu 2 unités de sang soit 56,30% ; 5/48 pour 4 unités de sang soit 10,40%.

9-2- Autres traitements médicaux

Tableau 36: répartition des patientes en fonction d'autres traitements reçus

Autres traitements	Effectif	Fréquence (%)
Colloïdes	36	26,10
Cristalloïdes	46	33,30
Transfusion	48	34,80

9-3- Traitement obstétrical

Tableau 37: répartition des patientes en fonction du traitement obstétrical

Traitement obstétrical	Effectif	Fréquence (%)
Ocytocique	106	76,80
Massage utérin	26	18,80
Révision utérine	78	56,50
Délivrance artificielle	18	13

La majorité des patientes (106/138) soit 76,80% ont reçu de l'ocytocine, suivi de 18/138 patientes ont fait une délivrance artificielle.

9-4- Traitement chirurgical

Tableau 38 : répartition des patientes en fonction de la nature du traitement chirurgical

Nature du traitement	Effectif	Fréquence (%)
Suture d'hémostase	74	93,70
Hystérectomie d'hémostase	5	6,30
Total	79	100

5/79 (6,30%) des patientes ont subi une hystérectomie d'hémostase.

9-5- Anesthésie

Tableau 39: répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie subi

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Anesthésie générale	31	39,20
Anesthésie locale	47	59,50
Non précisée	1	1,30
Total	79	100

Le type d'anesthésie dominant est l'anesthésie locale 59,50% (47/79).

10- Complications maternelles

10-1- Type de complications

Tableau 40 : répartition des patientes en fonction du type de complication

Type de complications	Effectif	Fréquence (%)
CIVD	14	66,70
Choc hypovolémique	7	33,30
Total	21	100

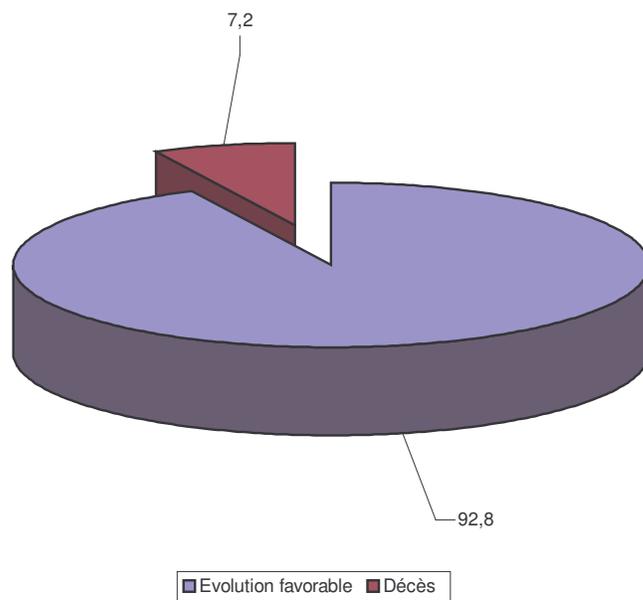
La majorité des complications (14/21) était la CIVD

10-2- Pronostic maternel

Tableau 41: répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Fréquence (%)
Evolution favorable	128	92,80
Décès	10	7,20
Total	138	100

10/138 soit 7,20% des patientes sont décédées.

Figure 5 : répartition des patientes en fonction du pronostic maternel

10-3- Cause de décès

Tableau 42: répartition des patientes en fonction des causes de décès

Cause de décès	Effectif	Fréquence (%)
Choc hypovolémique	7	70
CIVD	3	30
Total	10	100

L'atonie utérine est responsable de 70% des décès (7/10).

Tableau 43: répartition des patientes en fonction de la parité et le type d'étiologie de l'hémorragie du post-partum

Parité Type d'hémorragie	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Hémorragie par rétention placentaire	15	16	7	5	43
Hémorragie par atonie utérine	10	9	8	10	36
Hémorragie par déchirure du périnée	23	11	5	11	50
Total	48	36	20	25	119

Khi2=9,95

p=0,041

Tableau 44: répartition des nouveaux-nés en fonction du poids et le type d'hémorragie du post-partum

Poids du nouveau-né	<2500	2500-3999	≥4000	Total
Type d'hémorragie				
Hémorragie par rétention placentaire	6	13	3	22
Hémorragie par atonie utérine	8	15	7	30
Total	14	28	10	52

Khi2=8,67

p=0,013

Tableau 45: répartition des patientes en fonction de la durée du travail et le type d'hémorragie du post-partum

Durée du travail	0-12H	13H-24H	>24H	Total
Hémorragie par rétention placentaire	5	2	6	13
Hémorragie par atonie utérine	11	2	11	24
Total	16	4	17	37

Khi2=0,54 p=0,764

Tableau 46: répartition des patientes en fonction du traitement reçu au cours du travail et le type d'hémorragie

Traitement reçu Type d'hémorragie	Antispasmodique Utérotonique		Total
	Hémorragie par rétention placentaire	3	
Hémorragie par atonie utérine	2	5	7
Total	5	8	13

OR=0,55

Tableau 47: répartition des patientes en fonction de l'antécédent de césarienne sur rétention placentaire

Rétention placentaire	Antécédent Césarienne		Total
	Oui	Non	
Oui	3	3	6
Non	40	90	130
Total	43	93	136

OR=2,25

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence

Durant la période d'étude (11 ans) 10512 accouchements ont été effectués dans le service. Pendant la même période nous avons enregistré 138 cas d'hémorragies du post-partum soit une fréquence de 1,32%, réparties selon les étiologies ci-dessous.

- Hémorragie de la délivrance : 79 cas sur 138 soit 0,75% en fonction du nombre d'accouchement total (10512).
- Traumatisme de la filière génitale : 52 cas sur 138 soit 0,59% en fonction du nombre d'accouchement total (10512).
- Endométrite hémorragique : 6 cas sur 138 soit 0,06% en fonction du nombre d'accouchement total (10512).
 - Placenta accreta : 1 cas sur 138 soit 0,009%.

Il existe peu d'étude dans la littérature qui traite toutes les entités des hémorragies du post- partum. Ainsi une fréquence de 2,08 % a été rapportée par BOHOUSSOU et coll au CHU de Cocody [14]

2- Caractéristiques socio-démographiques

2-1- Age :

L'âge moyen des patientes est de 25,33 ans \pm 3 ans. Les extrêmes sont 14 et 39 ans avec prédominance de la tranche d'âge de 20 à 35 ans soit 63,04%, correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue. Dans cette tranche d'âge PAMBOU O et coll [49] ont rapporté 68,75%, taux proche du nôtre.

24,64% des patientes étaient des adolescentes (âge \leq 19 ans). Ce taux est supérieur à celui trouvé par ALI HONOU E et coll [2] qui est de 9,27%. La précocité de mariage étant une coutume en Afrique pourrait expliquer ce phénomène.

2-2- Statut matrimonial

Les femmes mariées viennent au premier rang avec 87%, ce taux est supérieur à celui de DIALLO B [30] qui a obtenu 77,7%.

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

2-3- Profession

Les ménagères ont été les plus représentées avec 81,2%. Ce taux est voisin de celui de DIALLO B [24] qui a été de 87,2%. Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum (primaire ou tardive) semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femme au foyer, femme célibataire). L'explication est que les ménagères moins suivies en CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés.

2-4- Mode d'admission

42% des femmes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient été évacuées d'autres localités. Elles ont parcouru le plus souvent de longues distances et ont été reçues dans plusieurs centres allongeant le délai d'évacuation. Cependant 8% de nos patientes ont été référées. Elles ont accouché dans le service. AKPADZA K et coll [1] ont rapporté 39,09% 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 proche de la maternité [39].

3- Les antécédents

3-1- Antécédents médicaux

21 patientes soit 15,30% avaient un antécédent médical réparti comme suit : 2,20% d'HTA ; 3,60% de drépanocytose et 5,10% d'obésité. DIALLO B [24] rapporte un

taux de 5,4% et de 1,4% de patientes ayant un antécédent respectif d'HTA et de drépanocytose.

L'HTA est une pathologie fréquente qui touche la femme pendant la grossesse ou après celle-ci. Elle contribuerait à aggraver les troubles de la coagulation.

3-2- Antécédents chirurgicaux

L'utérus cicatriciel (césarienne) est représenté sur 4,30%, taux voisin de celui de ALI HONOU E et coll [2] qui ont rapporté 3,97%. Les mêmes auteurs rapportent des taux d'antécédent de curetage de 30,46%, ce qui est largement supérieur au notre 2,90%.

La révision utérine et l'utérus cicatriciel peuvent constituer 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.

4- Caractéristiques obstétricales

4-1- Fibrome sur grossesse

Nous avons eu 2,2% des patientes qui avaient un fibrome associé à la grossesse et qui ont développé d'hémorragie du post-partum primaire ou secondaire.

Notre taux est supérieur à celui de ALI HONOU E et coll [2] qui ont rapporté 1,32% sur une série rétrospective de 5 ans et de AKPADZA K et coll [1] qui ont rapporté 1,27% ; mais inférieur à celui de DIALLO B [24] qui a été de 7%.

Les complications de fibromes au cours de la délivrance sont rares. La rétention placentaire et les anomalies de la rétraction du muscle utérin pourraient expliquer les hémorragies du post-partum dans notre étude.

Au cours des suites de couche, peuvent survenir des hémorragies, des rétentions lochiales et surtout des complications thromboemboliques [45].

4-2- Parité

→ Notre étude a trouvé :

Nullipare : 10,90%,

Primipare : 32,60%,

Paucipare : 31,20%,

Multipare et grande multipare : 36,3%.

→ ALI HONOU E et coll [2] trouvent :

Primipare et paucipare : 39,74%,

Multipare et grande multipare : 60,26%.

→ DIALLO B [24] trouve :

Nullipare : 16,9%,

Primipare : 23,9%,

Paucipare : 38%,

Multipare et grande multipare : 27,7%.

AKPADZA K et coll [1] ont rapporté 6,90% de grande multipare pour 384 cas d'hémorragie du post-partum immédiat en 5 ans sur 44295 accouchements. Notre taux d'hémorragie du post-partum chez la multipare et la grande multipare est supérieur à celui de Diallo B [24] mais largement inférieur à celui rapporté par Ali Honou E [2].

Une étude effectuée par WATSON [65] en 1986 a trouvé que la grande multiparité dans la genèse des hémorragies de la délivrance est à discuter. Nous avons même corrélé la parité à l'hémorragie immédiate ($p=0,01$) et ($p=0,04$).

Nous pensons que ce facteur de risque devrait être rétenu.

4-3- Consultation prénatale

Nous avons trouvé 49% des patientes ayant fait de CPN, et 11,10 % de celles qui n'ont fait aucune CPN. Diallo A. [23] et Diallo B [24] ont rapporté respectivement 48,1 % et 77,5 % de celles qui ont fait le CPN. Les même auteurs ont trouvé

respectivement 64,25 % et 22,5 % pour les sans CPN. Cela dénote que les CPN n'ont pas été correctement et complètement effectuées, puisque l'un des objectifs de CPN est de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, de dépister les grossesses à risque.

4-4- Terme de la grossesse

Notre étude montre 47,10% d'accouchement à terme, 8% d'accouchement prématuré. Ces résultats sont inférieurs à ceux de DIALLO B [23] et DIALLO A [24] qui ont trouvé respectivement 80,3% et 78,21% pour accouchement à terme et 15,5%, 21,79% pour l'accouchement prématuré.

Selon LACOMME M [39] 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.

0,70% des patientes ont accouché après le terme théorique.

4-5- Hauteur utérine

40,57% des patientes avaient une HU <36cm.

5% des patientes avaient une HU ≥36cm.

La HU excessive dans notre série due à :

- un hydramnios,
- une macrosomie, (4,30%)
- une grossesse multiple.(3,60 %) est à l'origine de surdistension utérine qui est l'un des facteurs d'hémorragies primaires du post-partum.

4-6- Durée totale de travail d'accouchement

L'étude montre que 25,4% soit 36 patientes ont eu une durée totale de travail comprise entre 0 et 12 heures de temps. Diallo B [23] et Diallo A [23] ont rapporté respectivement 11,3 % et 14 %.

10,90 % des patientes avaient une durée totale de travail comprise entre 13 et 24 h et 0,70 % de celles qui avaient plus de 24 heures de travail. Ali Honou E et coll [2]

ont trouvé respectivement 9,93 % et 56,95 % dans une étude rétrospective de 5 ans pour 151 cas d'hémorragie du post-partum primaire.

En effet plus le travail est long et laborieux, plus la parturiente s'épuise, son utérus également se fatigue. Cet épuisement du muscle utérin entraîne après l'accouchement un défaut de rétraction, d'où l'hémorragie.

4-7- Mode d'accouchement ou voie d'accouchement

96,4% des patientes ayant présenté des hémorragies du post-partum ont accouché par voie basse, et 13,04% soit 18 cas ont accouché à domicile. Ce taux d'accouchement à domicile est supérieur à celui de DIALLO A [23] qui a trouvé 5,12%.

Deux situations peuvent expliquer la survenue des hémorragies :

- Première situation : l'accouchement est brutal avec expulsion en bloc du fœtus et de ces annexes. Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise la rétention des cotylédons ou traumatisme de la filière génitale d'où l'hémorragie.
- Deuxième situation : 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 normale. Ainsi la place des accouchements à domicile dans la genèse des hémorragies du post-partum est indéniable. BHATIA JC. [11] rapporte 25% d'accouchement à domicile dans son étude. L'infection et l'atonie utérine sont les causes d'hémorragie du post-partum chez nos 3,60 % des patientes césarisées. AKPADZA K et coll [1] ont trouvé 2,71% de cas d'hémorragie après césarienne.

4-8- Grossesse gémellaire

L'étude a retrouvé 3,60% soit 5 cas de grossesses gémellaires dont l'accouchement a été effectué sans administration d'ocytocique. Ce taux est supérieur à celui de AKPDZA K et coll [1] qui ont trouvé 0,99%, voisin de celui de ALI HONOU E et coll [2] qui ont rapporté 3,97%. En effet, la masse placentaire étant importante, le

champ de décollement est vaste. La contractilité et la rétractilité sont moins bonnes, d'où l'hémorragie de la délivrance.

4-9- Expression au cours de l'accouchement

L'étude montre 0,70% des patientes qui ont subi une expression abdominale. Ce taux est inférieur à ceux de AKPADZA K et coll [1] et DIALLO B [24] qui ont trouvé respectivement 10,15% et 52,1%.

L'expression abdominale au cours de l'accouchement et de la délivrance entraîne un épuisement du muscle utérin qui ne pourra plus se contracter efficacement, ce qui peut entraîner un décollement partiel du placenta, une atonie utérine ou même une rétention partielle du placenta

4-10- Traitement reçu au cours du travail d'accouchement

L'utilisation des antispasmodiques était de 10,90% soit 15 cas et 17,40% des patientes ont reçu un utérotonique. Ces taux sont inférieurs à celui de DIALLO B [24] qui a trouvé 67,6% confondus, mais supérieur à celui de AKPADZA K et coll [1] qui ont rapporté 6,85%.

L'utilisation des antispasmodiques et des bêtamimétiques provoque généralement un relâchement de muscle utérin qui va entraîner une vasodilatation d'où leur rôle dans la survenue de l'hémorragie de la délivrance [8].

5- Etiologie des hémorragies du post-partum

5-1- Hémorragie de la délivrance

Elle représente dans notre série la cause d'hémorragie du post-partum la plus élevée avec 0,75% des cas.

Tableau 47: Comparaison des hémorragies de la délivrance avec données de la littérature

Auteurs	Année	Fréquence %
PAMBOU O et coll Brazzaville (Congo) [49]	1990-1994	0,19%
ALI HONOU E et coll Cotonou (Bénin) [2]	Etude de 5 ans	0,89%
DELECOUR M France [20]	Non précisée	2%
DIALLO B Bamako (Mali) [24]	1999	2,02%
GOFFINET F (France) [32]	1990-1994	4,9 %
Notre étude (Mali)	1991-2001	0,75 %

L'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé d'actualité, puisqu'elle serait la première cause des décès maternels observés en France avec 10 à 20 % des cas. Dans les Pays en voie de développement où le taux de mortalité maternel se situe entre 5 et 10 pour mille naissances, elle est de loin la première cause de décès [32]. Sa fréquence dans notre série est inférieure à celles relevées dans la littérature (tableau 47). Cependant elle contraste avec les auteurs du nord estimé environ à 0,09 %. Cela s'explique par la qualité de la surveillance, une prise en

charge de la femme enceinte dans les CPN, lors de l'accouchement dans la salle de travail, et surtout des conditions optimales du plateau technique.

Parmi les étiologies de l'hémorragie de la délivrance nous avons colligé 54,4% de cas de rétention placentaire. Cette rétention se subdivise en rétention totale 14 cas soit 17,72%, 27 cas de rétentions partielles soit 34,2% et 2 cas soit 2,5% de rétentions placentaires non précisées. Cette fréquence globale est inférieure à celui de DIALLO B [24] qui a trouvé 93%, voisine de LANKOANDE J et coll [49] qui ont trouvé 54,5% de rétentions placentaires, nettement supérieure à celle de AKPADZA K et coll [1] qui ont trouvé 29,44% de rétentions placentaires.

Il y a eu 45,6% des patientes qui ont présenté une inertie utérine. Corrélié à la parité ($P = 0,04$), au poids de naissance ($P = 0,01$), et à l'utilisation d'antispasmodique et d'utérotonique ($OR = 0,55$). Ce facteur étiologique donne une prévalence hautement significative. Ce résultat est voisin de celui de AKPADZA K et coll [1] qui ont trouvé 48,73%, nettement inférieur à ceux de ALI HONOU E et col [2] et DIALLO B [24] qui ont trouvé respectivement 55,63% ; 6 9% et légèrement supérieur à celui de PAMBOU O [49] soit 41,66%.

5-3- Traumatisme de la filière génitale

Nous avons colligé 52 cas de déchirure soit 37,6% de causes d'hémorragie. Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance ou isolées. Les étiologies sont réparties comme suite :

- les déchirures du col représentaient 22 cas soit 15,9 % de l'effectif total de ces lésions ;
- les déchirures périnéales étaient de 50 cas soit 36,20 %, isolées ou associées aux déchirures du col et du vagin ou à l'épisiotomie. Ce taux donne une prévalence significative ($P = 0,008$) dans les déchirures périnéales complètes.

DIALLO B [24] et DIALLO A [23] ont rapporté respectivement 28,2 % de déchirures du col et 31 % de déchirures du vagin, 5,12 % de déchirures du col associées aux déchirures du vagin.

5-4- Infection du post-partum

Nous avons colligé 6 cas d'endométrites du post-partum hémorragique soit 4,30%. Notre taux est voisin de celui de DIALLO A [23] qui a trouvé 3,64%. Dans une étude cas-témoin, DICKO A [25] en a trouvé 12,4% pour 282 cas. DIALLO B [24] a rapporté 4,2% et 2,8% respectivement pour la septicémie et l'endométrite.

PELAGE J P et coll [50] ont trouvé 8 cas soit 57% d'endométrite dans leur étude. Nous n'avons pas fait d'études bactériologiques, mais il semble que le streptocoque hemolytique (streptocoque B) est le germe le plus incriminé mais le plus souvent associé à d'autres espèces microbiennes selon la littérature [45].

5-5- Placenta accreta

Dans notre étude nous avons trouvé 0,64% soit 1 cas. Dans la littérature la fréquence du placenta accreta est très rare, estimée entre 1/25000 à 1/70000. Il est associé dans plus de 2/3 des cas à un placenta praevia.

DRAVE N [26] a trouvé 6 cas soit 0,33% d'hémorragie d'adhérence avec un décès enregistré en peropératoire .

6- Anomalies antépartales contemporaines aux étiologies

Nous avons enregistré 0,70% de placenta praevia et 1,4% d'hématome rétro placentaire qui sont compliqués d'hémorragie du post-partum. Ce résultat est supérieur à celui de AKPADZA A et coll [1] qui ont trouvé respectivement 1% et 2%, nettement inférieur à celui de ALI HONOU E et coll [2] qui ont rapporté 32,45% de placenta praevia.

Le rôle de placenta praevia après accouchement par voie basse dans la survenue des hémorragies du post-partum est classique. SEGUY B et coll [57] l'expliquent par les difficultés de clivage utero placentaire et surtout des difficultés d'hémostase spontané, le segment inférieur étant pauvre en fibres musculaires.

L'étude de EMMANUEL K H [26] sur les placentas a relevé 1,69% d'hémorragie compliquant le placenta praevia.

DIALLO A [23] a trouvé 10,24% d'hématome retro-placentaire ; DARGENT D [19] de 1979 à 1982 a trouvé 5,20% d'hémorragie de la délivrance à la suite de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Les complications de ces deux pathologies dans le post-partum immédiat sont les troubles de la coagulation.

7- Paramètres fœtaux

7-1- Poids du nouveau-né

Nous avons enregistré 47,10% dans la tranche de poids compris entre 2500 à 3999 grammes et 4,30% soit 6 cas de poids >4000 grammes. Ce résultat est nettement supérieur à celui de AKPADZA et coll [1] qui ont trouvé 6,60% pour le poids compris entre 3700 et 4000grammes, voisin de celui de ALI HONOU E col [2] qui ont trouvé 3,31% de poids de 4000grammes et inférieur à celui de DIALLO B [24] qui a trouvé 16,90% de poids compris entre 3600 et 4200 grammes.

Le gros fœtus, par la surdistension utérine qu'elle entraîne, est incriminé dans la genèse de l'hémorragie de la délivrance.

7-2- Mort fœtale in-utero

Nous avons colligé 17 cas de mort-né soit 12,32% dont 15 cas de mort fœtale in utero avec rétention fœtale de plusieurs jours dans 10,1%. Cette mort in-utero est incriminée dans les troubles de la coagulation survenant au cours de la délivrance, par passage de thromboplastine dans la circulation générale de la parturiente.

8- Complications maternelles

Dans notre étude nous avons colligé 14 cas soit 10,10% des patientes qui ont développé des troubles de la coagulation et 5,10% soit 7 cas de choc hypovolémique isolé. Dans la leur série PAMBOU O et coll [49] ont montré que les troubles de la coagulation sont à l'origine de 33% des causes de l'hémorragie de la délivrance. ALI HONOU E et coll [2], AKPADZA et coll [1] en ont trouvé respectivement 3,33% et 10,87%. Ces taux sont inférieurs ou voisins du notre. Ces

problèmes de coagulopathie dans la délivrance peuvent s'expliquer dans notre étude par la mort in utero (10,1%), la pénurie en produits sanguins.

LANKOANDE J et coll [40] ont trouvé 21% des troubles de la coagulation. Nous avons constaté des troubles de la coagulation dus à des facteurs préexistants tels le placenta praevia et les cas de décollement partiel du placenta normalement inséré.

9- Prise en charge médicale

Au cours de notre étude 82 patientes soit 59,40% ont bénéficié de traitement médical.

La thérapeutique qu'on a eu à adopter n'est pas du reste différente de celui des autres. C'est ainsi qu'à l'admission, toutes nos patientes ont subi un examen systématique sous perfusion ou sous transfusion.

- Prise d'une voie veineuse sûre avec un cathéter au moins une voie. Dans les cas graves deux voies sont possibles
- Nous avons toujours essayé d'assurer l'hémostase en vidant l'utérus et la vessie (chose devrait être faite par l'accoucheur et doit même faire partir des paramètres du partogramme de même que la vidange de la vessie) ;
- Ainsi 56,50% des patientes ont bénéficié d'une révision utérine, 18,8% de massage utérine, 13% de délivrance artificielle ;
- L'administration d'utérotonique (ocytocique) en perfusion dans le sérum glucosé 5% ou en intraveineuse soit 76,80% des patientes ;
- La correction des conséquences de l'hémorragie avec l'apport en colloïdes et cristalloïdes ou du sang, comme le montre le tableau ci-dessus correspondant. 36 patientes et 46 patientes ont reçu de colloïdes et cristalloïde, 48 patientes soit 44,80% ont été transfusées. Ce taux est inférieur à celui de DIALLO B [24] qui a trouvé 47,8% et celui de LAKOANDE J et coll [40] qui ont colligé 54,1%.
- Nous avons pratiqué l'anesthésie locale dans 59,50% contre 39,20% de l'anesthésie générale .

- Nous n'avons pas eu recours au traitement à la prostaglandine même une fois. Alors que c'est un produit qui fait l'unanimité aujourd'hui dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine avec une efficacité globale de 89%. Selon GOFFINET et coll [31] surtout après un échec aux ocytociques.

➔ La prise en charge chirurgicale :

la majorité des patientes (74/79) soit 93,7% ont bénéficié de suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles. DIALLOB[24] a rapporté 59,2% .

L'hystérectomie d'hémostase est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans notre service . Ainsi 5 patientes soit 6,30% ont subi l'hystérectomie d'hémostase . DIALLO A [23] et DIALLOB [24] ont rapporté respectivement 10,25% et 4,2% études faites à l' HGT.

TOURE COULIBALY K [63] a rapporté 3,8% au CHU de Treichville (abidjan).

Le recours au traitement chirurgical au cours des hémorragies du post-partum grave est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie . Il peut s'agir de l'hystérectomie d'hémostase, du capitonnage des parois utérines, de la ligature des artères hypogastriques. SALVA [55] a rapporté 53 cas de ligature des artères hypogastriques dont 12 cas de cause d'atonie utérine.

Le choix thérapeutique est souvent affaire d'école, mais aussi de matériel disponible pour l'embolisation. Aucune série comparative méthodologique satisfaisante n'existe pour affirmer qu'une méthode en première intention est la plus efficace pour réduire le risque de décès maternel.

Actuellement, il semble que la plupart des centres tentent une ligature des artères hypogastriques avant l'hystérectomie d'hémostase si le temps et l'hémodynamique sont jugés suffisants. Les détracteurs de ces ligatures en première intention estiment que dans ces situations extrêmes, on perd des minutes précieuses en cas d'échec qui mettent le pronostic vital en jeu même si une hystérectomie d'hémostase est réalisée dans un deuxième temps serait mieux employé à réaliser d'emblée le geste radical [56]

10- Pronostic maternel

Nous avons noté 7,20% de décès. Il s'agit des patientes évacuées et qui ont été admises plusieurs heures après accouchement. DIALLOB[24] DIALLO A[23] ont trouvé respectivement 19,7% et 23,20%. Les causes de décès étaient la CIVD et le choc hypovolémique.

Le manque de sang et de médicaments d'urgence ont davantage contribué à alourdir le pronostic maternel en cas d'hémorragies du post-partum dans notre service.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Ce travail est le résultat d'une étude descriptive avec collecte rétro-prospective des données sur une période de 11 ans (Décembre 1991 – Décembre 2001) portant sur 138 cas d'hémorragies du post-partum soit une fréquence de 1,32% enregistrée dans notre service. La majorité des patientes provenait du district de Bamako (64,50%) avec une tranche d'âge comprise entre 20 –35 ans (63,04%).

L'hémorragie constitue le premier motif d'évacuation, immédiatement après l'accouchement. Les étiologies sont :

- l'hémorragie de la délivrance 0,75%
- traumatisme de la filière génitale 0,59%
- endométrite hémorragique 0,06%
- placenta accreta 0,009%

Les facteurs de risque retrouvés sont la grossesse gémellaire, le gros fœtus, l'utilisation des antispasmodiques et de l'utérotonique au cours du travail, fibrome sur grossesse.

- l'hystérectomie d'hémostase a été effectuée sur 5 patientes.

Les hémorragies du post-partum (primaire ou secondaire) sont une urgence obstétricale dont l'issue peut être fatale en l'absence de traitement précoce et approprié.

Il ressort de cette étude que la fréquence des l'hémorragies du post-partum est élevée dans notre service. Elles restent la complication majeure de l'accouchement et la principale cause de morbidité et de mortalité maternelles.

Selon LACOMME M <<je veux non pas vous dire, mais vous crier que la plupart des accidents de la délivrance sont produits ou surtout aggravés par des erreurs de technique par des insuffisances de surveillance, par la timidité ou le retard apporté à user des thérapeutiques efficaces>>.

Seul un bon niveau de vie socio-économique une meilleure pratique de CPN et postnatale, une bonne utilisation du partogramme, une bonne pratique obstétricale peuvent contribuer à lutter efficacement contre cette pathologie.

2- RECOMMANDATIONS

A la lumière de cette étude, nous faisons les recommandations suivantes afin d'éviter ou de réduire les complications des hémorragies du post-partum, de favoriser une meilleure prise en charge précoce.

Ces recommandations se situent à trois niveaux :

→ Aux autorités

- Formation continue de personnel qualifié en obstétrique ,
- Equipement des blocs opératoires en matériel adéquat et promouvoir les unités de réanimation qui devront être bien équipées ,
- Mettre en place des micro-banques de sang fonctionnels à l'intérieur des centres spécialisés et assurer leur approvisionnement en sang de façon permanente,
- Mettre au point une politique durable de recrutement des « donneurs » de sang,
- Etablir un circuit de référence fonctionnelle,
- Organiser ou améliorer la référence vers les services spécialisés
- Equiper les laboratoires pour la prise en charge complète des hémorragies.

→ Aux personnels socio-sanitaires

- Dépister les grossesses à risque et les adresser vers une structure de référence avant l'accouchement,
- Promouvoir la consultation prénatale et post- natale,
- Accorder beaucoup d'importance à certains gestes primaires comme le sondage vésical, le lavement évacuateur, l'usage des utérotoniques après l'accouchement,

- Etre vigilant dans la salle d'accouchement pour pouvoir diagnostiquer à temps les cas d'hémorragie du post-partum précoce et les traiter immédiatement,
- Evacuer à temps les cas d'hémorragie vers les centres spécialisés,
- Collaboration harmonieuse et franche entre les différentes spécialités pour la prise en charge des hémorragies (gynécologue obstétricien, anesthésiste réanimateur et biologiste).

➔ Aux gestantes

- Accorder le maximum d'importance aux consultations prénatales
- Eviter les accouchements à domicile,
- Limiter les naissances ou espacer les naissances,
- Eviter les recours tardifs au centre de santé spécialisé devant les complications des hémorragies du post-partum.

VII- BLIOGRAPHIE

1. AKPADZA.K. et coll.

Les hémorragies de la délivrance à la clinique de Gynécologie Obstétrique du C.H.U. TOKOIN – LOME (TOGO) DE 1988 à 1992 ; Méd Afr Noire : 1994, 41 (11) : 601-603

2. ALIHONOU.E et Coll.

Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). Publication médicale Africaines 2002 ; 121 : 8-11.

3. ARURKUMARAN S

The surgical management of post-partum haemorrhage.

Best practice and Research Clinical Obstet and Gyneacol 2002 ; 16 (1) : 81-98.

4. BARBARINO –MONNIER. P., BARBIRANO A., BAYOUMENT F., BONNENFIRNT– MECREAY V., JUDUN .P.

hémorragies graves au cours de la grossesse et du post partum – choc hémorragique ; encycl Med – chir ; (Elsevier, paris), Obstétrique 5 – 082 A A0, 1998, 118,

5. BEGIN J.P

Hémorragies vaginales du post partum

Thèse méd Nancy, 1976, 285

6. BERNARD. P et COLL

Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine.

Rev Gynecol – Obstet du Prat 1989 ; IP 29 – 34.

7. BERTAUL D. , PIGNE.A.

Hémorragies de la délivrance : prise en charge actuelle.

La Presse médicale 1985 ; 24 (30) : 1337 – 1399 .

8. BESINGER.R

Hémorragie du post-partum perspectives aux USA ? accouchement prématuré ; déclenchement artificiel du travail, hémorragie de la délivrance.

Jr Gynéco – Obstet Biol Reprod ; DA 1997 vol 26 n°Sup 2 PP 34

9. BEUTHE D.

Die beeinflussung der nach geburts période durch méthergin Z bl Gynak 1956 ; 78:1305 – 14.

10. BLONDELB., KAMINSKIM.

Episiotomy anal third degre tears.

Br J Obtet Gyneacol 1985 ; 92: 1297 – 1298.

11. BHATIA JC.

Maternal mortality in ananta district preleminary finding of the study.

WHO, Geneva 11/15 nov 1985

12. BROWNBZ., HEASTON DK., POULSON AM et al.

Un controlable post-partum bleeding : A. new appro achto hemostasis through angiographic arterial Embolizatin

Obstet gynécol 1979; 54 : 361 – 366.

13. BYGDEMANN.M., Kwonsu, Mukker HEET, WIKUIST N.

Effect of infusion of PG E, and PGE2 on the motility of the pregnant humain uterus.

Am J. Obstet Gynecol, 1968,129 : 918 – 919.

14. 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 CHU de Cocody.

Rev Fr Gynecol Obstet 1999 ; 24 : 104-112

15. CARDOSSO U F.

Maternal mortality in third

Lancet, 1985.11 – 215 – 216.

16. CLARK SL, YEHSY, PHELAN JP ET al .

Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage –

Obstet Gynecol, 1984,64 : 376– 380.

17. COMBS., MURPHY.EL. , LAROSR.K.

Factors associated urth post – partum hémorragie urth vaginal birth.

Obstet Ggynécol 1991 ; 77 ; 69 ; 76.

18. CRISTALLI B, M. LEVARDON., V. IZARD., A. CAYOL.

Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales.

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1991 ; 20 : 851- 854

19. DARGENT. D.

Hémorragies graves de la délivrance

Gynécol – Obstet 1991 – 58 – 426 – 429.

20. DELECOUR.M.

Encycl des urgences medico – Chirurgicales. 724209 A 10, n°9: 134-141

21. DEPARTEMENT OF HEAL HEALTH

Why mothers die report on confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom 1994/96, London : HMSO.

Int J Gyneacol Obstet 1998; 310-315

22. DETOURRIE H . , HEVRISON R., DELECOUR. M.

Abréger illustré de gynécologie obstétrique 6^{ème} édition, 1995 : 122-127

23. DIALLO Abdoulaye O.

Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT.

These méd n° 11 - 1989 .

24. DIALLO B.

Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique HGT Bamako 1999 Thèse – Méd 1990 N° 125

25. DICKO abdourhamane

Etude de la gravido-puerperalité chez la grande multipare à propos de 1110 cas témoins.

Thèse méd 1999, n°127.

26. DRAVE Niakalé

Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et l'obstétrique de l'Hôpital du Point G Thèse Med 1996 n°39.

27. EMMANUEL K.H.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré

Thèse de Doctorat en obstétrique 2^{ème} édition maloine S.A édition Paris, 1998

28.FERNANDEZ. H

Hémorragies graves en obstétrique 35^{ème} congrès national et d'anesthésie et réanimation. Conférences d'actualisation Paris, Masson, 1993 : 511 – 529.

29. FERNANDEZ., H.Y. DJANHAN et coll.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement. Quelle politique proposée ?

J. Gynecol – Obstet 69 – 305 – 310

30. FOURNL., LOKOSSOU., FAYOMIEB., YACOUBOUM.

Mortalité Maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin.

Méd Afr Noire : 2000, 47 (1).

31. GOFFINET F. , HADD B., CAR BONNE. B., SEBBRANE., PAPIERNIK.

Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance.

J Gynécol Obstet et Biol Reprod 1995 ; 24 ; n°2 : 209 – 216.

32. GOFFINET F.

Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines .

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 (suppl n°2) : 34-38

33. HARRISON K.A., ROSSITER 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.

34. HENSON.G., GOUGH JO., GILLMER MDG.

Control of persistent primary post – partum hemorrhage to utérine atony with intravenous prostaglandin E2.

Br J.obstet gynaecol 1983,9 : 280 – 282

35. HERTZR.H., SOKOL RJ., DIERKER W.

Treatment of post – partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories.

Obstet gynecol, 1988,56 : 129

36 HEWITT P.E ,J.et Machin S. J.

Massive blood transfusion In ABO of transfusion. London :

BMJ publishing groupe, 1998 : 49-52

37. HUSSLEIN., SINZINGER.H.

Concentration of 13,14 dihydro – 15 – Keto – prostaglandin F2 alphas in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset.

Br. J. Obstet Gynaecol 1984,91 : 228 – 231

38. KING PA., DUTHIE S. J., DONG Z G., MAHK.

Secondary post partum haemorrhage .

J. Obstet Gynaecol 1989 ;29 : 394– 8

39 .LACOMME.M

Pratique obstétrique, edit masson ; paris 1960 (Tome I), 127-131

40.LANKOANDE J., Coll

Hémorragie de la délivrance dans la maternité de Yalgado OUEDRAOGO CHU de Ouagadougou – Burkina – Faso.

Dakar Médical 43 (1) 57 – 9 ; 1998.

41. LI F., FORTNEY JA., KOTEL CHUCK M.,

Etal the post partum period : the key to maternel mortality.

J Gynecol obstet 1996 54(1) 1 - 10.

42 .LOPEZ P.

La délivrance normale.

Rev med 1977; 18 ;n°9: 453 – 454

43. MANTAL .C, BUCHMANN E., RERES H., PATTINSON R.C.

Severe acute maternel morbidity : a pilot study of a definition for a near miss.

Br J of Obstet and Gynaecol 1998 ; 105 : 985 – 990

44. MARPEUL., RHIMIZ., LARUEL et al.

Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance.

J. Gynécol Obstet Biol Reprod, 1992, 21 :233 – 235

45. MERGER.R., LEVY J., MERCHIOR. J.

précis d'obstétrique 6^e édition masson. 1995 ; p 136-156

46. MOURE J.C

The action of ergot preparations on the puerperal uterus

Br Med J 1932 : 1119 – 122.

47. NAGAI K., TANAKA.T. ,TSURUTA. K. et al.

Regulation of placenta 15 – hydroxyprostaglandin deshydrogenase activity by obstetric drugs.

Prostaglandins leukotrienes Med , 1987, 29 : 165 – 173.

48. NET WORK

De meilleurs soins dans le post partum sauvent des vie.

Net Work 1997 ; vol 17 n° 4: 1-7

49. PAMBOU O. et coll

Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville.

Méd Afr Noire 1996,43 (7) : 418-422

50. PELAGE J.P et coll.

Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 : 55-61

51. PIGNE. A., & FREITEL

Déchirures Obstétricales, Paris, Masson, 1990 (chap 105) : 1353-1355

52. RAULT .

Hémorragie du post-partum

American college of obstetricians and gynecologist. 2000; p 1-2

<http://www.adrenaline122.org>

53. READ JA., COTTON .O.B. , MILLER .FC .

Placenta accreta = changing clinical aspects.

Obstet Gyneacol 1986 ; 56 : 31 – 34.

54. RIETHMULLER. D. , PEQUEGNOT-GEANNIN C.

Une cause rare d'hémorragie du post partum : le Thrombus genital. J. gynécol

Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 154 – 158.

55. RIVIERE M., MAHON. A et coll

26 Observations des placenta de décollement prématuré du placenta inséré bas exsude critique.

56. SALVA J., Nah MANOVIVIC.C., RACINETC

Indication et techniques de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies obstétricales.

Rev Fr Gynécol Obstet 1981 ; 25 : 368-371.

57. SEGUY. B., BAUDET J H

Révision accélérée en obstétrique 2^{ème} édition SA édition Paris.

58. SHIONO P., KLE BANOFF M., CAREYO.

Midline épisiotomies = More harm than good ?

Obstet Gyneacol 1990,75 ; 765- 769.

59. STEHLING L.

Fluid replacement in massive transfusion ; In Jeffres LC. et Brecher Banks (eds) Massive Transfusion Bethesda.

Am Assoc of Blood , 1994 :1- 15

60. 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

61.TAGAKI. S. YOSHIDAT., TOGO Y.

The effects of intra myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on severe post partum hemorrhage prostaglandins, 1976, 12 : 565 – 579.

62. TOPPOZADA. M., EL – BOSSATY.M., EL- RAHMAN.HA., SHAMS EL – DINMH.

Control of intractable atonic post – partum hemorrhage by 15 – methyl – Prostaglandin F2 alpha –

Obstet Gyneacol, 1981,58 : 327 – 330

63. TOURE – COULIBALY. K.

Les hysteretomies d’hémostase en obstétrique étude de 74 cas observés à la maternité du CHU de TREICHVILLE – Abidjan.

Med Afr Noire 1995 ; 42 (12) : 602-604

64. TSIRUL NIKOV MS.

La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales.

J. Gynéco Obstet Biol reprod, 1979,8 : 751 – 753.

65. WATSON.P

Post – partum hemorrhage in associated With POOR housing not multipary in Botswana.

Lancet 1986; 4: 278-284

66. WORYNE R, COHEN

Hémorragie du post-partum.

Rev du praticien, 1985, 45 : 127-129.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Sema

Titre de la thèse : Hémorragies du post-partum

Lieu d'étude : Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital du Point « G » à propos de 138 cas

Année universitaire : 2002-2003

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé

C'est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point « G », allant de janvier 1991 à décembre 2001 soit 11 ans.

Pendant cette période, 10512 accouchements toute confondue ont été colligés en salle d'accouchement dont 138 cas d'hémorragie du post-partum, soit une fréquence de 1,32%. Cette fréquence nous paraît élevée, mais s'explique par le manque de structure, de personnel adéquat associés aux conditions socio-économiques.

Les étiologies les plus retrouvées sont :

- hémorragie de la délivrance : 0,75%,
- traumatisme de la filière génitale : 0,59%,
- endométrite hémorragique : 0,06%,
- placenta accreta : 0,009%.

L'apprise en charge a été :

- la réanimation à travers, la perfusion, la transfusion,
- chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase
- le taux de mortalité était de 7,20%.

Mots-clés : *Hémorragie du post-partum, hémorragie de la délivrance, placenta accreta, hystérectomie d'hémostase*

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Sema

Titre de la thèse : Hémorragies du post-partum

Lieu d'étude : Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital du Point « G » à propos de 138 cas

Année universitaire : 2002-2003

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie et Obstétrique

Résumé

C'est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du point « G », allant de janvier 1991 à décembre 2001 soit 11 ans.

Pendant cette période, 10512 accouchements toute confondue ont été colligés en salle d'accouchement dont 138 cas d'hémorragie du post-partum, soit une fréquence de 1,32%. Cette fréquence nous paraît élevée, mais s'explique par le manque de structure, de personnel adéquat associés aux conditions socio-économiques.

Les étiologies les plus retrouvées sont :

- hémorragie de la délivrance : 0,75%,
- traumatisme de la filière génitale : 0,59%,
- endométrite hémorragique : 0,06%,
- placenta accreta : 0,009%.

L'apprise en charge a été :

- la réanimation à travers, la perfusion, la transfusion,
- chirurgicale : suture d'hémostase, hystérectomie d'hémostase
- le taux de mortalité était de 7,20%.

Mots-clés : Hémorragie du post-partum, hémorragie de la délivrance, placenta accreta, hystérectomie d'hémostase