

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



U.S.T.T-B



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °

THESE

LES HEMORRAGIES DU 3^{EME} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Presentee et soutenue publiquement le .../.../2017 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Noufou KONE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président du Jury : Professeur Saharé FONGORO

Membre du Jury : Docteur Mamadou SIMA

Co-directeur de Thèse: Docteur Hamady SISSOKO

Directeur de Thèse : Professeur Issa DIARRA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah, le Clément et le Miséricordieux.

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

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

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

-A mon père : FEU BREHIMA KONE :

Merci pour votre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise et le dévouement au travail. Mais mon regret le plus profond est ton départ prématuré ; si mes larmes continuent de couler aujourd'hui, parce que je n'ai pas pu te dire au revoir .Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation. Père tu ne jouiras pas du fruit de tes efforts. Reçois cette thèse en signe de mon amour sacré pour toi. Que ton âme repose en paix. Amen !

-A ma mère: ALIMA SANOGO :

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie ; femme respectueuse, tuas su m'inculquer les règles de bonnes conduites; grâce a Dieu et a tes bénédictions voila enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois. Puisse ALLAH, le Tout Puissant t'accorde encore longue vie dans la paix, la santé et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

-A ma grand- mère :

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

-A mon grand-père feu Gnido Koné:

Par ce travail je vous rends hommage. Puisse Allah vous accorder sa grâce pour le repos de ton âme. Amen !!

-A mes oncles et tantes: Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions, vos hospitalités et vos soutiens de tout genre. Votre contribution a mon éducation a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Votre fidélité et votre attention a l'égard de vos enfants sont sans faille. Vous ne cessez de nous inculquer que seul le travail bien fait est libérateur. Que ce travail

qui est aussi le vôtre, soit pour vous le gage de mon amour infini. J'espère ne pas vous avoir déçus. Recevez ici mes sincères remerciements, que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

-A mes frères et sœurs :

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation ; Et vos conseils n'ont jamais fait défaut, Ce travail me permet de réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

- Les cousins:

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

- A la famille Tiefari Sangaré de Kadiolo:

Merci pour votre soutien moral, votre gentillesse et votre constante disponibilité. Puisse Allah vous accorder encore une longue vie dans la paix et le bonheur.

-Au cabinet médical amitié de senou :

Ce travail est le vôtre, merci pour votre disponibilité, votre Gentillesse, la formation et le soutien que vous m'avez accordés.

- A mes amis médecins et camarades de la FMOS ET FAPH :

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous, malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années d'étude nous nous sommes côtoyés comme des frères .votre Compréhension, disponibilité, encouragement, attention, soutien moral et matériel constant n'ont pas été vains . Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie et pour tout ce que nous avons partagé.

Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; Je vous dis courage et merci.

- Au différents Gynécologues-Obstétriciens du CSREF CV :

Vous avez été d'un grand apport dans notre formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils prodigués tout au long de notre formation et de la franche collaboration.

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

- A mes Aînés médecins et collègues internes du CSREF CV :

Je n'oublierai jamais ce long parcours si difficile et ce temps formidable de joie, de stress et de partage de connaissances scientifiques entre collègues. Courage et bonne chance pour le reste.

- Aux DES de Gynécologie-Obstétrique du CSREF CV :

Merci pour votre disponibilité, vos conseils et bonne chance.

-A toutes les sages femmes du CSRéf CV :

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

A tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ci-dessus, qu'ils se sentent concernés.

Qu'ils trouvent donc ici l'expression de ma profonde gratitude.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Saharé FONGORO

- ☐ **Maitre de conférences en Néphrologie ;**
- ☐ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;**
- ☐ **Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G ;**
- ☐ **Praticien hospitalier au CHU du point G.**

Honorable maître ;

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances, votre amour pour le travail bien fait et vos multiples qualités humaines font de vous un maître admirable.

Nous vous en remercions très sincèrement et vous réaffirmons notre profond respect. Que Dieu vous donne longue vie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Issa Diarra

-  **Maitre de conférences en Gynéco-Obstétrique ;**
-  **Professeur de Gynéco-Obstétrique à la FMOS à la retraite ;**
-  **Ancien directeur de la DCSSA (Direction centrale des services de santé de l'armée malienne) ;**
-  **Ancien haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé et de l'hygiène publique ;**
-  **Médecin colonel major du service de santé des Armées à la retraite ;**
-  **Chef du département de Gynéco-Obstétrique du CHU- Mère enfant le Luxembourg**
-  **Chevalier de l'ordre *du mérite de la santé du Mali*.**

Cher maitre

Ce travail est le vôtre, vous l'avez initié et dirigé sans ménager aucun effort.

Nous sommes très honorés d'être énumérés parmi vos élèves. Nous ne cesserons jamais de vous remercier de la spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre modestie, votre grande pédagogie, votre rigueur scientifique et votre sens social élevé font de vous un maitre admiré de tous. Nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placée en nous.

Permettez-moi cher maitre de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

Puisse ALLAH vous prêter encore heureuse et longue vie.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DUJURY

Docteur Mamadou SIMA

 **Gynécologue Obstétricien,**

 **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique
du C.H.U. du Point "G".**

 **Maitre-assistant à la Faculté de Médecine et
d'odontostomatologie (FMOS)**

Cher maître

Vous nous faite un honneur inestimable en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre assiduité et votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre enseignement et la valeur de vos connaissances scientifiques ont toujours suscité notre admiration.

Veillez recevoir cher, Maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Hamady Sissoko

 **Gynécologue Obstétricien,**

 **Praticien Hospitalier au CSREF CIII**

Cher maître

Vous nous avez acceptés et encadrés ce travail, malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et votre générosité font de vous un homme remarquable.

Nous avons également apprécié votre disponibilité et votre rigueur dans le travail bien fait.

Nous vous prions de recevoir ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS ET LEURS SIGNIFICATIONS

ATCD : Antécédent

BCF : Bruit du Cœur Fœtal

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CIII : Commune Trois

CIVD : Coagulation Intra-vasculaire Disséminée

Cm : Centimètre

Cm3 : Centimètre Cube

C P N : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction Utérine

CV : Commune Cinq

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FAPH : Faculté de Pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontologie

HTA : Hypertension Artérielle

HRP : Hématome Retro-placentaire

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

Kg : Kilogramme

M² : Mètre Carré

MAF : Mouvement Actif Fœtal

Mn : Minute

ml : Millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFC : Plasma Frais Congelé

PP : Placenta Prævia

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I-Introduction et Objectifs	9
II-Généralités.....	13
III-Méthodologie.....	45
IV-Résultats.....	51
V-Commentaires et discussion.....	70
VI-Conclusion	79
VII-Recommandations.....	80
VIII-Références bibliographiques.....	82
IX-Annexes.....	87

I-INTRODUCTION

La naissance d' un enfant est un événement heureux dans une famille. En Afrique et particulièrement au Mali, la stabilité d'un ménage tient aux enfants. Cependant, cette naissance comporte un risque mortel pour des milliers de femmes à travers le monde [1].

Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse constituent de nos jours une situation courante pouvant mettre en jeu le pronostic materno-fœtal. Selon RIVIERE la grossesse et l'accouchement constituent depuis l'origine des temps un risque mortel [1]. Si le risque est amoindri dans les pays développés, il reste toujours élevé dans les pays en développement où la couverture sanitaire est insuffisante. Selon les statistiques de l'OMS environ 525.000 femmes meurent par an dans le monde pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans le post-partum, laissant derrière elles 1.000.000 d'orphelins[1]. Dans les pays en voie de développement cette mortalité est encore plus marquée, atteignant 15 à 20 fois le nombre de décès enregistrés dans les pays développés [2]. Cette mortalité est de distribution inégale entre le nord et le sud: 1020/100.000 naissances vivantes en Afrique de l'ouest alors qu'elle est de 27/100.000 naissances vivantes dans les pays développés [3].

Elle est dominée dans plus de 80% des cas par les hémorragies dont 95% seraient évitables (OMS) [4, 5,6].

Au mali les décès maternels représentent 32 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans [EDSM V]. La tendance du taux de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001, passant de 582 décès pour 100 000 naissances à en 2001[EDSM III] à 465 décès pour 100 000 naissances en 2006 [EDSM IV] pour atteindre 368 décès pour 100 000 naissances en 2012 [EDSM V] [7].

Selon EDSM V, la mortalité infanto-juvénile était de 95‰ en 2012 au Mali, à Koulikoro la mortalité infanto-juvénile a été estimée à 96‰ la même année [7].

Dans les pays développés même si la mortalité maternelle a été divisée par cent au cours du XX^e siècle elle stagne à 10 décès pour 100000 naissances depuis les années 1980 [8].

Ainsi en France les hémorragies du troisième trimestre représentaient avec les hémorragies du post –partum immédiat la première cause de décès maternel avec un taux de 17% et pour la même période au Royaume-Uni et aux États-Unis la 4^{ème} cause de décès avec un taux de 5% [8].

L'incidence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse varie de 3% à 5% dans les pays développés: en France, DOUGLAS a relevé 5% en 1981 [9], de même que AYOUBI en 2000 [10]. A LONDRES, une étude faite par DEREK en 1981 trouvait un taux allant de 3 à 6% [11].

En Afrique, SEPOU a trouvé un taux sensiblement supérieur en Afrique centrale ; 2,26% [12] tandis qu'au Maroc IZRAR NADA notait un taux inférieur à 0,65% [13].

Au Mali à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti une étude faite par Sanogo S a trouvé 94 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse sur un total de 1485 accouchements ce qui représente 6,33 % des accouchements effectués dans cet hôpital [2] et en 2009 une étude similaire fait par Guindo S. dans le CSREF de la Commune V, a trouvé 1,6% d'hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse [14]. Bien qu'il existe des hémorragies d'origine inconnue, le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire et la rupture utérine constituent les principales causes d'hémorragie du 3^e trimestre de la grossesse.

Cependant le caractère brutal, l'insuffisance et/ou le manque de suivi prénatal, le retard et/ou l'absence de diagnostic, l'insuffisance ou la non disponibilité des moyens de réanimation (sang et produits sanguins) confèrent aux hémorragies du troisième trimestre toute leur gravité ; l'urgence étant d'abord d'apprécier le saignement et son retentissement materno-fœtal et de procéder à une stabilisation de l'état général avant de rechercher une étiologie.

Plusieurs études faites sur la mortalité maternelle révèlent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternel [2, 1, 15]. En effet, ces hémorragies obstétricales occupent le deuxième rang des causes de décès maternels. Parmi elles, celles du troisième trimestre constituent une préoccupation quotidienne en pratique courante, englobant un éventail de pathologies obstétricales dont le retard de prise en charge pourrait grever le pronostic materno-fœtal.

Ainsi, face à l'ampleur et à la gravité du phénomène, il nous a paru opportun de mener une étude sur la problématique des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des gestantes présentant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse et à la mise à jour des données statistiques.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Contribuer à l'étude des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse au centre de sante de référence de la commune(V) du district de Bamako

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ayant présenté une hémorragie pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Décrire les facteurs étiologiques ;
- Décrire les aspects thérapeutiques ;
- Évaluer le pronostic materno-foetal.

II-GENERALITES

A) DEFINITION :

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse correspondent à tout saignement chez une femme enceinte provenant de la cavité utérine après 28 SA. [16,17].

B) HISTORIQUE :

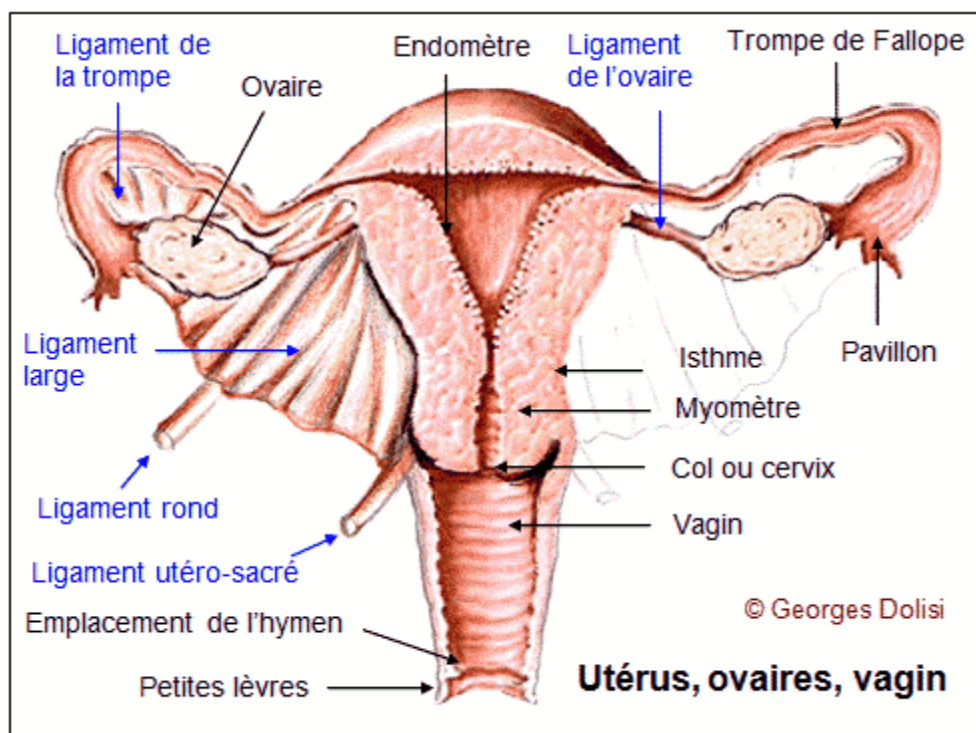
La symptomatologie hémorragique chez la femme enceinte près du terme était connue des anciens auteurs. Il semble que c'est Portal qui le premier a senti un placenta bas inséré lors d'un toucher transcervical chez une patiente qui saignait sur une grossesse près du terme [18]. Plus tard Levret découvrit un placenta prævia recouvrant à l'autopsie d'une gestante morte d'hémorragie foudroyante [19]. Avant 1929 le diagnostic de placenta prævia reposait uniquement sur le toucher transcervical. La radiographie fut proposée par certains auteurs pour repérer l'insertion basse du placenta parmi lesquels Dos Nantos par aortographie, Snow et Powel par placentographie directe en 1934.

Le repérage ultrasonique mit fin aux inquiétudes des risques fœtaux liés à la radioactivité depuis la publication de Donald en 1958. Les premières césariennes pour placenta prævia ont été pratiquées en 1890 par Hudson et Ford aux U.S.A ; en France Tarnier la réalisa en 1897. Mais il faudra attendre la thèse de Daubry en 1925 pour que la césarienne ait définitivement droit de citer dans le traitement du placenta prævia En Afrique, les premières études sur la rupture utérine ont été faites en Tunisie, en Algérie et au Maroc. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré fut décrit pour la première fois en Angleterre en 1811.

Rigley opposait les hémorragies « accidentelles » des hématomes rétro-placentaires aux hémorragies « inévitables » du placenta prævia. Baudeloque décrit la cupule rétro-placentaire des hémorragies cachées.

De Lee, en 1901 décrivait à l'occasion d'un hématome rétro placentaire le syndrome des hémorragies par afibrinogénémie acquise dont l'explication physiopathologique ne sera donnée par Deekerman qu'en 1936. Couvelaire en 1937 chercha à définir la pathogénie de cet accident qui peut s'étendre aux viscères, dépassant souvent la sphère génitale.

C) RAPPELS ANATOMIQUES :



Source: Aly abbara.com **Figure 1**

1- Anatomie de l'utérus gravide

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulsion 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. Au point de vue anatomique l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

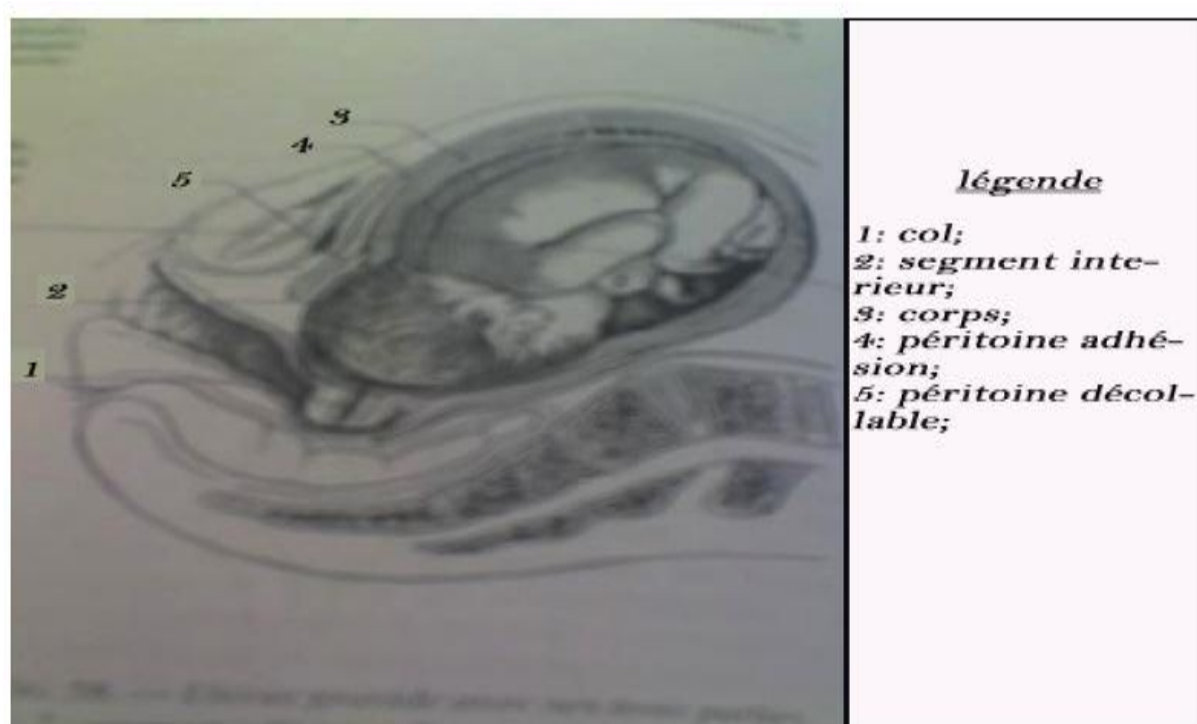


Figure 2 : Anatomie de l'utérus gravide

1-1- Corps de l'utérus

- Anatomie macroscopique

a) Volume et forme : l'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en périodes distinctes.

- La première est la phase d'épaississement des parois. L'utérus a une forme sphéroïdale

- La seconde est la phase de distension. L'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure. Le qualificatif de cylindrique se rapporte à des utérus hypotrophiques, donc pathologiques.

Le passage de la première phase à la seconde phase porte le nom de conversion. Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

	hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4,5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois de la grossesse	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois de la grossesse	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

▣ **Poids :** son poids à terme varie de 900-1200g.

▣ **Capacité :** sa capacité à terme est de 4 à 5 litres.

▣ **Epaisseur des parois :** Au début de la grossesse les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme leur épaisseur est de 8-10 mm au niveau du fond 5-7 mm au niveau du corps. Après l'accouchement elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

▣ **Consistance** : L'utérus se ramollit pendant la grossesse

▣ **Situation** : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

▣ **Direction** Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion. Puisqu'il s'élève dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale antérieure. A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de l'état de la paroi abdominale. Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare). L'utérus se place en antéversion. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76%) plus rarement à gauche. L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical de gauche à droite qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

▣ **Rapports** :

Au début de la grossesse les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme l'utérus est abdominal:

- **En avant** : sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.

- **En arrière** : l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte avec les psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles.

- **En haut** : le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fosses costales. A droite il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

- **Le bord droit** : regarde en arrière, il entre en contact avec le cœcum et le colon ascendant.

- **Le bord gauche** : répond à la masse des anses grêles refoulée et en arrière au colon ascendant.

▫ **Structure** : les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

▫ **La séreuse** : c'est-à-dire le péritoine, s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle. Elle adhère intimement à la musculuse du corps, alors qu'elle se clive facilement du segment inférieur. La ligne de démarcation entre ces deux régions est appelée ligne de solide attache du périnée.

▫ **La musculuse** : est constituée de trois couches de fibre lisse qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu. Sur l'utérus rétracté les couches musculaires se plissent en accordéon d'où leur aspect enchevêtré difficile à interpréter. L'utérus distendu est formé par une cinquantaine de couches de faisceaux circulaires qui forment des plans superposés. Ceux-ci sont repartis en deux assises, externe et interne qui forment la partie contractile de l'organe. Entre lesquelles existe une couche plus épaisse de fibres inter croisées. La couche flexiforme celle-ci insère de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine. Les artères restent libres dans les anneaux musculaires, séparées d'eux par une gaine conjonctive. Les veines sont réduites à leur endothélium et adhèrent aux anneaux musculaires, disposition en rapport avec la régulation de la circulation utérine.

▫ **La muqueuse** : en dehors de la grossesse, elle est constituée de deux couches : une profonde ou basale de 0,5mm d'épaisseur double stroma contient les culs de sac glandulaires ; une superficielle ou fonctionnelle dont l'épaisseur varie de 0,5 à 5mm du début à la fin du cycle et dont le stroma contient le tube glandulaire ; à sa superficie se trouve l'épithélium. Dès l'implantation la muqueuse se transforme en caduque ou déciduale, mot qui évoque sa chute partielle après l'accouchement. L'œuf en grossissant fait saillie dans la cavité utérine, coiffé

par une partie de la caduque qui se distend pour suivre son développement, alors s'individualisent trois caduques :

- La caduque basale ou inter utéro placentaire située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin.
- La caduque ovulaire qui recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine.
- La caduque pariétale qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine.

Les caduques ovulaires et pariétales subissent les transformations suivantes :

a) Au cours des quatre premiers mois, la muqueuse s'hypertrophie au point d'atteindre 1 cm d'épaisseur. On y trouve les deux couches :

- La couche superficielle, qui seule sera caduque, cette couche opaque est caractérisée par la présence de cellules déciduales très grosses cellules à protoplasme spumeux, spécifiques de la grossesse comprimant les tubes glandulaires.
- La couche profonde, spongieuse contenant les culs de sac glandulaires et le réseau vasculaire. Elle servira après l'accouchement à la régénération de la muqueuse

b) Dès la fin du quatrième mois, le développement de l'œuf l'accolement des caduques pariétale et ovulaire la cavité utérine est entièrement comblée alors que la muqueuse s'atrophie et son épaisseur diminue progressivement: l'épithélium de surface disparaît les tubes glandulaires s'aplatissent, les cellules déciduales s'atrophient, le stroma dégénère. A terme la caduque pariétale n'a plus qu'un mm d'épaisseur recouverte de quelques débris de la caduque ovulaire.

1-2 Le segment inférieur : C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquière son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines dans lesquelles

on ne s'égarrera pas. En revanche 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 se situe sur la 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 porte l'incision de la césarienne segmentaire.

- **Situation** : Le segment occupe au dessus du col le tiers inférieur de l'utérus.

- **Caractère** : Son caractère essentiel est sa minceur de deux à quatre 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 circonstance réalisée dans la présentation du sommet engagée. C'est dire que la minceur du segment qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur appréciée par la clinique est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

L'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement en devenant corporelle et cette épaisseur donne l'impression d'un anneau musculaire surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

- **Origine et formation** : Le segment inférieur se développe aux dépend de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de la grossesse comme le prouve le signe de Hegart mais il n'acquiert son ampleur qu'après le 6^{ème} mois plus-tôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare. Pendant le travail effacé et dilaté se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico- segmentaire.

- **Rapports** : En avant le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décelable alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine après avoir formé le cul de sac vesico-

utérin tapisse la face postéro-supérieure de la vessie puis devient pariétale doublant la paroi abdominale antérieure. Vessie : Même vide est toujours au dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Au dessous du cul de sac péritonéal elle est séparée du segment par le tissu conjonctif lâche qui permet de décoller et de la refouler en bas. Latéralement la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. En arrière le profond cul de sac de douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

- **Structure :** Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques en rapport avec son extensibilité.

La musculature est très mince faite d'une quinzaine de couches musculaires.

Des fibres prenant malle colorant venu du corps gagne après avoir tapisse le segment inférieur le col et le vagin. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque impropre à assurer parfaitement la placentation.

Physiopathologie : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique physiologique et pathologique. L'étude clinique montrera la valeur pronostique capitale qui s'attache à sa bonne formation, à sa minceur au contact intime qu'il prend avec la présentation. Sa physiologie liée à sa situation, à sa date de formation et à sa texture est celle d'un organe passif qui se laisse distendre. Situé comme un amortisseur entre le corps et col il conditionne les effets contractiles du corps et le col, il s'adapte à la présentation qu'il épouse exactement dans l'eutocie en s'amincissant de plus en plus, il reste au contraire flasque épais distend dans la dystocie. C'est une zone de transmission mais aussi d'accommodation et d'effacement qui après avoir transmise la contractilité corporelle vers le col laissera aisément le passage au fœtus. Au point de vue pathologique il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : C'est sur lui que s'incère le placenta prævia, c'est lui qui est intéressé dans presque toutes les ruptures utérines.

1-3 Col de l'utérus

Contrairement au corps il se modifie peu pendant la grossesse.

Anatomie : Son volume sa forme reste ce qu'ils étaient. Sa situation et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode et s'engage. Il est alors reporté en bas et en arrière et c'est souvent loin vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher. On fait beaucoup état de son changement de consistance, de son ramollissement: C'est pourtant là une modification qui peut manquer de netteté contrairement au ramollissement du corps. L'état de ses orifices ne varie pas. Ils restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare chez la multipare l'orifice externe est souvent entrouvert, l'orifice interne peut lui aussi être perméable au doigt dans les derniers mois.

Il peut même être franchement dilaté, la longueur du col peut diminuer mais ne s'efface pas avant le travail.

▫ **Structure :** Le col est formé essentiellement de tissu conjonctif. Celui-ci est composé de fibres de collagène et d'une substance fondamentale. Au cours de la grossesse les faisceaux de fibres de collagène sont denses, les fibrilles étant fortement agglutinées par la substance fondamentale protéoglycudique, les proteoglycanes. Ceux-ci sont formés de deux parties : l'une protéique, l'autre polysaccharidique. Les glycoaminoglycanes. La cohésion de fibres de collagène assure du col sa rigidité et l'empêche de dilater. Par ailleurs il est pauvre en tissu musculaire avec une proportion de 6,4% dans le tiers inférieur du col ; 18% dans le tiers moyen et 29% dans le tiers supérieur. Cette structure musculaire est fasciculée ; répartie en plusieurs couches circulaires. La muqueuse ne subit pas de transformation déciduale, ses glandes secrètent un mucus abondant qui se collecte dans le col sous forme d'un conglomérat gélatineux, le bouchon muqueux protégeant la cavité utérine contre les germes exogènes. Sa chute au terme de la grossesse annonce la proximité de l'accouchement. Quelques jours avant le début du travail, survient un phénomène appelé maturation.

Il se constitue en une modification de la composition moléculaire du tissu conjonctif cervical. La modification du rapport des deux fractions protéoglycanes avec une diminution des glycosaminoglycanes entraîne une moindre affinité de la substance fondamentale pour le collagène et donc une moindre cohésion des fibrilles. Ils en résultent une augmentation de la compliance du col qui peut alors se laisser distendre. Au moment du travail sous l'effet des contractions utérines, le canal cervical s'efface progressivement mais ceci n'est possible que si les modifications des structures produites.

- Vascularisation de l'utérus gravide

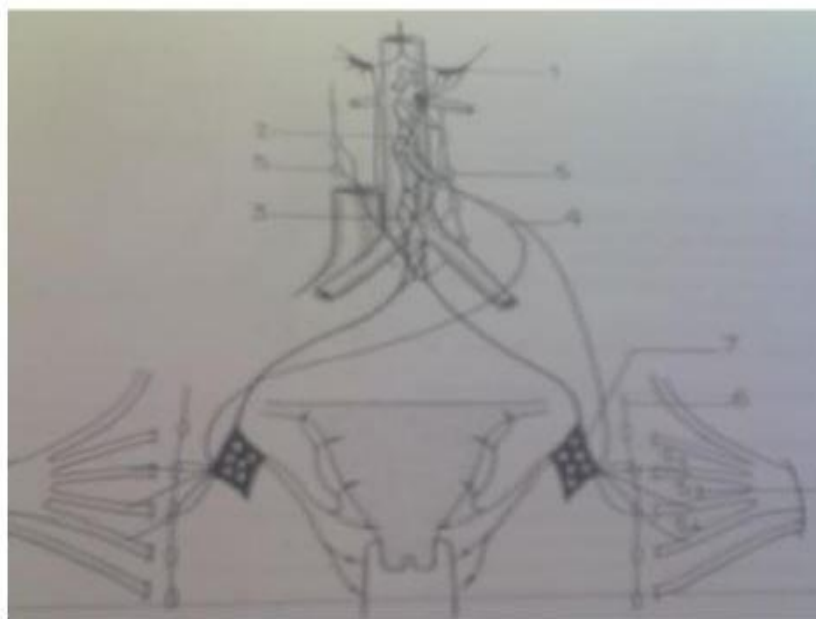
- **Les artères** : branche de l'utérine augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Anastomosées entre elles de chaque côté mais non avec celles du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par l'incision de l'hystérotomie dans la césarienne corporeale. Dans l'épaisseur du corps elles parcourent les anneaux musculaires dans la couche flexiforme deviennent rectiligne, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico- vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

- **Les veines** : considérablement développées forment le gros tronc veineux latéraux-utérins qui collectent les branches corporeales réduites en leur endothélium à l'intérieur de la couche flexiforme soumises ainsi à la rétractilité des anneaux après la délivrance.

- Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés forment trois réseaux : muqueux, musculaire, et sous séreux qui communiquent largement entre eux.

Innervation de l'utérus gravide



*1:ganglion semi-lunaire; 2:plexus mésentérique; 3:nerf précafé;
4: filet provenant du plexus hémorroïdal supérieur; 5: ganglion
sympathiques lombaires; 6:ganglions sympathiques sacrés;
7 plexus hypogastrique inférieur; 8: racines sacrées.*

Figure3 : Innervation de l'utérus gravide

- **Système intrinsèque :** Appareil nerveux autonome il occupe surtout le col et le segment inférieur et donne à l'utérus une autonomie fonctionnelle relative .Il est formé par les ganglions intra muraux faits de cellule multipolaire par des para ganglions de tissus pheocromes dont le rôle est neurocrine et par des formations neurovasculaires de régulation artérioveineuses analogues aux glomérules de Masson. Les zones sous péritonéales (ligament rond ligament large, douglas) sont pourvues de corpuscules sensorielles rappelant les corpuscules de Pacchioni, sous le nom d'intérocepteurs, on leur attribue un rôle important dans la genèse de la douleur viscérale et dans les multiples reflexes à points de départ génito- pelvien.

- **Système extrinsèque :** Les structures nerveuses extrinsèques désignées sous le nom de ganglions juxta muraux, ganglions hypogastriques, ganglion de Lee et Frankenhauser sont en réalité des plexus:

Les plexus hypogastriques inférieurs formés d'un treillis nerveux assez serré dans lequel on trouve quelques éléments ganglionnaires. Etirés d'arrière en avant et étalés en hauteur vaguement quadrangulaires et fenêtrés plaqués sur la face latérale des viscères pelviens utérus et vagin mais aussi rectum et vessie. Ils soulèvent dans les paramètres les replis utéro-sacré et forment la charpente des lames sacro-recto-génito-pubiennes:

-Les racines lombaires, sympathiques ou nerfs splanchniques pelviens font suite à partir de l'artère mésentérique inférieure au plexus inter mésentérique. Les deux nerfs splanchniques pelviens sont le plus souvent confondus à une lame nerveuse, le nerf pré sacré ou plexus hypogastrique supérieur. Il a l'aspect d'une lame résistante triangulaire à sommet supérieur dont les angles inférieurs donnent naissance à deux gros cordons nerveux : Ce sont les racines principales des ganglions hypogastriques inférieurs. Des rameaux communicants unissent les racines lombaires aux centres médullaires de D11 à D12.

- Les racines sacrées sont formées par les nerfs érecteurs d'Eckhard de nature parasympathique, les nerfs sont myélinisés, détachés des 2^{ème} et 3^{ème} et parfois le 4^{ème} nerf sacré ; par quelques filets sympathiques issus des 2^{èmes} et 3^{èmes} ganglions sacrés ainsi que par un filet nerveux provenant du plexus hémorroïdal supérieur.

Parmi les multiples rameaux émanés des plexus hypogastriques inférieurs, on ne retiendra que les nerfs de l'utérus , abordant l'organe avec les vaisseaux et se divisant dans l'épaisseur des parois de l'organe en ramuscules d'une extrême ténuité longeant les fibres musculaires lisses et les nerfs du vagin qui descendent jusqu'à la vulve. Les voies sensibles remontent le long des utero sacrés vers le nerf pré sacré. Les voies motrices, plus discutées, empruntent du parasympathique.

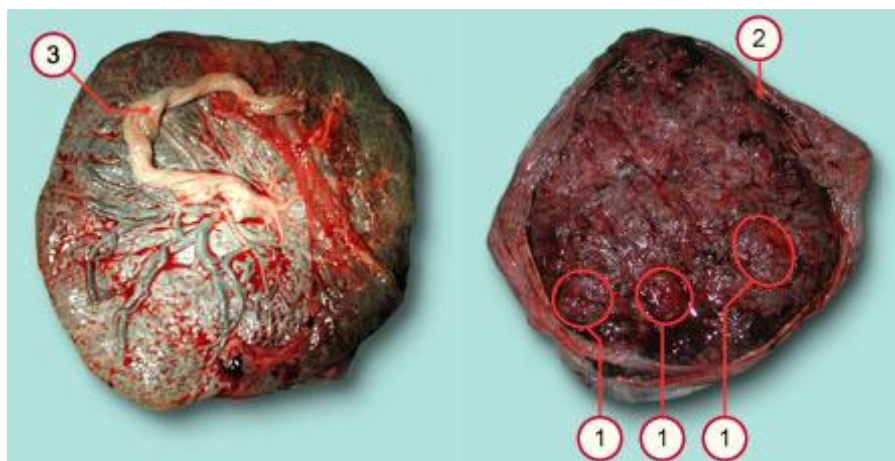
- Centres :

- **Centres médullaires :** ces centres sont situés à la base de la corne antérieure de la moelle et seulement sur une partie de la hauteur. L'orthosympathique a son noyau d'origine à la partie haute et extrême de cette corne, de D6 à L2. Le parasympathique (qui constitue l'essentiel des nerfs érecteurs) tire son origine de cellules situées à la partie terminale de la moelle.

- **Centres supérieurs sous corticaux :** un centre sexuel semble exister dans le plancher du 3^e ventricule à côté des centres de régulation du sommeil, de la température, de la circulation et des divers métabolismes.

Centres corticaux : L'influence du cortex sur toutes les structures nerveuses sous-jacentes et sur l'équilibre physiologique n'avait pas échappé à certains auteurs (Kieffer). Son rôle dans la physiopathologie et la physiologie nerveuse génitale a donné naissance, entre autres, aux complications pratiques de la physio prophylaxie obstétricale.

2- LE PLACENTA :



Face fœtale Face maternelle

1- cotylédons

2- Membranes

3- cordon ombilical

Figure 4

Source : Aly abbara.com

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

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

2-1. Structure du placenta : Examiné après la délivrance, le placenta à terme est une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6cm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600g soit le sixième de celui du fœtus. Il s'insère normalement sur la face antérieure ou postérieure et sur le fond de l'utérus. Mais le placenta inséré dans l'utérus est beaucoup plus mince, plus étalé, que le placenta après son expulsion. Le placenta comprend 2 faces et un bord:

a. La face fœtale : Encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villeuse une arborisation villositaire organisée en système tambour. On distingue parmi ces villosités : Les villosités crampons ou crochets fixateurs de Langhans qui amarrent au niveau de la couronne d'implantation la plaque chorale à la lame basale.

b. La face maternelle : Encore appelée la lame basale est Charnue. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par les septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villeuse vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche Nitabuch et d'une caduque basale au niveau de laquelle se fait le décollement du placenta au moment de la délivrance.

Cette lame basale est traversée par les vaisseaux utéro-placentaires. Les artères varient entre 180 et 500 selon les auteurs et s'abouchent pour les uns au sommet des septa, pour les autres à la base, ou au hasard dans la chambre inter villeuse. Quand aux veines, leurs orifices seraient repartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouvent la chambre inter villeuse. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

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

2-2. La circulation placentaire : La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale. La circulation utero placentaire s'établit aux 14^{ème} - 15^{ème} jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villeuse. Le sang arrive dans celle-ci par des artères ayant perdu leur musculature au niveau de la lame basale. Ces vaisseaux très dilatés à ce niveau constituent le sinus maternel. Les cavités cotylédonaires remplies de sang forment les lacs sanguins qui communiquent entre eux sous la plaque chorale

par un immense lac sanguin dit lac subchorial pauvre en villosités. A la périphérie de la chambre inter villose existe une zone marginale, véritable réservoir sanguin dit sinus marginal. Il est en relation avec de nombreuses veines utero placentaires et son contenu sanguin est endigué par l'anneau obturateur de Winkler. Ce flux sanguin maternel est de 600ml par minute, et le débit artériel fœtal est à terme de 160ml/kg / minute. La circulation fœtale est de type simple. Les vaisseaux ombilicaux envoient dans les villosités fœtales des capillaires qui recueillent les matériaux nutritifs dans le sang maternel des lacs sanguins.

La circulation placentaire est dominée par certains faits :

- Le premier consiste dans l'absence de toute communication directe entre vaisseaux maternels et vaisseaux fœtaux, toujours entre les deux circulations se trouve interposée la couche élaboratrice du syncytium de la villosité, syncytium qui préside et contrôle nécessairement les échanges entre fœtus et mère.
- Le deuxième fait réside dans l'extrême lenteur de la circulation du sang maternel, lenteur favorable aux échanges.
- Le troisième fait est dû à la grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12m lorsqu'elle parvienne à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang ».

3. LES MEMBRANES DE L'ŒUF : Elles sont au nombre de trois : l'amnios, le chorion, et la caduque ; intimement collées les unes aux autres. Elles constituent avec le placenta la paroi du sac ovulaire qui contient le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus relié au placenta par le cordon ombilical. On distingue successivement de dedans en dehors :

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

3-2. Le chorion : C'est une membrane fibreuse, transparente et résistante, située entre la caduque et l'amnios. Le chorion adhère à la caduque et se sépare facilement de l'amnios.

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

3-3. La caduque : Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : la caduque basale ou inter-utéro-placentaire ou sérotonine de HUMTER située entre l'œuf et la paroi utérine ; la caduque ovulaire réfléchie que recouvre l'œuf et accolée au chorion extra-placentaire et enfin la caduque pariétale qui tapisse la face profonde de l'utérus depuis l'insertion de l'œuf jusqu'à l'orifice interne du col. A terme les caduques ovulaire et pariétale sont intimement collées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomenteuse, opaque, la caduque est peu résistante.

D) PHYSIOLOGIE DU PLACENTA :

Le placenta, considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité fœto-placentaire ». D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses. Les échanges transplacentaires se font par plusieurs mécanismes :

- Par simple diffusion
- Par les molécules porteuses

- Par l'intervention d'une cavité cellulaire spécifique de la membrane placentaire. Les échanges placentaires sont conditionnés par l'âge de la grossesse et les modifications histologiques qui en découlent.

E) LES ETIOLOGIES :

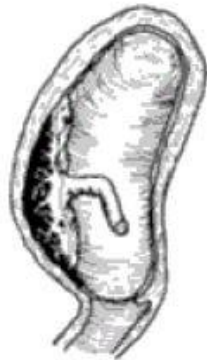
1. LE PLACENTA PRAEVIA (P P) :

1.1 Définition : Il s'agit de l'insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus. Il complique 0.3 à 2.6% des grossesses. Il représente dans de nombreuses séries [20, 21, 22, 23] la 1ère étiologie qu'il faut évoquer devant une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse, avec un taux variant selon les auteurs de 43.28 à 88.7%.

1.2 Classification :

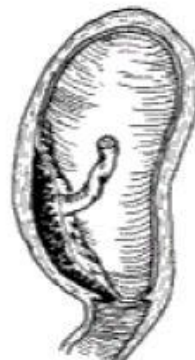
a. Classification anatomique :

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



A. placenta
praevia latéral

Figure : 5



B. placenta
praevia partiel

Figure :6



C. placenta
praevia recouvrant

Figure :7

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

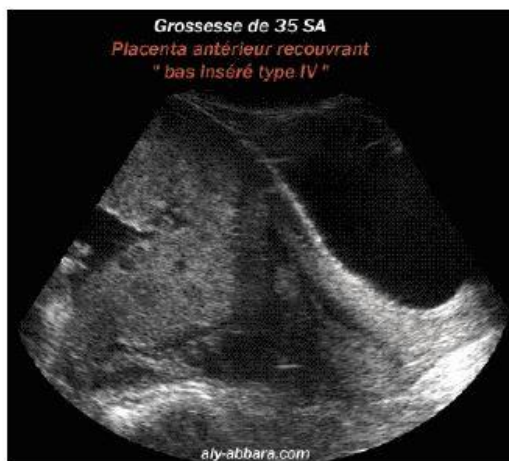


Figure:8



Figure : 9

c. Classification clinique: Envisage la situation du placenta pendant le travail :

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

1.3 Pathogénie de l'hémorragie: Les hémorragies constituent le symptôme dominant au cours du placenta prævia. Elles surviennent habituellement au cours du travail, mais peuvent survenir au dernier trimestre de la grossesse avant tout travail. L'origine de l'hémorragie est presque maternelle ; le sang provenant des sinus maternels ouvert par le décollement du placenta, tandis que la circulation fœtale est protégée par le revêtement syncitial des villosités, mais en cas de dilacération de ces villosités le fœtus peut également saigner. En raison de la complexité du mécanisme de ces hémorragies du placenta prævia, plusieurs théories ont été proposées pour expliquer ce mécanisme. Nous avons retenus deux théories qui méritent d'être soulignées :

- La théorie de la distension du segment inférieur de Jacquemier : A partir du 6ème mois de la grossesse, l'harmonie existant entre le développement de l'utérus et celui du placenta se trouve rompu du fait de l'ampliation du segment inférieur qui n'est plus suivi par le placenta. Il en résulte un clivage entre paroi utérine et placenta qui ouvre le sinus maternel et déclenche l'hémorragie.
- La théorie du glissement : C'est celle qui est proposée pour expliquer la survenue de l'hémorragie pendant le travail. En effet sous l'influence des contractions utérines et de la dilatation du col, le segment inférieur et le col se dérobent sous le placenta entraînant ainsi un glissement très hémorragique.

Etude clinique :

a. L'hémorragie : Elle peut survenir à tout moment mais surtout lors des contractions utérines de fin de grossesse et du début de travail. Elle constitue le symptôme et le danger. Il s'agit d'une hémorragie récidivante variable. Elle est indolore et inopinée sans horaire particulier, sans cause apparente.

b. Signes généraux : Leur importance est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie dont ils sont la conséquence, et plus encore avec leur répétition. On observe tous les degrés de effets de la spoliation, sanguine, depuis la baisse du taux des hématies sans manifestation clinique jusqu'au collapsus cardiovasculaire.

c. Signes physiques :

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

-Le toucher vaginal très prudemment conduit montre que le col est long, le segment inférieur mal formé. Dans les variétés recouvrantes, le doigt tombe directement sur le placenta et ramène du sang. L'échographie systématique objective l'emplacement du placenta suffisamment tôt dans 95% des cas permettant ainsi de prendre les décisions qui évitent sauf incidence fâcheuse, mort maternelle et fœtale.

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

2.1 Définition : L'HRP est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine. Ce syndrome, aussi nommé décollement prématuré du placenta normalement inséré est une urgence obstétricale typique. Il complique 0.25 à 3.8% des grossesses. Il est à l'origine de 28.7% des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse [2].

2.2 Classification de Sher :

Grade I : Il existe simplement des métrorragies dont l'origine n'est rattachée à l'hématome que rétrospectivement.

Grade II : Il existe des signes cliniques, l'enfant est vivant.

Grade III : L'enfant est mort, on parle de grade

IIIa s'il n'y a pas de trouble de la coagulation et de grade

IIIb s'il y a de trouble de la coagulation.

2.3 Pathogénie de l'hémorragie : Le phénomène initial serait un spasme des artérioles basales provenant des artères spiralées qui irriguent la caduque placentaire. L'interruption des flux sanguins est de courte durée et n'entraîne pas de thrombose intra vasculaire. Lors de la levée du spasme, afflux du sang sous pression rompt les parois vasculaires et crée des lésions tissulaires au niveau de la plaque basale. Celle-ci favorise la libération de thromboplastine, contenue en abondance dans la caduque, libération augmentée par l'hypertonie utérine. Il en résulte une importante fibrillation et une coagulation du sang localisée à la zone utero placentaire : Ainsi se constitue l'hématome rétro placentaire. Puis l'action se poursuivant, se produit alors une consommation excessive du fibrinogène transformé en fibrine et une hémorragie. Très souvent le volume du sang extériorisé ne peut avoir qu'un très lointain rapport avec le volume de sang extravasé dans un volumineux hématome.

2.4 Etude clinique : Le début est brutal, l'HRP survient sans prodromes, parfois sans protéinurie ni même hypertension artérielle préalable. La femme se plaint d'une douleur abdominale d'intensité variable diffusant rapidement à tout l'utérus accompagnée ou associée à une perte de sang noir. Il se produit un effondrement rapide de l'état général. La quantité de sang extériorisée n'est pas toujours en rapport avec l'importance du choc. Ces hémorragies sont absentes dans 10 à 20% des cas.

a) Signes généraux:

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

b) Signes physiques:

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

Au toucher vaginal : le segment inférieur, dur et tendu participe à l'hypertonie utérine. Le doigtier ramène des caillots de sang noirâtres. En général l'examen clinique permet de poser le diagnostic. Les signes échographiques sont tardifs et n'existeraient que dans 25% des cas.

11



Figure: 10 Figure :11

3 - LA RUPTURE UTERINE (RU)

3.1 Définition : Il s'agit d'une solution de continuité complète ou incomplète non chirurgicale de la paroi de l'utérus gravide [24]. Elle est rare, elle survient dans 0,1 à 1,92% des grossesses.

HRP avec hémorragie enclose

HRP avec hémorragie externe



Figure:12

De diagnostic parfois difficile, la RU reste une cause importante de la mortalité maternelle : 20 à 39.04% selon les auteurs. Elle est à l'origine de 26.6% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse [2].

3.2 Pathogénie de l'hémorragie :

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

- Saignement des berges utérines lésées.
- La désinsertion du placenta richement vascularisé.
- Enfin la rupture des vaisseaux utérins qui cheminent latéralement le long de l'utérus. Notons que la rupture sur utérus cicatriciel qui est une simple déhiscence est en général moins hémorragique que la rupture sur utérus sain.

3.3 Etude clinique :

- **Phase de prodrome :** permet de prévoir l'accident. Les signes de la réaction utérine apparaissent les premiers. L'accouchement traîne en longueur, les contractions utérines deviennent rapprochées, subintrantes; l'utérus se relâche mal.
- **Phase d'imminence de la rupture :** La rétraction de l'utérus s'accroît, le segment inférieur s'élonge, s'étire : c'est le signe de BANDL-FROMMEL, traduit par l'ascension de l'anneau de rétraction. Le fœtus succombe, l'utérus prend une forme en sablier.
- **Phase de rupture :** Les signes sont inconstants. La douleur peut disparaître ou persister ; le fœtus se palpe sous la paroi abdominale. Rapidement apparaissent les signes de choc qui vont en s'aggravant. Au toucher vaginal, la femme perd

un peu de sang noirâtre, la présentation a disparu.

4) Diagnostics différentiels :

a- Cervicites et érosions cervicales : Sont à l'origine de 8,4% des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Le diagnostic est facile à l'examen au spéculum.

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

c-Rupture des vaisseaux prævia ou Syndrome de BENKISER : Elle survient lors de la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux et se traduit par une rupture d'un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes et avec une mortalité fœtale souvent élevée .

d-Rupture spontanée de varices utérines : Elle peut être responsable d'un collapsus maternel par hémopéritoine. La grossesse fragilise les malformations vasculaires.

F) LE TRAITEMENT :

I. LE TRAITEMENT PREVENTIF :

Les hémorragies du 3^{ème} trimestre sont plus souvent imprévisibles. En effet de nombreux cas surviennent en dehors de tout contexte évocateur. Le moyen de prévention le plus sûr est la consultation prénatale, qui bien menée permet de déceler certains facteurs de risques tels qu'une HTA, une cicatrice utérine, les malformations utérines, une notion de placenta bas inséré à l'échographie, une grossesse multi fœtale, les antécédents d'hématome rétro placentaire (HRP), de rupture utérine (RU), d'interruption volontaire de la grossesse (IVG), d'endométrite, de traumatisme, de consommation de stupéfiants, d'alcool ou de tabac...

II. LE TRAITEMENT CURATIF :

Il doit être assuré par une équipe comprenant :

Un Obstétricien et son aide, un Anesthésiste-réanimateur et un Pédiatre néonathologue.

1. Les buts :

- Arrêt de l'hémorragie.
- Evacuation du contenu de l'utérus si nécessaire.
- Correction de l'éventuelle complication.

2. Les moyens :

a. Le traitement général : toute hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse quelque soit son importance nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé. De façon général et urgente, le protocole de prise en charge est identique quelque soit l'étiologie de l'hémorragie :

- Mise en place de deux voies veineuses de gros calibre
- Mise en place d'une sonde urinaire
- Oxygénation
- Bilan prénatal: s'il n'a pas été réalisé au cours des CPN (groupe rhésus, NFS entre autre) et le bilan de coagulation (taux de fibrinogène, et de prothrombine, taux de plaquettes...).
- Correction de la volémie (macromolécules, transfusion si nécessaire). Le remplissage vasculaire doit être commencé le plus rapidement possible : les solutés cristalloïdes comme ringer lactate ou le sérum salé à 0.9% sont les traitements de première intention pour une réanimation précoce. Le ringer lactate contient du sodium, du potassium, du calcium en concentration similaire à celui du plasma. La perfusion d'un (1) litre de ringer lactate augmente le volume plasmatique d'environ 200ml parce qu'environ 80% de la solution perfusée passe en milieu extravasculaire.

Si les colloïdes tels que les solutions de gélatine par exemple Haemaccel sont administrées, le volume ne devrait pas excéder 1000 à 1500CC en 24heures, puisque des volumes plus importants peuvent avoir des effets secondaires sur la fonction hémostatique. Si la patiente a été groupée pour le système ABO et qu'on sait qu'elle n'a pas d'anticorps « D », des globules rouges et des dérivés de sang ABO Rhésus compatible peuvent être transfusés si les autres tests additionnels sont négatifs. Si la patiente n'a pas été groupée au préalable, un groupage ABO rhésus doit être réalisé rapidement. Les patientes nécessitant une transfusion massive doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'utilisation d'un dispositif d'accélération de la transfusion (brassard de transfusion) est recommandée lorsqu'on transfuse du sang à un débit supérieur à 50ml/kg/heure ou 100ml/mn. Aucune autre perfusion de solution ou de médicament ne devrait être ajoutée à un dérivé de sang mais peut contenir des additifs comme du calcium.

- Correction des troubles de coagulation : fibrinogène, plasma frais congelé (PFC), plaquettes si leur nombre est inférieur à 50 000/mm³ avec saignement actif.
- Echographie si possible pour confirmer le diagnostic.
- prévention de l'infection par l'usage d'antibiotiques si nécessaire.

b. Le traitement obstétrical : Le traitement obstétrical est fonction de l'étiologie.

b.1 Le placenta prævia : Il y'a 3 modalités thérapeutiques :

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

Un certain nombre de facteur doit être pris en considération avant toute décision:

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

- L'état fœtal. En cas d'hémorragie cataclysmique, une transfusion doit être faite en urgence et une césarienne réalisée dès que la tension artérielle le permet. En cas d'hémorragie importante, avec un placenta recouvrant la césarienne s'impose après une transfusion. Si le placenta est latéral ou marginal, la présentation non céphalique, la césarienne est indiquée. Si la présentation est céphalique, la rupture artificielle des membranes arrête l'hémorragie « une femme qui perd de l'eau ne perd plus de sang » disait-on déjà au XVIIIème siècle, en absence d'anomalie du travail l'accouchement se fait par voie basse ; dans le cas contraire la césarienne s'impose. En cas d'hémorragie moyenne ou minime, on fait le groupage et une échographie obstétricale est demandée. Si le placenta est non recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 S.A, l'attitude thérapeutique est l'expectative. Après la 34^{ème}S.A si les conditions sont favorables, l'accouchement se fait par voie basse, dans le cas contraire la césarienne est indiquée. Si le placenta est recouvrant et l'âge gestationnel inférieur à 32 SA. L'attitude thérapeutique est l'expectative:

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

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

- Immunoglobulines anti-D pour les patientes de rhésus négatif

- Repos strict au lit jusqu'à 3 jours après l'arrêt du saignement. Après la 34^{ème}S.A une césarienne sera réalisée. Si l'on réduit le risque de prématurité on améliore le pronostic de l'enfant, mais l'on accroît le risque d'hémorragie pour la mère ce qui peut être également très dangereux pour le fœtus. L'expectative jusqu'à 37- 38S.A imposera 75% de césarienne en urgence.

b.2 Hématome rétro placentaire : Trois (3) facteurs doivent entrer en ligne de compte :

- L'état cardio-vasculaire de la mère

- La vitalité du fœtus

- La maturité fœtale. Devant un hématome rétro placentaire modéré ou sévère, il n'y a pas de place pour l'expectative il faut au contraire agir vite et efficacement. La césarienne s'impose chaque fois qu'il s'agit de fœtus vivant et viable avec accouchement non imminent. Elle est également indiquée si le fœtus est mort mais avec hémorragie cataclysmique ou choc maternel pour sauver la mère généralement au prix d'une hystérectomie. L'accouchement par voie basse peut être envisagé si l'hématome est modéré. S'il n'y a pas de risque de souffrance fœtale et s'il évolue rapidement après rupture des membranes et perfusion d'ocytocique. La voie basse est également préférable si le fœtus est mort, l'hématome modéré ; le travail sera dirigé avec les ocytociques ou déclenché par les prostaglandines. Devant un hématome discret de diagnostic échographique, l'expectative peut se justifier avec un fœtus immature, si l'état maternel est bon et ne se détériore pas. Le fœtus et la gestante seront surveillés de près.

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

b.3 La Rupture utérine : Le traitement de la rupture utérine est chirurgical : il s'agit de la laparotomie pour hystérorraphie ou hystérectomie et le traitement des lésions associées.

III. LA SURVEILLANCE :

Elle est clinique et échographique et est fonction du diagnostic.

1. La surveillance clinique : Elle comporte : L'établissement d'une fiche de surveillance comportant la tension artérielle, le pouls, la température, la contraction utérine, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal(BCF), les mouvements actifs fœtaux(MAF), les contractions utérines(CU), le saignement et la diurèse. La stabilité de l'hématome, l'existence ou non de lésions associées. En cas d'accouchement les suites de couches doivent être particulièrement surveillées du fait du risque d'anémie maternelle, d'infection d'une part, et du

risque thromboembolique qui justifie en général l'instauration d'un traitement anti coagulant, la kinésithérapie au lit et le lever précoce d'autre part.

2. La Surveillance échographique : L'échographie renseigne sur la vitalité et l'âge gestationnel Dans le cas particulier du placenta prævia (PP), l'échographie renseigne sur la position du placenta par rapport à l'orifice cervical au fil du temps, car maintenant on dispose de données suffisantes expliquant la variation de la localisation placentaire jusqu'à 34-35 S.A. Ces deux surveillances permettent de s'assurer du bien être fœto-maternel et d'évaluer l'efficacité du traitement institué.

IV. EVOLUTION ET COMPLICATION :

L'évolution peut être favorable en cas de traitement précoce et adapté, l'accouchement se passant normalement. Cependant en cas d'absence ou de traitement non convenable, l'évolution se fait rapidement vers des complications qui peuvent être :

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

- **Les troubles de la coagulation :** ils sont dus à une irruption massive dans la circulation de thromboplastines provenant du placenta et de la caduque. Il s'en suit une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) qui entraîne une défibrination. L'hémorragie devient continue et incœrcible, les caillots disparaissent pour laisser place à du sang incoagulable par diminution du nombre de plaquettes et du taux de fibrinogène. Cette complication est redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc qu'elle entraîne.

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

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

G) LE PRONOSTIC :

I. LE PRONOSTIC MATERNEL :

Si la mortalité maternelle a fortement baissée de nos jours grâce aux transfusions et l'extraction par césarienne, la morbidité maternelle reste par contre élevée. L'anémie, la rupture prématurée de membranes, les hémorragies, et les manœuvres obstétricales favorisent les accidents infectieux (endométrites, péritonites, phlegmon du ligament large, septicémie) et thromboemboliques (surtout en cas de césarienne). Il faut noter également les risques liés à la transfusion surtout avec l'avènement du VIH. Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles, avec la tradition arrêt de la procréation et toutes les conséquences que cela peut avoir sur la vie conjugale et sociale des ces patientes.

II. LE PRONOSTIC FŒTAL :

En général il est mauvais. L'extraction par césarienne a considérablement amélioré le pronostic fœtal de nos jours ; mais l'hypovolémie, la prématurité et l'hypotrophie fœtale constituent des facteurs favorisant de la mort in utero et de la mortalité périnatale. Plus l'hémorragie se produit tôt, plus le pronostic est mauvais. Les meilleurs pronostics se situent entre 36 et 39 S.A.

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été menée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Le Centre de santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique. Le fonctionnement du centre santé de référence de la commune V est animé par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.

1-1-Organisation structurale de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

La maternité du CS Réf CV est composée de :

- Une unité de consultation prénatale des grossesses à risque (gynécologues-obstétriciens).
- Une unité de consultation prénatale (sages femmes).
- Une unité de planning familial (PF)
- Une salle d'accouchement contenant cinq(5) tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches
- Une unité d'hospitalisation des post opérées
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération : une salle des urgences, et une salle aseptique pour les interventions programmées
- Une salle de réveil des opérées
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat à l'unité de suites de couches.

La maternité du Centre de santé de Référence de la Commune V a comme personnel :

- Un Chef du service (Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique)
- Cinq gynécologues obstétriciens.

- Des étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique qui passent par groupe pour leur stage pratique
- Vingt cinq faisant fonction d'internes en médecine
- Trente quatre sages-femmes
- Vingt infirmières obstétriciennes
- Un pharmacien
- Cinq techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Deux lingères
- Cinq aides de bloc
- Quinze manœuvres
- Treize agents d'hygiène
- Cinq chauffeurs

1-2- Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont assurées par les gynécologues pour grossesses à risque et les sages-femmes tous les jours ouvrables. L'équipe de garde dispose :

- D'une salle d'accouchement avec quatre lits
- Un bloc opératoire pour les interventions programmées et les urgences obstétricales ;
- Un laboratoire ;
- Un dépôt de sang ;
- Une pharmacie.

Les gynécologues assurent la consultation externe du lundi au vendredi.

Deux ambulances assurent la liaison entre le Centre de santé de Référence de la Commune V et les 12 CSCOM et PMI de Badalabougou, les CHU Gabriel Touré et Point G, le CNTS.

- Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.
- La visite des hospitalisées est assurée tous les jours.

2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V sur la période allant du 1^{er} Janvier 2014 au 30 juin 2015 ; soit une période de (18 mois).

4- Population d'étude :

Il s'agissait de femmes admises au Centre de Santé de Référence de la Commune V avec saignement au cours du dernier trimestre de la grossesse qu'elles soient ou non en travail d'accouchement enregistrées dans le service durant la période d'étude.

5- Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas d'hémorragies au 3^{ème} trimestre de la grossesse admis dans le service pendant notre période d'étude.

La taille de notre échantillon a été de 200 cas sur 14584 accouchements enregistrés dans le service durant la période d'étude.

L'échantillonnage a été fait selon deux critères :

5-1-Critères d'inclusion

Etait incluse toute femme enceinte présentant une hémorragie provenant de la cavité utérine à partir de la 28^{ème}SA admise dans le service pendant la période d'étude.

NB : Age gestationnel déterminé à partir de la date des dernières règles connue, ou une échographie précoce (avant 20 SA).

5-2- Critères de non inclusion:

N'étaient pas incluses dans notre étude :

- Toutes femmes enceintes présentant une hémorragie au 1^{er} ou au 2^{ème} trimestre de la grossesse.

- Toutes femmes présentant une hémorragie du post-partum.
- Toutes femmes présentant une hémorragie au 3^{ème} trimestre de la grossesse ne provenant pas de la cavité utérine.

6- Variables :

L'âge, le sexe, la résidence, la profession, les étiologies, les signes cliniques, les résultats des examens complémentaires, le traitement, l'évolution et les complications ont été les variables étudiées.

7. SUPPORTS DES DONNÉES

Les supports des données ont été: le registre d'accouchement, le registre de compte rendu opératoire et les dossiers obstétricaux. .

8. TECHNIQUE DE COLLECTE :

La technique de collecte était basée sur les données de la fiche d'enquête (ci jointe) remplie à partir de l'interrogatoire complétée, à partir des informations recueillies sur les supports sus cités.

9. TRAITEMENT et ANALYSE DES DONNEES :

Les logiciels Microsoft Word, Excel et SPSS version12, ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

10- Définition des concepts :

- **Primigeste** : première grossesse.
- **Pauci geste** : entre 2 à 3 grossesses.
- **Multi geste** : entre 4 à 5 grossesses.
- **Grande multi geste** : à partir de 6 grossesses et plus.
- **Nullipare** : aucun accouchement.
- **Primipare** : un accouchement
- **Pauci pare** : entre 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : entre 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : 6 accouchements et plus.

- **Mauvais état général** : est défini dans notre contexte par un état de choc avec coma et ou une tension artérielle inférieure ou égale à 80/40 mm/hg, taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl, score de Glasgow variant de 6 à 7.
- **Etat général passable** : tension artérielle entre 90/50 mm/hg et 100/60 mm/hg, taux d'hémoglobine variant de 7g/dl à 10g/dl avec obnubilation, score de Glasgow variant de 9 à 12.
- **Etat général bon** : tension artérielle $\geq 110/70$ mm/hg, taux d'hémoglobine ≥ 11 g/dl, bonne conscience, score de Glasgow variant de 13 à 15.
- **Le coma** se définit comme la suppression de la vigilance et de la conscience.
- **Obnubilation** : est l'état de somnolence entrecoupé de période de conscience avec réduction de l'attention et trouble de la mémoire.
- **Anémie sévère** : taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl ;
- **Anémie modérée** : taux d'hémoglobine entre 7 à 9g/dl ;
- **Evacuation** : référence réalisée dans un contexte d'urgence ;
- **Référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- **Auto Référence** : patiente venue d'elle-même sans être passée par une autre structure sanitaire ni par un agent de santé.
- **Souffrance fœtale aiguë (SFA)**: est définie par les altérations des bruits du cœur fœtal (bradycardie ou tachycardie) isolées ou associées à un liquide amniotique méconial (purée de pois) avec un score d'Apgar inférieur à 8/10 à la première minute de vie extra-utérine.
- **Hypertension artérielle (HTA)** : lorsque la tension systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et /ou diastolique supérieure ou égale à 90mm Hg à deux prises successives séparées par un intervalle de 15 minutes.
- **Rupture prématurée des membranes (RPM)** : ouverture de l'œuf avant tout début du travail.
- **Rupture précoce des membranes** : Ouverture de l'œuf survenant au cours du travail mais avant la dilatation complète.

- **Hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) :** Toute perte sanguine survenant dans les 24heures qui suivent l'accouchement entraînant une instabilité hémodynamique.

IV- RESULTATS

1- Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons recensé 14.584 accouchements dont 200 cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre de la grossesse soit une fréquence de 1,37%.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

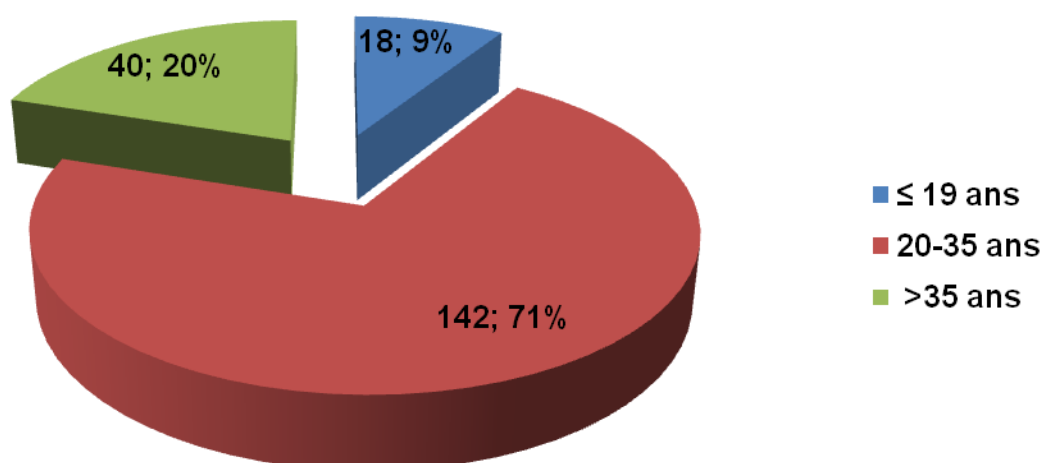


Figure1 : Répartition des parturientes selon l'âge maternel (en année).

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée, soit 71% des cas.

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction de leurs antécédents.

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Absence	166	83
Avortement	23	11,5
Césarienne	7	3,5
PP	3	1,5
Myomectomie	1	0,5
Total	200	100

Les parturientes qui avaient un antécédent d'avortement représentaient 11,5% des cas.

Tableau II : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Multigeste	68	34
Paucigeste	62	31
Grande multigeste	40	20
Primigeste	30	15
Total	200	100

Les parturientes multigestes représentaient 34% des cas.

Tableau III : Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Multipare	64	32
Paucipare	60	30
Grande multipare	33	17
Primipare	24	12
Nullipare	19	9
Total	200	100

Les multipares représentaient 32% des cas.

3 – Aspects cliniques :

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	155	77,5
Evacuation	45	22,5
Total	200	100

Les parturientes évacuées par une autre structure de santé représentaient 22,5% des cas.

Tableau V : Répartition des parturientes selon le mode de transport utilisé.

Mode de transport	Effectif	Pourcentage
Non médicalisé	150	75
Médicalisé	50	25
Total	200	100

Les parturientes qui avaient effectué un transport non médicalisé représentaient 75% des cas.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon leur état général à l'admission.

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	132	66
Passable	45	23
Mauvais	23	11
Total	200	100

Les parturientes qui avaient un mauvais état général à l'admission représentaient 11% des cas.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1-3	110	55
≥4	58	29
0	32	16
Total	200	100

Les parturientes qui avaient un score de CPN ≥ 4 représentaient 29% des cas.

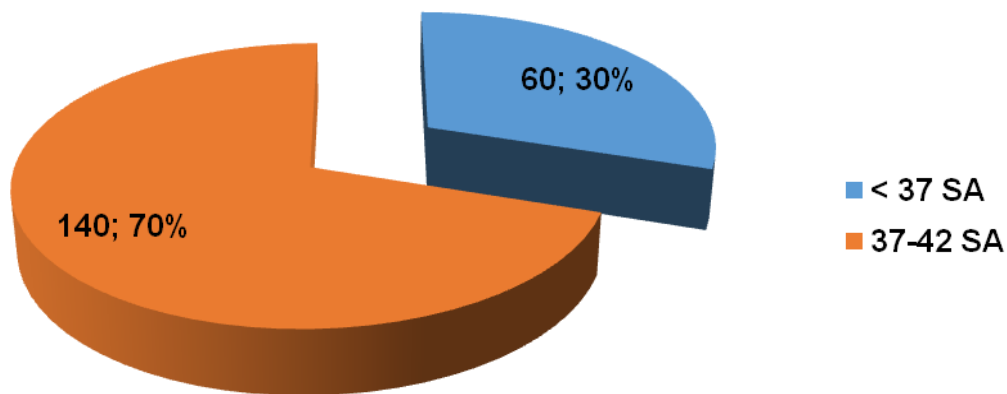


Figure 2 : Répartition des parturientes selon l'âge théorique de la grossesse.

Tableau VIII_ : Répartition des parturientes selon le temps entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre.

Temps mis entre le début de l'hémorragie et l'admission au centre	Effectif	Pourcentage
1-12 heures	120	60
12-24 heures	38	19
<à 1heure	25	12,5
≥à24 heures	17	8,5
Total	200	100

Les parturientes qui avaient mis plus de 24 heures avant leur admission au centre représentaient 8,5 % des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la notion de saignement antérieur.

Saignement antérieur	Effectif	Pourcentage
Non	116	58
Oui	84	42
Total	200	100

Les parturientes qui avaient un épisode de saignement au cours de leur grossesse représentaient 42% des cas.

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction du groupage sanguin effectué avant l'admission.

Groupage	Effectif	Pourcentage
Non fait	130	65
Fait	70	35
Total	200	100

Les parturientes qui n'avaient pas de groupe sanguin à l'admission représentaient 65% des cas.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les examens complémentaires effectués.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Groupe rhésus	90	45
Dosage d'albumine et sucre dans les urines	39	19,5
Echographie obstétricale	27	13,5
Taux d'hémoglobine	25	12,5
Aucun examen complémentaire	19	9,5
Total	200	100

Les parturientes qui n'avaient effectué aucun examen complémentaire représentaient 9,5% des cas.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les éléments de l'examen d'entrée.

Eléments de l'examen d'entrée	Effectif (n=200)	Pourcentage
Métrorragie	200	100
Femmes en travail	174	87
Dilatation incomplète	169	84,5
Douleur	124	62
Utérus cicatriciel	98	49
Epaississement du col	98	49
Pâleur conjonctivale	92	46
Hypertonie utérine	60	30
TA $\leq$ 8/4	23	11,5
Femmes non en travail	41	20,5

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de la perte sanguine à l'admission.

Importance du saignement	Effectif	Pourcentage
Moyen	115	57,5
Minime	68	34
Abondant	17	8,5
Total	200	100

Le saignement était abondant dans 8,5% des cas à l'admission.

Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la présence des BDCF à l'admission.

BDCF	Effectif	Pourcentage
Présent	130	65
Absent	70	35
Total	200	100

Le bruit du cœur fœtal était absent dans 35% des cas à l'admission.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon la concomitance entre HTA gravidique et HRP.

TA \ HRP	Supérieure ou égale 14/9		Inférieure à 14/9	
	E	%	E	%
Présente	46	82,1	112	77,8
Absente	10	17,9	32	22,2
Total	56	100	144	100

P=0,245567

L'HTA était retrouvée dans 82,1% des cas d'hématome rétro placentaire.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la nature d'évacuation à l'hôpital.

Evacuation à l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Non évacuée	191	95,5
Evacuée	9	4,5
Total	200	100

L'évacuation dans les structures de 3^e référence représentait 4,5% des cas.

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'âge et le diagnostic retenu.

Aged de la parturiente Diagnostic retenu	< 19 ans		19-35 ans		> 35 ans	
	E	%	E	%	E	%
HRP	14	48,3	76	58	30	75
PP	12	41,4	39	30	9	22,5
RU	3	10,3	8	6	1	2,5
HRP+PP	0	0	8	6	0	0
Total	29	100	131	100	40	100

$\text{Khi}^2=37.31$ $P=0,000003$

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon la parité et le diagnostic retenu.

Parité \ Diagnostic retenu	Nullipare		Primipare		Paucipare		Multipare + grande multipare	
	E	%	E	%	E	%	E	%
HRP	6	55	15	65	42	54	57	65
PP	5	45	6	26	27	35	22	25
RU	0	0	0	0	5	6	7	8
HRP+PP	0	0	2	9	4	5	2	2
Total	11	100	23	100	78	100	88	100

$\text{Khi}^2=51.60$ $P=0,000004$

4- Etiologie:

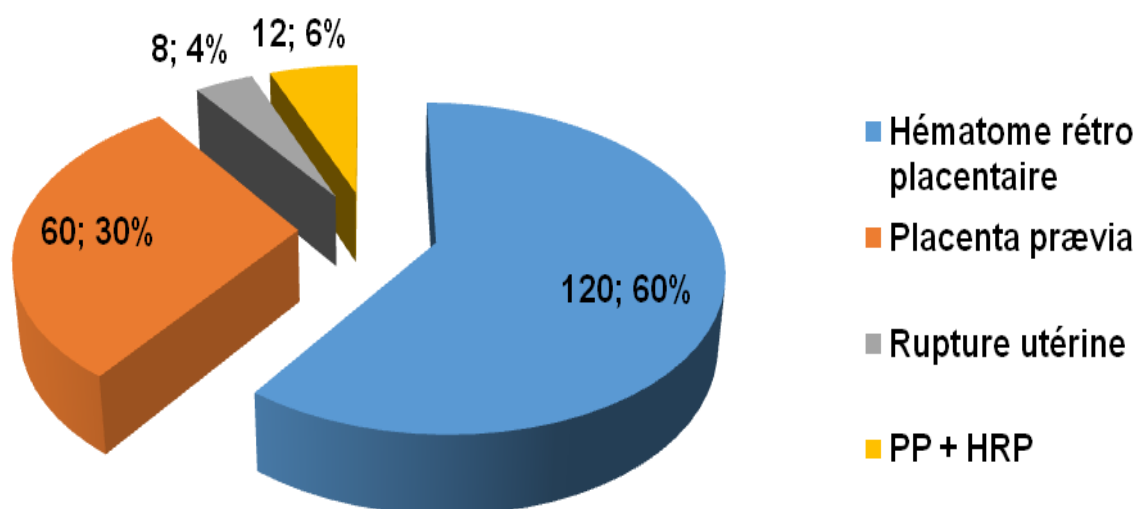


Figure 3 : Répartition des parturientes en fonction de l'étiologie.

5- Attitude thérapeutique :

Tableau XIX : Répartition des parturientes en fonction du traitement reçu avant l'admission au centre.

Attitude thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Non précisé	95	47
Anti spasmodique	62	31
Anti hypertenseur	27	14
Amniotomie	10	5
Voie veineuse	6	3
Total	200	100

Les parturientes avec une voie veineuse à l'admission représentaient 3% soit 6 cas.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon la nature du traitement médical effectué.

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Anti spasmodiques	126	63
Ocytociques	98	49
Antihypertenseurs	43	21
Macro-molécule	30	15
Transfusion sanguine	25	13
Total	200	100

Les parturientes transfusées représentaient 13% des cas.

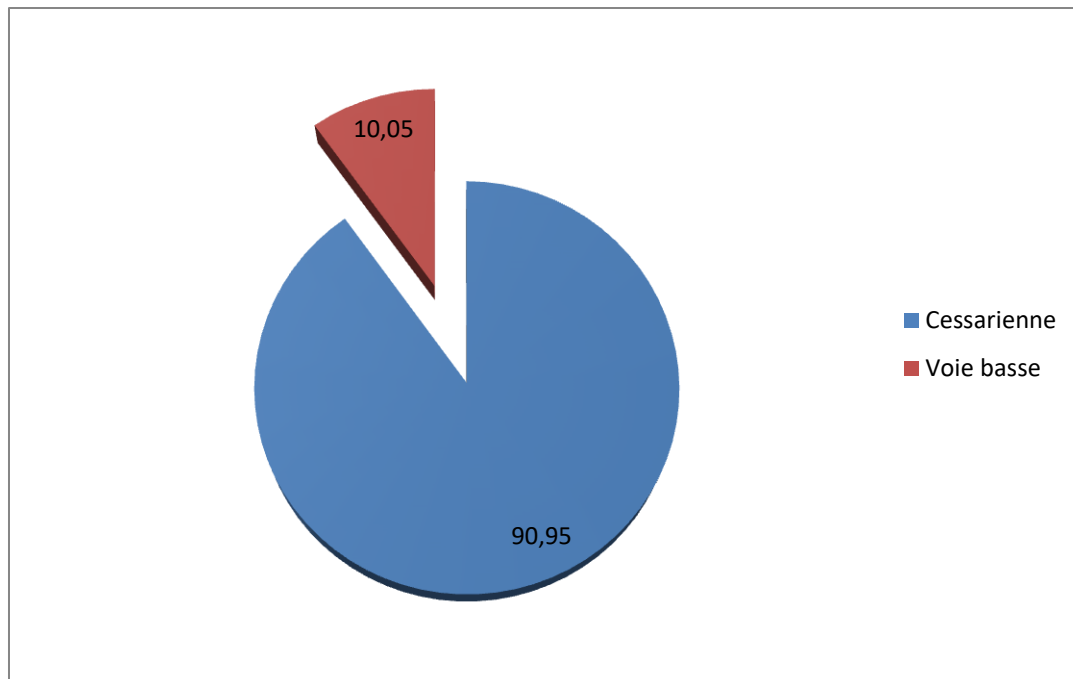


FIGURE 4:Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon le diagnostic retenu et la voie d'accouchement.

Diagnostic	Voie basse (n=10)	Césarienne (n=190)
Hématome rétro placentaire	68,1	80,5
Placenta prævia	20,4	12,6
PP+HRP	11,5	6,9
Total	100	100

$\text{Khi}^2 = 10.77$ $P < 0,013$

Hématome rétro placentaire représentait 80,5% des cas de césarienne.

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon la durée de l'hospitalisation.

Durée de l'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-4 jours	123	61,5
≥ 4 jours	69	34,5
Non précisé	8	4
Total	200	100

La durée d'hospitalisation était supérieure ou égale à 4 jours dans 34,5% des cas.

6- Pronostic materno-fœtal:

6-1-Pronostic maternel :

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la nature des complications.

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	3	27,3
Coagulopathie	2	18,2
Anémie décompensée	2	18,2
Endométrite	2	18,2
Décès	2	18,2
Total	11	100

La suppuration pariétale était la principale complication soit 27,3 % des cas

Décès : Rupture utérine (1 cas) et coagulopathie sur placenta prævia (1 cas).

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le pronostic obstétrical.

Pronostic obstétrical	Effectif	Pourcentage
Bon	199	99,5
Mauvais	1	0,5
Total	200	100

Le pronostic obstétrical était mauvais dans 0,5% des cas.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le pronostic obstétrical et le diagnostic retenu.

Pronostic Obstétrical Diagnostic retenu	Mauvais		Bon	
	E	%	E	%
HRP	0	0	120	60
PP	0	0	60	30
RU	1	100	11	6
HRP+PP	0	0	8	4
Total	1	100	199	100

$\text{Khi}^2=67.24$ $P=0,000003$

6-2- Pronostic Fœtal :**Tableau XXVI:** Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR.

APGAR (n=200)	1^{ère} Minute		5^{ème} Minute		10^{ème} Minute	
	E	%	E	%	E	%
≥7	17	19	45	71	37	79
0	13	14	10	16	7	15
1-6	60	67	8	13	3	6
Total	90	100	63	100	47	100

Les mort-nés frais (APGAR=0/10 à la 1^{ère} mn) représentaient 14% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon la notion de référence au service de pédiatrie du CSREF CV.

Référence à la pédiatrie du CSREF CV	Effectif	Pourcentage
Oui	135	68
Non	65	32
Total	200	100

Les nouveau-nés référés à la pédiatrie du CSREF CV représentaient 68% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon le pronostic foetal.

Pronostic foetal	Effectif	Pourcentage
Vivant	170	85
Mort	30	15
Total	200	100

Le pronostic foetal était mauvais dans 15 % des cas.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon Apgar à la 1^{ère} minute et le diagnostic retenu.

Apgar à la 1^{ère} minute Diagnostic retenu	0		1-6		>6	
	E	%	E	%	E	%
HRP	66	78	36	63	18	31
PP	6	7	18	32	36	62
RU	12	14	0	0	0	0
HRP + PP	1	1	3	5	4	7
Total	85	100	57	100	58	100

$\text{Khi}^2=4.04$ $P=0,401$

Tableau XXX : Répartition de l'APGAR en fonction de la voie d'accouchement.

Apgar Voie d'accouchement	0		1-6		>6	
	E	%	E	%	E	%
Césarienne	36	97	65	92	89	97
Voie basse	1	3	6	8	3	3
Total	37	100	71	100	92	100

Les nouveau-nés accouchés par voie basse avec un apgar 0 à la 1^{ère} minute représentaient 3% des cas.

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A- FREQUENCE:

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V du District de Bamako 14584 accouchements dont 200 cas compliqués d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 1,37%.

Cette fréquence est respectivement supérieure à celle de LAHMAR RIMA [25] qui était de 0,88% et celle d'ADNAOUI FETHI [26] en Tunisie qui était 0,85%.

Cette fréquence est inférieure à celle de SANOGO.S [2] qui était de 6,33%.

Elle pourrait s'expliquer par le fait que le CSREF CV reçoit en grande partie les populations de la Commune V alors que l'étude de SANOGO.S a été réalisée dans un HOPITAL qui reçoit les évacuations de tous les CSREF et d'autres structures de sante de la région.

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

B- Caractéristiques sociodémographiques :

1- L'âge :

La tranche d'âge la plus touchée était de 20 - 35 ans avec 142 cas soit 71%. Cette tranche d'âge correspond à la période optimale de fécondité.

Notre résultat est comparable respectivement à celui de SANOGO.S [2], dont la tranche d'âge la plus représentée était de 20-35ans avec 73,4%, et de MABOUNGA.R.A qui a trouvé dans sa série sur le Placenta prævia que la tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans avec 67.6 % des cas.

FOOTE [27] trouve que l'anomalie est deux fois plus fréquente après 29 ans.

L'hématome rétro placentaire est plus fréquent après 30 ans et chez les très jeunes primipares selon UZAN.M [28].

2-Antécédents obstétricaux:

Les cicatrices utérines consécutives à une césarienne ou une myomectomie, les antécédents de fausse couche ont été cités par plusieurs auteurs comme facteurs favorisant d'HRP, du PP, et de la RU [15,29, 25, 39, 30].

L'utérus cicatriciel a été retrouvé chez 3,5% de nos parturientes.

La cicatrice utérine laissée par la césarienne s'opposerait à la migration du placenta vers le fond utérin.

SANOGO.S [2], LAHMAR R [25] et FANE. M [29] ont rapporté un taux d'utérus cicatriciel dans respectivement 10,6%; 14,28% et 16,2% des cas. Notre résultat est proche de celui de DIOP BABA [31] qui était de 3,8% des cas.

3-Gestité: Les multigestes représentaient 34% des cas de notre échantillon.

La multigestité a été citée comme facteur de risque de l'HRP, du PP et de la R U par plusieurs auteurs. COULIBALY.F [15] trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un H R P que les paucigestes. L'étude de Coulibaly F a été réalisée à l'hôpital du Point G qui est une des structures recevant spécifiquement les cas évacués de tout le District de Bamako et même d'ailleurs, alors que le CSREF reçoit en grande partie les populations de la Commune V.

4-Parité : Les paucipares et les multipares représentaient 62% de notre échantillon. SANOGO.S [2] et LAHMAR R [25] ont rapporté un taux de paucipares et multipares dans respectivement 52% et 42,31% des cas.

BOOG.G [32] trouve que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

C- Les aspects cliniques :

1- Mode d'admission: La prise en charge des patientes victimes d'hémorragie du 3ème trimestre pose souvent des problèmes en périphérie. La fréquence des évacuations était assez élevée dans notre série 45 cas soit 22.5%. SANOGO.S [2] rapportait un taux de 73,4% des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de SONOGO.S a été réalisée en milieu hospitalier qui reçoit les évacuations de tous les CSREF et d'autres structures de santé de la région.

2- L'état -général:

L'état général était altéré chez 11% de nos parturientes.

Ce résultat Pourrait s'expliquer d'une part, par l'importance de la déperdition sanguine et d'autre part, par des évacuations tardives, et toute situation aggravant le pronostic vital.

3- Consultations prénatales:

Aucune consultation prénatale chez 9,5% de nos parturientes.

5- Age gestationnel :

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

Les parturientes qui avaient saigné entre 37 et 42 SA représentaient 70% des cas ; ceci s'explique par le fait que la plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines à la fin de la grossesse.

Dans la série de COULIBALY.F [15] : 3,45% des cas ont saigné au deuxième trimestre, il n'y a pas d'homogénéité dans la survenue des hémorragies suivant l'âge gestationnel.

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

Le temps mis entre la décision de référence ou évacuation et leur arrivé au CSREF était jugé très long, il était compris entre une heure et douze heure dans 60% et supérieur ou égale à 24heure dans 8,5% des cas.

Ce retard aggrave l' hémorragie et compromet gravement le pronostic materno-fœtal.

La sévérité du pronostic materno-fœtal des hémorragies pourrait s'expliquer aussi par le retard dans la décision de recourir aux soins à celas' ajoute la longue distance parcourue pour se rendre au CSREF.

7- Antécédent de saignement antérieur:

Les parturientes qui avaient déjà présenté un épisode de saignement soit au 1er, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de leur grossesse représentaient 42% des cas; ce taux est supérieur à celui de SEPOU.A [33] qui était de 20,5%.

Ces premiers épisodes de saignement posent souvent de nombreux problèmes obstétricaux parfois difficiles à résoudre.

Le pronostic périnatal dépend :

- De la précocité des 1ères hémorragies.
- Des récurrences hémorragiques.
- De la quantité de sang perdu.

De la prise en charge précoce et efficace de la mère et du nouveau né.

8- Signes physiques:

L'examen a permis dans la majorité des cas de poser cliniquement le diagnostic. La métrorragie, considérée comme principal signe clinique était extériorisée chez 100% de nos patientes.

Ce résultat est pratiquement la même chose que celui obtenu par PIERRE CLAVER [34] qui était 100% des cas aussi. Il est supérieur à celui obtenu par COULIBALY F. [15] qui était 91,9% des cas.

9- Abondance du saignement:

L'abondance du saignement était appréciée lors des examens cliniques mais non quantifiée.

Le saignement a été très abondant avec obnubilation et TA instable dans 8,5% des cas.

Selon BARBOTX.J [35], il y a risque de mort in utero lorsque le volume de l'hémorragie dépasse 1,5 litre.

Souvent le volume de sang extériorisé ne reflète pas le volume de sang extravasé.

10- Bruit du cœur fœtal à l'admission:

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

Dans notre série les BDCF n'ont pas été audibles dans 70 cas soit 35% des cas. Cependant, leur absence ne saurait être assimilée à la mort du fœtus, car l'audition du BDCF dépend de plusieurs autres facteurs par exemple obésité, surdistension utérine.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y. F [15] qui était de 73.56%.

D - FACTEURS ETIOLOGIQUES:

1-L'hématome Retro placentaire : (HRP) Dans notre étude, il occupe la première cause des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse avec 60% des cas. Ce taux est nettement supérieur à ceux de Sepou A [33] et LAHMAR R [25] qui étaient respectivement de 20,3% et 34,8% .Ces différences relativement importantes peuvent s'expliquer par l'existence d'une prévention précoce de cette pathologie à savoir la recherche et la prise en charge de ses principaux facteurs de risque au cours des CPN.

2- Le placenta prævia :Il constitue avec l'HRP l'une des causes les plus fréquentes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse. Avec 60 cas soit 30%, il occupe la deuxième cause des hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse dans notre série. Note fréquence est inférieure à celle de Sanogo SD [2], Diakité R [1] et IZRAR NADA [13] qui incriminent le P.P dans respectivement 42,6% ;57,3% et 34,5% des cas. Barbot X.J [35] a trouvé 24% par contre 3,7% chez Lansac J [16]. Les plus faibles fréquences sont observées en France avec 0,4 à 0,5%;et sur le continent Américain avec 0,33 à 0,99% [30].

3- La rupture utérine : Occupe la 3ème place dans notre série avec 8 cas, soit 4%. Cette fréquence est nettement supérieure à la fréquence moyenne de 0,7 à 3,5% de Boog G [32]. Cette fréquence s'explique par le fait que la rupture

utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans notre pays où la couverture sanitaire est insuffisante.

4-Placenta prævia associé à l'hématome retroplacentaire:

Cette association étiologique a été confirmée par plusieurs auteurs [18, 32, 36, 34, 2,].

Dans notre étude, il a été trouvé 12 cas sur 200, soit 6%. Cette fréquence est supérieure à celles obtenues par BAGAYOKO.S [18] et de PIERRE CLAVER [34], qui étaient respectivement 4,84 % et 3,9% des cas.

5-Hypertension gravidique et HRP :

Dans notre étude, H R P est associé à une affection hypertensive dans 82 .1% des cas.

Cette fréquence est proche à celle de PIERRE CLAVER [34] qui était 84,5 % des cas et supérieure à celle de COULIBAL Y. F [15] qui était 26 % des cas.

E - ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

1- Mode d'accouchement : L'accouchement est un moment crucial dans la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} trimestre. Face à cette urgence obstétricale, l'attitude de notre service a été de pratiquer la césarienne pour sauvetage maternel et /ou fœtal. La césarienne a été pratiquée dans 95% des cas.

La césarienne a été la principale indication thérapeutique face aux étiologies de ces hémorragies.

BOOG.G [32] indique dans le traitement du placenta prævia, 25-96,5% de césarienne.

COULIBAL Y.F [15] estime qu'en cas d'HRP, le risque de césarienne est d'environ 4 fois plus élevé.

2-Traitement médical :

Il était basé essentiellement sur la réanimation (oxygénothérapie, soluté (Ringer), transfusion sanguine) et le traitement symptomatique (antalgiques, antihypertenseurs, ocytociques). 13 % de nos parturientes ont été transfusées; le nombre d'unité de sang (poche de sang de 500ml) variait de 2 à 7.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par COULIBAL Y.F [15] (52,87%). Cette différence pourrait s'expliquer qu'à l'hôpital du Point G, les parturientes étaient reçues dans un tableau très compliqué car la plupart des cas étaient des évacuées des CSREF.

F-PRONOSTIC MATERNO-FOETAL:

1. Pronostic maternel:

Le pronostic maternel étant lié à la fois à la cause, à la sévérité et à la durée de l'hémorragie ;

Ce pronostic est d'autant meilleur lorsque le diagnostic a été précoce, la prise en charge rapide et efficacité du traitement.

-La mortalité:

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

L'ignorance, l'analphabétisme, le faible taux de couverture sanitaire et la pauvreté en sont les principaux facteurs favorisants et aggravants [37].

Face à la forte mortalité maternelle, les hautes autorités du Mali ont pris certaines dispositions telles que le développement du système de référence-évacuation, la décentralisation des centres de banque de sang dans certaines régions, la disponibilité des kits césarienne dans les CSREF et leur gratuité, le renforcement des centres de santé.

Il a été enregistré deux (2) cas de décès maternel, soit 18,2 % : la rupture utérine et coagulopathie sur placenta prævia étaient les causes du décès des deux parturientes.

- La morbidité :

Dans notre étude 11 de nos patientes ont développé des complications, elles sont dominées par l'endométrite (27,3%), la suppuration pariétale (18,2%), l'anémie décompensée (18,2%). Il ya 34,5% de nos parturientes ont eu une durée de séjour au CSREF supérieure ou égal à 4 jours.

2- Pronostic fœtal:

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

- La mortalité: Selon N'DIAYE.M [9], l' HRP et PP constituent des facteurs de risque de la mort fœtale in utero.

Quant à la RU, elle est responsable de 45-90 % de mort fœtale [38]. Dans notre étude, on a eu 8 cas de décès fœtaux par suite de rupture utérine.

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

L HRP et PP constituent des causes d'hémorragies périnatales du nouveau-né et sont responsables d'anémie par spoliation sanguine [39].

VI -CONCLUSION

L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est un problème majeur de santé publique dans le monde. Elle constitue avec les hémorragies du post-partum immédiat la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

VII RECOMMANDATIONS

Pour réduire la fréquence des accidents hémorragiques et améliorer le pronostic materno-fœtal, nous formulons les recommandations suivantes:

Aux gestantes :

- Consulter très tôt un centre de santé dès la constatation d'une aménorrhée ;
- Se présenter dans un centre de santé pour le suivi de la Grossesse à travers les consultations prénatales.
- Se rendre immédiatement en consultation en cas d'hémorragie sur grossesse quelle que soit son importance.
- Eviter les accouchements à domicile.
- Accoucher dans les centres obstétrico-chirurgicaux en cas d'antécédents d'intervention chirurgicale sur l'utérus.
- Eviter les avortements provoqués.
- Supplémentation en fer + acide folique

A la population générale :

- Prendre conscience que la grossesse n'est pas seulement « l'affaire » de la seule parturiente. La grossesse doit attirer l'attention particulière du ménage et de la communauté.
- Conseiller les parturientes à fréquenter précocement les structures de santé.
- Participer au don volontaire de sang organisé par la Banque de Sang.

Aux prestataires :

- Effectuer des C P N de qualité (Accueil correct, examen gynéco obstétrical, réalisation du bilan prénatal), en donnant le bilan biologique prénatal et l'échographie à fin de déceler certains facteurs de risque d' hémorragie.
- utiliser le partogramme pour la surveillance des accouchements.
- Référer ou évacuer à temps les gestantes ou parturientes ayant des facteurs de risque (multiparité, HTA, diabète, cicatrice utérine, grossesse multiple) vers les centres de santé de référence et dans 'les conditions de transfert optimales (voie veineuse, fiche d'évacuation).
- Organiser les audits internes dans les services (décès maternel et périnatal).

Aux autorités administratives et politiques :

- Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire ;
- Assurer la formation continue du personnel de santé à tous les niveaux;
- Rendre plus fonctionnels les centres de santé de référence en les dotant d'équipements médico-chirurgicaux et de médicaments indispensables à la prise en charge des malades.
- Elaborer une politique de communication et son plan de diffusion afin de modifier les comportements des populations en faveur de la prévention et la lutte contre la mortalité.

VIII- REFERENCES :

1. **Diakité R.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 82 cas. Thèse de médecine; Bamako, 2002-2003 : p. N.71.
2. **Sanogo S.D.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti à propos de 94 cas. Thèse médecine; Bamako, 2010-2011 : p 12-M-108.
3. **Policard A.** Précis d'histologie physiologique. 4^{ème} Edition ; 1985
4. **OMS.** "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle nouvelles méthodologies OMSIUNICEF". OMS, Genève 1998.
5. **OMS / FNUAP / UNICEF.** Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS / FNUAP / UNICEF BANQUE MONDIALE, 1999,45.
6. **WHO.** Coverage of maternal care: a listing of available information, fourth edition. OMS, Genève, 1994.
7. **Enquête démographique et de sante du Mali, III, IV et V.** Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgences au Mali EDSM IV (enquête démographique de sante au Mali) octobre 2003 ; Numero10.1999.
8. **Wee L, Barron J, Toye R.** Management of severe post partum haemorrhage by uterine artery embolization.Br J anaesth 2004.
9. **N'diaye M.** La mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'Hamdallaye : Les aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge. Thèse médecine ; Bamako, 2000 : P. N 126.
10. **Ayoubi M, Pons C.** Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse: Revue du praticien, 2000, 10, 1145-1148.
11. **Derek L.** Fundamentals of obstetrics & gynecology London, 1969.Faber and Faberlimited (1) 174-180.

- 12. Diarra M.A.** Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse à l'hôpital Nianakoro Fomba de Segou. Thèse de médecine; Bamako, 2009:10M108.pdf.
- 13. Izrar N.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à la maternité universitaire SOUISSI de Rabat, thèse de méd. M-220-2016.pdf.
- 14. Guindo S.A.** Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune V. Thèse médecine; Bamako, 2009-2010 :10M259.pdf.
- 15. Coulibaly F.** Hématome rétro placentaire: Facteurs de risque, pronostic materno-foetal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse méd. Bamako 2001.
- 16. SAGO :** Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens
Recommandations pour la pratique clinique (RPC) 2008.
Source : Pratique de l'accouchement J. LANSAC et Coll.
- 17. Luton D, Sibony O.** Gynécologie obstétrique collection internat (préparation au concours). 1997.7èd, 56P.
- 18. Bagayoko S.** Contribution à l'étude du placenta prævia à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 26 cas. Thèse méd. Bamako 2002.n°17.
- 19. Kamima P.** Anatomie clinique, 2ème édition Tome 3 : Thorax et abdomen, Maloine, Paris, 2007.
- 20. Carolyn C, Lobue S.** Hémorragie du 3è trimestre de la grossesse : surveillance, complication, traitement (Traduction Française et adaptation de la 1ère édition américaine de «Manuel of obstetric » 91- 263- 272.
- 21. Charasson T, Fourie A.** Les hémorragies du 3è trimestre de la grossesse ; les urgences en Gynéco-obstét. Revue. Fr. de Gynéco-obstét 1994 ; vol 89, N° 11, 560- 569.
- 22. Dreyfus M.** Métorrhagie du 3è trimestre (Métorrhage a during the final three months pregnancy).

- 23. Milliez J.** Hémorragie du 3e trimestre de la grossesse : orientation Diagnostique. Rev du Praticien Fr 1991 ; Vol : 41 ; N° 9, 835- 838.
- 24. Fako P.J.** Les ruptures utérines au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE : Les facteurs qui influencent le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques à propos de 30 cas. Thèse méd. Bamako 2002.
- 25. Lahmar R.** Hémorragie du troisième trimestre .Thèse de doctorat en médecine, CHU FES 2009.
- 26. Adnaoui F.** Hémorragies du troisième trimestre .Thèse de doctorat en médecine, Monastir (Tunisie) 2007.
- 27. Foote R, Fraser O.** Placenta prævia - Amer. J. OBSTET.GYNEC; JUILLET. 1960, 80; 10-16.
- 28. Uzan M, Haddad B, Uzan S.** Hématome rétro placentaire. Encycl. Med-Chir (Elsevier, Paris) obstétrique, 5071-A-JO, 1995,8p.
- 29. Fane M.** Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune II . Thèse de médecine; Bamako, 2008-2009 :09-M-399.pdf.
- 30. Maboungar A.** Placenta prævia hémorragique : aspect épidémio-clinique au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 334 cas. Thèse méd. BAMAKO 2003.
- 31. Diop B.D.** Les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse et du travail d'accouchement au C.H.UA le DANTEC ;Thèse de médecine;2005 ; THM 45369pdf.
- 32. Boog G.** Placenta prævia. Encycl. Med-Chir (Elsevier, PARIS), obstétrique, 5-069-A-10, 1996, 21P.
- 33. Sepou A, Nguembi E, Coll T.** Les Hémorragies du 3eme trimestre de la Grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Méd. AF. Noire; SEN ; 2002 ; 49 ; (4) ; 185 189.

- 34. Karembery P.C.** Les hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse médecine; Bamako, 2006-2007 :08M186.pdf.
- 35. BarbotxJ, Bardiaux M, Crimail P, Deuil J, Dubuisson J, Santarelli J.** Santé -Médecine -biologie humaine. Gynécologie - Obstétrique, Tome 1 et 2, systématique 11(1986-1987).
- 36. Cacaoul T, Lalande J, Marie J.L.** L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. Paris; Maloine ; 1982 ; 120 P, 26 cm.
- 37. Mortalité Maternelle.** Les sages-femmes se mobilisent/confédération internationale des sages-femmes LONDON:CISF, 1990 - 66p - 7617.
- 38. Koné M et Diarra S.** Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl. Med-Chir (Paris France). Obstétrique, 5-080-A-1 0-1995, 7p.
- 39. Diakité A.Z.** Prévalence et facteurs de risque de l'anémie du nouveau-né dans l'unité de réanimation pédiatrique du C HU GABRIEL TOURE. Thèse méd. BAMAKO 2000-M-75.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONE

Prénom : NOUFOU

Titre : Les hémorragies du 3eme trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie et obstétrique au Centre de Sante de Référence de la Commune V du district de Bamako.

-Année universitaire : 2016-2017

-Ville de soutenance : BAMAKO

-Pays d'origine : MALI

-Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH

-Secteur d'intérêt : Hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse.

Résumé

Les hémorragies du 3eme trimestre de la grossesse constituent de nos jours un événement redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno- fœtal. Pour apprécier ce pronostic materno- fœtal, nous avons effectué une étude rétrospective dans le service de gynécologie et obstétrique au Centre de Sante de Référence de la Commune V du district de Bamako sur une période de dix huit(18) mois allant du 1^{er} janvier 2014 au 30juin 2015. Nous avons recense 200 cas d'hémorragie du 3emetrimestre de la grossesse sur un total de 14584 accouchements soit une fréquence de 1,37%.

L'hématome retro-placentaire représente la première cause de ces hémorragies avec 60%, suivi du placenta prævia avec 30% des cas, la rupture utérine avec 4% des cas et l' HRP+PP avec 6% des cas.

Le pronostic maternel est dominé par un taux de mortalité de 18,2%. Quant au pronostic fœtal et néonatal, il est dominé par la mortalité qui est de 20% ; une prise en charge rapide par une équipe multidisciplinaire composée d'obstétriciens, de réanimateurs et de pédiatres permettraient d'améliorer le pronostic materno-fœtal au cours de ces hémorragies du 3emetrimestre de la grossesse.

Mots clés : Grossesse, hémorragie ; 3eme trimestre ; étiologies ; prise en charge et pronostics.

IX- ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dossier N° : Date :.....

I- IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom :.....Prénom :.....

Age :.....Profession:.....

Statut Matrimonial : Marié Célibataire Veuve Autres

Poids..... Taille :.....

Nom et Profession du Mari :.....

II-MOTIF DE LA CONSULTATION

:.....

Date d'entrée :.....

Référée : Oui / / Non / /

Si oui par qui : Centre de Santé (à préciser).....

Personnalité :.....

Distance parcourue (Km) :.....

Moyen de transports : taxi Ambulance Véhicule Autres

Transport médicalisé : Oui / / Non / /

III - LES ANTECEDENTS :

MEDICAUX

HTA : Oui / / Non / / Diabète : Oui / / Non / /

Néphropathie : Oui / / Non / /

Autres (à préciser).....

CHIRURGICAUX

Césarienne : Oui / / Non / /

Si oui 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} Itérative

Hysterorraphie Curetage Myomectomie

AMIU Hernie Appendicectomie Occlusion

GYNECOLOGIQUES :

Menarche.....Caractère du Cycle : Régulier / / Irrégulier /
/

Durée des règles :..... Dysménorrhée Leucorrhée Prurit

Myomectomie Hystérectomie Chirurgie Tubaire

Obstétricaux

Gestité Parité Gémellité : Oui / / Non / /

Nombre de Césarienne

Accouchement instrumenté : Oui / / Non / /

Si oui : Forceps / / Ventouse / /

Autres

PP : Oui / / Non / / HRP : Oui Non

RU : Oui / / Non / /

Avortement : Précoce / / Tardif / /

VI – Grossesse Actuelle :

Age de la grossesse (SA)..... Nombre de CPN

Evènements survenus au cours de la grossesse

HTA : Oui / / Non / / Œdème : Oui / / Non / /

Diabète : Oui / / Non / / Protéinurie : Oui / / Non / /

Saignements antérieurs : Oui / / Non / /

Si Oui, préciser : 1^{er} trimestre / / 2^{ème} trimestre / /

3^{ème} trimestre / / 1^{er} et 2^{ème} trimestre / / 1^{er} et 3^{ème} trimestre / /

2^{ème} et 3^{ème} trimestre / /.

Saignement Spontané / / Saignement au contact / /

Présence de douleur : Oui / / Non / /. MAP MA tardif

Evènement ayant nécessité une hospitalisation : Oui Non S i oui,

Motif :.....

VII- EXAMEN DE LA PATIENTE A L'ADMISSION

Etat général : Bon / / Mauvais / / TA..... Choc

Conjonctives : Colorées / / pâles / /

Etat du Col.....

Dilatation du Col..... Phase de latence / / Phase active / / Phase d'expulsion / /

Etat du bassin : Normal / / Limite / / Rétréci / /

Présentation : Céphalique / / Transversale / / Siège / /

BDCF : Présents / / Absents / / Si Présents : Bradycardie / / Normal / / Tachycardie / /

VIII- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A l'arrivé : Groupe Rhésus : Oui / / Non / /

Taux d'Hb / Hte : Oui / / Non / /

Groupe Rhésus demandé : Oui / / Non / /

Hb /Hte demandé : Oui / / Non / /

Echographie Obstétricale : Oui / / Non / /

Si oui, Terme de la grossesse (SA).....

Si Echographie demandé pendant la grossesse : Placenta bien inséré :

Oui / / Non / /

Décollement : Oui / / Non / /

Autres :.....

IX- MODE D'ACCOUCHEMENT :

VB Césarienne / / Forceps / / Ventouse / /

Si VB : Durée de travail.....

Si Césarienne : Indication :.....

Si Forceps : Indication :.....

Si Ventouse : Indication :.....

X- Diagnostic Retenu :

PP : Marginal Latéral Central Recouvrant Non Recouvrant

HRP : Oui / / Non / /. Surface de décollement :

1/3 du placenta

½ du placenta

Total du placenta

Poids du Caillots en (g).....

RU : Oui / / Non / /Autre (à préciser).....

Délai de prise de décision :

1er délai : du CSCOM au CSREF :.....

2ème délai : de l'arrivée a la prise de décision :.....

Délai total : 1er et 2ème délai :

XI- ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

- Repos au lit : Oui / / Non/ /

- Rupture de la PDE : Oui / / Non/ /

- Césarienne : Oui / / Non / /

- Hystérectomie d'hémostase : Oui / / Non/ /

- Autres (à préciser).....

XII- PRONOSTIC FOETAL :

Enfant vivant : Oui / / Non / / Réanimé / / Non Réanimé / /

Apgar : 1^{ère} minute.....5^{ème} minute.....10^{ème} minute.....

Poids :..... Taille..... Evacuer à la pédiatrie (J).....

Etat de l'enfant à la sortie de la pédiatrie :.....

Enfant mort in utero : Oui / / Non/ /Frais / / Macéré / / Autres

(à préciser).....

XIII- PRONOSTIC MATERNEL :

Vivant / / Décédé/ /. Si décédé, précisé :

A l'admission / / Pendant le travail / / Immédiatement / /

Hospitalisation : Oui/ / Non/ /

Si Oui, durée de l'hospitalisation :.....

Complication survenue au cours de l'hospitalisation :

Choc hypovolémique Infection : précisée.....

Phlébite / / Embolie pulmonaire / / CIVD / /

Décès Pendant l'hospitalisation : Oui / / Non / /

Circonstance de décès :.....

Etat satisfaisant : Oui / / Non / /

Pronostic maternel :.....

Autres (à préciser) :.....