

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2016 - 2017

n°...../

TITRE

**LES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM IMMÉDIAT AU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO : LES ASPECTS ÉPIDÉMIO-CLINIQUES THÉRAPEUTIQUES ET
PRONOSTIQUE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2017

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Mme Aïché Boubacar TRAORE

**POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)**

JURY

PRESIDENT : Professeur Tieman Coulibaly

MEMBRE : Docteur Dessé DIARRA

CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Diakaridia Koné

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Moustapha Touré

DEDICACES

A Allah le tout puissant.

Aujourd'hui, il m'est important de vous rendre grâce pour m'avoir donné la force nécessaire de mener à bien ces études ; oh ! Combien longues et truffées d'embûches.

Vous avez été à mes côtés à réaliser mon rêve d'enfant à travers vos encouragements ; sans lesquels il m'était difficile d'aller jusqu'au bout.

C'est l'occasion pour moi de vous dire merci pour vos innombrables bienfaits dans ma vie

A mon grand-père : Feu El hadj Niani Traoré

Cher grand père je sais que vous avez toujours privilégié les études avant toute autre chose. Votre image d'homme paisible, simple et honnête restera gravée dans ma mémoire .Cette attitude sera mienne dans ma vie.

Repose en paix.

A mes grand- mères : Feue Nana Traoré et kadiatou Traoré :

Je ne vous ai pas connu mais ce que j'ai pu entendre me flatte et m'encourage.

Recevez l'expression de toute ma reconnaissance et de toutes mes affections. Que votre âme repose en paix.

A mon père : Boubacar Traoré :

IL m'est difficile de trouver les mots qu'il faut pour te qualifier tant tu as su assurer avec dignité, courage et rigueur ton devoir de Père de famille. Tu as consenti par amour d'énormes sacrifices à vos enfants. Durant ces longues années, tu as été attentif et soucieux de mon avenir. Tes conseils et tes encouragements m'ont redonné le moral dans les moments difficiles. Je te trouve exceptionnel.

Que ce modeste travail que vous avez suivi de près soit le gage de ma profonde gratitude et de mon attachement de tous les instants.

Que Dieu vous accorde longue vie.

A ma mère : Mariam Diawara :

Ton amour pour tes enfants est si fort qu'il nous donne l'envie de vaincre les vicissitudes de la vie. Tu t'es toujours investie afin d'assurer en moi une éducation stricte et exemplaire.

Puisse le Tout Puissant te donner santé et longue vie pour jouir du fruit de tes efforts.

A mon oncle feu docteur Issaka Traoré : Toi qui m'as convaincu à faire ces études de médecine ce travail est le vôtre que ton âme repose en paix.

A mes frères et sœurs : Ngatta, Kadiatou, Nana, et Samba.

Trouvez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes autres parents :

Soyez assurés de mon profond respect.

A mon Mari : Mountaga DIALLO:

Ton amour, ta confiance et tes encouragements ne m'ont pas fait défaut. Tu m'as soutenu au delà de tes efforts. Je te serai reconnaissant toute ma vie. Reçois par là toute ma profonde gratitude. Que le Seigneur nous donne longue vie.

REMERCIEMENTS

- A Allah le tout puissant le Miséricordieux de faire ce travail ;
- Au médecin chef Mama Sy Konaké : pour votre sympathie ;
- A tout le personnel du CSRéf de la commune IV ;
- A tout le personnel de la FMOS ;
- Au corps professoral de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement dispensé ;
- Dr Diakaridia Koné, Dr Dessé Diarra , Dr Saye Amaguiré , Dr Haidara Dramane, Dr Guiré Abdou , Dr Ousmane Traoré, Dr Keïta Mamadou ;
- A tous les médecins et internes du CSREF CIV.

Je n'oublierai jamais votre soutien et vos conseils pour le bon déroulement de ma thèse. Permettez que je vous témoigne ici mon respect et ma gratitude. Ce travail est le vôtre.

A mes Tantes et Tontons: feu Soriba Diawara, feu Amadou Niani, Dramane, Sékou, Moussa Niani, Hadi ,Karim, Ami Dembélé, Anna Gueye, korotoumou Fofana, Kadiatou Tounkara, Maimouna Diallo, Ami Toure etc

Vos conseils, votre amour ainsi que votre soutien moral et matériel m'ont toujours accompagné. Merci de tout cœur et que ce travail vous apporte satisfaction.

A mes cousins et cousines : Aliou, Nana, Kadidia, Aminata , Coura ,Awa, Madina etc.....

A tous mes camarades de classe

A toute la famille Niani Traoré et Diallo

A tous mes amis: Aissata Sacko, Aminata Samake, Fatoumata Diarisso Diagassan etc.....

Merci pour votre amitié et votre franche collaboration.

A mes maîtres et guides, de même que tous les enseignants de la FMOS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tiéman COULIBALY,

- Maître de conférences en traumatologie et orthopédie,
- Chef du service d'orthopédie et de traumatologie du CHU G T
- Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et
Traumatologique
- Membre de la société internationale de chirurgie orthopédique et
Traumatologique

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités pédagogiques, votre humeur constamment accueillante, votre disponibilité, votre simplicité et votre grande humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Docteur Dessé Diarra

- Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV
du District de Bamako
- Praticien hospitalier,

Cher maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de votre encadrement pratique dans votre service.

Vos qualités humaines, votre savoir médical et votre rigueur scientifique, font de vous une référence pour les étudiants.

Vous avez tout de suite accepté de juger notre travail, cela nous honore particulièrement.

Trouver ici le témoignage de nos remerciements et notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR:

Docteur Diakaridia KONE

- Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.
- Praticien hospitalier
- Médecin chef-adjoint du centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako

Cher maître,

Vous avez accepté de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître aimé de tous.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière!

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Moustapha TOURE

- Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS ;
- Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest;
- Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;
- Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie Tropicale de Bale en Suisse ;
- Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de Santé de l'école de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (Belgique)
- Chef du service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali ;
- Chevalier de l'Ordre national du Mali.

Cher maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre modestie, votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et foetale et surtout votre dynamisme font de vous un maître admiré et respecté. Acceptez ici cher maître notre sincère remerciement

Liste des abréviations

ART : Artère

ATCD : Antécédent

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIVD : Coagulation Intra vasculaire Disséminée

Cm : Centimètre

CPN: Consultation prénatale

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CUD : Contraction Utérine Douloureuse

Coll : Collaborateur.

DA : Délivrance Artificielle

EPU : Enseignement post-universitaire

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

Gr : gramme

HHPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat

HTA: Hypertension artérielle

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HU : Hauteur Utérine

IM : Intramusculaire

IO : Infirmière Obstétricienne

IV : Intraveineuse

MFIU : Mort Fœtale In-utero

Ml : Millilitre

MIN : Minute

NFS : Numération Formule Sanguine

Nné : Nouveau-né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OS : Occipito-Sacré

PF : Planification Familiale

PDF : Produits de dégradation de la fibrine

PGE : Prostaglandine E

PGF : Prostaglandine F

PP: Placenta Prævia

PPTE : Pays Pauvre Très Endetté

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RU: Révision Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique

TP : Taux de prothrombine

TCA : Temps de Céphaline Activée

UI : Unité Internationale

µG : microgramme

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

I.	Introduction :	18
II.	Objectifs :	20
III.	Généralités :	23
1-	Définitions :	23
2-	Rappels anatomiques et physiologiques :	23
2-1	Configuration externe de l'utérus :	23
2-2	Configuration interne de l'utérus :	24
2-3	Moyens de fixité de l'utérus :	24
2-4	Structure de l'utérus :	24
2-4-1	La vascularisation et innervation de l'utérus :	25
2-4-2	Innervation de l'utérus :	27
2-5	Utérus gravide :	27
2-5-1	Le corps utérin :	28
2-5-2	Le col utérin :	28
2-5-3	Le segment inférieur :	28
3-	Rappel physiologique de l'accouchement :	29
3-1.	Phénomènes dynamiques :	30
3-2.	Phénomènes mécaniques de l'accouchement :	30
4	Physiologie de la délivrance :	31
4-1.	Phase de décollement :	31
4-2.	Phase d'expulsion du placenta :	32
4-3.	Phase de l'hémostase :	35
5-	Étiopathogénie des hémorragies du post-partum :	35
5.1	Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum :	35
5-2.	Hémorragie de la délivrance :	36
5-2-1.	Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :	37
5-2-2.	Etiologies d'hémorragie de la délivrance :	37
5-3.	Les troubles de la coagulation :	40

5-4. Les lésions génitales :.....	41
5-4-1 Les déchirures cervicales :.....	41
5-4-2 les lésions vaginales :.....	43
5-4-3 Les thrombus vulvo-vaginaux.....	43
5-4-4 Les ruptures de varices vulvo-vaginales.....	44
5-4-5 Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin.....	44
5-4-6 Déchirures vulvaires	44
5-4-7 Déchirures périnéales.....	45
6 - Conduite à tenir devant l'hémorragie du post-partum :.....	46
6-1 Recherche d'une cause locale :.....	46
6-2. Organisation :.....	47
6-3. Traitement de la cause :.....	50
6-4. Prise en charge chirurgicale :.....	55
7 – Prévention	57
IV- Méthodologie :.....	60
V- Résultats :.....	68
VI- Commentaires et Discussions :.....	87
VII- Conclusion :.....	95
VIII- Recommandations :.....	97
XIX- Références :.....	99

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon la résidence.....	70
Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie.....	71
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.....	71
Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	72
Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	72
Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	73
Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	73
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la provenance.....	74
Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	74
Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	75
Tableau XI : Répartition des patientes selon la gestité.....	75
Tableau XII : Répartition des patientes selon la parité	76
Tableau XIII : Répartition des patientes selon la supplémentation martial dans le post- partum	76
Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'auteur de la consultation prénatale.....	77
Tableau XV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.....	78
Tableau XVI : Répartition des femmes selon la qualification de l'accoucheur.....	79
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la durée du travail.....	79
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon le type de la délivrance.....	80
Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'examen du placenta après la délivrance.....	80
Tableau XX : Répartition des nouveaux nés selon l'état à la naissance.....	81
Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'étiologie.....	82
Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'évacuation.....	82
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation	83

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'utilisation des produits Sanguins.....	83
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le traitement obstétrical.....	84
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical.....	84
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.....	85
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le motif de décès.....	86
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon les complications.....	86

Liste des figures :

Figure 1 : organisation de l'utérus et du vagin	25
Figure 2 : vascularisation de l'utérus	26
Figure 3 : innervation de l'utérus	27
Figure 4 : Technique de la délivrance active 1er temps (selon MERGER)	34
Figure 5 : Technique de la délivrance active 2ème temps (selon MERGER).....	34
Figure 6 : Déchirure sous vaginale du col (selon MERGER)	41
Figure 7 : Déchirure du col propagée au segment inférieur (selon MERGER).....	42
Figure 8 : Ligature de l'artère hypogastrique (D'après D'Ercole C: Prise en charge chirurgicale des hémorragies du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004).....	56

Liste des Graphiques :

Graphique I : Fréquence	69
Graphique II : Répartition des patientes selon les tranches d'âge	70
Graphique III : Répartition des patientes selon les facteurs de surdistension utérine	77
Graphique IV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement	78
Graphique V : Répartition des nouveau-nés selon leurs poids de naissance	81
Graphique VI : Répartition des patientes selon le pronostic maternel	85

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum immédiat complique environ 5% des accouchements. Elle est définie comme une hémorragie issue de la filière génitale, survenant dans les 24 heures qui suivent la naissance, et dont les pertes estimées dépassent 500 ml pour un accouchement par voie basse, et 1000 ml pour un accouchement par césarienne. Elle est qualifiée de sévère lorsque les pertes excèdent 1000 ml pour l'accouchement par voie basse et 1500 ml après une césarienne [1].

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé dans de nombreux pays du monde et particulièrement dans les pays en voie de développement, la situation des gestantes reste préoccupante du fait du risque élevé de décès pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsque l'une de leur fille est enceinte [2].

« **La grossesse et l'accouchement** ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel ». Cette assertion soutenue par Rivière reste valable de nos jours [3].

L'OMS estime à 150.000 le nombre de décès annuel dans le tiers monde par hémorragie du post-partum [4].

En France : L'hémorragie du post-partum est l'une des premières causes de mortalité et de morbidité maternelle [5].

En Afrique : des études ont montré que la première cause de décès maternel est l'hémorragie et parmi les types d'hémorragie, l'hémorragie du post-partum immédiat occupe le premier rang avec une fréquence de 24% [6].

Au Mali : Au centre hospitalier universitaire de l'hôpital du point G et les centres de santé de références de la commune II et V du district de Bamako rapportaient la situation des hémorragies du post-partum de la façon suivante :

- ✓ **Au service de gynéco-obstétrique du CHU du point « G »** : La fréquence s'élevait à 4,8% avec un taux de décès de 13,9 % en 2009 [9] ;

- ✓ **Au CS Réf C II :** La fréquence était de 1,65% dont 2,1% de décès maternel en 2007(10) ;
- ✓ **Au CS Réf C V :** La fréquence s'élevait à 1,85% avec un taux de décès de 2% en 2006 [11].

L'instauration récente de la G A T P A (gestion active de la troisième période de l'accouchement) dans le post-partum immédiat, constitue un espoir dans la prévention de ces hémorragies [12].

Ces hémorragies du post-partum revêtent un caractère particulier ; elles sont le plus souvent imprévisibles mais, il importe de reconnaître un terrain prédisposant (facteur de risque). La prévention est fondamentale et passe par l'individualisation de ces situations à risque, la mise en place d'une surveillance adaptée et rapprochée permettant un diagnostic et une prise en charge rapides [5].

Cette prise en charge nécessite le concours d'une équipe entraînée, pluridisciplinaire constituée de Gynéco-obstétricien, anesthésiste réanimateur, afin d'éviter les complications [5].

A cause de ces incidents mortels (25% dans le monde entier), l'hémorragie du post-partum est un problème majeur en gynéco-obstétrique ; elle constitue un problème santé publique.

Au Mali des études antérieures sur les hémorragies du post-partum ont mis en exergue l'importance et la gravité de cette complication obstétricale.

Le présent travail mené au CSRéf commune IV est une contribution à l'étude du sujet. Elle se propose également d'étudier les causes ; de faire des suggestions et recommandations pour la prise en charge des hémorragies et d'évaluer le pronostic maternel avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général :

Étudier les hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du post-partum immédiat
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes ayant présenté l'hémorragie du post-partum immédiat
- Rechercher les causes des hémorragies du post-partum immédiat
- Déterminer la conduite à tenir
- Évaluer le pronostic maternel
- Formuler des recommandations

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Définitions :

Plusieurs définitions ont été apportées dans la littérature. Selon **Merger R. [13]** les hémorragies du post-partum ou hémorragies des suites de couches, distinctes des pertes de sang physiologiques, sont des hémorragies qui surviennent du deuxième au trentième jour des suites de couches. Doivent être exclues de ce cadre nosologique les hémorragies de la délivrance et les hémorragies dues aux tumeurs gynécologiques.

* **Selon le concept anglo-saxon** l'hémorragie primaire du post-partum est classiquement définie comme une perte de plus de 500 ml de sang lors d'un accouchement par voie basse survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement et provenant du tractus génital. Il peut s'agir :

- des hémorragies de la délivrance : qui sont des hémorragies provenant de la zone d'insertion placentaire.
- des hémorragies contemporaines de la délivrance ; qui sont des hémorragies liées aux lésions des parties molles.
 - si la perte survient entre 24 heures et 42 jours après l'accouchement ; elle est définie comme hémorragie secondaire du post-partum [14]. Cette notion chronologique n'apparaît que rarement dans la littérature.

Il est encore difficile de donner une définition exacte de l'hémorragie du post-partum.

2. Rappels anatomiques et physiologiques :

2-1 Configuration externe de l'utérus

Il présente trois parties : le corps, le col, et l'isthme.

- Le corps présente deux faces : l'une antéro-inférieure (vésicale) plane légèrement convexe, l'autre postéro-supérieure (intestinale) toujours convexe, une base (le fond utérin) deux bords latéraux (droit et gauche).
- Le col, cylindrique, donne insertion au vagin qui le divise en deux portions ; supra-vaginale et vaginale.
- L'isthme utérin est situé entre le corps et le col utérin.

2-2 Configuration interne de l'utérus

L'utérus est creusé d'une cavité qui est aplatie dans son ensemble d'avant en arrière.

Le rétrécissement correspondant à l'isthme qui la divise en deux parties :

- L'une corporéale triangulaire, c'est la cavité utérine.
- L'autre cervicale fusiforme, c'est le canal cervical qui présente deux orifices supérieur et inférieur (ou interne et externe)

2-3 Moyens de fixité de l'utérus :

Les systèmes de maintien de l'utérus sont en trois groupes pouvant assuré chacun plusieurs fonctions

- Système de soutènement : L'utérus est soutenu par la vessie, le vagin, les muscles élévateurs de l'anus, le fascia pelvien.
- Système de suspension : Il est composé par les ligaments utéro – sacraux en arrière, les ligaments pubo-vésico-utérins en avant, les paramètres et les paracervix latéralement.
- Système d'orientation : Les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacraux maintiennent l'antéversion ; les ligaments larges (les mésomères) limitent la latéro-version.

2-4 Structure de l'utérus :

Il est constitué de trois tuniques de dehors en dedans :

- La séreuse
- La musculeuse qui comprend trois couches :
 - ✓ La couche externe qui est composé d'une couche superficielle faite de fibres longitudinales et le profond fait de fibres circulaires.
 - ✓ La couche moyenne qui est faite de fibres plexi-formes.
 - ✓ La couche interne qui est faite de fibres circulaires.
- La troisième tunique est la muqueuse ou l'endomètre qui est tapissé de cellules épithéliales cylindriques.

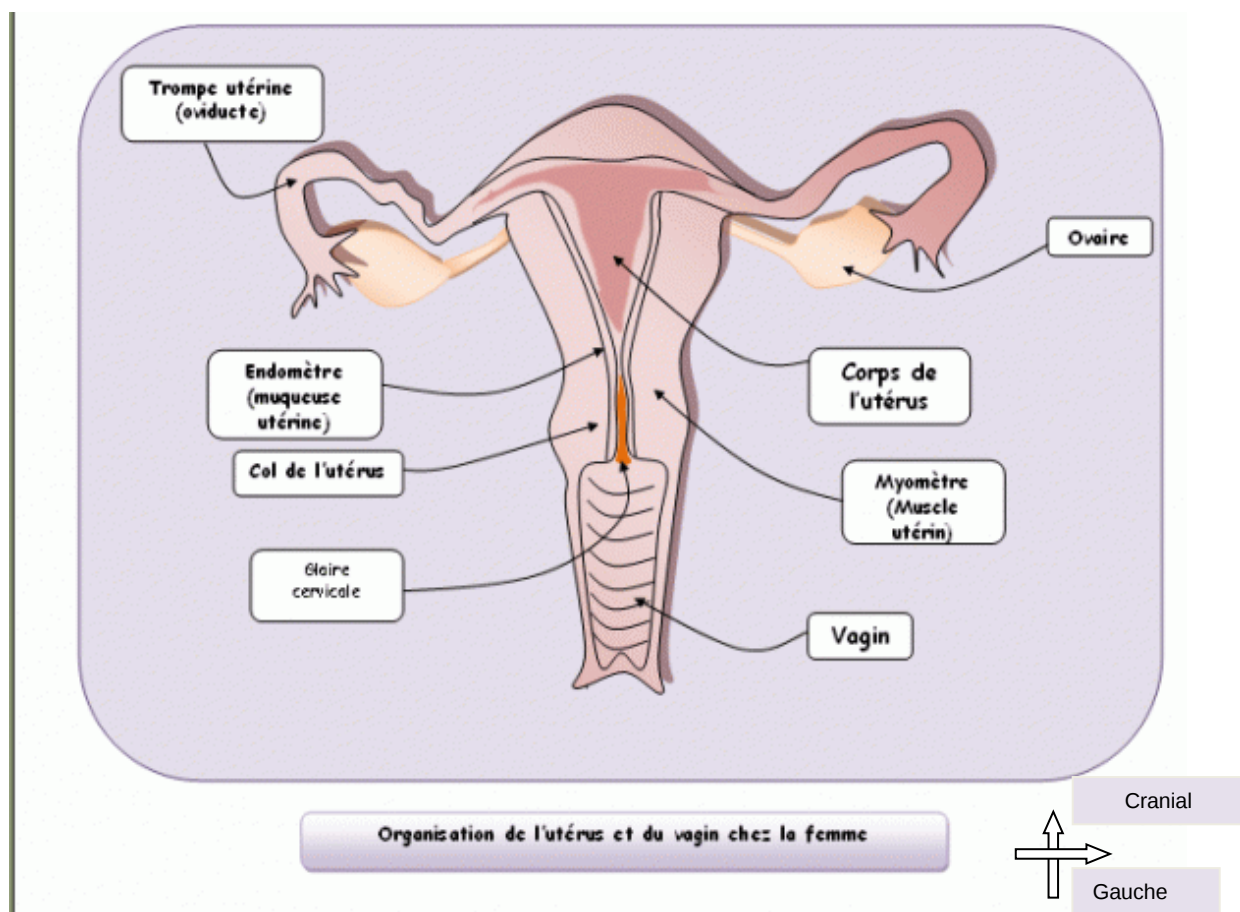


Figure n° 1 : organisation de l'utérus et du vagin

Www. Intellego .Fr [48]

2-4-1 La vascularisation et innervation de l'utérus :

- Vascularisation de l'utérus

L'utérus est vascularisé par :

- ✓ L'artère utérine :

Origine : elle est issue de l'artère iliaque interne (artère hypogastrique).

Trajet : la portion retro-ligamentaire est dirigée presque verticalement contre la paroi pelvienne en bas, en avant et dedans jusqu'au niveau de l'épine ischiatique.

La portion sous ligamentaire se dirige transversalement en avant et en dedans vers le col utérin, puis surcroise l'uretère en dessinant une crosse à 15 mm au-dessus et en dehors du cul de sac latéral du vagin. La portion intra-ligamentaire est verticale le long

du bord latéral du corps utérin, puis se termine au niveau de la corne utérine en se divisant en trois branches :

- ✓ artère rétrograde du fond
- ✓ artère tubaire médiane
- ✓ artère ovarienne médiane

Les collatérales de l'artère utérine :

- ✓ artère vésico-vaginale
- ✓ artère urétérale
- ✓ artère cervico- vaginale
- Les artères accessoires : l'artère ovarienne, l'artère du ligament rond.
- Les veines : elles se drainent dans les veines utérines, les veines ovariennes et les veines du ligament rond.
- Les vaisseaux lymphatiques : se rendent aux nœuds lymphatiques iliaques externes, iliaques internes et sacrés.

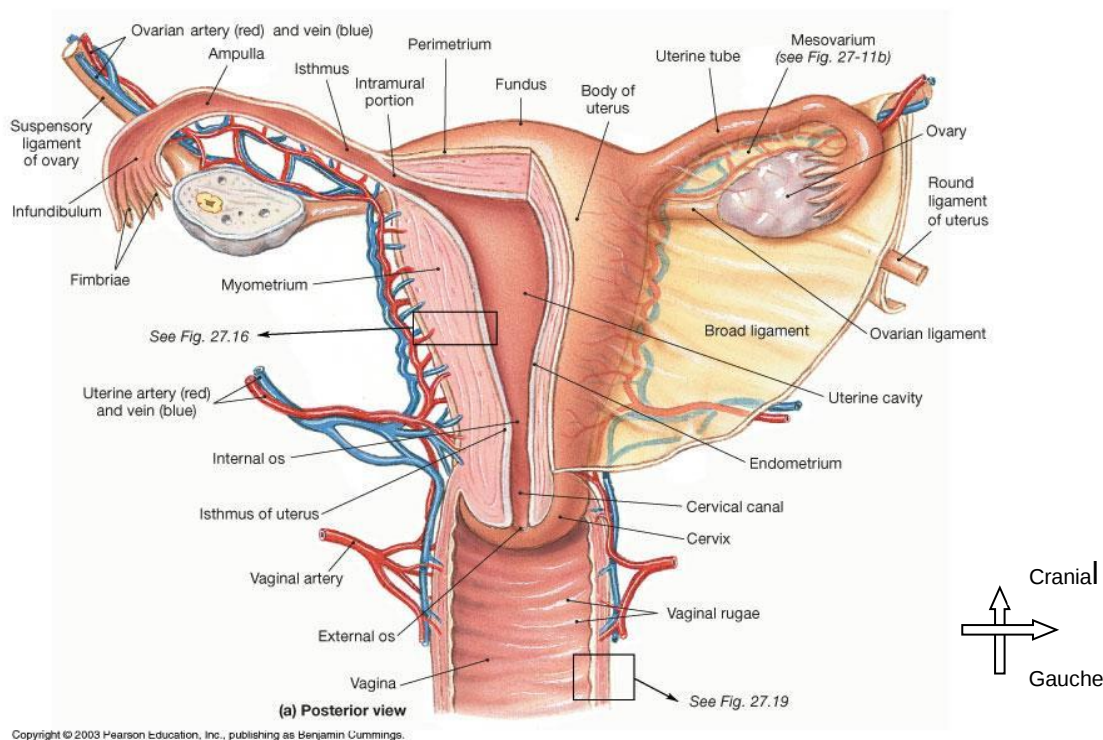


Figure n°2 : vascularisation et de l'utérus

Univers-connaissances.blogspot.com [49]

2-4-2 Innervation de l'utérus :

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

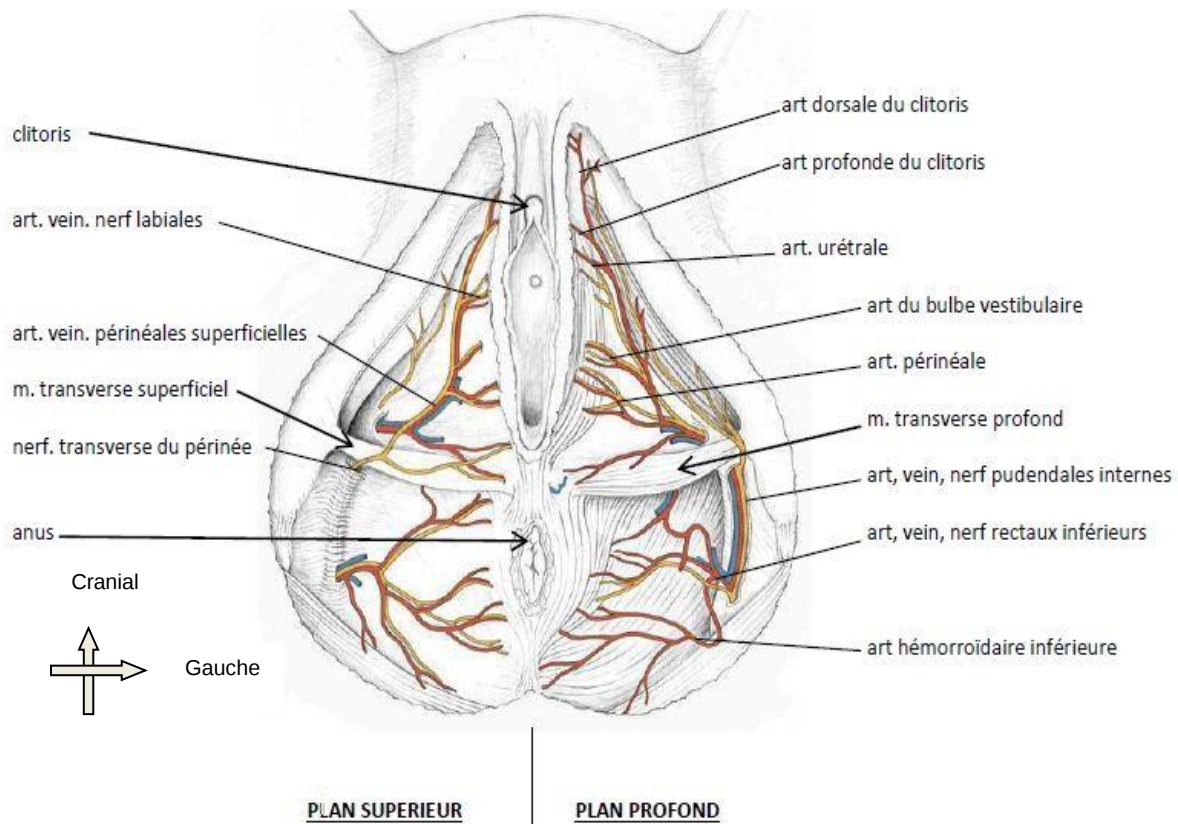


Figure 3 : innervation de l'utérus

Campus-cerimes.fr [50]

2-5 Utérus gravide :

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. L'utérus gravide comprend anatomiquement : le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur.

A terme son poids varie entre 900 et 1200g sa capacité à terme est de 4 à 5 l.

2-5-1 Le corps utérin : Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse.

La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin. L'utérus à la fin du 6^{ème} mois de la grossesse a une hauteur de 24 cm et une largeur de 16 cm, à terme une hauteur de 32 cm et une largeur de 22 cm.

A terme, l'épaisseur des parois est de 8 – 10 mm au niveau du fond et de 5 – 7 mm au niveau du corps.

2-5-2 Le col utérin : Contrairement au corps, il se produit peu de modification au niveau du col pendant la grossesse. Lors de la gestation, le volume et la largeur changent peu ; la consistance devient molle. Les orifices restent fermés jusqu'au travail chez les primipares ; chez la multipare, les aspects des deux orifices sont variables. Il est fréquent que l'orifice externe soit perméable pendant les derniers mois de la grossesse, devenant évasé.

2-5-3 Le segment inférieur : C'est la partie basse amincie de l'utérus grévde comprise entre le corps et le col. Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

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

Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement en devenant corporéale.

- ✓ Structure : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.
- ✓ Caractère : son caractère essentiel est la minceur 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail, le segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.
- ✓ Physiopathologie : l'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.
 - Sur le plan clinique :

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

C'est une zone de transmission, mais d'accommodation et d'effacement, qui, après avoir conduit la contractilité coporéale vers le col, laissera aisément le passage au fœtus. Il reste au contraire flasque, épais, mal distendu dans la dystocie.
 - Sur le plan pathologique :

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

3- Rappel physiologique de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes (mécaniques et dynamiques) qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint (28 semaines d'aménorrhée [15].

- Entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée il est dit à la prématurité;
- Entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée il est dit à terme ;

- Après 42 semaines il est dit post terme.
- Si l'accouchement se fait sans difficulté il est dit eutocique ;
- S'il se fait sans apport thérapeutique il est dit spontané ;
- S'il y a un apport thérapeutique de déclenchement il est dit provoqué.

L'accouchement comporte deux phénomènes : **[16]**.

3-1. Phénomènes dynamiques :

La contraction utérine est la force motrice de l'accouchement. Son mécanisme d'initiation est lié :

☆ Au potentiel de repos de la membrane ;

☆ Au rôle de l'environnement hormonal :

Les œstrogènes augmentent le potentiel de repos de la membrane, tandis que la progestérone a en revanche un effet hyperpolarisant.

Les contractions ont pour effet le déclenchement du travail qui comprend trois périodes :

- Première période " effacement et dilation du col "

Commence au début du travail jusqu'à la dilation complète à 10 cm. Elle dure en moyenne 8 à 12 heures chez la primipare ; 6 à 8 heures chez la multipare.

- Deuxième période " expulsion du fœtus "

Commence à la dilatation complète du col de l'utérus jusqu'à la naissance du fœtus et dure en moyenne 20 minutes chez la primipare ; 5 à 15 min chez la multipare.

- Troisième période " délivrance "

Elle va de la naissance du fœtus à l'expulsion du placenta et dure 5 à 45 min.

3-2. Phénomènes mécaniques de l'accouchement :

Le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

☆ **L'engagement** : comporte l'accommodation au détroit supérieur et l'engagement proprement dit. Cette accommodation est indispensable, elle commence en fin de grossesse et se termine au début du travail.

L'engagement proprement dit peut se faire soit par synclitisme, soit par asynclitisme.

☆ **La descente** : suit l'engagement, sous l'effet des contractions utérines la présentation poursuit sa progression vers le bas.

La tête va effectuer une rotation qui amène la suture sagittale et le lambda dans le diamètre antéro-postérieur de la fente centrale uro-génitale.

☆ **Le dégagement** : est l'orientation antéropostérieure de la fin de la descente et l'hyper-flexion de la tête.

4- Physiologie de la délivrance :

Troisième période de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Cette délivrance comme l'expulsion est très bien suivie à travers le partogramme, dont un des buts, est de réduire l'hémorragie de la délivrance ; principale cause de morbidité et de mortalité maternelles [17].

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

La délivrance évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

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

4-1. Phase de décollement

Le décollement est sous la dépendance :

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

Après l'expulsion du fœtus il se déroule une phase de rémission ou phase de repos physiologique.

L'utérus se rétracte et enchatonne le placenta dont les villosités crampons tirent sur la muqueuse, amorçant le clivage, en déchirant le sinus veineux. C'est la phase clinique de repos physiologique. En fait, l'utérus continue à se contracter sans que ces contractions soient perçues par la patiente.

Au bout de 10 à 15 minutes, les contractions utérines augmentent d'intensité. Elle provoque un clivage de la caduque, suivi de la constitution d'un hématome rétro-placentaire physiologique qui, à son tour, aide à parfaire le décollement

4-2. Phase d'expulsion du placenta

Spontanément le placenta sous l'influence des contractions utérines, de son propre poids et sous l'effet d'une poussée abdominale tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse, surélevant le corps utérin. Le périnée se distend, l'orifice vulvaire s'entrouvre, le placenta apparaît comme une masse violacée entraînant après elle les membranes, flasques ou distendues par l'hématome rétro placentaire physiologique il se décolle en se retournant en doigt de gant. Mais la délivrance spontanée rare, serait trop tardive ou trop brusque, risque de déchirer les membranes dont une partie pourrait être retenue in utero.

Aujourd'hui aussi, lui préfère-t-on la délivrance active qui, en réalité demande l'aide du médecin ou de la sage-femme.

Au bout de 30 à 45 min, lorsque le placenta n'est pas décollé, c'est un fait pathologique entraînant les hémorragies gravissimes de la délivrance.

Dans les cas habituels ou le placenta s'insère au fond de l'utérus ou à son voisinage, il sort par sa face fœtale et le sang de l'hématome physiologique reste amassé au fond du sac membraneux retourné.

Dans les cas plus rares ou l'insertion est basse, le placenta peut sortir par un bord, ou par sa face utérine. Le sang ayant décollé le petit côté des membranes s'échappe lors du même décollement placentaire. La délivrance paraît plus hémorragique.

La quantité de sang perdue pendant la délivrance est variable, en moyenne 300 ml ; on estime qu'elle est physiologique tant qu'elle ne dépasse pas 500 ml au cours de l'accouchement par voie naturelle et 1000 ml en cas de césarienne [18]. Au-dessus de ces chiffres, il y a hémorragie de la délivrance. Cependant ces limites sont arbitraires en raison de la difficulté d'évaluer les pertes sanguines. Après expulsion placentaire, il est indispensable d'examiner le placenta pour vérifier son intégrité et celle des membranes, et rechercher les anomalies possibles

Si une perfusion d'ocytocine était posée au cours du travail d'accouchement il ne faut pas l'arrêter ; sa poursuite favorise le décollement du placenta.

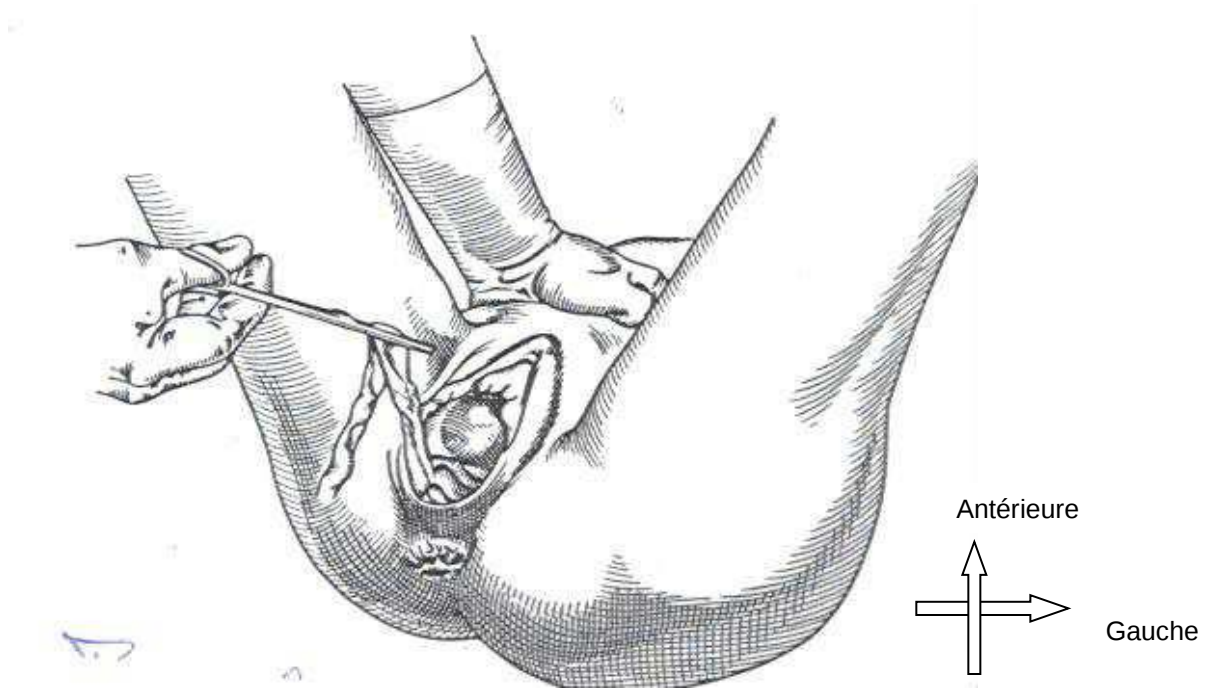
L'injection d'1ml de méthyl-ergométrine en intramusculaire ou de 10 UI d'ocytocine à l'accouchement des épaules ou après l'expulsion du fœtus en présentation de siège, accélère la délivrance en supprimant la phase de rémission. L'injection du méthergin est contre-indiquée chez les cardiopathes et hypertendues.

L'expulsion du placenta peut être gênée par une rétention d'urine, il faut alors un sondage vésical.

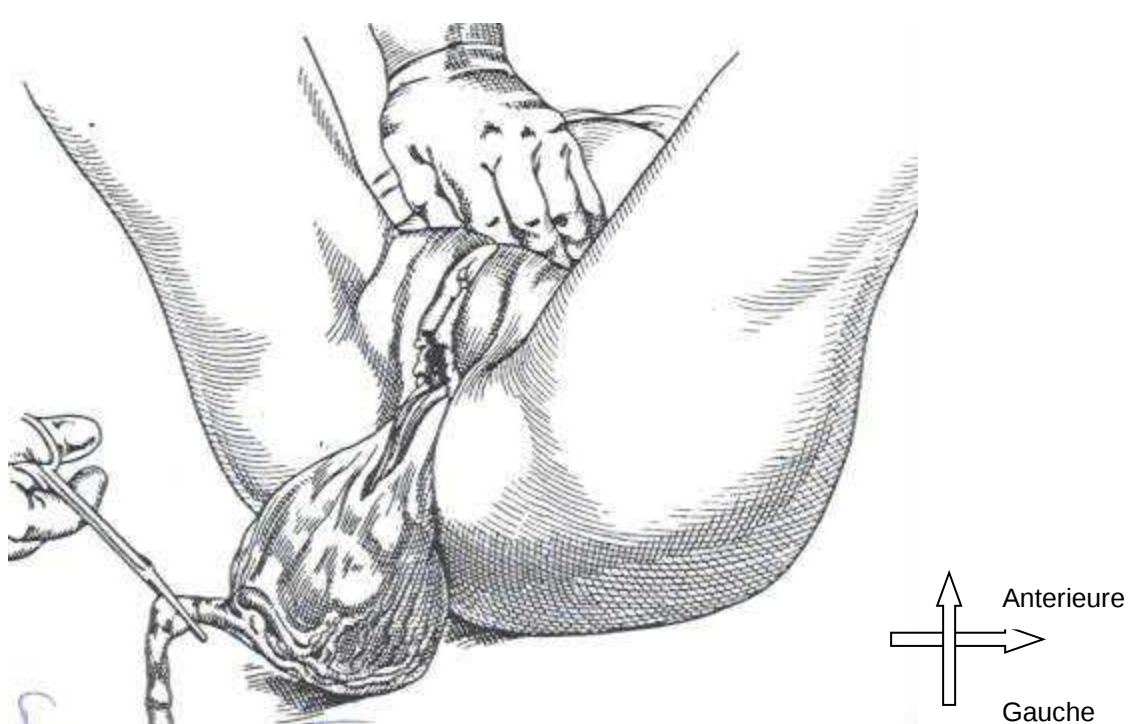
La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) comprend trois étapes :

1. l'administration d'un médicament utéro- tonique (l'ocytocine : injection de 10 UI est le médicament de choix) ;
2. la traction contrôlée du cordon ombilical ;
3. le massage utérin après la délivrance.

La gestion active de la troisième période de l'accouchement est une intervention sûre, rentable et viable; un procédé plus humain et plus éthique que la prise en charge des complications de l'HPP. Ainsi la GATPA doit être offerte à chaque femme, lors de chaque accouchement, par un prestataire qualifié, pour la prévention de l'HPPI.



**Figure 4 : Technique de la délivrance active
1er temps (Selon MERGER) [13]**



**Figure 5 : Technique de la délivrance active
2ème temps (Selon MERGER) [13].**

4-3. Phase de l'hémostase : elle est assurée par:

- La rétraction utérine, qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les anneaux musculaires de la couche plexi-forme. C'est un écrasement des vaisseaux utéro-placentaires appelés << ligatures vivantes de Pinard >> mais la rétraction n'est possible qu'après une évacuation totale de l'utérus, condition indispensable d'une hémostase rigoureuse et durable.

- La coagulation sanguine appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux.

Pour que ces différents mécanismes puissent s'exécuter parfaitement, << le placenta doit être normal, normalement inséré sur une muqueuse normale >>, la contractilité et les processus de coagulation doivent être normaux sinon, les complications de la délivrance risquent de se produire

5 Étiopathogénie des hémorragies du post-partum :

5.1 Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum incluent :

- l'anémie préexistante ;
- la pathologie congénitale de l'hémostase ;
- les situations à risque d'atonie utérine:
 - multiparité,
 - surdistension utérine (grossesse multiple, hydramnios macrosomie etc...),
 - placenta prævia,
 - travail long ou trop rapide,
 - chorioamniotite,
 - médicaments : halogénés, B-mimétiques,
- Situation à risque d'anomalie de rétraction de l'utérus :
 - rétention placentaire ou de caillots,
 - utérus fibromateux ou malformé,
 - placenta accréta,
- Troubles acquis de l'hémostase :

- H R P,
- M F I U,
- Embolie amniotique,
- Coagulopathie de dilution.
- Lésion de la filière génitale ;
- Inversion ou rupture utérine ;
- Thrombus vulvaire ;
- Obésité ;
- Age maternel et la césarienne augmente de façon substantielle le risque d'hémorragie du post-partum.

Ces hémorragies sont généralement classées en deux catégories :

- **Les hémorragies du post-partum immédiat** : elles surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement et sont dues principalement à l'hémorragie de la délivrance et aux traumatismes de la filière pelvienne.
- **Les hémorragies du post-partum tardif** : elles surviennent entre le 2^{eme} et le 45^{eme} jour après l'accouchement. Elles partagent les mêmes causes que les hémorragies du post-partum immédiat. Elles sont liées aux infections ou à une involution anormale de l'utérus.

5-2. Hémorragie de la délivrance :

La délivrance constitue le dernier temps de l'accouchement. Pour être physiologique elle doit réunir quatre conditions qui sont : **[19]**.

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

5-2-1. Physiopathologie des hémorragies de la délivrance :

Deux grands processus nous renseignent sur la genèse des hémorragies de la délivrance:

— Le décollement partiel du placenta :

Normalement après l'expulsion du fœtus, les contractions commencent après un certain temps de latence. Sous l'effet de ces contractions, la face maternelle du placenta précisément la caduque basale se décolle du myomètre (suivant un plan de clivage) et sur toute sa surface. Le placenta migre ensuite vers le segment inférieur puis est expulsé dans le vagin toujours sous l'action des contractions utérines.

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

— L'atonie utérine :

L'utérus doit normalement se contracter, se rétracter pour entraîner au niveau utérin, une oblitération physiologique empêchant la spoliation sanguine.

Quelle que soit l'étiologie, la mauvaise contraction et la mauvaise rétraction de l'utérus sont à l'origine des hémorragies de la délivrance.

Le décollement partiel et l'atonie utérine peuvent s'y associer.

5-2-2. Etiologies d'hémorragie de la délivrance :

— Rétention placentaire :

Elle est consécutive aux troubles de la dynamique utérine (inertie, hypertonie utérine), mais, elle peut être due aux pathologies de la muqueuse utérine favorisant les anomalies d'insertion placentaire :

► **Décollement incomplet du placenta [20]** qui saigne par sa zone décollée tout en restant alimentée par la zone accolée.

► **Rétention partielle du placenta :** suspectée devant une persistance de saignement externe malgré une apparente rétraction utérine.

► Les anomalies placentaires : on peut distinguer :

- les anomalies topographiques qui sont :
 - l'insertion segmentaire du placenta,
 - l'insertion angulaire du placenta : responsable de l'enclavement du placenta et l'empêche d'être expulsé,
 - l'insertion du placenta sur la cloison utérine double pouvant donner lieu à une hémorragie cataclysmique.
- Les anomalies de conformation du placenta dues à :
 - l'excès du volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé) qui peuvent entraver le décollement placentaire,
 - la masse aberrante (succenturié) qui peut engendrer une rétention partielle.
- les anomalies d'insertion placentaire : il s'agit des villosités crampons dépassant de loin la couche spongieuse.

Les anomalies d'adhérences sont :

- Placenta accreta : les villosités atteignent la membrane basale utérine.
- Placenta increta : villosités placentaires pénétrant l'épaisseur du myomètre.
- Placenta percreta : [7] villosités dépassant le myomètre jusqu'à la séreuse.

Les causes de ces anomalies sont multiples, il peut s'agir :

Soit de l'insertion basse du placenta (absence de couche spongieuse) qui est à l'origine de placenta prævia,

Soit de muqueuse utérine déficiente (antécédent de curetage, d'endométrite chronique) ; d'endométriose utérine (adénomyose),

Soit de cicatrice utérine (césarienne, myomectomie, hystéroplastie, hypoplasie de la muqueuse utérine). Il est suspecté dès que l'on ne trouve pas le plan de clivage net entre le placenta et le mur utérin.

— Les anomalies de la contraction utérine peuvent être liées à :

- l'atonie utérine :

Elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse et représente la cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance.

Les facteurs de risque sont [21] :

- la surdistension utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- la grande multiparité,
- l'utérus polomyomateux,
- les chorioamniotites,
- un accouchement trop rapide ou l'inverse , un accouchement laborieux qui entraîne l'épuisement de l'utérus,
- les dystocies dynamiques.

- l'hypertonie localisée de l'utérus :

Elle se caractérise par la formation d'un anneau hypertonique. Lorsqu'il siège à l'union du corps et du segment inférieur (anneau de Bandl Fromel), le placenta retenu au-dessus de lui dit incarcerated. Lorsqu'il siège à l'union d'une corne et de la grande cavité de l'utérus le placenta ainsi partiellement retenu est dit enchatonné.

— L'inversion utérine :

Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré : (1/100.000 en France).

Classification : on décrit quatre degrés :

- premier degré : le fond de l'utérus est simplement déprimé en cupule ;
- deuxième degré : l'utérus retourné franchit le col ;
- troisième degré : l'utérus retourné descend dans le vagin ;
- quatrième degré : les parois vaginales participent au retournement

— Les causes iatrogènes :

Ce sont les causes les plus fréquentes :

➤ Certaines interférences médicamenteuses :

- les anesthésiques volatils halogénés (halothane) [21] entraînent des hypotonies utérines lorsqu'ils sont administrés à forte concentration. Proportionnellement à cette atonie, l'hémorragie est rapidement réversible à l'arrêt de la drogue.
- les tocolytiques : les bêtamimétiques (Terbutaline, salbutamol),
- les antispasmodiques : (N-buthylhyocine, phloroglucinol),

- Arrêt intempestif des ocytociques en fin de travail,
- Non-respect de la physiologie de la délivrance : (tirer sur le cordon, expression sur l'utérus lorsque le placenta est non décollé),
- Application de forceps qui tire les membranes.

Ces éventualités conduisent au décollement partiel du placenta ou à « l'enchatonnement pathologique dans une corne utérine derrière un anneau de contracture localisé ».

5-3. Les troubles de la coagulation :

La survenue d'une hémorragie par coagulopathie de consommation peut compliquer tout accouchement. Le plus souvent s'y associe une pathologie maternelle.

Les facteurs de risque sont :

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

La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) :

Elle est associée à une grande variété de complications obstétricales. Le primum movens est dû à l'entrée de thromboplastines tissulaires ou d'endotoxine dans la circulation, induisant l'activation des thrombines. Celles-ci entraînent une agrégation plaquettaire et la formation des monomères de fibrines, qui le polymérisent en fibrines intravasculaires. La formation des micros thrombi dans les petits vaisseaux stimulera la libération de l'activateur du plasminogène. La lyse des micros thrombi et de la fibrine intravasculaire libère les produits de la dégradation de fibrine en fibrinogène dans la circulation. Cette stimulation peut survenir dans les complications de l'hématome rétro placentaire, de rupture utérine, de l'embolie

amniotique, de l'infection utérine, la prééclampsie, la môle hydatiforme, le saignement fœto-maternel et le choc hémorragique.

Une coagulopathie de consommation peut survenir avec la déplétion de fibrinogène, facteur de coagulation et plaquettes circulant .Tout ceci entraîne un trouble de l'hémostase avec coagulation intravasculaire et un saignement massif par tous les points de traumatisme vasculaire [22].

5-4. Les lésions génitales :

Les traumatismes au cours de l'accouchement peuvent provoquer des saignements importants. Normalement ce type d'hémorragie est évident après l'accouchement, mais parfois, il peut être « caché » ou retardé.

5-4-1 Les déchirures cervicales : existent sous deux ordres :

Déchirures sous-vaginales : elles n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère et siègent dans le cul de sac.

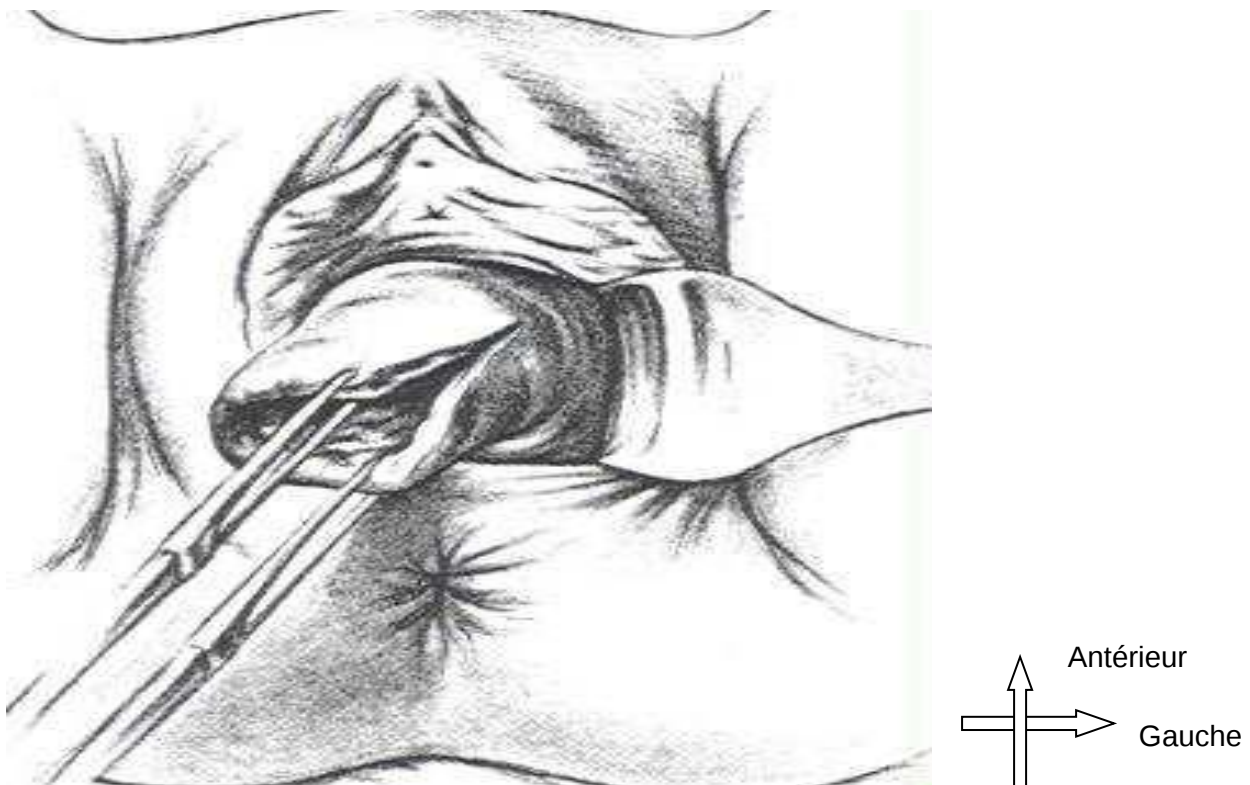


Figure 6 : Déchirure sous vaginale du col (selon MERGER) [13]

- **Déchirures sus-vaginales** : La déchirure remonte sur le segment inférieur ; en haut c'est une rupture utérine ; la vessie en avant, les rameaux musculaires sur les côtés. Le risque immédiat est le choc avec hématome sous péritonéal et la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). A distance, il faut craindre la fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale.

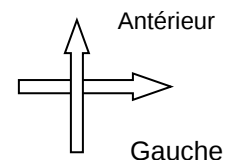
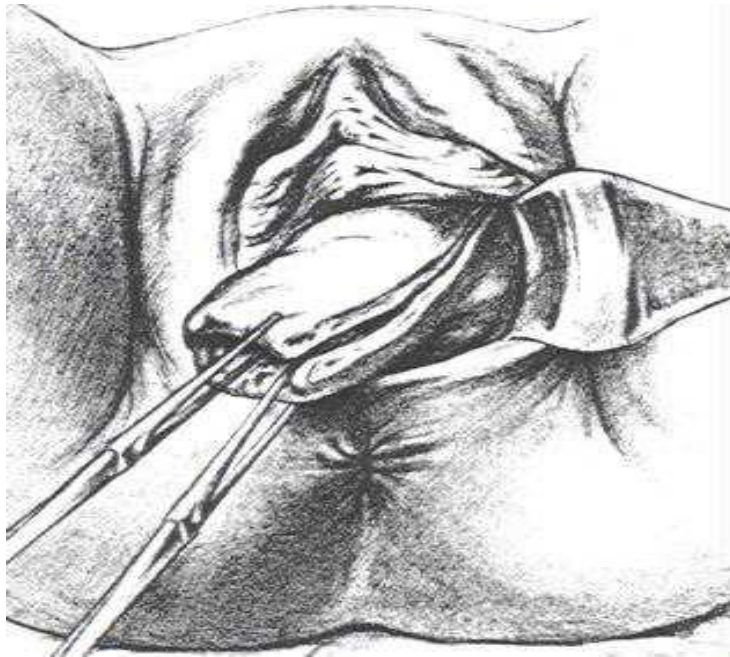


Figure 7 : Déchirure du col propagée au segment inférieur (selon MERGER) [13]

— Etiologies des lésions génitales :

- les efforts expulsifs avant dilation complète [14],
- les manœuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète,
- les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer),
- les dystocies de tout ordre,
- les traumatismes cervicaux antérieurs à la grossesse,
- thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, chirurgie du col).

5-4-2 les lésions vaginales : il existe trois grandes formes :

- Déchirure de la partie basse du vagin (déchirure du tiers inférieur) : associée parfois à une dilacération, à une déchirure périnéale ou une épisiotomie. La gravité est celle de la lésion périnéale [23].
- Déchirures moyennes du vagin : plus graves, intéressant la colonne postérieure. Elles sont paramédianes remontant vers le fond du vagin. La gravité est due au risque d'atteinte du rectum et de la vessie.
- Déchirures de la partie profonde du vagin du dôme vaginal (déchirure haute) : Isolées ou étendues d'une déchirure de la partie moyenne du vagin ou du col utérin. Elles intéressent les culs- de- sac vaginaux souvent associés à une rupture du segment inférieur. C'est une lésion hémorragique dont la complication principale est l'hématome sous péritonéal avec CIVD et choc.
Une fistule vésico-vaginale peut également survenir.

— Mécanisme et circonstances de survenue :

- La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale : aplasie, cloison, bride), vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).
- Le mobile fœtal peut intervenir dans la genèse de ces déchirures par ses dimensions, par certaines caractéristiques de la présentation (dégagement en occipito-sacré, tête mal fléchie, dégagement de la tête dernière).
- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux : accouchement spontané mal dirigé et précipité, lésions produites par les manœuvres obstétricales (version, grande extraction, manœuvre de Mauriceau, forceps).

5-4-3 Les thrombus vulvo-vaginaux :

Cette complication de la parturition est connue depuis l'antiquité puisque Hippocrate en fait mention lorsqu'il parle des « tumeurs » qui surviennent dans les parties des femmes, dans les suites de couches et il conseille l'application de vinaigre [23]. Il existe trois types :

- L'hématome vulvo-vaginal : n'intéresse que la vulve, les tissus para-vaginaux, le périnée, les fosses ischio-rectales. La collection est limitée en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur et son aponévrose.
- L'hématome vaginal proprement dit : limité aux tissus para-vaginaux et n'est pas diagnostiqué à la simple inspection vulvaire.
- L'hématome pelvi-abdominal ou supra-vaginal ou sub-péritonéal :

L'hématome s'est produit au-dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétro péritonéale ou intra ligamentaire. Il apparaît en général immédiatement ou quelques heures après l'accouchement.

— **Facteurs de risque :** l'ensemble des auteurs s'accordent à retenir les facteurs étiologiques suivants:

- la primiparité,
- les extractions instrumentales (ventouse),
- la toxémie gravidique,
- les grossesses multiples,
- les varices vulvo-vaginales,
- le gros fœtus.

5-4-4 Les ruptures de varices vulvo-vaginales :

Plus fréquentes au niveau de la vulve qu'au niveau du vagin, elles surviennent :

- soit au moment du travail,
- soit le plus souvent à l'expulsion par lésion directe.

5-4-5 Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

Nous citerons les angiomes, les communications artério-veineuses, les anévrysmes cissoïdes exceptionnels.

5-4-6 déchirures vulvaires :

Elles sont graves quand elles intéressent le clitoris, les corps caverneux, ou les varices vulvaires. Elles posent essentiellement un problème thérapeutique d'hémostase [14].

5-4-7 déchirures périnéales :

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence des déchirures complète du périnée était estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France [24].

— Classification : [25]

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

- Déchirure périnéale simple ou incomplète = déchirure du premier degré : elle consiste en une lésion des muscles superficiels du périnée, de la peau ano-vulvaire et de la muqueuse vaginale sans atteinte du sphincter anal ;
- Déchirure périnéale complète = déchirure du deuxième degré : Elle atteint le sphincter externe de l'anus ;
- Déchirure complète compliquée du périnée : Elle se caractérise par une atteinte de la muqueuse du canal anal. L'anus forme avec le vagin un véritable cloaque.

— Circonstances de survenue :

Les facteurs de risque sont nombreux ou souvent associés. Quelques études récentes [26] ont cherché à les isoler les uns des autres :

- Primiparité ;
- Manœuvres obstétricales ;
 - les forceps appliqués sans épisiotomie augmentent de deux à trois fois le risque de déchirure du périnée,
 - la ventouse serait moins traumatisante que le forceps [26],
 - la manœuvre de Jacquemier est elle aussi un facteur de risque classique.
- La macrosomie fœtale ;
- Les variétés occipitales postérieures, les présentations de la face ou du bregma, l'augmentation du diamètre de la présentation augmentent le risque de la déchirure ;
- La qualité des tissus : le risque est élevé dans les circonstances suivantes :
 - distance ano-vulvaire courte,
 - périnée œdématisé (toxémie, inflammation, infection),
 - cicatrice vulvaire rétractile (excision rituelle),

- la peau rousse.
- l'épisiotomie médiane fragilise le périnée et augmente de 4 à 9 fois le risque de déchirure complète du périnée [27] ;
- un accoucheur inexpérimenté ou impatient.

6- Conduite à tenir devant l'hémorragie du post-partum :

La prise en charge d'une hémorragie du post-partum associe un traitement :

- du choc hémorragique,
- des troubles de l'hémostase,
- des gestes obstétricaux dont la rapidité d'exécution est un facteur de pronostic très important.

6-1. Recherche d'une cause locale :

L'obstétricien doit systématiquement rechercher une cause locale en réalisant une révision utérine (RU) ou délivrance artificielle (DA). La délivrance artificielle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas délivré, qu'il soit décollé ou non. Elle est pratiquée sous anesthésie générale ou péridurale si cette dernière est encore efficace. Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen du placenta semble normal. Seule la révision utérine permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres causes. Elle permet de s'assurer de la vacuité utérine (cotylédons ou débris membranaires) et d'évacuer les caillots qui distendent l'utérus et empêchent sa bonne rétraction. Cette révision permet d'éliminer par ailleurs une rupture ou une inversion utérine. Au moindre doute et devant la persistance du saignement la révision utérine sera répétée. L'examen soigneux de la filière génitale sous valve en vue d'une hémostase sera systématique. A l'exception des causes particulières que sont le placenta accreta, la rupture utérine, et l'inversion utérine, l'emploi des utéro toniques est systématique, même si l'atonie utérine n'est pas la cause principale de l'hémorragie [5].

MANTAL et coll. [28] ont établi un protocole de prise en charge des hémorragies qui est basé sur :

6-2. Organisation :

Le retard dans l'institution d'un traitement approprié constitue un facteur principal de morbidité et de mortalité maternelle.

Les priorités dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale sont :

→ Un staff expérimenté (obstétriciens, anesthésiste-réanimateur, sage-femme infirmier), doit être appelé.

Aussi le technicien de la banque de sang doit être informé sur le besoin urgent d'importantes quantités de sang compatible ; le consultant hématologique doit être avisé.

La salle de bloc opératoire doit être mise en <<stand-by>>, puisque la prise en charge d'une hémorragie obstétricale peut nécessiter une intervention chirurgicale.

→ Restauration d'un volume sanguin circulant :

Deux voies veineuses sûres et efficaces.

Environ 20cc de sang seront prélevés chez la patiente et répartis de la façon suivante :

- 5cc sur tube sec pour obtenir le sérum qui sera utilisé pour le "cross match" avec les unités de sang à transfuser,
- 5cc sur tube citraté pour les tests de coagulation,
- 5cc sur tube contenant de l'Ethylène Diamine Tétra-Acetate (E.D.T.A) pour effectuer l'hémogramme et la formule sanguine
- 5cc de sang sur tube sec pour effectuer l'ionogramme sanguin, l'urée et le glucose.

Le remplissage vasculaire devrait être commencé immédiatement. Une revue récente systématique d'essais randomisés pour la réanimation électrolytique au cours d'une hypovolémie avec solutions colloïdes ou cristalloïdes n'est pas en faveur de l'utilisation continue de colloïde pour le remplissage vasculaire chez les patientes dans un état critique. L'utilisation des colloïdes comparée aux cristalloïdes était associée à une augmentation de risque absolu de mortalité 4% .

Si les colloïdes tel que solution de gélatine par exemple hemacel ou gélofusine sont administrés, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500cc en 24 heures ; puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique.

Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un litre de ringer ou de sérum salé isotonique augmente la concentration plasmatique d'environ 200 ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passent en milieu extravasculaire. La quantité de solution administrée doit être 3 à 4 fois la perte sanguine estimée. Les solutions glucosées sont à éviter pour la réanimation parce que le dextrose est rapidement métabolisé et le liquide est essentiellement de l'eau libre qui met rapidement en équilibre les milieux intra et extracellulaire. Moins de 100ml demeurent dans l'espace intravasculaire pour 1 litre perfusé.

Les patientes recevant de grandes quantités de cristalloïdes développent souvent un œdème périphérique. Mais ceci ne devrait pas être mis en relation avec la présence d'un œdème pulmonaire. Les cristalloïdes seront facilement excrétés si l'excès de liquide administré entraîne une hyper-volémie. La diurèse peut être renforcée par du furosémide [29].

- La transfusion :

Une communication claire avec le laboratoire de transfusion sanguine est essentielle pour assurer la mise à la disposition urgente d'une quantité suffisante de sang et dérivés de sang.

Si la patiente a probablement été groupée dans le système **ABO** et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps anti <<**D**>>, des globules rouges et des dérivés de sang **ABO** rhésus compatibles peuvent être délivrés sans autre test additionnel qu'un contrôle de compatibilité **ABO** de globules rouges [28].

Si le groupe sanguin de la patiente n'est pas connu, un groupage **ABO** rhésus rapide est réalisé et des dérivés **ABO** rhésus compatibles seront fournis avec un test de compatibilité de globules réalisés si le temps le permet.

L'utilisation d'un dispositif de réchauffement du sang est recommandée, lorsque le débit de transfusion sanguine est supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/min.

La prévention et la correction de l'hypothermie peuvent aider à réduire le risque de coagulopathie. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang.

- **Les troubles de la coagulation :**

Une dilution ultérieure des facteurs de coagulation et de plaquettes peut survenir.

Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet de surveillance, de monitoring de leur test d'hémostase de routine pour dépister la présence, d'une coagulopathie. Le taux de thromboplastine active et le taux de prothrombine doivent être interprétés en fonction du tableau clinique.

Quand une élévation du temps de coagulation est associée à un saignement anormal avec saignement des surfaces muqueuses, des plaies et des points de piqûre, un plasma frais congelé devrait être administré avec une dose de départ de 12 à 15 ml/kg. Ceci représente la perfusion de 4 à 5 unités de plasma frais congelé.

Ensuite 4 unités de plasma devraient être administrées pour toutes les 6 unités de globules rouges administrés. Cette dose devrait maintenir les facteurs de coagulation et le fibrogène au-dessus du seuil du niveau clinique.

La numération plaquettaire devrait être contrôlée régulièrement. Les plaquettes doivent être maintenues à un niveau de $50.10^3/\text{mm}^3$

Quand les plaquettes sont en dessous de $50.10^3/\text{mm}^3$ au cours d'une perte sanguine massive et le saignement n'est pas contrôlé, 8 à 12 unités de plaquettes devraient être transfusées

- **Coagulopathie intravasculaire disséminée (CIVD) :**

Une CIVD aigüe devrait être suspectée quand les tests de coagulation demeurent anormaux malgré la perfusion de plasma frais congelé. Dans cette situation le taux de fibrinogène sera inférieur à 1g/dl et la prothrombine sera excessivement prolongée c'est-à-dire supérieur au double de la valeur témoin.

Les taux et les produits de dégradation de la fibrine et des D-dimères seront élevés. Quand cette situation est associée à un saignement sévère, le cryoprécipité devrait être utilisé, habituellement donné en ampoule : 10 unités contenant en moyenne 2 à 3g de fibrinogène. Ceci pourra être utilisé pour les patientes ayant une CIVD nécessitant la chirurgie.

6-3. Traitement de la cause : [9]

La prise en charge obstétricale doit être entreprise immédiatement. Le but de cette action commune est :

d'assurer l'hémostase et de maintenir une hémodynamie correcte afin d'éviter le choc et la coagulopathie de consommation ;

corriger les conséquences de l'hémorragie.

— Première étape :

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

■ Délivrance artificielle :

Elle est systématique en cas d'hémorragie lorsque le placenta n'est pas délivré, qu'il soit décollé ou non. Elle est quasi-immédiate dès le diagnostic porté et pratiquée sous anesthésie générale ou péridurale. Ce geste obstétrical sera effectué dans des conditions d'asepsie rigoureuse :

L'opérateur après lavage chirurgical des mains, est revêtu d'une casaque et de gants stériles. La région vulvaire et péri-génitale ainsi que le vagin sont badigeonnés avec un antiseptique, puis des champs stériles sont mis en place.

► Technique :

La main « opératrice » est introduite prudemment dans la cavité utérine dans l'attitude de « main d'accoucheur » après avoir été recouverte d'un antiseptique pour les muqueuses.

L'opérateur est guidé par le cordon et place sa main au niveau du fond utérin. La main controlatérale ou abdominale est capitale car elle maintient fermement le fond utérin

et permet de corriger l'antéflexion utérine. Le placenta peut déjà être complètement décollé et libre dans la cavité utérine. En cas de non décollement du placenta, le clivage débutera à sa partie la plus distale par rapport au col de façon à le ramener dans la main. Ce geste est effectué avec le bord cubital de la main et des doigts. Il doit être complet pour pouvoir extraire le placenta sans traction. Une révision utérine systématique est effectuée immédiatement après l'extraction du placenta.

■ **La révision utérine :**

Si la délivrance est déjà effectuée, la révision utérine est systématique et immédiate même si l'examen macroscopique conclut à l'intégrité du placenta ; elle permet de confirmer le diagnostic d'atonie utérine par élimination des autres étiologies. Elle est réalisée sous anesthésie générale ou péridurale dans les mêmes conditions d'asepsie que la délivrance artificielle, ce geste permet d'évacuer les nombreux caillots qui distendent la cavité utérine, d'assurer la vacuité utérine, et la bonne rétraction de l'utérus [5].

■ **Examen sous valves du col et du vagin :**

Il est systématique. Il se fera aussi sous anesthésie générale ou péridurale et avec un ou deux aides opératoires pour une exposition correcte du col, des parois et des culs de sac vaginaux.

— **Deuxième étape :** prise en charge pharmacologique.

A l'exception des causes particulières que sont le placenta accreta, la rupture utérine, l'inversion utérine, l'emploi d'utérotonique est systématique. Cette médication est immédiate après la pratique des gestes précédemment décrits même si l'atonie utérine n'est pas l'étiologie principale de l'hémorragie [5].

■ **Les médicaments utilisés :**

- L'ocytocine (syntocinon®) :

L'introduction des ocytociques dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance a débuté dans les années 1930 après la première publication de **MOURE J C.** sur les dérivés de l'ergot de seigle et leur action sur l'utérus puerpéral [16].

Pour **BEUTHE D** [30] :

«L'utilisation des ocytociques est considérée comme un progrès capital dans la médecine compte tenu de l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle existant avant son introduction. Elle a permis de faire passer le taux d'hémorragie de la délivrance de 12% à 3-5% ».

*** Propriété pharmacologique :**

Au niveau de l'utérus l'ocytocine stimule la fréquence et la force des contractions : les œstrogènes sensibilisent l'utérus à l'action de l'ocytocine, tandis que la progestérone a un effet inverse. Le nombre de récepteurs utérins et la sensibilité utérine à l'ocytocine augmentent en fin de grossesse.

*** Utilisation thérapeutique :**

La demi-vie de l'ocytocine varie entre 12 et 17 minutes.

Voie d'administration et posologie :

- L'intraveineuse directe en raison de 5 à 10 U.I.,
- Perfusion de 10 à 15 U.I. dans une solution glucosée ou saline isotonique.

Voie intra-myométrale : en raison de 5 à 10 U.I. à travers la paroi abdominale et sous contrôle de la main intra-utérine.

- Effets secondaires :

En raison de la parenté de structure entre l'hormone antidiurétique et l'ocytocine, de fortes doses d'ocytocine peuvent entraîner un effet antidiurétique. C'est pourquoi l'ocytocine ne doit pas être administrée en solution hypotonique.

*** Les dérivées de l'ergot de seigle :**

La methylergométrine (Methergin®) : c'est l'utérotonique le plus ancien. Elle est obtenue à partir des extraits naturels d'ergot de seigle et des alcaloïdes modifiés semi-synthétiques. Elle appartient au groupe des amides simples de l'acide lysergique.

*** Propriétés pharmacologiques :**

Effet utérin : la maléate de methylergométrine possède une activité utérine puissante par stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre. Elle induit une augmentation du tonus de base tant sur l'utérus gravide que sur l'utérus non gravide.

En plus de cet effet direct, elle potentialiserait l'action des prostaglandines par l'inhibition de la 15-hydrox prostaglandine déshydrogénase, qui est une enzyme placentaire dégradant la **PGE** et la **PGF** en métabolites inactifs **(16)**.

De plus la methylergométrine n'a qu'un très faible effet vasoconstricteur direct sur les artérioles utérines, suggérant que son utilisation dans les hémorragies du post-partum trouve son indication en cas d'atonie utérine du fait de son action directe sur le myomètre.

*** Utilisation thérapeutique :**

- voie d'administration et posologie :

Les ampoules sont dosées à 0,2 mg et l'administration doit être exclusivement intramusculaire en respectant les contre-indications.

- Les contre-indications : sont nombreuses :

- ✓ l'hypertension artérielle sévère préexistante,
- ✓ la toxémie gravidique,
- ✓ les affections vasculaires oblitérantes ,
- ✓ l'association avec les macrolides (ergotisme aigu).

*** Les prostaglandines :**

Elles sont apparues dans les années 1970 et constituent un net progrès dans la prise en charge des hémorragies graves.

Les prostaglandines sont principalement synthétisées au niveau des reins, de l'utérus, des caduques et des membranes amnio-choriales.

+ Propriétés pharmacologiques :

Effets utérins :

Les prostaglandines ont un effet contracturant au niveau du muscle lisse de l'utérus qui va entraîner une activation de la kinase des chaînes légères de myosine par libération de calcium intracellulaire. Elles agissent également sur le tissu congestif cervical, permettant son ramollissement aux alentours du terme.

Impliquées probablement dans la parturition des mammifères, leur taux plasmatique et dans le liquide amniotique augmente dès le début du travail pour atteindre son pic maximal 5 minutes après la délivrance [31].

+ L'utilisation thérapeutique :

Utilisation des prostaglandines PGF :

TAGAKI S. [32] est le premier à utiliser avec succès les prostaglandines dans les hémorragies de la délivrance, en utilisant les formes naturelles de la PGF₂ alpha.

La voie intramyométriale (1 ampoule à 0,25 mg) présente l'avantage d'une action intense, mais sa durée d'action trop courte nécessite des injections répétées.

La voie intramusculaire permet de soutenir plus longtemps la contracture utérine [32], mais présente plus d'effets secondaires et un délai d'action variable.

La voie intraveineuse (5 à 150 mg par min) est peu utilisée pour la **PGF₂ alpha** en raison de nombreux effets secondaires notamment digestifs et cardio-vasculaires.

L'utilisation des prostaglandines PGE :

C'est BYGDEMAN M. [33] qui fut le premier à suggérer l'intérêt des PGE dans le traitement de l'atonie utérine. De nombreuses études suivirent celle de TAGAKI sur la PGF₂ alpha en raison surtout de son action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins permettant en théorie une meilleure efficacité dans le traitement des hémorragies.

HERTZ H. [34] a été le premier à rapporter des cas d'atonie utérine traitée avec succès par PGE₂ par voie vaginale.

Les molécules et posologies :

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

Voie d'administration :

- **Les prostaglandines E₂ de synthèse, sulprostone (Nalador®)** : S'administre à la posologie de 200 à 300µg/ heure à la seringue électrique (1 ampoule de 500µg dans 50ml de sérum physiologique). La perfusion est commencée à un débit de 10ml/h et on augmente par palier de 10ml/h toutes les 15mn jusqu'à l'amélioration clinique. On

maintien le débit efficace pendant 2h sans dépasser 50ml/h et un total de 3 ampoules. Elle est ensuite arrêtée progressivement sur 12h. Relai par oxytocine 10 à 20 UI en perfusion pendant deux heures [25].

- **Le Misoprostol (Cytotec®)** : est le plus utilisé au Mali, il s'administre à la dose de 5 comprimés de 200µg en intra rectale [9].

- les contre indications :
 - Pathologie cardiaque,
 - antécédent d'asthme,
 - troubles graves de la fonction hépatique,
 - diabète décompensé,
 - antécédents comitiaux.

6-4. Prise en charge chirurgicale :

En cas d'échec de ces traitements médicaux, il faut avoir recours au traitement chirurgical. Des solutions heureusement exceptionnelles doivent être discutées.

* **Le tamponnement intra-utérin** : proposé par les anciens auteurs, peut assurer l'hémostase si son volume est suffisant (7 boîtes de 7m de gaz nouées bout à bout).

Il paraît donc logique de tenter cette manœuvre thérapeutique avant de décider d'une intervention chirurgicale majeure et mutilante ; elle peut éviter certaines interventions ou du moins diminuer l'hémorragie et le risque de coagulopathie surajoutée avant l'intervention. Plus récemment, certains auteurs ont proposé de réaliser ce geste par la pose en intra-utérin d'une sonde de Blakemore (utilisée dans le contrôle des varices œsophagiennes), le ballonnet est gonflé à 300 ml pendant 10 min et dégonflé progressivement sur 24h [25].

* **L'application d'une série de pince de Museux** sur le col de l'utérus pour effectuer une traction, avec ou sans rotation, pendant 6 à 8h peut être proposée avant l'intervention [25].

* Ligature des vaisseaux :

Par incision médiane sous ombilicale de préférence, une ligature élective des deux artères utérines au niveau isthmique peut être envisagée, complétée par la ligature des pédicules (utéro-ovarien et rond) selon la méthode de **TSIRULNIKOV MS. [35]**. Elle permet d'être efficace.

En cas d'échec ou de lésions traumatiques basses, il faut avoir recours à la ligature bilatérale des artères hypogastriques qui nécessite un chirurgien entraîné.

En cas de placenta accreta localisé, une technique de capitonnage des parois utérines permet l'hémostase élective de ce site placentaire. Cette technique a été étendue avec succès au traitement d'hémorragie persistante sur le segment inférieur après hystérectomie subtotale d'hémostase, celle-ci survient dans 5 à 13% **de cas [36]**

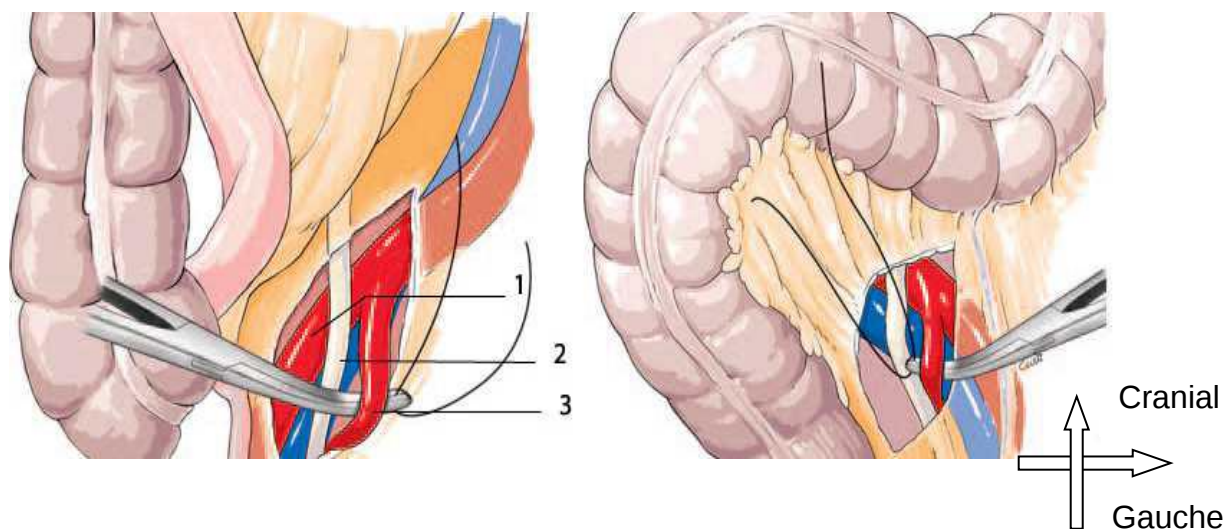


Figure 8- Ligature de l'artère hypogastrique

(1: artère iliaque externe ; 2 : uretère ; 3 artère iliaque interne) [37]

(D'après D'Ercole C: Prise en charge chirurgicale des hémorragies du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004)

* Hystérectomie d'hémostase :

Elle reste l'ultime intervention pour le traitement des hémorragies de la délivrance.

Elle est à l'heure actuelle réservée aux situations suivantes :

- échec de traitement chirurgical conservateur,

- état hémodynamique mettant en jeu le pronostic vital à court terme et ne laissant pas le temps d'entreprendre un traitement conservateur ; placenta accreta étendu,
- rupture utérine avec délabrement telle qu'aucune suture n'est possible [38],
- extension d'hystérotomie segmentaire, impossible à suturer survenant le plus souvent au décours de césarienne ; elle peut être sub-totale mais elle devait être totale en cas de saignement provenant du moignon cervical.

* Embolisation artérielle sélective :

Devant les succès thérapeutiques rencontrés en gynécologie (traitement des hémorragies génitales et des cancers pelviens inextirpables), l'embolisation artérielle sélective a été introduite en obstétrique au cours des années 1980.

La première embolisation décrite par BROWN BJ et COLL. [39] a concerné une hémorragie incoercible du post-partum en rapport avec un hématome vulvo-vaginal massif étendu en rétro péritonéal, malgré une hystérectomie avec ligature des artères iliaques. Depuis lors, des courtes séries ont montré que le recours à la radiologie interventionnelle était intéressant sur plusieurs plans.

- **technique** : consiste après cathétérisme rétrograde de l'artère fémorale ou axillo-humérale gauche à réaliser une cartographie pelvienne et à montrer au niveau de quels vaisseaux est située la lésion objectivée par l'extravasation locale des produits de contraste.

- **indication** : son grand succès est dû à des indications bien posées à l'heure actuelle :

- Hématomes vulvo-vaginaux extensifs en rétro péritonéal ;
- Echec de l'hystérectomie d'hémostase surtout lors de lésions basses touchant une branche de l'artère honteuse interne ou de l'artère utérine.

Certains incidents ont cependant été décrits à type de nécroses tissulaires locales (et plus rarement vésicales) se manifestant par la douleur, la fièvre, la parésie, le plus redoutable restant le reflux dans les réseaux mésentériques ou fémoraux [35].

7. Prévention :

Les décès par hémorragie représentent l'une des toutes premières causes de mortalité maternelle. Le retard du diagnostic et dans la prise en charge des troubles de la

coagulation sont constamment retrouvés. La prévention est donc fondamentale dans ce contexte. Celle-ci passe par [6] :

- l'administration systématique de fer, aux femmes anémiées pendant la grossesse ;
- l'individualisation des situations à risque. Ces patientes à risque, outre une surveillance clinique rapprochée, bénéficieront d'une surveillance biologique avec un bilan en début de travail comportant au minimum une numération formule sanguine, une numération plaquettaire, la détermination du taux de prothrombine, du temps de céphaline active et le dosage de fibrinogène. Dans les situations à risque de CIVD, ce bilan sera complété par le dosage du facteur V, des complexes solubles et des PDF. Ce bilan sera répété au cours du travail, dans le **post-partum** immédiat et deux heures après l'accouchement ;
- en présence d'un utérus cicatriciel, le contrôle du tonus utérin par tocographie interne permettra un meilleur dépistage des états de prérupture utérine ;
- la mise en place d'une anesthésie péridurale qui permet de réaliser sans retard et avec facilité une révision utérine ou une délivrance artificielle sans les risques d'une anesthésie générale ;
- après la phase expulsive de l'accouchement, par la surveillance du décollement, de la descente et de l'expulsion du placenta. L'examen du délivre doit être méticuleux. En cas de doute sur son intégrité, une révision utérine et un massage utérin seront pratiqués. Une délivrance artificielle sera réalisée si le placenta n'est pas décollé au bout de 30 minutes, 20 minutes pour certains. Au-delà de 30 minutes il est démontré que les complications hémorragiques sont accrues. L'accouchée sera surveillée systématiquement deux heures en salle de naissance avec une surveillance étroite : constantes, inspection, palpation de l'utérus, examen vulvovaginal ;
- la prévention des hémorragies du post-partum est également pharmacologique. La délivrance dirigée est systématique pour certaines équipes ou réservée aux parturientes présentant des facteurs de risque d'hémorragie pour d'autres. La prévention pharmacologique passe aussi par la prescription systématique d'ocytociques une fois la délivrance achevée : GATPA ;

- enfin l'équipement des maternités, la présence sur place d'un obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur constituent un préalable indispensable à la réduction des décès maternels. La politique d'organisation sanitaire et de transfert précoce dans un centre adapté doit permettre aussi d'optimiser la prise en charge.

METHEDOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako (MALI).

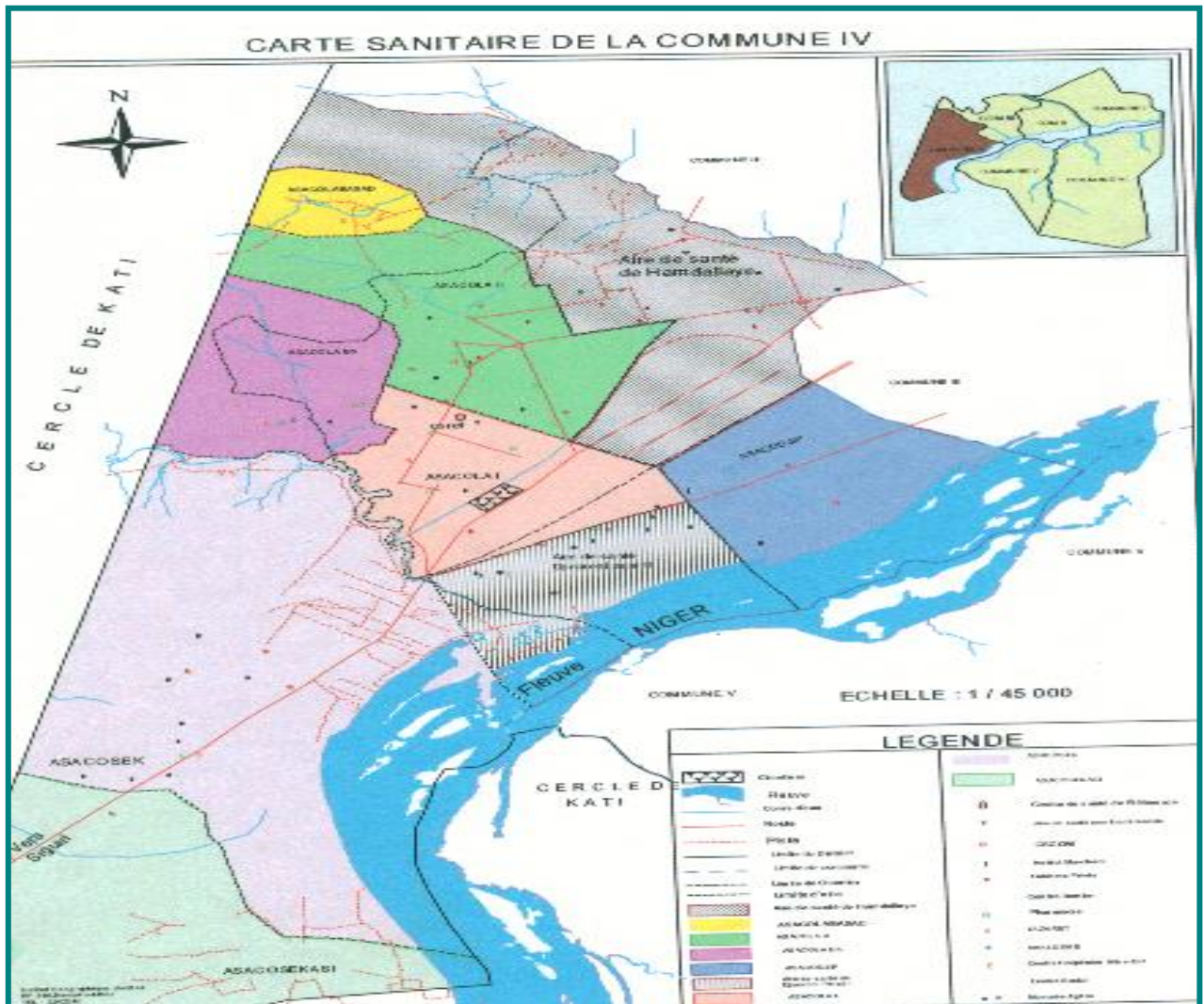


Fig 1 : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako

Source : PUS CIV Mars 2001.

1.1. Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17ème siècle par les Niakatés sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANCONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants:

- L'ordonnance N°78-34 /CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de communes,
- La loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- La loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1.2-Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'ouest par la limite Ouest du district qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud, le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV MARS 2001).

1.3. Données socio - démographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 322080 habitants en 2008 (source DNSI).

1.4. Les structures sanitaires :

a- Les structures communautaires de 1er niveau :

Sont représentées par les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 09 (ASACOSEK, ASACOSEKASI, ASACOLABASAD, ASACOLA1, ASACOLAB 5, ASACOLA 2, ASACODJENEKA, ASACODJIP, et ASACOHAM) employant :

- 8 médecins,
- 7 infirmiers d'état,
- 17 infirmiers du premier cycle,

20 sages-femmes,

10 manœuvres ;

La maternité René Cissé (MRC),

b- Structure communautaire de 2ème niveau : représentée par le Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRéf de CIV). Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

c- Les locaux : le CSRéf CIV comprend :

- 2 bureaux de consultation gynécologique,
- 2 bureaux de consultation médicale,
- 2 salles de consultation pédiatrique,
- 1 bureau de consultation ophtalmologique,
- 1 salle des urgences,
- 1 salle de réveil,
- 1 salle de stérilisation,
- 1 salle d'accouchement,
- 1 salle de suites de couches,
- 1 salle de réunion,
- 1 salle pour le SIS,
- 1 salle pour la brigade d'hygiène,
- Un service de développement social et de l'économie solidaire,
- 2 blocs d'hospitalisation, dont :
 - 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits dont une salle VIP.
 - 2 salles pour la chirurgie générale avec 8 lits.
 - 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie,
 - 1 salle pour l'ophtalmologie avec 3 lits.
 - 1 salle pour le major de la gynécologie-obstétrique

- 1 salle pour le major et les infirmières de la médecine.
- 1 unité d'anesthésie réanimation,
- 1 unité de consultation prénatale,
- 1 unité de consultation postnatale,
- 1 unité PEV,
- 1 unité pour le développement social,
- 1 salle des faisant fonction d'interne,
- 1 salle de garde des anesthésistes,
- 1 salle pour le surveillant général
- 1 unité de garde des anesthésistes,
- 1 unité de consultation ORL,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 laboratoire,
- 1 DAT,
- 1 unité USAC,
- 2 salles de soins infirmiers,
- 1 morgue
- 1 mosquée,
- des toilettes

d-Personnel : le CSRéf CIV emploie :

- 2 Médecins généralistes à tendance pédiatrique ;
- 3 Médecins Gynécologues Obstétriciens ;
- 2 Médecins Chirurgiens ;
- 1 Pharmacien ;
- 20 Médecins généralistes ;
- 25 Sages-femmes ;
- 1 Médecin et 3 assistants anesthésistes réanimateurs ;
- 7 Infirmiers d'états ;
- 5 Techniciens supérieurs ;

- 2 Assistants de laboratoire ;
- 1 Aide de bloc ;
- un coursier ;
- 1 gérante de pharmacie ;
- 5 chauffeurs ;
- 7 manœuvres ;
- 6 gardiens ;
- 2 plantons ;
- 7 aides – soignants ;
- 2 comptables ;

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants de la FMOS.

1-5 Activités :

Un staff de 1heure à 1heure 30 minutes environ a lieu tous les jours à partir de 8 heures 30 réunissant presque tout le personnel. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, deux médecins généralistes, deux internes deux sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes, 3 à 4 étudiants (les externes), d'un anesthésiste, deux manœuvres et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultations gynécologiques, interventions programmées, visite journalière des malades hospitalisées, enseignement post universitaire .

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive

3. Période d'étude :

Elle s'est étalée sur une période d'un an, du 1er mai 2015 au 30 avril 2016.

4. Population d'étude :

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

5. Échantillonnage :

5-1 Support des données :

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

5-2 Critères d'inclusion : Ont été incluses dans notre étude :

- Toute patiente ayant accouché dans le service et chez qui, le diagnostic d'hémorragie du post-partum immédiat a été posé. Pendant la période d'étude.
- Toute patiente évacuée et reçue dans le service pour hémorragie du post-partum immédiat pendant la période d'étude

5-3 Critères de non inclusion : N'ont pas été incluses

- les patientes présentant une hémorragie au cours de la grossesse ;
- patientes présentant une hémorragie dans le post-partum tardif.

6. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête complétée par des dossiers obstétricaux (partogramme, registre d'accouchement, registre du protocole opératoire).

7. Technique de collecte des données :

La technique utilisée a été la lecture des dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement et du protocole opératoire et leur consignation sur la fiche d'enquête.

8. Difficultés opératoires :

Nous nous sommes rendu compte qu'au cours de l'enquête, il n'existait pas de critère pour mesurer la perte sanguine pour les accouchements par voie basse. Compte tenu de cette difficulté nous avons adopté la définition selon le concept anglo-saxon des hémorragies primaires du post-partum.

Les critères des hémorragies primaires du post-partum étudiés sont :

Chute de la tension artérielle, pâleur cutanéomuqueuse, chute du taux d'hémoglobine (< à 5g) et d'hématocrite (15%), l'accélération du pouls, le nombre de poches de sang transfusé, plus tard la NFS.

9. Les variables :

- l'âge, l'ethnie, le statut matrimonial, la profession, le mode d'admission, le motif d'admission, les structures de références, les conditions de référence, les antécédents, la voie d'accouchement, les causes de l'hémorragie.

Les paramètres de l'hémorragie :

- pâleur cutanéomuqueuse, chute tensionnelle voire collapsus, mauvais état général, le taux d'hémoglobine et l'hématocrite en urgence, le choc hypovolémique, l'accélération du pouls.

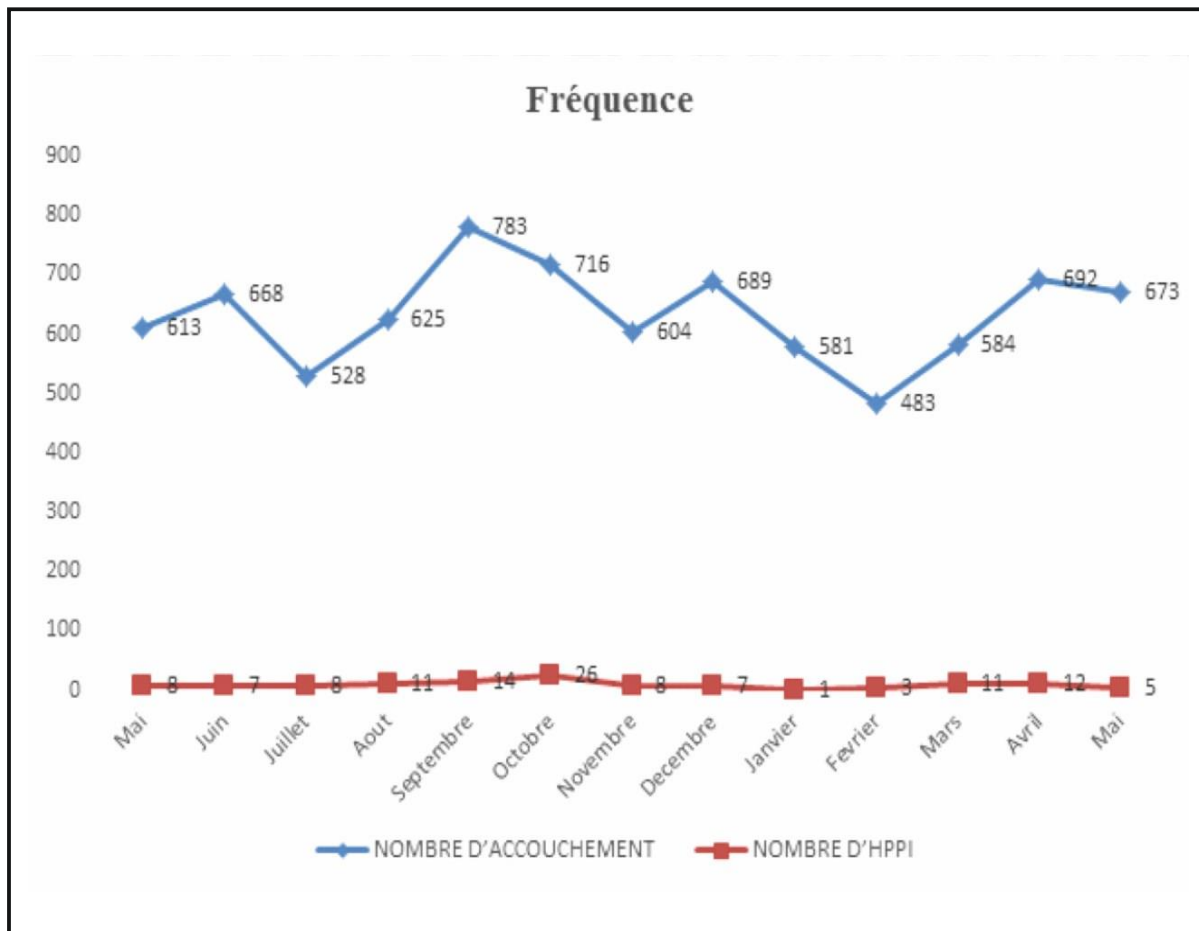
10. Analyse et traitement des données :

Les données ont été traitées, analysées sur le logiciel épi info (version 3.5.3) et saisies sur WORD (version 2013).

RESULTATS

V. RESULTATS

I- Fréquence



Graphique n° 1 : Fréquence d'HPPI

- Nombre d'accouchement : 8239.
- Nombre d'HPPI : 121 soit une fréquence : 1,46.

Graphique II : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

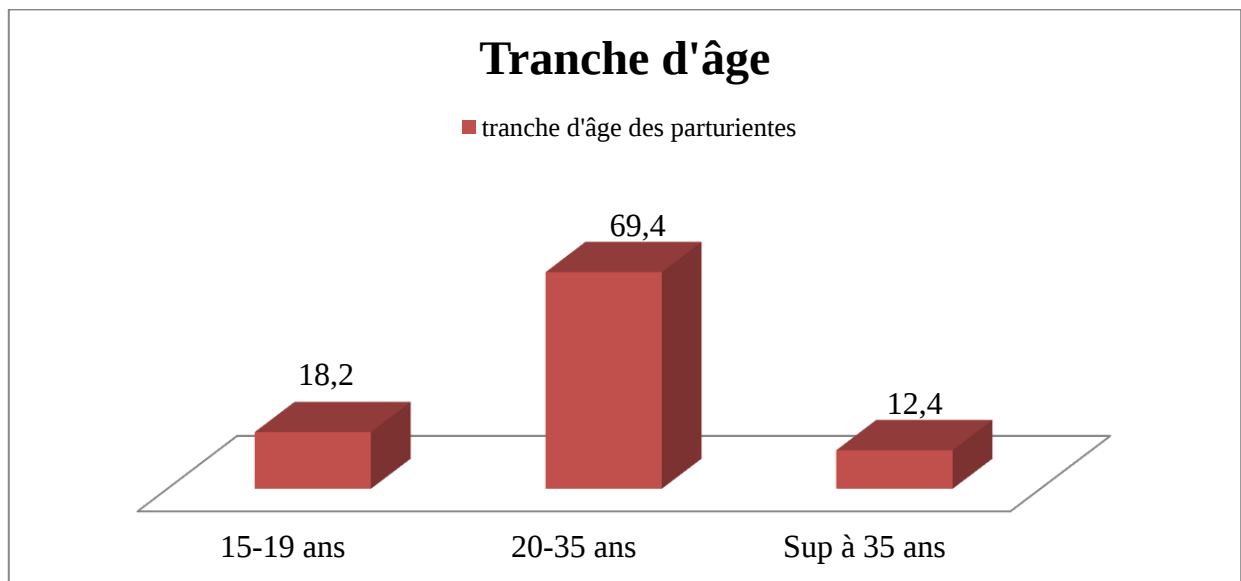


Tableau I : Répartition des patientes selon leur résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune IV	79	65,3
Hors commune IV	14	11,6
Hors du district Bamako	28	23,1
Total	121	100

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	46	38
Dogon	1	0,8
Malinké	32	26,5
Peulh	20	16,5
Sarakolé	13	10,7
sonrhaï	3	2,5
Autres à préciser	6	5
Total	121	100

NB : Autres à préciser : Sonrhaï : 2 Dogon : 2 Minianka : 1 Bozo : 1

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	74	61,2
Aide-ménagère	5	4,1
Elève/ étudiante	14	11,5
Fonctionnaire	12	9,9
Vendeuse/commercante	10	8,3
Autres	6	5
Total	121	100

NB : Autres à préciser : Coiffeuse : 3 Couturière : 1 Vendeuse : 2

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	15	12,4
Divorcée	2	1,6
Mariée	104	86
Total	121	100

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

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	61	50,4
Primaire	20	16,5
Secondaire	30	24,8
Supérieure	10	8,3
Total	121	100

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

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	68	56,20
Evacuée	53	43,8
Total	121	100

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

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
CUD	54	44,6
Expulsion prolongée	1	0,8
HPPI	53	43,80
HTA	2	1,7
Travail prolongé	2	1,7
Autres à préciser	9	7,4

Autres à préciser : Placenta prævia : 3 Grossesse Gémellaire : 1 Hydramnios : 1
RPM : 2 Manque d'efforts expulsifs : 1 Rétention de J2 : 1

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la provenance

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage
CSCOM	43	35,5
Domicile	68	56,2
Structure privée	10	8,3
Total	121	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	98	81
Asthme	2	1,7
Antécédent d'HPPI	10	8,3
Diabète	1	0,8
Drépanocytose	2	1,7
Hépatite B	1	0,8
HTA	7	5,7
Total	121	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	102	84,1
Appendicectomie	2	1,7
césarienne	7	5,8
Curetage	2	1,7
GEU	2	1,7
Myomectomie	6	5
Total	121	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Grande multigeste	12	9,9
Multigeste	29	24
Paucigeste	45	37,2
Primigeste	35	28,9
Total	121	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Grande multipare	10	8,3
Multipare	27	22,3
Paucipare	46	38
Primipare	38	31,4
Total	121	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la supplémentation martiale dans le post- partum

Supplémentation martiale	Effectif	Pourcentage
OUI	115	97,5
NON	3	2,5
Total	118	100

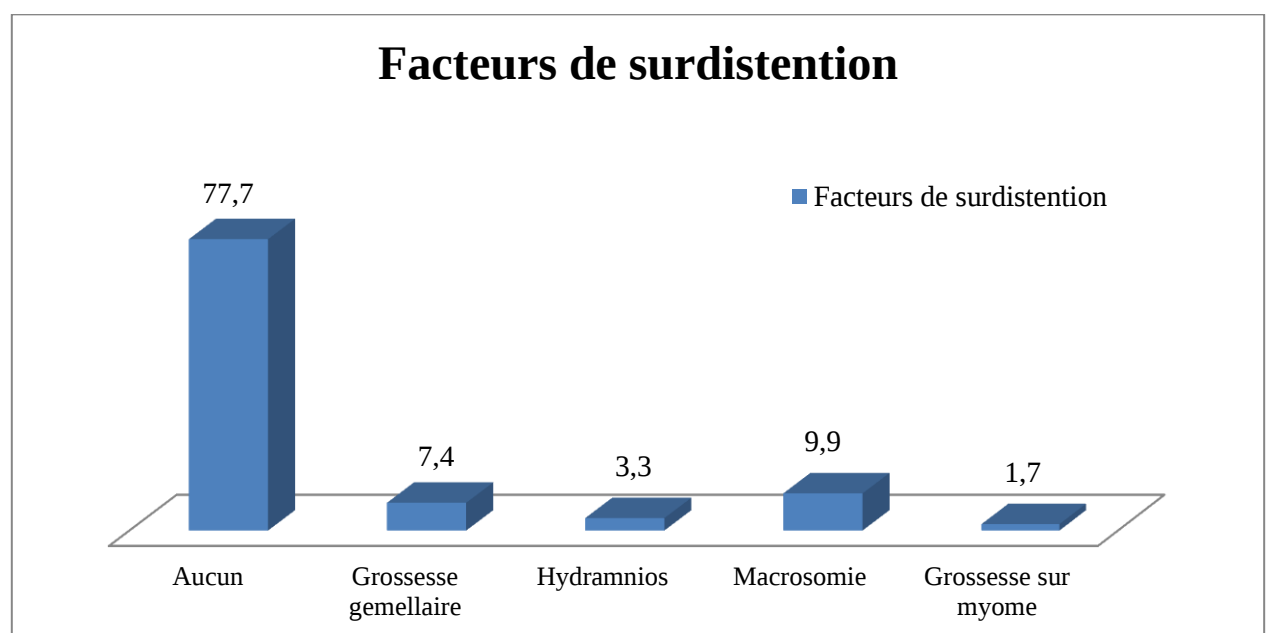
NB : 03 Décès maternels

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'auteur de la consultation prénatale

Auteur de la consultation	Effectif	Pourcentage
Gynécologue	14	14,6
Medecin généraliste	4	4,2
Sage femme	70	72,9
Matrone	8	8,3
Total*	96*	100

* 25 parturientes sur les 121 n'ont pas fait de consultation prénatale pour le suivi de leurs grossesses

Graphique III : Répartition des patientes selon les facteurs de surdistension



Graphique IV : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

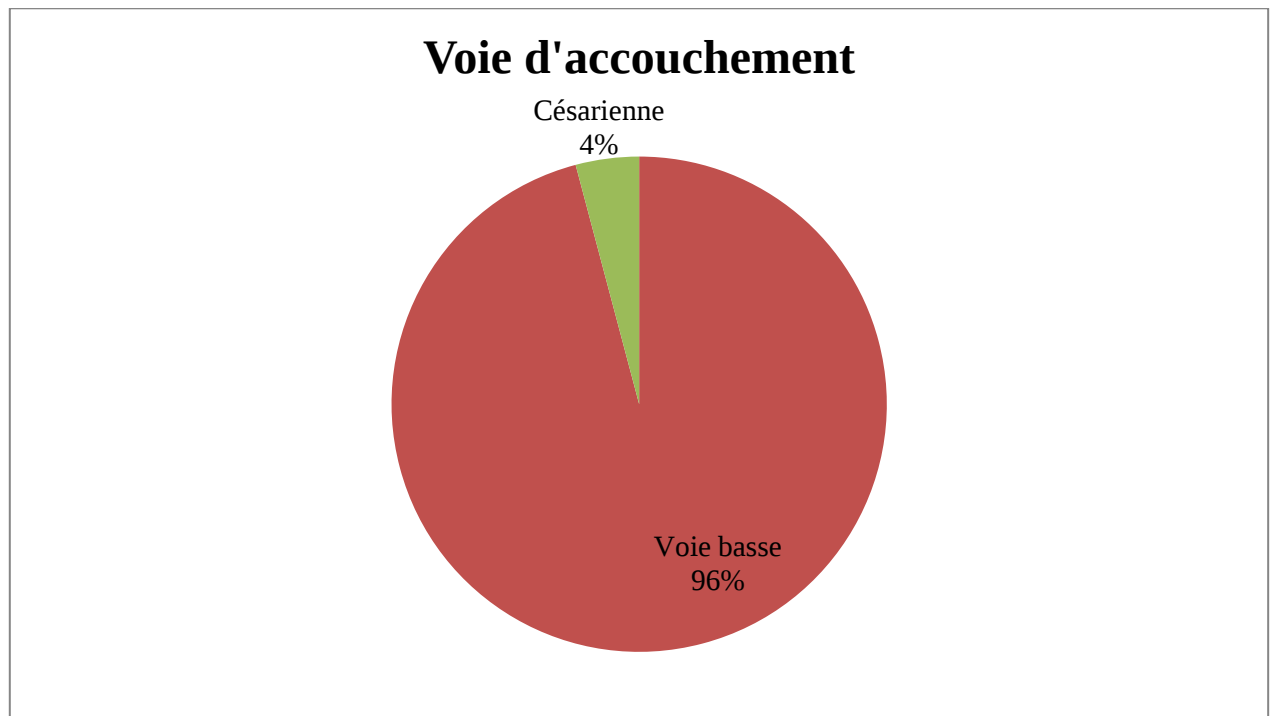


Tableau XV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
A domicile	14	11,6
Centre de santé	107	88,4
Total	121	100

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

Qualification de l'accoucheur	Effectif	Pourcentage
Gynéco obstétricien	2	1,7
Médecin généraliste	12	9,9
Sage femme	67	55,4
Etudiant thésard	14	11,5
Infirmière obstétricienne	1	0,8
Matrone	12	9,1
Sans assistance médicale	14	11,6
Total	121	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la durée du travail

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
> 12 heures	22	18,2
3-12 heures	84	69,4
Indéterminée	15	12,4
Total	121	100

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon le type de délivrance

Délivrance	Effectif	Pourcentage
Active (GATPA)	105	86,8
Artificielle	10	8,3
Naturelle	6	5
Total	121	100

NB : 6 cas de délivrance naturelle dans les cas d'accouchement à domicile

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'examen du placenta après la délivrance

Examen du placenta après la délivrance	Effectif	Pourcentage
Oui	97	80,2
Non	24	19,8
Total	121	100

Graphique V : Répartition des nouveau-nés selon leur poids de naissance

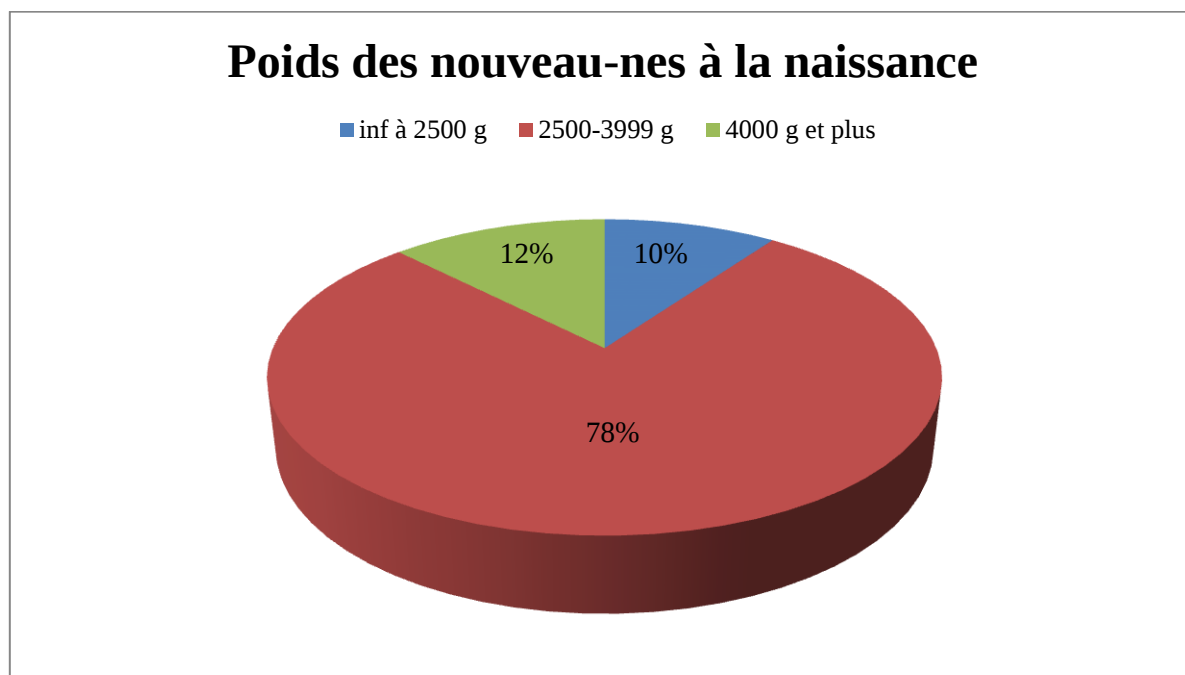


Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

Etat du nouveau-né à la naissance	Effectif	Pourcentage
Mort-nés	10	8,3
Vivant	111	91,7
Total	121	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'étiologie de l'hémorragie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Atonie	24	19,8
Atonie + déchirure vagino- vulvaire	7	5,8
Atonie + déchirure du périnée	7	5,8
Atonie + rétention placentaire	21	17,4
Déchirure cervicale	27	22,3
Déchirure périnéale	9	7,4
Rétention placentaire+ déchirure du périnée	5	4,1
Rétention placentaire	18	14,9
Rupture utérine	3	2,5
Total	121	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'évacuation

Evacuation	Effectif	Pourcentage
Evacuée	3	2,5
non évacuée	118	97,5
Total	121	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation vers les CHU

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Anémie	2	66,7
Troubles de la coagulation	1	33,3
Total	3	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'utilisation des produits sanguins

Utilisation des produits sanguins	Effectif	Pourcentage
sang total	47	38,8
Non	69	57
Plasma frais congelé	5	4,1
Total	121	100

Tableau XXV : Répartition des patientes selon le traitement obstétrical

Traitement obstétrical	Effectif	Pourcentage
Surveillance + massage utérine	3	2,5
Délivrance artificielle + révision utérine + massage utérin	3	2,5
Révision utérine sous valves	13	10,7
Revision utérine + massage utérine	100	82,6
Tamponnement intra-utérine	2	1,7
Total	121	100

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Aucun traitement	64	52,9
Hystérectomie d'hémostase	4	3,3
Hystérogrophie	3	2,5
Suture des parties molles	50	41,3
Total	121	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie générale	50	41,3
Anesthésie locale	41	33,9
Anesthésie locorégionale	6	5
Sans anesthésie	24	19,8
Total	121	100

Graphique VI : Répartition selon le pronostic maternel

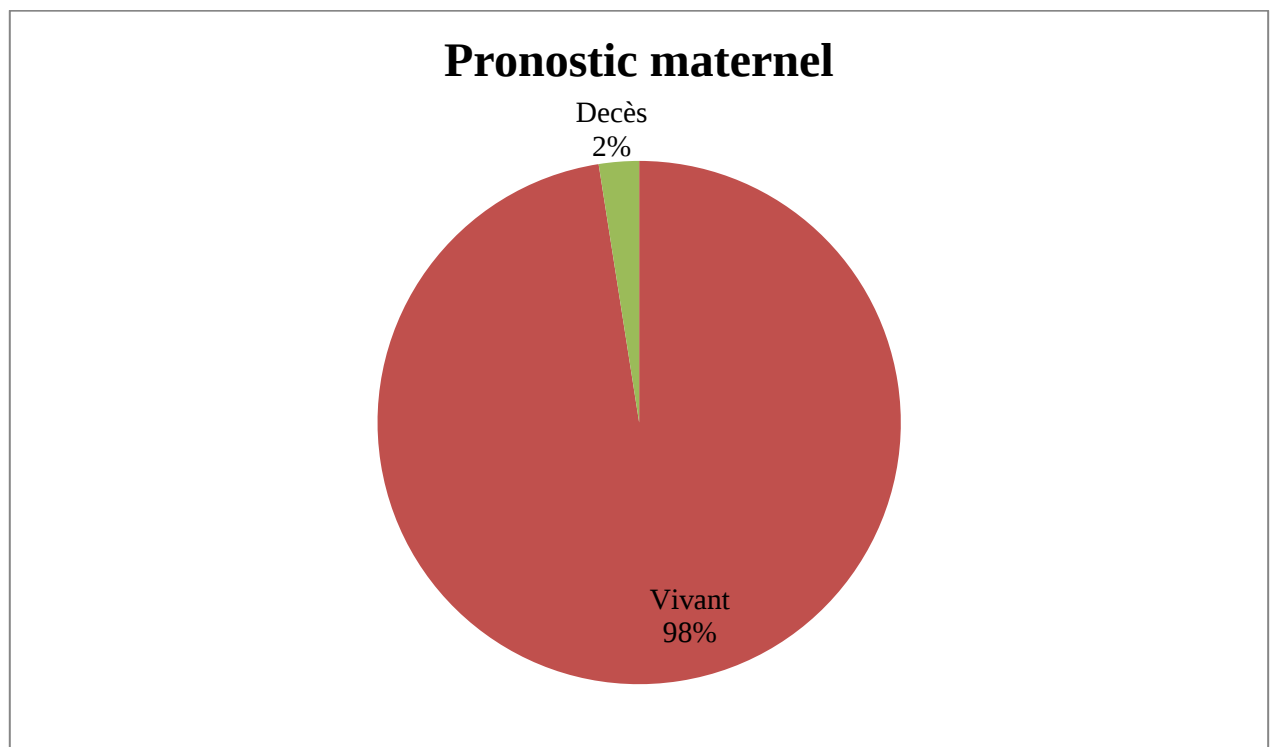


Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon les motifs de décès

Complication	Effectif	Pourcentage
Troubles de la coagulation	2	66,7
Déchirure cervicale	1	33,3
Total	3	100

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon les complications

Complication	Effectif	Pourcentage
Anémie	35	28,9
Endométrite	2	1,7
Pas de complication	78	64,5
Total	121	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

1. Fréquence :

Du 1^{er} mai 2015 au 30 Avril 2016 (1an), 8239 accouchements ont été enregistrés dans notre service dont 121 cas d'hémorragie du post-partum immédiat, soit une fréquence de 1,46%.

Notre taux est similaire à ceux de Keïta S. [40] et Traoré M.T [41] ont rapporté une fréquence de 1,38%, et inférieur à celui de Bohoussou et coll. [26], avec 2,08%, Diawara C. O. [12], et Yalcouyé Y. [9] ont rapporté respectivement une fréquence de 2,49% et 4,8%.

2. Caractéristiques socio-démographiques :

2-1. Age :

La tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans avec 69,4%. Ceci s'explique par le fait que cette tranche correspond à la période de fécondité la plus élevée.

Dans la même tranche d'âge, Traoré M. T. [41], Keïta S. [40] et Pambou O. et coll. [42] Sango A. [7] ont rapporté respectivement 61,89% ; 63,68% ; 75,04% et 78,01%.

Nous avons obtenu un nombre non négligeable d'adolescentes 18.2%

2-2. Ethnie :

L'ethnie Bambara a été la plus touchée, avec un taux de 38%.

Yalcouyé Y [9] a rapporté 46,7% de Bambara, Coulibaly S. [10] a rapporté 27,1% de Bambara .Diawara C.O. [12] a rapporté 55,6% de Minianka.

2-3. Statut matrimonial :

Notre étude a révélé un taux plus élevé chez les femmes mariées avec 86%.

Diallo B. [43] a obtenu 77,7% et Keïta S. [40] 87%

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

2-4. Profession :

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 61,2% car elles représentent la majorité.

Coulibaly S [10], Keïta S. [40], DIAWARA C. O. [12] et Ongoïba I. [11] ont obtenu respectivement 64,30% ; 81,2% ; 83,30% et 85,4%. Ce résultat nous montre que l'hémorragie du post-partum semble être plus fréquente dans les couches défavorisées (femme au foyer, célibataire).

2-5. Motif d'admission :

44,6% des femmes sont venues d'elles-mêmes pour contraction utérine sur grossesse et 43,80% pour hémorragies du post-partum immédiat, dont leur prise en charge a été immédiate et a permis de minimiser les complications.

Celles qui ont été évacuées avaient parcouru le plus souvent de longues distances et ont été reçues dans le centre tardivement. La durée d'évacuation était supérieure à 2 heures pour la majorité des cas.

Akpadza K. et coll. [44], Keïta S. (40) et Ongoïba I. [11] ont rapporté respectivement 39,09% ; 42% et 47,9% d'évacuation. Yalcouyé Y. [9] a trouvé un taux de 90,9% de cas ; et Sango A. [7] un seul cas soit 0,71%.

3. Clinique:

3-1. Les antécédents :

3-1-1. Antécédents médicaux :

Les antécédents d'hémorragie du post-partum immédiat étaient les plus fréquentes avec un taux de 8,3% suivie de l'hypertension artérielle avec 5,8%.

Keïta S. [40] a rapporté 8,25% de cas, contre respectivement 2,20% ; 4,8% et 5,4% pour Traoré M.T [41], Yalcouyé Y. [9] et Diallo B. [43].

3-1-2. Antécédents chirurgicaux :

La cicatrice utérine (césarienne) était présente chez 5,8% des patientes ; suivie de myomectomie avec 5% et 1,7% pour curetage+ perforation utérine

Alihonou E. et coll. [27], Keïta S. [40] ont rapporté 3,9% et 4,3%. Sango A [7], Traoré M. T. [41] et Yalcouyé Y [9] ont respectivement trouvé 6% ; 6,56% et 14,5% de cas.

Le curetage, la myomectomie et la césarienne peuvent contribuer à une agression mécanique de la muqueuse utérine. Ces lésions peuvent être le siège d'une adhérence partielle du placenta ou entraîner un décollement incomplet du placenta qui sera alors, cause d'hémorragie de la délivrance [25]. Dans notre étude il y avait un lien entre les antécédents chirurgicaux et la survenue d'hémorragie.

3-1-3. Antécédents obstétricaux :

- Parité :

Selon la parité, nous avons trouvé la répartition suivante :

- les paucipares et Primipares représentaient la fréquence la plus élevée avec respectivement 38% et 31,4 %
- les multipares ont représenté 22,3% et les grandes multipares 8,3 %.

Sango A. [7] a rapporté 39,72% de paucipares et 20,57% de primipares.

Alihonou E. et coll. [27] ont trouvé : 36,7% de paucipares et 39,74% de primipares.

Coulibaly S. [10] a rapporté : 33,6% pour les paucipares et 45% pour les primipares.

Ces résultats montrent que le risque d'hémorragie est fréquent chez toutes les femmes en post-partum.

4. Caractéristiques de la grossesse :

4-1. Durée totale du travail d'accouchement :

69,4% des patientes avaient une durée du travail d'accouchement entre 3-12 heures, 18,2 % une durée > 12 heures ;

Alihonou E. et coll. [27] ont rapporté 56,9% de cas pour plus de 12 heures de travail.

Keïta S. (40), Traoré M. T. [41] et Coulibaly S. [10] ont rapporté respectivement 25,4% ; 39,35% et 59,3% de cas avec une durée de travail $\leq$ 12 heures.

Un travail d'accouchement trop rapide entraîne l'hémorragie de la délivrance [15].

Notre étude montre une corrélation entre durée de travail et la survenue de l'hémorragie du post-partum .

4-2. Voie et lieu d'accouchement :

107 soit 88,4 % des patientes ont accouchées dans un centre de santé et 14 soit 11,6% à domicile. Traoré M.T. [41] a rapporté 4,30%, contre 0% d'accouchement à domicile chez Sango A. [7].

- 96 % des patientes ayant présenté des hémorragies du post-partum avaient accouché par voie basse
- 4 % des patientes avaient fait l'hémorragie du post-partum immédiat après une césarienne. Parmi celles-ci : nous avons trouvé 2,5 % de cas d'hématome rétro-placentaire, et 2,5 % de placenta prævia hémorragique.

Yalcouyé Y. (9) a rapporté 42,4% de cas de césarienne.

Par rapport au mode d'accouchement deux situations pourraient expliquer les hémorragies contemporaines de la délivrance : Un accouchement brutal entraînant une expulsion en bloc du fœtus et de ses annexes.

Le poids du fœtus exerce une traction brutale sur le cordon ombilical qui arrache dans son mouvement le placenta et favorise ainsi la rétention des cotylédons d'une part et un traumatisme de la filière génitale d'autre part.

4-3. Qualité de l'accoucheur :

88,4% des accouchements ont été effectués par un personnel dont : 1,70% par des Gynécologues, 9,9% par médecin généraliste ; 55,40% par des sages-femmes, 9,1 % par des matrones, 11,5 % par les faisant fonction d'interne et 0,8 % par des infirmières obstétriciennes ;

Les accouchements non assistés ont représenté 10,70 des cas

Yalcouyé Y. [9] a rapporté 92,1% d'accouchements assistés. Ongoïba I [11] Diawara C. O. [12], ont rapporté respectivement 84,7%, 94,4%], et Sango A. [7]100%.

5. complications hémorragiques :

5-1 hémorragie de la délivrance :

Elle a représenté la cause la plus fréquence avec 56.2 %.

Parmi les étiologies d'hémorragies de la délivrance nous avons recensé:

- 19,8 % de cas d'atonie utérine ;
- 17,4 % de cas d'atonie associée à la rétention placentaire ;
- 14,9 % de cas de rétention placentaire ;
- 4,1 % de rétention placentaire associée à la déchirure du périnée .

Coulibaly S. [10], Akpadza et coll. [44] ont rapporté respectivement 36,4% et 48,73% d'hémorragie de la délivrance.

Ongoïba I. [11] et Diawara C. O. [12] ont rapporté respectivement 68% et 62% de cas d'hémorragie de la délivrance

5-2 Traumatisme de la filière génitale :

Nous avons enregistré 55 cas de traumatisme de la filière génitale soit 45,4 % des causes d'hémorragie. Il s'agit d'hémorragies contemporaines de la délivrance ou isolées. Elles sont réparties comme suit :

- ✓ La déchirure du col : 27 cas soit 22,3% ;

Notre taux est proche de celui Diallo B. [43] : 28,2 % mais supérieure à ceux de Traoré M. T. [41] : 21,52% Keita S [40] : 15,9% et de Ongoïba I. [11] : 5,56%

La déchirure du périnée : 9 cas soit 7,4 %, taux identique à celui de

Ongoïba I. [11] : 7,63% et largement inférieure à celui de Keita S. [40] avec 36,2% de cas.

- ✓ La déchirure du périnée et du vagin : 7 cas soit 5,8 % des cas ; Yalcouyé Y. [9] a rapporté 3% de cas, taux inférieure au notre
- ✓ Rupture utérine: 3 cas soit 2,5% des cas ; 2,8% ont été rapportés par Diawara C.O. [12], et 1,42% rapporté par Sango A. [7].

Notre étude montre que les primipares sont plus exposées aux traumatismes de la filière génitale que les multipares.

6. Prise en charge :

6-1. Utilisation des produits sanguins :

Au cours de notre étude 100% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical.

38,80 % des patientes ont été transfusées avec du sang total frais par manque de culot globulaire.

Traoré M.T. [41], Ongoïba I. [11] et Keïta S. [40] ont trouvé respectivement une fréquence de 31,76% ; 40,8% et 44,8%

6-2. manœuvres obstétricales :

97,5% de nos patientes ont bénéficié d'une révision utérine taux supérieur à ceux d'Ongoïba I. [11] 39,6 % et Traoré M. T. [41] 39,33%.

2,5% des patientes avaient bénéficié d'une délivrance artificielle + révision utérine associée au massage utérin. Ces gestes techniques ont permis de contribuer à l'hémostase. Un taux de 7,8% a été rapporté par Coulibaly S, taux supérieur au nôtre.

6-3. Prise en charge chirurgicale :

Dans notre étude 41,3% des patientes ont bénéficié d'une suture d'hémostase suite aux lésions des parties molles contre 93,7% ; 88,9% ; 59,2% et 33,33% rapporté respectivement par Keïta S. [40] ; Ongoïba I. [11] ; Diallo B. [43] et Diawara C.O. [12].

Le recours à l'hystérectomie dans la prise en charge des hémorragies graves du post-partum est une solution ultime pour arrêter l'hémorragie et sauver la vie de la patiente. -trois cas, soit 3,30 % des patientes ont bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase qui a été une réussite. Notre taux est identique à celui de Traoré M.T. [58] avec 3,2%, Ongoïba I. [11], et Diallo A. [45] ont rapporté respectivement 11,1% et 10,25% Yalcouyé Y [9] a rapporté 42,6% de cas.

6-4 Prise en charge en anesthésie et réanimation :

80,20 % des patientes ont bénéficié d'une prise en charge en anesthésie et réanimation Ainsi, l'anesthésie locale a été utilisée dans 33,90 % ; l'anesthésie générale dans 41,30 % et l'anesthésie locorégionale (Rachianesthésie) dans 5 % des cas.

Yalcouyé Y. [9] a rapporté 78,2% de cas de prise en charge anesthésique.

7. Complications maternelles :

- 28,90 % des patientes avaient une anémie clinique révélée par la pâleur des conjonctives, ce résultat est supérieur à celui rapporté par Ongoïba I. [11] qui a trouvé un taux de 16%, inférieur à celui rapporté par Yalcouyé Y. [9] 79,4%.

Quant à Coulibaly S. [41], il a rapporté 54,3% qui est supérieure à notre taux ;

- Les infections à type d'endométrite ont été trouvées dans 1,70 % de cas.

8-Pronostic maternel :

Nous avons enregistré 3 cas de décès maternel soit un taux de 2%.

Notre taux de décès maternel est égal à celui de Ongoïba [11] avec 2% et inférieur à ceux de Keïta S. [40] Diallo B. [43], Diallo A. [45] et Traoré M. T. [41] qui ont trouvé respectivement 7,20 %, 19,7% ; 23,20% et 25,61% de décès maternel. Il est par contre supérieur à celui de Sango A. [7] qui est de 0,71%.

Le retard à l'évacuation et surtout le retard de diagnostic peuvent expliquer ces taux élevés.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude nous avons tiré les conclusions suivantes :

Les hémorragies du post-partum immédiat constituent dans notre service une des premières causes de morbidité et de mortalité maternelles nécessitant une prise en charge rapide et pluridisciplinaire.

Sa prévention passe par une surveillance adéquate de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail nous adressons les recommandations suivantes:

2-1. Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les compétences du personnel médical par la formation continue ;
- Intensifier les campagnes de sensibilisation à travers les médias en vue d'une utilisation optimale des services de santé par les bénéficiaires ;
- Former le personnel en technique de communication pour le changement de comportement ;
- Renforcer le système de référence/évacuation par un appui constant : Logistique, ressources humaines et financières ;
- Renforcer le plateau technique, des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir les soins de qualité.

2-3. Aux personnels sanitaires :

- Promouvoir la consultation prénatale recentrée ;
- Améliorer la qualité des soins par le dépistage des grossesses à risque, et les adresser aux spécialistes pour la prise en charge de la grossesse et l'accouchement ; l'utilisation systématique du partogramme, la gestion correcte de la troisième période de l'accouchement et la surveillance des accouchées selon les normes de l'OMS ;
- Dépister les facteurs de risque ;
- Orienter vers les structures adaptées ;
- Promouvoir l'espacement des naissances.

2-4. Aux gestantes/communautés :

- Fréquenter les établissements de santé ;
- Utiliser le service de planification familiale ;
- Suivre les CPN dès le début de la grossesse ;
- Suivre les conseils des prestataires en matière de santé de la reproduction.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Palot M.** Hémorragie de la délivrance. Prise en charge hospitalière initiale. In : Sfar, ed. Médecine d'urgence. 39^{ème} Congrès national d'anesthésie-réanimation. Paris : Elsevier ; 1997. P61-67.
2. **Fourn L.; Lokossou A.; Foyomieb; Yacouboum.** : Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin. Med. Afr. Noir. : 2000, 47 (1).
3. **RIVIERE M, MAHON A et al.** Observations de décollement prématuré du placenta inséré bas : étude critique. Bull Fed Soc Gynecol Obstet Fr 1958 ; **10** : 183.
4. **OMS: Réduire la mortalité maternelle 1999** déclaration commune:
OMS/FNUP/UNICEF/BANQUE MONDIALE.
5. **N Boisseau, E Lhubat, M Raucoules-Aimé.**
Hémorragie du post-partum immédiat Département d'anesthésie-réanimation 066006 Nice cedex 1. Conférence d'actualisation 1998, p. 299-312
6. **GUINDO I.** étude épidémio-clinique et thérapeutique des hémorragies du post-partum immédiat au centre de santé de référence de Kati thèse de Med Bamako 2012 n
De meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies.
NET WORK 1996; **17**: 1-7.
7. **SANGO A.** Hémorragie du post-partum immédiat à la maternité générale de Yaoundé. Thèse Med, Bamako, 2008; n°230.
8. **AGBETRA N, OURO-BANG'NA MAMAN A-F, ABOUBAKARI S, TOMTA K, AKPADZA K.** Prise en charge des hémorragies de la délivrance: à-propos 38 cas observés au CHU de LOME (TOGO).
9. **YALCOUYE Y.** Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point-G Thèse Med, Bamako 2008 n°90.
10. **COULIBALY S.** Etude des hémorragies du post-partum immédiat au CS Réf de commune II de Bamako. Thèse Med, Bamako 2007 n°68.

- 11. ONGOIBA I.** Etude des hémorragies du post-partum immédiat au CSREF de la commune V de Bamako. Thèse Med, Bamako, 2006 ; n°224.
- 12. DIAWARA C O.** Hémorragie du post-partum immédiat au CS Réf de Koutiala. Thèse Med, Bamako 2008; n°396.
- 13. MERGER R, LEVY J, MERCHIOR J.** Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 1995; 597p.
- 14. ARURKUMARAN S.** The surgical management of post-partum haemorrhage. Best Practice Research Clinical Obstet Gyneacol 2002; **16**: 81-98.
- 15. MERGER R, LEVY J, MERCHIOR J.** Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 1995; 597p.
- 16. MOURE JC.** The action of ergot preparation on the puerperal uterus. Br Med J 1932: 1119-22.
- 17. DETOURIS H, HENRION R, DELECOUR M.** Abrégé de Gynécologie et Obstétrique. Paris : Masson, 570p.
- 18. COUMBS CA, MURPHY EL, LAROS RK.** Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; **77**: 69-76.
- 19. SUZANNE IY, ALLARD H, MEYER JL.** Hémorragies obstétricales graves du post-partum immédiat. Encycl Med Chir Obstétrique, 1989.
- 20. FERNANDEZ H.** Hémorragies graves en obstétrique 35^e congrès national et d'anesthésie réanimation : Conférence d'actualisation. Paris: Masson, 1993: 511-29.
- 21. BROWN B Z, HEASTON DK, POULSON AM et al.**
Un controllable post-partum bleeding: A new approach to haemostasis through Angiographie arterial Embolisation. Obstet Gynecol 1989; 54: 361-6.
- 22. DEPARTEMENT OF HEALTH.**
Why mothers die report on confidential inquiries in to maternal death in the United Kingdom 1994/96 London Her Majesty's stationary office 1998.
- 23. BERG CJ, ATRASH HT, TUCKER M.**
Pregnancy related mortality in the United State. Obstet Gynecol 1996; 88: 161-7.

24. **BEUTHE D.** Die Beeinflussung der nach gleburts Periode durch Méthergin Zbl Gynak.1956; **78** :1305-14.
25. **Jacques Lansac, Hanry Marret, Jean-François Oury :** Pratique de l'accouchement. Précis d'obst 4^{ème} édition.
26. **BOHOUSSOU M et al.** Les hémorragies du post-partum immédiat : Etiologie et pronostic à propos de 21cas colligés dans le service Gynécologie et Obstétrique du CHU de Cocody. Rev Fr Gynecol Obstet 1999; **24**:104-12.
27. **ALIHONOU E et al.** Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et étiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans). Publication médicale Africaine 2002; **121**: 8-11.
28. **MANTAL C, BUCHMANN E, RERES H, PATTINSON RC.**
Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near miss. Br J Obstet Gyneacol 1998; **105**: 985-90.
29. **STEHLING L.** Fluid replacement in massive transfusion; In Jeffres LC. et Brecher Banks (eds).massive transfusion Bethesda. Am Assoc Blood 1994: 1 – 15.
30. **GILBERT WM et al.** Angiographic embolization in the management of hemorrhagic complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1992; **166**: 493-7.
31. **HEWITT PE ET MACHIN SJ.** Massive blood transfusion In ABO of transfusion. London: BMJ publishing groupe, 1998; 460p.
32. **TAGAKI S, YOSHIDA T, TOGO Y.**
The effects of myometrial injection of prostaglandins f2 alpha on Severe post-partum hemorrhage prostaglandins.1986, 12: 565- 79.
33. **Bygdemann M.; Kwonsu, Mukker Heet, Wiquist N.:** Effect of infusion of PG E, and PGE2 on the motility of the pregnant human uterus.Am J. Obstet Gyneacol, 1968, 129: 918-919.
34. **HERTZR H, SOKOL RJ, DIERKER W.**Treatment of post-partum uterine atony with prostaglandin E2 vaginal suppositories. Obstet Gynecol 1988; **56**: 129.

35. TSIRUL NIKOV MS.

La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; **8**: 751-3.

36. CRISTALLI B, LEVARDON M, IZARD V, CAYOL.

Le capitonnage des parois utérines dans les hémorragies obstétricales.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1991; **20**: 851- 4.

37.D'après D'Ercole C: Prise en charge chirurgicale des hémorragies du post-partum.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004)

38. CLARK SL, YEHSY, PHELAN JP et al.

Emergency hysterectomy for obstetric haemorrhage.

Obstet Gynecol 1986 ; 64: 376-80.

39. BROWN B Z, HEASTON DK, POULSON AM et al.

Un controlable post-partum bleeding: A new approach to haemostasis through Angiographie arterial Embolisation. Obstet Gynecol 1989; 54: 361-6.

40. KEITA S. Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point « G ». Thèse Méd, Bamako, 2003 ; n°47.

41. TRAORE MT.

Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V : À propos de 488 cas. Thèse Med, Bamako, 2004 ; n° 46.

42. PAMBOU O et al. Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville.

Med Afr Noire 1996 ; 43: 418-22.

43. DIALLO B. Les hémorragies de la délivrance au service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 1990; n°125.

44. AKAPADZA et al.

Les hémorragies de la délivrance à la clinique de gynécologie et obstétrique du C.H.U. de TOKOIN-LOME (TOGO) de 1988 à 1992. Med. Afr Noire. 1994 ; 41 : 601-3.

45. **DIALLO AO.** Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 1989 ; n° 11.
46. **LACOMME M.** Pratique obstétrique. Paris : Masson, 1960 ; tome I.
47. **Marpeau L, Rhimi Z, Larue L, Guettier X, Jault T, Barrat J.** The role of pelvic arterial embolization in the treatment of severe postpartum hemorrhages. J Gynecol Obstet Biol Repro 1992; 21: 233-5.
48. **.www.intellego.fr**
49. **Univers-connaissance.blogpot.com**
50. **Campus-cerimes.fr**

FICHE D'ENQUETE

N°.....

I. IDENTIFICATION

Q1- DATE.....

Q2- NOM /PRENOM /

Q3- AGE /.....

Q4-/Quartier/Résidence

1=commune iv/2= hors commune/ 3=hors district de

bamako:.....

Q5 ETHNIE =.....

1=bambara ; 2=malinké ; 3=peulh ; 4=Sarakolé ; 5=dogon ; 6=sonrhäï ; 7=autres à préciser

Q6-NIVEAU D'ETUDE

1= Primaire 2= Secondaire 3= Supérieur 4= Non Scolarisée

Q7- PROFESSION.....

1=Ménagère ; 2=Elève / Etudiante ; 3=Fonctionnaire ; 4=Vendeuse ; 5= Aide-Ménagère ; 6= Commerçante ; 7=Autre a préciser

Q8- STATUT MATRIMONIAL :.....

1=Mariée ; 2=Célibataire ; 3=Divorcée ; 4=Veuve

II. ADMISSION.....

Q9-Mode D'admission : /___/

a=Venue D'elle-même ; b=Referee ; c=Evacuée

2=moyen de transport :a=pied ,b=moto, c=taxi, d=voiture personnelle ,e=ambulance

Q10- Lieu de Provenance : /___/

1= Domicile; 2= Cskom (A Préciser)..... ; 3= Structure Privée

Q11- Motif d'Admission :

/___/

III. ANTECEDENTS

Q12. MEDICAUX /___/

1= Néant ; 2=HTA ; 3= Diabète ; 4= Drépanocytose ; 5= Asthme ; 6=Trouble de la coagulation ; 6= Autres

Si autre, préciser.....

Q13- CHIRURGICAUX :.....

1=appendicectomie ; 2=GEU ; 3=césarienne ; 4=myomectomie ; 5=hystérectomie ; 6= autre à préciser

Q14-GYNECOLOGIQUES :.....

Menarche /___/

Caractères du Cycle : /___/ 1=Régulier 2=Irrégulier

Durée des Règles.....En Jours

Contraception : /___/ 1=Oui ; 2=Non

Pathologie de L'utérus : /___/ 1=Oui 2=Non

Si Oui, Préciser La Pathologie..... (Malformation utérine, infection génitale, Fibrome Utérin...)

Q15- OBSTETRICAUX

Q15a- Gestité : /___/ 1=Primigeste ; 2=Pauci geste ; 3=Multigeste ; 4=Grande Multigeste

Q15b- Parité : /___/ 1=Primipare ; 2=Paucipare ; 3=Multipare ; 4=Grande Multipare

Q15c- Enfants Vivants /___/

Q15d- Enfants Décèdes /___/

Q15e- Avortements : /___/ 1=Oui ; 2=Non

Si Oui..... /___/ 1=Provoque 2=Spontané

Q15f antécédent d'hpp

Q16- MANŒUVRE INTRA UTERINE 1=OUI 2=NON

Si oui 1=curage ,2=curetage ,3=AMUI

Q17- PATHOLOGIE AU COURS DE LA GROSSESSE

1=placenta prævia ; 2=hrp ; 3=hydramnios ; 4=macrosomie ; 5=Prééclampsie ; 6 =
grossesse multiple ; 7=autre à préciser

Q18 ACCOUCHEMENT

1=normal /___/ a=oui ; b=non

2=dystocique /___/ a=forceps ; b=ventouse ; c=césarienne

IV- CARACTERES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q19 DDR

Q20- AGE DE GROSSESSE

Q21 DPA.....

Q22CPN :..... 1=OUI 2=NON

SI OUI LE NOMBRE DE CPN.....

Q23- AUTEUR CPN.....

1=gynécologue ; 2=médecin généraliste ; 3=sagefemme ; 4= infirmière
obstétricienne ; 5=matrone ; 6=autres (à préciser)

V- EXAMEN

Q24 BILAN BIOLOGIQUE

1 GR ; 2 BW ; 3 TE ; 4 TOXO ; 5 RUBEOL ; 6 VIH ; 7 NFS ; 8 GLYCEMIE ; 9
AUTRES

Q25 BILAN RADIOLOGIQUE A REALISER

1 ECHOGRAPHIE PELVIENNE 2 RADIO PELVIOMETRIE

Q26- prophylaxie anti palu SP /___/

1 =OUI 2= non

Si oui nombre de dose

Q 27 SUPPLEMENTATION MARTIAL /__/

1= oui 2= non

Q28 PROPHYLAXIE ANTI TETANIQUE /__/

1=oui 2= non

Q29 –EXAMEN GENERAL A L’ADMISSION

Q29a- Etat General : /__/ 1=Bon ; 2=Passable 3 =Altéré

Q29b. TA(en mmhg) / __/

Q29c. Température (en degré Celsius) /__/

Q29d. FR (cycle / mn) / __/

Q29e. Poids (en kg) / __/

Q29f. Taille (en m) / __/

Q29g .Pouls (pulsation/mn) / __/

Q29h. Muqueuses / __/

1= bien colorées 2= Moyennement colorées 3=Pales

Q30 EXAMEN OBSTETRICAL

1 maf 2 cu 3 hu 4 présentation 5 bcf 7vulve -purine-8 col tv 9= bassin a) normal ;
b) limite ; c) rétréci

VI DEROULEMENT DU TRAVAIL D’ACCOUCHEMENT

Q31 ANTI SPASMODIQUE1= oui 2= non

Si oui la nature

-Q32 ACCOUCHEMENT :

1=voie basse 2=césarienne

Q33 - EXTRACTION INSTRUMENTALE :..... 1=OUI 2=NON

SI OUI LE TYPE :

1=FORCEPS

2=VENTOUSE

Q34 -EPISIOTOMIE :..... 1=OUI 2=NON

Q35- EXPRESSION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT :..... 1=OUI

2=NON

Q36- UTEROTONIQUES :1=OUI 2=NON

SI OUI la nature

Q37- DUREE DU TRAVAIL..... HEURES

Q38- DUREE DE L'EXPULSION..... MN

Q39- QUALITE DE L'ACCOUCHEUR :

1=gynécologue 2=médecin généraliste 3 = sage femme 6 infirmière obstétricienne

5=matrone 6 autres à préciser

VII- LE NOUVEAU-NE

Q40 1 nombre.....2- sexe..... 1=masculin 2=féminin

3- apgar...a=1ere minuteb=5eme minute

4- poids..... grammes 5- taille..... cm 6 pc =.....cm

7- pt =..... cm 8 vivants =..... 1=oui 2=non

Q41 MALFORMATIONS FOETALES.....1=OUI 2=NON

nb = si jumeaux, t1 et t2 (taille), poids (p1 et p2)

VIII- DELIVRANCE

Q42 1 ARTIFICIELLE 2 (GATPA)

Q42EXAMEN DU PLACENTA APRES LA DELIVRANCE OUI ☐ NON☐

Q43 RETENTION PLACENTAIRE=1= OUI 2= NON

SI OUI1= placenta complet 2= placenta incomplet 3= debris placentaires

Q44- ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE.....1= OUI 2 = NON

SI OUI

1 = placenta prævia 2 = placenta acréta 3 = precreta4 poids du placenta

Q45- DELIVRANCE HEMORRAGIQUE.....ML

Q46- UTERUS APRES DELIVRANCE.....1 =atonie 2= globe de sécurité

Q47- REVISION UTERINE=1 = OUI 2= NON

SI OUI, LA METHODE =1= manuelle 2 = instrumentale

Q48 DECHIRURE DU PERINEE =1= OUI 2 =NON

SI OUI,1 = incomplète 2 =complète

Q49- DECHIRURES VULVAIRES = 1= OUI 2 = NON

si oui, isolée.....1 = hyménale 2 = antérieure 3 = latérale

Étendue.....1 = vulvoperinéale 2 = vaginale

Q50 DECHIRURE VAGINALE :.....1= OUI 2= NON

si oui isolée.....1= basse perineovaginale 2= haute

3= partie moyenne

Q51 DECHIRURE DU COL.....1=OUI 2=NON

Q52- THROMBUS VULVAIRE.....1=OUI 2=NON

IX- TRAITEMENT

Q53- TRAITEMENT MEDICAL :.....1=OUI 2= NON

SI OUI, LES PRODUITS :

Q54SOLUTES

Q55- TRANSFUSION :.....1= OUI 2 = NON

SI OUI LE NOMBRE D'UNITE DE SANG :.....

Q56- MACROMOLECULES :.....1= OUI 2 = NON

Q57- CRISTALLOIDES :.....1 = OUI 2 = NON

Q58- OCYTOCINE :.....1 = OUI 2 = NON

Q59 ANTIBIOTIQUES :.....1= OUI 2 = NON

SI OUI PRECISER la molécule

60-TRAITEMENT MARTIAL:.....1 = OUI 2 = NON

X TRAITEMENT CHIRURGICAL

1= OUI 2= NON

si oui :.....1 = suture de la brèche, 2= hystérectomie d'hémostase

3=ligature artérielle, 4= autres

Q61 AUTRES TRAITEMENTS1 OUI 2 NON

Si oui préciser la molécule

Q62- Q PRONOSTIC MATERNEL.....1= bon état 2= transfert 3 = décédé

Q63 décès : 1=oui 2=non

SI OUI CAUSE :..... 1=HYPOVOLEMIE 2=CIVD 3=AUTRES

SI TRANSFERT DANS UN AUTRE SERVICE..... 1=OUI 2=NON

SI OUI LEQUEL.....

XI SURVEILLANCE MATERNELLE POST PARTUM

1=pouls ,2=température ,3=tension artérielle ;4=conjonctives ,5=globe de sécurité ,

6=saignement vulvaire 7=diurèse

XII HOSPITALISATION oui /non

Q64- Complication post opératoire

Q65- Durée hospitalisation

Q66 complication en hospitalisation OUI /NON

Si oui 1=infection 2= Perte sanguine totale 3= Trouble de la coagulation

4=Variation du taux d'hémoglobine 5= Etat de choc hémorragique 6= autre pathologie associée

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : AICHE BOUBACAR

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Les Hémorragies du post partum immédiat au centre de santé CSREF CIV : aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostic

Année académique : 2016-2017

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Ville\ pays : Bamako\ Mali

Résumé :

Notre étude est une étude prospective et descriptive effectuée au CSREF CIV portant sur une période de 12 mois (du 1er Mai 2015 au 30 Avril 2016)

L'objectif était d'étudier les hémorragies du post partum immédiat au centre de santé de référence CIV

Au terme de ce travail, nous avons enregistré 8239 accouchements dont 121 cas d'hémorragies du post partum immédiat soit une fréquence de 1,46%

Les causes retrouvées ont été :

- ☐ Hémorragie de la délivrance
- ☐ Atonie utérine : 19,8%
- ☐ Rétention placentaire partielle et totale : 14,9 %
- ☐ Rétention placentaire plus atonie : 17,4%
- ☐ Déchirure du périnée+ rétention placentaire : 4,1%
- ☐ Hémorragie contemporaine de la période de délivrance
- ☐ La déchirure cervicale : 22,3%
- ☐ La déchirure du périnée : 7,4%
- ☐ Déchirure du vagin+ déchirure vulvaire : 5,8%

☐ Rupture utérine : 2,5%

La prise en charge a été :

☐ La réanimation : perfusion de cristalloïdes (ringer lactate, serum salé), de colloïdes (gelatine, dextran), transfusion du sang total

☐ Les gestes obstétricaux et médicamenteux : révision utérine, délivrance artificielle, massage utérin, l'administration d'utérotoniques.

☐ Chirurgicale : suture des parties molles, hystérectomie d'hémostase

Les complications ont été :

☐ Choc hypovolémique :

☐ CIVD :

☐ Décès :

Mots clés : Hémorragie du post partum immédiat, urgence obstétricale, mortalité maternelle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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.

Admise 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 race, de parti ou de classe 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure!