

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE (F.M.P.O.S.)

Année Universitaire 2003 – 2004

THESE No. 71.....

**LES HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO DE JANVIER
2002 A OCTOBRE 2003 : A PROPOS DE 82 CAS .**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par

Madame Sidibé Rouillah Diakité

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Professeur Sidi Yaya Simaga

Juge : Docteur Doumbia Diénéba Doumbia

Directeur de thèse : Docteur Salif Diakité

Co-Directeur de thèse : Docteur Moustapha Touré

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{EME} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
AGENT COMPTABLE : MADAME FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Fillifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Djénèba DOUMBIA
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Anesthésie/Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou Bougoudogo

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr. Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahamane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Biophysique
Parasitologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Dermato-Leprologie
Médecine Interne
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO †
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Daouda K. MINTA
Mr Soungalo DAO

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-Entérologie
Hépatogastro-Entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Boubacar TRAORE	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA †	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, Chef de D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
---------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

DEDICACES

**A ALLAH LE TOUT
PUISSANT ET
MISERICORDIEUX.**

Merci de m'avoir permis d'accomplir ce travail jusqu'au bout.

***A toutes les mères, surtout
celles qui sont décédées en
donnant la vie.***

❖ A mon père Colonel Lanceni DIAKITE :

Homme de principe, gros travailleur, tu as toujours œuvré pour que nous allions de l'avant.

Père les mots me manquent en ce moment solennel.

Puisse ALLAH le tout puissant te donner encore une longue vie dans la paix et le bonheur dans ta famille.

❖ A ma mère Salimata SIDIBE :

Brave femme animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu resteras chère mère un modèle pour moi. Je garderais toujours en mémoire ton courage, ta résignation et ton esprit de sacrifice.

Puisse le tout puissant t'accorder encore une longue vie dans la paix et le bonheur auprès de nous.

Père et mère ,ce travail est le fruit de vos multiples conseils et bénédictions. Que DIEU nous donne la force de vous imiter et de vous rehausser amen.

❖ A mon mari Dr SIDIBE Baba dit Yahya :

En témoignage de notre amour et de notre vie commune.

Homme de principe, soucieux de la bonne formation et du travail bien fait ,tu resteras un modèle pour moi. L'étape a été difficile mais en voici le prix, je te le dédie.

Merci pour tout. Je prie le bon DIEU qu'il protège notre union jusqu'à la fin de nos jours.

Que le fruit de notre amour soit notre récompense amen.

❖ A mon homonyme feu Rouillah DIAKITE :

Tu es la grande absente de cet événement, mais je sais qu'en ce moment tu es de cœur avec moi. Je garderais toujours en mémoire ton amour pour nous, ton esprit de solidarité et de sacrifice.

Puisse ALLAH t'accueillir dans son paradis, dors en paix. Amen

❖ A ma grand-mère Aïssata DIAKITE ;

Que DIEU t'accorde encore une longue vie auprès de nous. Tu sais nous t'aimons beaucoup. Meilleure santé.

❖ A mes feux grands parents :

De Yorobougoula et de N'guenso, par ce travail je vous rends hommage.

Puisse ALLAH vous accorder sa grâce pour le repos de vos âmes. Amen.

❖ A mon beau-frère feu Dr Amadou D SIDIBE :

Quelle tristesse ! brutalement arraché à notre affection dans la fleur de l'âge, par ce travail je te rends hommage.

Que le tout puissant t'accorde sa grâce, dors en paix. Amen.

❖ A mes frères et sœurs :

Votre soutien et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut.

Ce travail me permet de vous réitérer tout mon amour et d'émettre le souhait que vous fassiez mieux ou comme moi. C'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

Bonne chance et merci pour tout.

❖ A mes neveux et nièces :

Mamy, Assy, Rouky, tanti Sali, Seyba, BenokoDian, Mariam (nah) :

Je vous souhaite beaucoup de bonheur ,de courage une longue vie et surtout beaucoup de réussite dans les études.

Faites mieux que tanti ; je vous aime.

REMERCIEMENTS :

A MES ONCLES ET TANTES :

- Mr Brehima DIAKITE et famille.
- Mme Kouradjé KANTE et famille.
- Mme Mariam DIAKITE et famille
- Mr Djibril SIDIBE et famille.
- Mme Hayatou SIDIBE.
- Mr Dian DIAKITE et famille.
- Mme Sadio SIDIBE et famille

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour tout le soutien que vous m'avez porté. Soyez assurés de ma disponibilité et de mon profond attachement.

A mes beaux frères Tidiani SIDIBE et Djédjé TRAORE :

Merci pour votre aide ,votre estime et votre disponibilité.

Que DIEU vous protège et vous ouvre les portes du bonheur amen.

A Djeli Moussa SOUMANO et famille à Quinzambougou :

Merci pour tout, surtout pour la considération, la confiance et l'amour que portez à ma personne.

Puisse ALLAH vous accorder encore une longue vie dans la paix et le bonheur.

A mes cousins et cousines :

C'est l'occasion pour moi de vous remercier tous, tout en vous rappelant que les liens de parenté sont sacrés ;nous devons les entretenir. Bonne chance.

A mes camarades de promotion :

La liste est longue; trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie. Bonne chance pour le reste.

A mes amies de la FMPOS :

Coumba SOUMANO ,Mariam SOUMARE, Aminata SIMPARA , Fatoumata MAIGA, Doufain TRAORE, Kadiatou E TRAORE, Kadidia KASSOGUE, Lala SIDIBE, MINTA Djénébou TRAORE , Djénébou I TRAORE.

En témoignage de tout ce qu'on a partagé et enduré ensemble. C'est aussi pour vous rappeler que l'amitié est un sentiment qui se vit.

Puisse ALLAH guider nos pas et nous accorder le bonheur dans nos foyers.

A mes camarades en fin de cycle au CSRèf Com IV :

Fomba, Yacouba, Brenima, Pablo .

Un coucou spécial pour MORO et DOUFAIN.

Pour votre apport combien inestimable dans ce travail qui du reste est le vôtre.

Courage et bonne chance pour le reste.

A mes aînés du CSRèf Com IV :

Merci pour votre disponibilité, vos conseils et bonne chance.

A mes cadets du CSRèf Com IV :

Courage et bonne chance pour le reste.

A tout le personnel du CSRèf Com IV :

particulièrement :

- Le major du bloc opératoire :Dramane COULIBALY et toute son équipe.
- Le major des hospitalisations :Fanta KONE et toute son équipe.

A toutes les sage-femmes.

A Mme Fanta Sibiry DIARRA.

C'est l'occasion pour moi de vous rendre hommage pour l'enseignement reçu.

A tout le personnel de AMPRODE SAHEL ACI 2000 :particulièrement :

M. Aboubacar TRAORE et famille.

Mme Mariam DOLO et famille.

Merci pour votre soutien moral, votre gentillesse , et votre constante disponibilité.

A tout le personnel du DEAP du point G ;particulièrement :

Dr KAYENTAO .K et Dr MAIGA . B.

Ce travail est le vôtre , merci pour votre disponibilité , votre gentillesse , et votre soutien matériel.

A mes chers maîtres :

- Pr. Moussa Y .MAIGA .(HGT)
- Dr Bréhima COULIBALY.(HGT)
- Dr Seydou E. DIARRA. (CHME le Luxembourg)

Vous nous avez appris à être ce que nous sommes aujourd'hui ; nous ferons tout pour être à la hauteur de vos espérances.

**HOMMAGE ET
REMERCIEMENTS A
NOS MAITRES**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sidi Yaya SIMAGA.

- Professeur de Santé Publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du MALI
- Chef du département d'enseignement et de recherche de Santé Publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du MALI
- Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé du MALI.

De bon cœur vous avez accepté de présider ce jury .

Cher maître , nous avons apprécié votre rigueur dans la recherche scientifique. Vos qualités exceptionnelles de formateur, jointes à votre générosité et à votre modestie font de vous un homme de référence.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur **DIAKITE Salif**

- Gynécologue accoucheur au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE
- Maître de conférences de gynécologie-obstétrique à la FMPOS.

Cher maître , c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de figurer sur la liste de vos élèves.

Nous avons beaucoup apprécié votre contact facile, votre rigueur scientifique et votre simplicité. Votre amour du travail bien fait, votre désir ardent d'égalité entre les hommes et surtout votre franchise font de vous un homme exemplaire. Nous vous remercions de votre apport combien grandiose dans l'élaboration de ce travail qui du reste est le vôtre.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur DOUMBIA Diénéba

- Spécialiste en anesthésie-réanimation
- Assistant Chef de Clinique à la FMPOS
- Chef de Service Anesthésie, Réanimation et Urgence de l'hôpital du Point-G

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre sens élevé de l'humanisme sont là quelques unes de vos qualités que nous avons beaucoup apprécié. Outre le médecin aguerri, vous nous avez marqué par vos conseils, votre honnêteté et votre souci constant du travail bien fait.

Trouvez dans ce travail , cher maître le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Docteur TOURE Moustapha

- Diplômé de gynécologie- obstétrique
- Diplômé d'échographie (faculté de médecine de Brest)
- Detenteur du Certificat de cours européen d'épidémiologie tropicale de Bale (SUISSE)
- Detenteur du Certificat de fécondation in vitro (Hambourg)
- Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV

Notre vocabulaire n'est pas assez riche pour vous exprimer notre reconnaissance pour la confiance que vous nous avez placée en nous confiant ce travail.

Etre votre élève est l'une des chances que nous avons su saisir. Vous nous avez marqué par vos conseils, votre attention quotidienne et votre sens élevé de l'humanisme.

Vous resterez pour nous un modèle que nous nous efforcerons de devenir.

Puisse le Seigneur vous accorder encore une longue vie et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force, le courage et la chance de suivre vos pas.Amen.

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION.....	3
II	GENERALITES.....	6
III	METHODOLOGIE.....	33
IV	RESULTATS.....	39
V	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	58
VI	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	71
VII	BIBLIOGRAPHIE.....	77
VIII	ANNEXES.....	84

LEXIQUE

- ATCD** : Antécédent.
BDCF : Bruit du cœur foetal.
CC : Centimètre cube.
CHME : Centre hospitalier "Mère-Enfant"
CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.
CPN : Consultation prénatale.
Cm : Centimètre.
CSCOM : Centre de santé communautaire .
CSRéf : Centre de santé de référence.
CU : contraction utérine.
DAT : Dispensaire anti tuberculeux.
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
HGT : Hôpital Gabriel Touré.
HTA : Hypertension artérielle.
HRP :Hématome retro placentaire.
IVG : Interruption volontaire de grossesse.
Kg : Kilogramme.
M² : Mètre carré.
MAF : Mouvement actif foetal.
Min : Minute.
MI : Millilitre.
NFS : Numération formule sanguine.
OMS : Organisation mondiale de la santé.
PFC : Plasma frais congelé.
PP : Placenta praevia.
RU : Rupture utérine.
SA : Semaine d'aménorrhée.
VIH : Virus de l'immuno- déficience humaine.

I INTRODUCTION

Selon Rivière «la grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel » [21]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours important dans nos pays où la couverture sanitaire est insuffisante [22]. Environ 500 000 femmes meurent par an dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum immédiat, laissant au moins derrière elles 1 000 000 d'orphelins. Dans nos pays en développement cette mortalité est encore plus marquée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistré dans les pays développés [21]. Plusieurs études faites sur la mortalité maternelle révèlent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternel [20,21,38] : en effet, ces hémorragies obstétricales occupent le deuxième rang des causes de décès maternels. Parmi elles, celles du troisième trimestre constituent une préoccupation quotidienne en pratique courante, englobant un éventail de pathologies obstétricales dont le retard de prise en charge pourrait être préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Au Mali, à l'hôpital Gabriel TOURE (HGT) une étude faite par KANE en 1998 [20] a trouvé 67 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total 2568 accouchements, ce qui représente 2,6 % des accouchements effectués dans cet hôpital. Ce même auteur trouve, que les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse représentent 18,75 % des causes de décès maternel, avec des taux de létalité maternelle et fœtale respectifs de 4,54 % et 57,57 %.

A cela s'ajoute le fait que la transfusion sanguine, souvent utile dans le protocole thérapeutique des hémorragies constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine , un risque supplémentaire [38] de décès maternel à long terme.

C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de mener cette étude avec les objectifs suivants :

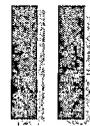
OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako de janvier 2002 à octobre 2003 à propos de 82 cas.

2-Objectifs spécifiques :

- Etudier les aspects épidémiologiques.
- Décrire les facteurs étiologiques.
- Décrire les aspects thérapeutiques.
- Evaluer le pronostic materno-foetal.



GENERALITES

A) Définition :

Il s'agit de métrorragies à partir de 28 semaines d'aménorrhée.

Ce type de complications survient dans 2 à 5 % des grossesses. [20,25,29].

B) Historique :

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

Il semble que c'est PORTAL qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [2]. Plus tard LEVRET découvrit un placenta praevia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [20].

Avant 1929 le diagnostic de placenta praevia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels DOS NANTOS par aortographie, SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de DONALD en 1958 [30]. Les premières césariennes pour placenta praevia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux U.S.A ; en France TARNIER la réalisa en 1897.

Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de cité dans le traitement du placenta praevia [2].

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

En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc [20].

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

RIGLEY opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes retro-placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta praevia.

BAUDELOQUE décrit la cupule retro-placentaire des hémorragies cachées. De LEE, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome retro-placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donné par DEEKERMAN qu'en 1936.

COUVELAIRE en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

C) Rappels Anatomiques :

1- Utérus :

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide comprend anatomiquement :

Le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 et 1 200g. Sa capacité non gravide est de 2 à 3 ml, à terme elle est de 4 à 5 litres [19].

1-1 Le corps utérin :

Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin.

L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8 cm et une largeur de 4-5 cm, à la fin du 6ème mois de la grossesse sa hauteur est de 24 cm et sa largeur de 16 cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm.

A terme l'épaisseur des parois est de 8-10 cm au niveau du fond et de 5-7 cm au niveau du corps [20].

1-2 Le col utérin :

Contrairement au corps, il se produit peu de modification au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable les derniers mois de la grossesse, devenant évasé [20].

1-3 Le segment inférieur :

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

- La forme : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut . Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important , puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- Dimensions et limites : le segment inférieur mesure 10 cm de hauteur ,9-12 cm de largeur et 3-5 cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporeale.

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

- Caractère : son caractère essentiel est la minceur deux (2) à quatre (4) millimètres, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.
- Physiopathologie : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

Sur le plan clinique :

Il montre la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur, au contact intime qu'il prend avec la présentation.

Sur le plan physiologique :

C'est une zone de transmission, mais aussi d'accommodation et d'effacement, qui, après avoir conduit la contractilité corporeale vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, distend dans la dystocie.

Sur le plan pathologique :

Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : c'est lui qui est concerné dans la grande majorité des ruptures utérines, c'est sur lui que s'insère le placenta praevia.

2 – Le placenta :

En latin placenta signifie Gâteau.

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe foetal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [36].

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

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

2-1 Structure du placenta :

Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20 cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3 cm au centre, 4-6 mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600 grammes soit le sixième de celui du fœtus.

Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion.

Le placenta comprend 2 faces et 1 bord :

a- La face foetale : encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villositaire une arborisation villositaire organisée en système tambour.

On distingue parmi ces villosités :

Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreux. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncitial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

b- La face maternelle : encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de Mitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [20]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse.

Quant aux veines, leurs orifices seraient répartis sur toute l'étendue de la lame basale.

Entre les deux plaques se trouve la chambre inter villeuse [22]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

c- Le bord : il est circulaire, se continue avec les membranes de l'œuf.

2-2 La circulation placentaire :

La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale :

La circulation utéro-placentaire s'établit au 14^{ème} –15^{ème} jour de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel . Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villeuse existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utéroplacentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de WINKLER.

Le flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160 ml / kg /minute.

La circulation fœtale est de type simple . Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.
- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [36].
- Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7 – 12 m² lorsqu'elle parvienne à son plein

développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [20].

3 - Les membranes de l'œuf :

Elles sont au nombre de trois, intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

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

3 -2 Le chorion : C'est une membrane fibreuse, transparente et résistante, située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios. A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

3 - 3 La caduque : Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : La caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou serotine de HUMTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie que recouvre l'œuf et accolée au chorion extra- placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col.

A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [20].

D – Physiologie du placenta :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité foeto-placentaire ». D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonale de la grossesse.

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

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

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

E - LES ETIOLOGIES :

1- LE PLACENTA PRAEVIA (P P) :

1-1 Définition :

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

Il représente dans de nombreuses séries [20,26,38] la 1^{ère} étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28% à 88,7%.

1-2 Classifications :

a - classification anatomique :

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

b - la classification échographique :

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

c- la classification clinique :

Envisage la situation du placenta pendant le travail :

- variété non recouvrante ;dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical.
- variété recouvrante ; dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col .

1 – 3 Pathogénie de l'hémorragie :

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

L'origine de l'hémorragie est presque exclusivement maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouverts par le décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncytial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner.

En raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta praevia, plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme.

Nous avons retenu deux théories qui méritent d'être soulignées :

- La Théorie de distension du segment inférieur de JACQUEMIER :

A partir du 6ème mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompue du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivie par le placenta. Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie [20].

- La Théorie du glissement :

C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet, sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique [20].

1- 4 étude clinique :

- a- **L'hémorragie** : elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail .Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier sans cause apparente.
- b- **signes généraux** :leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition .

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

c- signes physiques :

- le palper :montre que la présentation est souvent élevée ,mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple , sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.
- Le toucher vaginal :très prudemment conduit montre que le col est long , le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes , le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang.

L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale [6].

2- l'hématome retro-placentaire : (H R P)

2-1 définition :

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

Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0,25 à 3,08% des grossesses. Il est à l'origine de 35,82% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [20].

2- 2 pathogénie de l'hémorragie :

Le phénomène initial serait un spasme des artéριοles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption du flux sanguin est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celles-ci favorisent la libération de thromboplastines, contenues en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrination et une coagulation du sang localisée à la zone utéro-placentaire :

Ainsi se constitue l'hématome retro-placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie [7]

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

2-3 étude clinique :

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

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus ; de perte de sang noir . Il se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces métrorragies sont absentes dans dix à vingt pour cent des cas.

a - signes généraux :

- Faciès angoissé.
- le pouls s'accélère et s'affaiblit .
- la tension artérielle élevée au début chute brusquement traduisant le choc.
- Les urines sont réduites en quantité , quand la protéinurie existe ,elle est soudaine et massive :c'est l'ictus albuminurique.

b - Signes physiques :

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

- A l'auscultation :les B DC F sont souvent absents.
 - Au toucher vaginal :le segment inférieur ,dur et tendu, participe à l'hypertonie utérine. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres
- En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

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

3-LA RUPTURE UTERINE :(R U)

3 – 1 Définition

Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide [13]. Elle est rare, survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

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

3 – 2 Pathogénie de l'hémorragie :

L'hémorragie survenant à la suite de l'hémopéritoine a trois (3) origines :

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

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

3 -3 Etude clinique :

- Phase de prodromes :

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

- Phase d'imminence de la rupture :

La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.

- Phase de rupture :

les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; l'utérus est libéré, le fœtus se trouve dans l'abdomen.

Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant.

On peut percevoir le fœtus sous la peau, étalé et superficiel ; à côté du fœtus se trouve une masse ferme qui correspond à l'utérus débarrassé du fœtus.

Au toucher la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

La rupture utérine demeure un accident obstétrical très grave,

La prévention précoce n'est pas toujours possible [26].

4-CERVICITE ET EROSIONS CERVICALES :

Elles sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [25].

5-HEMATOME DECIDUAL MARGINAL :

Il provient d'une déchirure des veines utero placentaires marginales , et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement foetal.

6- RUPTURE DE VAISSEAU PRAEVIA OU SYNDROME DE BENKISER :

Il s'agit d'un vaisseau foetal qui saigne [29].

7- EMBOLIE AMNIOTIQUE [29].

8- RUPTURE SPONTANEE DE VARICES UTERINES :

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [35].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [16].

9- LES CAUSES INDETERMINEES.

F - Le Traitement

I – Le traitement préventif :

Les hémorragies du 3ème trimestre sont le plus souvent imprévisibles. En effet, de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur.

Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risque tels que une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome retro placentaire (HRP), de rupture utérine(RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac etc....

II – Le traitement curatif :

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

1. Les buts :

- Arrêt de l'hémorragie.
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- Correction des éventuelles complications.

2. Les moyens :

a-- Le traitement général :

Toute hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé [25].

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

- Mise en place de 2 voies veineuses de gros calibre.
- Mise en place d'une sonde urinaire.
- Oxygénation.
- Bilan préopératoire :s'il n'a pas été réalisé au cours des C P N (groupe-Rhésus, NFS entre autres) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).
- Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire).

Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible :

Les solutés cristalloïdes comme le Ringer Lactate ou le sérum salé à 0,9 % sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le Ringer Lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de Ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80 % de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemacel sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1 000 à 1 500 CC en 24 heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Si la patiente a préalablement été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatibles peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs.

Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite.

L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50 ml/Kg/heure ou 100 ml/min.

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

-Correction des troubles de coagulation : Fibrinogène, Plasma Frais Congelé (PFC), Plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif

-Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.

-Prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

b- -Le traitement obstétrical :

Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b-1. Le placenta praevia :

Il y a 3 modalités thérapeutiques :

- La césarienne.
- L'expectative.
- La rupture des membranes.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en considération avant toute décision :

- Le volume du saignement.
- L'existence d'un travail spontané et la localisation placentaire.
- L'état foetal.

En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet.

En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion.

Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée.

Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie, « une femme qui perd les eaux ne perd plus de sang » disait on déjà au XVIII^{ème} siècle (6), en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse ; dans le cas contraire la césarienne s'impose.

En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale.

Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34ème SA si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée.

Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA l'attitude thérapeutique est l'expectative :

-Tocolyse par voie intraveineuse en présence de contractions utérines. Rappelons que les Bêta mimétiques sont susceptibles d'augmenter le volume de l'hémorragie par leur effet vasodilatateur [40].

-Transfusion sanguine dans le but de maintenir l'hématocrite > 30 %.

-Immunoglobulines anti-D pour les patientes de Rhésus négatif.

-Cures de stéroïdes.

-Repos strict au lit jusqu'à 3 jours après l'arrêt du saignement.

Après la 34ème S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit la prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus.

L'expectative jusqu'à 37– 38 SA imposera 75 % de césarienne en urgence.

b- 2 HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (H.R.P) :

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

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

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

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

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

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

Il faut se souvenir que, le volume de sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume du sang extravasé dans un volumineux hématome [25].

b.3 La rupture utérine :

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

III- La Surveillance :

Elle est clinique et échographique.

--La surveillance clinique : elle comporte :

L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la tension utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal(BDCF), les mouvements actifs fœtaux(MAF), les contractions utérines(CU), le saignement et la diurèse.

La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées.

En cas d'accouchement les suites de couche doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anticoagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part [40].

--Surveillance échographique :

L'échographie renseigne sur la vitalité du fœtus et l'âge gestationnel

Dans le cas particulier du placenta praevia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34 – 35 S.A [39].

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

IV – Evolution et complications :

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, l'accouchement se passant normalement.

Cependant en cas d'absence ou de traitement non convenable, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

- Le choc hypovolémique : particulièrement rapide dans les hémorragies cataclysmiques, peut entraîner une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse par un vasospasme des artères nourricières de l'antéhypophyse responsable du syndrome de SHEEHAN ou hypopituitarisme du post-partum décrit en 1937 par SHEEHAN.

- Les troubles de la coagulation : ils sont dû à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque.

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

L'hémorragie devient continue et incoercible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène.

Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

- Les syndromes rénaux :

-- « Le rein de choc » : Les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, disparaissant après un traitement bien conduit.

--la nécrose corticale du rein : Elle survient dans les suites de couche et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

G- Le Pronostic :

- Le pronostic maternel :

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée des membranes, les caillots des HRP, les fragments des PP et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH.

Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec comme traduction arrêt de la procréation avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

Le pronostic fœtal :

En général il est mauvais.

L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale.

Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais.

Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

NOTRE

ETUDE

III

METHODOLOGIE

1 - CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako .

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune IV et environnant .

1-1-APERÇU HISTORIQUE

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et placée sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako .Elle est constituée par huit (8) quartiers dont le plus ancien est LASSA ,créé vers 1800 en même temps que Bamako et bien avant l'arrivée des français et le plus récent est SIBIRIBOUGOU créé en 1980 .Ces quartiers sont dirigés par des chefs de quartiers regroupés en un collectif avec à sa tête un président .

1-2- SUPERFICIE ET POPULATION :

La commune IV couvre une superficie de 37,68KM² soit 3768hectares soit 2,65% de la superficie du district de Bamako, pour une population de 207834 habitants (sources DNSI recensement avril 1998 avec un taux d'accroissement général de 2,8%).

Située sur la rive gauche du fleuve Niger, elle est limitée :

- A l'Est et au Nord par la commune III ;
- A l'ouest par le cercle de Kati ;
- Au sud par le fleuve Niger.

1-3 SITUATION SOCIO SANITAIRE :

La commune IV comprend :

- Un (1) centre de santé de référence ;
- Deux (2) maternités PMI (Hamdallaye et Djicoronie-para)
- Sept (7) cabinets privés de consultation ;
- six (6) cabinets privés de soins et de consultation ;
- Un hôpital mère enfant « le Luxembourg » ;
- quatre (4) polycliniques ;
- Sept (7) CSCOM ;
- Vingt deux (22) officines pharmaceutiques ;
- Un (1) service social ;
- Une (1) brigade d'hygiène.

1-3-1 LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE :

Il est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. Ce centre , d'abord centre de PMI (protection maternelle et infantile) fut érigé en centre de santé de référence en 2002 pour répondre aux besoins de la population de la commune en matière de santé.

Le CSRèf comporte les unités de :

- médecine générale ;
- chirurgie ;
- ophtalmologie
- gynécologie obstétrique ;
- stomatologie ;
- ORL ;
- Pédiatrie ;
- Anesthésie réanimation ;
- DAT ;
- Laboratoire d'analyses médicales ;
- Une pharmacie.

1-3-2 LES RESSOURCES HUMAINES : le personnel du centre est constitué de :

- 4 Médecins généralistes .
- 4 Médecins spécialistes : dont 1 gynécologue obstétricien échographiste qui est le chef du centre, 1 chirurgien généraliste, 1 ophtalmologue, 1 pédiatre.
- 27 Techniciens de santé dont :
 - 13 Sages-femmes .
 - 5 Laborantins.
 - 8 Infirmiers.
- 1 Infirmier d'état faisant fonction de dentiste.
- 4 Anesthésistes – réanimateurs.
- 5 Chauffeurs .
- 5 Manœuvres.
- 1 Gardien .
- 1 Comptable .
- 1 Gerant de pharmacie.

1-3-3 LES LOCAUX : se composent de 8 bâtiments répartis en :

- **Bâtiment 1** : comporte le bureau des entrées et 1(un) bureau pour l'agent comptable.
- **Bâtiment 2** : comporte :
 - Une salle de gardien.
 - Une pharmacie.
 - Une salle de consultation pédiatrique.
 - Une salle de vaccination.
 - Une salle de consultation prénatale.
 - Une salle de soins dentaires.
 - Trois salles de consultation et de soins ophtalmologiques.
 - Un laboratoire d'analyse.

- Une salle de consultation de chirurgie générale.
- Une salle de consultation de médecine générale.
- Une salle de soins.
- Une salle de garde des infirmiers.
- **Bâtiment 3** (à gauche côté ouest) :se compose des salles d'hospitalisation (pédiatrie, médecine générale, chirurgie générale).
- **Bâtiment 4** (à gauche) :se compose des salles d'hospitalisation (gynéco-obstétrique et ophtalmologie).
- **Bâtiment 5** (à l'extrême gauche côté ouest) :est le dispensaire antituberculeux.
- **Bâtiment 6** (à l'est au milieu) :comporte le bloc des internes, et la salle d'injection.
- **Bâtiment 7** :se compose de la maternité et du bloc opératoire.
- **Bâtiment 8** :comporte :
 - la salle de garde des anesthésistes.
 - le bureau du responsable P E V .
 - le service d'hygiène.
 - la salle système d'information sanitaire :S I S.
 - la salle de conférence.
 - le bureau de consultation du médecin chef .
 - la salle d'informatique.
 - la cantine.

Ce bâtiment comporte en plus

- Deux bureaux pour anesthésistes
- Une salle de garde pour manœuvres et chauffeurs
- Les toilettes pour hommes et femmes.
- Une morgue

2 -Type d'étude

Notre étude est une étude longitudinale s'étendant sur une période de vingt deux mois (1^{er} janvier 2002 -31 octobre 2003).

3 - Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes ayant saigné au cours du dernier tiers de la grossesse ou au cours du travail admises au centre de santé de référence de la commune IV.

4- Echantillonnage :

--- Critères d'inclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 3^{eme} trimestre.
- Toute femme en travail présentant une hémorragie admise au CSRéf de la commune IV .
- qu'elle soit ou non évacuée.

--- Critères d'exclusion :

- Toute femme enceinte présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{eme} trimestre de la grossesse.
- Toute femme présentant une hémorragie du post partum immédiat (de moins de 24Heures).

Au total nous avons recruté 82 femmes.

5- RECUEIL DES DONNEES :

Les données ont été recueillies au cours des consultations externes et pendant les gardes à l'aide d'une fiche d'enquête (portée à l'annexe).

6- PLAN D'ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies sur le logiciel ACCESS 2000,et analysées sur le logiciel SPSS version 2. Pour le calcul de distribution nous avons utilisé le test statistique KHI-2 .

IV RESULTATS

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

Tableau I: Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Fréquence absolue	Pourcentage
Primigeste	10	12,2 %
Pauci gestes	38	46,3 %
Multi gestes	14	17,1 %
Grandes multi gestes	20	24,4 %
Total	82	100,0 %

38 patientes soit 46,3 % étaient des pauci gestes.

- Primigeste = 1 grossesse.
- Pauci geste = 2-3 grossesses.
- Multi geste = 4-6 grossesses.
- Grande multi geste > 6 grossesses.

Tableau II: Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Fréquence absolue	Pourcentage
Nullipares	13	15,9 %
Primipares	16	19,5 %
Paucipares	28	34,1 %
Multipares	13	15,9 %
Grandes multipares	12	14,6 %
Total	82	100,0 %

Les Paucipares ont été les plus touchées avec 28 cas soit 34,1%.

- Nullipare = 0 accouchement.
- Primipare = 1 accouchement.
- Paucipare = 2-3 accouchements.
- Multipare = 4-5 accouchements.
- Grande multipare \geq 6 accouchements.

Tableau III: Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.

Antécédents obstétricaux	Fréquence absolue	Pourcentage
Césarienne	4	4,88 %
Avortement	9	10,98 %
Myomectomie	1	1,22 %
Placenta praevia	3	3,66 %
Absence	65	79,26 %
Total	82	100,00 %

9 patientes soit 10,98 % avaient un antécédent d'avortement.

Tableau IV : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge en année	Fréquence absolue	Pourcentage
< 18	7	8,5 %
18-35	62	75,6 %
>35	13	15,9 %
Total	82	100,0 %

la tranche d'âge 18 - 35 ans a été la plus représentée avec 62 cas soit 75,6%.

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Fréquence absolue	Pourcentage
Ménagères	61	74,3 %
Fonctionnaires	13	15,9 %
Autres	8	9,8 %
Total	82	100,0 %

Dans notre étude 61 patientes soit 74,3% étaient des ménagères.

- Autres = vendeuses, coiffeuses, teinturières.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Pourcentage
Mariées	75	91,5 %
Célibataires	6	7,3 %
Divorcées	1	1,2 %
Total	82	100,0 %

75 cas soit 91,5% de nos patientes étaient mariées.

Tableau VII : Répartition des patientes selon leur résidence.

Résidence	Fréquence absolue	Pourcentage
Commune IV	64	78,04 %
Commune III	7	8,54 %
Commune II	2	2,44 %
Commune I	7	8,54 %
Commune VI	1	1,22 %
Koulikoro	1	1,22 %
Total	82	100,00 %

64 cas soit 78,04 % de nos patientes résidaient en commune 4.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de C P N effectué.

Nombre de C P N effectué	Fréquence absolue	Pourcentage
0	10	12,2 %
1-3	38	46,3 %
≥ 4	34	41,5 %
Total	82	100,0 %

Seulement 34 patientes soit 41,5 % avaient un score de C P N ≥ 4.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués.

Examens complémentaires effectués	Fréquence absolue	Pourcentage
Groupage-rhésus	71	86,6 %
Taux d'hémoglobine	42	51,2 %
Dosage de l'Albumine dans les urines	23	28,0 %
Echographie obstétricale	42	51,2 %
Aucun examen complémentaire	7	8,5 %

7 patientes soit 8,5% n'ont effectué aucun examen complémentaire.

Tableau X : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Fréquence absolue	Pourcentage
Evacuées	39	48 %
Non évacuées	43	52 %
Total	82	100 %

39 patientes soit 48 % étaient évacuées des maternités périphériques.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre.

Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre(en heure)	Fréquence absolue	Pourcentage
<1	21	25,6 %
1-12	49	59,8 %
24-168	12	14,6 %
Total	82	100,0 %

12 patientes soit 14,6 % ont mis entre 24 et 168 heures avant leur admission au centre.

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

Etat général	Fréquence absolue	Pourcentage
Bon	68	82,9 %
Altéré	14	17,1 %
Total	82	100,0 %

L'état général était altéré chez 14 patientes soit 17,1% .

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les signes physiques à l'admission.

Signes physiques	Fréquence absolue	Pourcentage
Métrorragie	82	100 %
Douleur	52	63,4 %
Pâleur conjonctivale	36	43,9 %
T A \leq 8/4	6	7,3 %
Col épais	47	57,3 %
Dilatation incomplète	79	96,3 %

6 patientes soit 7,3 % avaient une T A \leq 8/4 à l'admission.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'abondance du saignement.

Abondance	Fréquence absolue	Pourcentage
Minime	34	41,5 %
Abondant	42	51,2 %
Très abondant	6	7,3 %
Total	82	100,0 %

Le saignement était très abondant chez 6 patientes soit 7,3%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel en S. A.

Age gestationnel (S A)	Fréquence absolue	Pourcentage
28-34	22	26,8 %
35-42	60	73,2 %
Total	82	100,0 %

Dans notre étude 60 patientes soit 73,2 % avaient saigné entre 35 et 42 S. A.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'existence de saignement antérieur.

Existence de saignement antérieur	Fréquence absolue	Pourcentage
Oui	23	28 %
Non	59	72 %
Total	82	100 %

23 cas soit 28 % de nos patientes avaient présenté un épisode de saignement au cours de leur grossesse.

ETIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE :

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les étiologies de l'hémorragie .

Etiologies de l 'hémorragie	Fréquence absolue	Pourcentage
Placenta praevia (PP)	47	57,3 %
Hématome- rétro placentaire (HRP)	20	24,4 %
Rupture utérine (RU)	5	6 ,1 %
Myome intra cavitaire	1	1,2 %
PP + H R P	1	1,2 %
Etiologie non précisée	8	9,8 %
Total	82	100,0 %

Aucune étiologie n'a pu être retenue dans 8 cas soit 9,8 %.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la concomitance entre HTA gravidique et HRP.

Femmes et HRP Femmes et HTA	H R P oui	H R P non	Total
H T A oui	8 (53,33 %)	7(46,77)	15
H T A non	12 (17,91 %)	55(82,09)	67
Total	20	62	82

Parmi les femmes hypertendues, 53,33% ont présenté un l'HRP, contre seulement 17,91% chez les non hypertendues. La différence est statistiquement significative.

P=0,003 X²= 8,34.

Aspects thérapeutiques

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Fréquence absolue	Pourcentage
Césarienne	46	56.1 %
Voie basse	36	43,9 %
Total	82	100,0 %

46 patientes soit 56,1 % ont été césarisées.

Tableau XX : Répartition des femmes césarisées selon leurs indications.

Indications	Fréquence absolue	Pourcentage
Sauvetage maternel	36	78,3 %
Sauvetage foetal	10	21,7 %
Total	46	100,0 %

Le sauvetage maternel a été la principale indication de césarienne avec 78,3%.

Tableau XXI : Répartition des femmes césarisées selon les étiologies de l'hémorragie.

Etiologies de l'hémorragie	Fréquence absolue	Pourcentage
Placenta praevia(P P)	29	63,0 %
Hématome-retroplacentaire (H R P)	10	21,7 %
Rupture utérine (R U)	5	10,9 %
Myome intra cavitaire	1	2,2 %
Etiologie non précisée	1	2,2 %
Total	46	100,0 %

Le placenta praevia a été le plus pourvoyeur de césarienne avec 29 cas soit 63 %.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la nature du traitement reçu avant l'accouchement.

Nature du traitement	Fréquence absolue	Pourcentage
Ocytociques	72	87,80 %
Macromolécules	10	12,20 %
Antalgiques	82	100,00 %
Antihypertenseurs	15	18,29 %
Transfusion sanguine	14	17,1 %

14 patientes soit 17,1 % ont été transfusées.

PRONOSTIC MATERNEL :

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation en jour.

Durée d'hospitalisation en jour	Fréquence absolue	pourcentage
1-4	39	47,6 %
≥ 5	43	52,4 %
Total	82	100,0 %

43 patientes soit 52,4% ont eu une durée de séjour au CSRéf supérieure ou égale à 5 jours .

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de l'existence de complications .

Existence de complications	Fréquence absolue	Pourcentage
Non	74	90,2%
Oui	8	9,8%
Total	82	100,0

8 patientes soit 9,8% ont présenté une complication au cours leur hospitalisation.

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la nature des complications survenues .

Nature des complications	Fréquence absolue	Pourcentage
Infection	2	25 %
Coagulopathie	2	25 %
Choc hypovolemique	2	25 %
Hémorragie de la délivrance	1	12,5 %
Décès	1	12,5 %
Total	8	100,0 %

Le cas de décès était dû à une coagulopathie chez une patiente référée ,qui présentait un placenta praevia recouvrant.

- Infections : Infection broncho-pulmonaire : 1(un) ; infection de la plaie opératoire :1 (un).

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le pronostic obstétrical :

Pronostic obstétrical	Fréquence absolue	Pourcentage
Bon	79	96,3 %
Mauvais	3	3,7 %
Total	82	100,0 %

Le pronostic obstétrical était mauvais dans 3 cas soit 3,7%

PRONOSTIC FŒTAL :

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon le terme de la grossesse(S A).

Terme de la grossesse(S A)	Fréquence absolue	Pourcentage
<37	35	40,7 %
37-42	51	59,3 %
Total	86	100,0 %

35 nouveau-nés sont nés avant terme soit 40,7 % de prématurés.

Nous avons enregistré une grossesse gémellaire et une grossesse avec 4 nouveau-nés, ce qui porte le nombre de nouveau-nés à 86.

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon la qualité des B C F à l'admission.

B C F	Fréquence absolue	Pourcentage
B C F entendus	69	80,2 %
B C F non entendus	17	19,8 %
Total	86	100,0 %

Les B C F étaient absents à l'admission dans 17 cas soit 19,8 %.

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la première minute.

APGAR à la minute 1	Fréquence absolue	Pourcentage
0	27	31,4 %
1-6	26	30,2 %
≥ 7	33	38,4 %
Total	86	100,0 %

27 nouveau-nés soit 31,4 % étaient des mort-nés (Apgar = 0/10).

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon l'existence de la référence à la pédiatrie de l' HGT.

Existence de la référence	Fréquence absolue	Pourcentage
Oui	11	12,8 %
Non	75	87,2 %
Total	86	100,0 %

Sur les 11 nouveau-nés référés à la pédiatrie 5 sont décédés des suites de l'hémorragie sévère de leur mère.

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance en grammes.

Poids (grammes)	Fréquence absolue	Pourcentage
<2500	38	44,2 %
>2500	48	55,8 %
Total	86	100,0 %

38 nouveau-nés soit 44,2 % avaient un poids de naissance < à 2500 grammes.

Tableau XXXII : Répartition des mort-nés selon le mode d'admission des mères.

Nombre de mort-nés	Fréquence absolue	Pourcentage
Mode d'admission de la mère		
Mères évacuées	15	55,6 %
Mères non évacuées	12	44,4 %
Total	27	100,0 %

Les nouveau-nés de mère évacuée ont payé un plus lourd tribut.

Tableau XXXIII : Répartition des décès foetaux et néonataux selon les étiologies de l'hémorragie.

Nbre de décès foetaux et néonataux Etiologies de l'hémorragie	Fréquence absolue	Pourcentage
Placenta praevia (P P)	10	31,3 %
Hématome retro-placentaire (H R P)	15	46,8 %
Rupture utérine (RU)	3	9,4 %
Etiologies non précisées	4	12,5 %
Total	32	100,0 %

L'H R P a été le plus foeticide avec 15 décès soit 46,8 %.

V
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

I / FREQUENCE :

De janvier 2002 à octobre 2003, nous avons enregistré 82 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 3696 accouchements soit une fréquence de 2,22%.

Notre fréquence, peut s'expliquer d'une part par la durée plus longue de notre étude (22 mois), et d'autre part par l'existence d'autres centres de santé de référence à Bamako. Elle est inférieure à celle de KANE.F [20] qui était de 2,6%.

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

II / ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1-Gestité : Les pauci gestes représentaient 46,3 % de notre échantillon.

la multi gestité a été citée comme facteur de risque du P P, de l'H R P ,et de la R U par plusieurs auteurs.

COULIBALY.F [7] trouve que les multi gestes courent trois fois plus de risque de faire un H R P que les pauci gestes.

2-Parité : . Les pauci pares et les multipares représentaient 50 % de notre échantillon.Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [20] qui était de 76,11 % .

Dans la plupart des études de part le monde, la fréquence de l'H R P de la RU et du PP augmente avec la parité.

BOOG.G [4] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge. FOOTE [14] note une fréquence quatre fois plus grande de PP parmi les multipares.

3-Antécédants obstétricaux :

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausse couche, de PP d'HRP et de RU ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant de ces pathologies [7,18, 20, 23, 30].

Nous avons enregistré 4 cas d'utérus cicatriciel dus aux césariennes antérieures soit 4,88%. La cicatrice utérine laissée par la césarienne s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

Notre taux est inférieur à ceux de KANE.F [20] et MABOUNGA.R.A [30] qui étaient respectivement de13,43% et 7,2%.Il est proche de celui de HODONOU [18] qui était de 4,56%.

4- L'âge : La tranche d'âge la plus touchée était de 18 – 35 ans avec 62 cas soit 75,6 %. Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de fécondité . Par contre dans la série de KANE.F[20], la tranche d'âge la plus représentée était de 21-35 ans avec 64,17%. Notre résultat est comparable à celui de MABOUNGA.R.A qui a trouvé dans sa série sur le placenta praevia que la tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans avec 67,6% des cas.

FOOTE [14] trouve que l'anomalie est deux fois plus fréquente après 29 ans.

L'hématome retro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN.M [43] .

Les âges maternels extrêmes (15 ans et > 35 ans) constituent la période à risque de la rupture utérine selon KONE.F [23].

5- mode d'admission :

La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3^{ème} trimestre pose souvent des problèmes en périphérie. La fréquence des évacuations était assez élevée dans notre série, 39 cas soit 48 %. Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [20] qui était de 58,20 %.

Cette différence assez significative peut s'expliquer par l'existence de plusieurs CSRéf à BAMAKO qui se partagent les urgences.

6- Délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au CSRéf :

Quatorze virgule six pour-cent (14,6 %) de nos patientes ont mis entre 24 et 168 heures avant leur admission au centre et pourtant elles résidaient toutes à BAMAKO.

Ce résultat nous montre que la sévérité du pronostic materno-foetal des hémorragies s'explique aussi par l'attitude de certaines gestantes ou parturientes qui se décident trop tardivement à venir dans nos maternités à un moment où elles sont déjà à la phase de décompensation.

7 - L'état général :

Il ressort du tableau (12) que 17,1 % de nos patientes avaient un état général altéré à leur admission. Ce résultat peut s'expliquer d'une part par l'importance de la déperdition sanguine, cependant il faut se souvenir que la femme enceinte supporte de façon surprenante les hémorragies importantes [25] ; et d'autre part par le retard de la prise en charge et l'état antérieur de la patiente.

L'altération de l'état général était définie dans notre contexte par un état de choc avec obnubilation ou coma et /ou une pression artérielle (TA) inférieure ou égale à 8/4.

8- Signes physiques :

Ils ont permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic.

La métrorragie, considérée comme principal signe physique était extériorisée chez 100% de nos patientes. Par contre dans les séries de COULIBALY.F [7] et de GARBA.H [15] elle était extériorisée dans respectivement 91,9% et 94,25% des cas.

Soulignons que certains signes physiques peuvent être trompeurs telle que la pression artérielle peut se maintenir dans les limites de la normale alors que le saignement est abondant .

9- Examens complémentaires :

7 patientes soit 8,5% n'ont effectué aucun examen complémentaire. Ce résultat s'explique d'une part par l'attitude de certaines gestantes qui préfèrent ignorer ces examens soit par méconnaissance de leur importance capitale dans la suivie de la grossesse et de l'accouchement, soit par manque de moyens financiers ; et d'autre part par « omission » de certains prestataires au cours des CPN.

10 - Abondance du saignement :

L'appréciation de l'abondance du saignement se faisait dans la salle de consultation et non sur les réponses des patientes.

Sept virgule trois pour-cent (7,3 %) de nos patientes avaient un saignement très abondant avec obnubilation et TA instable.

Selon BARBOTX.J [3] il y 'a risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 litre. Souvent le volume de sang extériorisé ne reflète pas le volume de sang extravasé.

11 - Age gestationnel :

L'âge gestationnel au moment de la survenue de l'hémorragie est important du point de vue pronostic materno-foetal.

Soixante treize virgule deux pour-cent (73,2 %) de nos patientes ont saigné entre 35 et 42 SA ; ceci s'explique par le fait que la plupart de ces métrorragies était déclenchée par les contractions utérines de fin de grossesse. Par contre dans la série de COULIBALY.F[7] 3,45% des cas ont saigné au deuxième trimestre. il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

12 - Saignement antérieur :

Vingt trois (23) patientes soit 28 % avaient déjà présenté un épisode de saignement soit au 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de leur grossesse ; ce taux est supérieur à celui de SEPOU.A [38] qui était de 20,5 %.

Ces premières hémorragies posent souvent de nombreux problèmes obstétricaux parfois difficiles à résoudre, les intérêts respectifs de la mère et de l'enfant étant dans certains cas divergents.

Le pronostic périnatal dépend :

- de la précocité des 1^{ère} hémorragies.
- des récurrences hémorragiques.
- de la quantité de sang perdu.
- de la prise en charge efficace de la mère.

13 - Bruit du cœur fœtal à l'admission :

La présence ou l'absence des BDCF est souvent primordiale dans la prise de décision thérapeutique.

Dans notre série les BDCF n'étaient pas audibles dans 17 cas soit 19,8%. Cependant leur absence dans certaines situations ne signifie pas la mort du fœtus car elle dépend de plusieurs facteurs.

Notre taux est inférieur à celui de COULIBALY.F [7] qui était de 73,56%.

III / FACTEURS ETIOLOGIQUES :

Malgré les moyens d'investigation performants, le diagnostic étiologique n'a pas pu être précisé dans certains cas.

Par ordre de fréquence décroissante nous avons trouvé :

1-Le placenta praevia (PP) :

Il occupe la première place des causes des hémorragies dans notre série avec 47 cas soit 57,3 %.

Notre fréquence peut s'expliquer par la multiplicité des facteurs de risque de PP qui sont hélas en progression dans notre société .

Notre fréquence est supérieure à celles de KANE.F [20] et FOOTE [14] qui incriminent le PP dans respectivement 43,28 % et 36 % des cas d'hémorragies.

HOHLFELD [17] a trouvé 20 % de PP contre 3,7 % de LANSAC.J [25] et 12 à 24 % de BARBOTX.J [3].

La fréquence générale du PP est de 1,27% des accouchements . Cette fréquence est conforme à la moyenne de 0,33 à 2,6% de BOOG.G [4].

Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% ; et sur le continent Américain avec 0,33 à 0,99% [30].

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

Avec 20 cas sur 82 soit 24,4 % il occupe la deuxième place des étiologies dans notre série. Ce taux est inférieur à ceux de KANE.F [20] et FOOTE [14] qui étaient respectivement de 35,82 % et 37 %. HOHLFELD [17] a trouvé 30 %.

Notre taux est supérieur à celui de BARBOTX .J [3] qui était de 15 - 16 % ; et à celui de LANSAC.J [25] qui incrimine l'HRP dans 7,4 % des cas. Ces différences relativement importantes peuvent s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie à savoir la recherche et la prise en charge de ses principaux facteurs de risque au cours des CPN.

La fréquence générale de l'HRP dans notre étude est de 0,54 % des accouchements ce qui est conforme à la revue de la littérature , qui la situe entre 0,25 et 3,08 % [1,15,17, 34,39, 43].

L'HRP est la troisième pathologie des urgences obstétricales avec un taux de 6,25 % [11].

3 - Les étiologies non précisées (ou causes indéterminées) :

Avec 8 cas sur 82 soit 9,8 % ; elles occupent la 3^{ème} place dans notre série. Notre taux est sensiblement égal à celui de KANE.F [20] qui était 8,95 %. Il est inférieur à ceux de CAROLYN et DREYFUS tous cités par KANE.F [20] qui étaient respectivement de 58,6 % et 33 %.

LANSAC.J [25] trouve 58 % d'étiologies non précisées.

4 - La rupture utérine :

Occupe la 4^{ème} place avec 5 cas sur 82, soit 6,1%. Cette fréquence est inférieure à celle de KANE [20] qui était de 11,94 %. Elle est supérieure à la fréquence moyenne de 0,7 à 3,5 % de BOOG.G [4]. Ce résultat s'explique par le fait que la R U est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante.

Urgence obstétricale des plus graves sa fréquence est estimée à 1/1500 accouchements aux USA ;1/6000 accouchements en EUROPE ; 1/52 accouchements en AFRIQUE SUBSAHARIENNE [39].

En 1985 sa fréquence était de 1/194 accouchements au MALI selon DIAKITE (9) ; en 2002 FAKO [13] et DEMBELE.B [8] ont respectivement trouvé 1/103 et 1/272 accouchements au MALI.

Dans notre étude sa fréquence est de 0,14 % des accouchements contre 0,31 % de KANE.F [20]. SAMAKE [37] trouve 0,68 %.

La R U est la 2^{ème} pathologie des urgences obstétricales, avec un taux de 8,75 % [11].

5-Placenta praevia associé à l'hématome retro placentaire :

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [2, 4, 5, 15, 18,20, 23].

Dans notre série, nous avons trouvé 1 cas sur 82 soit 1,2 %, cette fréquence est inférieure à celles de BAGAYOKO.S [2], de GARBA.H [15] , et de KONE.F [23] qui ont respectivement trouvé 4,84 % ; 4,20 % ; et 3,75 %. Notre fréquence est conforme à la moyenne de 0,8 à 10,9 % citée par BOOG.G [4]. KANE.F [20] n'a pas retrouvé cette association étiologique dans sa série.

6- Le myome intra cavitaire a été incriminé dans 1,2 % des cas dans notre série. La pression mécanique exercée par les myomes sous muqueux crée des conditions favorables au saignement : ulcération, infection, endométrite hémorragique [27].

Hypertension gravidique :

Dans notre série, H R P est associé à une affection hypertensive dans 53,33 %. Notre taux est conforme à la fréquence moyenne de 12-64 % citée par certains auteurs.

Il est supérieur à ceux de GARBA. H [15] et de COULIBALY. F [7] qui étaient respectivement de 20 % et 26 %. Il est également supérieur à celui de KANE. F [20] qui était de 37,50 %.

IV- Attitude thérapeutique

1- Mode d'accouchement :

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre.

Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces mères épuisées par ces hémorragies compromettant leur vie et celle de leurs enfants, l'attitude de notre service est de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel et ou fœtal.

La césarienne a été pratiquée dans 56,1 % des cas, ce taux est voisin de celui de KANE. F [20] qui était de 58,20 %.

Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante quand on pense aux principales étiologies de ces hémorragies qui sont toutes pourvoyeuses de césarienne.

Ailleurs BOOG.G [4] indique dans le traitement du placenta praevia 25 -96,5 % de césarienne . COULIBALY.F [7] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

L'indication de 78,3 % de nos césariennes était le sauvetage maternel.

2-Traitement médical :

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie, perfusion de macromolécule, transfusion sanguine) et le traitement symptomatique (antalgiques , anti-hypertenseurs, ocytociques).

17,1 % de nos patientes ont été transfusées, le nombre d'unité de sang variant entre 1 et 6. Notre taux est inférieur à celui de COULIBALY.F [7] qui était de 52 ,87 %.

V-PRONOSTIC MATERNO-FOETAL :

1-Pronostic maternel :

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

-La mortalité : Le problème de mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en développement. L'ignorance, l'analphabétisme et la pauvreté en sont les causes [32]. Cette mortalité maternelle s'est considérablement améliorée au MALI ces dernières années grâce à la multiplicité des CSRéf, à la transfusion, et surtout à la disponibilité dans les CSRéf de KIT de césarienne ou de laparotomie.

Dans notre série, nous avons déploré un (1) cas de décès maternel soit 1,2 %, (7,14 % des décès maternels du service) suite à une coagulopathie d'une patiente référée pour PP recouvrant hémorragique. Le décès est survenu après une hystérectomie subtotale d'hémostase.

Notre taux est inférieur à celui de KANE F [20] qui était de 4,54 % ; il est sensiblement égal au 1,7 % de KONE.F [23] mais il est supérieur au 0,9 % de MABOUNGA R.A [30] et au 0 % de FOOTE et FRASER [14].

- La morbidité : Elle demeure élevée même dans les pays développés. L'anémie les accidents transfusionnels, la rupture prématurée des membranes, les caillots de l'HRP, les fragments nécrotiques des placentas, les longs séjours d'hospitalisation et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux et thromboemboliques(surtout après une césarienne). A ceux-ci s'ajoute l'hystérectomie et ses conséquences psychosociales dans une société où la stabilité du foyer repose en grande partie sur la fécondité de la femme.

Cinquante deux virgule quatre pour-cent (52,4 %) de nos patientes ont eu une durée de séjour au CSRéf supérieure à 5 jours. Ceci nous interpelle à améliorer les conditions d'hospitalisation dans le centre (propreté, utilisation d'insecticide, réduction du nombre de lit dans les salles, respect des horaires de visite).

2-pronostic foetal :

Il demeure, malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine de la réanimation, de l'élevage des prématurés et l'extraction par césarienne, beaucoup plus sévère que le pronostic maternel.

- la mortalité : Selon N'DIAYE.M [33], le PP et l'HRP constituent des facteurs de risque de la mort foetale in utero.

Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort foetale [24].

Nous avons enregistré 27 décès foetaux soit 31,4 %, et 5 cas de décès néonataux précoces . Le taux global de décès périnatal est de 37,21 %.

Ceci s'explique par les evacuations tardives.

Notre taux est inférieur à celui de KANE.F [20] qui était de 57,57 % ;il est supérieur à ceux de BAGAYOKO.S [2] et de KONE.F [23] qui étaient respectivement 25,81 % et 30,35 %.

L'HRP a été le plus foeticide avec un taux de 46,8 % de décès .

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

Notre taux de prématurité est de 40,7 %. Il est supérieur à celui de KANE.F [20] qui était de 31,81 %. Il est inférieur à ceux de BOOG.G [4] et de BAGAYOKO.S [2] qui étaient respectivement de 54 % et 77,42 %.

Le PP et l' HRP constituent des causes d'hémorragies perinatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [10] .

VI
CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

1 - CONCLUSION :

De Janvier 2002 à Octobre 2003 ,nous avons enregistré 82 femmes présentant une hémorragie au cours du dernier tiers de la grossesse sur un total de 3696 accouchements soit une fréquence de 2,22%.

La tranche d'âge 18-35 ans était la plus touchée avec 75,6% ; les paucipares et les multipares représentaient 50% des patientes ;48% étaient évacuées des maternités peripheriques.

Les étiologies étaient dominées par le PP avec 57,3%, l'HRP avec 24,4%, la RU avec 6,1% et les étiologies non précisées avec 9,8%.

La césarienne a été le principal mode d'accouchement avec 56,1%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (1,22 % de décès maternel), par contre le pronostic foetal demeure préoccupant (37,21 % de décès périnataux).

Il semble que finalement ces accidents hémorragiques obstétricaux ne sont qu'une expression de notre sous développement. On peut donc espérer que l'angoisse qui nous hante actuellement devant ces hémorragies disparaîtra un jour. Nous espérons également que les multiples campagnes de sensibilisation pour les dons volontaires de sang et la démystification de l'infection à VIH ,permettront de rendre le sang plus disponible.

2 - RECOMMANDATIONS :

Pour réduire ces accidents hémorragiques et améliorer le pronostic materno-foetal nous avons formulé quelques recommandations :

Aux gestantes :

- Fréquenter régulièrement les centres de santé dès la constatation d'une aménorrhée.
- Consulter immédiatement dès le début des hémorragies.

A la population générale :

- Approvisionner la banque de sang par des dons volontaires et réguliers.

Aux prestataires en particulier les sage-femmes :

- Effectuer des C P N de qualité (examen gynéco-obstétrical attentif à chaque CPN afin de déceler la moindre anomalie, sans oublier le bilan prénatal).
- Surveiller attentivement les parturientes en utilisant correctement le partogramme.
- Référer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, HTA, diabète, cicatrice utérine, grossesse multiple) vers les centres de santé de référence et dans les conditions de transfert optimales (voie veineuse, fiche d'évacuation).

Aux décideurs:

- Assurer la formation en quantité suffisante des spécialistes en gynéco-obstétrique.
- Rendre plus fonctionnel les centres de santé de référence en les dotant de matériels nécessaires (boîtes de laparotomie, matériels de réanimation adaptés, produits pharmaceutiques d'urgence) .
- Assurer la formation continue des prestataires (staff quotidien, stage de formation) pour une meilleure qualité des prestations.

- Organiser des campagnes d'information à l'intention de la population pour expliquer l'importance de l'accouchement en milieu médicalisé.
- Equiper les CSRéf d'un centre de néonatalogie.
- Equiper les CSRéf d'une mini banque de sang.

RESUME

Nom : Diakité

Prénom : Rouillah

Année universitaire : 2003 - 2004

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Gynéco-obstétrique Santé Publique

Résumé :

Il s'agit d'une étude longitudinale portant sur les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CSRéf CIV du district de Bamako.

Sur une période de 22 mois (Janvier 2002 à Octobre 2003) nous avons recensé 82 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre sur un total de 3696 accouchements soit une fréquence de 2,22 %.

Urgence obstétricale des plus grave, leur survenue impose l'hospitalisation dans un service de gynéco obstétrique avec une équipe comprenant un obstétricien, un anesthésiste -réanimateur et un pédiatre néonatalogue

Les principales étiologies incriminées ont été le placenta praevia avec 57,3 % des cas ; l'hématome retro placentaire avec 24,4 % ; la rupture utérine avec 6,1 % ; et les étiologies non précisées avec 9,8 %.

Ces hémorragies étaient pour la plupart évitables par la recherche et la prise en charges des facteurs de risque au cours des CPN.

Cependant 12,2 % de grossesse non suivies ont été enregistrées.

73,2 % des patientes ont saigné entre 35 et 42 SA.

La césarienne a été pratiquée dans 56,1 % des cas , et 43,9 % d'accouchements par la voie basse.

La mortalité maternelle est faible (1,22 %) mais la morbidité reste grande.

Nous avons déploré 9,8 % de complications (coagulopathie 2 cas, choc hypovolémique 2 cas , infections 2 cas, hémorragie de la délivrance 1 cas et 1cas de décès).

La morbidité et la mortalité fœtales sont importantes, liées à la pathologie ou à la prématurité induite.

Le taux global de décès périnatal est de 37,21 %.

Le taux de prématurité est de 40,7 %.

Mots clés :

Grossesse, hémorragie, 3^{ème} trimestre, étiologies, traitement et pronostics.

VII

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- ASSANI A, ANOMA M, BONI S, KONE N, BOHOUSSOU K M.

Aspects épidémiologiques des hématomes rétro placentaires à propos de 150 observations. Communication à la société de gyneco obstétrique de COTE D'IVOIRE 1988.

2- BAGAYOKO .S :

Contribution à l'étude du placenta praevia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 62 cas. Thèse méd. BAMAKO 2002 (17).

3- BARBOT X J, BARDIAUX M, CRMAIL P , DEUIL J , DUBUISSON JB, SANTARELLI J :

Santé -Médecine –biologie humaine. Gynécologie – Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique II(1986-1987).

4- BOOG. G

Placenta prarvia. Encycl-Med-Chir (Elsevier,PARIS), obstétrique, 5-069-A-10,1996,21P.

5- CACAULT JA, LALANDE J, MARIE J :

l'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau- né. Paris ; Maloine ; 1982 ; 120 P, 26 cm.

6- COLLETTE . C :

le placenta bas inséré(praevia).[en ligne].<www.femiweb.com>.consulté le 02/12/02.

7- COULIBALY .F :

Hématome rétro placentaire : Facteurs de risque, pronostic materno-fœtal dans le service de gyneco-obstétrique de l'hôpital du Point G. thèse méd. Bamako 2001 (99).

8- DEMBELE . B :

Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au centre de santé de référence de la commune V à propos de 114 cas. Thèse méd. Bamako 2002 (28).

9- DIAKITE .M :

Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse méd. Bamako 1985 (10).

10-DIAKITE .A.Z :

Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C HU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 00-M-75.

11-DICKO .S :

Etude épidémioclinique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes à propos de 160 cas. Thèse méd. Bamako 2001 (101).

12-DOUMBIA .D :

Etude des urgences chirurgicales reçues à l'H P G de novembre 1981 à novembre 1982. Thèse méd. 1982(13).

13- FAKO .P. J :

Les ruptures utérines au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : Les facteurs qui influencent le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse méd. Bamako 2002 (34).

14- FOOTE (W.R) et FRASER (W.D) :

Placenta praevia.-Amer.J. OBSTET. GYNEC ; JUILLET. 1960, 80 ;

10-16.

15- GARBA .H :

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse de Med. Bamako 1988 (1).

16- GILLARD P, BATAILLE B et Coll.

Maladie de rendu Osler – Weber et hémorragie intracrânienne pendant la grossesse : A propos d'un cas. Journal Gynéco obstétrique et biologie de la reproduction ; 1996 (25).

17- HOHLFELD P, MARTY F :

Le livre de l'interne en obstétrique, 2e édition. 1999.

18- HODONOU .E.K :

Contribution à l'étude du placenta praevia en milieu africain à Dakar. Thèse méd. Dakar 1968 (18).

19- KAMIMA .P :

Anatomie gynécologique et obstétricale Paris ; Maloine ; 1984 (3817).

20- KANE .F :

Contribution à l'étude des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse méd. Bamako 1998 (56).

21- KANTE .F :

Grossesses et accouchement à risque dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G :à propos de 723 cas. Thèse méd. Bamako 1997 (24).

22- KONE .A :

Grossesse et accouchement chez la femme de 40 ans et plus à l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2000 (2).

23- KONE .F :

Contribution à l'étude du placenta praevia hémorragique à l'hôpital Gabriel TOURE (à propos de 56 cas). Thèse méd. Bamako 1989 (48).

24-KONE M et DIARRA S :

Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). obstétrique, 5-080-A-10-1995, 7p.

25- LANSAC J et Coll :

Obstétrique pour le praticien, 2e éd. Paris ; SIMEP ; 1990. N° 7227, 7226, 413 p.

26- LANSAC J, BODY G :

Pratique de l'accouchement. 2^{ème} édition SIMEP 1992.

27-LANSAC J, LE COMTE P. :

Gynécologie pour le praticien, 4eme éd – Paris SIMEP ; 1994.

28- LEROY B, BESSIS R :

Echographie en obstétrique, 2e éd, revue et augmentée 148p 21cm (médecine ultrasonore). Masson 1983.

29- LUTON D, SIBONY O. :

Gynécologie obstétrique collection Internat (préparation au concours). 1997.

30- MABOUNGA .R .A :

Placenta praevia hémorragique :aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 334 cas.Thèse méd. BAMAKO 2003 (42).

31-MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J. :

Précis d'obstétrique, 6e éd. Paris, Kilan, Barcelone : Masson 1995 – 583 P.

32-MORTALITE Maternelle :

Les sages-femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes – LONDON : CISF, 1990 – 66p – 7617.

33- N'DIAYE .M :

La mort fœtale in utero à la maternité RENEE CISSE d'hamdallaye : Les aspects clinique , épidémiologique et prise en charge. Thèse Méd. BAMAKO 2003 (49).

34-OUATTARA .M :

Hématome rétro placentaire : Aspects épidémiologique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V. Thèse méd. Bamako 2000 (126).

35-PITTION S , REFAHI N , BARJOT P:

Rupture spontanée de varices utérines au 3eme trimestre de la grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; FRA ; DA. 2000 ; vol.29 ; 8 ; 801-802.

36-POLICARD A :

Précis d'histologie physiologique , 4^{eme} éd 1985.

37-SAMAKE .Y :

Approche épidémio-clinique des urgences gynéco obstétricales à l'hôpital Régional NIANANKORO FOMBA de Ségou. Thèse Méd. Bamako 2002 (11).

38-SEPOU A , NGUEMBI E et COLL :

Les Hémorragies du 3eme trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. Af. Noire ;SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185-189.

39- SIDIBE .A.K :

L'anesthésiste réanimateur face aux hémorragies obstétricales graves à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd. Bamako 1991(16).

40- TANFERNA M, SAIERA BRIGATTI L:

Rupture Utérine au 3eme trimestre de la grossesse. Considérations cliniques ; présentation de 3 cas.

41- THOULON J M, PUECH F, BOOG G :

Obstétrique(Universités Francophones).1995.

42- TOURRIS (H. de) , HENRION R. et COLL :

Abrégé illustré gynécologie et obstétrique 6^{ème} édit Masson 1994.

43- UZAN M, HADDAD B et UZAN S :

Hématome rétro placentaire. Encycl. Med-Chir (Elsevier, Paris) obstétrique, 5071-A-10, 1995,8p.

VIII ANNEXES

HEMORAGIE DU 3° TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFFERENCE DE LA
COMMUNE IV

FICHE D'ENQUETE :

DOSSIER N°.....

I IDENTIFICATION DE LA PATIENTE :

NOM..... PRENOMS.....

AGE..... PROFESSION.....

ETHNIE.....

RESIDENCE.....

STATUT MATRIMONIAL.....

NOM ET PROFESSION DU MARI.....

POIDS..... TAILLE.....

MOTIF DE CONSULTATION.....

DATE D'ENTREE.....

REFEREE : OUI..... NON.....

SI OUI PAR QUI : CENTRE DE SANTE (à préciser)..... PERSONNEL.....

AUTRES (à préciser).....

II LES ANTECEDANTS :

MEDICAUX

H T A..... DIABETE..... NEPHROPATHIE..... AUTRES(à préciser).....

CHIRURGICAUX :

HERNIE..... APPENDICETOMIE..... OCCLUSION..... AUTRES.....

GYNECOLOGIQUES :

MENARCHIE..... CARACTERE DE CYCLE : regulier..... irrégulier.....

DUREE DE REGLES..... DYSMENORRHEE..... LEUCORRHEE..... PRURIT.....

OBSTETRICaux :

GESTITE..... PARITE..... GEMELLITE.....

NOMBRE DE CESARIENNE.....

AVORTEMENTS : SPONTANES..... PROVOQUES.....

NOMBRE DE CURETAGES..... MYOMECTOMIE..... PLASTIE TUBAIRE.....

PP..... H R P..... R U..... AUTRES (à préciser).....

III GROSSESSE ACTUELLE :

AGE DE LA GROSSESSE..... NOMBRE DE C P N.....
EVENEMENTS SURVENUS AU COURS DE LA GROSSESSE.
H T A..... OEDEME..... DIABETE..... PROTEINURIE.....
SAIGNEMENTS ANTERIEURS
1° TRIMESTRE..... 2° TREMESTRE..... 3° TREMESTRE.....
SAIGNEMENT SPONTANE.....
SAIGNEMENT PROVOQUE PAR :.....
Ce saignement a-t-il nécessité une hospitalisation ?..... DUREE.....
Ce saignement a-t-il nécessité un traitement ?..... LEQUEL ?.....
Ce saignement a-t-il nécessité une transfusion ?..... Nombre de poche.....

IV TABLEAU D'ACCEUIL :

Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation.....
Saignement minime..... Abondant..... Grave.....
Saignement spontané..... Saignement au contact.....
Présence de douleur..... Absence de douleur.....
Sang rouge vif..... Noirâtre..... Présence de caillot.....
AUTRES (à préciser).....

V EXAMEN DE LA PATIENTE :

ETAT GENERAL : BON..... MAUVAIS..... CHOC.....
T A..... CONJONCTIVES.....
ETAT DU COL..... DILATATION DU COL.....
ETAT DU BASSIN
PRESENTATION : Céphalique..... Transversale..... Siège.....
MOUVEMENTS FŒTAUX : Présents..... Absents.....
B D C F Présent..... Absents..... H U.....
EXAMENS COPLEMENTAIRES :

BIOLOGIQUE

Sang :
Groupage-rhésus.....
N F S..... GLYCEMIE.....
URINES :
Albumine..... Sucre.....
IMAGERIE :
Echoographie obstétricale..... B I P..... L Femur.....
Autres :.....

VI MODE D'ACCOUCHEMENT :

VOIE BASSE..... DUREE DU TRAVAIL.....
CESARIENNE..... INDICATION.....

VII DIAGNOSTIC RETENU :

PP : Marginal.....Recouvrant.....
Rupture utérine : Provoquée..... Spontanée.....
Hématome retro placentaire..... Surface du décollement.....
Autres (à préciser) :

VIII ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

- Repos au lit.....
- Rupture de la P D E.....
- Traitement médical.....
- Césarienne ou suture de l'utérus.....
- Hystérectomie d'hémostase :
- Autres (à préciser) :

IX PRONOSTIC FETAL :

- Enfant vivant..... Ranimé..... Non réanimé..... Abgar à la 1^{er} min.....
- Enfant prématuré..... Terme de la grosse.....
- Poids..... Taille..... Sexe.....
- Enfant transféré à la pédiatrie..... Motif.....
- Durée d'hospitalisation à la pédiatrie.....
- Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie.....
- Enfant mort in utero..... Frais..... Macéré.....
- Autres (à préciser).....

X PRONOSTIC MATERNEL :

- Durée de l'hospitalisation.....
- Complications survenues au cours de l'hospitalisation.....
- Choc hypovolémique..... Infection..... Précisée.....
- Phébite..... Embolie pulmonaire..... C I V D.....
- Décès..... Circonstance de décès.....
- Etat satisfaisant.....
- Pronostic obstétrical.....
- Autres (à préciser) :

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

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

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

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

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

Je le jure.