

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°.....

Mémoire

**Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au
Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de
Bamako.**

Présenté et soutenu le 03 /Avril /2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Dr TOGO Bourema

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées
(D.E.S) de Gynécologie-Obstétrique

Jury

Président : Pr Tioukani Augustin THERA

Membres : Pr Soumana O. TRAORE

Pr Mamadou SIMA

Pr Amadou BOCOUM

DEDICACE

Nous rendons grâce à **ALLAH le tout puissant**, l'omnipotent, clément, le très miséricordieux et

Son prophète Mohamed paix et salut sur lui, de m'avoir donné la force et le courage pour la réalisation de ce travail.

Mon père (feu Saidou dit Amadomon Togo), et ma **mère** (Binta Togo).

J'ai bénéficié de votre éducation et de votre rigueur au travail sans oublier vos prières nuits et jours. Je prie Allah pour qu'il puisse vous donner longue vie à ma mère et qu'il offre le paradis à mon père. **A mon Epouse Barke Sogodogo et nos enfants Binta Dite INA, Mohamed Togo, Awa, Alima.** Je vous remercie pour votre amour, votre compréhension et pour votre soutien. Sachez, en effet, que l'honneur de ce travail vous revienne. Que le Tout Puissant vous donne la bonne santé et qu'il nous garde longtemps ensemble.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres formateurs : Pr DOLO Amadou, Pr TRAORE Mamadou, Pr DIARRA Issa, Pr MOUNKORO Niani, feu Pr MAIGA Bouraïma, Pr TOURE Moustapha, Pr TEGUETE Ibrahima, Pr TRAORE Youssef, Pr THERA Thioukani Augustin, Pr TRAORE Soumana Oumar, Pr BOCOUM Amadou, à tous les maîtres assistants et les chefs de services des différents Cs réf, sans oublier tous les aînés gynécologues obstétriciens. Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude pour la qualité des enseignements que vous m'avez prodigués tout au long de ma formation. Hommages respectueux

A tout le personnel : des services de gynécologie- obstétrique du CHU Gabriel Touré, du CHU du Point G, du CHU-ME le « Luxembourg », hôpital du Mali, du Csref CVI, CV, et hôpital du district de la CIV. Mes remerciements particuliers encore **A mon aîné et Cher Dr Aboudou Camara Gynécologue à la Clinique SORILA et ainsi que tout votre personnels, au Pr Samake Alou chef de service de gynécologie Obstétrique du Csref de la CVI et le chef de personnels ressource humaine et son Adjoint Mme Maiga** vous avez été un apport capital pour ma formation que le bon Dieu vous récompense. Merci pour votre accompagnement et les conseils reçus tout au long de notre formation. Au personnel du service de gynécologie-obstétrique du CSREF de la commune V et commune VI du District de Bamako

Aux DES de gynécologie obstétrique : C'est l'occasion de témoigner ma satisfaction pour votre franche collaboration.

SOMMAIRES

I. INTRODUCTION	-----	1 – 2
II. GENERALITES	-----	3 – 23
III. METHODOLOGIE	-----	24 - 27
IV. RESULTATS	-----	28 – 47
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	-----	48 – 50
VI. CONCLUSION -RECOMMANDATIONS	-----	51- 52
VII. REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES	-----	53 – 55
VIII. ANNEXES	-----	56 – 62

Liste des Sigles et abréviations :

ASACO : Association de santé communautaire

ATB : Antibiothérapie

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

CG : Concentré Globulaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de santé communautaire

CIVD : Coagulation Intra Veineuse Disséminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Comité Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPN : Consultation Pré Natale

CPON : Consultation Post Natale

Cm : Centimètre

CP : comprimé

CUD : Contractions Utérines Douloureuses

DDR : Date des Dernières Règles

DIU : Dispositif intra-utérin

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

FMOS : Faculté de médecine et odonto-stomatologie

GATPA : Gestion active de la troisième période de l'accouchement

Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

GEU : Grossesse extra – utérine

G : gramme

H : heure

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

HPPI : hémorragie du post-partum immédiat

HPPT : hémorragie du post-partum tardif

HRP : hématome retro-placentaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

MG : Milligramme

ML= Millilitre

MUE : Massage Utérin Externe

n : taille minimale de l'échantillon

NB : note bien

NFS : Numération Formule Sanguine

OAP : Œdème Aigu du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

P : Prévalence

PF : Planification Familiale

PFC : Plasma Frais Congelé

Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

PGE : prostaglandine E

PGF2 : prostaglandine F2

PNP - SR: politique et normes de la santé de reproduction

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

TA : Tension Artérielle

TCA : Temps de Céphaline Activée

< : Inférieure

> : Supérieure

I. INTRODUCTION

Les hémorragies obstétricales sont la principale cause de mortalité maternelle dans le monde, elles représentent 27,1% (19,9–36,2) des décès maternels dans le monde [1].

Historiquement, l'hémorragie du post partum (HPP) était définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml dans le cas d'un accouchement vaginal, et de plus de 1000 ml dans le cas d'un accouchement par césarienne [2]. Aujourd'hui pour des raisons cliniques, on considère comme une hémorragie du postpartum toute perte de sang susceptible de causer une instabilité hémodynamique après l'accouchement. L'hémorragie postpartum immédiat est définie comme étant une perte sanguine excessive qui se produit dans les 24 heures suivant l'accouchement [1].

Au Mali, le rapport de mortalité liée à la grossesse a globalement baissé entre 2001 et 2018, passant de 582 à 325 pour 100 000 naissances [3]. Dans une étude réalisée en 2020 dans le district de Bamako ; l'hémorragie du post partum représentait 55,6% de tous les décès maternels [4]. En France, la fréquence des hémorragies du post-partum s'élevait à 1,71% entre janvier 2004 et mai 2010 à la maternité de Thionville (Nancy) [5]. Au Sénégal en 2010 Sall A S [6] a rapporté une fréquence de 2,66 % dans une étude réalisée sur 132 cas pour 4961 accouchements. Au Burkina en 2011 Patrice DN a rapporté un taux de 2,01% des cas dans une étude réalisée au C.H.U Yalgado Ouedrago [7].

Les causes d'hémorragie du post-partum sont : les anomalies du tonus utérin à type d'atonie utérine, les anomalies tissulaires telles que les rétentions placentaires, les traumatismes des parties molles et les troubles de la coagulation [8]. La majorité des facteurs de risque de survenue d'une hémorragie du post-partum évoqués dans la littérature ont une valeur prédictive relativement faible.

Ainsi, plus de la moitié des hémorragies du post-partum surviennent chez des patientes ne présentant aucun facteur de risque particulier [9]. Bien que la multiparité soit un facteur de risque de l'hémorragie du post-partum immédiat par atonie utérine [5], Pierre D et al. ont rapporté un cas de nécrose corticale du rein suite à une hémorragie du post partum par atonie utérine chez une primipare en France [10].

Au Mali, une étude réalisée à Kayes par Dembélé S [11], a montré que 13,2 % des patientes ayant présenté une HPPI étaient des primipares.

Nous avons initié ce travail pour rechercher l'étiologie de l'hémorragie chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V. Ainsi nous nous sommes fixés comme objectifs suivant

1.1. Objectif général

Étudier l'hémorragie du post-partum chez les primipares au CS Réf de la Commune V du District de Bamako.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'hémorragie du post partum immédiat chez les primipares ;
- Décrire le profil sociodémographique des primipares ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat ;
- Identifier les causes de l'hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares ;
- Décrire la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares
- Déterminer le pronostic maternel des parturientes primipares ayant développé une hémorragie du post partum immédiat.

II. Généralités :

2.1. Définition

On parle d'HPPI devant toute perte sanguine ayant le potentiel de produire ou produisant une instabilité hémodynamique dans les premières 24 heures suivant l'accouchement [13].

2.2. Épidémiologie:

Les femmes meurent pour un grand nombre de causes directement ou indirectement liées à la grossesse.[19]

Historiquement, on considère que le saignement physiologique accompagnant un accouchement normal se situe entre 50 et 300 ml [20].

D'après la Classification Internationale des Maladies (CIM10) [21], la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite. Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : les décès par cause obstétricale directe qui résultent de complications obstétricales et les décès par cause obstétricale indirecte qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle ne soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ». En 2013, l'OMS estimait que les pays en développement enregistraient le taux de mortalité maternelle le plus important avec 232,8/100 000 naissances vivantes [23]. Durant la même période, le taux de mortalité maternelle était de 12,1/100 000 naissances vivantes dans les pays développés [23]. D'après Bouvier [21], les hémorragies, principalement les hémorragies du

post-partum, constituent la première cause de décès maternels en France et dans les pays en développement.

Il est essentiel de diagnostiquer de façon précise l'hémorragie obstétricale et de la prendre en charge rapidement [22].

2.3. Rappel physiologique de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six (6) mois, c'est-à-dire 28 semaines d'aménorrhée [13].

Le travail d'accouchement comprend trois (3) périodes :

- **Première période** : « *effacement et dilatation du col* » commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète à 10 cm.
- **Deuxième période** : « *expulsion du fœtus* » commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à l'expulsion du fœtus et chez la primipare, elle était, en moyenne, pour les classiques, de 1 à 2 heures.
- **Troisième période** : « *délivrance* » elle va de la naissance du fœtus à la sortie du placenta et ne doit pas dépasser 45 minutes [16].

La période de délivrance représente le dernier épisode de l'accouchement. Elle correspond au décollement, puis l'expulsion du placenta et des membranes dans les trente (30) minutes environ suivant la naissance. Et au cours de la délivrance, la phase de rémission clinique (10 à 15 minutes après l'expulsion du fœtus) pendant laquelle se prépare le décollement placentaire.

Elle évolue en trois (3) phases :

- **La phase de décollement** : elle est préparée par la rétraction utérine et provoquée par les contractions utérines. Un clivage franc apparaît dans l'épaisseur de la caduque suivi de la constitution d'un hématome rétro-placentaire qui refoule progressivement le placenta et complète la séparation.
- **La phase d'expulsion** : sous l'influence des contractions utérines, de l'hématome rétro-placentaire physiologique et de son propre poids, le placenta est expulsé hors de la vulve.
- **La phase d'hémostase** : elle est assurée par deux (2) phénomènes :
- **La rétraction utérine** qui entraîne une étroitesse et une obturation des vaisseaux : par les ligatures vivantes de PINARD. Cette rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus
- **La thrombose vasculaire** secondaire à l'oblitération mécanique des vaisseaux grâce aux facteurs de coagulation qui sont augmentés en fin de grossesse (fibrinogène facteur VII, VIII, IX) la libération massive de thromboplastine placentaire et tissulaire accélère, d'une part la thrombinoformation et d'autre part modifie le processus fibrinolytique permettant ainsi une coagulation rapide.

2.4. Etiologies et mécanismes physiopathologiques

Les étiologies de l'HPPI se regroupent en « 4 T » [17]. Par ordre de fréquence, on a :

2.4.1. Premier T

En rapport avec le Tonus d'où l'atonie utérine ou inertie utérine. La rétraction utérine est la force motrice qui permet à l'utérus d'obturer tous les vaisseaux ouverts après la délivrance.

2.4.2. Deuxième T

En rapport avec les Tissus. L'hémorragie est consécutive à la rétention de la totalité ou d'un fragment du placenta et ou de caillots dans la cavité utérine. La rétention placentaire se traduit par le non décollement du placenta 45 minutes après l'accouchement. Elle peut être totale ou partielle.

2.4.3. Troisième T

Il s'agit des lésions Traumatiques des voies génitales

a. La rupture utérine

Elle est une solution de continuité non chirurgicale de l'utérus (corps et segment inférieur) à l'exception des lésions traumatiques du col et les lésions utérines à la suite d'une manœuvre abortive ou à un curetage ; (ces lésions sont étudiées sous le nom de perforation utérine

b. Inversion utérine

Il s'agit d'une invagination de la paroi en doigt de gant dans la cavité utérine. Elle s'accompagne d'une violente douleur avec un état de choc sévère et d'un saignement en général modéré. La réduction par le principe « dernier sorti, premier entré » est d'autant plus facile qu'elle est pratiquée rapidement

c. Les déchirures cervicales

Toute HPP doit faire rechercher sans attendre une lésion cervicale. Elles sont plus fréquentes chez les primipares.

d. Les lésions vaginales

Le thrombus vaginal : Il est la conséquence d'une rupture vasculaire dans la paroi vaginale. Celle-ci va entraîner un volumineux hématome péri génital dont trois localisations sont possibles : pelvien, vaginal, vulvaire.

e. Les déchirures périnéales et vulvaires

Elles sont rarement responsables d'hémorragie grave mais la spoliation sanguine peut être importante en cas de déchirure complexe, sur des tissus fragiles, oedématiés

2.4.4. Quatrième T :

En rapport avec la Thrombine. Il s'agit d'une anomalie de la coagulation qui peut être : acquise ou préexistante à la grossesse.

2.5. Evolution et pronostic :

2.5.1. Evolution :

Eléments de surveillance Cliniques :

- Conscience
- Pouls
- Tension artérielle
- Fréquence respiratoire
- Diurèse
- Hémorragie.
- Globe utérin de sécurité.

Para cliniques :

- Taux d'hémoglobine et plaquettes
- Crase sanguine - Gaz du sang - Ionogramme
- Bilan rénal et hépatique.

Complications immédiates :

- **Le choc hémorragique :**
- **La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) :** Le diagnostic de CIVD est plus facilement évoqué devant une hémorragie génitale de sang incoagulable avec saignement aux points de ponction, hémorragies cutanéomuqueuses et état de choc.
- **Le décès maternel :** C'est la complication la plus redoutable car les hémorragies du post-partum constituent la première cause de décès maternels [22 ,26 ,31].

Complications secondaires : Ce sont essentiellement les complications du choc hémorragique et de la CIVD. On retrouve :

- l'anémie qui peut aboutir au cœur anémique ;
- les accidents thromboemboliques comme la phlébite, l'embolie pulmonaire ;
- les infections des suites de couches : endométrite, infections urinaires, pelvipéritonite...
- la nécrose corticale du rein entraînant une insuffisance rénale organique et une insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- les éventuelles complications post-transfusionnelles.

Complications tardives : Il peut s'agir :

- du syndrome de Sheehan par nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse avec déficit en hormones corticotrope, thyrotrope et gonadotrope ;
- de séquelles neurologiques suite à une anoxie cérébrale prolongée ;
- de séquelles des manœuvres endo-utérines : synéchies, placenta prævia, adhérences anormales du placenta (accreta, increta, percreta) ;
- de récurrence ;
- d'infertilité en cas d'hystérectomie d'hémostase.

2.5.2. Pronostic :

Le pronostic proprement dit est fonction de la cause de l'HPPI; de l'existence de pathologies associées à l'HPPI; du délai de prise en charge; de la disponibilité d'un plateau technique adapté et d'un personnel qualifié; de la disponibilité des produits sanguins et de leurs dérivés.

2.6. Traitement :

Le risque vital maternel impose une étroite collaboration entre les gynécologues obstétriciens, les sage-femmes, les anesthésistes réanimateurs, les biologistes et les radiologues. L'heure de début de prise en charge du saignement doit être soigneusement notée (T0) car les actions qui seront entreprises sont chronologiques. La prise en charge obstétricale doit être conduite de façon simultanée avec les mesures de réanimation.

2.6.1. Traitement curatif :

Le traitement curatif a pour but l'arrêt de l'hémorragie et le rétablissement des constantes hémodynamiques, et de prévenir et traiter les complications.

a. Mesures de réanimation :

L'anesthésiste-réanimateur intervient dès le début de la chaîne du traitement.

La mauvaise tolérance à l'hémorragie est liée à l'hypovolémie et à l'anémie aiguë.

Un état hémodynamique satisfaisant doit être rapidement rétabli, car tout retard peut entraîner une ischémie prolongée des organes vitaux. Le but du traitement est donc de rétablir la volémie et d'améliorer le transport d'oxygène par l'apport de concentrés érythrocytaires. Ceci est un cadre commun à toutes les hémorragies aiguës.

b. Traitement obstétrical :

Ce volet du traitement vise à localiser et à prendre en charge de manière spécifique l'origine du saignement.

➤ Moyens manuels :

Les manœuvres obstétricales doivent être réalisées sous anesthésie péridurale si cette dernière est encore efficace ou sous anesthésie générale. Elles demandent des conditions à respecter: vessie vide par sondage vésical à demeure, asepsie soigneuse de la parturiente et des opérateurs. Elles se font toujours sous couverture antibiotique.

➤ Examen sous valves :

Il a pour but de vérifier la filière génitale basse. Elle se fera avec un ou deux aides opératoires pour une exposition correcte du col, des parois et des culs de sac vaginaux. Systématiquement, il sera recherché des saignements d'origine cervicale ou vaginale par la vérification du col et du vagin.

➤ Délivrance artificielle :

La délivrance artificielle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas expulsé, qu'il soit décollé ou non. Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta.

➤ **Révision utérine :**

Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membranes ou de caillots sanguins. Elle permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine et d'évacuer les caillots qui distendent la cavité utérine et empêchent sa rétraction. Elle permet de confirmer ou d'infirmer par ailleurs une rupture ou une inversion utérine.

➤ **Massage de l'utérus :**

Il fait suite à la délivrance artificielle et/ou à la révision utérine. Il s'agit de réaliser par voie trans-abdominale ou directement lors d'une césarienne, avec douceur et en continu, un massage manuel par mouvements circulaires fermes exercés sur le fond et le corps de l'utérus, ce qui permet de stimuler la rétraction utérine.

➤ **Compression bimanuelle de l'utérus**

Une main vaginale refoule le corps utérin contre la seconde main abdominale qui empaume le fond utérin, permettant de plaquer les parois utérines l'une contre l'autre. Il faut maintenir 30 secondes cette compression jusqu'à ce que l'utérus se contracte et que le saignement soit maîtrisé (figure 17) :

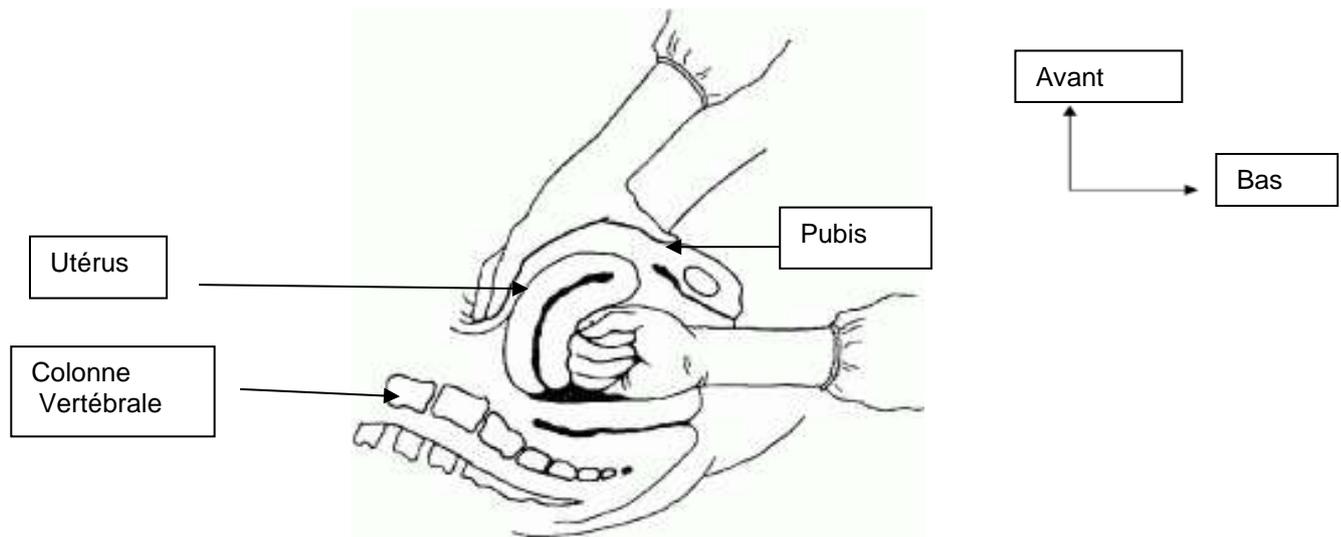


Figure 17 : Compression biannuelle de l'utérus d'après POPPHI [43].

c. Moyens médicamenteux

Ce sont les utéro toniques : ocytocine, dérivés de l'ergot de seigle et prostaglandines. Leur objectif est de favoriser la rétraction d'un utérus vide en complément ou en relais du massage utérin.

Ocytocine : Elle augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines on peut utiliser :

- la perfusion intraveineuse à fort débit de 10 à 20 UI de Syntocinon* dans 500 ml d'une solution de Ringer* ou de glucosé à 5 % ;
- l'injection intra-myométriale directe de 10 UI à travers la paroi abdominale et sous le contrôle d'une main intra-utérine ;
- l'injection intramusculaire de 5 à 10 UI, dont l'action est plus retardée

Prostaglandines : Ce sont des substances dérivées d'acides gras non saturés ayant une structure biochimique appelée prostanoïde constituée d'un cycle pentagonal et de deux chaînes latérales, et dont il existe 20 variétés réparties en

neuf classes selon leur structure, nommées de A à I (PGA, PGE, PGF, PGI etc....).

- **La prostaglandine E1 (PGE1) : Misoprostol (Cytotec*)**

Le Misoprostol (Cytotec *) : est un analogue synthétique de la prostaglandine

E1 que l'on trouve facilement. Il était initialement prescrit pour prévenir ou traiter la maladie ulcéreuse. Il possède une activité utérotonique et permet également la maturation du col

d. Moyens mécaniques :

Ce sont des moyens d'attente d'une embolisation ou d'un acte chirurgical.

- **Traction-rotation sur le col utérin** : son objectif est de réduire le débit sanguin utérin en plicaturant temporairement les deux artères utérines. Six à huit pinces longues et atraumatiques sont réparties sur le col repéré manuellement ou exposé à l'aide de valves. Une traction constante exercée sur ces pinces, éventuellement associée à une torsion axiale du col, permet d'attirer l'utérus dans le vagin et d'accentuer jusqu'à la plicature de la courbure physiologique des artères utérines.
- **Compression manuelle de l'aorte abdominale en transabdominal** : Une personne placée latéralement par rapport à la patiente appuie avec le poing au niveau de la partie abdominale, en dessous et à gauche de l'ombilic. Cette manœuvre ne peut être prolongée mais permet de réduire la quantité de sang perdue (figure 18) :

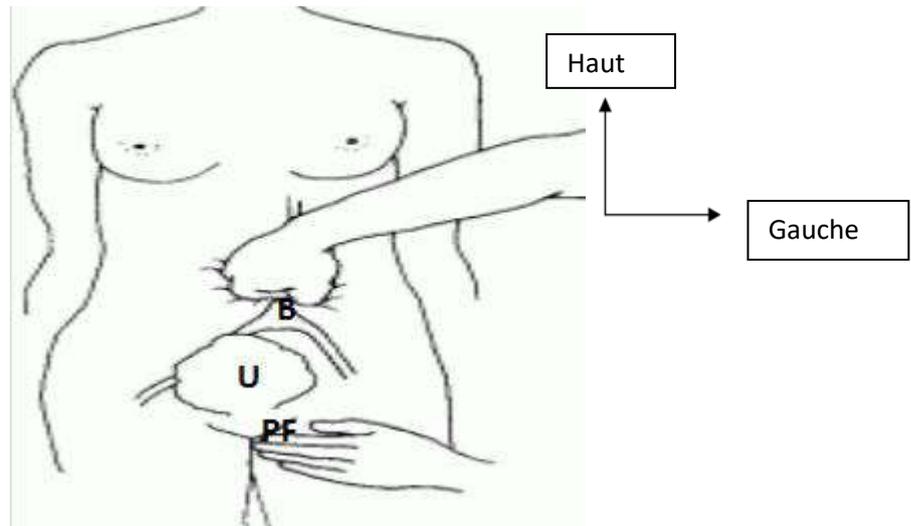


Figure 18 : Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral d'après POPPHI [43].

(B : bifurcation de l'aorte abdominale ; U : utérus ; PF : pouls fémoral).

➤ **Dispositif intra-utérin :**

Matériels : 1 préservatif, 1 embout occlusif, 1 fil de suture non aiguillé, 1 seringue de 50 ml à gros embout, 1 flacon de sérum stérile de 500 cc ou plus, 1 cupule, 1 sonde urinaire de 16 G, 1 seringue de 10 ml pour la sonde urinaire, 1 champ opératoire, 1 paire de gants stériles taille 7,5



Figure 19 : Composantes du dispositif intra-utérin

➤ **Montage**

- Placer le préservatif sur la sonde.
- Fixer celui-ci à l'aide d'un fil. Faire un nœud comme pour une fixation de Redon.
- Injecter quelque cc de soluté à l'aide de la seringue pour tester l'étanchéité.
- Placer ensuite la sonde en position intra-utérine.
- Débuter le remplissage manuel par injection de
- 50 cc par 50 cc (la patiente étant si possible mise légèrement en Trendelenburg) jusqu'à arrêt du saignement.



Figure 20 : Avant et après remplissage du dispositif

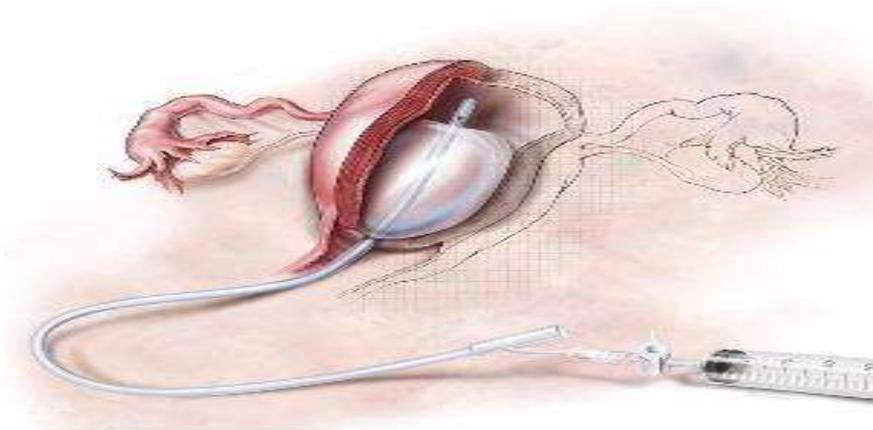


Figure 21 : dispositif dans l'utérus au cours du remplissage

e. Moyens chirurgicaux :

➤ **Traitement des lésions traumatiques :**

La périnéorrhaphie : elle doit être faite le plus tôt possible car une plaie fraîche est moins sensible et se reprend mieux. Elle se fait en trois plans : un plan muqueux, un plan musculaire et un plan cutané.

➤ **Réparation des déchirures vulvo-périnéales :**

Elles sont rarement responsables d'hémorragies graves, mais le retard dans leur réparation peut entraîner une spoliation sanguine non négligeable. La réparation de ces lésions 36 doit être considérée comme une intervention chirurgicale. En effet, une mauvaise réfection du périnée serait responsable dans le futur de cicatrices irrégulières, disgracieuses et parfois sensibles, laissant la vulve plus au moins béante, amorce de futures colpocèles, prélude d'un prolapsus génital important.

Déchirures du col :

Le traitement des déchirures sus-vaginales est plus difficile. Beaucoup guérissent encore spontanément, d'autres seront justifiables de la suture par voie vaginale, si elles ne remontent pas trop loin et n'altèrent pas l'état général.

Rupture utérine :

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée par voie abdominale. Une suture conservatrice est indiquée quand le bilan lésionnel n'est ni grave, ni étendu. La césarienne sera toujours indiquée lors d'un accouchement ultérieur. Une hystérectomie est réalisée en cas de délabrement utérin.

Thrombus génitaux ou hématomes périgénitaux :

Le traitement chirurgical consiste en une incision de l'hématome sous anesthésie générale pour évacuer au doigt la collection sanguine sans curer, sans détacher les caillots du fond qui assurent l'hémostase.

Inversion utérine :

La prise en charge doit être rapide et comporter une mesure de réanimation et un geste de repositionnement de l'utérus. La réduction par taxis ou réduction

manuelle est possible quand elle est précoce et consiste à désinvaginer l'utérus en repoussant le fond utérin.

Ligatures vasculaires :

C'est un geste chirurgical conservateur qui vise une dévascularisation utérine par interruption de la continuité artérielle.

Ligature bilatérale des artères hypogastriques (LBAH)

Elles consistent à aborder les vaisseaux iliaques par voie transpéritonéale. Après avoir repéré la bifurcation iliaque puis l'artère iliaque interne, une ligature est placée à deux centimètres au-dessus de la bifurcation pour éviter de lier les branches à destinée fessière (figure 20). Cette ligature peut être optimisée en l'associant aux autres techniques de dévascularisation et de capitonnage utérin [29].

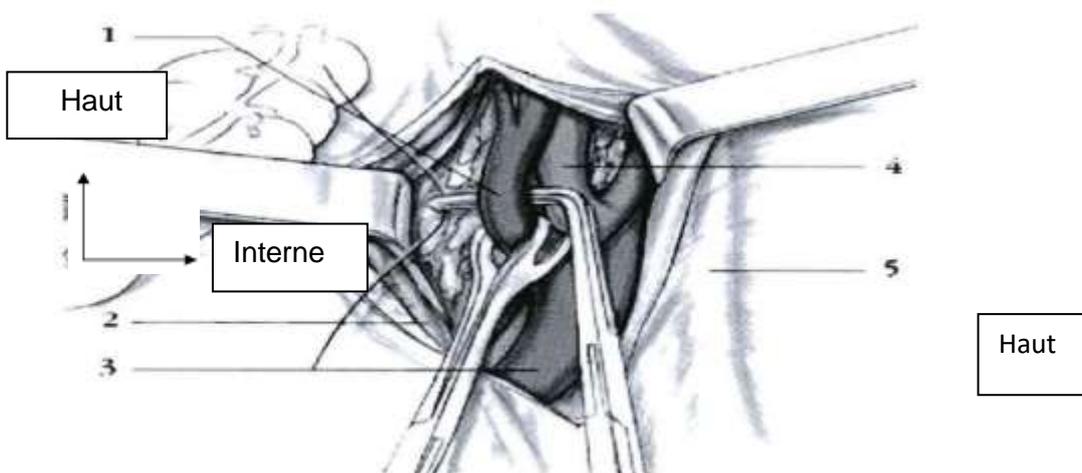


Figure 22 : Ligature de l'artère hypogastrique [29].

(1.artère iliaque interne droite/2.uretère droit récliné/3.artère iliaque commune droite/4.veine iliaque interne droite/5.ligament suspenseur de l'ovaire droit récliné).

Ligature bilatérale des artères utérines :

Elle se fait par voie abdominale après décollement vésico-utérin. Elle consiste à lier en masse la branche ascendante de l'artère utérine avec le paquet veineux qui l'accompagne en profondeur [69]. La procédure est également possible par voie vaginale. L'efficacité serait de 42 à 100% selon les auteurs [29]. Il s'agit d'une technique simple, rapide et facilement reproductible. Les principales causes d'échec seraient les anomalies d'insertion placentaire [29,6].

Triple ligature artérielle

La technique décrite par Tsirulnikov (figure 21) consiste en la ligature première des afférences vasculaires de l'utérus. Cette technique comprend un temps initial de la ligature avec fil serti à résorption rapide des ligaments ronds et des ligaments utéro-ovariens, puis une ligature des pédicules utérins comme décrite précédemment [29].

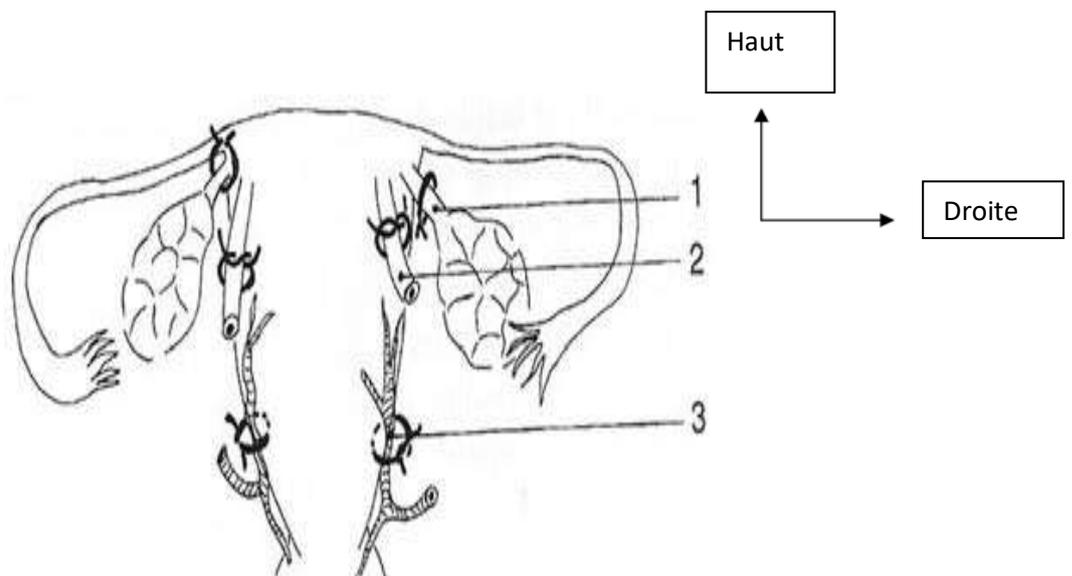


Figure 23 : Technique d'hémostase selon Tsirulnikov [29].

1 : Ligament utéro-ovarien. 2 : Ligament rond. 3 : Pédicule utérin.

Ligature étagée ou Stepwise

Il s'agit d'une dévascularisation progressive des pédicules vasculaires afférents de l'utérus. La procédure comprend cinq étapes successives et chaque étape n'est réalisée que si la précédente n'assure pas l'arrêt de l'hémorragie dans un délai maximum de 10 minutes [29]. Cette technique permet la dévascularisation du segment inférieur et la partie haute du col (figure 22) :

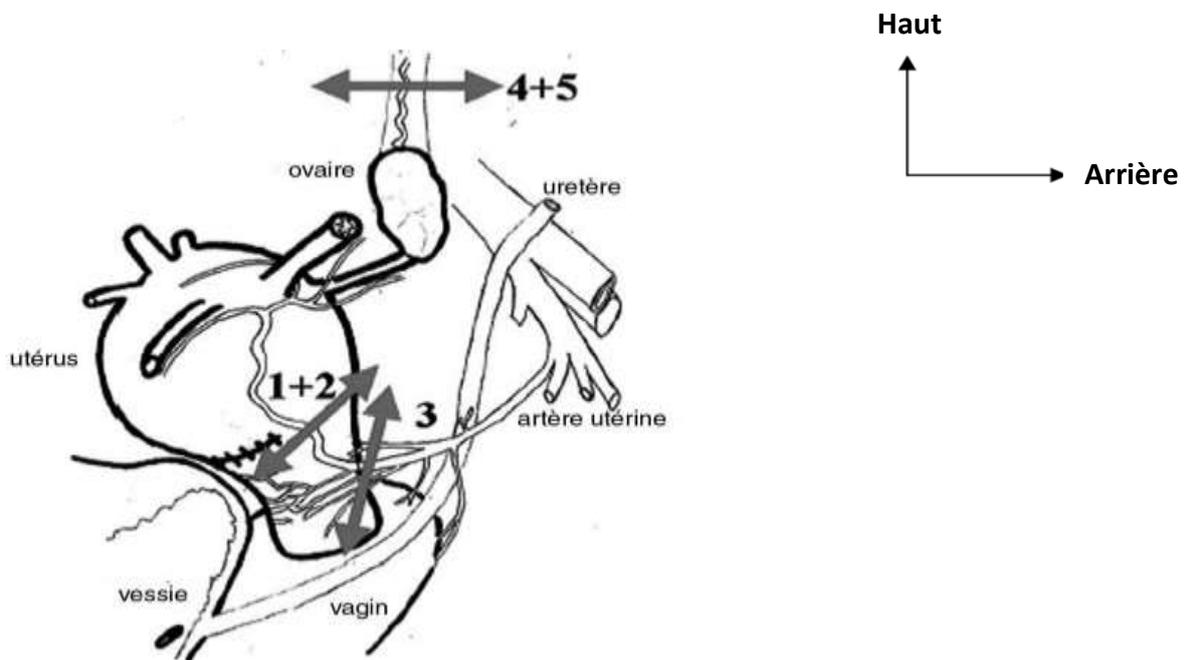


Figure 24 : La ligature étagée ou Stepwise [6].

Technique de B-Lynch : Cette technique réalise une suture médio-latérale en bretelles autour du corps utérin afin de le comprimer de façon durable. Une hystérotomie segmentaire est nécessaire (figure 23). La technique a été modifiée

par Hayman qui substitue à la suture unique deux bretelles médiolatérales verticales indépendantes sans recours à l'hystérotomie [6].

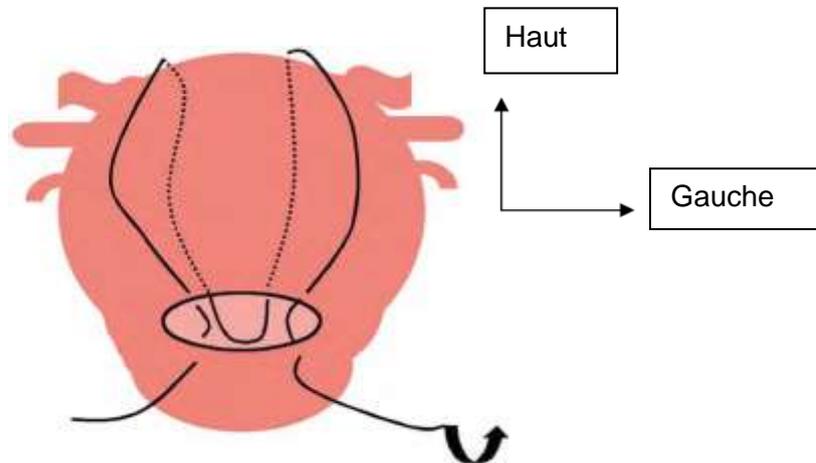


Figure 25 : Compression myométriale en bretelle selon B Lynch [29].

Capitonnage utérin :

Cette technique est décrite par Cho [6]. L'objectif est également d'assurer l'hémostase par compression myométriale en appliquant l'une contre l'autre les parois antérieures. La technique consiste en la réalisation de points en cadre rapprochés et transfixiants (figure 24) :

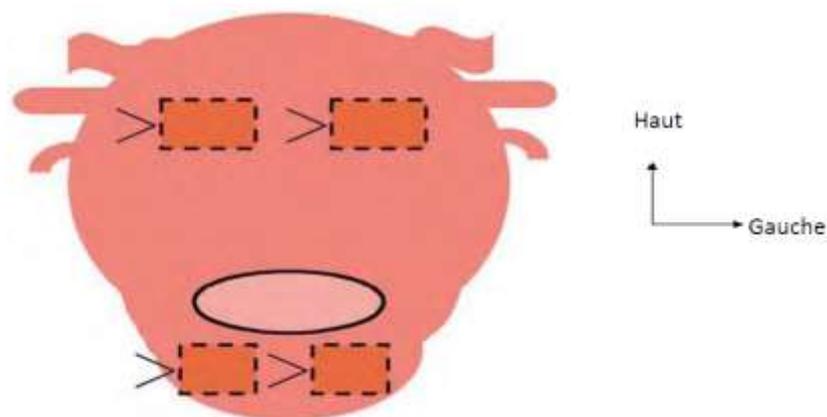


Figure 26 : Capitonnage utérin en cadre selon Cho [29].

Exérèse d'un segment utérin :

C'est une résection utérine de la zone hypotonique puis une fermeture corporelle en trois plans. Cette technique a été rapportée pour des cas de placenta accreta localisé ou des cas d'atonie utérine localisée [6].

Hystérectomie d'hémostase :

Il représente, dans l'ensemble de l'arsenal thérapeutique, une technique incontournable, qu'elle soit réalisée suite à un accouchement par les voies naturelles ou lors d'une césarienne, et ce sur deux indications préférentielles : la prise en charge des anomalies d'insertion placentaire (placenta accreta, increta et percreta); l'échec du traitement médical et chirurgical conservateur, quelle que soit l'étiologie initiale de l'hémorragie de la délivrance. L'hystérectomie d'hémostase est généralement une hystérectomie interannexielle et subtotale. Les complications sont dominées par l'hémorragie per et postopératoire, les complications urinaires, les complications urétérales et vésicales.

f. Embolisation artérielle :

Il s'agit d'une technique de radiologie interventionnelle. C'est un traitement conservateur moins invasif que les traitements chirurgicaux. Le traitement d'une hémorragie du post-partum par embolisation nécessite une prise en charge multidisciplinaire [40]. L'embolisation artérielle est pratiquée dans une salle d'angiographie disposant d'un matériel de réanimation permettant la surveillance de la patiente pendant toute la procédure [30].

L'acide tranexamique (EXACYL® ou TXA):

Cet anti fibrinolytique, très prescrit dans le cadre des ménométrorragies permettrait également de réduire les pertes sanguines et les besoins transfusionnels postopératoires dans un certain nombre d'interventions chirurgicales (taux de transfusion sanguine réduit de 39 %) [62].

2.6.2. Traitement préventif :

a. Pendant la grossesse :

La gestion du risque en anténatal consiste en partie à identifier certaines patientes à risque élevé d'hémorragie du post-partum (en cas de surdistension utérine pour grossesse multiple, hydramnios, macrosomie ; en cas d'utérus cicatriciel, de multiparité, d'anémie, etc...). L'identification de facteurs de risque demande la mise en place de mesures préventives adaptées : supplémentation en fer des femmes enceintes, recherche du groupe sanguin-Rhésus et d'agglutines irrégulières (RAI) ... Mais il est surtout important de considérer toute femme comme étant à risque potentiel d'HPPI puisque la majorité des HPPI reste imprévisible.

b. Pendant le travail :

Un bilan biologique doit être effectué chez toute femme en début de travail avec une numération formule sanguine (NFS), le taux de prothrombine (TP), le temps de céphaline activé (TCA), le dosage du fibrinogène et le dosage du facteur V et des produits de dégradation de la fibrine (PDF) sera faite devant toute situation à risque de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Ce bilan sera répété au cours du travail et dans le post-partum immédiat ;

- La surveillance du partogramme doit être couplée à une utilisation rationnelle des ocytociques et des antispasmodiques pour éviter les dystocies dynamiques du travail ;
- Respect de la physiologie de la délivrance ;
- Une voie veineuse doit être systématiquement mise en place ;
- Éviter les tractions intempestives sur le cordon, les massages et expressions utérins ; - Une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) doit être systématique ;

- Une délivrance artificielle sera toujours faite lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes ;
- Dans le cas de la césarienne, il est recommandé une délivrance dirigée plutôt que d'effectuer une délivrance manuelle immédiate.

c. Dans le post-partum immédiat :

- La précocité du diagnostic est un élément essentiel du pronostic de toute HPPI. La quantification peut être facilitée par la mise en place d'un sac de recueil sous fessier dès la fin de l'expulsion foetale ou par examen des contenus du bassin, des draps, des compresses et du sol ;
- Une surveillance attentive et active de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant deux heures en salle d'accouchement doit être instituée.
- La vérification de l'intégrité des voies génitales après toute manœuvre obstétricale est une mesure obligatoire ;
- L'examen du placenta doit être systématique ;
- La mise au sein précoce doit être recommandée ;
- L'utilisation d'utéro toniques doit être rationnelle.

d. Organisation structurelle :

- La disponibilité d'un laboratoire fonctionnel est indispensable ;
- La disponibilité des produits sanguins et de leurs dérivés est recommandée ;
- La mise en place de protocoles de prise en charge des HPPI adaptés au contexte local est une nécessité.

III. Méthodologie :

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la commune V de Bamako.

3.2. Type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données, allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021, soit une période de 5 ans.

3.3. Population d'étude :

Toutes les patientes admises dans le service pour soins obstétricaux et néonataux d'urgence pendant la période d'étude.

3.4. Echantillonnage :

3.4.1. Critères d'inclusion : nous avons retenu comme

Cas : toutes les primipares ayant présenté une HPPI qu'elles aient accouché ou non dans le service.

Témoin : les primipares qui ont accouché ou non dans le service et admises pour autre motif que l'HPPI.

Appariement 1 cas pour 2 témoins.

3.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes les primipares reçues dans le service pour cause non obstétricale.
- Toutes les primipares admises pour HPPI dont la prise en charge n'a pas été faite dans le service.

- Toutes les primipares avec HPPI dont le dossier n'était pas suffisamment renseigné.

3.4.3. Taille de l'échantillon :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas correspondant à notre critère d'inclusion

3.5. Collecte et supports des données :

3.5.1. Supports :

Les données ont été recueillies à partir du registre des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU), d'admission, d'hémorragie du post partum, d'accouchement, du compte rendu opératoire, d'hospitalisation, de décès maternels.

3.5.2. Technique de collecte :

L'étude a concerné les admissions dans le service, toutes les informations sur cette population ont été systématiquement enregistrées sur une base de données hospitalière du service. Au besoin les informations supplémentaires ont été recueillies à partir des différents registres utilisés dans le service.

3.6. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 14.0. Le test de Chi carré et le test exact de Fisher ont aidé à comparer les variables qualitatives. Le rapport de cote (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour évaluer l'association entre les variables.

La valeur de p était significative lorsque p était $< 0,05$. Pour chaque variable qualitative, nous avons déterminé la fréquence relative et absolue. Pour chaque variable quantitative, nous avons déterminé la moyenne et son écart type, la médiane entourée des extrêmes.

3.7. Aspects éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurant dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé materno-fœtale et ceci dans l'intérêt des patientes.

3.8. Variables Etudiées :

Variables	Type de variable	Echelle de mesure de la variable	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Lecture
Résidence	Qualitative	Exemple= point « G »	
Mode admission	Qualitative	1= Venue d'elle-même 2= Évacuée	Lecture
Antécédents	Qualitative	Existence ou absence	Lecture
Voie d'accouchement	Qualitative	1= voie basse 2=césarienne	Lecture
Type de complication	Qualitative	Exemple : Hémorragie	Lecture
Décès	Qualitative	1=Oui 2=Non	Lecture
Causes de décès	Qualitative	Exemple : Anémie	Lecture
Poids nouveau- né	Quantitative	Grammes	Lecture
Etat nouveau-né	Qualitative	1=vivant 2=mort- né	Lecture
Mort-périnatale	Qualitative	1=Oui2=Non	Lecture

Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Résultats :

4.1. Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons colligé 300 primipares dont 100 cas ayant une hémorragie du post partum et 200 témoins n'ayant pas présenté une hémorragie du post partum. Nous avons enregistré 46449 accouchements dont 669 hémorragies du post partum soit 1,44%. La fréquence de l'HPPI chez les primipares était de 14,95%.

4.2. Caractéristique sociodémographique.

Tableau I : répartition selon l'Age.

Tranche d'âge	Cas n(%)	Témoins n(%)
≤ 19 ans	55(55,0)	46(23,0)
20 à 34 ans	45(45,0)	133(66,5)
≥ 35 ans	0(0,0)	21(10,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fischer= 35,951 ddl= 2 P= 0,001.

L'âge moyen était de 23,64 ans avec des extrêmes de 15 à 37 ans.

Tableau II : répartition selon la profession.

Profession	cas n(%)	Témoins n(%)
Ménagère	63(63,0)	142(12,5)
Elève/ étudiante	5(5,0)	25(8,5)
Fonctionnaire	10(10,0)	17(5,0)
Vendeuse/Commerçante	16(16,0)	10(3,0)
Artisane	6(6,0)	6(12,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact Fischer =15 ,349 ddl=4 P=0,004

Tableau III : répartition selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Cas n (%)	Témoins n (%)
Mariée	99(99,0)	193(96,5)
Célibataire	1(1,0)	7(3,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact Fischer =1,88 ddl=1 P=0,001

Tableau IV : répartition selon les antécédents médicaux.

ATCD médicaux	Cas n(%)	Témoins n(%)
Néant	86(86,0)	200(100)
HTA	8(8,0)	0(0,0)
Drépanocytose	3(3,0)	0(0,0)
Diabète	3(3,0)	0(0,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher 29,371 ddl = 1 p=0,001.

Tableau V : Répartition selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Cas n(%)	Témoins n(%)
Néant	100(100,0)	199(99,5)
Myomectomie	0(0,0)	1(0,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher 0,502 ddl = 1 p=0,479

Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisée.

CPN	Cas n(%)	Témoins n(%)
Aucune	5(5,0)	53(26,5)
1 – 3	76(76,0)	93(46,5)
> ou =4	19(19,0)	54(27,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher=27,992 ddl =2 p=0,000

4.3 Profil clinique :

Tableau VII : Répartition selon le type de grossesse.

Type de grossesse	Cas n(%)	Témoins n(%)
Monofœtale	94(94,0)	189(94,5)
Gémellaire	4(4,0)	11(5,5)
Triméllaire	2(2,0)	0(27,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher=4,708 ddl = 2 p=0,501.

Tableau VIII : Répartition selon l'âge de la grossesse.

Age de la grossesse	Cas n(%)	Témoin n(%)
A Terme	90(90,0)	173(86,5)
Prématuré	10(10,0)	21(10,5)
Post terme	0(0,0)	6(3,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher ddl = 2 p=0,282

Tableau IX : Répartition selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Cas n(%)	Témoins n(%)
Evacuée	63(63,0)	21(10,5)
Venue d'elle-même	37(37,0)	179(89,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher 90,842 ddl = 1 p=0,000.

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

Motif d'admission	Cas n(%)	Témoins n(%)
CUD	34(34,0)	179(89,5)
HPP	44(44,0)	0(0,0)
MFIU	2(2,0)	0(0,0)
Hémorragie anté natale	6(6,0)	0(0,0)
Anémie	2(2,0)	1(0,5)
HTA	2(2,0)	0(0,0)
Dilatation stationnaire	4(4,0)	14(7,0)
Retard d'expulsion	5(5,0)	6(3,0)
Pertes liquidiennes	1(1,0)	0(0,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher =142,150 ddl =8 p=0,000.

Tableau XI : Répartition selon les pathologies associées à la grossesse.

Pathologies associées à la grossesse	Cas n(%)	Témoins n(%)
Paludisme	41(41,0)	1(0,5)
Infection urinaire	6(6,0)	0(0,0)
Hydramnios	40(40,0)	0(0,0)
Infection génitale	8(8,0)	2(1,0)

Fischer=1,007 ddl=2 P= 0,604

Tableau XII : Répartition selon le mode de déclenchement du travail accouchement.

Déclenchement du travail	Cas n(%)	Témoin n(%)
Spontané	95(95,0)	198(99,0)
Artificiel	5(5,0)	2(1,0)
Total	100(100,0)	200(100)

Test exact de Fisher *ddl = 2* *p=0,043.*

Tableau XIII : Répartition selon la durée du travail.

Durée du travail	Cas n(%)	Témoin n(%)
Entre 8 à 12 heures	90 (90,0)	194(97,0)
Supérieur à 12 heures.	10(10,0)	6(3,0)
Total	100(100)	200(100)

Test exact de Fisher ddl = 2 p=0,001.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.

Lieu d'accouchement	Cas n(%)	Témoin n(%)
Cscom	42(42,0)	0(0,0)
Cabinet/clinique	3(3,0)	0(0,0)
CSRéf CV	55(55,0)	200(100,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher= 105,882 ddl = 2 p=0,000.

Tableau XV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Cas n(%)	Témoins n(%)
Voie basse	83(83,0)	169(82,5)
Césarienne	17(17,0)	31(15,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher=0,112 ddl = 2 p=0,946.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la qualification de l'accoucheur.

Qualification de l'accoucheur	Cas n(%)	Témoin n(%)
Sage-femme	77(77,0)	154(77,0)
Médecin généraliste	8(8,0)	15(7,5)
Gynécologue	15(15,0)	31(15,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher=0,033 ddl = 2 p=0,984.

Tableau XVII : Répartition selon les indications de la césarienne.

Indication la césarienne	Cas n (%)	Témoin n (%)
Dystocie	10(58,8)	20(64,5)
HTA et ses complications	5(29,4)	7(22,5)
HRP	2(11,2)	2(6,5)
PP	2(11,2)	2(6,5)
Total	17(100)	31(100,0)

Test exact de Fisher ddl = 4 p=0,796.

Tableau XVIII : Répartition selon l'APGAR à la 1^{ère} min.

APGAR à 1^{ère} min	Cas n(%)	Témoin n(%)
0	1(1,0)	5(2,0)
3- 7	6(6,0)	49(7,0)
> 7	93(93,0)	146(91,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher ddl = 4 p=0,812.

Tableau XIX : Répartition selon l'APGAR à 5^e min.

APGAR à 5 ^e min	Cas n(%)	Témoin n(%)
Mort-né	1(1,0)	5(2,5)
3- 7	1(1,0)	1(0,5)
>7	98(98,0)	194(97,0)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher *ddl = 4* *p=0,999.*

Tableau XX : Répartition selon le poids du nouveau-né à la naissance.

Poids du nouveau-né	Cas n(%)	témoin n(%)
Moins de 2500g	24(24,0)	49(24,5)
Entre 2500 et 3999g	70(70,0)	146(73,0)
Plus de 4000g	6(6,0)	5(2,5)
Total	100(100,0)	200(100,0)

Test exact de Fisher *ddl = 4* *p=0,335*

Tableau XXI: Répartition selon le type de la délivrance.

Type de délivrance	Cas n(%)	Témoin n(%)
Artificielle	17(17,0)	31(15,5)
GATPA	83(83,0)	169(84,5)
Total	100(100)	200(100,0)

Test exact de Fisher ddl = 4 p=0,741.

Tableau XXII : Répartition selon en fonction du délai entre l'accouchement et le diagnostic de l'HPPI

Délai de diagnostic	Effectif(n)	pourcentage (%)
Avant 1h	57	57,0
Entre 1 et 6h	32	32,0
Au-delà de 6h	10	10,0
Total	100	100,0

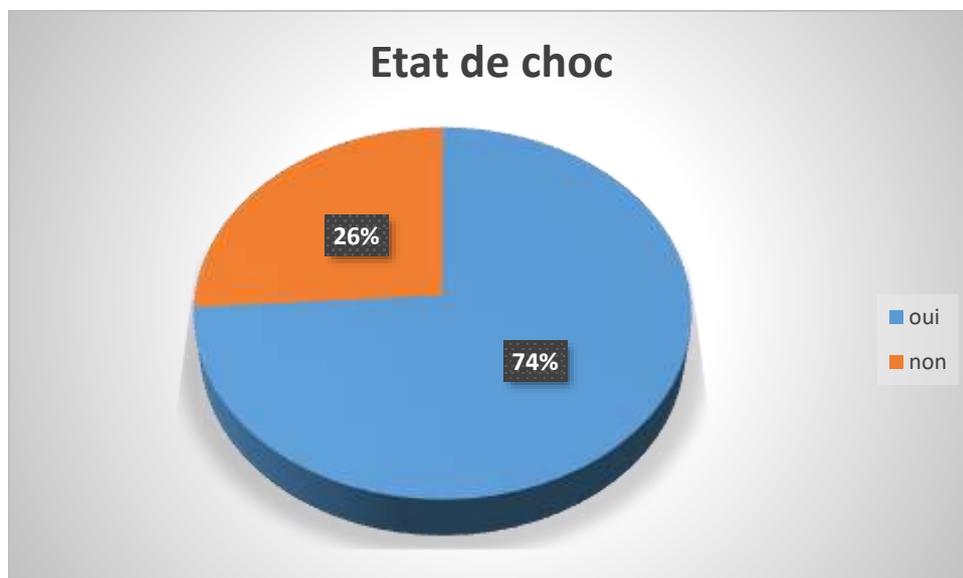


Figure 1 : Repartition selon la survenue de l'état de choc.

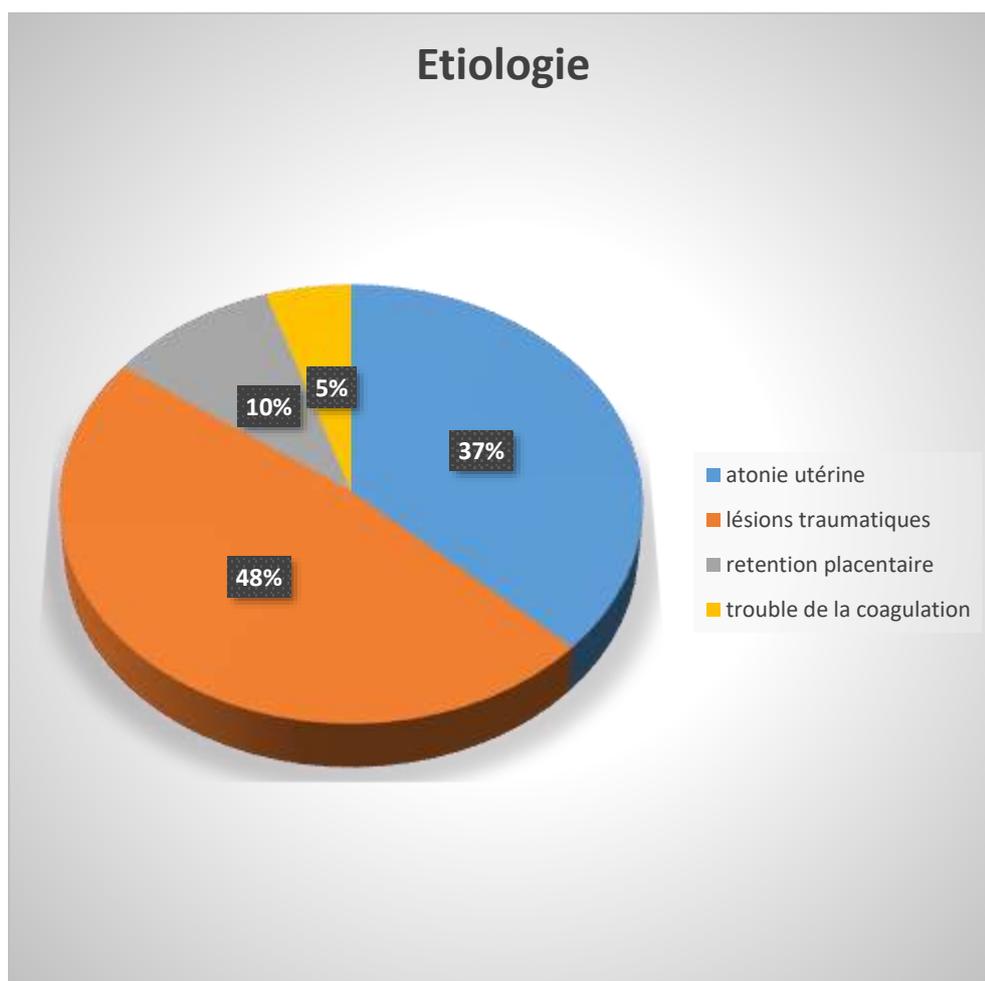


Figure 2 : Répartition selon l'étiologie de l'HHPI.

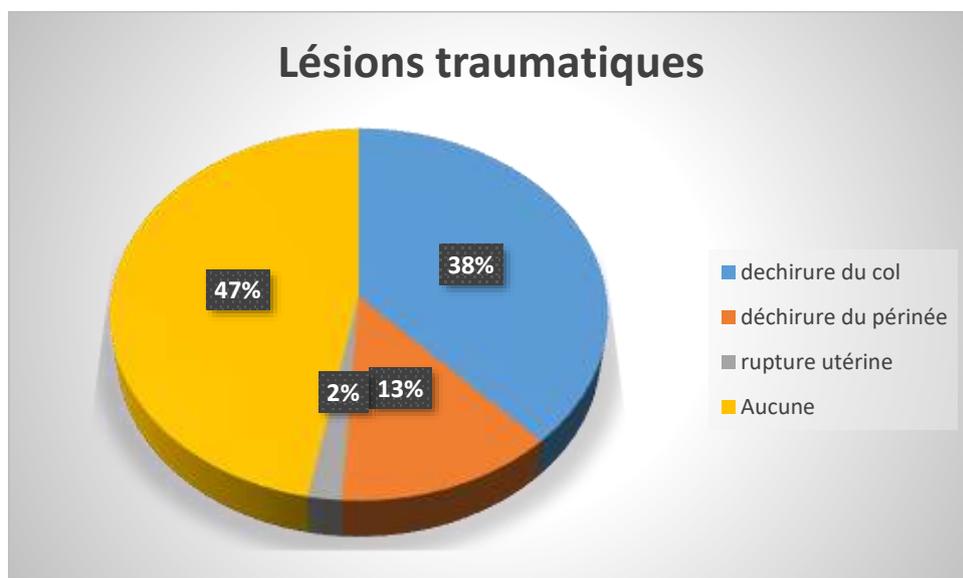


Figure 3 : répartition selon le type de lésions traumatiques

Tableau XXIII : Répartition selon le traitement médicamenteux.

Traitement médicamenteux	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Transfusion	26	26,0
Macromocule+ Oxytocine	74	74,0
Total	100	100,0

Tableau XXIV : Répartition en fonction du traitement obstétrical.

Traitement obstétrical	Effectifs (n)	pourcentage (%)
Massage utérin	22	22,0
Révision +Massage	72	72,0
Tamponnement utérin	6	6,0
Total	100	100,0

Tableau XXV : Répartition en fonction du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Colporraphie	38	38,0
Périnéorraphie	13	13,0
Hystérorraphie	2	2,0
Aucun	47	47,0
Total	100	100,0

Tableau XXVI : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (jour)	Effectif (n)	pourcentages(%)
1	5	5,0
2-3	62	62,0
4-7	33	33,0
Total	100	100

○ **4.4 Pronostic :**

Tableau XXVII : Répartition en fonction des complications :

Complications	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Endométrite	5	5,0
Anémie	7	7,0
Aucune	88	88,0
Total	100	100,0

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel chez les primipares en rapport avec une hémorragie du post partum immédiat.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude rétrospective type cas/témoins sur cinq (5) ans dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako qui offre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC). Nos données ont été collectées à partir du registre SONU, du registre de décès maternel ainsi que le dossier obstétrical. Nous avons été limités par une insuffisance dans l'enregistrement des données et d'information dans les dossiers concernant certaines variables en rapport avec l'hémorragie du post partum chez les primipares.

5.2. Fréquence :

La fréquence de l'hémorragie du post partum était de 1,44%. Cette fréquence est diversement appréciée comme le montrent les différents travaux :

- Au Mali, Dembélé S [11], Nadio M [17], Téguété I [16], ont respectivement 1%; 1,8%; 2,3%.
- Au Sénégal, Faye D et al [20], ont trouvé une fréquence de 1,1%.

Cette fréquence relativement faible dans notre série s'expliquerait par l'absence de quantification objective systématique des pertes sanguines et les insuffisances notées dans la surveillance du postpartum immédiat probablement à l'origine d'une sous-notification des cas.

Dans notre série, les lésions traumatiques étaient l'étiologie prédominante avec 48%. Ces données sont en adéquation avec celles retrouvées par d'autres auteurs [11,17].

L'adolescence ainsi que d'autres facteurs favorisant tel que la profession ménagère, la notion d'évacuation sanitaire sont incriminés dans la survenue de l'hémorragie du post partum les primipares dans notre série. L'identification de ces facteurs de risque au cours du suivi prénatal et une prise en charge active de

la délivrance quelque soit la voie d'accouchement constituent les piliers de la prévention des HPPI chez les primipares.

5.3. Principales étiologies :

Les lésions traumatiques représentaient l'étiologie prédominante 48%, suivies de l'atonie utérine 37%. Parmi les lésions traumatiques, nous avons noté 2 cas de ruptures utérines et 1 cas de thrombus génital.

Téguété I[16] et Nadio M [17] ont respectivement 54,5%, 28,5% de lésions traumatiques comme étiologie. Pour la plupart des auteurs [4, 11, 13], l'atonie utérine reste la première cause de l'hémorragie du post partum.

5.4. Prise en charge :

Selon les recommandations internationales, le traitement de l'HPPI doit être assuré par une équipe multidisciplinaire et basé sur des protocoles validés [1]. Toutes nos patientes avaient reçu de l'ocytocine au cours du traitement initial conformément à ces recommandations. Cependant le massage utérin, qui doit systématiquement être réalisé concomitamment à l'administration de l'ocytocine après vidange vésical, nous avons associé la révision utérine à ces mesures dans 72%. Dans notre série, 6% de nos patientes ont bénéficié de tamponnement intra utérin car les mesures précédentes ont été inefficaces. C'est une méthode efficace, accessible, simple à mettre en œuvre et non invasive qui permet de réduire le taux d'hystérectomie d'hémostase en cas d'hémorragie réfractaire au traitement médical initial [21].

Dans notre série nous avons réalisé 2 hystérorrphies pour rupture utérine, cependant nous n'avons pas fait d'hystérectomie. Ceci pourrait s'expliquer la primiparité et le délai précoce du diagnostic de HPPI (54%).

5.5. Pronostic materno-fœtal

Aussi bien dans les pays en développement que ceux développés, l'HPP représente la principale cause de morbidité maternelle sévère. Dans notre série, l'anémie était la principale complication avec nécessité de transfusion dans 10% des cas. Elle était constatée chez 10% des patientes contre 32% dans l'étude de Nadio M [14] et 22 % dans celle de Faye au Sénégal [22]. Notre taux est probablement sous-estimé sachant que la réalisation du contrôle du taux d'hémoglobine après le traitement de l'hémorragie n'était pas toujours possible dans notre structure. Outre l'anémie et les conséquences directes de l'hypovolémie aigüe, l'hémorragie expose aux complications de la transfusion, de la réanimation et à la stérilité en cas d'hystérectomie [7].

Au cours de notre étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel en rapport avec l'hémorragie du post partum chez les primipares.

Nous avons pratiqué l'hystérorraphie chez deux patientes pour rupture utérine, ce pendant nous n'avons fait d'hystérectomie.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

L'hémorragie du post partum immédiat est fréquente chez les primipares au Centre de Sante de Reference de la Commune V du district de Bamako.

L'étiologie est dominée par les lésions traumatiques des parties molles. La prise en charge de l'hémorragie du post partum immédiat est multidisciplinaire, par conséquent sa réduction réside dans la formation du personnel sanitaire de la maternité, et l'élaboration d'un protocole de prise en charge de l'hémorragie du post partum immédiat des primipares.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes:

- **A l'endroit des autorités politiques et administratives**
 - Renforcer la formation continue du personnel ayant en charge l'accouchement.
 - Mettre en place au Csref de la commune V une unité de réanimation dotée d'un personnel qualifié (réanimateur).
- **A l'endroit des prestataires de santé :**
 - Respecter les politiques, normes et procédures en matière d'accouchement
 - Renforcer la surveillance des accouchées pendant les 6 h qui suivent l'accouchement.
 - Remplir correct des dossiers médicaux et compte-rendu opératoires en vue de leur utilisation pour les travaux de recherche scientifique.
- **A l'endroit des gestantes :**
 - Fréquenter les services de santé de reproduction.
 - Eviter les accouchements à domicile, source d'hémorragie et de beaucoup d'autres complications.

VII. Références

- 1- World Health Organisation.** Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO guidelines approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: WHO; 2012.
- 2- Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H,** Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Maternal mortality in France, 2007–2009. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013;42:613–27.
- 3- Institut National de la Statistique(INSTAT),** Cellule de planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- 4- Sissoko A.** Etude de la mortalité maternelle dans le District de Bamako. Thèse de Médecine. Bamako. 2020.
- 5- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.** Post-partum: recommandations CNGOF pour la pratique clinique. Elsevier Health Sciences, 2018.
- 6- Sall A. S.** Etude sur les hémorragies du post-partum à propos de 132cas pour 4961 accouchements. Thèse de Médecine. DAKAR. 2010.
- 7- Patrick DN.** Hémorragies de la période de la délivrance dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedrago : Aspects épidémio-cliniques et pronostic maternel. À propos de 251 cas. Thèse de Médecine 2011.

- 8- **Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S.** Hémorragie du post partum : Fréquences, conséquences en termes de sante et facteurs de risque avant l'accouchement 2004 Elsevier Masson SAS.
- 9- **Bais, J. M. ., Eskes, M., Pel, M., Bonsel, G. J., & Bleker, O. P.** Hémorragie post-partum chez les femmes nullipares: incidence et facteurs de risque chez les femmes à risque faible et élevé. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (2004) 115(2), 166-172.
- 10- **Pierre D, et al.** Nécrose corticale rénale bilatérale et thrombose de la veine cave inférieure compliquant une hémorragie de la délivrance chez une primipare âgée de 16 ans, *Anesthésie & Réanimation*, Volume 3, Issue 1, 2017, Pages 92-94.
- 11- **Dembele S, Diassana M, Macalou B, Sidibé A, Hamidou A, N'daye D, et al.** Hémorragie du post partum immédiat à l'hôpital Fousseny Daou de Kayes. *Jaccr Africa* 2021 ; 5(2) : 133-140.
- 12- **Harkouk, H., Rahmoune, F. Chakib, Benhamou, D.** Hémorragie du postpartum et déficit congénital en facteur VII : options thérapeutiques et moyen.
- 13- **Faye Dieme M.E et Al.** Prise en charge et pronostic des hémorragies du post-partum immediat dans un Centre de Santé de Niveau II de Dakar (Sénégal) *Journal de la SAGO*, 2017, vol.18, n°2, p. 27-34.
- 14- **EL Ahmadi, Wafaa, Ghesquiere, L., Drumez, E., et al.** Impact d'un protocole basé sur les nouvelles recommandations nationales sur le recours à l'oxytocine et ses conséquences materno-foetales : étude monocentrique de type avant/après. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2021, vol. 49, no 10, p. 744-749.

- 15- **Morau E, Ducloy J C, Le Roux S, et al.** Mortalité maternelle par hémorragie en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2021, vol. 49, no 1, p. 60-66.
- 16- **Téguété I, Sissoko A., Djiré M.Y, Traoré Y, Kayentao K, Théra T et al.** Hémorragies du post-partum au Mali : fréquences, causes, facteurs de risque et pronostic. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 38ème Journées Nationales. Paris, 2014. Pages 259-283.
- 17- **Nadio M.** Facteurs associés à l'hémorragie du post partum immédiat au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. 2021. Thèse de doctorat. USTTB.
- 18- **Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6e Edition Masson. Vol. 120. France (Paris) : Masson ; 1995. 136-156.
- 19- **Akpadza K, Tete V, Agboli K et al.** Hémorragie de la délivrance à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU-Tokoin à Lomé (Togo) de 1998-2000. *Médecine d'Afrique Noire*, 2004, vol. 51, n°1, p. 11-14.
- 20- **Chichakli L. et al.** Pregnancy-related mortality in the United States due to hemorrhage 1979-1992. *Obstet Gynecol*, 1999; 94(5-1):721-5.
- 21- **Mazuir E, Marque S.** Le choc en obstétrique. *Traité d'Obstétrique* Flammarion Paris 2003 ; p: 949-950.
- 22- **Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, langer B.** Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004, vol 33, suppl. au n° 8, p.4855-4864.
- 23- **Langer B, Roudier E, Haberstch R, Dreyfus M.** Prise en charge obstétricale en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initiales ou qui est grave d'emblée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33, suppl, 8: 4873-4879.

VIII. ANNEXES

Fiche d'enquête :

I. Similitude : Dossier numéro.....

Age :ans

Résidence : /.... / 1. Bamako 2. Hors Bamako

Mode d'admission : Evacuée : /.... / 1. Avant accouchement 2.

Après accouchement

Venue d'elle-même : /.... / 1. Avant accouchement 2.

Après accouchement

II. Motif d'admission : /.... / 1. Accouchement 2. Hémorragie du Post Partum 3. Placenta prævia 4. Hématome retro-placentaire 5. Hémorragie de BENCKISER 6. Rupture utérine 7. Effort expulsif insuffisant 8. Dilatation stationnaire 9. Défaut d'engagement 10. Asphyxie foetale 11. Mort foetale in utéro 12. Autres :

III. Antécédents : Médicaux : / / 1. Oui 2. Non
Autres à préciser.....

Chirurgicaux : / / 1. Non 2. Oui
Autres préciser.....

Gynécologiques : Ménarche :Cycle :
.....Durée : kyste de l'ovaire Autres à préciser
.....

Obstétricaux :

Gestité : /.... / 1. 1 2. 1-3 3. ≥ 4
Parité : / / 1. 1 2. 1-3 3. ≥ 4 Avortement
: Pré- HDD Autres à préciser.....
.....

IV. Grossesse actuelle

DDR: / / 1. Connue 2. Inconnue
AG..... TPA..... Suivie
(nombre de CPN) : / / 1. 0 2. 1-4 3. > 4 4. Non suivie Groupage à l'entrée : / / 1. Oui 2. Non
Terme de grossesse/ / 1:À terme 2 : Pré-terme 3 : Post-terme

Autres complications :

.....

V. Accouchement :

Lieu de l'accouchement : / /

Autres à préciser.....

Déroulement du travail : /.... / 1 : Déclenchement spontané du travail

2 : Déclenchement artificiel du travail Cytotec Syntocinon Autres à préciser.....

..... Normal 4- Rapide <4 Heures Prolongé >12 Heures

CU : /.... / 1. Hypocinésie 2. Hypercinésie 3. Aucune anomalie RCF : /

/ 1. Normal 2. Anormal

Mode d'accouchement : / / 1. Voie Basse simple 2. Voie basse instrumentale 3. Episiotomie 4. Césarienne 5. Expression abdominale 6. Version par manœuvre interne 7. Extraction d'une rétention de la tête dernière 8. Réduction de dystocie de l'épaule

Délivrance : / / 1. Physiologique 2. Artificielle 3. GATPA

Placenta : / / 1. Complet 2. Incomplet 3. Accreta 4. Percreta

5.Increta

Nouveau-Né : Poids:/.../ 1. < 2500gr 2. 2500-3999gr

3. > 4000gr Score d'Apgar Réanimation Hospitalisation en néonatalogie Mort-né Décès néonatal

VI. Diagnostic de l'HPPI :

Saignement : / / 1. Minime 2. Modéré 3. Important

Etat de choc : / / 1 . Oui 2. Non

VII. Etiologies : / / 1. Inertie utérine 2. Déchirures 3. Rétention de débris 4. Troubles de la coagulation

VIII. Prise en charge :

Demander de l'aide / / 1. Oui 2. Non

Prise de VVP / / 1. Oui 2. Non Remplissage / /

1. Oui 2. Non Transfusion isogroupe iso rhésus : / / 1. Oui

2. Non

Atonie utérine : Vider la vessie : / / 1.

Oui 2. Non Massage utérin : / / 1. Bimanuel externe

2. Bimanuel interne Compression aortique : / / 1.

Oui 2. Non Ocytocique : / / 1.

Oui 2. Non Si oui quantité.....

Arrêt de l'hémorragie 1. Oui 2. Non Si non Cytotec 200microgramme

5comp en IR : / / 1. Oui 2. Non

Arrêt hémorragie 1. Oui 2. Non

Si non Tamponnement intra-utérin par préservatif : / 1. Oui 2. Non Arrêt

de l'hémorragie 1. Oui 2. Non

Si non Traitement chirurgical : / / 1. Oui 2. Non

Si non Pourquoi...Décès évacuation Si Oui

Technique : / / 1. CHO 2. Triple ligature 3. B LYNCH

4. Hystérectomie

Rétention placentaire Délivrance artificielle : / /

1. Oui 2. Non Révision utérine : / /

1. Oui 2. Non Massage utérin : / / 1. Bimanuel externe

Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

2. Bimanuel interne Compression aortique : / / 1.

Oui 2. Non Ocytocique : /.... / 1.

Oui 2. Non

Si oui quantité.....

Arrêt de l'hémorragie 1. Oui 2. Non

Si non Cytotec 200microgramme 5comp en

IR : / / 1. Oui 2. Non

Arrêt hémorragie 1. Oui 2. Non

Si non Tamponnement intra-utérin par préservatif : /.... / 1. Oui

2. Non Arrêt de l'hémorragie 1. Oui 2. Non

Si non Traitement chirurgical : /.... /

1. Oui 2. Non

Si non Pourquoi..... Décès évacuation

Si Oui Technique : /.... / 1. CHO 2. Triple ligature 3. B LYNCH

4. Hystérectomie

Déchirures Utérus (corps et segment inférieur) : / /

1. Hystérorraphie 2. Hystérectomie

Col de l'utérus, vagin, périnée, vulve 1 : / / 1. Suture hémostatique

IV-troubles de la coagulation Massage utérin : /.... /

1. Bimanuel externe 2. Bimanuel interne

Compression aortique : /.... /

1. Oui 2. Non

Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Tamponnement intra-utérin par préservatif : /.... /

1. Oui 2. Non

Traitement chirurgical : /.... / 1. Oui 2. Non

Si non Pourquoi..... décès évacuation

Si Oui Technique : /.... / 1. CHO 2. Triple ligature 3. B LYNCH

4. Hystérectomie

IX. Complications : / /

1. C.I.V.D 2. I.R.A 3. Infection 4. Lésion vésical ou urétérale 5.

Lésions digestives 6. HELLP Syndrome 7. Aucune

X. Pronostic : / / 1. Vivante 2. Morte

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : TOGO

PRENOM : Bourema

TITRE DE MEMOIRE : Hémorragie du post-partum immédiat chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE : 2023

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie obstétrique

RESUME : L'objectif de cette étude était d'étudier l'hémorragie du post-partum chez les primipares au CS Réf de la Commune V du District de sur une période de 5 ans allant de Janvier 2017 à Décembre 2021.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique avec recueil rétrospectif des données obstétricales du CS Réf de la Commune V du District de Bamako.

Pendant cette étude, nous avons enregistré 46449 accouchements dont 669 cas d'hémorragie du post partum soit 1,44% des accouchements.

L'âge moyen a été 23,64 ans, les extrêmes d'âge étaient 15 et 37 ans.

Dans notre étude les lésions traumatiques représentaient l'étiologie prédominante 48%, suivies de l'atonie utérine 37%. Parmi les lésions traumatiques, nous avons noté 2 cas de ruptures utérines et 1 cas de thrombus génital. Nous n'avons pas réalisé d'hystérectomie d'hémostase.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel en rapport avec une hémorragie du post partum chez les primipares.

Conclusion : l'hémorragie du post partum immédiat est fréquente chez les primipares au CSREF CV.

Mots clés : hémorragie du post partum, primipare, CSRef ComV.