

Ministère De L'Education Nationale

Université de Bamako

République du Mali

Un Peuple – Un But une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2005 – 2006

N°

THESE

LA DÉLIVRANCE ACTIVE AU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CHU GABRIEL TOURÉ

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2006
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie par

Mr Yssouf KONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Amadou Ingré DOLO

Membre : Dr Boubacar TRAORE

Co-Directeur de thèse : Dr Youssouf TRAORE

Directeur de thèse : Pr Mamadou TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATIONDOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCESECRETARE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEURAGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES**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****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	ORL

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
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
-----------------	--------------------

Mr Salif DIAKITE
 Mr Filifing SISSOKO
 Mr Sekou SIDIBE
 Mr Abdoulaye DIALLO
 Mr Tieman COULIBALY
 Mme TRAORE J THOMAS

Gynéco-Obstétrique
 Chirurgie Generale
 Orthopedie-Traumatologie
 Anesthesie-Reanimation
 Orthopedie-Traumatologie
 Ophtalmologie

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
 Mr Sadio YENA
 Mr Issa DIARRA
 Mr Youssouf COULIBALY
 Mr Samba Karim TIMBO
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO
 Mr Zimogo Zié Sanogo

Gynéco-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Gynéco-Obstétrique
 Anesthesie-Reanimation
 ORL
 ORL
 Chirurgie Generale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
 Mr Nouhoum ONGOÏBA
 Mr Zanafon OUATTARA
 Mr Adama SANGARE
 Mr Sanoussi BAMANI
 Mr Doulaye SACKO
 Mr Ibrahim ALWATA
 Mr Lamine TRAORE
 Mr Mady MAKALOU
 Mr Aly TEMBELY
 Mr Niani MOUNKORO
 Mme Djénéba DOUMBIA
 Mr Tiémoko D. COULIBALY
 Mr Souleymane TOGORA
 Mr Mohamed KEITA

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
 Mr Siné BAYO
 Mr Amadou DIALLO
 Mr Moussa HARAMA
 Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
 Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
 Biologie
 Chimie Organique
 Parasitologie-Mycologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Mr Anatole TOUNKARA

Mr Amadou TOURE

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Mr Amagana DOLO

Chimie Organique

Immunologie-Chef de D.E.R.

Histoembryologie

Bactériologie – Virologie

Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE

Mr Abdrahamane S. MAÏGA

Mr Adama DIARRA

Mr Mamadou KONE

Mr Massa SANOGO

Mr Mahamadou CISSE

Mr Sékou F. M. TRAORE

Mr Abdoulaye DABO

Mr Ibrahim I. MAÏGA

Biochimie

Parasitologie

Physiologie

Physiologie

Chimie Analytique

Biologie

Entomologie médicale

Malacologie – Biologie Animale

Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA

Mr Moussa Issa DIARRA

Mr Kaourou DOUCOURE

Mr Bouréma KOURIBA

Mr Souleymane DIALLO

Mr Cheick Bougadari TRAORE

Mr Lassana DOUMBIA

Mr Mounirou Baby

Mr Mahamadou A Théra

Biochimie

Biophysique

Biologie

Immunologie

Bactériologie/ Virologie

Anatomie pathologie

Chimie Organique

Hématologie

Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO

Mr Guimogo DOLO

Mr Abdoulaye TOURE

Mr Djbril SANGARE

Mr Mouctar DIALLO

Mr Boubacar TRAORE

Mr Bocary Y Sacko

Entomologie-Moléculaire Médicale

Entomologie-Moléculaire Médicale

Entomologie-Moléculaire Médicale

Entomologie-Moléculaire Médicale

Biologie/ Parasitologie

Immunologie

Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses

Mr Cheick Oumar Guinto Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara Législation
Mr Eliman MARIKO Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE Chimie analytique
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique
Mne Rokia SANOGO Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA Législation
Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

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

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAÎTRES 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

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACE

Je dédie cette thèse à mes parents

A mon père feu Ziégué KONE

Tu nous as quitté prématurément, mais avant ton « départ », tu as toujours été un exemple pour moi. Tes qualités humaines ont fait de toi un exemple pour la société. Tu m'as appris que le travail est l'essence de l'homme car dit-on « c'est le travail qui anoblie l'homme ».

Merci pour ton soutien moral matériel et financier, qui ne m'ont fait défaut au cours de mes études.

Que Dieu le tout puissant t'accueille dans son paradis !

A ma mère Wassa BERTHE

Tu as été d'un apport inestimable dans mon éducation. La sagesse, l'humilité, et la simplicité font de toi une mère exemplaire. Merci pour, toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu m'as inculquée ; car dit-on je cite : « si la santé est le meilleur trésor, l'éducation est certainement le meilleur héritage ».

Tes bénédictions sont toujours d'un apport inestimable dans ma vie.

Que Dieu le tout puissant exauce tes vœux les plus intimes.

REMERCIEMENTS

➤ **A mon épouse Ramatou KONE**

Merci pour avoir accepté de partager ma vie estudiantine qui est une période dont le corollaire est la privation. Ton soutien moral et tes encouragements ont été déterminants dans l'élaboration de cette thèse.

Que Dieu exauce tes vœux les plus intimes !

➤ **A mes enfants :Wassa , Kadidia et Zakaria Ziégué**

Vous êtes pour moi un miroir et un espoir. Votre présence à mon côté donne plus de courage pour vaincre les obstacles combien difficiles de cette vie.

Que Dieu vous prête longue vie et exauce vos vœux les plus intimes !

➤ **A mon grand – frère Youssouf Diamouténé**

La rigueur scientifique, le souci de justice sociale et le regard pour les plus faibles qui te caractérisent font de toi un homme exemplaire.

Ce travail est le tien car ton soutien moral, matériel et financier ne m'as jamais fait défaut au cours de ces études médicales et de l'élaboration de cette thèse.

Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes.

➤ **A mon grand – frère Ousmane KONE**

Le courage indéfectible et le souci du travail bien fait, font de toi un homme talentueux. Merci pour ton soutien moral, matériel, financier et les encouragements que tu n'as cessé d'adresser à mon égard.

Que Dieu le tout puissant exauce tes vœux les intimes !

➤ **A mes frères Bréhima, Boubacar , Karim , Abou , Sidi , Ousmane , Oumar , et Soukalo**

Merci pour le soutien moral et le cadre idéal que vous m'avez offert tout au long de ces études.

Je formule pour chacun de vous des vœux sincères pour la réalisation de vos ambitions les plus profondes.

➤ **A mes sœurs : Maminata , Sitan , Kadi , Moyama , Alimatou , Safiatou , Djélika , Fatoumata , et Djénebou**

Merci pour le soutien moral et les encouragements que vous n'avez cessé de me faire pendant mes études.

Que Dieu le tout puissant exhausse vos vœux les plus intimes !

➤ **A mes oncles : Nontiégùè, konza et klégoudo**

Vous avez dirigé mes premiers pas à l' école comme dans la vie. Vous avez su m'inculquer le goût du travail bien fait et la persévérance dans l'effort.

Je vous en serais éternellement reconnaissant.

Je formule des vœux de paix, de santé et de prospérité pour vos familles respectives.

➤ **A toutes mes tantes**

Vos sages conseils et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut ;

Soyez en remerciées.

➤ **A Assan SANOGO**

Ton courage et ton amour pour les enfants d'autrui font de toi une femme exemplaire.

Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes.

➤ **A Aminata TANGARA**

Ta facilité d'intégration, ton souci pour la cohésion familiale et une bonne éducation pour les enfants font de toi une femme exemplaire.

Je formule des vœux sincères pour ton bonheur personnel et la réussite de la famille.

➤ **A mon beau père : Yaya KONE**

Tes qualités humaines ne sont plus à démontrer. Merci pour tes encouragements et la confiance que tu as porté à ma personne.

Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes.

➤ **A ma belle-mère : Kadidia CISSE**

Merci pour ton soutien moral, matériel et financier que tu m'as apporté pendant mes études médicales. Tout en te renouvelant mon profond attachement, je formule mes vœux les plus sincères pour la réalisation de tes projets les plus intimes.

➤ **A mon ami : Abdoulaye COULIBALY**

La rigueur scientifique, le sens élevé du travail bien fait et la persévérance dans l'effort qui te caractérise ont forcé notre admiration. Tout en t'exprimant ma profonde gratitude et de mon attachement indéfectible ; je formule des vœux sincères pour ton bonheur personnel et la réussite de toutes tes entreprises.

➤ **A sa femme Sadio dite Mama TRAORE**

Ton soutien moral et tes encouragements ont été d'un apport inestimable dans l'élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour ton bonheur personnel et la réussite de tes projets les plus intimes.

➤ **Au Docteur Niani MOUNKORO**

Cheville ouvrière de la Gynécologie –obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré, vous avez joué un rôle important dans notre formation.

La rigueur scientifique et la grande disponibilité qui vous caractérise ont forcé notre admiration.

Puisse Allah exhausser vos vœux les plus intimes notamment en ce qui concerne la carrière universitaire qui vous tient à cœur.

➤ **Aux Gynécologues –obstétriciens de l'Hôpital Gabriel Touré :**

Dr : Almamy DICKO , Salif DIAKITE , Abdramane SAMAKE , Assitan WANE , Amalle DAOU , Ibrahima TEGUETE , Augustine L THERA , Oumar Chérif HAIDARA

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

➤ **Aux médecins en spécialisation**

Vous avez contribué chacun à notre formation en ce qui concerne la gestion des urgences chirurgicales en gynécologie –obstétrique. Merci pour le temps passé ensemble.

Puisse Allah réaliser vos vœux les plus intimes.

➤ **Aux internes du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital**

Gabriel Touré :

Amadou BOCOUM , Amadou FOMBA , Nouhoum CAMARA , Sandrine EYOKO , Yacouba KONE , Daouda DOUMBIA , Djénéba KOITA , Youssouf K KONE , Kola SOW , Samuel GANDEBA

Merci pour la chaleur ,la confiance ,l'estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages internés.

Puisse le bon Dieu exhausser vos vœux les plus intimes.

➤ **Aux Sages femmes de l'hôpital gabriel touré :**

Merci pour les conseils, la disponibilité et la qualité de la collaboration, Je formule pour chacune de vous mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réalisation de vos projets les plus intimes,

➤ **Aux aides de bloc :** La disponibilité et la qualité de la collaboration ont forcé notre admiration, merci pour le temps passé ensemble,

➤ **Aux manœuvres :** Merci pour la disponibilité constante et la franche collaboration,

➤ **A mes amis : Souleymane KONE , Souleymane KONE dit Binké, Kassa TRAORE, Pierre DIONI , Noel KONATE, Adama**

COULIBALY , Abdoulaye TRAORE : Merci pour la disponibilité, le soutien moral et la qualité exceptionnelle des relations qui ne m'ont jamais fait défaut au cours de l'élaboration de cette thèse.

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et président du jury :

Professeur Amadou Ingré DOLO

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique

Chef du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE

**Président fondateur de la société malienne de gynécologie
obstétrique (SOMAGO)**

Secrétaire général de la société africaine de gynécologie obstétrique(SAGO)

Président du réseau de prévention de la mortalité maternelle du Mali

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

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcées notre admiration.

Nous sommes fiers d'être votre élève.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

A notre maître et membre de jury:

Docteur Boubacar TRAORE

- **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**
- **Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.
Veuillez accepter notre sincère remerciement cher maître.

A notre maître et co-directeur de thèse

Le Docteur Traoré Youssouf

Gynécologue obstétricien

Secrétaire général de la SOMAGO

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour moi un grand frère adorable.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

**A notre maître et directeur de Thèse
Le Professeur Mamadou TRAORE
Professeur agrégé en gynécologie obstétrique
Membre du réseau de prévention de la mortalité maternelle du Mali
Secrétaire général adjoint de la SAGO
Médecin- chef du centre de santé de référence de la commune V**

Tout l'honneur nous revient de vous avoir comme directeur de cette thèse. Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude reconnaissance cher maître.

ABREVIATIONS

1-Accht : Accouchement

2-ATCD : Antécédent

3-BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

4-CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

5-Cm : Centimètre

6-CPN : Consultation Prénatale

7-DA : Délivrance Active

8-DN : Délivrance naturelle

9-F : Fréquence

10-FRD : Facteurs de Risque D'hémorragies

11-GATPA : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement

12-HDD : Hémorragie De la Délivrance

13-HRP : Hématome Retro-Placentaire

14-HPP : Hémorragie du Post Partum

15-IM : Intra Musculaire

16-IV : Intra Veineuse

17- ° C : Degré Celcius

18- mn : Minute

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION

II – GENERALITES

- 1-Rappels anatomiques
- 2-Physiologie de la délivrance
- 3-Description des techniques de la délivrance
- 4-Facteurs de risques d'hémorragie
- 5-Complications de la délivrance
- 6-Traitement des complications

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

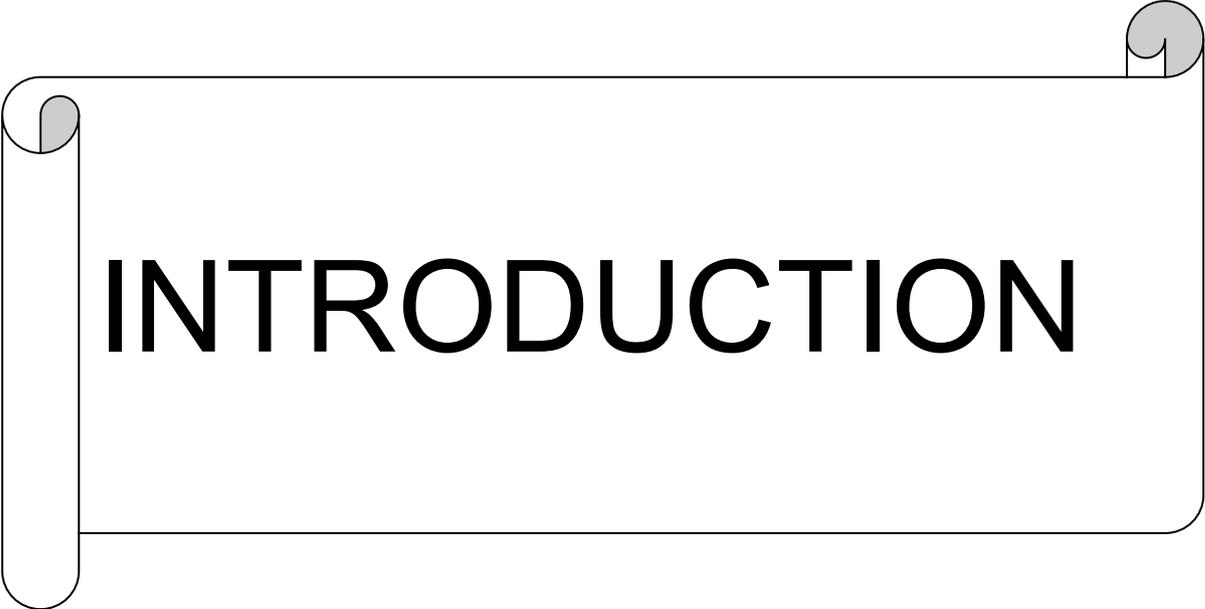
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- 1-Conclusion
- 2-Recommandations

VII- REFERENCES

VIII - ANNEXES



INTRODUCTION

I-Introduction

L'accouchement se définit comme l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir de 28 semaines d'aménorrhée [30].

Il se divise en 3 périodes :

- Première période : l'effacement et la dilatation du col ;
- Deuxième période : l'expulsion du fœtus ;
- Troisième période : la délivrance, c'est le dernier temps de l'accouchement et comporte l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus.

Pendant cette période la femme perd une quantité de sang égale à 300 et est dite pertes physiologiques, lorsque la quantité de sang excède ou égale les 500 CC on parle d'hémorragie de la délivrance qui est une complication grave voir mortelle.

Selon les estimations de l'OMS il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragies liées à la grossesse et parmi ces femmes 128000 meurent suite à l'hémorragie. La plupart de ces décès surviennent dans les 4 heures suivant l'accouchement et sont causés par des problèmes lors du troisième stade du travail.

Selon l'OMS 515000 femmes sont décédées en 1995 suites à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement [35].

Au Mali Diallo A.[11], Diallo B.[12] et Kéita S [23] ont trouvé respectivement un taux de décès maternel du à l'hémorragie de la délivrance de 23% en 1989, 19% en 2000 et de 7,20% en 2003.

En RDC et au Nigeria ce taux est respectivement de 5% et de 1,62%.

Au Mali le taux d'hémorragie de délivrance élevé est du fait de l'insuffisance et/ ou de l'inexistence de couverture sanitaire dans certaines localités, du manque de personnel qualifié.

Les conséquences fonctionnelles et lésionnelles de ces hémorragies à savoir : l'accident et les complications de la transfusion [32], le choc hémodynamique ; la coagulopathie aigue ,l'hystérectomie d'hémostase ,l'insuffisance rénale ,hépatique imposent de dépister et d'en apprécier la gravité ,de préciser l'étiologie afin de les traiter immédiatement.

La plupart des cas d'hémorragie de la délivrance se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement ; environ 70% des sont dus à l'atonie utérine (35).

Toutes les femmes courent le risque mortel de perte de sang au moment de l'accouchement ; les femmes atteintes d'anémie sont particulièrement vulnérables, étant donné qu'elles risquent de ne pas pouvoir tolérer même une perte minime de sang [13, 34]

L'attitude a été de prévenir les hémorragies de la délivrance ou d'en limiter les conséquences par la surveillance de la délivrance ou par l'utilisation des techniques telles que la délivrance dirigée, la prévention des complications de l'hémorragie en ayant le groupe sanguin de la patiente dans le but d'une transfusion rapide.

Malgré ces mesures préventives et thérapeutiques, les cas d'hémorragie ont continué à poser des problèmes préoccupants pour les obstétriciens. Cette situation préoccupante a motivé l'adoption d'une technique pour aller au devant de ces risques à savoir la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) encore appelé délivrance active.

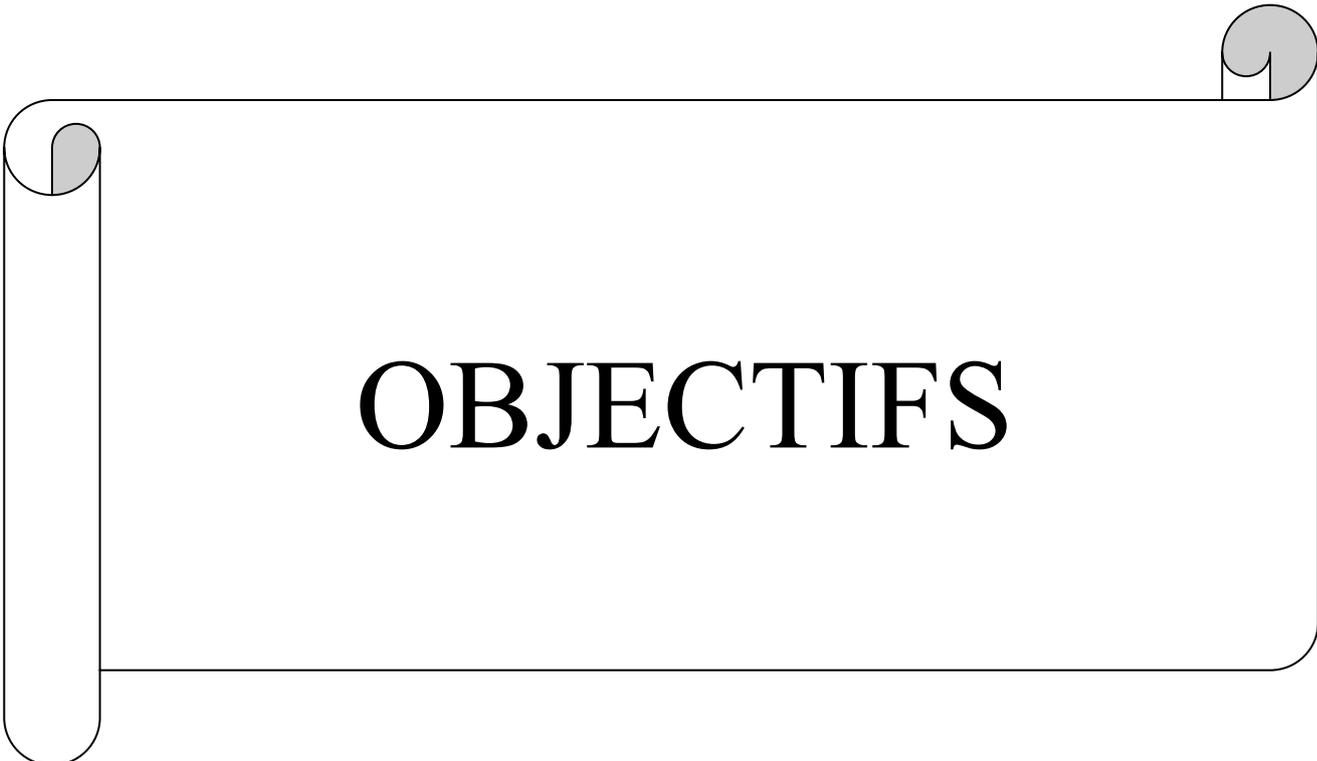
Lors du troisième stade du travail les muscles de l'utérus se contractent et le placenta comment à se détacher de la paroi utérine.

La quantité de sang perdu dépend de la rapidité avec laquelle se fait la délivrance. Le troisième stade dure généralement 5 à 15 minutes après 30 à 45 minutes selon la littérature [35] le troisième stade du travail est considéré comme prolongé.

La gestion active du troisième stade vise à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines avec les ocytociques et à prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Des essais ont été réalisés à travers le monde dont : au Bénin , en Irlande , en Arabie saoudite et en Angleterre avec des combinaisons d'ocytociques , ont conclu que la gestion active du troisième stade du travail permet de lutter contre l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine [2,34].

A ce jour au Mali aucune étude n'a été faite sur la délivrance active d'où l'intérêt d'initier ce travail intitulé : délivrance active ou gestion active de la troisième période de l'accouchement.



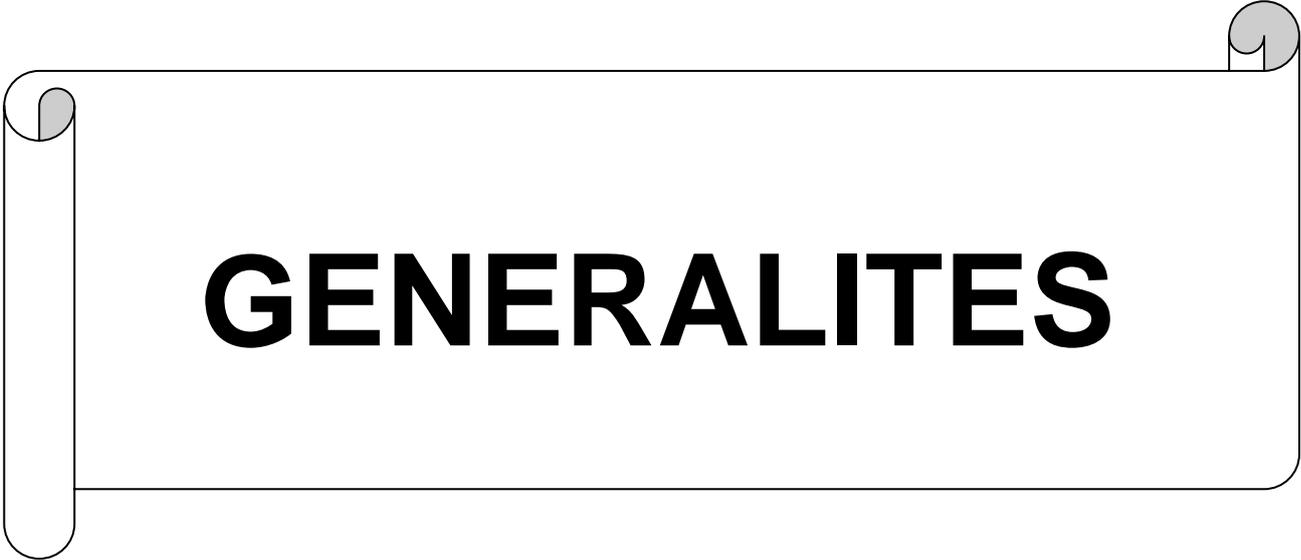
OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier la délivrance active dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la délivrance active ;
- Décrire le profil des femmes qui en bénéficient
- Déterminer le résultat en terme de perte sanguine
- Etablir le pronostic maternel



GENERALITES

II- GENERALITES

PLAN :

1. Rappels Anatomiques
2. Physiologie de la délivrance
 - 2-1. Les différentes étapes
 - 2-2 Examen du placenta
3. Description des techniques de délivrance
4. Facteurs de risque d'hémorragie
5. Complications de la délivrance
6. Traitement de complications de la délivrance

1 RAPPEL ANATOMIQUE

L'utérus gravide est un muscle creux 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. Ce muscle subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide du troisième trimestre comprend trois parties : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

1-1 Le corps utérin

Il est ovoïde à grand axe longitudinal et à grosse extrémité supérieure.

C'est l'organe moteur au cours de l'accouchement. D'abord pelvien, il se redresse et remonte refoulant les organes abdominaux. Il s'hypertrophie et augmente sa contenance pour répondre aux besoins de la grossesse.

Ses dimensions sont :

- la hauteur : 31-34 cm
- la largeur : 22 cm
- l'épaisseur : 4-10 mm
- le poids : 900 – 1200 g
- la Capacité : 4 à 5 l à terme [30]

Après l'accouchement, l'utérus se rétracte et devient plus épaisse : 2-3 cm d'épaisseur

1-2 Le segment inférieur

C'est une unité anatomique particulière à l'utérus gravide ; plus facile à reconnaître en fin de grossesse. Selon P. KAMINA, sa limite supérieure correspond à la zone de brusque changement d'épaisseur de la paroi utérine. Sa paroi est plus mince que le corps utérin. Il est amplifié par la

présentation. Cette ampliation réalise la sacculation de DEPAUL qui peut être pris à tort comme la poche des eaux et être rompu accidentellement lors des ruptures artificielles de membranes.

Les différentes dimensions sont :

- la hauteur : 7-10 cm
- la largeur : 9-12 cm
- et l'épaisseur : 3-5 mm

1-3 Le col

Au cours de la grossesse, le col se ramollit, se porte en haut et en arrière. Il est cylindrique et mesure 2,5 cm de haut et de large. Pendant le travail, les contractions utérines entraînent un effacement et une dilatation, il se confond alors au segment inférieur pour constituer le canal utero- segmento- vaginal. Chez la primipare, l'effacement se fait avant la dilatation. Chez la multipare, les deux phénomènes se déroulent simultanément. [30].

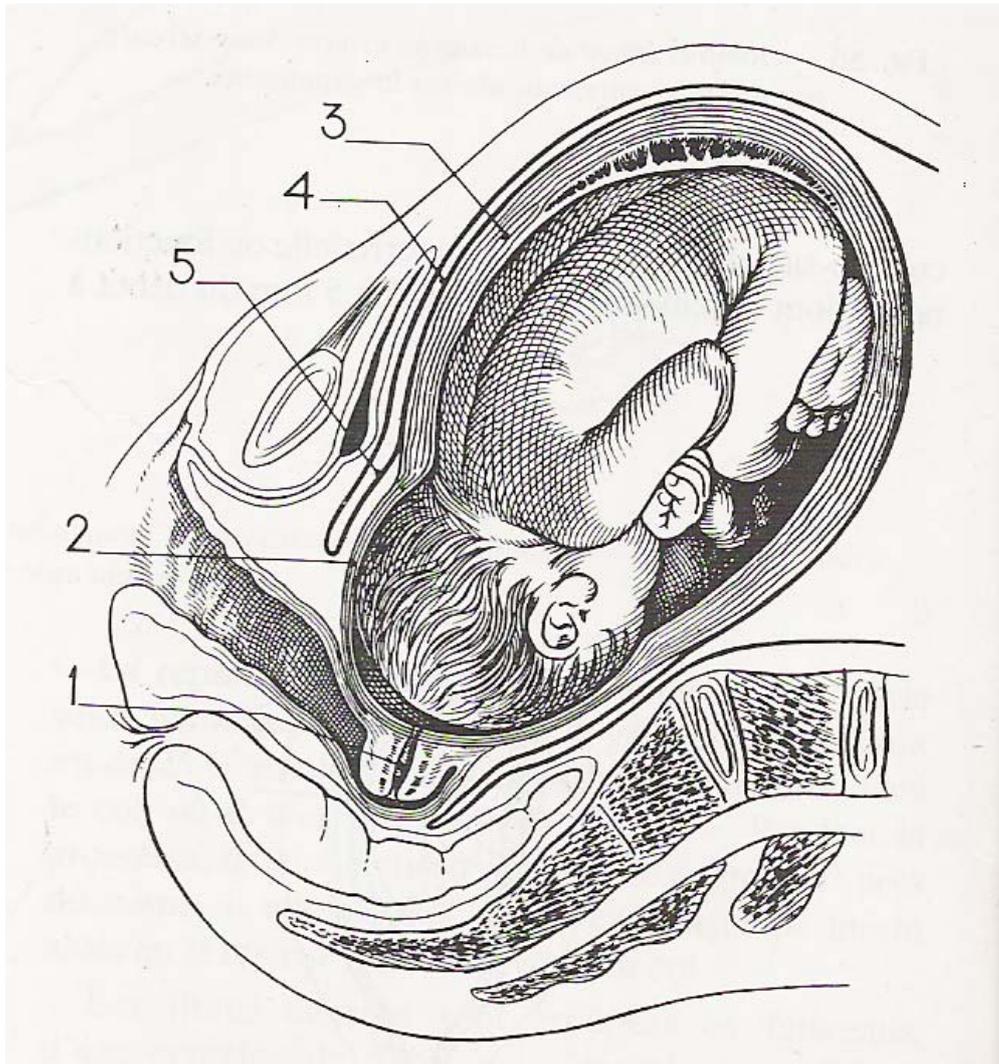


Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide. In Merger [30]

1 : Le col ; 2 : Le segment inférieur ; 3 : le corps utérin ; 4 : le péritoine adhérent ; 5 : le péritoine décollable.

1-4 Structure de l'utérus gravide

1-4-1 la séreuse s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle utérin

1-4-2 la musculieuse est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu.

L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans. Ceux-ci sont répartis en

deux assises (externe et interne) qui forment la partie contractile de l'organe, entre lesquelles existe une couche plus épaisse de fibres entrecroisées, la couche plexiforme. [30]

Celle-ci enserme de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive.

Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine.

1-4-3 La muqueuse se transforme en caduque ou déciduale qui s'individualise en trois couches qui sont :

- la basale ou inter utéro- placentaire, zone d'insertion placentaire
- l'ovulaire, recouvre l'œuf dans sa partie libre non adhérente
- la pariétale répond au reste de la face interne de l'utérus en dehors de la zone d'insertion placentaire .

Les deux derniers s'accolent en fin de grossesse.

1-5 La vascularisation :

Les artères sont des branches de l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique. Elles sont flexueuses anastomosées entre elles de chaque côté. Dans l'épaisseur du corps utérin, elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche plexiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Les veines considérablement développées forment de gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporeales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme, soumises à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

Les lymphatiques nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux muqueux, musculaire et sous séreux qui communiquent entre eux.

Cette vascularisation assure le contact avec le placenta qui a un rôle d'échanges entre la mère et le fœtus.

Le flux sanguin est de 600ml par minute entre la mère et le fœtus à travers le placenta. Il assure les échanges d'eau, de sels minéraux, de protéines, de glucides, de lipides, de vitamines et de métabolites éliminés par le fœtus.

2 PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE

C'est l'ensemble des phénomènes qui amènent à la vacuité utérine après la naissance du fœtus.

2-1 Les différentes étapes sont :

- le décollement placentaire
- l'expulsion du placenta
- l'hémostase

▪ Décollement placentaire : après l'expulsion du fœtus, l'utérus subit une rétraction passive épargnant la zone d'insertion placentaire. Ceci a pour effet de décoller les villosités des cotylédons qui s'amarrent encore à la caduque. C'est une phase de rémission clinique qui peut durer 10 à 15 minutes en moyenne.

▪ Expulsion du placenta : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin ; les membranes sont entraînées à leur tour. Il peut sortir par la face fœtale (mode BEAUDELOCQUE) ou par sa face maternelle (mode DUNCAN). La quantité de sang perdu lors de cette phase est d'environ 300cc et est dite pertes physiologiques. Au-delà de 500cc on parle d'hémorragie de la délivrance.

▪ Hémostase : les vaisseaux sont étreints par la contraction utérine constituant la ligature vivante de Pinard qui réalise le globe de rassurant de l'accoucheur.

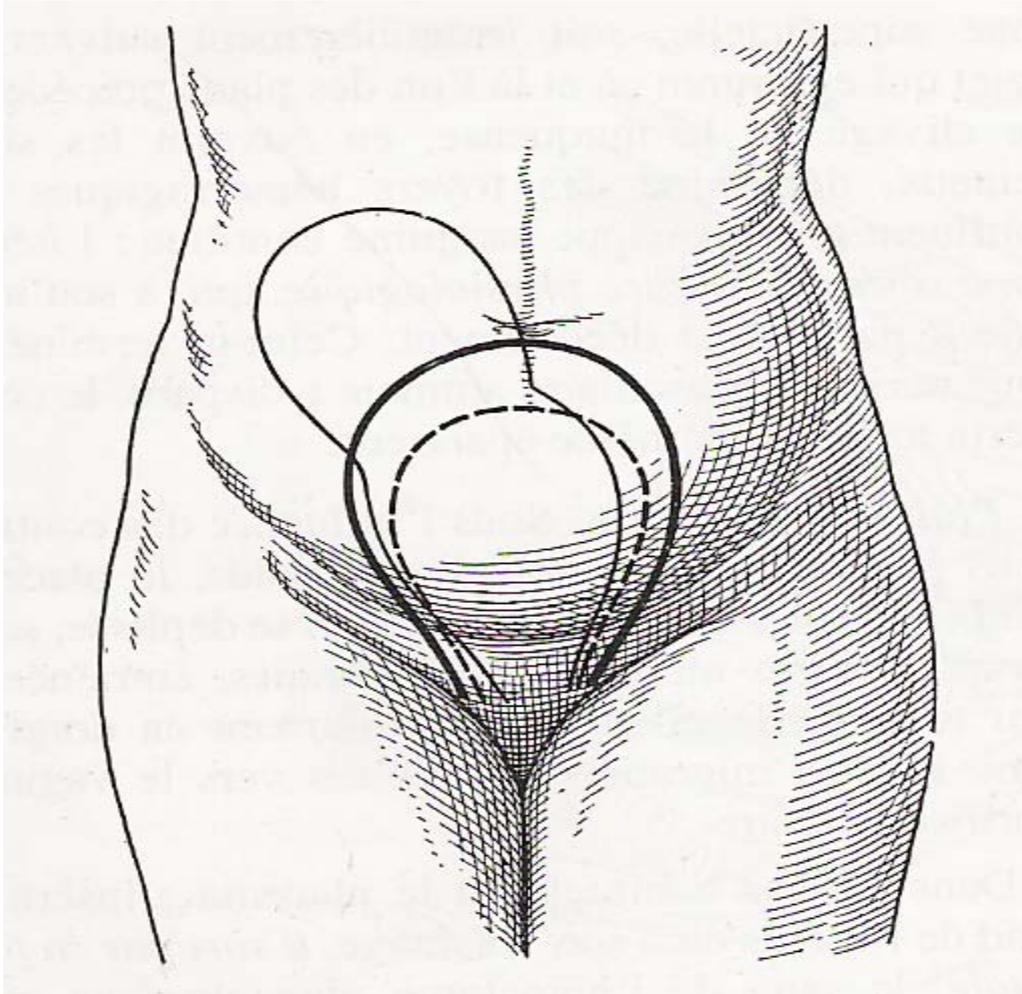


Figure 2 : Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance in Merger [30] :

- en trait gras : le placenta n'est pas décollé
- en trait plein délié : le placenta décollé est dans le segment
- en pointillé : globe de sécurité après évacuation du placenta

2-2 Examen du placenta

Cet examen nécessaire renseigne sur l'intégrité du placenta et des membranes, et sur les anomalies possibles. Le placenta est débarrassé des caillots qui le recouvrent. On examine la face fœtale : l'insertion du cordon, puis on met une main dans les membranes qu'on déploie en écartant les doigts. Les membranes doivent être libres de tout vaisseau. La face maternelle est régulière, les cotylédons se juxtaposent sans

solution de continuité. Une dépression doit faire suspecter une rétention placentaire partielle et impose une révision utérine [4, 30]

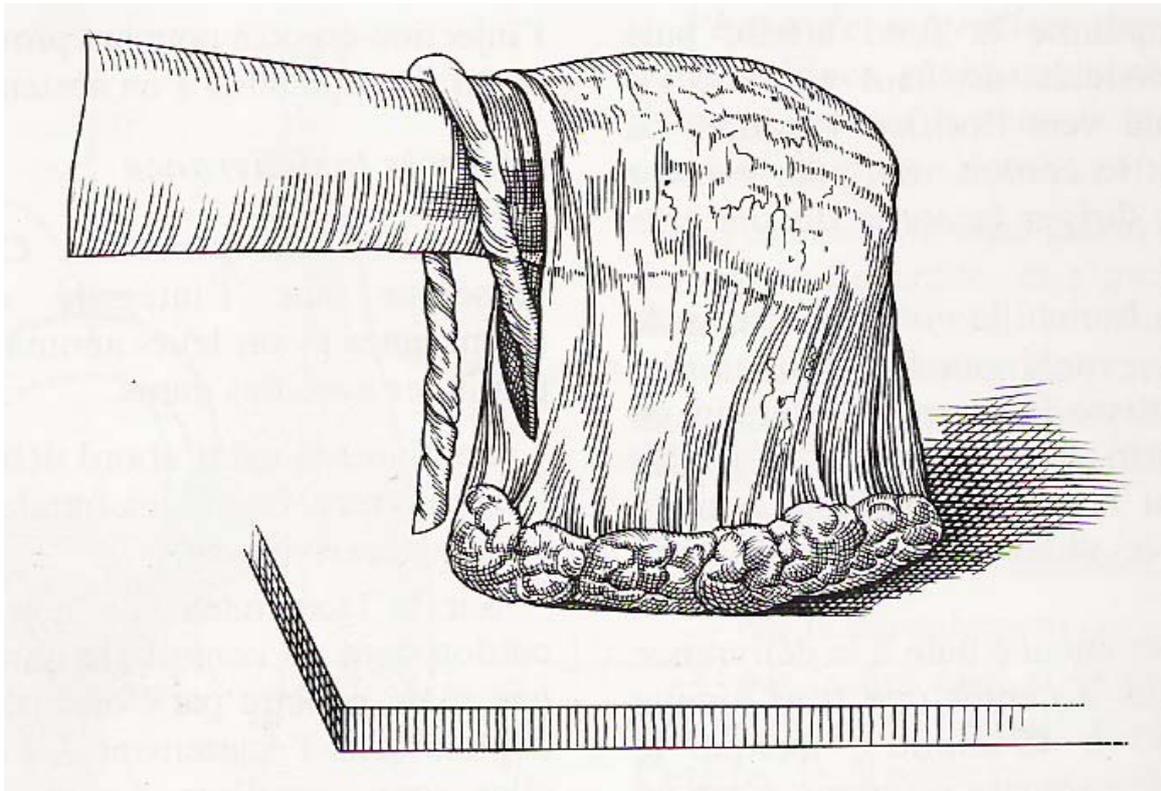


Figure 3 : Examen du placenta et des membranes. In Merger [30]

3-DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE DELIVRANCE

3-1 la délivrance naturelle : les trois phénomènes se déroulent sans intervention extérieure :

- décollement placentaire
- expulsion du placenta
- hémostase

C'est l'expectative qui peut durer 45 mn

3-2 Délivrance dirigée : c'est l'injection d'ocytociques après la sortie de l'épaule dans les présentations de sommet qui vise à raccourcir la période de la délivrance dans le but de limiter les pertes sanguines. Dans le choix de l'ocytocine, on administre 10 unités dans 500cc de

sérum glucosé à 5% en perfusion lente à la vitesse de 08 à 16 gouttes par minutes à moduler en fonction du décollement placentaire [4]

3-3 La gestion active de la troisième période de l'accouchement : GATPA [4, 21,22]

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement permet une rapide délivrance du placenta, une 3^{ème} période plus courte, et diminue la perte de sang. Il réduirait donc les hémorragies du post- partum.

La prise en charge active de la 3^{ème} période de l'accouchement aide à prévenir une hémorragie du post-partum. Elle consiste à administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'expulsion du fœtus.

- exercer une tension mesurée sur le cordon ;
- masser l'utérus

Les étapes sont :

3-3-1-L'administration d'Ocytociques : dans la minute qui suit l'expulsion du fœtus, il faut palper l'abdomen de la femme pour écarter l'éventualité d'un autre fœtus et administrer des utérotoniques. Le choix a porté sur l'ocytocine parce qu'elle agit rapidement (en 2 à 3minutes) n'a pas de contre-indication, que ses effets secondaires sont minimes et que son coût est moindre par rapport aux autres ocytociques selon une étude de l'OMS [46]. Elle s'administre par voie intramusculaire à la dose de 10 unités d'ocytocine. Les autres utérotoniques (Ergométrine, Méthyl-ergométrine et Misoprostol) ont présenté des effets secondaires et sont contre-indiqués chez les patientes ayant des antécédents d'hypertension et ou de cardiopathie.

Tableau I : Comparatif des utérotoniques [2]

Ocytociques	Action	Délai	Durée
Ocytocine	Provoque la contraction de l'utérus	2,5mn (IM)	2-3 heure
Ergométrine	Provoque la contraction de l'utérus	6-7 mn (IM)	2-4 heure
Syntométrine	Provoque la contraction de l'utérus	Effets combinés de l'ocytocine et de l'ergométrine	
Misoprostol	Provoque la contraction de l'utérus	12- 15 mn (voie orale)	20 mn

Tableau II : Contre-indications des utérotoniques

Ocytocine	Aucune
Ergométrine	HTA, troubles cardiaques, drépanocytose, hémoglobinopathies
Syntométrine	Identique à l'ergométrine
Misoprostol	Asthme pour l'administration IV, allergies aux prostaglandines

Condition de conservation des utérotoniques

Tableau III : Stabilité des ocytociques dans les climats tropicaux : résultats [6, 19, 24, 28, 29, 46]

Condition de stimulation	Ergométrine / méthylergométrine	Ocytocine
Réfrigération pendant 12 mois	A perdu 4-5% d'ingrédients actifs	Pas de perte
30° C, sombre	A perdu 25%	A perdu 14%
21-25° C, lumière	A perdu 21% -27% en un mois >90% en 12 mois	A perdu 5%
40° C, sombre	A perdu > 50%	A perdu 80%

L'ocytocine a une meilleure stabilité que l'Ergométrine Méthyl-ergométrine surtout en ce qui concerne la lumière ; possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves périodes (1mois à 30° C ,2 semaines à 40° C), C' est le médicament de choix mais à défaut la syntométrine ou l'ergométrine peut être utilisée ;le misoprostol administré par voie rectale a des avantages ;en attente d'études le confirmant [6,8]

Tableau IV : Effets secondaires

Ocytocine	Pas d'effets secondaires
Ergométrine	HTA, vomissements, céphalées
Syntométrine	HTA, nausées, vomissements
Misoprostol	sédation, tremblements, convulsions, dyspnée, fièvre, palpitations, hypotension, bradycardie

3-3-2-La tension mesurée sur le cordon :

- Clamper le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince d'une main. Exercer une tension contrôlée sur le cordon.
- La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine.

Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

- Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exercer la tension et clamper plus près du périnée si nécessaire.
- Renouveler la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus-pubienne à la faveur d'une autre contraction.
- Tirer doucement sur le placenta pour extraire les membranes.

3-3-3-Masser l'utérus à travers la paroi abdominale jusqu'à obtenir une bonne rétraction de l'utérus.

- Renouveler toutes les 15 minutes pendant 2heures
- Mettre le nouveau né aussitôt au sein pour que l'ocytocine produite pendant l'accouchement permette à l'utérus de rester contracter.

3-3-4-Vérifier le saignement vaginal et examiner le périnée.

- Vider la vessie,
- Vérifier le nombre de vaisseaux au niveau du cordon : 2artères et une veine
- Vérifier que les membranes sont complètes.
- Faire un examen du placenta.

4 –FACTEURS DE RISQUE DE L'HPP [2, 4]**Tableau V : Facteurs de risque d'HPP**

	Processus étiologique	Facteurs de risque cliniques
Anomalies des contractions utérines	-surdistension utérine	- polyhydramnios -grossesse multiple -macrosomie
	Epuisement musculaire utérin	-travail rapide -travail prolongé -grande multiparité
	Infection intra-amniotique	-fièvre -rupture de membranes prolongée
	-distorsion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus	-utérus fibreux -placenta praevia anomalies utérines
Rétention de produits de la conception	-produits non éliminés -placenta anormal -rétention de cotylédon -placenta incomplet	-chirurgie utérine antérieure -grande multiparité -placenta anormal à l'ultrason
	-caillots de sang non éliminés	-inertie utérine
Traumatisme du tractus génital	-lacération du col, du vagin ou du périnée	-délivrance abrupte -délivrance chirurgicale
	-extensions ou lacérations de la césarienne	-déviation utérine -engagement profond

	-rupture utérine	-Chirurgie utérine antérieure
	-inversion utérine	-grande multiparité -placenta fundique
Anomalies de la coagulation	-conditions préexistantes -hémophilie A	-coagulopathies héréditaires -antécédents de maladie du foie
	-acquises durant la grossesse --thrombopénie avec pré-eclampsie --CIVD °pré-éclampsie °foetus mort <i>in utero</i> °infection grave °décollement placentaire °embolie de liquide amniotique	-ecchymose -tension artérielle élevée -mort du fœtus -fièvre, nombre de globules blancs -hémorragie antépartum -collapsus soudain
	-anti-coagulation thérapeutique	-antécédents de caillots de sang

5-COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

Les complications de la délivrance sont :

5-1- Les hémorragies de la délivrance : ce sont des pertes sanguines ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (supérieure ou égale à 500 ml) et leurs effets sur l'état général[4, 7, 21].

5-2 -Les autres hémorragies du post partum immédiat :

Les lésions génitales traumatiques : déchirures du vagin, du col de l'utérus, la rupture utérine

Les déchirures du col : elles peuvent être simples ou propagées au segment inférieur ; elles sont reconnues par l'examen sous valves.

L'intégrité du col doit être vérifiée en cas d'hémorragie de la délivrance et après toute extraction instrumentale.

Les hématomes péri génitaux : au nombre de trois : hématome vulvaire, hématome vaginal, hématome du segment

5-3- L'inversion utérine : c'est l'invagination en doigt de gant de

l'utérus. Elle est souvent due à une traction intempestive sur le cordon.

Le placenta increta accreta ou percreta favorise cette situation de même que l'inertie utérine.

L'inversion est décrite en quatre degrés [30] :

-1^{er} degré fond utérin est simplement déprimé en cupule

-2^e degré utérus retourné franchit le col ;

-3^e degré il descend dans le vagin et s'extériorise

-4^e degré les parois vaginales participent au retournement

5-4- Les pathologies de l'hémostase : préexistantes ou acquises au cours de la grossesse

Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée : le sang s'échappe par le vagin.

L'hémorragie peut ne pas être extériorisée : elle est évoquée devant le retard de la délivrance, une pâleur des conjonctives une hypotension, une tachycardie voire un coma. Un utérus mou ou mal rétracté est également le signe d'une hémorragie de la délivrance

- La rétention placentaire : totale ou partielle

6. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

6-1 La délivrance artificielle : l'indication est posée en cas de rétention partielle ou totale du placenta. Si la délivrance n'est pas effectuée après 30 minutes, ou s'il y a une hémorragie.

6-2 L'examen sous valves : il permet de vérifier l'intégrité de la paroi vaginale, des lèvres et des culs-de-sac. Il est pratiqué devant un saignement persistant après la révision utérine.

6-3 La réduction de l'inversion utérine : l'inversion utérine est l'invagination en doigt de gant de l'utérus. On procède à une réduction manuelle avec le poing fermé après décollement du placenta. En cas d'échec, on réalise une réduction par voie abdominale.

6-4 L'administration des ocytociques il permet d'obtenir une contraction de l'utérus dans le but d'avoir une rétraction satisfaisante [2, 3, 4, 18].

L'ocytocine peut être administrée par voie intraveineuse, par voie intramusculaire et en intramural dans le muscle utérin

L'ergométrine et la syntométrine sont utilisées avec précaution (8)

L'administration des prostaglandines : Cytotec=Misoprostol est administré en intra rectal [3, 17, 33, 45]

6-5 La transfusion de sang et dérivés : elle est indiquée en cas de choc hémorragique ou de troubles de l'hémostase : Ce sont :

- le sang total
- le plasma frais congelé

6-6 Le traitement des lésions traumatiques

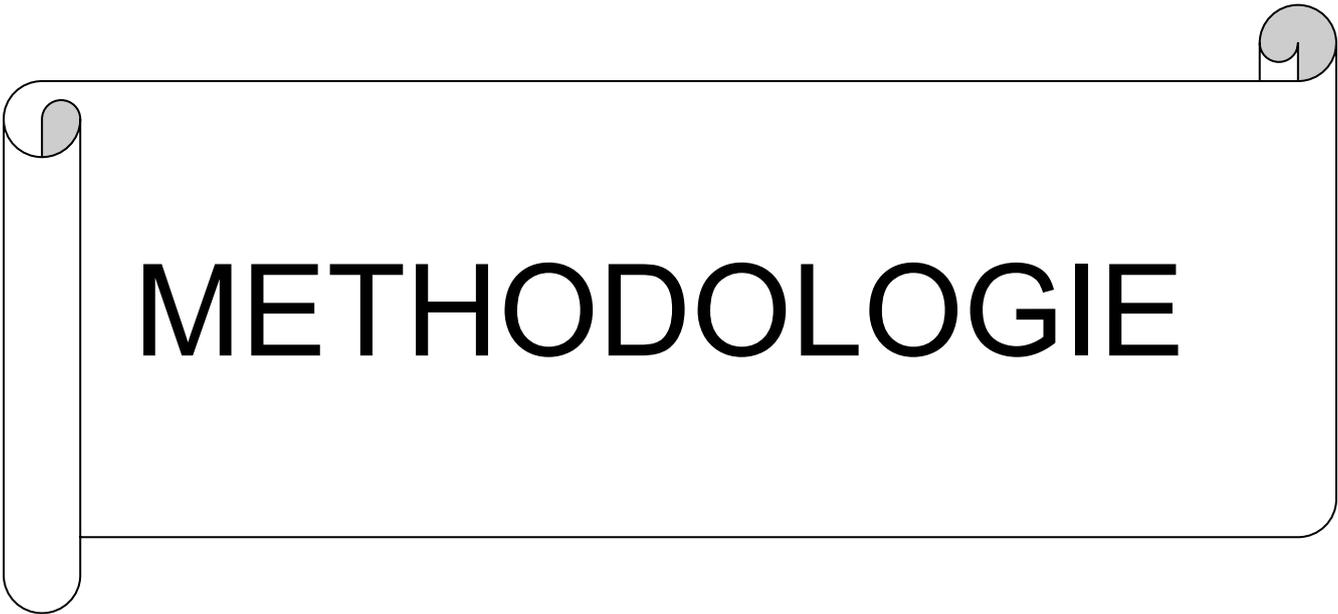
6-6-1 La rupture utérine : peut survenir au cours du travail d'accouchement sur un utérus fragilisé ; ou au cours des manœuvres obstétricales d'extraction du fœtus.Elle est suspectée devant une atonie utérine. Il impose une laparotomie pour hystérorraphie ou pour faire une hystérectomie selon la gravité.

6-6-2 Les déchirures du col : reconnues par l'examen sous valves, et qui doivent être suturées.

6-6-3 Les hématomes péri génitaux : On pratique une incision et une vidange sans curage de la poche ; tamponnement ou méchage ,la mèche étant laissée en place 24 heures au besoin.

6-7 Les mesures chirurgicales : il existe des techniques conservatrices et des techniques radicales

- La ligature des vaisseaux utérins : c'est une technique conservatrice. On procède à une dévascularisation des vaisseaux utérins unilatérale puis bilatérale en cas de nécessité.
- La ligatures des artères iliaques internes : la ligature est effectuée à environ 2,5 cm en aval de la bifurcation des artères iliaques interne et externe. C'est une technique mal aisée et doit être effectuée par un chirurgien averti [43].
- La technique de TSIRULNIKOV : on réalise un triple ligature des ligaments ronds, des artères utérines, des ligaments utéro-ovariens. Ceci crée une hémostase anoxique mais est sans effets sur les hémorragies du segment inférieur [44]
- L'hystérectomie d'hémostase : c'est une technique radicale qui est souvent le dernier recours. Elle peut être subtotale ou totale qui emporte le col [42].



METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Cet établissement, d'abord dispensaire central jusqu'en 1956, fut érigé en hôpital et baptisé GABRIEL TOURE en hommage à un étudiant de médecine décédé lors d'une épidémie de charbon à Dakar.

Deuxième hôpital national après celui du point «G », il est composé de plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le bureau des entrées ;
- Le réfectoire ;
- Le service des urgences Medico-Chirurgicales
- L'anesthésie réanimation ;
- La pédiatrie ;
- Le laboratoire ;
- Le service de gynécologie- obstétrique ;
- L'imagerie médicale ;
- L'hépto- gastro- entérologie ;
- La cardiologie ;
- La diabétologie ;
- La médecine interne ;
- les Box des consultations externes (Gynécologie- obstétrique, Médecine, Chirurgie) ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie »ORL » ;
- La traumatologie et Orthopédie ;
- La kinésithérapie ;
- L'urologie ;
- La chirurgie générale et infantile

Le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré est un bâtiment à deux niveaux comportant 42 lits répartis entre 13

Salles d'hospitalisation.

- Au rez-de-chaussée, on y trouve :

- 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
- 1 salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement ;
- 1 salle de prise en charge du nouveau né ;
- 1 salle d'attente et des suites de couche immédiates avec deux lits ;

- 1salle de garde pour les sages femmes ;
- 1 bloc opératoire d'urgence ;
- 1 salle de garde pour l'aide du Bloc ;
- 1 toilette externe pour les sages femmes ;
- 1 bureau pour la sage femme maîtresse ;
- 1 salle de soins infirmiers ;
- 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
- 1 bureau pour les déclarations de naissances ;
- 1 salle des internes ;
- 1 toilette pour les internes ;
- 1 toilette pour les infirmières ;
- 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D et E :

*Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,

*Les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune.

- **A l'étage**, on y trouve :

- 1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat
- 1 salle de garde pour les anesthésistes ;
- 1 bloc" Opératoire à froid" avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;

- 2 grandes salles d'hospitalisation A et B qui contiennent 12 lits chacune ;
- 6 salles uniques dont trois avec toilette interne (H, I, J) et trois sans toilette interne (C, D, F) ;
- 2 toilettes externes pour les salles C, D et F
- 1 salle de garde pour le gynécologue ;

Le personnel comprend :

- 1 professeur titulaire de gynécologie- obstétrique qui est le chef de service ;
- 10 gynécologues- obstétriciens dont un maître de conférence, un assistant chef de clinique ;
- 4 médecins en spécialisations de chirurgie ;
- 6 médecins en spécialisations de gynécologie obstétrique
- 26 étudiants faisant fonctions d'interne ;
- Une secrétaire ;
- Les sages-femmes de l'hospitalisation, de boxes de consultation externe et celui du bloc à froid ;
- La sage –femme maîtresse ;
- 23 sages-femmes ;
- L'infirmier chargé des pansements et 5 infirmières ;
- 3 aides de bloc opératoire ;
- L'anesthésiste de garde ;
- 4 aides - soignantes ;
- 5 manoeuvres ;

Le fonctionnement du service de gynéco- obstétrique :

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne quatre jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne

vingt-quatre heures sur vingt quatre heures. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues- obstétriciens quatre jours par semaines du lundi au jeudi.

Le vendredi est réservé surtout au dépistage des dysplasies du col de l'utérus et la consultation pré natale des grossesses à risque.

Une réunion se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les assistants. La visite générale est effectuée par le professeur tous les jeudis. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un gynécologue –obstétricien comme chef d'équipe

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-temoin dont un cas pour deux témoins

3. PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est étendue sur six mois allant de janvier 2005 à juin 2005

4. POPULATION D'ETUDE

L'étude a concerné les femmes enceintes reçues en salle d'accouchement pour travail d'accouchement et ayant accouché par voie basse. Elles ont bénéficié de la délivrance active pour les cas et de la délivrance naturelle pour les témoins.

5. ECHANTILLONNAGE

5.1 Critères d'inclusion

- **Cas** : Sont inclus dans notre étude tous les cas d'accouchement par voie basse et qui n'ont pas été césarisés. Il s'agit des femmes enceintes ayant accouché dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT qui ont bénéficié de la délivrance active et qui ont été hospitalisées pendant au moins 24 heures..

Elles devraient avoir une grossesse d'au moins 28 semaines d'aménorrhée.

- **Témoins** : La délivrance active étant systématique dans le service nous avons choisi comme témoins les femmes ayant accouché juste avant le début d'application de la délivrance active et qui ont bénéficié de la délivrance naturelle. Elles devraient avoir le même âge et la même parité que les cas.

5.2 Critères de non-inclusion

Nous n'avons pas retenu dans cette étude :

- les termes en deçà de 28 semaines d'aménorrhée.
- les femmes référées pour rétention d'œuf, pour rétention placentaire totale ou partielle.
- Les cas d'hémorragies de la délivrance reçues en évacuation.
- Les patientes césarisées.
- Les cas d'accouchement à domicile.
- Les femmes qui n'ont pas été hospitalisées pendant au moins 24 heures.

5.3 Technique d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage systématique portant sur les cas de délivrance active pendant la période d'étude et de délivrance naturelle

Nous avons réalisé un échantillonnage systématique. Toutes les parturientes admises ayant bénéficiées de la délivrance active pour les cas et de la délivrance naturelle pour les témoins.

5.4 Taille minimum de l'échantillon

La taille minimum nécessaire pour assurer la représentativité statistique de l'échantillon a été calculée par la formule : $n = \frac{(\epsilon\alpha)^2 pq}{l^2}$

$$\epsilon\alpha = 2 \quad p=0,035 \quad q=1-p=1-0,035=0,965 \quad l=0,05$$

$$n = 4 \times 0,035 \times 0,965 / 0,0025 = 54,05$$

La taille minimum de l'échantillon est de 54,05 cas

La taille de notre échantillon a été de 150 cas

6. COLLECTE DES DONNEES

6.1 Sources de données :

La source de nos données a été :

- le registre de statistique ;
- la fiche individuelle servant de questionnaire ;
- les dossiers d'accouchement ;

6.2 Technique de collecte

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

7-DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée à l'aide d'un questionnaire de 58 questions pour les cas et les témoins à la maternité.

8. VARIABLES :

Les variables étudiées sont :

- Fréquence de la délivrance active
- Age,
- Parité ,
- Profession ,
- Mode d'admission ,
- Antécédents chirurgicaux,
- Statut matrimonial
- Terme de la grossesse,
- Etat des conjonctives ,
- Température corporelle ,
- Hauteur utérine ,
- BDCF ,
- Etat du col ,

- Présentation du foetus ,
- Etat du bassin ,
- Etat des membranes ,
- Facteurs de Risque d'Hémorragie
- Voie d'accouchement,
- Mode de délivrance ,
- Durée de la délivrance ,
- Durée totale du travail ,
- Médicament pendant la délivrance ,
- Pronostic de l'accouchement
- Tension artérielle,
- Pouls ,
- Saignement vulvaire ,
- Rétraction utérine ,
 - Etiologie de l'Hémorragie de la délivrance,
 - Traitement dans les suites de couche ,
- Le pronostic maternel

9-ANALYSE DES DONNES

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04 d / r. P et OR (IC) ont servi de tests statistiques pour étudier les liaisons statistiques.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%

RESULTATS

1- Fréquence de la délivrance active

Tableau VI : Répartition des femmes selon la fréquence de la délivrance active

Mois	Nbre accht	Délivrance active	Frequence
Janvier	178	109	61,24
Février	216	144	66,67
Mars	235	160	68,09
Avril	229	144	62,89
Mai	262	170	64,89
Juin	255	170	66,67

La fréquence la plus élevée a été observée en Mars (68,09%) et la plus basse en Janvier (61,24%).

2 –Profil socio-démographique :

Tableau VII : Répartition des femmes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
15-17	11	7.3	22	7.3
18-25	64	42.7	128	42.7
26-35	60	40.0	120	40.0
36-39	12	8.0	24	8.0
40-41	3	2.0	6	2.0
Total	150	100	300	100

La moyenne d'âge est de 25,95 ans avec des extrêmes de 15 à 41ans pour les cas et les témoins .

L'échantillon a été dominé par la tranche d'âge de 18-35 ans c'est la période de fécondité intense

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Primipare	41	27,3	82	27,3
Paucipare	75	50,0	150	50,0
Multipare	18	12,0	36	12,0
Grande multipare	16	10,7	32	10,7
	150	100	300	100

Primipare=1 ; Paucipares=2-3 ; Multipare=4-5-6 ; Grande multipare=> 6

La parité moyenne a été de 3,19 avec des extrêmes de 1-10 pour les cas et les témoins.

Les Paucipares ont dominé l'échantillon avec 50% des cas et 50% des témoins.

Tableau IX : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
Menagere	96	64.0	201	67.0
Fonctionnaire	9	6.0	23	7.7
Elève/Etudiante	19	12.7	30	10.0
Commerçante	10	6.7	7	2.3
Autres	15	10.0	26	8.7
Sans profession	1	0.7	13	4.3

Total	150	100	300	100
-------	-----	-----	-----	-----

Les ménagères ont dominé notre échantillon avec 64% des cas et 67% des témoins

Tableau X : Répartition des femmes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff.	%	Eff.	%		
Venue d'elle-même	108	72.0	255	85.0	0,0009	0,45(0,27-0,75)
Referee	28	18.7	25	8.3	0,001	2,52(1,36-4,69)
Evacuee	14	9.3	20	6.7	0,312	1,44(0,67-3,10)
Total	150	100	300	100		

La majorité des femmes étaient venue d'elle-même soit 72% des cas et 85% des témoins.

Tableau XI : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff.	%	Eff.	%		
Césarienne	8	5.3	17	5.7	0,884	0,94(0,36-2,37)
Myomectomie	2	1.3	1	0.3	-	-
Cerclage	-	-	4	1.4	-	-
Appendicec.	4	2.7	1	0.3	-	-
Pas ATCD	136	90.7	277	92.3	-	-
Total	150	100	300	100		

Les antécédents chirurgicaux sont moins riches car il s'agit des accouchements par voie basse ; la césarienne a représenté 5,3%

Tableau XII : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff.	%	Eff.	%		
Mariée	129	86.0	260	86.7	0,845	0,95(0,52 -1,74)
Célibataire	20	13.3	40	13.7	1,00	1,00(0,54 -1,84)
Veuve	1	0.7	-	-	-	-
Total	150	100	300	100		

Les femmes étaient mariées dans 86% des cas et 86,7% des témoins

Tableau XIII : Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatale (CPN)

CPN	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
Oui	138	92.0	248	82.7
Non	12	8.0	52	17.3
Total	150	100	300	100

P= 0,007

OR (IC) =2,41 (1,20 - 4,94)

8% des cas et 17,3% des témoins n'étaient pas suivies

3- Examen clinique à l'admission

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
Terme	124	82.7	248	82.7
Pré-terme	26	17.3	52	17.3
Total	150	100	300	100

P=1, 00

OR (IC) =1, 00(0, 58-1, 73)

Pré-terme = <38SA; Terme =38-42 SA et Post -terme ≥42SA

17,3% des cas et 17,3% des témoins ont été reçu avec la grossesse non à terme

Tableau XV : Répartition des femmes selon la coloration des conjonctives avant l'accouchement

Coloration des conjonctives	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
Colorées	146	97.3	296	98.7
Pales	4	2.7	4	1.3
Total	150	100	300	100

P=0,257 OR (IC) =0, 49(0, 10-2, 38)

2,7% des cas et 1,3% des témoins avaient les conjonctives pales c'est à dire une anémie clinique avant l'accouchement

Tableau XVI : Répartition des femmes selon la température corporelle avant l'accouchement

Température corporelle (°c)	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff.	%	Eff.	%		
35-36.4	36	24.0	75	25.0	0,816	0,95(0,58-1,53)
36.5-37.5	100	66.7	211	70.3	0,427	0,84(0,54-1,31)
37.6-37.9	8	5.3	6	2.0	0,054	2,76(0,85-9,15)
38-40	6	4.0	8	2.7	0,442	1,52(0,46-4,95)
Total	150	100	300	100		

4% des cas et 2,7% des témoins avaient une hyperthermie en rapport avec soit le Paludisme ou l'infection urinaire

Tableau XVII : Répartition des femmes selon la hauteur utérine à l'admission

HU (cm)	Cas		Témoins	
	Off.	%	Eff.	%
21-31	53	35.3	106	35.3
32-35	84	56.0	168	56.0
≥36	13	8.7	26	8.7
Total	150	100	300	100

La hauteur utérine était normale dans 56% des cas et 56% des témoins

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon le bruit du cœur fœtal à l'admission

BDCF (mn)	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
< 100	-	-	3	1.0
100-120	2	1.3	6	2.0
120-160	135	90.0	255	85.0
160-180	3	2.0	9	3.0
Absent	10	6.7	27	9.0
Total	150	100	300	100

Le rythme était bon dans 90% des cas et 85% des témoins (120-1600)

Tableau XIX : Répartition des femmes selon le degré d'ouverture à l'admission

Dilatation du col (Cm)	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Complète (=10)	23	15.3	70	23.3
Incomplète (<10)	127	84.7	230	76.7
Total	150	100	300	100

P=0,048

OR (IC)=0,60(0,34-1,03)

84,7% des cas et 76,7% des témoins avaient un col complètement dilaté

Tableau XX: Répartition des femmes selon la présentation du fœtus à l'admission

Présentation	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Céphalique	136	90.7	278	92.7
Siège	14	9.3	22	7,3
Total	150	100	300	100

$P=0,460$

OR (IC) = 0,77(0,36-1,64)

90,7% des cas et 92,7% des témoins avaient une présentation céphalique à l'admission

Tableau XXI : Répartition des femmes selon l'état du bassin à l'admission

Etat du bassin	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Normal	131	87.3	285	95.0
Limite	19	12.7	15	5
Total	150	100	300	100

$P=0,003$

OR (IC)=0,36(0,17-0,78)

87,3% des cas et 95% des témoins avaient un bassin normal c'est à dire compatible avec un accouchement par voie basse

Tableau XXII : Répartition des femmes selon l'état des membranes à l'admission

Etat des membranes	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Membranes Intactes	96	64.0	176	58.7
Membranes Rompues	54	36	124	41.3
Total	150	100	300	100

P=0,275

OR (IC) =1, 25(0, 82-1, 92)

Nous avons enregistré 12,7% de cas et de témoins de rupture prématurée des membranes

Tableau XXIII: Répartition des femmes selon les facteurs de risque d'hémorragie

Facteurs de risque d'hémorragie	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
HRP	5	12,82	6	8,11
Eclampsie	-	-	1	1,35
PP	2	5,13	7	9,46
Grossesse multiple	3	7,69	6	8,11
Anémie	4	10,26	2	2,70

Macrosomie	4	10,26	8	10,81
Chorioamniotite	1	2,56	2	2,70
Travail prolongé	14	35,90	34	45,95
Hyperthermie	6	15,38	8	10,81
Total	39	100	74	100

Le travail prolongé a été le facteur de risque dominant avec 35,90 % des cas et 45,95% des témoins

4- Période d'accouchement

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Voie basse	150	100	300	100
Total	150	100	300	100

L'étude a concerné les accouchements par voie basse.

Tableau XXV: Répartition des femmes selon le mode de délivrance

Mode de délivrance	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Délivrance Active	150	100	-	-
Délivrance naturelle	-	-	300	100
Total	150	100	300	100

La délivrance active a été pratiquée chez tous les cas et celle naturelle chez tous les témoins

Tableau XXVI : Répartition des femmes selon la durée de la délivrance

Durée de la délivrance en mn	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff	%	Eff	%		
4-5	122	81.3	1	0.3	0,0000001	1302,8(185,4-26053,4)
6-15	28	18.7	204	68.0	0,0000001	0,11(0,07-0,18)
16-30	-	-	87	29.0	0,0000001	0,00(0,00-0,08)
31-45	-	-	7	2.4		
46-60	-	-	1	0.3		
Total	150	100	300	100		

La durée moyenne de la délivrance active a été de 5 minutes et celle de la délivrance naturelle de 16 minutes avec des extrêmes de 4-9 minutes pour la délivrance active et de 5-60 minutes pour la délivrance naturelle

Tableau XXVII : Répartition des femmes selon la durée totale du travail

Durée total du travail en heure	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff	%	Eff	%		
2-6	41	27.3	115	38.3	0,020	0,61 (0,39-0,95)

7-8	35	23.4	61	20.4	0,54	1,19 (0,72 -1,96)
9-12	52	34.6	58	19.3	0,0003	2,21 (1,39 -5,53)
13-75	22	14.7	66	22.0	0,069	0,61 (0,35- 1,07)
Total	150	100	300	100		

La durée moyenne du travail a été de 9 heures pour les cas et les témoins avec des extrêmes de 2-72heures pour la délivrance active et de 2-75heures pour la délivrance naturelle.

Cela veut dire que la délivrance à elle seule ne permet pas de réduire significativement la durée totale du travail.

Nous avons observé 14,7% de travail prolongé chez les cas et 22%chez les témoins.

Tableau XXVIII: Répartition des femmes selon le médicament pendant la délivrance

Syntocinon	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Oui	150	100	113	37.7
Non	-	-	187	62.3
Total	150	100	300	100

Le syntocinon a été le médicament utilisé pendant la délivrance active à la dose de 10 UI chez les cas et 62,3% des témoins ont eu le syntocinon à titre préventif.

Tableau XXIX : Répartition des femmes selon le pronostic de l'accouchement

Pronostic de l'accouchement	Cas		Témoins		P	OR (IC)
	Eff	%	Eff	%		
Normal	88	58.7	179	59.7	0,838	0,96 (0,63- 1,46)
Prématuré	23	15.3	45	15.0	0,925	1,03 (0,57- 1,83)
Autres	39	26.0	76	25.3		
Total	150	100	300	100		

L'accouchement a été normal chez 58,7% des cas et 59,7% des témoins.

5- Suites de couches

Tableau XXX: Répartition des femmes selon la tension artérielle (TA) après l'accouchement

TA en cm	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
<10/5	6	4	24	8	0,108	0,48(0,17- 1,27)
10/5-15/9	142	94,7	271	90,3	0,114	1,90(0,80-

						4,64)
≥16/10	2	1,3	5	1,7	0,223	0,39(0,05-2,32)
Total	150	100	300	100		

4% des cas et 8% des témoins avaient une hypotension après l'accouchement.

Tableau XXXI : Répartition des femmes selon le pouls après l'accouchement

Pouls en mn	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
≤50	1	0,7	26	8,67	0,00075	0,07(0,00-0,49)
50-100	134	89,3	214	71,33	0,000017	3,37(1,83-6,25)
>100	15	10,0	60	20,0	0,00072	0,44(0,23-0,84)
Total	150	100	300	100		

0,7% des cas et 8,67% des témoins avaient une bradycardie et 10% des cas contre 20% des témoins avaient une tachycardie après l'accouchement.

Tableau XXXII : Répartition des femmes selon la coloration des conjonctives après l'accouchement

Coloration des conjonctives	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Colorées	129	86.0	158	52.7
Moyennement colorées	18	12.0	136	45.3

Pales	3	2.0	6	2.0
Total	150	100	300	100

P=0,0000001

OR(IC)=5,52(3,22-9,55)

86% des cas et 52,7% des témoins avaient les conjonctives colorées après l'accouchement.

Tableau XXXIII : Répartition des femmes selon le saignement vulvaire après l'accouchement

Saignement vulvaire	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Minime	145	96.7	284	94.7
Abondant	5	3.3	16	5.3
Total	150	100	300	100

P=0,343

OR(IC)=1,3(0,55-5,21)

3,3% des cas et 5,3% des témoins avaient des saignements abondants.

Tableau XXXIV : Répartition des femmes selon la rétraction utérine

Rétraction utérine	CAS		TEMOIN	
	Eff.	%	Eff.	%
Oui	148	98.7	283	94.3
Non	2	1.3	17	5.7
Total	150	100	300	100

P=0, 0311

OR (IC) =4, 45(0, 97-28, 23)

98,7% des cas et 94,3% des témoins avaient un utérus bien rétracté.

Tableau XXXV : Répartition des femmes selon la survenue de l'hémorragie de la délivrance

Hémorragie de la délivrance	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Oui	6	4.0	16	5.3
Non	144	96.0	284	94.7
Total	150	100	300	100

P=0,53

OR (IC)=0,74(0,25-2,07)

Il n'y a pas de différence quant à la fréquence cela serait dû aux étiologies de l'hémorragie.

Tableau XXXVI : Répartition des femmes selon l'étiologie de l'hémorragie de la délivrance

Etiologie de l'hémorragie de la délivrance	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Rétention placentaire	4	66,66	3	18,75
Membranes	1	16,67	1	6,25

Atonie utérine	1	16,67	12	75,0
Total	6	100	16	100

La rétention de débris placentaires ou de membranes a représenté 5 des 6 cas d'HDD ; l'atonie utérine a représenté 12 témoins sur 16

Tableau XXXVII : Répartition des femmes selon le facteur de risque (FR) par rapport à l'hémorragie de la délivrance (HDD).

HDD	cas		Témoins	
	Oui	Non	Oui	Non
FR				
HRP	1	4	-	6
Eclampsie	-	-	-	1
PP	1	1	-	7
Grossesse	-	3	1	5

multiple				
Anémie	1	3	-	2
Macrosomie	-	4	2	6
Chorioamniotite	-	1	1	1
Travail	1	13	2	32
prolongé				
Hyperthermie	-	6	2	6
Total	4	35	8	66

Il y a un rapport entre les facteurs de risque et l'hémorragie de la délivrance

Tableau XXXVIII : Répartition des femmes selon l'hémorragie de la délivrance par rapport à la parité

HDD	Cas		Témoins	
	Oui	Non	Oui	Non
Parité				
Primipare	1	40	1	81
Paucipare	1	74	4	146
Multipare	1	17	6	30
Grande multipare	3	13	5	27

Total	6	144	16	284
-------	---	-----	----	-----

4/6 des cas d'hémorragie de la délivrance sont observés chez les multipares et grandes multipares ; 11/16 des cas d'hémorragie de la délivrance sont observés chez les multipares et les grandes multipares.

Tableau XXXIX : Répartition des femmes selon le traitement médical des suites de couches

Traitement	Cas		Témoins	
	Eff.	%	Eff.	%
Antibiotiques	31	20.7	41	13.7
Syntocinon	15	10	57	19
Methergin	-	-	3	1.0
Cytotec	3	2.0	8	2.7
Macromolécule	6	2.7	17	5.7
Transfusion	6	2.0	13	3.67
Suture	2	1.3	12	4.0

3 cas et 11 témoins d' HDD ont été transfusés.

Tableau XXXX : Répartition des femmes selon l'HDD par rapport à la transfusion.

HDD	Cas		Témoins	
	Oui	Non	Oui	Non
Transfusion				
Oui	3	3	11	2
Non	3	141	5	282
Total	6	144	16	284

La moitié des cas (3/6) et plus de la moitié des témoins (11/16) ont été transfusées.

Tableau XXXXI : Répartition des femmes selon le nombre d'unité de sang transfusé

Nombre d'unité	Cas		Témoins	
	Eff	%	Cas	%
1	1	33,33	-	-
2	1	33,33	1	9,1
3	1	33,33	9	81,80
4	-	-	1	9,1
Total	3	100	11	100

1/3 (33,33%) des cas ont nécessité 3 poches de sang et 9/11(81,80%) ont nécessité 3 poches de sang.

Tableau XXXXII : Pronostic maternel

Pronostic maternel	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Vivante	150	100	300	100
Total	150	100	300	100

Pas de décès maternel pendant notre étude.



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

DIFFICULTES OPERATOIRES :

Pendant la période d'étude nous avons observé que beaucoup de femmes étaient rentrées à la maison aussitôt après l'accouchement c'est dire après 2 heures ce qui nous a amené à les exclure de notre échantillon.

Pour les cas d'HDD par rétention placentaire partielle ou de rétention membranaire nous avons observé dans les dossiers que le placenta ou les membranes étaient au complet ce qui dénote un problème quant à l'examen du placenta.

1- FREQUENCE DE LA DELIVRANCE ACTIVE :

La fréquence de la délivrance active est variable d'un mois à l'autre mais reste toujours supérieure à 60% ; la plus basse a été observée en janvier soit 61,24% et la plus élevée en mars soit 68,09%. Cette fréquence élevée s'explique par la proportion plus élevée d'accouchement par voie basse dans le service, toutes les femmes qui accouchent par voie basse bénéficient de la délivrance active comme technique de la délivrance.

2- Profil socio-démographique :

L'âge moyen est de 25,95 ans avec des extrêmes de 15 à 41 ans pour les cas et les témoins.

L'échantillon a été dominé par les femmes de la tranche d'âge de 18-35ans soit 82,7% cas et des témoins, elle correspond à la période où l'activité sexuelle est intense. Dans cette tranche d'âge KEITA S. [23] a rapporté 63,04% Les femmes de plus de 35ans ont représenté 10%des cas et des témoins ; la tranche d'âge de 15-17ans a représenté 7,3%des cas et des témoins ; ce taux est inférieur à celui de ALIHONOU E et Coll. [1] qui est de 9,27%. La précocité du mariage étant de coutume en Afrique pourrait expliquer ce phénomène.

La disparité des fréquences s'explique par la méthodologie.

Cependant nos résultats sont proches de ceux apportés par l'étude américaine [20] avec un âge moyen de 25,6 ans pour les cas et de 25,1 ans pour les témoins, elle a rapporté aussi pour l'âge ≥ 35 ans 8,1% de cas et 9,7% de témoins.

La parité moyenne est de 3,19 avec des extrêmes de 1 à 10 pour les cas et les témoins.

La proportion des paucipares a été la plus dominante de notre échantillon avec 50% des cas et des témoins ; les multipares et les grandes multipares ont représenté 22,7% des cas et des témoins ; les primipares ont représenté 27,3% des cas et des témoins . KEITA S [23] en 2003 au service de gynéco- obstétrique du Point G avait rapporté 32,60% des primipares ; 31,20% des pauci pares et 36,3% des multipares et grandes multipares.

DIALLO B [12] a rapporté 40,12% de primipare, 38% de Paucipare et 27,70% de multipare et grande multipare.

ALIHO NOUE et Coll.[1] trouvent : Primipare et paucipare 39,74% ; Multipare et grande multipare 60,26%. La différence de résultats s'explique par la méthodologie car dans ces différentes études il s'agissait spécifiquement des hémorragies de la délivrance . Nos résultats sont supérieurs à ceux apportés par l'étude américaine [20] avec une parité moyenne de 2,1 pour les cas et 1,9 pour les témoins, dans cette même étude la parité ≥ 1 était de 85,5% et celle ≥ 4 était de 14,5%. Cette différence s'expliquerait par la limitation de naissance dans les pays développés.

Dans notre étude, nous avons noté que 66,67% des cas et 68,75% des témoins d'hémorragies de la délivrance étaient survenus chez les multipares et grandes multipares. Ce ci explique que la multiparité ainsi que la grande multiparité sont des facteurs potentiels de l'HDD. L'hémorragie de la délivrance chez les multipares et grandes multipares s'explique par l'épuisement musculaire induit par les différentes grossesses qui sont parfois de plus en plus rapprochées.

Nous avons noté 64% de ménagère chez les cas contre 67% chez les témoins ; cependant nos résultats sont inférieurs à ceux apportés par KEITA S. [23] en 2003 et DIALLO B [12] en 2000 qui sont de 81,2% de ménagère.

Les élèves et/ou étudiantes représentaient 12,7% de cas contre 7,7% de témoins ; les commerçantes représentaient 6,7% de cas contre 2,3% de témoins ; 0,7% de cas contre 4,3% de témoins étaient sans profession.

La fréquence élevée de ménagère témoigne du taux élevé d'analphabétisme.

DIALLO B. [12] a rapporté que l'hémorragie du post partum était plus fréquent chez les ménagères ou les célibataires. Ce ci explique que les ménagères sont moins suivies en CPN donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés.

Les parturientes venues d'elles-mêmes représentaient 72% de cas contre 85% de témoins avec une Probabilité statistiquement significative $P=0,0009$ OR-IC=0,45(0,27-0,75) ; 18,7% des cas contre 8,3% des témoins étaient référés avec probabilité statistiquement significative $P=0,001$ OR- IC=2,52 (1,36-4,69) ; les évacuées représentaient 9,3% des cas contre 6,7% des témoins.

KEITA S [23] a rapporté 58% référées et 42% évacuées.

Cette différence s'explique par le fait qu'il s'agissait d'hémorragie du post partum chez les femmes ayant accouché dans le service ou venant d'autre service.

Lorsque la complication survient dans une structure bien équipée prête à la prise en charge, la patiente a plus de chance de ne pas développer des complications graves.

C'est pourquoi en 1986 à Genève on a même proposé d'héberger les femmes pendant le dernier mois et même le dernier trimestre de la grossesse dans les villages ou foyers maternels les plus proches de la maternité [25].

La césarienne a été l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 5,3%de cas contre 5,7% de témoins.

La myomectomie a représenté 1,3%de cas contre 0,3% de témoins.

ALIHO NOUE et Coll. [1] et KEITA S [23] ont rapporté respectivement 3,97% et 4,30% d'utérus cicatriciels.

L'utérus cicatriciel peut constituer une agression mécanique de la muqueuse utérine, ces lésions peuvent être le siège d'une adhérence partielle du placenta ou entraîner un décollement incomplet du placenta qui sera alors cause d'hémorragie de la délivrance. Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de rapport entre l'utérus cicatriciel et la survenue de l'hémorragie de la délivrance. Les parturientes mariées étaient dominantes dans notre étude avec 86% de cas contre 86,7% de témoins, ce taux est voisin de celui de KEITA S [23] qui a rapporté 87% mais supérieur à celui de DIALLO B[12] qui a rapporté 77,7%. Le statut matrimonial ne semble pas à lui seul expliquer les causes de l'hémorragie.

La grossesse était suivie dans 92% des cas contre 82,7% des témoins avec 8% de cas contre 17,3% de témoins non suivie ; avec probabilité statistiquement significative $P=0,007$ OR- IC=2,41(1,20-4,94). Cependant notre taux de grossesse non suivie est inférieur à ceux de BAGAYOKO S N [5] qui a rapporté 13,16% de grossesses non suivies, KEITA S [23] en 2003 THIERO M [41] en 1995 et THIAM [40] en 2000 qui ont rapporté respectivement 11,10% ; 21,3% et 33,3% de grossesses non suivies. EDS II [15] qui a rapporté 9% de grossesse non suivies. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie.

3-EXAMEN A L'ADMISSION

L'âge moyen de la grossesse était de 37,75 SA avec des extrêmes de 28 à 41 SA. L'étude américaine [20] a rapporté un âge moyen de 39,2 SA qui est supérieur au notre.

Dans notre étude 82,7% de cas et de témoins avaient une grossesse à terme, le pré terme a représenté 17,3% de cas et des témoins ; ces résultats sont supérieurs à ceux de KEITA S [23] qui a rapporté 47,10% de grossesse à terme et 8% de prématurités, mais proche de ceux de DIALLO A [11] et DIALLO B [12] qui

ont rapporté respectivement 80,3% et 78,21% de grossesse à terme et 15,5% ; 21,79% de prématurités.

Selon LACOMME M [25] la prématurité peut entraîner une rétention placentaire se compliquant d'hémorragie de la délivrance, cela est dû à un défaut de clivage entre le placenta et le myomètre.

Les conjonctives étaient colorées dans 97,3% des cas contre 98,7% des témoins et pâles dans 2,7% des cas contre 1,3% des témoins ; Cependant ces chiffres sont supérieurs à ceux de KEITA S [23] en 2003 qui a rapporté 51,40% de conjonctives colorées et 34,80% de conjonctives pâles. Les parturientes atteintes d'anémie sont particulièrement vulnérables étant donné qu'elles risquent de ne pas pouvoir tolérer même une perte minime de sang [13,35]

La moyenne de hauteur utérine était de 32,11 cm avec des extrêmes de 23 à 42 cm pour les cas et les témoins. La hauteur utérine était inférieure à 36 cm chez 91,3% des cas et des témoins, elle était ≥ 36 cm chez 8,7% des cas et des témoins. KEITA S [23] en 2003 a rapporté 92,10% de hauteur utérine inférieure à 36 cm et 7,9% de hauteur utérine excessive.

La hauteur utérine excessive dans notre série est due à : la macrosomie et la grossesse multiple, elles sont à l'origine de la surdistension utérine qui est un facteur de risque de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard et au Sonicaid. Nous avons noté une normalité des BDCF dans 90% des cas contre 85% des témoins ; les BDCF étaient inférieurs à 120 battements par minute dans 1,3% des cas contre 3% des témoins et supérieurs à 160 battements par minute dans 2,6% des cas contre 3% des témoins enfin absents dans 6,7% des cas contre 9% des témoins. Keita S [23] a rapporté 10,87% de BDCF absent à l'admission, 84,06% de BDCF normal, 1,45% de bradycardie et 3,62% de tachycardie, les BDCF étaient absents dans 10,87% des cas. Cette fréquence élevée de troubles du rythme cardiaque fœtal s'explique par le fait que notre service est le niveau 3

de la pyramide sanitaire où l'on reçoit beaucoup de pathologies associées à la grossesse des centres de santé de niveau 1 et 2.

Dans notre étude le BDCF était absent dans 6,7% des cas et 9% des témoins 15,3% des cas contre 23,3% des témoins ont été admises à la phase d'expulsion et 84,7% des cas contre 76,7% des témoins ont été admises soient à la phase de latence ou à la phase active avec une probabilité statistiquement significative $P=0,048$ OR- IC=0,60(0,34-1,03). THIERO M [41] en 1995 a rapporté 35,2% de cas à la phase d'expulsion contre 64,8% à la phase de latence ou à la phase active. Ces différences s'expliquent par la différence de méthodologie ; car il s'agissait des évacuations sanitaires d'urgence.

La présentation céphalique a été la plus dominante suivie du siège avec respectivement 90,7% et 9,3% de cas contre 92,7% et 6,7% de témoins ; il n'y a pas de différence statistiquement significative. Ce sont les types de présentations qui sont compatibles avec les accouchements par voie basse ce qui explique l'élévation de la fréquence.

Dans notre étude 87,3% des parturientes avaient un bassin normal contre 95% chez les témoins et 12,7% de cas de bassin limite contre 4% de témoins avec P statistiquement significative $P=0,003$ OR-IC=0,36(0,17-0,78). C'est le type de bassin qui est compatible avec les accouchements par voie basse.

Nos résultats sont proches de ceux de THIERO M [41] en 1995 qui a rapporté 86,3% de bassin normal et 13,7% de bassin pathologique.

64% des cas contre 58,7% des témoins avaient les membranes intactes et 36% des cas contre 41,3% des témoins avaient les membranes rompues parmi lesquels 12,7% de rupture prématurée des membranes ont été observé chez les cas et les témoins à l'admission. Il n'y a pas de différence statistiquement significative.

Les facteurs de risque d'hémorragie ont été représentés respectivement par le travail prolongé (35,90% et 45,95%) ; l'hyperthermie(15,38% et 10,81%) ; l'hématome rétro placentaire (12,82et 8,11%) ; la macrosomie (10,26% et

10,81%) ; l'anémie (10,26% et 2,70%) ; la grossesse multiple (7,69%et 8,81%) le placenta praevia (5,13% et 9,46%) ; la Chorioamniotite (2,56% et 2,70%) et l'éclampsie(0% et 1,35%), la multiparité et grande multiparité (22,7%)

Les mêmes facteurs de risque ont été rapportés dans la littérature et confirmés par la fédération internationale de gynécologie –obstétrique et par la confédération internationale des sages femmes [21, 22,26,27] ; DEMBELE Y [10] en 2004 a rapporté : l'abus d'antispasmodique (33,03%) ; grande multiparité (22,32%) ; macrosomie (12,50%) ; grossesse multiple (11,60%) ; l'expression utérine (8,93%) ; travail prolongé (1,79%) ; hydramnios (1,79%). Ces différences de chiffres s'expliquent par la différence de méthodologie.

4-ACCOUCHEMENT

Le mode d'accouchement a été exclusivement la voie basse avec 100% des cas et des témoins ; DEMBELE Y[10] en 2004 a rapporté 87,4% de voie basse et 15,5% de voie haute ; cette différence s'explique par la méthodologie car il s'agissait des hémorragies de la délivrance quelque soit la voie d'accouchement. La voie basse a été la voie d'accouchement pour les essais de BRISTOL, HINCHINGBROOKE [36,37] et l'étude américaine [20].

Nous avons fait une étude cas témoins qui consistait à comparer la délivrance active à la délivrance naturelle quand à la survenue de complications comme l'hémorragie de la délivrance. Raison pour laquelle les cas concernaient la délivrance active et les témoins la délivrance naturelle. La même chose a été rapporté par les essais de BRISTOL, HINCHINGBROOKE [36,37] et l'étude américaine [20].

Dans notre étude la durée moyenne de la délivrance active a été de 5 minutes avec des extrêmes de 4 à 9 minutes et de 16,41 minutes avec des extrêmes de 5 à 60 minutes pour la délivrance naturelle .L'étude américaine [20] a rapporté une durée moyenne de délivrance de 12,7 minutes pour les deux cas (active et naturelle).La délivrance a été comprise entre 4 à 5 minutes dans 81,3% des cas contre 0,3%chez les témoins avec P statistiquement significative P=0,0000001

OR- IC=1302,8 (185,4-26053,4) en faveur de la délivrance active. elle a été comprise entre 6-15 minutes dans 18,7% des cas contre 68% chez les témoins avec P statistiquement significative P=0,0000001 OR –IC=0,11(0,07-0,18) ; nous avons observé 29% ; 2,4% et 0,3% chez les témoins respectivement entre 16-30 minutes entre 31-45 minutes et supérieur à 45 minutes.

Il n'y a pas eu de cas de délivrance active après 9 minutes. Cela s'explique par le fait que la délivrance active est caractérisée par une troisième période très courte.

Cela a été déjà confirmé par les essais de BRISTOL et HINCHINGBROOKE [36,37] en Angleterre voir tableau ci-dessous.

Tableau XXXXIII : Durée du troisième stade du travail

		Prise en charge active	Prise en charge physiologique	OR et 95% IC
Durée du troisième stade (médiane)	Bristol	5minutes	15 minutes	Pas fait
	Hinchingbrooke	8minutes	15minutes	Pas fait
Troisième stade >30 minutes	Bristol	2,9%	26%	6,42(4,9-8,41)
	Hinchingbrooke	3,3%	16,4%	4,9(3,22-7,43)

La durée moyenne du travail dans notre étude est de 9,30 heures avec des extrêmes de 2 à 72 heures pour la délivrance active et de 9,55 heures avec des extrêmes de 2 à 75 heures pour la délivrance naturelle. L'étude américaine [20] a rapporté une durée moyenne de 12 heures pour la délivrance active et 12,20 heures pour la délivrance naturelle.

Durée totale du travail a été inférieure ou égale à 12 heures chez 85,3% des cas contre 78% chez les témoins, il n'y a pas de différence statistiquement significative ; 14,7% des cas et des témoins avaient un travail prolongé (supérieur à 12 heures), cela s'explique par le fait que la délivrance active seule ne permet pas de réduire significativement la durée du travail. Keita S [23] en 2003 a rapporté 11,60% de travail prolongé.

Notre étude consistait à administrer 10 UI de syntocinon en intramusculaire (IM) pour les cas de délivrance active et pas de médicament pour la délivrance naturelle. Les études Anglaises à savoir les essais de BRISTOL et HINCHINGBROOKE [36, 37] ont utilisé 5 UI de syntocinon plus 0,5mg d'ergométrine ou 10UI de syntocinon si la mère avait de l'hypertension artérielle, l'étude américaine [20] a utilisé 10UI de syntocinon en intramusculaire (IM). Le choix du syntocinon se justifie par les résultats des différentes études [6, 8, 19, 28, 29, 46] qui sont parvenus à la conclusion suivante : utilisé l'ocytocine quand elle est disponible car il est possible de la laisser non réfrigérée pendant de brèves périodes (1 mois à 30°C et 2 semaines à 40°C) elle a une meilleure stabilité que l'ergométrine /méthylergométrine, surtout à la lumière. à défaut de l'ocytocine utilisée la syntométrine ou l'ergométrine en tenant compte de contre-indication, le Misoprostol administré par voie rectale a des avantages en attente d'une étude les confirmant.

La stimulation des mamelons permet de maintenir une rétraction utérine par sécrétion de l'ocytocine physiologique mais ne permet pas de lutter contre l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Pronostic de l'accouchement : l'accouchement a été normal chez 58,7% des cas contre 59,7% des témoins ; prématuré chez 15,3% des cas contre 15% chez les témoins. Selon LACOMME M [25] il existe un rapport entre la prématurité et l'hémorragie de la délivrance, dans notre étude nous avons observé un cas d'hémorragie de la délivrance par rétention de débris placentaires chez un témoin ayant accouché prématurément.

5-SUITES DE COUCHES

4% des cas et 8% des témoins avaient une modification de la tension artérielle (<10/5) il n'avait pas de différence statistiquement significative quant à la délivrance active et celle naturelle ; 94,7% des cas et 90,3% des témoins avaient une tension artérielle normale après l'accouchement ; 1,3% des cas et 1,7% de témoins avaient une hypertension artérielle. La rapidité dans la prise en charge des hémorragies pourrait expliquer cette modification peu importante des chiffres tensionnels.

0,7% des cas et 8,67% des témoins avaient une bradycardie après l'accouchement avec une probabilité statistiquement significative $P=0,00075$ OR-IC=0,07(0,00-0,49).

89,3% des cas et 71,33% des témoins avaient un pouls maternel normal après l'accouchement une probabilité statistiquement significative $P=0,000017$ OR-IC=3,37(1,83-6,25).

10% des cas et 20% des témoins avaient une tachycardie après l'accouchement avec une probabilité statistiquement significative $P=0,00072$ OR-IC=0,44(0,23-0,84) cela nous montre que la délivrance active est associée à moins de modification du pouls maternel que la délivrance naturelle.

Les conjonctives étaient colorées chez 86% des cas contre 52,7% des témoins ; moyennement colorées 12% des cas contre 45,3% des témoins et pales chez 2% des cas et témoins avec P statistiquement significative $P=0,0000001$ OR – IC=5,52 (3,22-9,55) ; KEITA S[23] en 2003 a rapporté 51,40% de conjonctives colorées ; 13,70% moyennement colorées et 34,8% pales.

Nous remarquons que la délivrance active est associée à une modification peu importante de coloration des conjonctives que la délivrance naturelle.

Dans notre étude nous avons utilisé le terme minime pour les femmes qui avaient perdu peu de sang après l'accouchement et abondant pour celles qui avaient perdu beaucoup de sang ainsi 96,7% des cas contre 94,7% des témoins avaient des saignements minimes et 3,3% des cas contre 5,3% des témoins

avaient des saignements abondant ; il n'y a pas de différence statistiquement significative car l'évaluation de la quantité de sang perdue est faite par estimation et pour les cas les étiologies étaient dominées par la rétention placentaire partielle et / ou de membranes pour lesquelles le D A n'a pas d'effet ; elle permet de lutter contre l'H DD par atonie utérine.

Par contre l'étude américaine [20] a rapporté une perte sanguine moyenne de 355 ml pour la délivrance active et 430 ml pour la délivrance naturelle, nous remarquons que la délivrance active est associée une réduction de perte sanguine lors de l'accouchement que la délivrance naturelle.

Rétraction utérine : 98,7% des cas contre 94,3% des témoins avaient un utérus bien rétracté et 1,3% des cas contre 5,7% des témoins avaient un utérus mal rétracté avec une probabilité statistiquement significative $P = 0,0311$ OR-IC=4,45 (0,97-28,23). La délivrance active est associée à une rétraction utérine après l'accouchement que la délivrance naturelle Ce constat a été rapporté par les essais de BRISTOL et HINCHINGBROOKE [36,37]

DEMBELE Y [10] en 2004 a rapporté 14,5% d'utérus rétracté et 85,7% d'utérus mal rétracté.

Nous avons noté 4% d'hémorragie de la délivrance chez les cas contre 5,3% chez les témoins ; il n'y a pas de différence statistiquement significative cela s'explique dans notre étude par les étiologies de l'hémorragie de la délivrance car pour la délivrance active nous avons enregistré 5/6 cas de rétention placentaire partielle ou de membrane qui fait une fréquence de 83,83% alors que pour la délivrance naturelle nous avons enregistré 12/16 cas d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine(75%). Notre taux est inférieur à celui rapporté par l'étude américaine [20] qui est de 17,6% de cas d'hémorragie de la délivrance liée à la délivrance active et 28,3% de cas d'hémorragie de la délivrance liée à la délivrance naturelle.

Il est aussi inférieur à ceux rapporté par les essais de BRISTOL ET HINCHINGBROOKE [36,37]

Tableau XXXXIV : Fréquence de l'HDD

	Prise en charge active	Prise en charge physiologique	RP et 95% IC
Essai Bristol	5,9%	17,9%	3,13(2,3-4,2)
Essai Hinchingbrooke	6,8%	16,5%	2,42(1,78-3,3)

RP= Ratio de probabilité

ALIHONOU E et Coll. Cotonou [1], DEMBELE Y [10] en 2004, DIALLO B [12], GOFFINET [17] ont rapporté respectivement 0,89% ; 3,5% ; 2,07% ; 2% et 2 à 9% d'hémorragie de la délivrance.

Notre fréquence basse par rapport à celles de l'étude américaine et les deux essais anglais s'explique par le fait que dans les pays développés les conditions dans lesquelles les parturientes accouchent leur permet d'évaluer la quantité de sang perdu après la délivrance alors que dans notre contexte l'évaluation est faite par estimation.

6- TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Les femmes ayant bénéficié de la délivrance active avait nécessité 10% d'ocytocine thérapeutique et 56,7% de femmes avaient nécessité de l'ocytocine thérapeutique après la délivrance naturelle. Les cas d'hémorragies de la délivrance ayant nécessité de la transfusion sanguine étaient de 2 % pour la délivrance active et 3,67% pour la délivrance naturelle.

Ces résultats sont proches de ceux des essais de BRISTOL et HINCHINGBROOKE [36,37] quant à la transfusion sanguine mais supérieurs à ceux des deux essais quant à la nécessité d'ocytocine thérapeutique.

Tableau XXXXV: traitement des complications

		Prise en charge active	Prise en charge physiologique	OR et 95% IC
Transfusion sanguine	Bristol	2,1%	5,6%	2,56(1,57-4,19)
	Hinchingbrooke	0,5%	2,6%	4,9(1,68-14,25)
Ocytociques thérapeutique	Bristol	6,4%	29,7%	4,83(3,77-6,18)
	Hinchingbrooke	3,2%	21,1%	6,25(4,33-9,96)

Cependant dans notre étude 33,33% des cas d'hémorragie de la délivrance et 81,80% des témoins avaient nécessité trois poches de sang iso groupe iso rhésus. De l'analyse de nos résultats et du tableau ci-dessus nous remarquons qu'il y a une réduction de la transfusion sanguine et d'ocytocine thérapeutique associée à la délivrance active que la délivrance naturelle.

7- ISSUE IMMEDIATE DE LA FEMME

Nous n'avons pas observé de décès au cours de notre étude ; cependant DEMBELE Y [10] en 2004 ; DIALLO A [11] en 1989; DIALLO B [12] en 2000 ont rapporté respectivement des taux de décès de 15,1% et 23% du à l'H DD.

Les causes de ces décès ont été dominées par le choc hypovolémique 70% et la coagulation intra vasculaire disséminée 30% selon Dembélé Y [10] et Keïta S [23].

Tableau XXXXVI : décès maternels imputables à l'hémorragie du post-partum
(34)

Pays	% de décès maternels imputables à HPP
Hong Kong	30
Inde	16
Indonésie	43
Philippines	53
Burkina Faso	59
Egypte	32
Kenya	16
Maroc	29
Nigeria	20
Afrique du Sud	15
Brésil	20
Guatemala	2
Honduras	33
Mexique	24



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude de type rétrospective cas- témoins réalisée dans le service de Gynécologie - obstétrique de l' Hôpital Gabriel Touré sur une période de 6 mois allant de janvier 2005 à juin 2005 nous avons enregistré une fréquence de la délivrance active qui est variable dans le temps, oscillante entre 61,24% et 68,09%.

Les facteurs de risque d'hémorragie ont été l'hématome rétro placentaire, le placenta praevia, la grossesse multiple ; l'anémie ; la macrosomie ; le travail prolongé ; l'hyperthermie ; la chorio amniote ; la multiparité.

La prise en charge active du troisième stade du travail [36,37] :

- Diminue le risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine
- Un risque accru d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine est associé à la délivrance naturelle.
- Une nécessité accrue de transfusion sanguine et d'ocytocine thérapeutique est associée à la délivrance naturelle.
- L'ocytocine est le médicament de choix pour la délivrance active.

Il ressort de cette étude que la fréquence de l'hémorragie de la délivrance est élevée dans notre service et selon les études Anglaises et américaines [20, 36,37].Cependant des efforts restent à fournir car elle est la complication majeure de l'accouchement et la principale cause de morbidité et de mortalité maternelle.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités**

- Une formation continue du personnel qualifié en obstétrique pour une meilleure application de la gestion active du troisième stade du travail
- Réunir les conditions pour une conservation des utérotoniques destinés à la gestion active du troisième stade du travail.
- Assurer un approvisionnement permanent des centres de santé en utérotoniques.

➤ **Aux agents de santé**

- Une application judicieuse de la délivrance active en prenant en compte les contre indications de certains ocytociques pour un bénéfice de la parturiente.
- Instaurer la surveillance des suites de couche
- Un contrôle régulier des stocks d'ocytociques pour éviter la rupture.
- Etre vigilant dans la salle d'accouchement pour diagnostiquer à temps les cas d'hémorragies et les traiter immédiatement.
- Une collaboration harmonieuse et franche entre les différentes spécialités pour la prise en charge des complications (gynécologue obstétricien, anesthésiste réanimateur et biologiste)
- Faire l'examen du placenta après l'accouchement

➤ **Aux femmes**

- Eviter les accouchements à domicile
- Limiter les naissances ou espacer les naissances



REFERENCES

1-ALIHOUNOU E ET COLL.

Les hémorragies de la délivrance, étude statistique et étiologique (à propos de 151 cas en 5 ans). Publication médicale africaine 2002 ; 121 : 8-11.

2-Anonymes : Prodiguer des soins de qualité pendant le travail de l'accouchement. Initiative de prévention de l'hémorragie du post partum Ministère de la santé/PRIMEII Bamako 2003

3-Anonyme : Livre des abstrats VIIème congrès de la SAGO(Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique) à Bamako du 12-17 janvier 2003 IIème congrès de la SAMAGO(Société malienne de Gynécologie et d'Obstétrique).P211.

4-ANNIDE

Hémorragie de la délivrance

Thèse de médecine, Cotonou 2003 n°35

5-BAGAYOKO N S

Pronostic materno- foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas témoins dans le service de Gynéco-obstétrique de l'HGT

Thèse de médecine Bamako 2004 n°39

6-BAMIGBOYE A et al. 1998. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor .Acta Obstet Gynecol Scand 77:178-181

7-BERNARD P et coll

Le traitement des hémorragies obstétricales incoercibles d'origine utérine Revue de gynéco obstétrique et praticien novembre 1989 IP29-34

8-BULLOUGH CH, RS MSUKU AND I KARONDE.1989. Early suckling and post partum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 2(8662):522-525

9-DARGENT D. Hémorragies graves de la délivrance gynecol-obstet, Paris, p 174-178.

10-DEMBELE Y

Etude des hémorragies de la délivrance au csref commune IV de Bamako à propos de 112 cas

Thèse de médecine Bamako 2004-83p n°84

11-DIALLO A O Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance à l'HGT Thèse de médecine 1989 n°11

12-DIALLO B

Les Hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'HGT Thèse de médecine 2000 n°125

13- DOLO A I, Dr TRAORE M Anémie chez la femme enceinte

Université du Mali, FMPOS, Société médicale du Mali

EPU : 5-6 Février 1999

14-ECOLE SECONDAIRE DE SANTE

Projet :«MATERNITE SANS RISQUE»

Formation continue des sages femmes 1994/1995 ; 1995/1996 ;
1996/1997

15-E D S II MALI (2000-2001)

16-FRAN P, HOSKEN, MARCIA L WILLIAMS

Livre d'image universelle de la naissance

Women's Int Net work 1982

17-GOFFINET F.

Hémorragies de la délivrance. Prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. Accouchement prématuré, déclenchement artificiel du travail, hémorragie de la délivrance. Journal de gynéco-obstet et biol. De la reproduction 1997 vol 26 p26-33.

18-http : //www.infogyn.com/detail/fiches/0208050102.asp

Hémorragie de la délivrance, Protocole de la Fédération de gynécologie obstétrique des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG-2001

19-IRONS DW ,P SRISKANDABALAN AND CHW BULLOUGH.1994. A

simple alternative to parenteral oxytocics for the third stage of labor .Int
J Obstet Gynecol 46:15-18

20- Joshva J. Fenton, MD, MPH ; Lisa M. Baumeister, MD,MPH, John Fogarty, MD, MPH.

Active management of the third stage of labor.

Among American Indian women Fam Med 2005; 37 (6) 410 - 4

21 JOURNAL SOGC(SOC OBSTET GYNECOL CAN 2000); 22(4) 282-94

Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post partum

Avril 2000 n°88

22-JOURNAL SOGC(SOC OBSTET GYNECOL CAN)

Prise en charge du 3^{ème} stade du travail pour prévenir l'hémorragie du post partum Novembre 2003 n°136

23-KEITA S

Etude des hémorragies du post partum dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du POINT« G»

Thèse de médecine 2003 n°47

24-KHAN GQ et al. Controlled cord traction versus minimal intervention technique in delivery of the placenta :A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 177(4):770-774

25 LACOMME, M Pratique obstétrique ,édit masson ;paris 1960(Tome I) 127-131

26-MAGNIN P, NICOLLET B, MAGNIN G. Mortalité maternelle ; EMC ; Paris obstétrique 1981 ; 10 (11)= 5082 p

27-MAGUIRAGA M. Etude de la mortalité maternelle au Mali: causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine 2000 n°110

28-MCDONALD et al. 1993. Randomized controlled trial of oxytocin alone versus oxytocin and ergometrie in active management of third stage of labor .BMJ 307(96913) :1167-1171

29-MCDONALD S ,W PRENDIVILLE AND D ELBOURNE 2000

.Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta(Cochrane Review),in the Cochrane Library. Issue 4. Update Software: Oxford

30-MERGER R, LEVY J, J MELCHIOR J

Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson 1995

31-ONUSIDA

Sécurité transfusionnelle et SIDA Octobre 1997

32-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Réduction de la mortalité maternelle déclaration commune :
OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE GENEVE 1999

33-OULD LARDZ; TALEB A HMEDL

Utilisation des prostaglandines dans les hémorragies obstétricales par atonie utérine Rev faver gynecol –obstet 1-75 n°565-566

34-PATH

Santé Maternelle et Néonatale : Prévention de l'hémorragie du postpartum.Prise en charge du troisième stade du travail Volume 19, Numéro 3 Mai 2002

35-PATH; Preventing Post-partum Hemorrhage ;Toolkit for Providers
Condensed version Washington DC:PATH,2004

36-PRENDIVILLE et al.1988.The Bristol third stage trial:active versus physiological management of the third stage of labor.BMJ 297:1295-1300

37-ROGERS J et al.1998.Active versus expectant management of third stage of labour:The Hinchingsbrooke randomised controlled trial.
Lancet 351(9104):693-699)

38-SALVAS; NAH MANOVIVIC; RACIINETC.

Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies obstétricales. Rev Fr gynécol –obstet 1981; 25: 368-371.

39-TALIBO A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine (Bamako) 1998 n°29.

40-THIAM H D. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondieba. Thèse de médecine (Bamako) 2000 n°62.

41-THIERO M.Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine (Bamako) 1995 n°17.

42-TOURE COULIBALY K

Les Hystérectomies d'hémostase en obstétrique

Etude de 74 cas observés à la maternité du CHU de TREICHVILLE-
Abidjan

Médecine d'Afrique Noire 1995 ; 42(12)

43-TRAORE A F

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à
l'HGT

Thèse de médecine, Bamako 1988 N°20

44-TSIRULNIKOV M

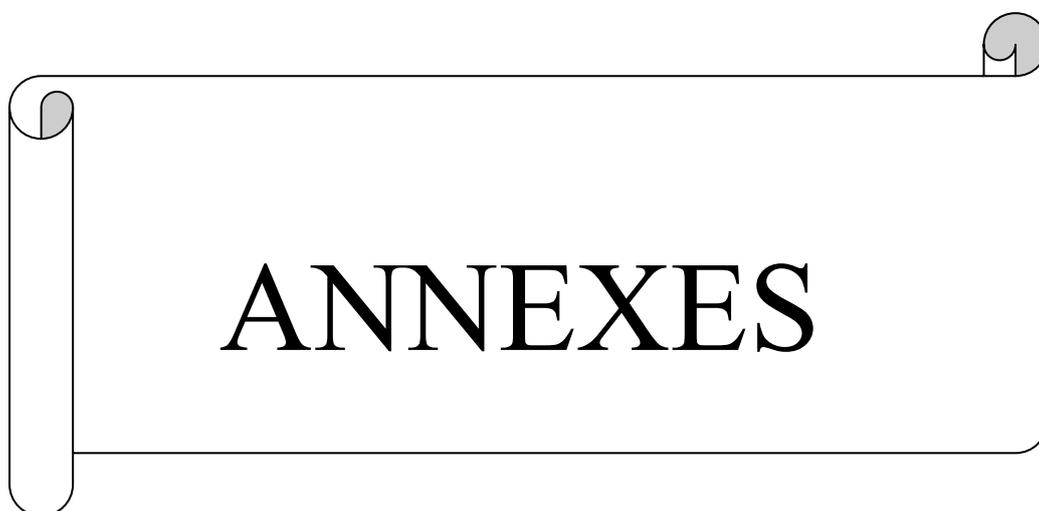
La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies
obstétricales

Gynecol obstet biol reprod-1979-8-751-753

45-WALDER J

Misoprostol prévention de l'hémorragie du post partum femme moderne
7 (9) 23-7-1997 septembre

46-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).1993.Stability of
injectable oxytocics in tropical climates:Resultats of field surverys and
stimulation studies on ergometrine, methylergometrine ,and
oxytocin.WHO Geneva.



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE DELIVRANCE ACTIVE
--

N° Dossier : / ___/___/___/___/

1- Nom et Prénom :
/ _____/

2- Age (année) : |___|___|

3- Profession : |___| (1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=élève/étudiante,
4=commerçante, 5=autres, 6=sans profession)

4- Etat matrimonial : |___| (1=mariée, 2=célibataire, 3=veuve,
4=divorcée, 5=autres)

5- Ethnie : |___| (1=bambara, 2=sénoufo, 3=minianka, 4=peulh, 5=sarakolé,
6=malinké, 7=soninké, 8=bobo, 9=sonrhäï, 10=maure, 11=autres)

5a- Autre à préciser : / _____/

6- Provenance : |___| (1=Bamako, 2=Périphérie, 3=Rurale)

7- Mode d'admission : |___| (1=venue d'elle-même, 2=référée,
3=évacuée)

7-1- Si référée/évacuée :

- Provenance : / _____/

- Motif : / _____/

ATCD Obstétricaux

8- Gestité : |___|___|

9- Parité : |___|___|

10- Nombre d'enfants vivants : |___|___|

11- Nombre d'avortement : |___|

12- Nombre d'enfants décédés : |___|

13- Intervalle inter gésésique : |__| |__| (mois)

14- ATCD de DAG : |__| (1=oui, 2=non)

15- ATCD Chirurgicaux : |__| (1=césarienne, 2=myomectomie, 3=cure de prolapsus, 4=plastie tubaire, 5=cerclage, 6=salpingectomie, 7=appendicectomie, 8=pas d'antécédent)

Grossesse actuelle

16- Consultation prénatale : |__| (1=Oui, 2=Non)

. si oui

16a- Nombre : |__|

16b- Lieu : |__| (1=HGT, 2=CSR, 3=CSCOM, 4=HNPG, 5=PMI, 6=Clinique, 7=autres)

16c- Qualité prestateur : |__| (1=spécialiste, 2=généraliste, 3=sage-femme, 4=infirmier obstétricien, 5=matrone, 6=autres)

17- Examen des urines : |__| (1=fait, 2=non fait)

17a- Albumine : |__| (1=Oui, 2=Non) 17b- Glucosurie : |__| (1=Oui, 2=Non)

18- Echographie obstétricale : |__| (1=fait, 2=non fait)

18a- Si fait nombre : |__|

18b- Première échographie : |__| (1=précoce, 2=tardive)

18c- Position placenta : / _____ /

19- Terme de la grossesse : |__| (1=à terme, 2=préterme, 3=post-terme)

19a- Age grossesse : |__| |__| (SA)

20- Pathologie au cours de la grossesse : |__| (1=cardiopathie, 2=asthme, 3=VIH, 4=diabète, 5=prééclampsie, 6=éclampsie, 7=diabète, 8=anémie, 9=autres)

Admission

- 21- Etat général : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)
- 22- Tension artérielle : |___|___| (mmHg)
- 23- Coloration conjonctive : |___| (1=colorée, 2=pâle)
- 24- Température : |___|___|/|___|
- 25- Taille : |___|___| (en m)
- 26- Poids : |___|___|___|___| (kg)
- 27- Hauteur utérine : |___| (en cm)
- 28- Bruits du cœur fœtal : |___| (1=inférieur à 100, 2=100-120, 3=120-160, 4=160-180, 5=sup 180, 6=absents)
- 29- Dilatation du col : |___| (1=complète, 2=incomplète)
- 30- Présentation : |___| (1=céphalique, 2=siège, 3=transversale, 4=oblique, 5=face antérieure, 6=face postérieure, 7=front, 8=autres)
- 31- Type du bassin : |___| (1=normal, 2=limite, 3=rétréci, 4=autres : /_____/)
- 32- Rupture de membranes : |___| (1=intactes, 2=prématurée, 3=précoce, 4=tempestive)
- 32a- Délai de la rupture prématuré des membranes : |___| (heure)
- 32b- colorations du liquide amniotique |___| (1=clair, 2=teinté méconial fluide, 3=teinté méconial purée de poids, 4=hématique, 5=autres)

Facteurs de risque d'hémorragie

- 33- Hématome rétro placentaire : |___| (1=Oui, 2=Non)
- 34- Eclampsie : |___| (1=Oui, 2=Non)
- 35- Placenta praevia : |___| (1=Oui, 2=Non)
- 36- Grossesse multiple : |___| (1=Oui, 2=Non)
- 37- Anémie : |___| (1=Oui, 2=Non)
- 37a-Tx Hb : |_____| 37b- Tx Ht : |_____|

38-Macrosomie : |___| (1=Oui, 2=Non)

39- Hydramnios : |___| (1=Oui, 2=Non)

40- Chorioamniotite : |___| (1=Oui, 2=Non)

41- Travail prolongé : |___| (1=Oui, 2=Non)

42- Hyperthermie : |___| (1=Oui, 2=Non)

42a- Si oui température : |_____| °C

Période d'accouchement

43- Durée de la phase active : |___|_|___| (en heure)

44- Durée de la phase d'expulsion : |___|_|___| (en min)

45- Durée de la délivrance : |___|_|___| (en min)

46- Durée totale du travail : |___|_|___| (en heure)

Délivrance

47-Type de délivrance : /___/ (1= active ; 2= naturelle)

47a- Nombre de tentative : |___| (1=première, 2=deuxième, 3=troisième, 4=quatrième)

47b- Synthocinon : |___| (1=Oui, 2=Non)

47c- Voie : |___| (1=IM, 2=IV, 3=perfusion) - Dose : |_____| (en UI)

48- Mode d'accouchement : |___| (1=césarienne, 2=forceps, 3=ventouse, 4=voie naturelle)

49- Episiotomie : |___| (1=Oui, 2=Non)

49a- Si oui indication : / _____ /

50- Type d'accouchement : |___| (1=normal, 2=prématuré, 3=autres : / _____ /)

51- Etat du nouveau-né :

51a- Nombre de nouveau-né : |_____|

51b- Score d'Apgar 1^{ère} min: |___| 5^{ème} min : |___| 10^{ème} min :
|___|

51c- Poids du nouveau-né : |_____| (grammes)

51d- Bosse sérosanguine : |___| (1=Oui, 2=Non)

51e- Malformation : |___| (1=Oui, 2=Non)

- si oui préciser : / _____ /

Complications de la délivrance

52- Hémorragie de la délivrance : |___| (1=Oui, 2=Non)

- *Si oui causes*

52a- Rétention débris placentaire : |___| (1=Oui, 2=Non)

52b- Rétention des membranes : |___| (1=Oui, 2=Non)

52c- Inertie utérine : |___| (1=Oui, 2=Non)

52d- Trouble de la coagulation : |___| (1=Oui, 2=Non)

53- Inversion utérine : |___| (1=Oui, 2=Non)

54- Hémorragies contemporaines de la délivrance : |___| (1=Oui, 2=Non)

- *Si oui causes*

54a- Déchirure du périnée : |___| (1=Oui, 2=Non)

54b- Déchirure du col : |___| (1=Oui, 2=Non)

54c- Déchirure du vagin : |___| (1=Oui, 2=Non)

54d- Déchirure de la vulve : |___| (1=Oui, 2=Non)

Traitement des complications

55- Médical : |___| (1=Oui, 2=Non)

55a- Synthocinon en IV : |___| (1=Oui, 2=Non)

55b- Synthocinon en IM : |___| (1=Oui, 2=Non)

55c- Methergin : |___| (1=Oui, 2=Non)

55d- Cytotec : |___| (1=Oui, 2=Non)

55e- Macromolécule : |___| (1=Oui, 2=Non)

55f- Transfusion : |___| (1=Oui, 2=Non)

- Si oui nombre de poche : |___|

56- Hystérectomie d'hémostase : |___| (1=Oui, 2=Non)

57- Suture des déchirures : |___| (1=Oui, 2=Non)

58- Etat de la mère après l'accouchement :

58a- Etat de conscience : |___| (1=bon, 2=passable, 3=mauvais)

58b- Conjonctives : |___| (1=colorées, 2=moyennement colorées,
3=pâles)

58c- Tension artérielle : |___|___| (mmHg)

58d- Pouls : |_____| (btt/mN)

58e- Température : |___|___|/|___|

58f- Saignement : |___| (1=minime, 2=abondant)

58g- Rétraction utérine : |___| (1=oui, 2=non)

58h- Issue de la mère : |___| (1=vivante, 2=décédé)

58h1- Si Décédé circonstance :

/_____ /

Fiche Signalétique

Nom : KONE

Prénom : Yssouf

Titre de la thèse : Délivrance Active au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année :2005-2006

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique et santé publique.

Résumé :

La Délivrance Active est l'un des actes de référence dans la lutte contre la mortalité maternelle. Elle permettrait de prévenir l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine qui est la cause la plus fréquente de décès maternel par hémorragie soit 70% selon DEMBELE Y[10] en 2004.

Notre étude de type rétrospectif cas –témoins effectués dans le service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré sur une période de 6mois et portant sur la Délivrance Active a donné les résultats suivants :

-une fréquence de la délivrance active variable entre 61,24% et 68,09%
-les facteurs de risques d'hémorragie sont : la multiparité (50%) ; le travail prolongé (35,9%) ; l'hyperthermie (15,38%) ; l'hématome rétro placentaire (12,82%) la macrosomie (10,26%) ; l'anémie (10,26%) ; la grossesse multiple (7,69%) ;le placenta praevia (5,13%) ; la chorioamniotite (2,56%).

-Les complications de la délivrance active ont été dominées par l'hémorragie de la délivrance 4% des cas et 5,3% des témoins ;les étiologies ont été dominées par la rétention de débris placentaires ou membranaires 83,33% des cas et l'atonie utérine 75% des témoins .

La délivrance active est caractérisée par :

- une troisième période plus courte 81,3% entre 4-5 minutes ;
- une bonne rétraction utérine 98,7% ;
- une réduction de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine 16,67% des cas contre 75% des témoins ;
- une réduction des pertes sanguines ;
- une réduction de la transfusion sanguine (2% des cas et 3,67% des témoins ont été transfusés ;
- une réduction de recours aux ocytociques thérapeutiques (10% des cas et (56,7% des témoins).

Nous n'avons pas observé de décès maternel pendant notre étude.

Mots clés : Délivrance Active, Accouchement, Hémorragie de la Délivrance

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation de race, de partie politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

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

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

Je le jure !