

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi Scientifique



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2012-2013

N°....

TITRE

**HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
SAN DE JANVIER 2012 A DECEMBRE 2012.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06/09/2013 à 14 heures devant
la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par :

M. Drissa SANGARE

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

JURY

Président : Pr Issa DIARRA

Membre : Dr Ibrahim KANTE

Co-directeur : Dr Amadou Youssouf TOURE

Directeur : Pr Bouraïma MAIGA

DEDICACES

ET REMERCIEMENTS

Au nom d'**ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !

DEDICACE

Je dédie cette thèse :

A mon Père : Nouhoum Sangaré

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait, tes infatigables conseils ont porté fruits, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

A ma Mère : AMINATOU SANGARE

Mère douce, tendre, vénérable, tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissent, tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut, tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel.

Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite » maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garder longtemps à nos côtés, Amen !

A mes oncles :

C'est l'occasion pour moi d'exprimer ma profonde gratitude pour vos soutiens inestimables. Qu'**ALLAH** le tout puissant vous récompense.

A mes Sœurs et Frères,

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut .Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappelez que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité !

A mes Neveux et Nièces,

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler d'avantage.

A mes tantes :

Je vous dis tous merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables. Ce travail est le votre.

REMERCIEMENTS

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

A mes amis : Docteur en médecine

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences, je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMPOS :

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut, recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tout.

A mes amis aînés de la FMPOS :

Merci pour vos conseils.

A mes cousines et cousins :

Vous avez été toujours là quand il le fallait.

Votre compréhension et votre humilité si remarquable n'ont pas fait défaut.

Puisse ce travail être un sujet de joie et de soulagement pour vous tous.

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

A Toute la **famille SAMAKE à BANANKORONI, particulièrement à Mr ZANTIGUI SAMAKE et Mme SAMAKE RAMATA COULIBALY**

Je ne saurais vous dire ce que je ressens.

Grâce à vous je ne me suis jamais senti ailleurs que chez moi,

Vous avez été à la place de mes parents, tout au long de mes études, C'est l'occasion pour vous exprimez toute ma profonde gratitude.

A la **famille TRORE à BOLIBANA, particulièrement à Mme KADIATOU TRAORE**, tu à été pour moi une grande mère exemplaire, je ne saurais exprimer le sentiment et l'amour que j'ai pour toi ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce ta bonté, ta générosité et guide toujours tes pas.

A mes aînés du service, tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique: (médecins généralistes, faisant fonction d'internes, sages femmes, infirmières obstétriciennes, manœuvres)

Pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille

Mes encadreurs: Dr Mounkoro SINA ; Dr Traoré Soumaila Babérou ;Dr sekou Traoré ;Dr Diarra Boubacar ;Dr Diarra Dramane S ; Dr Daou Bréhima

Je ne regrette jamais d'avoir été vos élèves, la formation et l'éducation que vous m'avez données, vont au-delà de tout cadre médical. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

Au médecin chef et tout le personnel du centre de santé de référence de san.

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre.

Mes chers collègues Faisant Fonction d'Internes :

ELLE Marcel Yadyango ;Seyni Maiga

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration dans le respect et la considération tout en vous souhaitant courage et abnégation

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président de thèse

Professeur ISSA DIARRA

- **Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie,**
- **Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de Kati,**
- **Ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali,**
- **Haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli. Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et membre du jury

Dr KANTE IBRAHIM

- **Gynécologue obstétricien**
- **Praticien hospitalier au service gynécologie obstétrique du CHU du Point G**

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres du jury

Votre abord facile, la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynécologie – obstétrique. L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche médicale font de vous un maître exemplaire.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Dr Amadou Youssouf Touré

➤ **Médecin chef du centre de santé de référence de San**

Honorable maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration.

Permettez nous de vous exprimez ici, cher Maître,

Le témoignage de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Directeur de thèse**Pr. Bouraïma Maïga**

- **Professeur de Gynécologie obstétrique à la FMPOS,**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- **Détenteur d'un prix Taraboirè dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006,**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

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

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

LEXIQUE

ATCD : antécédent

BDCF : bruit du cœur fœtal

CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée

CPM : chef de postes médicaux

CPN : consultation prénatale

Cm : centimètre

CSCOM : centre de Santé Communautaire

CSREF : centre de santé de référence

Dl : décilitre

DNSI : direction nationale de la statistique et de l'informatique

DPPNI : décollement prématuré du placenta normalement inséré

EDSM IV : enquête Démographique et de Santé Mali IV

g : gramme

HRP : hématome Retro-placentaire

IVD : intra veineuse directe

IV lente : intra veineuse lente

Kg : kilogramme

Km³ : kilomètre cube

Ug : microgramme

Mg : milligramme

Mm : millimètre

Mn : minute

Ml : millilitre

NFS : numération Formule Sanguine

OMS : organisation Mondiale de la Santé

ORL : otorhinolaryngologie

PDF : produits de dégradation de la fibrine

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

PMI : protection maternel et infantile

PP: placenta Prævia

PPL : placenta prævia latéral

PEV : programme Elargi de Vaccination

RAI : recherche d'anticorps irrégulier

RU : rupture Utérine

SA : semaine Aménorrhée

TCA : temps de Céphaline activée

TQ : temps de Quick

VIH : virus de l'Immunodéficience Humaine

Vx : vaisseaux

< : Inférieur ; > : supérieur ; ≤ : inférieur ou égal ; ≥ : supérieur ou égal.

SOMMAIRE :

I-INTRODUCTION	page 1
II-GENERALITES.....	page 5
III-METHODOLOGIE.....	page 46
IV- RESULTATS.....	page 53
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	page 73
VI- CONCLUSION.....	page 81
VII-RECOMMADATIONS.....	page 82
VIII -REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	page83
IX-FICHE SIGNALITIQUE.....	page 91
X-FICHE D'ENQUETTE.....	page93

I. INTRODUCTION

Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement constituent depuis l'origine des temps un risque mortel [19]. Si le risque est diminué dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en voie de développement où la couverture sanitaire est insuffisante (manque de personnel qualifié). Selon les statistiques de l'OMS environ 525000 femmes meurent par an dans le monde pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum, laissant derrière elles 100.000 orphelins [19].

Cette mortalité est de distribution inégale entre le nord et le sud: 1020/100.000 naissances vivantes en Afrique de l'ouest alors qu'elle est de 27/100.000 naissances vivantes dans les pays développés [19].

Elle est dominée dans plus de 80% des cas par les hémorragies dont 95% seraient évitables (OMS) [46, 47, 61].

Ainsi en France les hémorragies du troisième trimestre représentaient avec les hémorragies du post-partum immédiat la première cause de décès maternel avec un taux de 17% et pour la même période au Royaume-Uni et aux États-Unis la 4^e cause de décès avec un taux de 5% [60].

L'incidence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse varie de 3% à 5% dans les pays développés: en France, DOUGLAS a relevé 5% en 1981 [44], de même que AYOUBI en 2000 [2]. A LONDRES, une étude faite par DEREK en 1981 trouvait un taux allant de 3 à 6% [11].

En Afrique, au Bénin AKPOVI notait un taux inférieur à 2,42% [1].

Dans les pays développés même si la mortalité maternelle a été divisée par cent au cours du XX^e siècle elle stagne à 10 décès pour 100000 naissances depuis les années 1980 [60].

Dans les pays en voie de développement cette mortalité est encore plus élevée atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistré dans les pays développés [33].

Au Mali elle est de 464 pour 100000 naissances vivantes selon EDS IV [26].

A l'hôpital Gabriel Touré (CHUGT) une étude faite par Kané F. en 1998 [32] a trouvé 67 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 2568 accouchements ce qui représente 2,6 % des accouchements effectués dans cet hôpital. Ce même Auteur a trouvé que les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse ont représenté 18,7% des causes de décès maternels avec des taux de létalité maternelle et fœtale respectifs de 4,54 % et 5,57% .

Au Centre Hospitalier Universitaire du Point G une étude faite par KOUDJOU TAKOUGOUM LAURES BLAISE en 2008 [35] a trouvé 38,33% de décès maternel par hémorragies soit 12,31 % par l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

En 2009 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti elles représentaient la 2ème cause de décès maternel après l'éclampsie, et la première cause en 2008 avec les hémorragies du post-partum [23].

Ces hémorragies du troisième trimestre constituent non seulement une préoccupation quotidienne en pratique courante mais également elles englobent un éventail de pathologies obstétricales (placenta prævia, hématome retro-placentaire et la rupture utérine) dont le retard dans la prise en charge est préjudiciable pour la mère et le fœtus.

Ce pendant la gravité des hémorragies du troisième trimestre est liée à un certain nombre de facteurs tels :

- la survenue brutale de la perte sanguine ;
- le manque de suivi prénatal ;
- l'insuffisance ou l'indisponibilité des moyens de réanimation (sang et produits sanguin) ;
- le retard et /ou l'absence de diagnostic :
 - ▶ retard dans l'admission au centre de santé
 - ▶ retard dans le diagnostic
 - ▶ retard dans la prise en charge
- Les quatre trop : avoir trop d'enfants ; trop tôt ; trop tard et trop rapprochés.

Dans le monde la transfusion, très utile dans le protocole thérapeutique de ces hémorragies, constitue depuis l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine un risque supplémentaire de contamination liée à cette maladie [55].

Au Mali la gratuité de la césarienne a beaucoup amélioré le pronostic de ces femmes mais force est de constater qu'au centre de santé de référence de San, aucune étude n'a été effectuée sur les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse, c'est pourquoi nous avons initié cette étude avec des objectifs suivants :

1- OBJECTIFS

1.1. Objectif général

Etudier les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse de janvier 2012 à décembre 2012 au csref de San.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les facteurs étiologiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Déterminer le pronostic maternel et /ou foetal des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;

II. GENERALITES

1. Définition

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sont des saignements d'abondance variable, d'origine utérine, extériorisées à la vulve, survenant entre la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et le terme, per partum inclus, délivrance exclue. Les hémorragies d'origine vulvaire, vaginale ou cervicale, (ectropion, cancer du col, hémorragie d'origine cervicale dans la menace d'accouchement prématuré), de mêmes que les saignements extra-génitaux, (anal, urétral, vésical) sont donc exclus [43]. Elles compliquent 2 à 5 % des grossesses.

2. Historique

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

Il semble que c'est PORTAL, qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [16]. Plus tard LEVRET découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [19].

Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta. Parmi ces auteurs on peut citer DOSNANTOS par aortographie ; SNOW et POWELL par placentographie directe en 1934. Le repérage ultrasonique a mit fin depuis la publication de DONALD en 1958[19]. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par HUDSON et FORD aux USA.

Mais il faudra attendre la thèse de SAUBRY en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia.

En Afrique, les dystocies vraies étaient totalement méconnues des accoucheuses traditionnelles qui les mettaient soit au compte d'une infidélité de la femme, soit au compte du mauvais sort [32].

Les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc.

MICHAELLIS reconnaît les principales causes de ruptures utérines : disproportion foeto-pelvienne, présentation transverse.

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

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

BAUDELOQUE décrit la cupule rétro – placentaire des hémorragies cachées.

De LEE, en 1901 décrirait à l'occasion d'un hématome retro – placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée qu'en 1936 par DEEKERMAN.

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

3. RAPPEL ANATOMIQUE

3.1. ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE

Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties (le corps, le segment inférieur et le col de l'utérus)

3.1.1. Le corps

Le corps de l'utérus est l'Organe de la gestation, il présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien ;

A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis ;

A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8 cm, soit 3 travers de doigts au-dessus du pubis, il devient nettement palpable ;

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm en se développant dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

MERGER [41] donne les dimensions suivantes :

Hauteur:	Largeur :
- à la fin du 3 ^{ème} mois : 13 cm	10 cm
- à la fin du 6 ^{ème} mois : 24 cm	16 cm
- et à terme : de 32 cm	22 cm

L'utérus pèse environ :

- à 2 mois $\frac{1}{2}$: 200 g
- à 5 mois : 700 g
- à 7 mois $\frac{1}{2}$: 950 g
- à terme : 800 à 1 200 g pour une capacité de 4-5 litres.

3.1.2 Le segment inférieur

Il est situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculature utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus.

C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision de l'utérus lors de la césarienne (figure I).

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme (Figure II). C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font une région de choix pour l'hystérotomie lors des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines [41].

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6^e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif [41].

Limite:

- La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col ;
- La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale : la veine coronaire de l'utérus [41].

Dimensions

A terme, le segment inférieur mesure environ :

- 7 à 10 cm de hauteur ;
- 9 à 12 cm de largeur ;
- et 3 cm d'épaisseur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

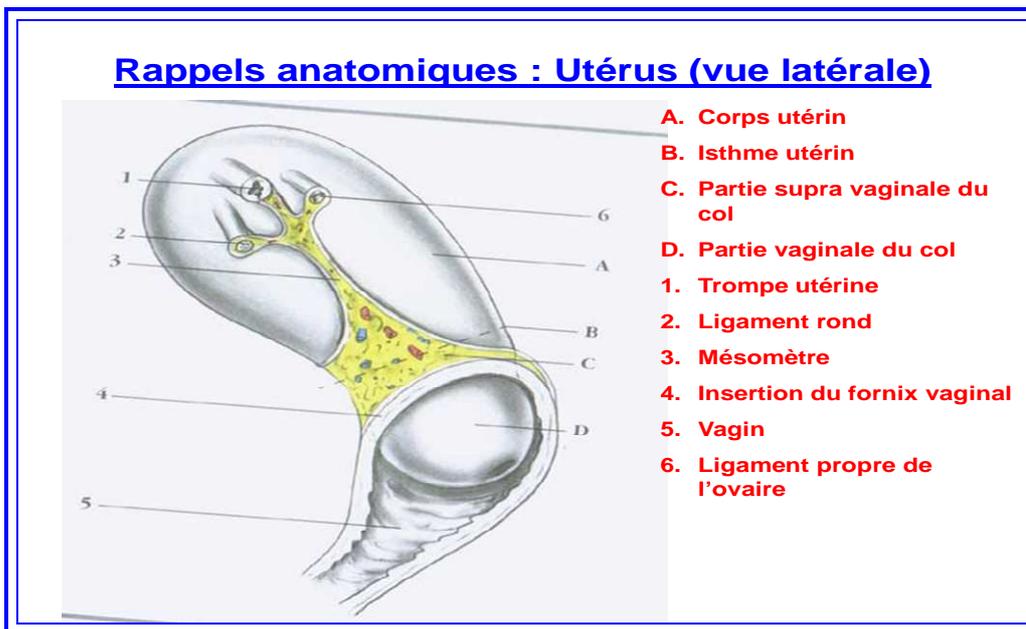


Figure 1: (Tirée de KAMINA P. (19))

3.1.3. Le col

C'est un organe de la parturition, il se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse [41].

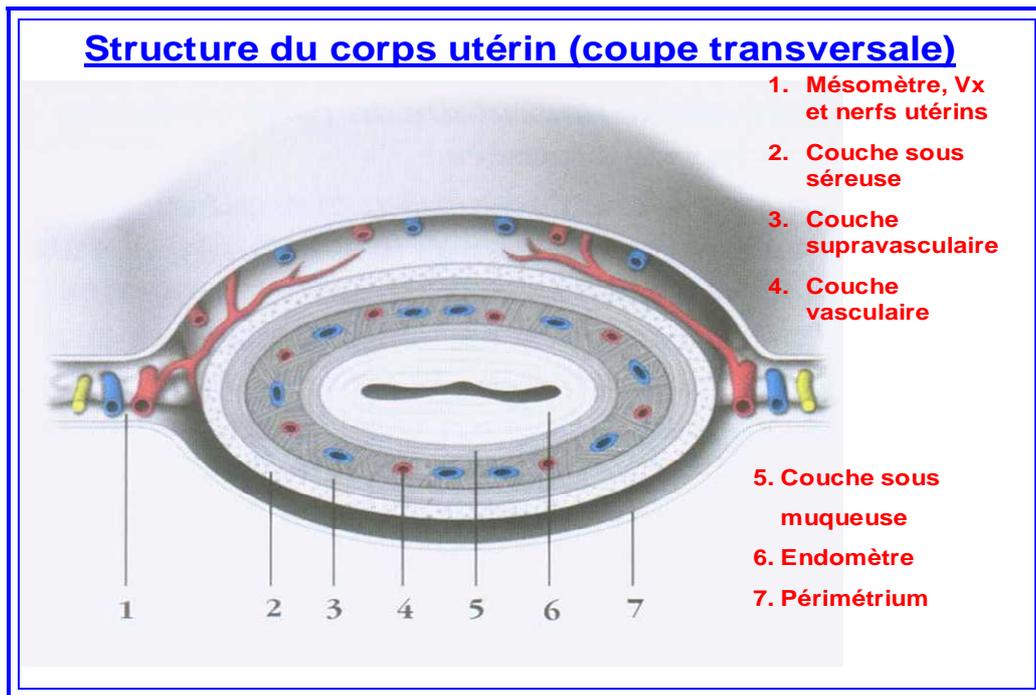


FIGURE 2: (Tirée de KAMINA P. (19))

3.2. Rapports anatomiques de l'utérus gravide

3.2.1. Les rapports anatomiques du corps utérin: L'utérus à terme est en rapport avec :

3.2.1.1. En avant

La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum et plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure III).

3.2.1.2. En arrière

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

Les muscles grands psoas, croisés par les uretères.

3.2.1.3. En haut

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins

* **en arrière** : l'estomac ;

* **à droite** : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

* **plus bas**, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire [41].

3.2.1.4. A droite

Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans **88 %** des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

3.2.1.5. A gauche

Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant. Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure 3) [41].

3.2.2. Les rapports anatomiques du segment inférieur

3.2.2.1. La face antérieure

La vessie est le rapport essentiel (figure 4). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue [41].

3.2.2.2. La face postérieure

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

3.2.2.3. Les faces latérales

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure 5). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis.

Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro-latérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire [41].

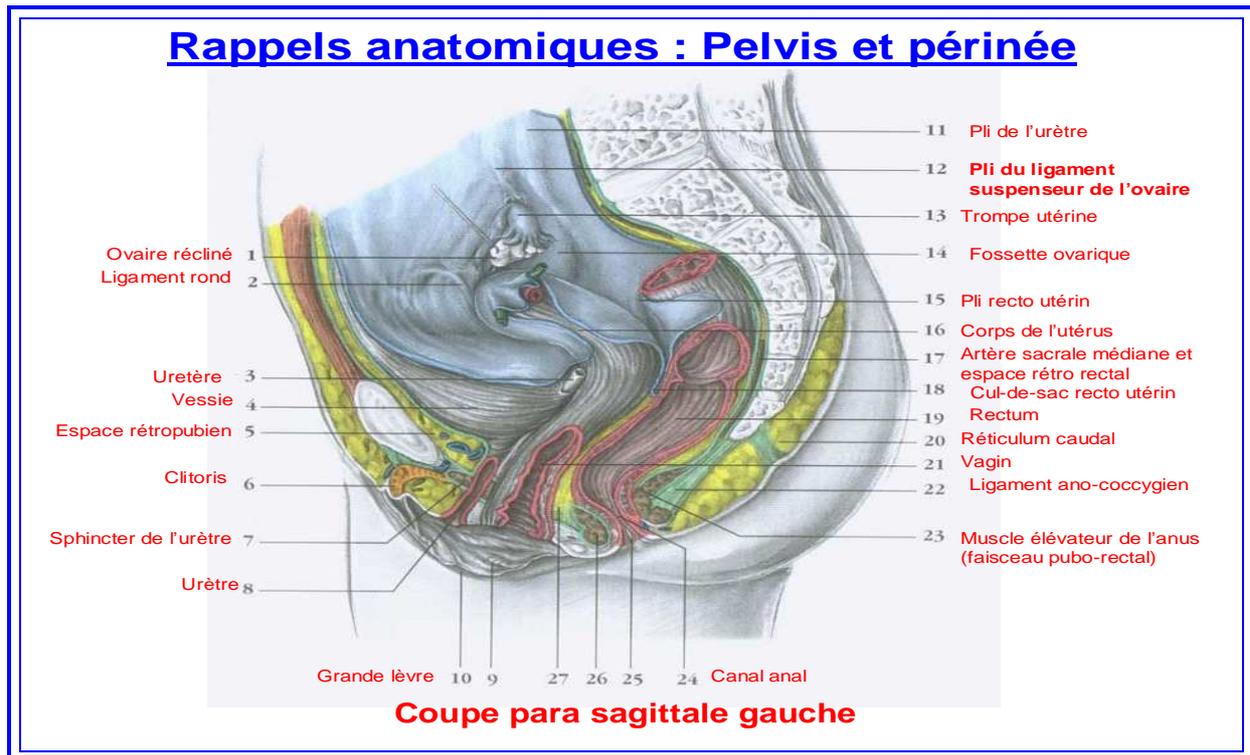


Figure 3: (Tirée de KAMINA P. (19))

3.3. Vascularisation de l'utérus gravide

3.3.1. Les artères

3.3.1.1. L'artère utérine

Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la figure 6.

Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).

Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure 4).

3.3.1.2. L'artère ovarienne

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

3.3.1.3. L'artère funiculaire

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

3.3.2. Les veines utérines

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure 4) [41].

3.3.3. Les vaisseaux lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

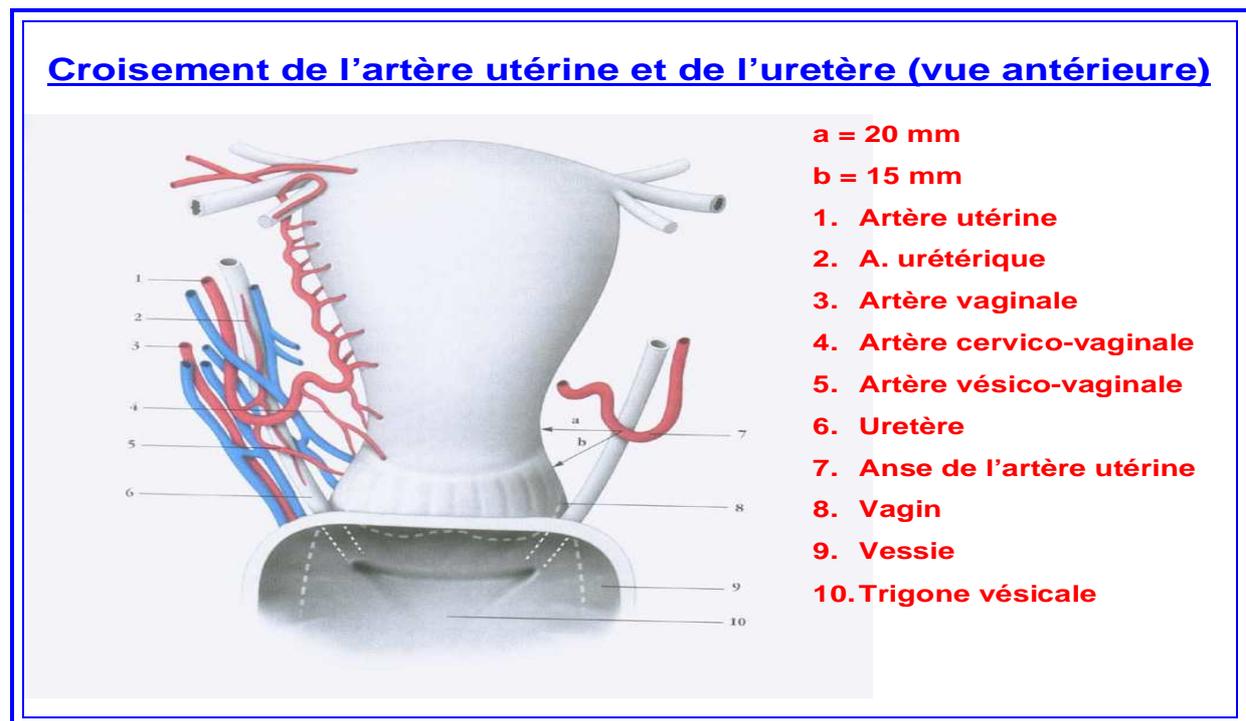


Figure 4:(Tirée de KAMINA P. (19)

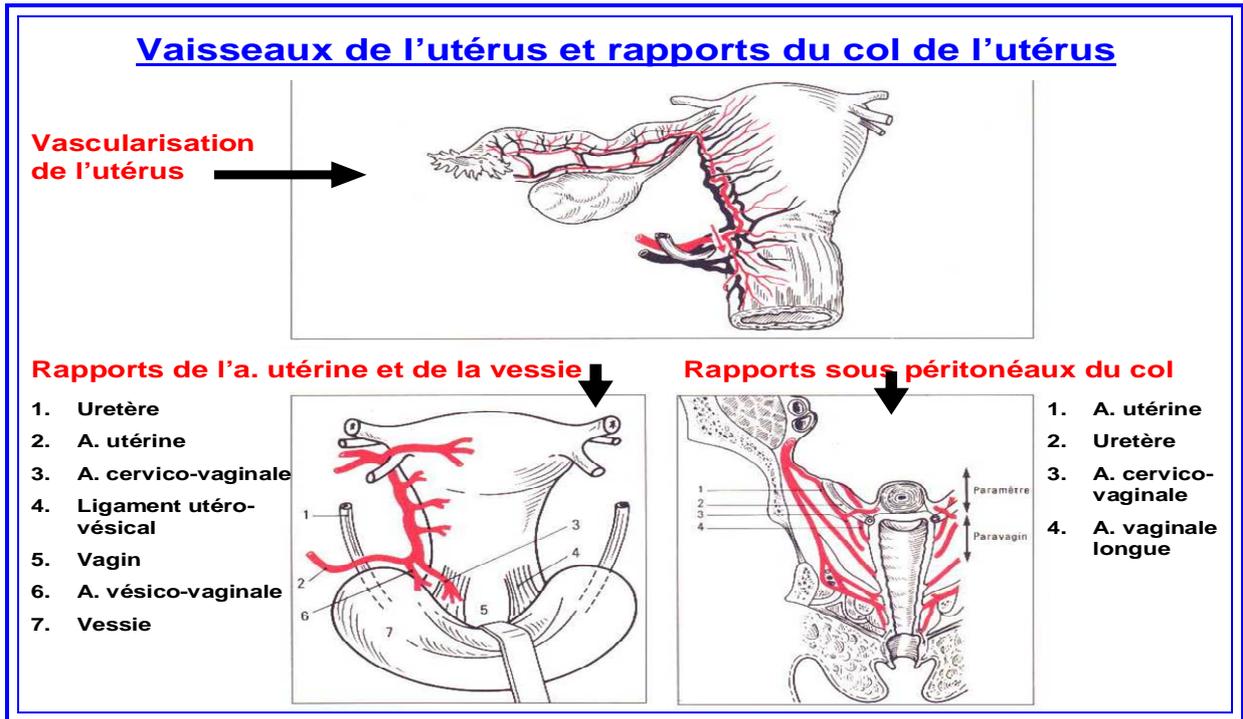


Figure 5: (Tirée de KAMINA P. (19))

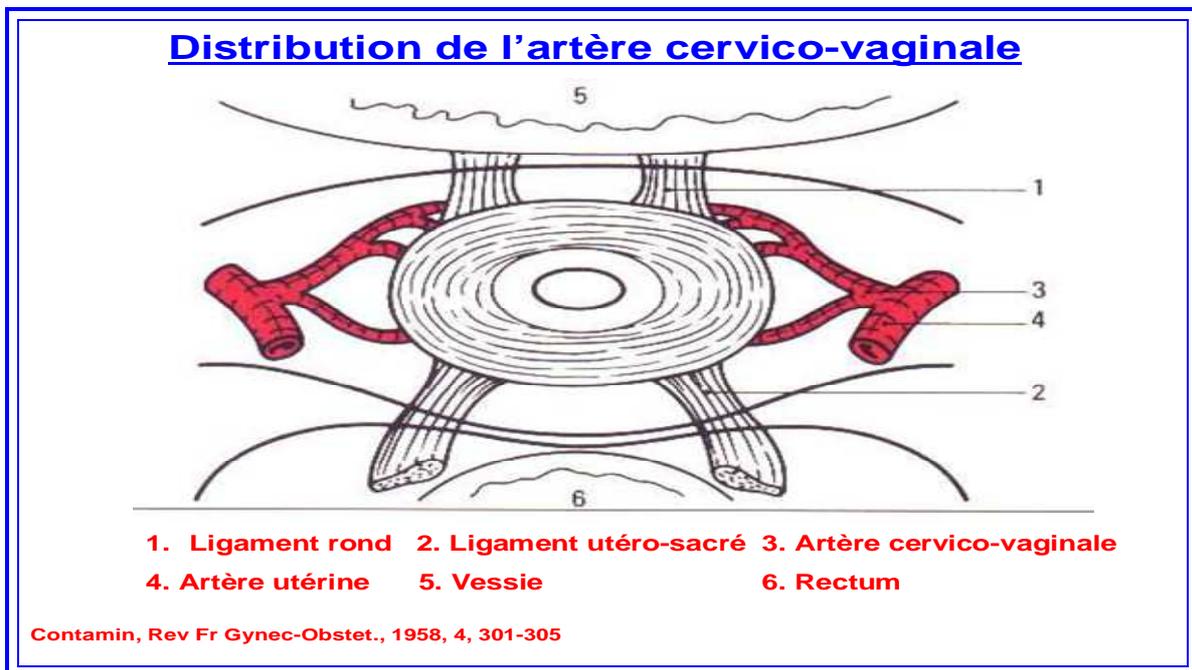


Figure 6: (Tirée de KAMINA P. (19))

3.4. LE PLACENTA

Le placenta, organe curieux par sa structure et important par sa fonction est un organe fœtal né en même temps que l'embryon. Le placenta commande les échanges entre l'embryon et la mère [51]. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3ème et le 4ème mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le 5ème mois.

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

3.4.1. Structure du placenta

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

Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend 2 faces et un bord:

3.4.1.1. La face fœtale

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

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

3.4.1.2. La face maternelle

Encore appelée la lame basale est Charnue. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par les septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance [19]. Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utérins placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse. Quand aux veines, leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouvent la chambre inter villeuse [52]. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

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

3.4.2. La circulation placentaire

La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale.

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

Ce flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160ml / kg / minute. La circulation fœtale est de type simple.

Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.

Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges [49].

Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12m lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang » [33].

3.5. LES MEMBRANES DE L'ŒUF

Elles sont au nombre de trois (3), intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical.

On distingue successivement de dedans en dehors :

3.5.1. L'amnios

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

3.5.2. Le chorion

C'est une membrane fibreuse, transparente et résistante, située entre la caduque et l'amnios.

Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios.

A l'orifice interne du col, le chorion est directement en rapport avec le bouchon du mucus qui obture le canal cervical. Le chorion n'a pas de vaisseaux ni de capillaires propres.

3.5.3. La caduque

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

A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante [52].

3.6. PHYSIOLOGIE DU PLACENTA

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

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

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

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

4. LES ETIOLOGIES

4.1. LE PLACENTA PRÆVIA

4.1.1. Définition

Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il complique 0,3 à 2,6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries la 1ère étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43,28% à 88,7% [36, 58].

4.1.2. CLASSIFICATION

4.1.2.1. Classification anatomique

4.1.2.1.1. Variété latérale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col.

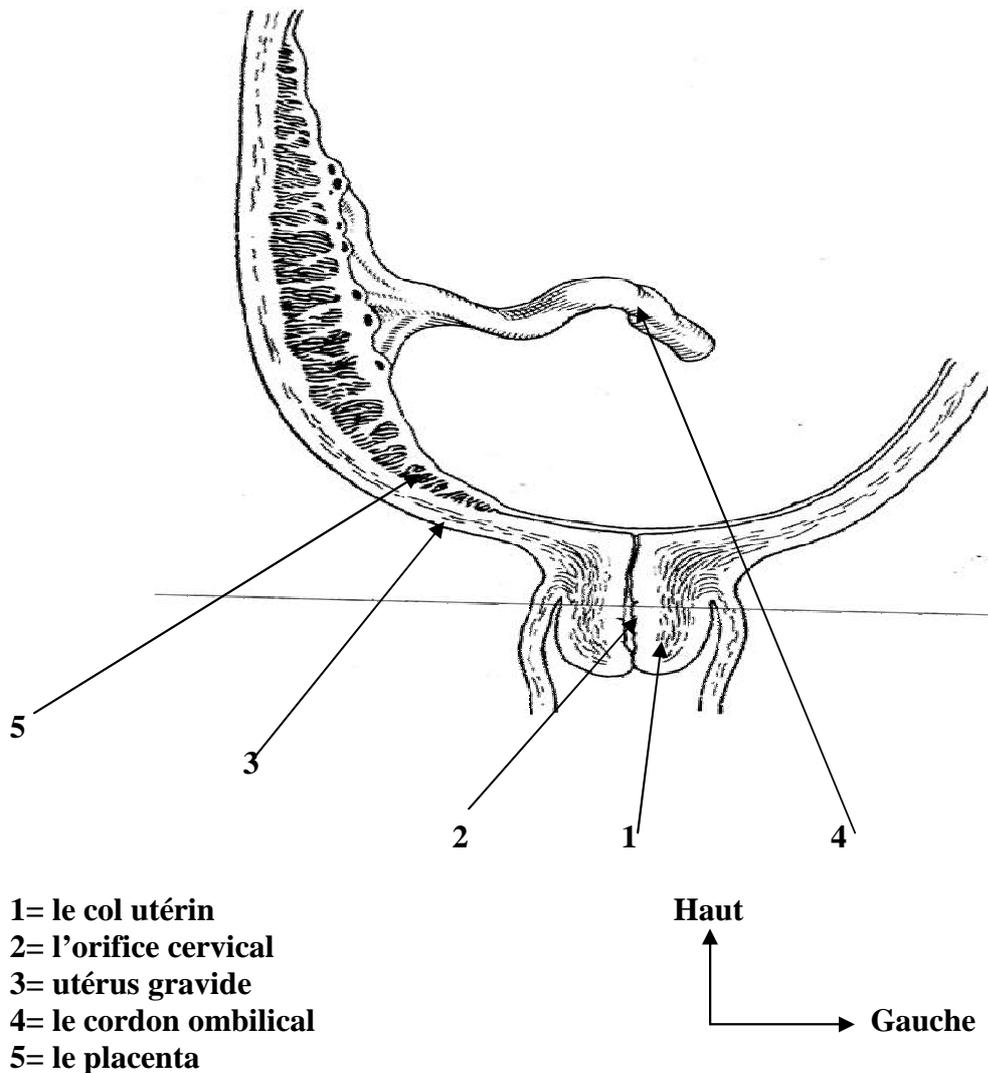
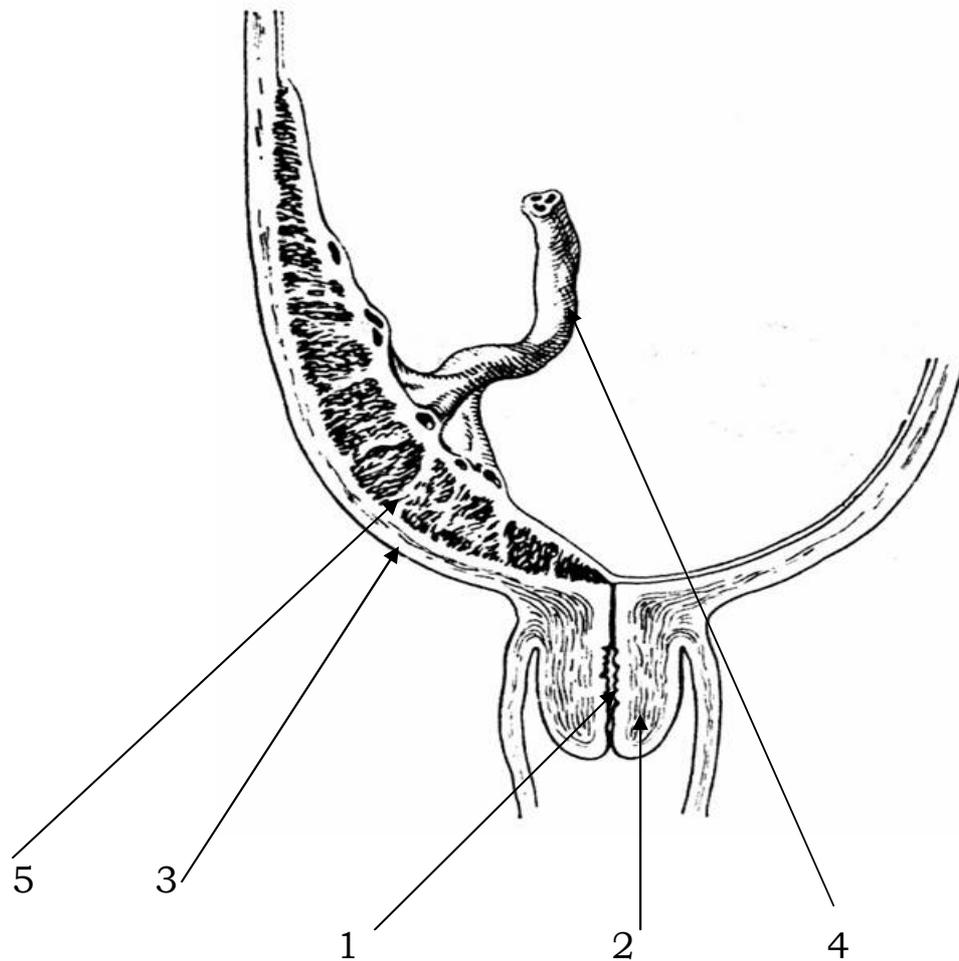


FIGURE.1 Placenta praevia latéral. Merger R.[42]

4.1.2.1.2. Placenta marginal : le placenta arrive au bord supérieur du canal cervical. Il vient affleurer la « margelle » de l'orifice interne du canal cervical

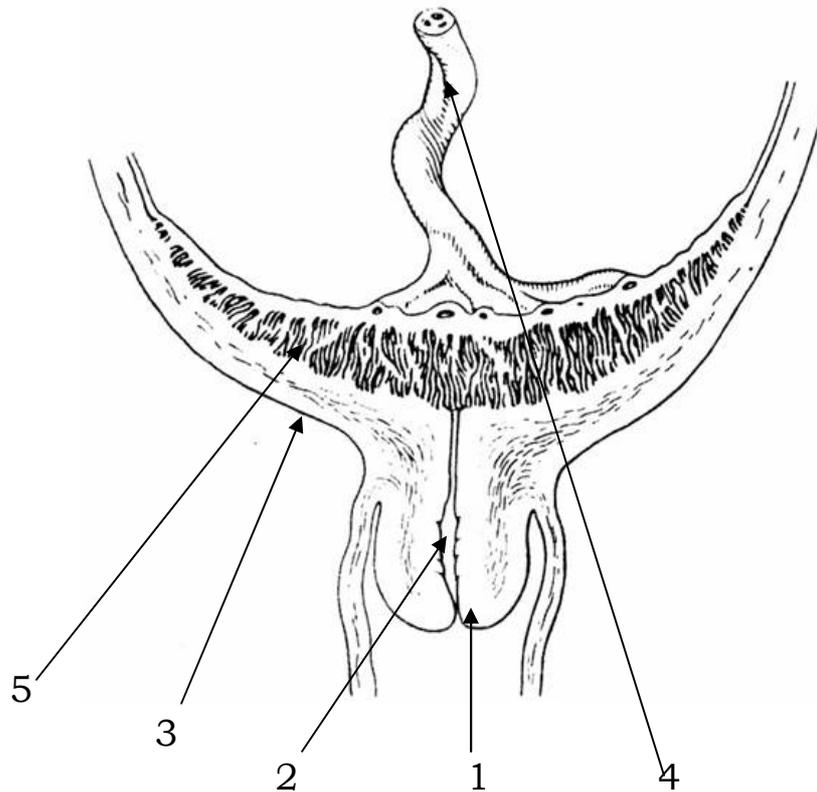


- 1= le col utérin
 2= l'orifice cervical
 3= utérus gravide
 4= le cordon ombilical
 5= le placenta

Haut
 Gauche

FIGURE2: Placenta prævia marginal Merger R. [42]

4.1.2.1.3. Placenta central : le placenta recouvre l'orifice cervical. Selon que l'orifice cervical soit totalement ou partiellement recouvert par le placenta, le placenta prævia sera dit total ou partiel.



- 1= le col utérin
- 2= l'orifice cervical
- 3= utérus gravide
- 4= le cordon ombilical
- 5= le placenta

Haut
↑
Gauche →

FIGURE 3: Placenta prævia central. Merger R. [42]

4.1.2.2. Classification échographique

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



Figure4 :



Figure5 :

Placenta postérieur recouvrant Bas inséré type IV
--

4.1.2.3. La classification clinique

Il faut que la femme soit en travail d'accouchement pour parler de cette classification. Elle comprend deux variétés :

-**Variété non recouvrante**, dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical interne.

-**Variété recouvrante** ; dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation cervicale.

4.1.3. Etude clinique

L'hémorragie peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail d'accouchement. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante d'abondance variable faite du sang rouge.

Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier, sans cause apparente.

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

4.1.3.1. Signes généraux

Leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence.

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

4.1.3.2. Signes physiques

- Le palper abdominal montre que la présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur. L'utérus est souple, sans contracture, l'activité cardiaque du fœtus est perçue.

-Le toucher vaginal qui ne devrait pas être fait avant l'échographie mais très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, les doigts tombent directement sur le matelas placentaire sous forme de masse molle interposée entre les doigts et la présentation. Le doigt revient avec du sang rouge vif.

4.2. L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (H R P)

4.2.1. Définition

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

Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0.25 à 3.08% des grossesses. Il est à l'origine de 35.82% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [33].

4.2.2. Classification de SHER [57]

Grade I : le diagnostic est rétrospectif.

Grade II : Il existe des signes cliniques (douleur abdominale permanente : utérus dur comme du bois s'accompagnant de sang noir peu abondant d'origine utérine, l'enfant est vivant).

Grade III : métrorragies, signes cliniques caractéristiques et enfant mort. Il se divise en deux :

- ▶ IIIa : sans trouble de la coagulation.
- ▶ IIIb : avec de la trouble de la coagulation.

4.2.3. Pathogénie de l'hémorragie

Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption des flux sanguins est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, l'afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celle-ci favorise la libération de thromboplastine, contenue en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine.

Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisé à la zone utero placentaire, ainsi se constitue l'hématome rétro placentaire, l'action se poursuit, produisant alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Très souvent le volume du sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

4.2.4. Etude clinique

4.2.4.1. Signes fonctionnels

Le début est brutal, l'HRP survient sans signes prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable.

La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus accompagnée ou associée à une perte de sang noir. Il

se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces hémorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

4.2.4.2. Signes généraux

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

4.2.4.3. Signes physiques

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

A l'auscultation : les BDCF sont souvent absents.

Au toucher vaginal : le segment inférieur, dur et tendu participe à l'hypertonie utérine. Le gant d'examen ramène des caillots de sang noirâtres.

En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic.

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

HRP avec
hémorragie
enclose

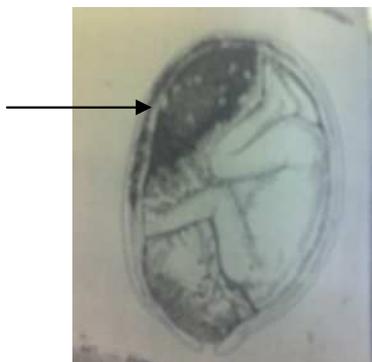


Figure6 :



HRP avec
hémorragie
externe

Figure7 :

4.3. LA RUPTURE UTERINE (RU)

4.3.1. Définition

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine [40]. Elle peut être complète ou incomplète et survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

Rupture utérine
gauche
Vue d'en arrière



Figure8 :

Le diagnostic de la RU est parfois difficile, elle reste une cause importante de la mortalité maternelle : 20 à 39.04% selon les auteurs et représente 11.94% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [33].

4.3.2. Pathogénie de l'hémorragie

L'hémopéritoine consécutif à la rupture utérine a trois origines :

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

La rupture utérine sur utérus sain est beaucoup plus fréquente dans les pays en voie de développement.

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

4.3.3. Etude clinique

4.3.3.1. La phase de prodromes

Les signes de la réaction utérine apparaissent les premiers à savoir :

L'accouchement dure, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes ; l'utérus se relâche mal et plutard se déforme en sablier.

4.3.3.2. Phase d'imminence de la rupture

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

4.3.3.3. Phase de rupture

Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; le fœtus se palpe sous la paroi abdominale. Rapidement apparaissent les signes de choc (*à savoir la polypnée, le refroidissement des extrémités, l'agitation, pouls rapide petit et filant, la tension artérielle abaissée, l'oligurie, les veines périphériques collabées, la pression veineuse centrale diminuée*) qui vont en s'aggravant. Au toucher la femme perd un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

5. QUELQUES CAUSES RARES DES HÉMORRAGIES DU 3^{ème} TRIMESTRE

5.1. Rupture de vaisseau prævia ou hémorragie de BENCKISER

5.1.1. Définition

L'hémorragie de Benckiser peut être définie comme une hémorragie par déchirure d'un des vaisseaux du cordon ombilical en position prævia [10].

5.1.2. Intérêt

C'est une pathologie rare avec une fréquence de 1,1% qui met en jeu le pronostic vital fœtal(2).

5.1.3. Rappel anatomique sur le cordon ombilical

Le cordon ombilical est une tige conjonctivo-vasculaire reliant le fœtus au placenta. Il dérive du canal omphalomésentérique ou vitellin puis du pédicule

allantoïde avec ses vaisseaux. Après la disparition de ces formations les deux artères de l'allantoïde se développent pour former les artères ombilicales, les deux veines allantoïdes fusionnent pour donner la veine ombilicale qui ramène au fœtus le sang du placenta. A terme le cordon ombilical est une tige arrondie, turgescente, tordue en spirale, blanchâtre et luisante. Sa longueur est de 50 cm en moyenne, son diamètre 1,5 cm. Insertion du cordon :

- Du côté fœtal il s'insère à l'ombilic.
- Du côté maternel ou placentaire il s'insère sur la face fœtale du placenta.

L'insertion normale se fait au milieu ou près du milieu de la surface placentaire : elle est dite centrale.

Lorsque l'insertion se fait sur le bord du placenta : elle est dite en raquette ou marginale.

Lorsqu'elle est encore plus excentrique, elle se fait sur les membranes à proximité mais en dehors du bord placentaire : elle est dite velamenteuse.

5.1.4. Physiopathologie

On dit qu'il y a insertion velamenteuse du cordon quand il aborde non pas le placenta mais les membranes à une certaine distance du bord placentaire.

Du point d'insertion les vaisseaux ombilicaux cheminent dans l'épaisseur des membranes, se ramifiant de plus en plus en s'approchant du placenta.

Le plus souvent, le cordon débute sur les membranes à 2 cm en moyenne du bord placentaire. Les vaisseaux parviennent séparément à l'origine du cordon. Ils cheminent sous l'amnios, plus ou moins étalés sans protection.

On l'observe assez souvent dans les grossesses gémellaires mono choriales, mono amniotiques et plus fréquemment en cas d'insertion basse du placenta.

Si les vaisseaux cheminent au regard de l'orifice interne du col, ils peuvent être lésés lors de la rupture des membranes. Lorsqu'un vaisseau se rompt lors de la rupture des membranes cela entraîne l'hémorragie de Benckiser.

Le vaisseau prævia peut se voir également en cas de présence d'un cotylédon

accessoire du placenta.

Au cours de la grossesse, l'insertion velamenteuse ne donne lieu à aucun accident. Cependant elle favoriserait par le tiraillement qui s'exerce sur les membranes lors des mouvements du fœtus, la rupture prématurée de celle ci et de ce fait l'accouchement prématuré.

Au cours de l'accouchement les complications ne sont à craindre que lorsque les vaisseaux parcourent le pôle inférieur de l'œuf, ces complications sont strictement fœtales :

Soit compression des vaisseaux ombilicaux prœvia par l'engagement de la présentation entraînant l'arrêt de la circulation fœto-placentaire et l'anoxie fœtale comme la compression d'un cordon procidant.

Soit hémorragie par déchirure d'un des vaisseaux prœvia, là réside le danger principal.

Cette déchirure vasculaire est due en général à l'extension à un vaisseau de la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique teinté de sang est suivi de l'écoulement d'une certaine quantité de sang rouge vif traduisant l'hémorragie fœtale.

L'enfant naît exsangue parfois ce n'est que plus tardivement au moment où le pôle fœtale agrandi l'orifice membraneux que la blessure vasculaire à lieu. Ces hémorragies tuent presque toujours le fœtus ou il naît anémié

5.1.5. Diagnostic

C'est l'hémorragie d'origine fœtale faite de sang rouge vif qui survient immédiatement après la rupture spontanée ou le plus souvent artificielle des membranes. L'état maternel est bon. Les bruits du cœur fœtal s'altèrent.

5.1.6. Diagnostic différentiel

L'hémorragie de BENCKISER doit être différenciée de :

- L'hématome retro placentaire ;
- Le placenta prœvia ;

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

- La rupture utérine ;
- Le méléna intra utérin :
 - ✓ hémorragie sang noirâtre,
 - ✓ pas de retentissement maternel,
 - ✓ fœtus vivant.
- La rupture du sinus marginal du placenta ou hématome décidual.

C'est la rupture d'une veine au niveau du pôle inférieur d'un placenta normalement inséré.

L'hémorragie est modérée et l'hématome n'interrompt pas la circulation utéro placentaire. Le diagnostic est échographique.

5.2. Cervicites

Sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse. Le diagnostic est facile à l'examen au spéculum (col inflammatoire et suintant) [19].

5.3. Hématome décidual marginal

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

5.4. Rupture spontanée de varices utérines

Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine [27].

La grossesse fragilise les malformations vasculaires [29].

Diagnostic de l'insertion velamenteuse

Le diagnostic de l'insertion velamenteuse avec vaisseaux prævia est quelque fois posé avant la rupture des membranes.

On sent dans les membranes des cordons flexueux, fixes, assez durs, animés de battements synchrones au pouls fœtal.

La fixité, le degré de résistance permet de les différencier d'un pro cubitus.

5. LE TRAITEMENT

5.1. Traitement de l'hématome retro placentaire

5.1.1. Traitement préventif

Nous ne ferons que rappeler :

-la nécessité d'une prise en charge spécialisée des grossesses à risque d'HRP, soit d'après les antécédents, soit d'après l'évolution de la grossesse en cours ;

-la mise en route du traitement antiagrégant préconisé par Uzan, dès 16 semaines d'aménorrhée (150mg/jour d'aspirine) : les résultats enregistrés semblent prometteurs, bien que ce traitement s'applique plutôt aux femmes ayant des antécédents d'hypotrophie [59] ;

-la surveillance des grossesses avec hypertension et/ou autres facteurs de risque de DPPNI, avec notamment des hospitalisations préventives courtes et répétées au 3^{ème} trimestre.

-le port de la ceinture de sécurité pour les femmes enceintes jusqu'au terme de la grossesse.

5.1.2. Traitement curatif

Il doit être fait en milieu médicalisé structuré, avec une équipe comprenant l'obstétricien, le réanimateur et le pédiatre. La réanimation comprend deux grands axes : restaurations des pertes sanguines et traitement des troubles de la coagulation en sachant que les saignements sont toujours sous estimés et qu'un syndrome de défibrination clinique ou biologique est très souvent associés. Le traitement obstétrical dépend des résultats de l'examen clinique et de l'état du fœtus.

5.1.2.1. Dans les formes modérées, avec fœtus vivant sans souffrance fœtale (pas d'hémorragie massive, ni l'état de choc, ni de troubles de la coagulation) : l'expectative est de mise, avec surveillance, tocolyse [51,55] et corticothérapie éventuelle (dexaméthasone).

L'accouchement se fera par césarienne (notamment en cas d'aggravation des signes materno-fœtaux) ou par la voie basse.

5.1.2.2. Dans les formes modérées avec fœtus vivant et souffrance fœtale : en pratique la césarienne est indiquée. La voie basse n'est admise que si l'accouchement est imminent.

5.1.2.3. Dans les formes modérées avec fœtus mort : la voie basse est de règle ,sous deux conditions :

-le contrôle hémodynamique et les bilans biologiques de la coagulation sont suffisants ;

-l'accouchement doit être rapide, dans les 12heures pour Pritchard [50], voire dans 6 heures pour Schaeffer [54].

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, la césarienne s'impose ; pour certains elle doit être systématique [45].

5.1.2.4. Dans les formes graves avec fœtus vivant : l'extraction par la voie haute doit être réalisée conjointement au traitement immédiat de réanimation noté dans le tableau suivant.

Tableau : Réanimation médicale dans les HRP graves. D'après Champagne C, Guide Becar, Ed.Arnette ,1998 [7]

1. Systématiquement :

- mettre en place 2 bonnes voies veineuses 16 ou 18 Gauge ;
- bilan en urgence : groupe, RAI, NFS, plaquettes, temps de Quick(TQ), temps de cephaline activée (TCA), fibrinogène ;
- surveiller pouls et pression artérielle chaque 15minutes ;
- oxygène en masque ;
- administrer un anti -acide per os en prévision d'une anesthésie générale (la péridurale est contre indiquée) : Tagamet® effervescent citraté 200mg ou citrate de sodium 0,3 molaire (30ml) ;
- surveillance de l'hémostase chaque 2 heures : plaquettes, fibrinogène, TQ et TCA.

2-Traitement des complications :

- restaurer la volémie : gélatines de remplissage, Plasmion®, albumine humaine diluée ;
- traiter la fibrination probable si chute rapide du fibrinogène et des plaquettes ou si le fibrinogène est d'emblée inférieur à 1,5g/let les plaquettes à 150000/mm³
- *aprotinine (Iniprol® :3millions en IVD, puis 1 million par 30 minutes ;
- *Si TQ <60% :plasma fris congelé(20ml/kg) ;
- *Si fibrinogène <1g/l :1 à 3 flacons de fibrinogène en IV lente ;
- *Si plaquettes <80 000/mm³ :8 à 10unités plaquettaires sous formes de concentrés plaquettaires ;
- *Si hémoglobine inférieure à 8g/dl :culots globulaires ;
- traitement antibiotique à la moindre suspicion d'infection materno fœtale ;
- Si les complications sont importantes : extraction fœtale et l'évacuation utérine le plus souvent par césarienne, des que l'état hémodynamique le permet.

3. Dès la guérison :

-prophylaxie de la maladie thrombo-embolique.

5.1.2.5. Dans les formes graves avec fœtus mort : la voie basse n'est acceptable que si l'accouchement est imminent, sans troubles de la crase, avec un état hémodynamique maternel bien conservé. Dans les autres cas, la césarienne est préférable.

5.1.3. Commentaires pratiques

5.1.3.1. La tocolyse

Dans le traitement des formes modérées, l'expectative avec surveillance materno-fœtale quotidien en hospitalisation est conseillée [55]. Les β mimétiques sont contre indiqués pour Howell [31] et déconseillés pour Colau [9] ; leur emploi doit être réfléchi et prudent pour Fournié [28] et est sans inconvénient pour Scholl [55].

Ce dernier préfère néanmoins une tocolyse par sulfate magnesium, mais se sert également des β mimétiques (ritodrine) par voie intra veineuse ou per os en relais. Il obtient ainsi un gain réel en durée de gestation, sans augmentation du nombre de césariennes. Dans son étude, Scholl montre que la tocolyse ne majore pas le taux de césariennes parmi les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré. Ces patientes accouchent par voie basse une fois sur deux sans augmentation des risques materno-fœtaux. En effet, la mortalité néonatale s'élève à 17% sur l'ensemble de son étude, et à 6% pour les enfants prématurés [55].

5.1.3.2. La corticothérapie

5mg de dexaméthasone toutes les 12 heures en intramusculaire, pendant 48heures, avant 32 semaines, sauf en cas d'hypertension artérielle sévère, mais les protocoles favorisant la maturation pulmonaire sont nombreux.

5.1.3.3. L'injection d'immunoglobulines anti-D

En IVD, la quantité étant adaptée selon le test de Kleihauer.

5.1.3.4. L'héparine

Elle a longtemps été utilisée dans formes graves. Actuellement beaucoup y renoncent, lui trouvant trop d'inconvénients pendant la période d'évacuation utérine .Elle reste d'actualité pour la prévention thrombo-embolique du post partum.

5.1.3.5 .La pression veineuse centrale

Conseillée par certains, elle ne serait utilisée qu'en cas d'oligo-anurie. En effet, sa mise en place n'est pas sans danger sur ce terrain, avec troubles de coagulation avérés ou potentiels.

5.1.3.6. Atonie utérine

10% des femmes qui présentent des métrorragies graves font une CIVD et parmi celles 1/5 présente une atonie utérine secondaire résistante à l'ocytocine, posant de graves problèmes après l'évacuation utérine. Le traitement médical bien conduit doit être suffisant pour contrôler la situation [57].Ces patientes seraient détectables par le dosage du taux de PDF : celui-ci doit attirer l'attention lorsqu'il est supérieur à 320ug/ml [31].

5.1.3.7. Evacuation utérine par voie basse

Uniquement si les conditions obstétricales sont optimales, après amnitomie, sous perfusion d'ocytocine ou de prostaglandines (E1, E2, ou de synthèse-les Pg F2 α sont contre indiquées) [9] et avec tocographie interne.

5.1.3.8. Césarienne

Elle améliore grandement les résultats de morbidités et de mortalités materno-fœtales .Si la voie basse est acceptée dans certaines conditions, la césarienne reste le traitement de choix dans les formes de DPPNI sévère .Certains la propose systématiquement en s'appuyant sur la notion de sous estimation des pertes sanguines [45].

5.1.3.9. Hystérectomie d'hémostase

Son indication est exceptionnelle, de même que celle de la ligature des artères hypogastriques. L'apoplexie utérine ou l'aspect classique de l'utérus du syndrome de Couvelaire n'est pas indication d'hystérectomie. Si cet utérus répond aux oxytociques, en gardant toute sa valeur fonctionnelle, il doit être conservé. L'hystérectomie d'hémostase ne doit plus être pratiquée [28].

5.2. Traitement du placenta prævia

5.2.1. Si l'hémorragie est importante

La césarienne est le seul traitement envisageable. Elle doit être effectuée par des mains expérimentées, les difficultés étant fréquentes : extraction (parfois transplacentaire) ou décollement placentaire parfois impossible (placenta prævia). Cette intervention doit être pratiquée avec une équipe médico-chirurgicale compétente (anesthésiste réanimateur, obstétricien, pédiatre) [12,14].

5.2.2. Si l'hémorragie est modérée

Avant 36 semaines d'aménorrhée, le risque de prématurité prédomine. Un traitement tocolytique est indiqué avec les précautions d'usage [6, 28,31]. L'effet vasodilatateur des β mimétiques contre-indique ce traitement en cas de pertes abondantes d'instabilité hémodynamique [25]. Certains préfèrent utiliser le sulfate de magnésium dans ce contexte hémorragique.

5.2.3. Après 36 semaines d'aménorrhées

Les conditions maternelles et fœtales l'exigent (hémorragie, localisation placentaire, présentation, souffrance fœtale) la césarienne s'impose.

Si l'hémorragie est modérée et si la localisation placentaire (non centrale) et la présentation (céphalique) le permettent, une rupture artificielle précoce des membranes est le premier geste d'hémostase à réaliser, sous surveillance fœto-

maternelle étroite et continue. A la moindre alerte, la césarienne est toujours indiquée.

Il nous a paru intéressant de reconsidérer la conduite pratique en se référant aux quatre groupes décrits par Howell [31] :

-groupe 1 : grossesse de moins de 37 semaines d'aménorrhée mais où les hémorragies ont cessé ;

-groupe 2 : grossesse de 37 semaines d'aménorrhée ou plus ;

-groupe 3 : travail en cours ;

-groupe 4 : hémorragie trop importante exigeant une évacuation utérine immédiate en ignorant le versant foetal.

***Le groupe 1** doit être hospitalisé sans réaliser de toucher vaginal avec une surveillance régulière cardiotocographique(2 à 3 semaine).Une réanimation (transfusion) et une intervention chirurgicale urgente doivent être réalisable 24heures sur 24. Une réanimation néonatale doit être possible sur place. Dans ces conditions et sans élément d'alerte materno-foetal, on temporise jusqu'à 37 semaines avant d'envisager le mode d'accouchement. Selon Howell,le toucher vaginal implique une césarienne s'il provoque des métrorragies(signes du matelas) ou si la présentation est haute[31].

Pour le groupe 2 la conduite est identique à celle du groupe précédent, la maturité foetale étant acquise.

***Le groupe 3** doit bénéficier d'une césarienne immédiate, si les métrorragies persistent .Sans hémorragie, sans souffrance foetale et avec présentation céphalique engagée, le travail peut se poursuivre sous surveillance cardiotocographique continue.

***Le groupe 4** nécessite une césarienne immédiate.

Nous voudrions insister sur les patientes du groupe 1qui peuvent bénéficier d'un traitement conservateur en absence de saignements abondants, lorsque la maturité foetale n'est acquise. Ce traitement conservateur nécessite :

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

-Un repos strict au lit avec le maintien d'une perfusion intra veineuse jusqu'à l'arrêt des saignements ;

-Une tocolyse par β mimétiques ou par sulfate de magnésium, sous réserve des contre indications habituelles. Un gain de 3 à 4 semaines en moyenne peut ainsi être obtenu, sans augmenter les risques ni pour la mère ni pour le fœtus [12,39] ;

-pour les mères rhésus négatif, une injection de γ globulines anti-D, dont la quantité sera adaptée au test de Kleihauer sur sang maternel ;

-Le cerclage préconisé en son temps en cas de placenta prævia central est inutile [60] ;

-lorsque les saignements se sont taris, ces patientes doivent pouvoir bénéficier d'un suivi en ambulatoire sous couvert de précautions rigoureuses. Ces femmes doivent loger à proximité du centre obstétrical. Elles seront particulièrement informées des signes d'alerte imposant une consultation rapide (hémorragie, douleurs, malaise, contractions). Ces conditions remplies, la poursuite de grossesse permet d'atteindre la maturité bien souvent complications.

5.3. Traitement de la rupture utérine

Comprend deux volets

5.3.1. Prophylaxie

Le traitement prophylactique est essentiel.

Dans les pays développés, il explique la diminution de la fréquence des ruptures.

Il faut :

Bien connaître la dystocie,

Savoir évaluer un bassin rétréci, reconnaître une tumeur prævia, une hydrocéphalie, savoir conduire l'épreuve du travail pour l'arrêter opportunément,

Savoir manier les ocytociques et au besoin s'en passer, user s'il le faut des utéro-relaxants,

Evaluer les risques de la voie basse dans les utérus cicatriciels.

Il ne faut pas :

Laisser s'installer la rétraction utérine,

Recourir à des opérations contre-indiquées ou désuètes, pas de forceps au détroit supérieur, pas d'intervention par voie basse avant la dilatation complète, pas de version risquée, pas de version si l'utérus est rétracté, faire de dilatation forcée du col.

5.3.2. Traitement curatif

Toute rupture utérine diagnostiquée doit être opérée en urgence. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant. Il doit être complété par le traitement du choc et par celui de l'infection.

Il y aura toujours lieu de vérifier l'état des autres organes pelviens et surtout la vessie.

5.3.2.1. Traitement chirurgical

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale, qui permet seule d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Le geste chirurgical tient compte :

De l'ancienneté de la rupture et du degré d'infection surajoutée.

De l'importance des lésions anatomiques,

Des antécédents, surtout d'intervention sur l'utérus (utérus cicatriciel).

De l'âge, parité, existence d'enfant vivant ou non.

Après coeliotomie, deux opérations sont possibles.

5.3.2.1.1. L'hystérectomie

Elle est encore aujourd'hui indiquée, lorsque la rupture est importante ; compliquée de lésions de voisinage ; chaque fois qu'elle est contuse, irrégulière, étendue, accompagnée de lésions vasculaires, quand elle date de plus de 6

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

heures, ou encore si, même moins grave, elle survient chez une multipare relativement âgée [24].

Autant que possible, les ovaires sont conservés.

5.3.2.1.2. L'hystérorraphie

C'est une technique chirurgicale conservatrice qui consiste à suturer l'utérus. Cette opération conservatrice, dont les avantages sont considérables chez une jeune femme, doit être techniquement réalisable quand la lésion utérine n'est pas trop étendue, non compliquée de lésions voisines.

Interviennent aussi dans la décision, l'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures (enfant vivant). Son état général, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire, l'infection potentielle.

5.3.2.1.3. La ligature des trompes

Elle n'est pas un traitement de la rupture utérine. Elle est associée, si elle est pratiquée, à l'hystérorraphie

La stérilisation tubaire est faite parfois :

Chez les grandes multipares et/ou,

Devant les lésions importantes.

C'est une méthode contraceptive le plus efficace et de loin la moins contraignante [56].

5.3.2.1.4. Autres gestes

C'est le traitement des lésions associées ; déchirures vaginales et cervicales : par du fil résorbable.

Plaies vésicales : la réparation immédiate est parfois possible si la plaie est nette et facilement accessible, on ferme la vessie au vicryl 2/0 en un plan, sans suturer le vagin.

Le plus souvent, mieux vaudra attendre trois mois pour un traitement conséquent.

Drainage vésical : le sondage se fait pendant quinze jours sous antibiotique.

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

5.3.2.2. Traitement du choc

Il est entrepris dès le diagnostic de la rupture reconnue. On ne saurait trop insister sur la fragilité de ces malades.

Tout transport, toute manipulation aggrave le choc. C'est pourquoi les ruptures utérines en milieu non chirurgical sont très graves.

En milieu chirurgical, le traitement de choc doit être fait à la salle d'opération même, où l'opérée sera laissée le temps qu'il faudra, puis transportée au service de réanimation : on lui apportera des substances énergétiques (sucres) et oxygène.

Le traitement curatif du choc comprend :

Le traitement de la cause :

C'est celui de la rupture elle-même. Il est primordial

Les perfusions, si l'hémorragie n'est pas tarie, risquent de ne pas compenser les nouvelles déperditions. Mais de réaliser un véritable lavage de sang qui aboutirait à l'anémie aigue.

Hémostase doit donc précéder la réanimation dont la précession doit être conduite au maximum.

La réanimation

Le rétablissement de la circulation périphérique et de la volémie est l'objectif principal du traitement par transfusions où à leur défaut, par perfusion de macromolécules.

La quantité de sang à perfuser sera réglée sur la dissipation du choc, le rétablissement des chiffres tensionnels, le retour du pouls à la normale. Elle est très variable.

Certaines circonstances obligent à des perfusions massives et rapides. IL faut alors recourir à plusieurs voies veineuses, au besoin après dénudation.

D'autres substances que le sang peuvent être employées à savoir les produits à grosses molécules pour maintenir la circulation : plasma, produits synthétiques (plasmion).

Les solutés cristalloïdes, salés ou sucrés ne se maintiennent pas en circulation. Tous ces produits doivent être considérés comme des moyens d'urgence, ils peuvent parfois suffire.

Ils permettent en tout cas de gagner le temps nécessaire à la mise en œuvre de la transfusion, indiquée en cas de persistance ou de récurrence du choc.

L'oxygénothérapie n'a pas de sens que si la circulation est rétablie.

L'anurie le plus souvent transitoire, peut être prévenue par la perfusion de mannitol ou de diurétiques.

5.3.2.3. Traitement anti-infectieux

Les antibiotiques seront administrés à fortes doses par voie parentérale à titre préventif pendant plusieurs jours jusqu'à stabilisation de la température à la normale.

6. EVOLUTION ET COMPLICATION

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

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

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

6.2. Les troubles de la coagulation ;

6.3. Les syndromes rénaux : « le rein de choc » : les lésions tubulaires et épithéliales peuvent régresser complètement. Le rein de choc est beaucoup plus

fréquent et donne une anurie fonctionnelle transitoire, disparaissant après un traitement bien conduit.

6.4. « la nécrose corticale du rein » : elle survient dans les suites de couches et la mort survient par anurie organique. Les lésions glomérulaires sont définitives.

7. LE PRONOSTIC

7.1. LE PRONOSTIC MATERNEL

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce aux transfusions et la césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée de membranes, les hémorragies, et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, péritonites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne).

Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec comme traduction arrêt de la procréation et toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale de ces patientes.

7.2. LE PRONOSTIC FŒTAL

Le pronostic fœtal est mauvais en général ; cependant la césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours. L'hypo volémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale favorisent la mort in utero et la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A

III. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de San (région de Ségou, République du Mali).

1.1. Présentation du cercle de San

Situé au Sud-est en quatrième région du Mali, le cercle de San s'étend sur une superficie de 7262km².

Il est limité au Nord par les cercles de Macina et Djenné, au Sud par les cercles de Koutiala et Yorosso, à l'Est par le cercle de Tominian et à l'Ouest par les cercles de Bla et Ségou.

Le cercle est arrosé par le fleuve Bani et ses affluents comme le koni et le Banifing. Le climat est de type soudanais tropical humide.

Le cercle de San est composé de 421 localités ou villages/quartiers repartis entre 24 communes rurales et une commune urbaine.

La population est estimée en 2010 à 339491 habitants selon la DNSI. Les principales ethnies rencontrées sont les Bambara, les Minianka, les Bobo, les Peulhs, les Sarakolés et les Bozos.

La ville de San est le siège de la commune urbaine de San, constituée de douze (12) quartiers et sept (7) villages rattachés à la commune.

Elle dispose de cinq (5) formations sanitaires :

Un CSREF dans lequel s'est déroulée notre étude ;

Deux (2) CSCOM (Central ou PMI et LAFIABOUGOU) ;

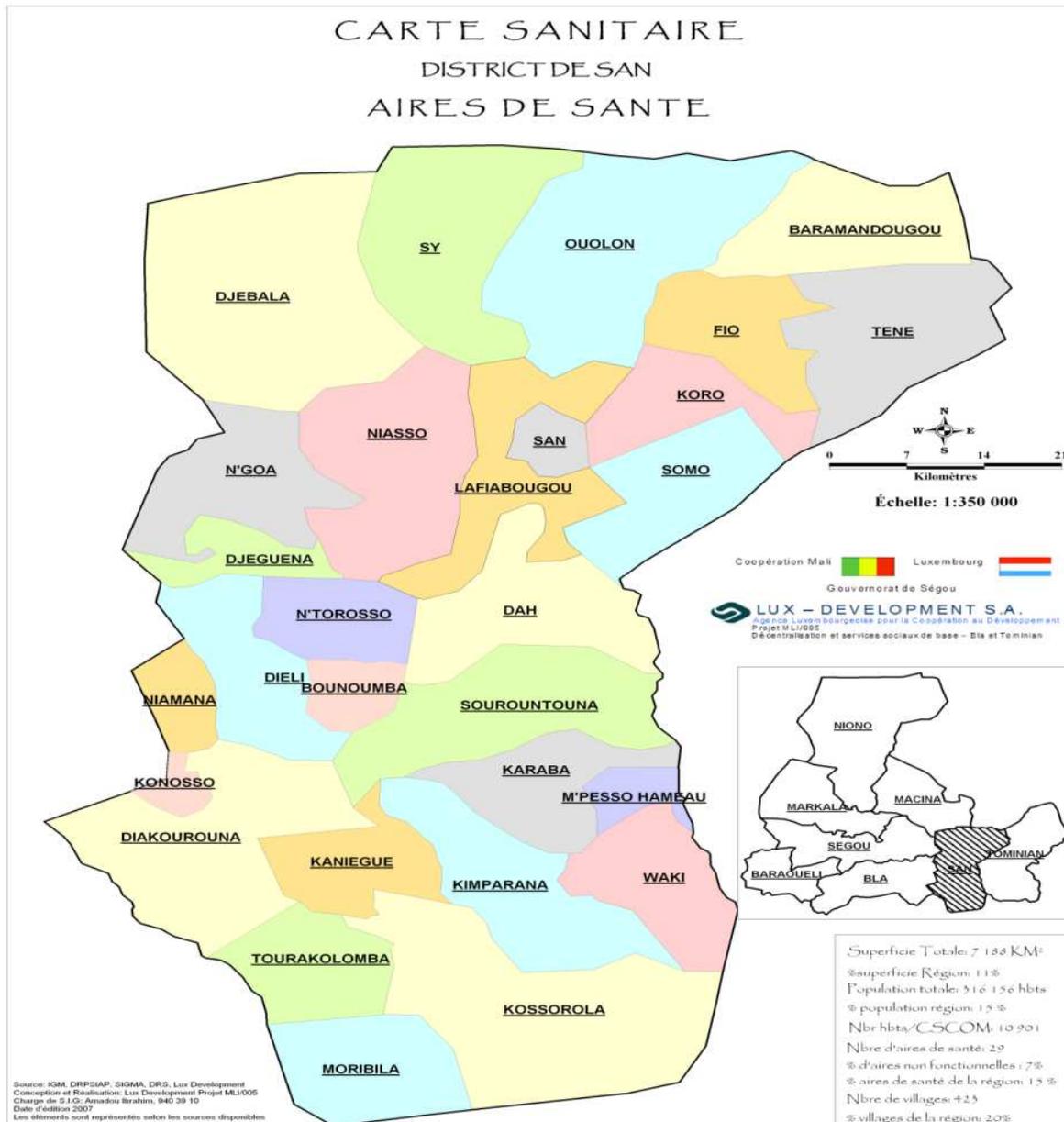
Un Centre Médical Inter Entreprise (CMIE) ;

Quatre formations sanitaires privées ((cliniques Colomb, Santoro, Lafia) et l'agence des musulmans d'afrique (AMA)).

A celles-ci s'ajoutent deux écoles de formations des techniciens sanitaires, un orphelinat, un centre de récupération nutritionnelle des sœurs missionnaires et six officines de pharmacie privées.

Le District sanitaire de San compte 30 CSCOM tous fonctionnels.

Figure 2 : Carte sanitaire de San.



1.2. Historique du centre de santé de référence de San

Ce centre a été créé en 1905 par un médecin, Docteur Dupant lors d'une mission de vaccination.

Le centre a reçu plusieurs appellations successives entre autres :

Sous le régime colonial, Dispensaire de la ville de San puis Centre Médical de San ;

A l'indépendance, Centre de Santé du Cercle de San et après Centre de Santé Municipal de San ;

Il a été appelé Hôpital Secondaire de San, le 20 octobre 1977 par décret du conseil des ministres ;

Et transformé en Centre de Santé de Référence du Cercle de San en 2007.

1.3. Présentation du centre de santé de référence de San: Il est composé de :

Une administration ;

Un service d'hygiène et assainissement ;

Un service d'ophtalmologie ;

Un service de stomatologie ;

Un service de médecine générale ;

Un service de chirurgie générale ;

Un service de kinésithérapie ;

Un service de pédiatrie ;

Un service de laboratoire ;

Un service de radiologie ;

Un service de dépôt Répartiteur du Cercle ;

Un service de maternité comporte :

* Une salle de consultation pour médecin ;

* Une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement ;

* Une unité de suites de couches (5lits) ;

* Une unité pour le Programme Elargi de Vaccination ;

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

- * Une unité de consultation post natale ;
- * Deux salles d'hospitalisation (13 lits);
- * Trois salles de gardes ;
- * Deux bureaux de sage femme ;
- * Deux toilettes ;
- * Une salle de soins ;
- * Une salle de staff.

Le service est dirigé par un gynécologue obstétricien. Le personnel est composé de :

- Un gynécologue obstétricien ;
- 6 Sages femmes ;
- 4 Infirmières obstétriciennes ;
- 2 Matrones ;
- 2 Manœuvres ;

Le fonctionnement

Les consultations sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures réunissant le personnel du service, dirigé par le Chef de service. La visite est journalière après le Staff. La garde est assurée par une équipe de garde composée de :

- Le gynécologue ou un médecin généraliste ;
- Un faisant fonction d'interne ;
- Une sage femme secondée par une infirmière obstétricienne ou une matrone
- Un anesthésiste ;
- Un laborantin ;
- Un garçon de salle ;
- Un chauffeur d'ambulance ;

2. Type d'étude

IL s'agit d'une étude prospective et analytique des données.

3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012 soit une période d'étude de 12 mois.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes enceintes, parturientes avec saignement au cours du dernier trimestre de la grossesse admises à la maternité du CS Réf de San.

5. Echantillonnage

5.1. Critères d'inclusion

Toutes femmes enceintes avec hémorragie survenue à partir de la 28^{ème} SA admises dans notre service pendant la période d'étude.

NB : Age gestationnel sera déterminé à partir de la date des dernières règles connue, une échographie précoce (avant 13 SA) ou la hauteur utérine.

5.2. Critères de non inclusion

Toutes les patientes présentant une hémorragie au 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse ainsi que celles qui présenteront des hémorragies d'origine vulvaire, vaginale ou cervicale, (ectropion, cancer du col, hémorragie d'origine cervicale dans la menace d'accouchement prématuré), de mêmes que les saignements extra-génitaux (anal, urétral, vésical) ou une hémorragie de la délivrance.

6. Collecte des données

Pour effectuer ce travail, nous nous sommes présentés tous les jours au Centre de Santé de Référence de San en consultant les registres de garde et de permanence, le protocole opératoire du bloc et les registres de consultation. Pour mieux cerner les pathologies, nous avons élaboré un questionnaire.

7. Déroulement pratique de l'étude

Une fois le diagnostic de l'hémorragie du 3^{ème} trimestre connue nous procéderons à :

- L'installation de la patiente ;
- La prise de la voie veineuse sûre avec un cathéter G 16 ou G 18 ;
- La demande du taux d'hémoglobine en urgence ;
- La demande d'une échographie obstétricale si nécessaire en urgence ;
- Une recherche étiologique.

Préciser :

- Le terme de la grossesse (viabilité fœtale) ;
- La notion de travail d'accouchement ou non ;
- La vitalité fœtale.

Faire :

- La maturation pulmonaire si nécessaire par les corticoïdes ;
- Une évaluation du retentissement de l'hémorragie sur l'état général ;
- Une recherche de pathologie maternelle associée.
- La conduite à tenir dépendra de ces différents paramètres.
- Nous avons procédé au suivi de nos malades et les nouveaux nés vivants pendant toute la durée de l'hospitalisation.

8. Variables

Concernant la population d'étude nous avons étudié les paramètres suivants :

les données socio-démographiques : âge, ethnie, état matrimonial, profession, résidence ;

les antécédents : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux,

le mode d'admission ;

le diagnostic d'entrée et le diagnostic définitif ;

le pronostic materno-fœtal.

9. Définitions opératoires :

Primigeste = 1 grossesse ;

Paucigeste = 2 à 3 grossesses ;

Multigeste = 4 à 5 grossesses ;

Grande multigeste \geq à 6 grossesses ;

Nullipare = 0 accouchement ;

Primipare = 1 accouchement ;

Paucipare = 2 à 3 accouchements ;

Multipare = 4 à 5 accouchements ;

Grande multipare \geq 6 accouchements.

Mauvais état général est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et ou une tension artérielle inférieure ou égale à 8/4 cmhg, taux d'hémoglobine \leq 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.

Etat général passable : tension artérielle entre 9/5 cmhg et 10/6 cmhg, taux d'hémoglobine variant de 7g/dl à 10g/dl avec obnubilation, score de Glasgow variant de 9 à 12.

Etat général bon : tension artérielle \geq 11/7 cmhg, taux d'hémoglobine \geq 11g/dl, bonne conscience, score de Glasgow variant de 13 à 15.

Le coma se définit comme la suppression de la vigilance et de la conscience.

-Obnubilation : est l'état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.

Anémie sévère : taux d'hémoglobine \leq 6g/dl ;

Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;

Evacuation : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;

Référence : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence.

IV.RESULTATS

Fréquence

Du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012 nous avons colligé à la maternité du centre de santé de référence de San 1783 accouchements dont 70 cas de grossesses compliquées d'hémorragies du 3^{ème} trimestre soit une fréquence de 3,93%.

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Age (en année)	Fréquence	Pourcentage
15 à 19	7	10,00%
20 à 24	13	18,57%
25 à 29	9	12,86%
30 à 34	20	28,57%
35 à 39	18	25,71%
40 à 44	1	1,43%
45 à 49	2	2,86%
Total	70	100,0%

28,57% de nos patientes avaient un âge compris entre 30-34 ans

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	FREQUENCE	Pourcentage
ménagère	68	97,10%
élève/étudiante	2	2,90%
Total	70	100,00%

97,10% des patientes étaient des ménagères

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	17	24,28%
Minianka	16	22,86%
Peulh	10	14,28%
Sarakolé	9	12,86%
Bobo	5	7,14%
Bozo	4	5,71%
Sénoufo	3	4,29%
Mossi	2	2,86%
Dafing	2	2,86%
Malinké	1	1,43%
Sonrhäï	1	1,43%
Total	70	100,00%

Les bambaras étaient majoritaires avec 24,28% des cas suivi des minianka avec 22,86%

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	68	97,10%
célibataire	2	2,90%
Total	70	100,00%

Dans notre étude les femmes mariées étaient majoritaires avec 97,10%

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

Niveau d'éducation	Fréquence	Pourcentage
non scolarisée	63	90,00%
primaire	4	5,70%
secondaire	3	4,30%
Total	70	100,00%

Dans 90,00% des cas, les patientes ou gestantes étaient non scolarisées.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Métrorragie	45	64,29%
Douleur	10	14,28%
PP recouvrant	2	2,85%
HRP	2	2,85%
Grande multipare avec travail non évolutif	1	1,43%
Dilatation stationnaire	1	1,43%
HTA	1	1,43%
Anémie	1	1,43%
Dystocie	1	1,43%
Présentation de siège et pré-rupture	1	1,43%
Présentation vicieuse	1	1,43%
Rétention de J2	1	1,43%
suspicion de désunion de cicatrice	1	1,43%
Suspicion de PPL (placenta prævia latéral)	1	1,43%
suspicion de RU (rupture utérine)	1	1,43%
Total	70	100,00%

Le motif de consultation le plus fréquemment rencontré a été la métrorragie avec 64,29% des cas

Tableau VII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Evacuée	40	57,14%
Autoréférence	30	42,86%
Total	70	100,00%

Dans notre série l'évacuation a représenté 57,14%.

Tableau VIII : Répartition selon la qualité de l'agent qui réfère

Qualité de l'agent qui réfère ou évacue	Fréquence	Pourcentage
sage femme	11	27,50%
infirmière obstétricienne	11	27,50%
Médecin	9	22,50%
matrone ou aide soignante	9	22,50%
Total	40	100,00%

Les sages femmes et les infirmières obstétriciennes ont été les plus représentées avec 27,50%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la provenance

PROVENANCE	Fréquence	Pourcentage
CSCOM En dehors de la ville	35	50,00%
venue d'elle même (Ville de San)	30	42,86%
CSCOM ville de SAN	4	5,71%
Clinique (ville de San)	1	1,43%
Total	70	100,00%

Les cscom en dehors de la ville de San ont été les plus représentés avec 50,00% des cas.

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

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Bon	38	54,30%
Passable	28	40,00%
Mauvais	4	5,70%
Total	70	100,00%

Au cours de notre étude, 54,30% de nos patientes avaient un bon état général à l'admission ;

Tableau XI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD médicaux	Fréquence	Pourcentage
Sans ATCD médicaux	55	78,60%
HTA	11	15,70%
Asthme	2	2,90%
Poliomyélite	1	1,40%
VIH	1	1,40%
Total	70	100,00%

L'hypertension artérielle a été retrouvée dans 15,70% des cas.

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Sans ATCD chirurgicaux	62	88,60%
Césarienne	7	10,00%
GEU	1	1,40%
Total	70	100,00%

Dans notre étude 10,00% de nos patientes avaient un ATCD de césarienne.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Grande multipare	32	45,70%
pauci pare	11	15,70%
Multipare	10	14,30%
Primipare	9	12,90%
Nullipare	8	11,40%
Total	70	100,00%

Les grandes multipares ont représenté 45,70% de l'échantillon d'étude.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
0	33	47,14%
1-2	21	30,00%
≥3	16	22,86%
Total	70	100%

Au cours de notre étude, 47,10% de nos patientes n'ont fait aucune consultation prénatale.

Tableau XV: Répartition des patientes selon le saignement antérieur

Saignement antérieur	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	1	1,40%
2 ^{ème} trimestre	2	2,90%
3 ^{ème} trimestre	4	5,70%
Absence de saignement antérieur	63	90,00%
Total	70	100,00%

Parmi les 70 cas de grossesses compliquées d'hémorragies du 3^{ème} trimestre, seulement 10,00% ont eu à faire des saignements à répétition.

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

Etiologie de l'hémorragie	Fréquence	Pourcentage
PP	33	47,14%
HRP	27	38,57%
RU	10	14,29%
Total	70	100,00%

Le placenta prævia a été majoritaire avec 47,14% cas suivi de l'hématome retro placentaire avec 38,57% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le caractère du saignement

caractère du saignement	Fréquence	Pourcentage
Extériorisé	54	77,10%
Non extériorisé	16	22,90%
Total	70	100,00%

Dans 77,10% des cas le saignement était extériorisé.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission au Centre (en heure)

Temps entre début de l'hémorragie et de la consultation	Fréquence	Pourcentage
[0-2Heure [33	47,20%
[2-4 Heure [22	31,40%
supérieur à 4 Heures	15	21,40%
Total	70	100,00%

31,40% de nos patientes ont fait 2-4 heures entre le début de l'hémorragie et de la consultation au centre et 21,40% ont eu à faire plus de 4 heures.

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel (SA)

Terme en SA	Fréquence	Pourcentage
28 -36 SA	19	27,14%
supérieur ou égale 37 SA	51	72,86%
Total	70	100,00%

Dans 72,86% cas, les parturientes avaient un âge gestationnel supérieur ou égal 37 SA.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le BDCF à l'admission au stéthoscope de Pinard

Bruit du Cœur foetal	Fréquence	Pourcentage
Absent	36	51,43%
Présent	34	48,57%
Total	70	100,00%

Le bruit du cœur foetal était absent dans 51,43% cas de nos patientes à l'admission.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le type de présentation fœtale

Présentation	Fréquence	Pourcentage
Céphalique	62	88,57%
Siège	6	8,57%
Epaule	2	2,86%
Total	70	100,00%

La présentation céphalique a été la plus retrouvée soit une fréquence de 88,57% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Fréquence	Pourcentage
Normal	66	94,28%
Limite	2	2,86%
rétréci	2	2,86%
Total	70	100,0%

Dans notre étude nous avons enregistré 66 cas de bassin normal soit 94,28%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'arrivée

Taux d'hb	Fréquence	Pourcentage
>7g/dl	49	70,00%
≤ 7g /dl	14	20,00%
Non fait	7	10,00%
Total	70	100,00%

20% de nos parturientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur ou égal 7g/dl.

Tableau XXV : Répartition selon l'attitude thérapeutique

Attitude thérapeutique	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	31	44,28%
Traitement médical	29	41,43%
Hysterorraphie	8	11,43%
hystérectomie d'hémostase	2	2,86%
Total	70	100,00%

Au cours de notre étude, l'attitude thérapeutique la plus utilisée a été la césarienne avec 44,28% suivi du traitement médical avec 41,43% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Voie haute	41	58,57%
Voie basse	29	41,43%
Total	70	100,00%

Le mode d'accouchement le plus pratiqué la voie haute dans 58,57% cas suivi de la voie basse avec 41,43% des cas.

Tableau XXVII : Répartition selon la durée du travail

Durée du travail	Fréquence	Pourcentage
6-8 heures	38	54,30%
>8 heures	32	45,70%
Total	70	100,00%

Dans 45,70% des cas la durée du travail était >8 heures.

Tableau XXVIII : Répartition selon l'apgar à la naissance

Apgar à la naissance	Fréquence	Pourcentage
0	36	51,43%
1-7	14	20,00%
≥8	20	28,57%
Total	70	100%

Dans 51,43% des cas, les nouveau nés avaient un apgar a 0 à la première minute.

Tableau XXIX : Répartition des nouveaux nés selon leur état

ETAT	Fréquence	Pourcentage
A terme sans hypotrophie	42	60,00%
A terme avec Hypotrophie	9	12,86%
Prématuré	19	27,14%
Total	70	100,00%

Tableau XXIX : Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée moyenne d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
1 Jour	26	37,14%
2 jours	3	4,29%
3 jours	8	11,43%
4 jours	31	44,29%
Supérieure à 4 jours	2	2,86%
Total	70	100

Dans 44,29% des cas, la durée d'hospitalisation était égale à 4jours.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la transfusion

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
Indication non honorée	2	2,86%
Pas d'indication	55	78,57%
Indication honorée	13	18,57%
Total	70	100%

18,57% de nos patientes ont été transfusées.

Tableau XXXI : Répartition selon le type de complication survenu au cours de l'hospitalisation

complications	Fréquence	Pourcentage
Pas de complication	69	98,60%
suppuration pariétale	1	1,40%
Total	70	100,00%

Dans notre étude, il n'y a pas eu de complication dans 98,60% des cas.

Tableau XXXII : Relation entre la parité et le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	PARITÉ					TOTAL
	Grande multipare	multipare	Nullipare	paucipare	primipare	
HRP	10	2	7	5	3	27
%	37,04	7,41	25,93	18,52	11,10	100,0
PP	16	7	1	4	5	33
%	48,50	21,20	3,00	12,10	15,20	100,0
RU	6	1	0	2	1	10
%	60,00	10,00	0,00	20,00	10,00	100,00
TOTAL	32	10	8	11	9	70
%	45,7	14,3	11,4	15,7	12,9	100

Probabilité exacte de Fisher = 0,185

Le test statistique n'est pas significatif.

Tableau XXXIII : Relation entre l'aspect du sang et l'étiologie de l'hémorragie

SANG				
Etiologie de l'hémorragie	noirâtre	présence de caillot	rouge vif	TOTAL
HRP	27	0	0	27
%	100,0	0,0	0,0	100,0
PP	4	0	29	33
%	12,12	0,0	87,88	100,0
RU	5	2	3	10
%	50,0	20,0	30,0	100,0
TOTAL	36	2	32	70
%	51,43	2,86	45,71	100,0

Probabilité exacte de Fisher = 0,001

Le test statistique est hautement significatif.

Tableau XXXIV: Relation entre l'âge et le diagnostic retenu

ETIOLOGIE DE L'HÉMORRAGIE				
Age (en année)	HRP	PP	RU	TOTAL
15 à 20	5	4	1	10
%	50,0	40,0	10,0	100,0
21 à 26	10	2	2	14
%	71,4	14,3	14,3	100,0
27 à 32	5	14	3	22
%	22,72	63,64	13,64	100,0
33 à 38	6	9	4	19
%	31,58	47,37	21,05	100,0
supérieur à 38	1	4	0	5
%	20,0	80,0	0,0	100,0
TOTAL	27	33	10	70
%	38,57	47,14	14,29	100,0

Probabilité exacte de Fisher=0,309

Le test statistique n'est pas significatif.

Tableau XXXV : Relation entre l'étiologie de l'hémorragie et la voie d'accouchement.

Etiologie de l'hémorragie	VOIE D'ACCOUCHEMENT		
	Voie basse	Voie haute	TOTAL
HRP	15	12	27
%	55,56	44,44	100,0
PP	14	19	33
%	42,42	57,58	100,0
RU	0	10	10
%	0,0	100,0	100,0
TOTAL	29	41	70
%	41,43	58,57	100,0

Probabilité exacte de Fisher = 0,006

Le test statistique est hautement significatif.

Tableau XXXVI: Relation entre l'état des nouveaux et l'étiologie de l'hémorragie

Étiologie de l'hémorragie	PRONOSTIC FOETAL			TOTAL
	Mort fœtale	Mort néonatale précoce	vivant	
HRP	16	4	7	27
%	59,30	14,80	25,90	100,00
PP	10	3	20	33
%	30,30	9,09	60,61	100,00
RU	10	0	0	10
%	100,00	0,00	0,00	100,00
TOTAL	36	7	27	70
%	51,40	10,00	38,60	100,00

Probabilité exacte de Fisher = 0,001

Le test statistique est hautement significatif.

Tableau XXXVII : Etat général à l'admission et le délai de l'hémorragie

TEMPS ENTRE DEBUT DE L'HÉMORRAGIE ET DE LA CONSULTATION				
Etat général	0-2 Heures	2-4 Heures	4 Heures	TOTAL
Bon	23	10	5	38
%	60,53	26,32	13,15	100,0
Mauvais	0	2	2	4
%	0,0	50,0	50,0	100,0
Passable	10	10	8	28
%	35,71	35,71	28,58	100,0
TOTAL	33	22	15	70
%	47,14	31,43	21,43	100,0

Probabilité exacte de Fisher = 0,042

Le test statistique est significatif.

Tableau XXXVIII : Relation entre le bruit du cœur fœtal et l'étiologie de l'hémorragie

ETIOLOGIE DE L'HÉMORRAGIE				
BCF	HRP	PP	RU	TOTAL
absent	16	10	10	36
%	44,44	27,78	27,78	100,00
présent	11	23	0	34
%	32,35	67,65	0,0	100,00
TOTAL	27	33	10	70
%	38,57	47,14	14,29	100,00

Probabilité exacte de Fisher = 0,001 ; le test statistique est significatif.

Tableau XXXIX : Relation entre la transfusion et l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie de l'hémorragie	TRANSFUSION			TOTAL
	Indication non honorée	Pas d'indication	Indication honorée	
HRP	1	21	5	27
%	3,70	77,78	18,52	100,00
PP	0	27	6	33
%	0,0	81,82	18,18	100,00
RU	1	7	2	10
%	10,00	70,00	20,00	100,00
TOTAL	2	55	13	70
%	2,86	78,57	18,57	100,00

Probabilité exacte de Fisher = 1 ; le test statistique n'est pas significatif.

Tableau XXXX : Relation entre étiologie de l'hémorragie et la consultation prénatale

NOMBRE DE CPN				
Étiologie de l'hémorragie	0	1-2	≥ 3	TOTAL
HRP	14	7	6	27
%	51,85	25,93	22,22	100,00
PP	15	12	6	33
%	45,46	36,36	18,18	100,00
RU	4	2	4	10
%	40,00	20,00	40,00	100,00
TOTAL	33	21	16	70
%	47,14	30,00	22,86	100,00

Probabilité exacte de Fisher = 0,592 ; le test statistique n'est pas significatif.

Tableau XXXX : Relation entre pronostic fœtal et l'état des nouveaux nés

PRONOSTIC FOETAL				
Nné selon le terme	Mort fœtale	Mort néonatale précoce	vivant	TOTAL
A terme sans hypotrophie	22	1	19	42
%	52,38	2,38	45,24	100,0
hypotrophie	2	1	6	9
%	22,22	11,11	66,67	100,0
prématuré	12	5	2	19
%	63,16	26,31	10,53	100,0
TOTAL	36	7	27	70
%	51,43	10,00	38,57	100,0

Probabilité exacte de Fisher = 0,0034 ; le test statistique est significatif

Tableau XXXXI :Relation entre le motif d'admission et le diagnostic retenu

Motif de consultation	Diagnostic retenu			TOTAL
	HRP	PP	RU	
Anémie %	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
Dilatation stationnaire %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
douleur %	3 33,33	4 44,44	2 22,22	9 100,0
Dystocie %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Grande multipare avec travail non évolutive %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
HRP %	2 100,0	0 0,0	0 0,0	2 100,0
HTA %	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
métrorragie %	20 43,5	26 56,5	0 0,0	46 100,0
PP recouvrant %	0 0,0	2 100,0	0 0,0	2 100,0
Présentation de siège et pré-rupture %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Présentation viscieuse %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Rétention de J2 %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
suspicion de désunion de cicatrice %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0

Suspicion de PPL %	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0
suspicion de RU %	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
TOTAL %	27 38,6	33 47,1	10 14,3	70 100,0

Probabilité exacte de Fischer=0,0001

Test statistique hautement est significatif

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

Sur les 1783 d'accouchements en 12 mois, nous avons enregistré 70 cas d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 3,93%. Cependant notre taux est supérieur à celui de Dissa L [22] ; Konaté C [8] qui trouvent respectivement une fréquence égale à 2,72% ; 2,21% et inférieur à celui de Sanogo Souleymane D [53] qui trouve 6,33%.

2. Caractéristiques socio démographiques :

2.1. L'âge

La tranche d'âge la plus représentée au cours de notre étude est celle de 20-34 ans avec des extrêmes de 16 ans et 46 ans. Cette tranche d'âge correspond à l'âge optimal de la fécondité. Nous constatons que la majorité de nos parturientes étaient âgées de 20-34 ans soit 60,00%. Nos résultats sont inférieurs à celui de KANE. F [33] qui trouve que la tranche d'âge de 21 – 35 ans était la plus représentée avec un taux de 64,17% ; et à celui de MABOUNGA. R. A. [38] 20–35 ans avec une fréquence de 67,6%.

2.2. Profession

Les femmes au foyer ont dominé notre échantillon d'étude avec une fréquence de 97,10% ; Konaté C [8] dans son étude a trouvé que 82 patientes soit 90,10% étaient ménagères.

2.3. Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 97,10% ; les célibataires 2,90%. Notre taux est supérieur à celui de Sanogo D S [53] et Konaté C [8] qui trouvent respectivement 95,74% et 93,4%.

2.4. Niveau d'instruction

Les patientes non scolarisées étaient majoritaires soit 90,00% des cas. Ce taux est supérieur à celui de Konaté C [8] 64,8% des cas et Sanogo D S [53] 79,8% des cas.

2.5. Motif de consultation

Le motif de consultation le plus rencontré a été la métrorragie avec 64,29% des cas. Notre taux est inférieur à ceux de Sanogo D S [53] et Konaté C [8] qui trouvent respectivement 74,46% et 100,00% des cas.

2.6. Résidence

Nous remarquons que 58,60% de nos gestantes résidaient en dehors de la ville de SAN ; les distances parcourues et le mauvais état des routes pourraient assombrir le pronostic materno-fœtal. Mais nos résultats sont inférieurs à ceux de Rouillah qui trouve que 78 % des cas proviennent de la Commune d'étude [58].

2.7. Mode d'admission

Dans notre série 57,14% de nos patientes ont été évacuées par des CSCOM ou clinique du cercle de San.

Cela est dû au statut de première référence du centre de santé de référence de San destiné à recevoir toutes les grossesses à risques et compliquées d'hémorragies du dit cercle. Notre taux est comparable à celui de Koné F [34] qui était de 58,20% mais supérieur à celui de DIAKITE. R. [26] qui trouve dans sa série 48% d'évacuation, MABOUNGA. R. A [38] 53,6%.

3. Caractéristiques de référence/évacuation

Nous avons constaté que 57,14% de nos patientes ont été évacuées ; 42,86% sont venues d'elles-mêmes ; parmi ces évacuations 55,71% étaient faites par des centres de santé communautaires (CSCOM) ; Kané F [32] a trouvé 58,2%, DEMBELE. B [15] 68,7%.

4. Les facteurs de risque

4.1. La gestité

Les grandes multigestes ont représenté 61,43% de notre échantillon et 10% pour les multigestes. La multigestité a été citée comme facteur de risque du placenta prævia, l'hématome retro placentaire et de la rupture utérine par

Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au CS Réf de San

plusieurs auteurs [13, 15, 19, 48]. Dans la série de DIAKITE. Z [20] les paucigestes représentaient 46,3%.

Selon Coulibaly F [13] les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes.

4.2. La parité

Nous constatons à travers ces résultats que l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse survient au fur et à mesure que la parité augmente. Dans notre étude les grande multipares ont représentées 45,70 % ; les paucipares 15,70%, les multipares 14,30%, primipares 12,90% ; les nullipares 11,40%. Mais la différence statistique n'est pas significative (P=0,185).

Notre taux est bas par rapport à celui de Koné F [34] qui était de 51,11% et inférieur à celui de Dicko. S [21] qui trouve dans sa série 20,7% de grande multipare.

4.3. Caractéristiques obstétricales

La grossesse n'était pas suivie chez 47,14% de nos patientes ; les femmes mariées représentaient 97,10%. La consultation prénatale n'était pas faite par ces femmes pour des raisons variées (faible taux d'alphabétisation, grossesse non désirée, faible pouvoir économique) ; 51,43% des femmes ont été admises avec un bruit du cœur fœtal absent, par contre dans la série de DEMBELE I [16] elle était à 47%. Nous constatons à travers ces résultats que l'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse survient au fur et à mesure que la grossesse n'est pas suivie soit 47,14% pour 0 CPN ; 30% pour 1 à 2 CPN et 22,86% pour une CPN \geq 3. Mais la différence statistique n'est pas significative (P=0,592).

5. Les étiologies

Trois principales étiologies ont été retrouvées. Par ordre de fréquence décroissante nous avons :

5.1. Le placenta prævia hémorragique

Représente 47,14% du total des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 1,85% des d'accouchements.

Cette pathologie se voit le plus souvent chez les multipares, les femmes d'âge supérieur à 30 ans Collette C [10].Cependant Hohlfeld [30] a trouvé 20% de placenta prævia contre 3,7% chez Lansac [36] et 12 à 24% chez Barbote... [4]. La fréquence générale de placenta prævia est de 1,27% des accouchements [10].Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5% et sur le continent Américain avec 0,33 à 0,99% Dereck Liewellyn[17].

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel par placenta prævia au cours de notre étude.

5.2. L'hématome retro placentaire

Représente 38,57% du total des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 1,51% des d'accouchements au cours de la période d'étude.

Ce taux est supérieur à ceux de Kané.F [32], Foote [27], Hohlfeld [30] et J LANSAC [37] qui trouvent respectivement de 35,82% ; 37% ; 30% et 7,4% des cas. Nous n'avons pas enregistré également de décès maternel par hématome retro placentaire au cours de notre étude.

5.3. Les ruptures utérines

Ont représentées 14,29% du total des hémorragies du troisième trimestre et 0,6% du total des accouchements.

Dissa L [22] et Diabaté A. K [18] ont trouvé également 0,5% du total des accouchements.

Les raisons qui pourraient expliquer cette prévalence élevée sont :

- le manque de personnel qualifié;
- les évacuations tardives et les distances parcourues ;
- les accouchements non assistés et les trois retards ;

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue pour nous un problème de santé publique.

5.4. Délai mis entre le début de l'hémorragie et l'admission en heure

Le temps mis entre le début de l'hémorragie et l'admission au CSREF de San était jugé long. Il était compris entre **[0 -2 heures [dans 47, 20% des cas, entre [2-4 heures [dans 31,40% des cas et supérieur à 4 heures dans 21,40% des cas.** Ce retard compromet gravement le pronostic maternel et fœtal ; DIAKITE. R [19] a trouvé dans sa série que 59,8% des patientes ont fait 1 heure à 12 heures avant leur admission.

6. DONNEES THERAPEUTIQUES

6.1. Mode d'accouchement

L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du troisième trimestre. Devant l'urgence obstétricale et dans le souci constant de secourir ces femmes épuisées par les hémorragies compromettant leur vie et celles de leurs enfants, l'attitude thérapeutique la plus pratiquée dans notre série a été la césarienne pour sauvetage maternel et ou fœtal.

La voie haute a été pratiquée dans 58,57% des cas (14,29% cas de laparotomie pour rupture utérine) et la voie basse dans 41,43%.

Dans les séries de DEMBELE I [16], DIAKITE R [19] elles étaient respectivement de 53% et 56,1%.

Ailleurs BOOG G [5] indique dans le traitement du placenta prævia 25-96,5% de césarienne, COULIBALY F [13] estimait qu'en cas d'hématome rétro-placentaire le risque de césarienne est environ 4 fois plus élevé.

Cette fréquence élevée de césarienne n'est pas surprenante dans la mesure où les principales étiologies de ces hémorragies sont pourvoyeuses de césarienne, à cela s'ajoute l'abondance du saignement, le taux d'hémoglobine inférieur à

10g/dl ainsi que la phase de latence du travail d'accouchement et la difficulté dans la transfusion.

6.2. Traitement médical

Les deux cas de placenta praevia sur grossesse avant terme pour lesquels l'indication de césarienne ne s'imposait pas dans l'immédiat ont bénéficié d'une hospitalisation, la prise d'une voie veineuse sûre avec Cathéter G 16 ou G 18, avec une perfusion du Ringer lactate 500ml, d'un repos strict au lit, d'un bilan biologique, une échographie obstétricale, de fer acide folique, d'une maturation pulmonaire avec des corticoïdes (célestène 4 mg : 12mg en intramusculaire par 24h pendant 48h), d'une proscription de touchers vaginaux, d'une antibiothérapie préventive, d'une surveillance maternelle et fœtale 3 fois par jour.

Sur 27 cas d'hématome retro-placentaires colligés, 15 ont accouchés par voie basse soit une fréquence de 55,56%. Ces cas d'hématomes retro-placentaires ont bénéficié d'une prise de voie veineuse sûre avec cathéter G 16 ou G 18, une perfusion du Ringer Lactate, la rupture artificielle de la poche des eaux si elle est intacte, la perfusion d'ocytocine si nécessaire, taux d'hémoglobine en urgence et la crase sanguine ; la transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus si nécessaire.

18,57% de nos patientes ont été transfusées, le nombre d'unité de sang variait de 1 à 3 poches. Notre taux de transfusion est supérieur à celui de Diakité Z [20] qui était de 17,1% et inférieur à celui de Coulibaly F [13] qui était à 52,87%.

7. Pronostic materno-fœtal

7.1. Pronostic maternel

Le pronostic maternel dépend à la fois de la cause, de la sévérité de l'hémorragie et de sa durée d'évolution ; il est d'autant meilleur lorsque le diagnostic a été précoce et la prise en charge rapide et efficace [53].

7.1.1. La mortalité

La mortalité maternelle demeure encore un problème préoccupant dans les pays en voie de développement.

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisant et aggravant [10].

Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence – évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CS REF et leur gratuité, le renforcement des centres de santé en personnel qualifié et en équipement. Nous n'avons pas constaté de décès maternel au cours de notre étude.

7.1.2. La morbidité

Elle demeure élevée : l'anémie, les longs séjours d'hospitalisation avec une durée moyenne de 4 jours de séjour dans 44,29% des cas.

A ceux-ci s'ajoutent l'hystérectomie et ses conséquences psycho-sociales dans une société où la stabilité du couple repose en partie sur la fécondité. A noter que l'hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans deux (2) cas soit une fréquence de 2,86%. Elle est de 18,2% dans la série de DEMBELE I [16].

7.2. Pronostic fœtal

7.2.1. Mortalité

Nous avons enregistré 36 cas de mort fœtale in utero soit 51,43% ; 7 cas de décès néonataux soit 10,00%. Sur les 27 cas d'hématome retro-placentaire nous avons enregistré 16 cas de décès fœtaux soit une fréquence de 59,30% et 4 cas de décès néonataux précoces soit 14,80% et enfin sur les 33 cas de placenta prævia nous avons colligés 10 cas de décès fœtaux soit 30,30% et 3 cas de décès néonataux précoces soit une fréquence de 9,09%. Ce taux élevé de mort intra partum se rencontre chez les patientes évacuées n'ayant pas fait et ou correctement la consultation prénatale.

Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au CS Réf de San

Selon N'DIAYE M [44] le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in-utero.

Notre fréquence est supérieure à celles de DIAKITE R [19], BAGAYOKO S [3] qui rapportent des taux respectifs de 37,21% ; 25,81%.

7.2.2. Morbidité

En plus de la mortalité fœtale engendrée par ces hémorragies, ces nouveau-nés prématurés ou hypotrophes sont sujets à une morbidité importante.

Dans notre série le taux de prématurité est de 27,14% ; notre taux est inférieur à ceux : de DEMBELE I [16], DIAKITE R [19], BOOG [6] et BAGAYOKO S [3] qui étaient respectivement de 34,9% ; 40,7% ; 54% et 77,42%.

VI. CONCLUSION

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est un problème majeur de santé publique dans le monde. Les conditions socio-économiques défavorables, les conditions d'évacuations constituent les facteurs de risque de ces hémorragies.

Les consultations prénatales de qualité, les soins obstétricaux d'urgence sont les éléments essentiels qui pourraient améliorer ce véritable problème de santé publique.

VII. RECOMMADATIONS

1. Au ministère de la santé

- ✓ assurer la formation continue du personnel de santé.
- ✓ Renforcer le système de référence-évacuation.

2. Au personnel de santé

- ✓ Améliorer la qualité des CPN en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie afin de déceler certains facteurs de risque d'hémorragie.
- ✓ Evacuer à temps toutes les femmes à risques d'hémorragie ou les cas d'hémorragies dans une structure adaptée à la prise en charge.
- ✓ Sensibiliser à travers les medias en langues nationales sur les risques et les complications des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et l'importance des CPN.

3-Aux femmes enceintes

- ✓ Faire un suivi régulier de leur grossesse dès la conception.
- ✓ Fréquenter les centres en cas d'hémorragie sur grossesse quelque soit son importance.
- ✓ Fréquenter les structures de P F.

REFERENCES

- 1. Akpovi I., Guiadem FA., Permin RX., Alihonou E.** Les hémorragies du troisième trimestre et de l'accouchement au CNHU de Cotonou, Bénin Médical, 1998, N° 8, 76-79.
- 2. Ayoubi M., Pons C.** Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse:Revue du praticien, 2000, 10, 1145-1148
- 3 .Bakayoko S.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 62 Cas. Thèse médecine Bamako, 2002P. N 17.
- 4. Barbote XJ., Bardiaux M., Crimail P., DebuissonJb., Santarelli J.** Les urgences obstétricales. Revue du Praticien, Tome 1 et 2, systématique II (1986-1987).
- 5. Boog G.** Placenta prævia. Encyclopédie médecine chirurgie (ELSEVIER, PARIS) Obstétrique. 1996. 21P : P. 5- 069-1 -10.
- 6. Boog G.** Placenta prævia. Encycl. Méd. Chir., Paris, obstétrique, 5069 A10, 1983.
- 7. Champagne C.** Guide d'anesthésie réanimation obstétricale BECAR (extraits).Ed. Arnette , 1988,116-122.
- 8. Konaté C.** hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes (à propos de 91 cas).2009. 38P

9. **Colau JC., Uzan S.** Hématome retro placentaire ou DPPNI. Encycl. Méd. Chir., PARIS, Obstétrique, 5071 A10, 1985.
10. **Collette C.** Le placenta bas inséré (praevia) [en ligne] ; < 20 20 20. Femiweb com > consulté le 02/12/02.
11. **Collection Internat : Luton D., Sibony O.** Gynécologie obstétricale : hémorragie du 3^e trimestre. Edition 1997 page (43).
12. **Cotton DB.,Read JA.,Paul RH.,Quilligan EJ.**The conservative aggressive management of placenta praevia.Am J.Obstet.Gynecol.1980,137,687-695.
13. **Coulibaly F.** Hématome retro-placentaire : facteurs de risque, pronostic materno foetal dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G ; Thèse médecine ; Bamako 2001 ; N° 99.
14. **Crenshaw Jr C., Jones DED., Parker RT.** Placenta praevia :a survey of twenty years experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery.Obstet.Gynecol.Surv.1972,28,461-470.
15. **Dembélé B.** Etude épidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au Centre de santé de Référence de la Commune V à propos de 114 cas ; thèse de médecine ; Bamako 2002 ; N° 28.
16. **Dembélé I.** Etude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au CSREF de la commune V du district de Bamako à propos de 83 cas thèse de médecine ; Bamako, 2006 P. 70-79.

- 17. Derek Liewellyn.** Fundamentals of obstetrics & gynecology London, 1969. Faber and Faber limited (1) 174-180.
- 18. Diabaté A K.** les ruptures utérines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, les facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. Thèse de médecine Bamako 2007 ; N°123 ; 98 P.
- 19. Diakitè R.** Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 2002-2003 : p. N.71.
- 20. Diakitè Z.** Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C H U. Gabriel Touré. Thèse médecine ; Bamako, 00-M-75.
- 21. Dicko S.** étude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas, thèse de médecine ; Bamako 2001 ; N°101 ; 65 P.
- 22. Dissa L.** Etude épidémiologique clinique et thérapeutique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako ; thèse Med Bamako 2005 ; n°110 ; 68 P.
- 23. Djerma M.** Les hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 52 cas. Thèse de médecine ; 2009-2010 :p.N.2.

24. **DRABO A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : facteurs influençant le pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques à propos de 25 cas. Thèse de Médecine Bamako .2000, N°7.
25. **Dreyfus M., André G.** Les β mimétiques en obstétrique. Utilisation en pratique courante.J.Méd.Strasbourg, 1984, 15,339-343.
26. **Enquête socio-demographique Mali IV.** Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgences au Mali EDSM IV(enquete démographique de sante au Mali) octobre 2003 ; Numero10.
27. **Foote (W. R), Fraser (W. D).** Placenta praevia – Amer. Obstet – Gynec ; Juillet 1960; 80 – 10 – 16. 1999.
- 28.**Fournié A., Desprats R.** L'hématome retro placentaire. In : Mises à jour en gynécologie obstétrique. Ed .CNGOF, diffusion Vigot, Paris, 1984,285-311.
29. **Garba H.** Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes graves. Thèse médecine ; Bamako, 1988-M-1.
30. **Hohlfel P., Marty F.** Le livre de l'interne en obstétrique, 2ème édition.1999, 24P.
31. **Howell RJS.** Haemorrhage from the placental site.Clin.Obstet.Gynaecol. 1986, 13,633-658.

32. Kané F. Contribution à l'étude des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine 1998 P. N 56.

33. Kanté F. Grossesses et accouchement à risque dans le service de gynécobstétrique de l'hôpital du Point G : à propos de 723 cas. Thèse de médecine Bamako 1997.

34. Koné F. Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel Touré (à propos de 56 CAS). Thèse médecine ; Bamako 1989 : P. N 48.

35. KOUDJOU TAKOUGOUM LAURES BLAISE. Mortalité maternelle dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie réanimation du CHU du Point G à propos de 73 cas .Thèse de médecine ; 2005-2007 ; page 71.

36. Lansac J. Obstétrique pour le praticien. Deuxième édition SIMEP, 1990. 413 P. : P. N 7227 7226.

37. Lansac J., Lecomte P. Pour le praticien 4 ème édition ; PARIS. SIMEP, 1994.

38. Mabounga A. placenta prævia hémorragique : aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 334 cas ; Thèse de médecine ; Bamako 2003 ; N°42.

39. Magnin P. Emploi des β mimétiques dans le placenta prævia et les décollements prématurés du placenta (DPPNI).IVème Journées de la société française de MedecinePéridurale .Ed.Arnette,Paris,1975,188-191.

- 40. Maria B., Cornet MC.** Ruptures utérines au cours de la grossesse. *Encycl. Méd. Chir., Paris, Obstétrique, 5080A10, 1981.*
- 41. Merger R., Levy J., Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. *Précis d'obstétrique. Masson paris 1979 : 618-27.*
- 42. Merger.R., Levy J., Melchior J.** *Précis d'obstétrique 6^{ème} édition. Masson, Paris 1995 pp 245 - 252.*
- 43. MISES EN JOUR EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.** Quinzièmes journées nationales Paris, 1991 pages 247.
- 44. N' Diaye M.** la mort foetale in utero à la maternité René Cissé d'hamdallaye: Les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.
- 45. Negura A.** Considérations sur traitement obstétrical de l'hématome erthroplacentaire (HRP) à partir de l'observation clinique de 12 cas. *Rev.Fr .Gynecol.Obstet. 1961,519-523.*
- 46. OMS.** "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelles méthodologies OMSIUNICEF". OMS, Genève 1998
- 47. OMS/ FNUAP/ UNICEF.** Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS / FNUAP /UNICEF BANQUE MONDIALE, 1999,45.

- 48. Ouattara A.** Hématome retro-placentaire : Aspects épidémiologiques et prise thérapeutiques au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse médecine ; Bamako ; 2000 ; N°126.
- 49. Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985
- 50. Pritchard JA., Mac Donald PC.** In Williams obseterica.Sixteenth edition.Ed. Appleton Century Crofts, New York, 1980, 508-515.
- 51. Rivera-Alsina M., Saldana L., Maklad N., Korp S .**The use of ultrasound in the expectant management of abruption placentae.Am.J.Obstet.Gyncol.1983,146,924-927.
- 52. Robert M. J. Levy., Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6^é édition ; PARIS ; Milan ; Barcelone MASSON ,1995 P. 583P.
- 53.Sanogo S D .** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti (de janvier 2010 à décembre 2010) Thèse médecine ; Bamako ; 2012 ; N°108.
- 54. Schaeffer G., Graber E.** In:complications in obstetric and gynecologic surgery .Ed Harper & Row publishers(Hargesttown,Cambridge,New York,Philadelphia),1981,44-59.
- 55. Scholl JS.** Abruptio placentae clinical management in non acute cases.Am.J.Obstet.Gynécol.,1987,156,40-51.
- 56 .SEGUY B., CHAVINE J., MICHELON B.** Nouveau manuel d'obstétrique, (III), 2^{ème} édition

57. Sher G .Pathologies and management of uterine inertio complicating abrutio plaentae with consumption coagulopathy.Am.Jobstet.Gynecol. 1997; 129; 164-170.

58. SIDIBE Rouillah D. Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako de Janvier 2002 à Octobre 2003 : à propos de 82 cas ; Thèse de médecine ; Bamako 2004-84P ; N°71.

59. Uzan S., Beaufils M., Colau JC., Donsimoni R., Salat-Baroux J. Premiers résultats d'un essai de traitement des accidents de l'HTA gravidique, par association aspirine-persantine.Société française de gynécologie et obstetrique, Paris, 1984.

60. Wee L., Barron J., Toye R. Management of severe post partum haemorrhage by uterine artery embolization.Br J anaesth 2004.

61. WHO. "Coverage of maternal care: a listing of available information, fourth edition".

FICHE SIGNALÉTIQUE**Nom** : SANGARE**Prénom** : Drissa**Titre** : Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de San.**Année Universitaire** : 2012-2013**Ville de Soutenance** : Bamako**Pays d'origine**: Mali**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse constituent de nos jours un évènement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno- foetal.

Pour apprécier ce pronostic materno- foetal, nous avons effectué une étude prospective et analytique à la maternité du centre de santé de référence de San sur une période de 12 mois (1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012) où nous avons enregistré 70 cas d'hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse sur un total de 1783 accouchements soit une fréquence de 3,93%. Les âges extrêmes sont (16-46ans).

Le placenta prævia représente la première cause de ces hémorragies avec 47,14%, suivi de l'hématome retro-placentaire avec 38,57% des cas et de la rupture utérine avec 14,29% des cas.

La césarienne a été le moyen thérapeutique le plus pratiqué dans la prise en charge des hémorragies soit 44,28%, l'accouchement par voie basse 41,43%, l'Hystérorraphie pour rupture utérine 11,43%, l'hystérectomie d'hémostase 2,86%.

Le pronostic maternel s'est considérablement amélioré (pas de décès maternel) par contre le pronostic fœtal demeure préoccupant (61,43% de décès fœtaux et néonataux précoces).

Mots clés : Grossesse, hémorragie ; 3^{ème} trimestre ; étiologies ; prise en charge et pronostics.

MINISTERE DES ENSEIGNEMNTS

SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
FICHE D'ENQUETE

I- Identification de la patiente :

Nom et Prénom :

Q-1) N° de la fiche..... /__/_/___/

Q-2) Date jour /__/_/mois/___/année/___/___/

Q-3) Age /__/_/ans

Q-4) Profession..... /__/_/

1= fonctionnaire ; 2= ménagère ; 3= élève/étudiante ; 4= commerçante ; 5= Teinturière ;
6=couturière ;

Autres à

préciser :.....

Q-5) Ethnie /__/_/

1= Bambara ; 2= Sarakolé ; 3= Peulh ; 4= Malinké ; 5= Sonhaï ; 6= Dogon 7= Sénoufo ; 8=
Boso ; 9= Minianka ; 10=Bobo ; 11=Autres

préciser :.....

..

Q-6) Résidence..... /___/

1= Ville de SAN ; 2= En dehors de la ville de SAN.

Préciser la

localité :.....

Q-7) Statut matrimonial /__/_/

1= marié 2= célibataire 3= divorcée 4= veuve

Q-8) Profession du conjoint..... /__/_/

1= ménagère ; 2= fonctionnaire ; 3= commerçant ; 4= paysan ; 5= ouvrier ; 6=
élève/étudiant ; 7=autres

A

préciser :.....

.

Q-9) Niveau d'éducation..... /__/_/

1= primaire ; 2= secondaire ; 3= supérieur ; 4= non scolarisée ;

Q-10) Poids..... /__/_/___/ Kg

Q-11) Taille..... /___/

m

Q-12) Motif de Consultation /__/_/

1= douleur ; 2= Métrorragie ; 3= choc ; 4= HTA ; 5=autres

A

préciser.....

....

Q-13) Mode d'admission..... /__/_/

1=venue d'elle-même ; 2=référée ; 3=évacuée

Si référence ou évacuation par qui : centre de santé

Qualité de l'agent..... /__/_/

1=Matrone ou aide soignante;2=infirmière obstétricienne ; 3=sage femme ;

4=DTC ;5=Médecin ;

Autres (à

préciser) :.....

II-ANTECEDENTS

-14) ATCD Médicaux :

-HTA...../___/ (1= oui ; 2= non)

-Diabète...../___/ (1= oui ; 2= non)

-Drépanocytose...../___/ (1= oui ; 2= non)

-

VIH..... /___/(1=oui ;2=non)

-Autre à

préciser :.....

15) ATCD chirurgicaux :

- Kyste de l'ovaire...../___/ (1= oui ; 2= non)

- GEU...../___/ (1= oui ; 2= non)

- Césarienne...../___/ (1= oui ; 2= non)

Si oui nombre...../___/

-Myomectomie...../___/ (1= oui ; 2= non)

-Autres à préciser :.....

Q-16) ATCD gynécologiques :

- Ménarche...../___/ années

- Caractère du cycle...../___/ (1= régulier ; 2= non régulier)

- Durée des règles...../___/ (1= normale ; 2= anormale)

- Dysménorrhée...../___/ (1= oui ; 2= non)

-Prurit...../___/ (1= oui ; 2= non)

Q-17) ATCD obstétricaux :

- Nombre gestité...../___/

-Nombre de parité...../___/

-Avortements...../___/ (1=oui ; 2= non)

Si oui nombre d'avortements spontané...../___/

-Nombre d'avortements provoqué...../___/

-Nombre de curetages...../___/

-Nombre de P-P...../___/

-Nombre de HRP...../___/

-Nombre de RU...../___/

- Autres à préciser :.....

III- Grossesse actuelle :

Q-18) Terme en SA...../___/

Q-19) Nombre de CPN...../___/

Q-20) Evènement survenus au cours de la grossesse...../___/

1= HTA ; 2= OMI ; 3= Diabète ; 4= Paludisme ; 5= infection urinaire ;

Q-21) Saignement antérieur...../___/

1= premier trimestre ; 2= deuxième trimestre ; 3= troisième trimestre

- Q-22) Saignement spontané...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-23) Saignement provoqué...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Provoqué par :.....
 Q-24) Ce saignement a-t-il nécessité une hospitalisation ?.../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-25) Ce saignement a-t-il nécessité un traitement ?...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-26) Ce saignement a-t-il nécessite une transfusion ?...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Si oui nombre de poche...../___/
 IV- Tableau d'accueil :
 Q-27) Temps entre le début de l'hémorragie et la consultation /___/
 1=(0-30mn) ;2=(30mn-1heure) ;3=(1-2 heure) ;4=(2-3heure) ;5=plus de 3heure ;
 Q-28) Quantité de saignement...../___/ (1=minime 2=abondant)
 Q-29) Caractère du saignement...../___/ (1=spontané 2= au contact)
 Q-29) Présence de douleur...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-30) Sang...../___/ (1=rouge vif ; 2=noirâtre ; 3=présence de caillot)
 Autre à préciser :.....
 V- Examen de la patiente :
 Q-31) Etat général...../___/ (1=bon ; 2=passable; 3=mauvais)
 Q-32) Prise de TA...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Si oui Chiffre...../___/ / / ___/___/
 Q-33) Conjonctives...../___/ (1=colorées ; 2=pâles)
 Q-32) Dilatation du col...../___/ cm
 Q-33) Etat du bassin...../___/ (1= normal ; 2=anormal)
 Si anormal préciser : bassin rétrécit...bassin limite...bassin asymétrique...
 Q-34) Présentation...../___/ (1=céphalique 2= transversale 3=siège)
 Q-35) Mouvement fœtaux...../___/ (1=présents 2=absents)
 Q-36) BDCF...../___/ (1=présents 2=absents)
 Q-37) HU...../___/ (cm)
 Q-38) Examens complémentaires :
 - Groupage rhésus...../___/ (1= oui ; 2= non)
 - Taux d'hémoglobine...../___/ (g/100ml)
 - Urines/___/ (1=sucre ; 2= albumine)
 Autres à préciser :.....
 VI- Mode d'accouchement :
 Q-39) Voie...../___/ (1=basse ; 2=césarienne)
 - Si voie basse : durée du travail...../___/h
 - si césarienne : indication.....
 VII- Diagnostique retenu :
 Q-40) PP...../___/ (1=marginal ; 2=recouvrant)
 Q-41) Rupture utérine...../___/ (1=provoquée ; 2=spontanée)
 Q-42) Hématome rétro placentaire...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Autres à préciser :.....
 VIII- Attitude thérapeutique
 Q-43) Repos au lit...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-44) Rupture de la poche des eaux...../___/ (1= oui ; 2= non)
 Q-45) Ocytociques...../___/ (1= oui ; 2= non)

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 parti 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 !