

UNIVERSITE MOHAMMED V- RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE – RABAT

ANNEE: 2016

THESE : N°220

**HEMORRAGIE DU 3ÈME TRIMESTRE DE LA
GROSSESSE A LA MATERNITE**

UNIVERSITAIRE SOUSSI DE RABAT

À PROPOS DE 110 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle IZRAR NADA

Née le 25 Février 1991 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Hémorragie, Placenta Prævia, Hématome rétroplacentaire, rupture utérine.

JURY

Mr. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. A. BAIDADA

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. B. RHRAB

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

**PRESIDENT ET
RAPPORTEUR**

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen	: Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes	Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général	: Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALD Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Ophthalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophthalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophthalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajac
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie

Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHABOUZE Samira
 Pr. KHARMAZ Mohamed

Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie

Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAQUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa

Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie *(mise en disponibilité)*
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie

Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GANA Rachid
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*

Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Neuro chirurgie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation

Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MOUTAJ Redouane *
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *

Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Parasitologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique



Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie



Pr. EL KORAICHI Alac	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUT Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophthalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015



Dédicaces



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

Remerciements



A NOTRE MAITRE PRESIDENT DU JURY ET RAPPORTEUR.

MADAME AICHA KHARBACH

PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE.

CHU IBN SINA- RABAT

L'honneur que vous nous accordez en présidant ce travail, n'a d'égal que notre
profonde gratitude et reconnaissance.

Vous m'avez confié ce travail sans aucune réserve, je souhaite être digne de cet
honneur.

Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil et je vous remercie pour
toutes les heures que vous avez consacrées à la relecture de cette thèse malgré
vos obligations professionnelles.

Veillez accepter ici, chère maître, expression de ma gratitude et de ma
profonde reconnaissance.

**À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE,
MONSIEUR BAIDADA ABDELAZIZ
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE.
CHU IBN SINA- RABAT**

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger
dans notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression
de notre sincère estime et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR BRAHIM RHRAB
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE.
CHU IBN SINA- RABAT

Veillez accepter, monsieur, nos plus sincères remerciements pour la spontanéité et l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.
Soyez assuré, monsieur, de toute notre estime et de notre profond respect

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME AMINA LAKHDAR
PROFESSEUR DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE.
CHU IBN SINA- RABAT

Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre accueil.
Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger
parmi notre jury de thèse.

Puisse ce travail être pour nous, l'occasion de vous exprimer notre profond
respect et notre gratitude la plus sincère.

A MR LE DOCTEUR KASOUATI JALAL
LABORATOIRE DE BIOSTATISTIQUE ET RECHERCHE CLINIQUE
ET EPIDEMIOLOGIQUE
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE-RABAT

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre aide précieuse dans la réalisation des études statistiques de ce travail.

Veillez trouvez ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Liste des figures :

Figure 1 : Mortalité maternelle par pays

Figure 2 : Causes de la mortalité maternelle

Figure 3: Organes génitaux internes de la femme (coupe frontale)

Figure 4 : L'insertion vélamenteuse du cordon ombilical

Figure 5 : Pièce anatomo-pathologique de l'insertion vélamenteuse du cordon

Figure I : Répartition des cas d'hémorragies du troisième trimestre selon l'âge.

Figure II : Répartition des patientes selon l'origine géographique

Figure III: Répartition des patientes selon le niveau socio-économique

Figure IV : Répartition des patientes selon la parité

Figure V : Répartition des patientes selon le suivi de grossesse

Figure VI : Répartition des patientes selon le terme de survenue des hémorragies

Figure VII : Répartition des patientes selon l'abondance de leurs hémorragies

Figure VIII : Répartition des patientes selon l'état hémodynamique à l'admission

Figure IX : Répartition des anémies selon la profondeur

Figure X : CAT devant suspicion d'HRP

Figure XI : CAT devant un placenta prævia

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau 2 : Répartition des complications au cours des grossesses compliquées d'hémorragie du troisième trimestre

Tableau 3 : Répartition des patientes selon leurs modes d'admission

Tableau 4 : Répartition des patientes transférées selon le lieu de la première consultation

Tableau 5: Répartition des patientes référées de Khémisset selon leurs délais d'arrivée

Tableau 6: Répartition des patientes référées de Temara selon leurs délais d'arrivée

Tableau 7: Répartition des patientes référées de la MA Ain Aouda selon leurs délais d'arrivée

Tableau 8: Répartition des patientes référées du CHP Kenitra selon leurs délais d'arrivée

Tableau 9 : Signes associés à l'hémorragie

Tableau 10 : Répartition des patientes selon le BDF à l'admission

Tableau 11 : Répartition des patientes selon la progression du travail

Tableau 12 : Répartition des patientes selon le type de présentation

Tableau 13 : Résultats de l'échographie obstétricale

Tableau 14 : Fréquence des étiologies des hémorragies du troisième trimestre

Tableau 15 : Fréquence des étiologies selon l'âge

Tableau 16 : Fréquence des étiologies selon la parité

Tableau 17 : Fréquence des étiologies selon le terme de survenue de l'hémorragie

Tableau 18 : fréquence des étiologies selon l'abondance de l'hémorragie

Tableau 19 : Fréquence des étiologies selon l'état hémodynamique

Tableau 20 : Répartition des étiologies selon la vitalité fœtale

Tableau 21 : Classification des placentas prævia

Tableau 22 : Classification des HRP

Tableau 23 : Voie d'accouchement selon les étiologies

Tableau 24 : Répartition des cas d'accouchement par voie haute selon l'indication

Tableau 25 : Complications survenues en post partum

Tableau 28 : Répartition des nouveaux né selon le terme de l'accouchement

Tableau 29 : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Tableau 30 : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Tableau 31 : Mortalité fœtale selon les étiologies

Tableau 32 : Mortalité fœtale selon l'âge gestationnel

Tableau 33 : Mortalité fœtale selon le poids de naissance

Tableau 34 : Mortalité fœtale selon le mode d'admission

Tableau 35 : Fréquence des hémorragies du troisième trimestre

Tableau 36 : Age des patientes selon les séries

Tableau 37 : Age moyen selon les étiologies dans les différentes séries

Tableau 38 : Parité des patientes dans les hémorragies du troisième trimestre dans les différentes séries

Tableau 39 : Antécédents gynéco-obstétricaux dans les hémorragies du troisième trimestre

Tableau 40 : Fréquence des hémorragies survenant avant terme selon les séries

Tableau 41 : Fréquence des étiologies des hémorragies du troisième trimestre selon les séries.

Tableau 42: Voie d'accouchement selon les séries

Tableau 43 : Mortalité maternelle selon les séries

Tableau 44 : Mortalité fœtale dans les hémorragies du troisième trimestre selon les séries

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
AVP	: Accident de la voie publique
BCF	: Bruits du cœur fœtal
CIVD	: Coagulation intra vasculaire disséminée
CU	: Contraction utérine
GEU	: Grossesse extra utérine
Hb	: Hémoglobine
HDD	: Hémorragie de la délivrance
HRP	: Hématome rétroplacentaire
HTA	: Hypertension artérielle
HTAG	: Hypertension artérielle gravidique
IMF	: Infection materno-fœtale
MAP	: Menace d'accouchement prématuré
MA	: Maison d'accouchement
MFIU	: Mort fœtale in utéro
PP	: Placenta prævia
PPTR	: Placenta prævia totalement recouvrant
RCF	: Rythme cardiaque fœtal
RU	: Rupture utérine
RPM	: Rupture prématurée des membranes
SA	: Semaine d'aménorrhée
VB	: Voie basse
VH	: Voie haute

Sommaire

INTRODUCTION	1
I-HISTORIQUE	5
II- RAPPELS ANATOMIQUE:	7
1- Utérus :	8
2- Le Placenta :	10
III-RAPPEL DE LA PHYSIOLOGIE GRAVIDIQUE	14
1-Modifications cardiovasculaires et hémodynamiques chez la mère	14
2- Modifications de la volémie	15
3- Modifications gravidiques de l'hémostase	15
IV-ETIOLOGIES	17
OBJECTIFS	26
MATERIELS	28
ET METHODES	28
1-CADRE D'ETUDE :	29
3-PERIODE D'ETUDE :	29
4-ECHANTILLONNAGE :	29
5-ANALYSE :	30
RESULTATS	36
I-FREQUENCE :	37
II- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :	37
1-L'âge maternel :	37
2-Origine géographique	38
3-L'état civil	38
4- Le niveau socio-économique	38

5-Le niveau d'instruction et profession : _____	39
6-La parité _____	39
7-Les antécédents _____	40
7-1-Les antécédents médicaux : _____	40
7-2- Les antécédents chirurgicaux : _____	40
7-3- Les antécédents gynéco-obstétricaux : _____	41
7-4- Antécédents toxiques : _____	41
III- GROSSESSE ACTUELLE _____	41
1-Suivi prénatal _____	41
2-Le nombre de fœtus : _____	42
3-Le déroulement de la grossesse actuelle : _____	42
IV-ADMISSION _____	43
1-Mode d'admission : _____	43
1-1- Répartition des patientes transférées selon le lieu de la première consultation : _____	44
1-2- Les caractéristiques des patientes transférées selon le lieu de la première consultation : _____	44
V- ETUDE CLINIQUE : _____	48
1-Terme de survenue de l'hémorragie : _____	48
2- Mode de survenue de l'hémorragie : _____	48
3- Abondance de l'hémorragie : _____	49
4-Etat hémodynamique à l'admission : _____	50
5- Signes associés à l'hémorragie : _____	50
6- Vitalité fœtale : _____	51
7- Progression du travail : _____	51
8- Type de présentation : _____	52
VI- EXAMENS COMPLEMENTAIRES _____	52

1-Echographie obstétricale :	52
2-RCF :	53
3-Bilan biologique :	53
3-1 -Le groupage :	53
3-2- Numération formule sanguine :	53
3-3 –Bilan d’hémostase :	54
3-4 – Bilan rénal :	54
3-5 –Bilan hépatique :	54
3-6-Autres bilans :	54
VII- ETIOLOGIES :	55
1- Fréquence des étiologies :	55
2-Répartition des étiologies selon l’âge	56
3-Répartition des étiologies selon la parité	57
4- Répartition des étiologies selon le terme de survenue de l’hémorragie	57
5-Répartition des étiologies selon l’abondance de l’hémorragie	58
6- Répartition des étiologies selon l’état hémodynamique à l’admission	58
7-Répartition des étiologies selon la vitalité fœtale	59
8- Classification :	59
8-1- Placenta prævia :	59
8-2-Hématome rétro placentaire :	60
VIII- TRAITEMENT	61
1-Traitement médical :	61
1-1-mesures de réanimation :	61
1-2- Prélèvements :	62
1-3- Transfusion	62
2-Traitement obstétrical	62
2-1-Voie d’accouchement :	62
2-2- Temps de l’accouchement :	62
2-3-Accouchement par voie basse :	62

2-4-Accouchement par voie haute :	63
3-Traitement conservateur	65
IX- POST PARTUM :	66
X- PRONOSTIC MATERNEL :	67
1-La mortalité	67
2-la morbidité	68
XI- PRONOSTIC FOETAL :	69
1- Caractéristiques fœtales :	69
1-1- Le terme de l'accouchement :	69
1-2- Le poids néonatal :	69
1-3- Le score d'Apgar chez les nouveau-nés vivants :	70
1-4- Détresse respiratoire :	70
1-5- Malformations congénitale :	70
2-Mortalité fœtale :	70
2-1- Mortalité fœtale selon les étiologies	71
2-2- Mortalité fœtale selon l'âge gestationnel	71
2-3- Mortalité fœtale selon le poids de naissance	72
2-4- Mortalité fœtale selon le mode d'admission	72
3-Prise en charge du nouveau né	73
3-2- Réanimation néonatale en salle d'accouchement :	73
3-3- Transfert en service de néonatalogie :	73
DISCUSSION	74
I-FREQUENCE GLOBALE :	75
II-PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :	76
1-L'âge maternel :	76
2-La parité :	78
3-Antécédents gynéco-obstétricaux :	79
4-Antécédents toxiques :	81

5-Niveau socioéconomique :	82
III-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	82
1-Suivi de la grossesse :	82
2-Les grossesses gémellaires :	83
3-Complications de la grossesse :	84
IV- ADMISSION :	84
V- ETUDE CLINIQUE :	85
1-Terme de l'hémorragie :	85
2-Signes associés à l'hémorragie :	85
3-Présentation :	86
VI-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :	87
1-Bilan biologique :	87
2-Echographie obstétricale :	88
3-Imagerie par résonance magnétique :	89
4-échographie doppler :	89
VII-ETIOLOGIES :	90
VIII-TRAITEMENT ET CONDUITE A TENIR :	91
1-Traitement médical :	92
1-1 Mise en condition :	92
1-2-Correction de l'hypovolémie :	93
1-3-Correction des troubles de la coagulation :	94
1-4-Compensation globulaire :	95
2-Traitement obstétrical :	95
2-1-Traitement étiologique :	96
2-2-Voie d'accouchement :	100
2-3-la voie basse :	100
2-4-la voie haute :	101

3-Traitement conservateur	101
3-1-Tocolyse :	102
3-2-Corticoïdes :	103
3-3-Prévention de l'allo-immunisation anti D :	103
IX-PRONOSTIC MATERNEL :	104
1-Mortalité maternelle :	104
2-Morbidité maternelle :	105
2-1-Etat de choc :	106
2-2-trouble de la crase sanguine :	106
2-3-L'hystérectomie :	106
2-4- Hémorragie de la délivrance :	107
2-5- Anémie maternelle :	108
2-6-Insuffisance rénale fonctionnelle :	108
2-7-L'Infection :	108
2-8-Complication thrombo-embolique :	109
2-9-Autres complications :	109
X-PRONOSTIC FŒTAL :	109
1-Caractéristique fœtales :	109
1-1-Terme de l'accouchement :	109
1-2-poids de naissance :	110
1-3-Détresse respiratoire :	110
1-4-Souffrance néonatale :	111
1-5-Malformation congénitales :	111
2-Mortalité fœtale :	112
CONCLUSION	114
RECOMMANDATIONS	117
RESUMES	120
BIBLIOGRAPHIE	124

INTRODUCTION



A l'aube du 3^e millénaire, le drame de la mortalité maternelle demeure toujours le même, un fléau qui frappe durement les pays en développement et particulièrement l'Afrique où les conditions socio-économiques, environnementales et sanitaires précaires exposent la femme aux complications redoutables de la grossesse et de l'accouchement.

Environ 500 000 femmes meurent chaque année dans le monde selon les statistiques de l'OMS pendant leur grossesse ou leur accouchement ou dans le post-partum immédiat, laissant au moins derrière elles 1 000 000 d'orphelins, 99% de ces décès surviennent dans des pays en développement.

Le Maroc a déjà accompli des progrès importants en matière de réduction des décès de mères et d'enfants. Le taux de mortalité maternelle du pays a chuté de 67% entre 1990 et 2010 et le taux de mortalité des moins de cinq ans de 60% entre 1990 et 2011. (1)

Mortalité maternelle par pays (2005)

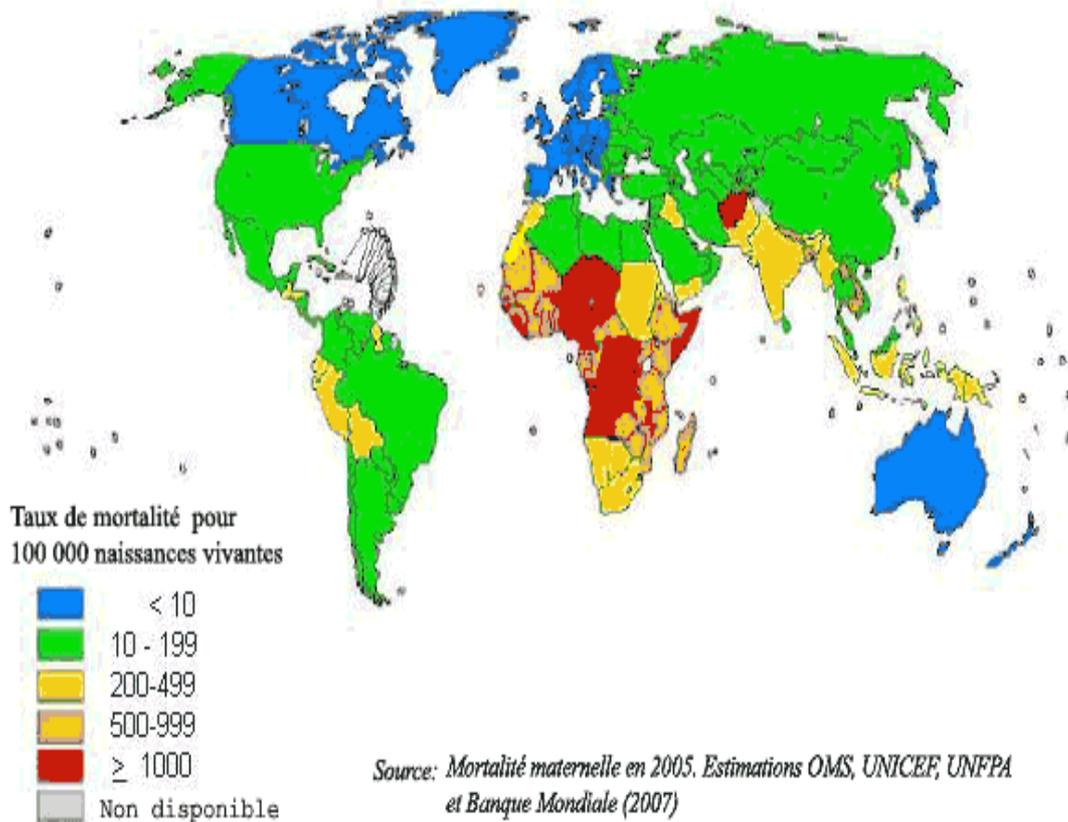


Figure 1 : Mortalité maternelle par pays (1)

Plusieurs études faites sur la mortalité maternelle relèvent que les hémorragies obstétricales constituent l'une des premières causes de décès maternel, parmi elles celle du 3^{ème} trimestre de grossesse qui constitue une préoccupation quotidienne en pratique courante.

L'hémorragie du troisième trimestre correspond à un saignement extériorisé par voie vaginale au cours du troisième trimestre de la grossesse à partir de 28SA et constitue une urgence obstétricale avec risque de morbidité et de mortalité maternelle et foetale.

L'évaluation de l'importance de saignement, son retentissement maternel et foetal doit constituer la première urgence. La détermination de la cause d'hémorragie et sa prise en charge doivent suivre assez rapidement.

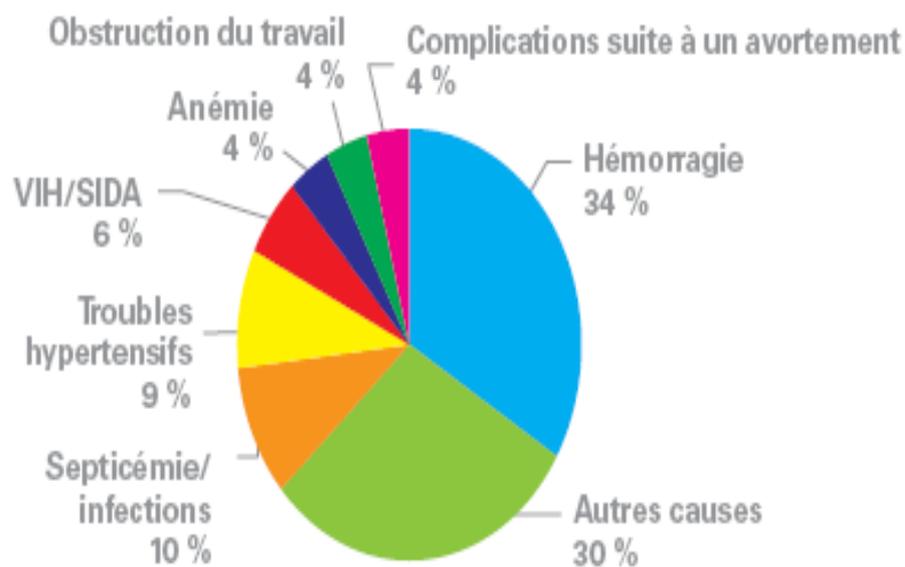


Figure 2 : Causes de la mortalité maternelle (1)

I-HISTORIQUE (2 - 3 - 4 - 5)

Redoutables pour la mère et l'enfant, les hémorragies de la fin de la grossesse ont, de tout temps, obsédé les esprits des médecins.

-En 1751 la distinction entre les hémorragies « accidentelles » du décollement prématuré du placenta normalement inséré et celles « inévitables » liées à la présence du placenta au voisinage ou sur le col de l'utérus est attribuée à **André Levret**.

-En 1801 que **JeanFrédéric LOBSTEIN** fit le premier le rapprochement entre l'insertion vélamenteuse du cordon et le risque d'hémorragie fœtale aboutissant au décès rapide de celui-ci, par lésions de ces vaisseaux, lors de la rupture des membranes.

Mais c'est seulement en 1831, que l'allemand **Robertus BENCKISER**, dans sa dissertation inaugurale à l'université d'Heidelberg, présenta le premier cas clinique de décès d'un nouveau-né par hémorragie, suite à la rupture de vaisseaux prœvia. C'est à la suite de cette présentation que son nom fut rattaché à ce syndrome dans la littérature européenne.

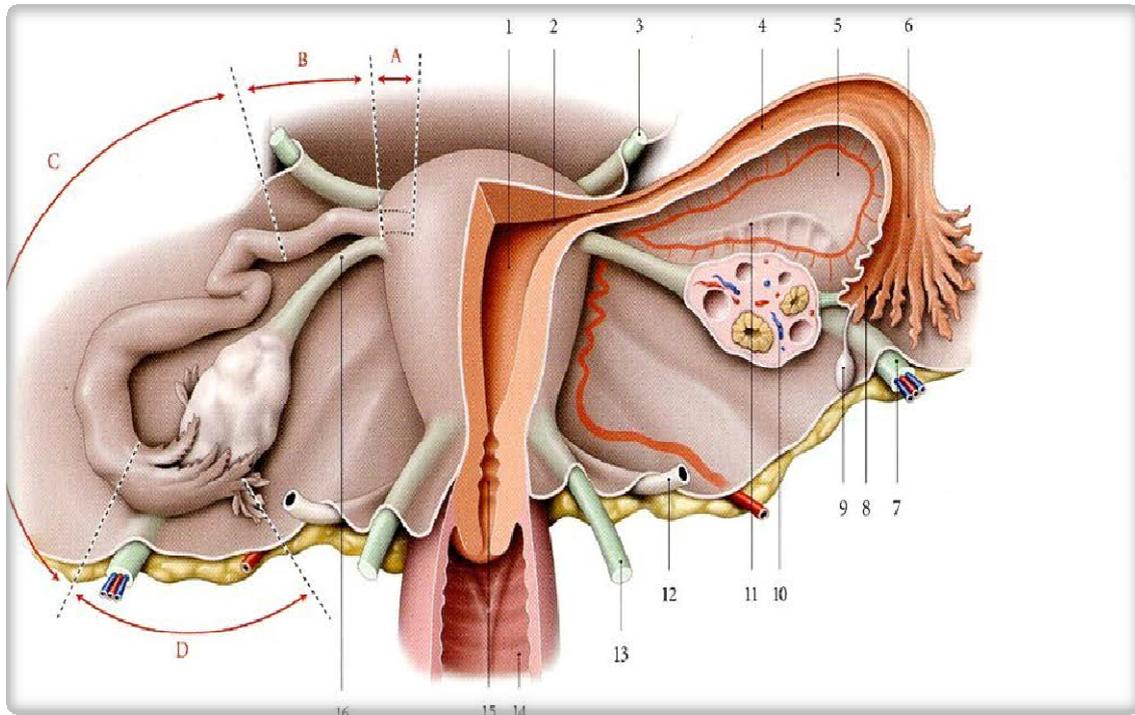
- En 1832, Le terme d'hématome rétro placentaire (HRP) a été décrit pour la première fois par **J.L.Baudelocque** il a décrit pour la première fois la cupule rétroplacentaire, définition de la lésion anatomique de l'hématome rétroplacentaire.

En 1911, **Couvelaire** décrit l'apoplexie utéro-placentaire, forme grave de L'hématome rétroplacentaire avec diffusion des lésions à la totalité de la sphère génitale, introduisant une conduite thérapeutique chirurgicale mutilante quasi exclusive de l'hématome rétroplacentaire.

Ce n'est qu'en **1937, De Snoo, Kwoer, Salomon** puis **Snoek** et **Weymmeersh** proposent de ne traiter que médicalement. La césarienne étant réservée aux cas les plus graves. Puis le traitement s'est nuancé, associant réanimation médical et traitement obstétrical. Les indications d'extraction par césarienne se sont élargies parallèlement aux possibilités de réanimation néonatale et de surveillance de la grossesse

A partir de la deuxième moitié du vingtième siècle, grâce à la généralisation de l'utilisation de l'échographie en obstétrique, et à la codification des conduites à tenir, le pronostic des hémorragies du troisième trimestre s'est nettement amélioré.

II- RAPPELS ANATOMIQUE: (6-7)



<p>A. Partie utérine de la trompe B. Isthme de la trompe C. Ampoule de la trompe D. Infundibulum de la trompe</p>	<p>1. Cavité utérine 2. Ostium utérin de la trompe 3. Ligament rond de l'utérus 4. Cavité tubaire 5. Mésosalpinx 6. Ostium abdominal Ligament suspenseur de l'ovaire 7. Frange ovarique 8. Appendice</p>	<p>9. vesiculeux 10. Ovaire 11. Mésovarium 12. Uretère 13. Ligament utéro-sacral 14. Vagin 15. Canal cervical 16. Ligament propre de l'ovaire</p>
--	---	--

Figure 3: Organes génitaux internes de la femme (coupe frontale) (6)

1- Utérus :

L'utérus est un muscle destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. L'utérus gravide comprend anatomiquement : Le corps, le col, entre lesquels se développe dans les derniers mois de la grossesse le segment inférieur. L'utérus non gravide pèse environ 50g, à terme son poids varie entre 90 - 1200g. Sa capacité non gravide est de 2 à 3 ml, à terme elle est de 4 à 5litres.

+ **Le corps utérin**: Il subit les modifications les plus importantes au cours de la grossesse. La couche musculaire très développée à ce niveau est constituée de tissu conjonctif et pour moitié de tissu musculaire. Le péritoine appelé séreuse adhère intimement à l'ensemble du corps utérin. L'utérus non gravide a une hauteur de 6-8cm et une largeur de 4-5cm, à la fin du 6ème mois de la grossesse sa hauteur est de 24cm et sa largeur de 16cm, à terme l'utérus a une hauteur de 32cm et une largeur de 22cm. A terme l'épaisseur des parois est de 8-10cm au niveau du fond et de 5-7cm au niveau du corps.

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

+ **Le segment inférieur** : C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide, Il se développe au dépend de l'isthme utérin et n'acquiert son plein développement

que dans les trois derniers mois de la grossesse. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- La forme : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col est situé sur sa convexité, mais assez en arrière de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que se porte l'incision de la césarienne segmentaire.

- Dimensions et limites : le segment inférieur mesure 10cm de hauteur, 9-12cm de largeur et 3-5cm d'épaisseur. Ces dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, sa limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi, qui augmente assez brusquement en devenant corporéale.

- Structure : le segment inférieur est constitué de fibres conjonctives, et élastiques en rapport avec son extensibilité. La muqueuse se transforme en caduque mais en mauvaise caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

- Caractère : son caractère essentiel est la minceur deux (2) à quatre (4) millimètres, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation. Au cours du travail le segment inférieur facilite l'accommodation foeto-utéro-pelvienne. La minceur du segment inférieur qui traduit l'excellence de sa formation est la marque de l'eutocie.

- Physiopathologie : L'importance du segment inférieur est considérable au triple point de vue clinique, physiologique et pathologique.

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

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

Sur le plan pathologique : Il régit deux des plus importantes complications de l'obstétrique : c'est lui qui est concerné dans la grande majorité des ruptures utérines, lorsque le placenta s'insère sur lui il est considéré comme praevia.

2- Le Placenta :

Le placenta signifie en latin gâteau, organe curieux par sa structure et important par sa fonction. Considéré d'abord comme un simple filtre assurant la nutrition de l'embryon puis du fœtus, apparaît maintenant comme un organe complémentaire du fœtus réalisant « l'unité Foeto-placentaire ».

D'une extrême complexité et possédant de multiples fonctions, il est l'organe d'échange entre la mère et le fœtus, assurant sa nutrition. Mais il a également une activité métabolique et endocrine qui assure l'équilibre hormonal de la grossesse. Enfin il protège le fœtus contre les agressions bactériennes et toxiques, régit le passage de certaines substances médicamenteuses

C'est un organe foetal né en même temps que l'embryon. Le placenta humain qui prend naissance en tant qu'organe distinct entre le 3ème et le 4ème mois de la grossesse acquiert sa structure définitive dès le début du 5ème mois. Le trophoblaste qui va constituer le placenta apparaît dès le 5ème jour. C'est la couche la plus superficielle du blastocyte,

+ Structure du placenta : Examiné après la délivrance, le placenta a une masse charnue, discoïdale elliptique. Il mesure 16-20cm de diamètre, son épaisseur est de 2-3cm au centre, 4-6mm sur les bords. Son poids au moment de la délivrance est en moyenne de 500-600grammes 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 1 bord:

- La face fœtale: encore appelée plaque chorale est lisse et luisante, elle est tapissée par l'amnios, que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels de gros calibre. Sur cette face s'insère le cordon ombilical tantôt à la périphérie, tantôt plus ou moins près du bord. La plaque chorale émet en direction de la chambre inter villositaire une arborisation villositaire organisée en système de 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. Les villosités libres ou de nutrition sont les plus nombreuses. Les capillaires villositaires comportent un revêtement syncytial et sont en rapport avec les vaisseaux du cordon ombilical du fœtus.

- La face maternelle : encore appelée la lame basale est charnue, tomateuse. Elle est formée de cotylédons, polygonaux séparés par des sillons plus ou moins profonds séparés par des septa. Elle est formée histologiquement en partant de la chambre inter villositaire vers la caduque basale d'une couche trophoblastique ou couche de 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 villoseuse. Quant aux veines, leurs orifices seraient répartis sur toute l'étendue de la lame basale. Entre les deux plaques se trouve la chambre intervilloseuse. A la périphérie du placenta la plaque basale adhère étroitement à la plaque chorale.

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

+ **La circulation placentaire** : La circulation placentaire est double : maternelle et fœtale

La circulation utéro-placentaire s'établit aux 14ème -15ème jours de la fécondation par extravasation du sang maternel dans la chambre inter villoseuse.

- 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:

. 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.

.L'extrême lenteur de circulation du sang maternel, qui est favorable aux échanges

. La grande richesse de la circulation qui peut atteindre une superficie de 7-12m² lorsqu'elle parvient à son plein développement. C'est précisément l'intensité de cette circulation qui fait du placenta une véritable « éponge gorgée de sang»

+ **Les membranes de l'œuf** : Elles sont au nombre de trois, 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 :

* 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, en gaine le cordon et rejoint à l'ombilic la peau du fœtus,

* 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 vaisseau ni de capillaires propres.

* La caduque : Au cours de la grossesse, la muqueuse utérine est dite caduque ou déciduale et comporte 3 parties : La caduque basale ou interutéro-placentaire ou serotine 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 accolées, mais seule la première passe en pont au dessus de l'orifice cervical avec le chorion et l'amnios ; membrane jaune, tomateuse, opaque, la caduque est peu résistante.

III-RAPPEL DE LA PHYSIOLOGIE GRAVIDIQUE (8)

1-Modifications cardiovasculaires et hémodynamiques chez la mère

La fréquence cardiaque maternelle augmente de 10 à 20 % en moyenne et oscille entre 80 à 90 battements par minute.

La plupart des travaux montre une diminution physiologique de la pression artérielle systolique et une baisse plus importante de la pression diastolique

Ces variations sont liées à plusieurs facteurs :

-diminution des résistances vasculaires permettant l'augmentation du débit cardiaque en relation avec l'augmentation de la volémie ;

-création d'une circulation à basse résistance dans l'utérus gravide à partir du milieu de la gestation.

Le débit cardiaque maternel augmente durant les 10 premières semaines de 1,5 L/min, soit une augmentation d'environ 25 % pour atteindre 45 à 50 % en fin de gestation.

Cette augmentation du débit cardiaque résulte de l'accélération cardiaque, de l'accroissement de la fraction d'éjection du ventricule gauche et de la diminution des résistances vasculaires périphériques, conjugués à l'augmentation de la volémie.

La chute du débit cardiaque observée chez les parturientes en décubitus dorsal à partir de la 28^e semaine d'aménorrhée (SA) est due à une compression de la veine cave inférieure. En fin de grossesse, la position de la femme influence le débit cardiaque. Chez toutes les femmes en décubitus dorsal, la veine cave et l'aorte sont comprimées, mais généralement une circulation collatérale qui passe par les veines paravertébrales et périurales puis par le système azygos permet d'éviter le choc postural.

La pression veineuse centrale n'est pas modifiée par la grossesse, d'où une absence de variation des pressions de remplissage du ventricule droit. La pression veineuse centrale n'est cependant pas un reflet de la précharge du ventricule gauche.

2- Modifications de la volémie

L'inflation de la volémie débute au premier trimestre, entre la 6^e et la 12^e semaine. Elle se majore rapidement pendant le deuxième trimestre puis lentement au cours du troisième pour culminer à 32 SA avec une élévation totale de 1 250 mL, soit 40 à 50 % de plus par rapport à la volémie antérieure à la grossesse. Cette augmentation contribue pour l'essentiel à l'accroissement du débit cardiaque.

Le retour à des valeurs antérieures se fait 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Cette augmentation de la volémie permet à l'organisme maternel de tolérer des pertes considérées comme physiologiques jusqu'à 500mL lors d'un accouchement par voie basse, 1 000 mL pour une césarienne.

Au moment de l'accouchement, les contractions permettent une autotransfusion d'environ 300 à 500 mL de sang

Le volume globulaire augmente moins que le volume plasmatique, ce qui explique la relative anémie de la grossesse, anémie qui est souvent majorée par une authentique carence martiale.

3- Modifications gravidiques de l'hémostase

L'organisme maternel se prépare à l'hémorragie physiologique de l'accouchement et tend vers une hypercoagulabilité.

Au cours de la grossesse, tous les facteurs de la coagulation sont augmentés, sauf les facteurs XI et XIII.

Le taux de fibrinogène s'élève par augmentation de la synthèse à partir du deuxième trimestre pour atteindre à terme environ 4 à 6 g/L. Le taux se normalise 4 semaines après l'accouchement.

Les taux de facteur VIII et de facteur von Willebrand s'accroissent par augmentation de la production endothéliale ou placentaire.

Les inhibiteurs comme l'antithrombine III sont stables ou chutent faiblement. La protéine C augmente d'environ 30 % à partir du deuxième trimestre.

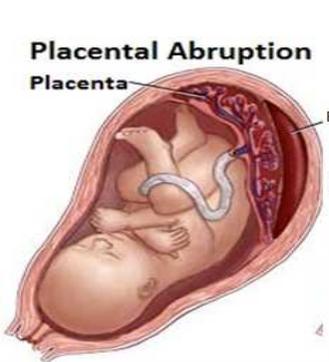
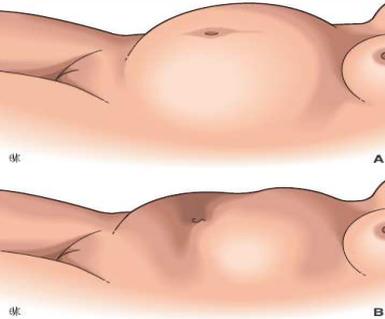
La protéine S diminue et atteint son niveau le plus bas à partir du deuxième trimestre. Tous ces facteurs se normalisent quelques jours à 1 semaine après l'accouchement.

Pour les plaquettes, certains mentionnent une légère thrombocytopénie, dont la fréquence est évaluée aux environs de 8 %. Cette thrombopénie se corrige le plus souvent après l'accouchement. Les fonctions plaquettaires ne sont pas modifiées.

L'activation tissulaire du plasminogène augmente, son inhibiteur spécifique augmente et un inhibiteur synthétisé par le placenta, le PAI2 (*plasminogen activator inhibitor 2*), apparaît.

Ce déséquilibre « physiologique » aboutit à une élévation progressive de marqueurs d'activation de la coagulation comme les Ddimères dont les valeurs moyennes, appréciées par technique Elisa (*enzymelinked immunosorbent assay*), sont de 362 ± 157 ng/mL au premier trimestre, puis de 509 ± 238 ng/mL au deuxième trimestre pour atteindre 953 ± 262 ng/mL au dernier trimestre de la grossesse.

IV-ETIOLOGIES

<u>Etiologies</u>	Placenta prævia	Hématome rétroplacentaire	Rupture utérine
<u>Définition</u>	<p>l'implantation totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.</p>  <p>Placenta Previa</p> <p>Uterus Placenta Cervix</p>	<p>Décollement prématuré du placenta normalement inséré avec constitution d'un hématome situé entre la paroi de l'utérus et le placenta.</p>  <p>Placental Abruption</p> <p>Placenta</p> 	<p>C'est une solution de continuité entre la cavité utérine et la cavité abdominale intéressant la totalité (muqueuse et musculuse) de la paroi de l'utérus.</p>
<u>Origine de l'hémorragie</u>	<p>→ <u>Sinus maternels</u> : Après le décollement d'une languette placentaire, les sinus veineux de la caduque restent béants tant en fin de grossesse qu'au cours du travail, car la rétraction musculaire qui assure normalement l'hémostase ne peut pas se produire avant l'expulsion fœtale.</p> <p>→ <u>Hémorragie d'origine fœtale</u> : Au cours du décollement d'un bord placentaire et du clivage au niveau de la caduque, la déchirure des villosités peut être responsable d'une hémorragie de sang fœtal dans l'espace intervilloux et dans les vaisseaux de la caduque basale (9)</p>	<p>→ Résulte d'une rupture des artères utéro-placentaires en un niveau quelconque de la plaque basale, entraînant un hématome de la caduque pariétale ou basale au contact de la zone d'insertion des membranes. Cet hématome constitué de sang d'origine maternelle, provoque une compression des cotylédons et des lésions d'infarctus secondaires sur un placenta normal ou pathologique.</p>	<p>→ Résulte de la rupture de la paroi utérine ou du pédicule</p>

<u>Caractère de l'hémorragie</u>	Sang rouge, liquide, coagulable, d'abondance variable avec passage de gros caillots. L'abondance ne semble pas toujours liée au type de PP.	Sang noir, déjà coagulé L'importance du saignement dépend de la surface et de la localisation du décollement placentaire.	Saignement peu abondant.
<u>Etat de l'utérus</u>	RAS ou CU Hauteur utérine : Normale	Ventre de bois HU : ↑	Double bosse HU : ↓
<u>Pronostic fœtal</u>	Souvent très défavorable. Dépend de la précocité de la première hémorragie, des récurrences hémorragiques, de la quantité de sang perdue ainsi que l'existence d'un choc hypovolémique.	Souvent très défavorable. Responsable d'une souffrance fœtale pouvant entraîner la MFIU.	Sombre Dépend de la forme anatomique de la rupture ainsi que l'état antérieur de l'utérus (sain ou cicatriciel)

Autres étiologies :

-Hémorragie de Benckiser (10)

L'hémorragie de Benckiser est depuis bien longtemps la hantise de tous les professionnels en obstétrique. Le pronostic reste sombre et ce malgré les avancées de la science.

Cette hémorragie d'origine fœtale est consécutive à la dilacération d'un ou de plusieurs vaisseaux ombilicaux insérés sur les membranes.

C'est par la rupture d'un ou de plusieurs de ces vaisseaux, que risque de se produire une hémorragie incoercible, appelée hémorragie de Benckiser. Cette rupture des vaisseaux se produit la plupart du temps, lors de la rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle.

Parfois, la rupture de la poche des eaux épargne ces vaisseaux, mais le risque d'hémorragie reste présent, puisque celle-ci pourra apparaître par dilacération des vaisseaux lors de la progression de la présentation fœtale dans le bassin.

Ce syndrome porte le nom d'hémorragie de Benckiser en France, tandis que dans les pays anglophones les auteurs emploient le terme de vasa prævia, s'attachant ainsi à la cause de l'hémorragie.

L'hémorragie étant d'origine exclusivement fœtale, le pronostic maternel est excellent.

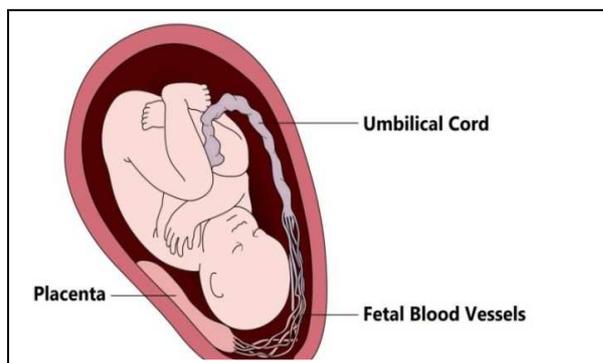


Figure 4 : L'insertion vélamenteuse du cordon ombilical (11)

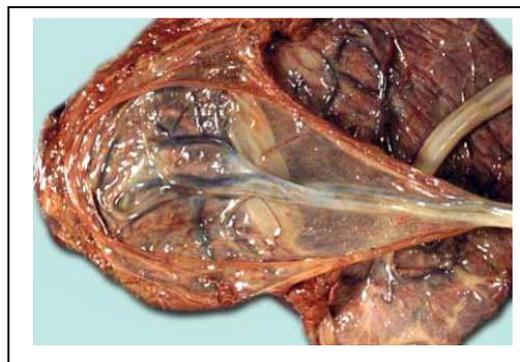


Figure 5 : Pièce anatomo-pathologique de l'insertion vélamenteuse du cordon (10)

-Hématome décidual marginal:

C'est la rupture d'une veine au pôle inférieur d'un placenta normalement inséré (d'où le synonyme de rupture du sinus marginal)

Le saignement est peu abondant et rouge, plus souvent noirâtre, signant l'évacuation secondaire de ce décollement partiel du placenta et souvent unique. Le diagnostic est échographique, recherchant une collection sanguine et un décollement très partiel du placenta, plus souvent au niveau du pôle inférieur.

L'hématome est de bon pronostic, sans retentissement maternel, ni fœtal notable, l'hématome n'interrompt pas la circulation utéroplacentaire. Parfois, il entraîne une anémie chez la mère, si le saignement est persistant

-Melaena intra-utérin :

Il est exceptionnel. Il débute à la fin de la grossesse; le liquide amniotique est rosé ou noirâtre, du sang est mêlé au méconium. Le test de Kleihauer montre des hématies fœtales, mais l'anémie est en général bien tolérée. Il est souvent en rapport avec une gastrite hémorragique du fœtus.

-Embolie amniotique (8)

Ce syndrome découvert après autopsies de femmes décédées au cours de l'accouchement dans un tableau de détresse cardiorespiratoire par Steiner demeure d'une extrême gravité. La mortalité maternelle survient dans 80 % des cas et la mortalité fœtale dans 50 % des cas. L'adage « l'embolie amniotique ne peut être ni prévue ni prévenue » explique bien la crainte des obstétriciens pour cette pathologie redoutable.

Actuellement, l'embolie amniotique est responsable d'environ 10 % des cas de mortalité maternelle. Les facteurs favorisants reconnus sont l'âge (supérieur à 30 ans), la multiparité, les circonstances obstétricales (hypotonie utérine, décollement placentaire, anomalies d'insertion placentaire, accouchement laborieux, mort fœtale in utero, disproportion foeto-pelvienne, déchirure utérine).

Le tableau clinique associe une détresse respiratoire aiguë avec cyanose, un état de choc, des troubles neurologiques, des troubles de la coagulation à type de CIVD associés à une atonie utérine, responsables d'une hémorragie.

-Lésions cervico-vaginales

Elles sont souvent bénignes et doivent être éliminées de principe. Leur diagnostic repose sur l'examen au spéculum qui doit être systématique devant toute métrorragie.

Les principales étiologies sont :

- Le cancer du col : c'est la première étiologie à éliminer, car la plus grave.

L'examen au spéculum montre une lésion bourgeonnante, saignant au contact, chez une patiente négligeant son suivi gynécologique.

- La cervicite : les saignements sont dus à une inflammation locale. Le col est inflammatoire, saignant au moindre contact. La glaire cervicale peut être louche.

-Polype accouché par le col : c'est une pathologie bénigne sans aucune incidence sur le bon déroulement de la grossesse. Il faut éviter toute manipulation de ces polypes, vu le risque d'hémorragie.

-Lésion traumatique : il s'agit d'une plaie cervicale ou vaginale qui saigne, parfois secondaire à la présence d'un corps étranger.

-Perte du bouchon muqueux : c'est un saignement de faible abondance accompagné de pertes glaireuses. C'est un phénomène physiologique survenant en fin de grossesse. Elle est liée aux modifications cervicales et annonce le plus souvent la mise en travail spontané.

-Diagnostic différentiel

L'inspection de la région ano-génitale permet facilement de retrouver une rupture de varice vulvaire, une fissure anale ou des hémorroïdes,

Il faut cependant savoir éliminer:

- les urgences abdominales hémorragiques : rupture de rate, d'anévrisme, perforation d'ulcère gastroduodéal, pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique, rupture spontanée du foie pouvant prendre l'allure d'une rupture utérine.

OBJECTIFS



1-Objectif Général :

- Evaluer la qualité de prise en charge des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer l'incidence et la prévalence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.
- Identifier les différentes étiologies des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal.
- Formuler des recommandations.

MATERIELS ET METHODES



1-CADRE D'ETUDE :

La Maternité Universitaire Souissi de Rabat, en faisant un suivi de dossiers des patientes jusqu'aux services après l'accouchement.

2-TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive.

3-PERIODE D'ETUDE :

Notre étude rétrospective se base sur l'exploitation de 110 dossiers de femmes reçues et prises en charge à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat pour saignement au cours du troisième trimestre de la grossesse à partir de 28 SA durant une période d'un an allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

4-ECHANTILLONNAGE :

▪ Population d'étude :

Toute parturiente admise à la maternité pour hémorragie survenant durant le troisième trimestre de grossesse.

▪ Support :

Pour chaque dossier, une fiche de recueil des données a été établie comprenant les éléments anamnestiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs (fiche d'exploitation).

▪ Critères d'inclusion :

- Toute femme admise à la maternité pour saignement d'origine gynécologique après 28 SA.
- Etre admise pendant la période d'étude du 1^{er} Janvier 2015 au 31 décembre 2015

- **Critères d'exclusion :**

- Femme admise pour saignement sur grossesse avant 28 SA.
- Femme admise avant ou après la période d'étude.
-

5-ANALYSE :

Les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel SPSS 17.0

FICHE D'EXPLOITATION

Renseignements généraux :

- Nom :

Prénom :

-Age :

-origine géographique : Urbaine

Rurale

-Profession :

-Statut matrimonial : mariée

célibataire

-niveau socio-économique

-Niveau d'instruction

-Antécédents :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Toxique :

Renseignements Gynéco-obstétricaux :

-geste : -Parité : Primipare

Paucipare

Multipare

Grande multiparité

-Antécédents :

- avortement spontané

- IVG

- IMF

- MFIU

- GEU

-Antécédents obstétricaux :

- Césarienne
- MAP
- Acc prématuré
- RPM
- HRP
- HDD
- Grossesses rapprochées

Grossesse :

-Souhait de grossesse

-Suivi prénatal : centre de santé Gynécologue privé Non suivie
Public

-Nombre de fœtus :

-Complications : Hémorragie du 1^{er} T Anémie Diabète gestationnel
Hgie 2^{ème} T MAP Sd vasculo-rénal
RPM HTA –pré éclampsie Transfusion

Admission :

-Délai saignement-consultation :

- <2h
- 2-6 h
- 6-12h
- 12-24h
- 1-3jrs
- <3jrs
- NP

-mode d'admission : urgences
Référé d'un autre centre
Hospitalisée au service pour autre cause

Etude clinique :

-terme de survenue de l'hémorragie :

- 28-32 SA
- 32-37 SA
- A terme
- NP

-Mode de survenue : Spontané

Provoqué : TV

rapport sexuel

-Abondance de l'hémorragie :

- Faible
- Moyenne
- Grande

-Etat Hémodynamique :

- Bien toléré
- Etat de choc

-Signes associés à l'hémorragie

- Hydrorrhée
- Douleur Abdomino-Pelv
- Signes fonctionnels
- Diminution des MAF

-Vitalité fœtale : BCF

- +
- -
- irrégulier
- Non fait

-Examen au speculum :

-Type de présentation :

Examens complémentaires :

-Echographie :

-RCF – activité utérine :

-Bilan biologique : Groupage/RH

NFS

-Bilan hémostase : TP

Taux de plaquettes

TCK

Fibrinémie

-Fonction rénale

-Bilan hépatique

Traitement :

-Traitement médical :

- VV
- Sondage urinaire
- Oxygénothérapie
- Remplissage
- Prélèvement
- Transfusion
- Présence d'un réanimateur

-Traitement obstétrical :

- Voie d'accouchement VB : VH :
- Délai décision-geste :
- Indication :

Pronostic maternel :

-mortalité

- morbidity :
- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| .Hémorragie de la délivrance | <input type="checkbox"/> | . Etat de choc | <input type="checkbox"/> | . OAP | <input type="checkbox"/> |
| .Infection | <input type="checkbox"/> | .Fistule | <input type="checkbox"/> | . Eclampsie | <input type="checkbox"/> |
| . Décès | <input type="checkbox"/> | . Hystérectomie | <input type="checkbox"/> | .Syndrome de sheehan | <input type="checkbox"/> |
| .Anémie | <input type="checkbox"/> | .Trouble de l'hémostase | <input type="checkbox"/> | | |

Pronostic fœtal :

-Caractéristique fœtal :

- Terme de l'accouchement :
- Poids :
- Apgar à 1m : Apgar à 5m :
- DR :
- Malformation congénitale :

-Prise en charge du nouveau né :

- Présence d'un pédiatre :
- Réanimation néonatale :
- Transfert en P5 :

RESULTATS



I-FREQUENCE :

Nous avons étudié les dossiers de 110 parturientes ayant présenté une hémorragie du troisième trimestre de grossesse sur 16 864 accouchements, durant la période allant du 1er janvier 2015 au 31 Décembre de la même année.

La fréquence globale était de 0.65% de l'ensemble des accouchements.

Cette fréquence est largement sous estimée due a :

- Un problème d'archivage.
- Les dossiers sont souvent incomplets.

II- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :

1-L'âge maternel :

L'âge moyen de nos patientes était de 30.9 ans, avec des extrêmes allant de 17 à 42 ans.

La répartition de nos patientes selon l'âge est représentée dans la figure I.

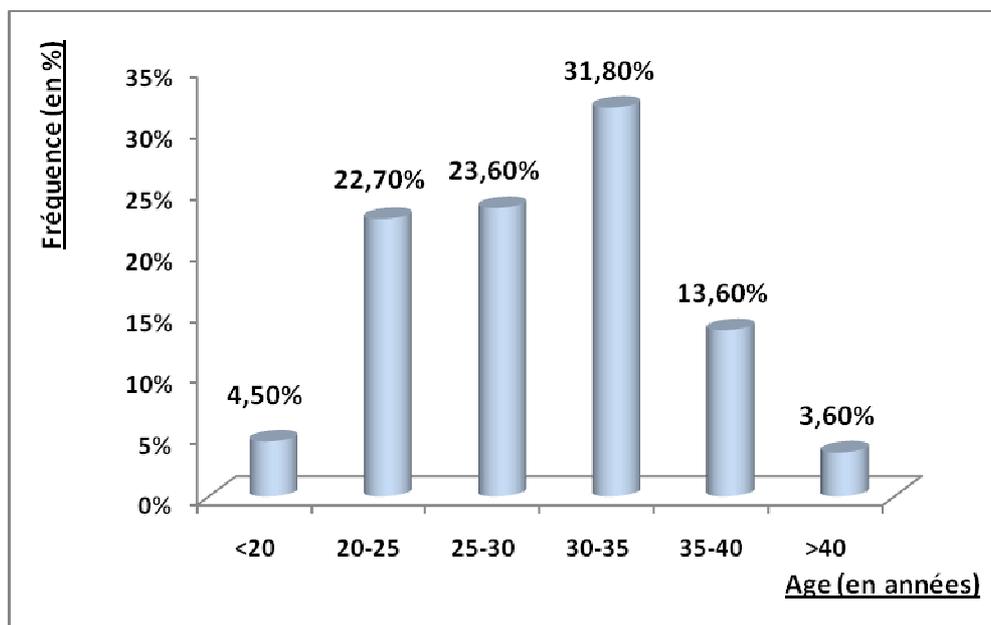


Figure I : Répartition des cas d'hémorragies du troisième trimestre selon l'âge.

Dans notre série, on note que la fréquence la plus élevée a été enregistrée dans la catégorie 30-35 ans.

2-Origine géographique

69.1% de nos patientes étaient d'origine urbaine, 30.9% étaient d'origine rurale.

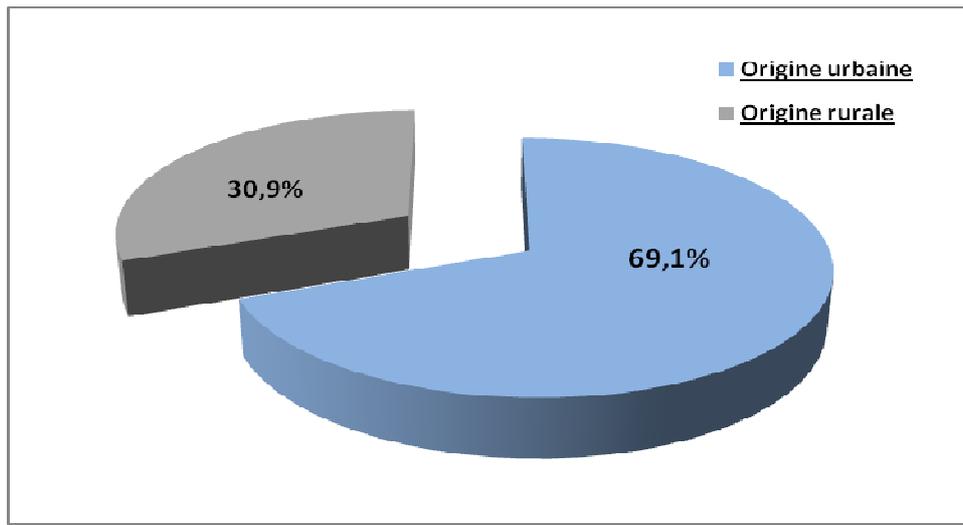


Figure II : Répartition des patientes selon l'origine géographique

3-L'état civil

Parmi nos 110 patientes, 4 d'entre elles étaient célibataires soit un taux de 3.6 %

4- Le niveau socio-économique

59.8% de nos patientes étaient de niveau socio-économique moyen, et 40.2% d'entre elles d'un bas niveau socio-économique.

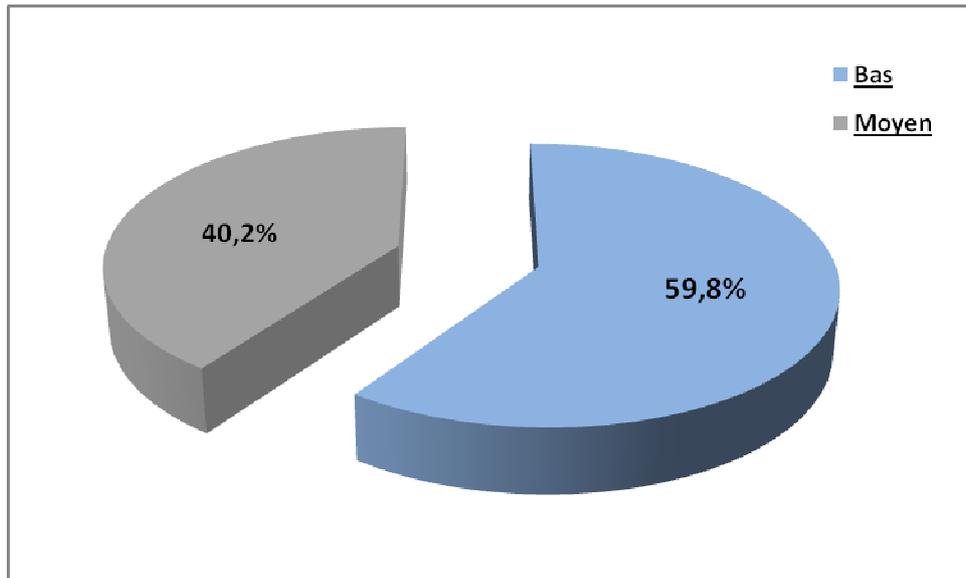


Figure III: Répartition des patientes selon le niveau socio-économique

5-Le niveau d'instruction et profession :

Le niveau d'instruction et la profession de nos patientes n'ont été consignés sur aucun dossier.

6-La parité

La parité moyenne de nos patientes était de 2 avec des extrêmes allant de 1 à 8.

Nous avons réparti nos patientes en 4 groupes :

1 : Les primipares

2 : Les paucipares, dont la parité est de 2 ou 3

3 : Les multipares, dont la parité entre 4 et 6

4 : Les très grandes multipares, dont la parité est supérieure ou égale à 7

La répartition de nos patientes sur les 4 groupes est montrée dans la figure IV.

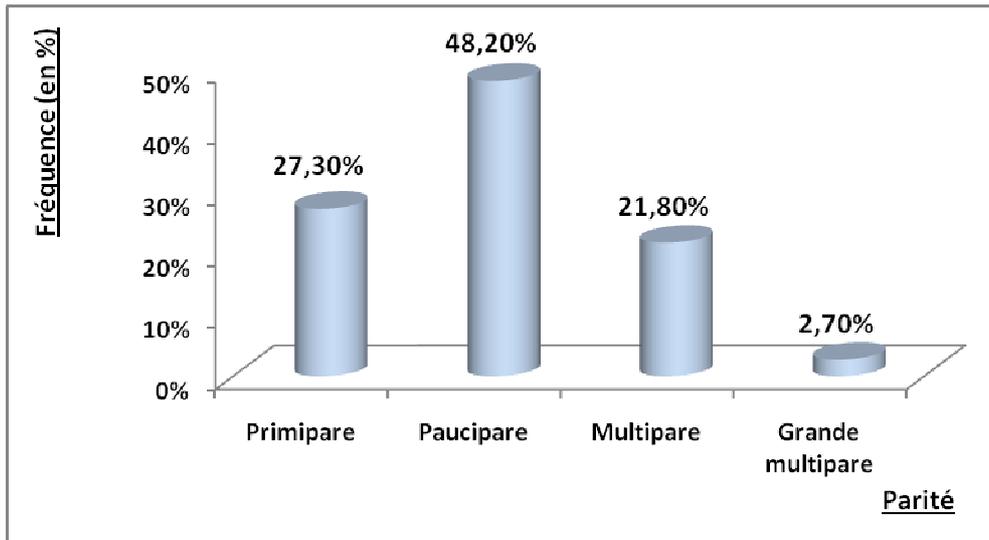


Figure IV : Répartition des patientes selon la parité

Au total, le taux des multipares était de 24.5% de l'ensemble des patientes.

7-Les antécédents

7-1-Les antécédents médicaux :

Nous avons relevé :

- 1 cas de cardiopathie cyanogène (non documenté)
- 1 cas de diabète chronique (sous traitement depuis 2ans)
- 1 cas de Syphilis (sous traitement)
- 2 cas de tuberculose (traités)

7-2- Les antécédents chirurgicaux :

Nous avons relevé :

- 1 cas de Cholécystectomie (opérée en 2011)

7-3- Les antécédents gynéco-obstétricaux :

La répartition de nos patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux est représentée dans le tableau 1 :

<u>Antécédent</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Césarienne	17	15.45
Avortement	11	10
Hémorragie du troisième trimestre	1	0.99
MFIU	6	5.45

Tableau 1 : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

Les avortements et les césariennes étaient les antécédents gynéco-obstétricaux les plus fréquents.

7-4- Antécédents toxiques :

Dans notre série, aucun cas de tabagisme ni d'éthylisme n'a été relevé.

III- GROSSESSE ACTUELLE

1-Suivi prénatal

37 de nos patientes, soit un taux de 33,6% n'ont jamais consulté au cours de la grossesse, comme le montre la figure V.

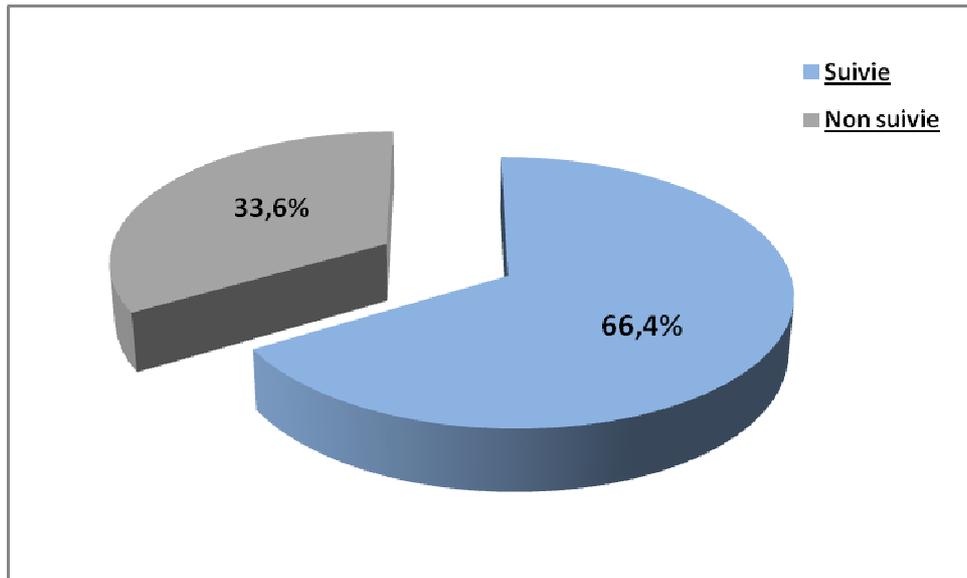


Figure V : Répartition des patientes selon le suivi de grossesse

2-Le nombre de fœtus :

Dans notre série, la grossesse était unique dans 107 cas (97,3%) et gémellaire dans 3 cas (2.7%)

3-Le déroulement de la grossesse actuelle :

Le déroulement de la grossesse était normal chez 78 patientes (70,90%), et compliqué chez 32 patientes (29,09%).

Le tableau 2 illustre la répartition de ces anomalies.

<u>Pathologie</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Syndrome vasculo-rénal	12	10.9
RPM	7	6.36
MFIU	7	6.36
DG	2	1.81
Anémie	3	2.72

Tableau 2 : Répartition des complications au cours des grossesses compliquées d'hémorragie du troisième trimestre

IV-ADMISSION

Le délai saignement – consultation a été consigné sur seulement 2 dossiers, il était de 6h et 3 jours. Ce paramètre n'a donc pas pu être évalué dans notre série.

1-Mode d'admission :

Le tableau 3 montre la répartition de nos patientes selon le mode d'admission.

<u>Mode d'admission</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Consulte aux urgences	59	53,6
Référée d'un autre centre	49	44,5
Hospitalisée pour autre cause	2	1,8

Tableau 3 : Répartition des patientes selon leur mode d'admission

1-1- Répartition des patientes transférées selon le lieu de la première consultation :

<u>Lieu de première consultation</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
CHP Khémisset	13	26.53
CHP Temara	10	20.40
CHP Salé	6	12.24
MA Ain Aouda	5	10.20
CHP Kenitra	5	10.20
MA Benslimane	2	4.08
CHP Tifelt	2	4.08
CHP Skhirate	1	2.04
CHU Hassan II	1	2.04
CHP Romani	1	2.04
CHP Mly Bouselham	1	2.04
CHP Sidi Yahya	1	2.04
CHP Souk Larbaa	1	2.04
Total	49	100

Tableau 4 : Répartition des patientes transférées selon le lieu de la première consultation

1-2- Les caractéristiques des patientes transférées selon le lieu de la première consultation :

1-2-1- CHP Khémisset :

La distance entre Khémisset et Rabat est de 94 km, soit un trajet d'environ 1h15 minutes.

Le délai moyen d'arrivée de nos patientes était de 3h50 min avec des extrêmes allant de 2h à 6 h.

Les causes de retard n'ont pas été consignées sur les dossiers.

Le tableau 5 montre la répartition des 13 patientes référées du CHP Khémisset selon le délai de leurs arrivées à notre formation depuis le moment où le transfert a été décidé.

<u>Délai d'arrivée</u>	<u>Nombre de patientes</u>
<2h	0
2h - 3h	4
>3h	2
NP	7

Tableau 5: Répartition des patientes référées de Khémisset selon leurs délais d'arrivée

1-2-2-CHP Temara

La distance entre Temara et Rabat est de 10 km, soit un trajet d'environ 20 minutes.

Le délai moyen d'arrivée de nos patientes était de 1h15 min avec des extrêmes allant de 55min à 1h30.

Les causes de retard n'ont pas été consignées sur les dossiers.

Le tableau 6 montre la répartition des 10 patientes référées du CHP Temara selon le délai de leurs arrivées à notre formation depuis le moment où le transfert a été décidé.

<u>Délai d'arrivée</u>	<u>Nombre de patientes</u>
<30min	0
30min - 1h	1
>1h	3
NP	7

Tableau 6: Répartition des patientes référées de Temara selon leurs délais d'arrivée

1-2-3-CHP Salé

La distance entre Salé et Rabat est de 10 km, soit un trajet d'environ 20 minutes. Sur les 6 patientes transférées le délai d'arrivée d'une seule patiente a été consigné sur le dossier, il était de 30 min.

1-2-4 Maison d'accouchement Ain Aouda

La distance entre Ain Aouda et Rabat est de 32 km, soit un trajet d'environ 40 minutes.

Le délai moyen d'arrivée de nos patientes était de 1h14 avec des extrêmes allant de 30min à 2h30.

Les causes de retard n'ont pas été consignées sur les dossiers.

Le tableau 7 montre la répartition des 5 patientes référées de la MA Ain Aouda selon le délai de leurs arrivées à notre formation depuis le moment où le transfert a été décidé.

<u>Délai d'arrivée</u>	<u>Nombre de patientes</u>
<45min	1
45min - 1h	1
1h - 2h	2
>2h	1

Tableau 7: Répartition des patientes référées de la MA Ain Aouda selon leurs délais d'arrivée

1-2-5 CHP Kenitra

La distance entre Kenitra et Rabat est de 53 km, soit un trajet d'environ 59 minutes.

Le délai moyen d'arrivée de nos patientes était de 3h avec des extrêmes allant de 2h30 à 3h30.

Les causes de retard n'ont pas été consignées sur les dossiers.

Le tableau 8 montre la répartition des 5 patientes référées du CHP Kenitra selon le délai de leurs arrivées à notre formation depuis le moment où le transfert a été décidé.

<u>Délai d'arrivée</u>	<u>Nombre de patientes</u>
>1h	0
1h - 2h	0
2 - 3h	2
<3h	1
NP	2

Tableau 8: Répartition des patientes référées du CHP Kenitra selon leurs délais d'arrivée

Au total, parmi les patientes référées 54.5% de nos patientes ont bénéficié d'une mise en condition avant leur transfert (voie veineuse et oxygénothérapie)

V- ETUDE CLINIQUE :

1-Terme de survenue de l'hémorragie :

Dans notre série, le terme moyen de survenue des métrorragies du troisième trimestre était de 33 SA avec des extrêmes allant de 28 à 42 SA.

La répartition de nos patientes selon le terme de la grossesse est représentée dans la figure VI.

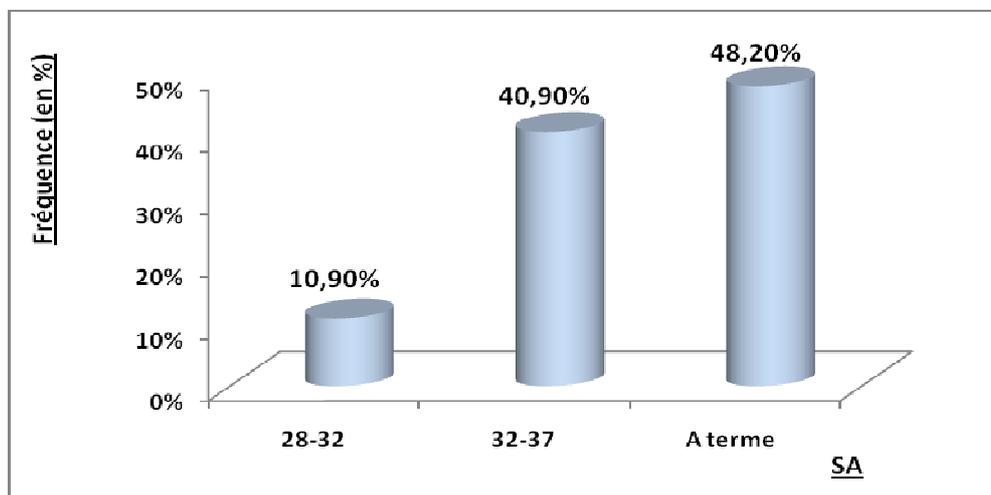


Figure VI : Répartition des patientes selon le terme de survenue des hémorragies

Dans l'ensemble, les métrorragies sont survenues avant terme dans 51.8% des cas et à terme dans 48.20% des cas.

2- Mode de survenue de l'hémorragie :

Dans la majorité des cas, les hémorragies du troisième trimestre (98,2%) sont survenues spontanément.

2 cas de métrorragies provoquées par traumatisme (1.8%) ont été retrouvés dans notre série l'une par chute avec point d'impact sur le ventre et une autre suite a un AVP.

3- Abondance de l'hémorragie :

Les hémorragies ont été classées en 3 catégories selon leurs abondances :

- Classe 1 : Faible abondance
- Classe 2 : Moyenne abondance
- Classe 3 : Grande abondance

Ces catégories mentionnées dans les dossiers dépendent seulement de l'appréciation subjective du médecin.

La figure VII montre la répartition de nos patientes selon ces 3 classes.

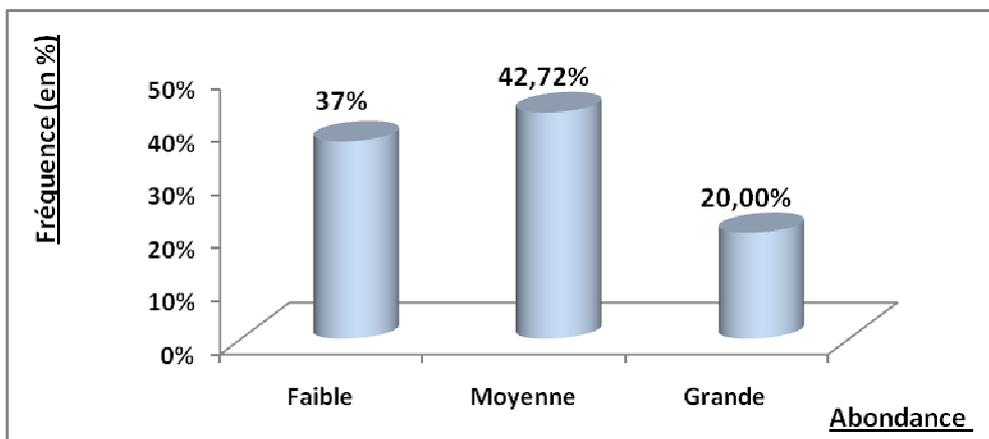


Figure VII : Répartition des patientes selon l'abondance de leurs hémorragies

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'hémorragies de faible et moyenne abondance.

4-Etat hémodynamique à l'admission :

12 des patientes de notre série soit 10.8% ont été admises dans un tableau d'état de choc comme le montre la figure VIII.

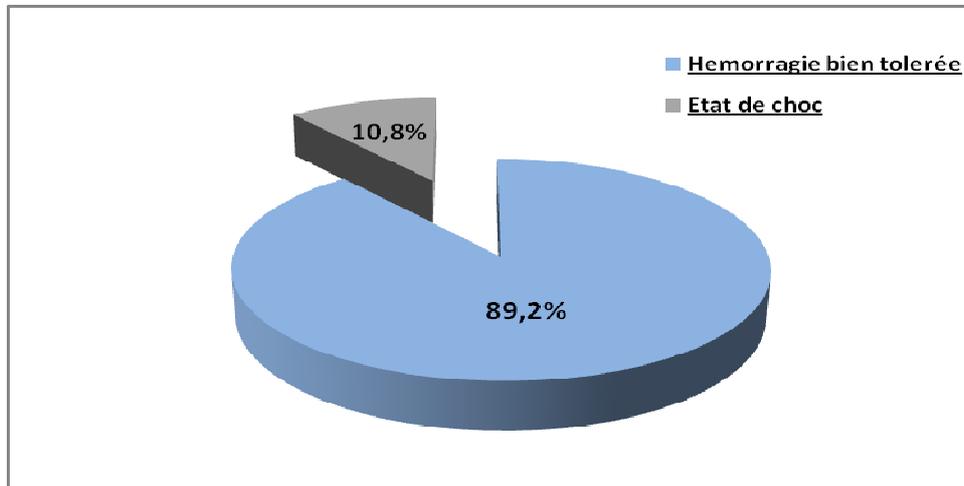


Figure VIII : Répartition des patientes selon l'état hémodynamique à l'admission

5- Signes associés à l'hémorragie :

Le tableau 9 illustre la fréquence des signes associés à l'hémorragie.

<u>Signes associés</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Douleur abdomino-pelvienne	39	35.45
Signes fonctionnels d'HTA	6	5.45
Diminution des MAF	8	7.27
Hydrorrhée	4	3.63

Tableau 9 : Signes associés à l'hémorragie

6- Vitalité fœtale :

Elle est appréciée par l'auscultation du bruit du cœur fœtal (BCF) au stéthoscope Pinard qui a été pratiquée chez 107 (97.27%) de nos patientes.

Les résultats sont résumés sur le tableau 10.

<u>BCF</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Positif	89	80.90
Négatif	15	13.63
Irrégulier	3	2.72
Non fait	3	2.72
Total	110	100

Tableau 10 : Répartition des patientes selon le BDF à l'admission

L'auscultation des bruits du cœur fœtal n'a pas été réalisée chez 3 de nos patientes acheminées directement au bloc opératoire.

7- Progression du travail :

Les patientes de notre série ont été divisées en 3 groupes selon le score de Bishop, l'existence et la fréquence des contractions utérines.

La répartition de nos patientes sur ces 3 groupes est illustrée sur le tableau 11.

<u>Progression du travail</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence(%)</u>
En dehors du travail	38	34.54
En début de travail	47	42.72
En travail	25	22.72
Total	110	100

Tableau 11 : Répartition des patientes selon la progression du travail

8- Type de présentation :

<u>Présentation</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence(%)</u>
Céphalique	101	91.81
Siège	6	5.45
Transverse	3	2.72
Total	110	100

Tableau 12 : Répartition des patientes selon le type de présentation

Nous avons relevé 9 présentations irrégulières soit 8.17%.

VI- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1-Echographie obstétricale :

Une échographie obstétricale a été réalisée chez 77 de nos patientes, soit 70% des cas, dans le but d'établir un diagnostic étiologique, ainsi que d'apprécier la vitalité et la biométrie fœtale.

<u>Résultats</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence(%)</u>
Placenta prævia	32	29.09
Signes orientant vers HRP	6	5.45
Oligoamnios	1	0.90
Hydramnios	1	0.90
Sans anomalie	37	33.63
Non fait	12	10.90
En panne	21	19.09
Total	110	100

Tableau 13 : Résultats de l'échographie obstétricale

2-RCF :

Sauf en cas de situation urgente, l'enregistrement du RCF a été pratiqué chez toutes nos patientes.

Devant le problème d'archivage de nos dossiers, Nous n'avons pas pu récolter et analyser ses données, la plupart n'ont pas été retrouvés dans les dossiers des patientes.

3-Bilan biologique :

3-1 -Le groupage :

Il a été réalisé chez 95 de nos patientes soit 86.36% des cas.

3-2- Numération formule sanguine :

Elle a été réalisée chez 90 de nos patientes soit 81.81 % des cas, ayant objectivé une anémie chez 86 patientes (78.7%), dont la profondeur est illustrée sur la figure IX.

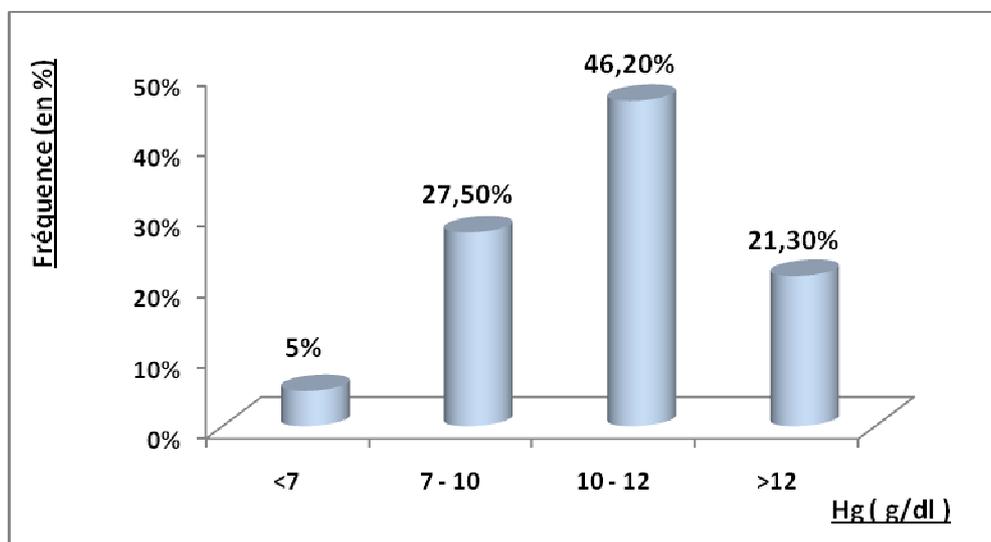


Figure IX : Répartition des anémies selon la profondeur

3-3 –Bilan d'hémostase :

Ce bilan comportait : Temps de Quick Temps de céphaline Activée Taux de plaquettes

Il a été réalisé chez 71 de nos patientes soit dans 64.54% des cas.

Le dosage de la Fibrinémie a été réalisé chez 22 patientes.

Des troubles de l'hémostase ont été notés dans 5 cas, il s'agissait de :

-3 cas de CIVD.

-5 cas de thrombopénie isolée.

-1 cas de taux de Prothrombine bas sans autre anomalies de l'hémostase associée.

L'étiologie retenue chez 3 de nos patientes était un hématome rétroplacentaire, on a retrouvé également un cas de rupture utérine et un cas de placenta prævia totalement recouvrant

3-4 – Bilan rénal :

La fonction rénale a été appréciée par le dosage de l'urée et de la créatinine chez 67 (60.90%) de nos patientes.

3-5 –Bilan hépatique :

Le dosage des transaminases a été réalisé chez 60 (54.54%) de nos patientes et il était sans anomalies dans tous les cas.

3-6-Autres bilans :

-Un ionogramme sanguin a été réalisé chez 45 de nos patientes soit 40.90% il était sans anomalies dans tous les cas.

-Le dosage de la CRP a été réalisé chez 8 de nos patientes.

-Le dosage des D-dimères a été réalisé chez deux patientes qui présentaient un HRP avec MFIU il était élevé dans les deux cas.

-Le dosage de la Glycémie, RA et GGT on été réalisé chez 25 de nos patientes soit un taux de 22.72% ils étaient sans anomalies.

-Le dosage de la bilirubine directe indirecte et totale a été réalisé chez 40 de nos patientes soit 36.36% et était sans anomalies chez toutes ces patientes.

VII- ETIOLOGIES :

1- Fréquence des étiologies :

Les étiologies des métrorragies du troisième trimestre étaient dominées par le placenta prævia et l' HRP.

Dans 25 cas (22.7%) la cause des métrorragies est restée indéterminée.

<u>Etiologies</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence(%)</u>
Placenta Prævia	37	33.6
HRP	39	35.5
RU	4	3.6
PP+HRP	2	1.8
Hémorragie de Benckiser	1	0,9
Lésion cervico-vaginale	2	1.8
Métrorragies inexplicées	25	21.8
Total	110	100,0

Tableau 14 : Fréquence des étiologies des hémorragies du troisième trimestre

2-Répartition des étiologies selon l'âge

<u>Age</u>	<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia (%)</u>	<u>HRP (%)</u>	<u>Rupture utérine (%)</u>	<u>Métrorragies inexpliquées (%)</u>
<20		40	60	0	0
20 - 25		32	44	4	16
25 - 30		30.8	42.3	0	19.2
30 - 35		34.3	25.7	5.7	28.6
35 - 40		40	26.7	6.7	26.7
> 40		25	25	0	50

Tableau 15 : Fréquence des étiologies selon l'âge

On note que pour les cas d'HRP la fréquence diminue avec l'âge alors que celle du placenta prævia est à son maximum aux âges extrêmes.

Pour les cas de rupture utérine, il s'agissait de patientes dont les âges variaient entre 30 et 39 ans.

Concernant le seul cas de l'hémorragie de Benckiser la patiente était âgée de 30ans.

Pour les cas de lésions cervico-vaginale il s'agissait de patientes âgée de 26 et 30 ans dans les deux cas il s'agissait d'une déchirure sur un périnée friable infecté.

3-Répartition des étiologies selon la parité

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture utérine</u> (%)	<u>Métrorragies Inexpliquées</u> (%)
<u>Parité</u>				
Primipare	40	43.3	0	13.3
Paucipare	35.8	32.1	3.8	24.5
Multipare	25	29.2	8.3	29.2
Grande multipare	0	66.7	0	33.3

Tableau 16 : Fréquence des étiologies selon la parité

On remarque que la fréquence du PP diminue avec la parité.

Quant à l'HRP on note que la fréquence prédomine aux parités extrêmes.

Pour l'hémorragie de Benckiser, la patiente était une multipare.

4- Répartition des étiologies selon le terme de survenue de l'hémorragie

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture utérine</u> (%)	<u>Origine inexpliquée</u> (%)
<u>Terme</u>				
28 - 32	18.2	36.4	9.1	27.3
32 - 37	44.4	42.2	2.2	8.9
A terme	28.3	28.3	3.9	34

Tableau 17 : Fréquence des étiologies selon le terme de survenue de l'hémorragie

Avant terme, les étiologies sont par ordre décroissant : HRP, Placenta Prævia puis la rupture utérine.

5-Répartition des étiologies selon l'abondance de l'hémorragie

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture</u> <u>utérine</u> (%)	<u>Origine</u> <u>inexpliquée</u> (%)
<u>Abondance</u>				
Faible	26.8	29.3	-	39
Moyenne	29.8	46.8	4.3	14.9
Grande	54.5	22.7	9.1	9.1

Tableau 18 : fréquence des étiologies selon l'abondance de l'hémorragie

Les étiologies des hémorragies de grande et moyenne abondance sont dominées par le placenta prævia et l'HRP.

Dans les hémorragies de faible abondance, la répartition semble plus équilibrée entre les étiologies, cependant 39% d'entre elles sont restées inexpliquées.

6- Répartition des étiologies selon l'état hémodynamique à l'admission

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta</u> <u>prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Cause</u> <u>inexpliqué</u> <u>e</u> (%)	<u>Rupture utérine</u> (%)
<u>Etat HD</u>				
Etat de choc	33.3	41.7	8.3	8.3
Hémorragie bien tolérée	33.7	34.7	24.5	1

Tableau 19 : Fréquence des étiologies selon l'état hémodynamique

La première étiologie compliquée d'un état de choc est l'hématome rétro placentaire.

7-Répartition des étiologies selon la vitalité fœtale

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture</u> <u>utérine</u> (%)	<u>Causes</u> <u>inexpliquées</u> (%)
<u>Vitalité fœtale</u>				
BCF -	18.2	63.6	0	9.1

Tableau 20 : Répartition des étiologies selon la vitalité fœtale

Chez les patientes consultant pour hémorragie du troisième trimestre, l'étiologie la plus fréquente et chez qui les BCF étaient négatifs à l'admission est : l'hématome rétro placentaire.

8- Classification :

8-1- Placenta prævia :

Selon le rapport du placenta à l'orifice interne du col utérin (Mac-afee 1962) (12)

Anatomiquement ils sont subdivisés en 4 types :

-Type I : Placenta prævia à implantation latérale (ou pariétal) : le placenta est inséré sur le segment inférieur sans atteindre l'orifice interne du col utérin, donc il reste à distance de cette orifice

-Type II : Placenta prævia à implantation marginale : le placenta est inséré sur le segment inférieur et son bord approche sans recouvrir l'orifice interne du col utérin.

-Type III : Placenta prævia partiel ou incomplet (placenta partiellement recouvrant ou placenta recouvrant partiel) : le placenta recouvre partiellement l'orifice interne du col utérin et à dilatation complète il ne recouvre qu'une partie de l'aire de la dilatation cervicale.

-Type IV : Placenta prævia total (placenta totalement recouvrant ou placenta recouvrant total ou à implantation centrale) : le placenta recouvre complètement l'orifice interne du col utérin et à dilatation complète du col utérin il recouvre la totalité de l'aire de la dilatation cervicale.

<u>Types</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Type I	-	-
Type II	4	10.81
Type III	2	5.40
Type IV	22	59.45
NP	9	24.32
Total	37	100

Tableau 21 : Classification des placentas prævia

Le type le plus fréquent est le placenta prævia totalement recouvrant (59.45%)

8-2-Hématome rétro placentaire :

Il existe de nombreuses classifications, toutes prétendent déterminer des degrés de gravité croissante, elles reposent sur la présentation clinique, l'état du fœtus, l'existence de troubles de la crase et parfois sur l'étendue anatomopathologique du décollement.

Nous avons retenu la classification de "SHER" qui est la plus utilisée et la plus adaptée. (13)

La classification SHER distingue :

-Grade I : métrorragies isolées

-Grade II : symptomatologie clinique plus complète avec enfant vivant.

-Grade III : enfant mort

A : pas de trouble de la coagulation

B : troubles de la coagulation présents

Les classifications servent surtout à établir une corrélation entre la gravité de l'état maternel et fœtal, et l'importance de l'HRP à posteriori.

<u>Grades</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Grade I	12	30.76
Grade II	16	41.02
Grade III	III a	10
	III b	1
Total	39	100

Tableau 22 : Classification des HRP

On note que dans 16 cas soit 41.02% la symptomatologie clinique de l'hématome rétroplacentaire était complète et l'enfant vivant, et dans 30.76% des cas le seul motif de consultation était des métrorragies isolées.

VIII- TRAITEMENT

1-Traitement médical :

1-1-mesures de réanimation :

La réanimation est basée sur la mise en place de : deux voies veineuses de bon calibre, une sonde vésicale, une oxygénothérapie, un remplissage vasculaire et le traitement des troubles de l'hémostase

Toutes les patientes ayant présenté un état hémodynamique instable ont bénéficié d'une voie veineuse avec remplissage vasculaire et oxygénothérapie.

Quant au sondage vésical, il a été réalisé chez toutes nos patientes.

1-2- Prélèvements :

93 de nos patientes soit 84.54 % ont bénéficié d'un prélèvement pour bilan biologique à l'admission

1-3- Transfusion

A l'admission :

10 patientes soit 9.09% ont bénéficié d'une transfusion de culots globulaires

2-Traitement obstétrical

2-1-Voie d'accouchement :

Parmi nos 110 patientes, 44 (40%) ont accouché par voie basse et 66 (60%) par voie haute.

<u>Voie d'accouchement</u>	<u>Etiologies</u> <u>Placenta</u> <u>prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture</u> <u>utérine</u> (%)	<u>Causes</u> <u>inexpliquées</u> (%)
Voie basse	8.10	43.6	0	88
Voie haute	91.8	56.4	100	12

Tableau 23 : Voie d'accouchement selon les étiologies

2-2- Temps de l'accouchement :

L'accouchement s'est fait à l'admission dans 92 cas (83.63%), et après traitement conservateur dans 18 cas (16.36%).

2-3-Accouchement par voie basse :

44 (40%) des patientes de notre série ont accouché par voie basse.

Dans 39 cas, l'accouchement s'est fait à l'admission, et dans 5 cas après traitement conservateur.

Parmi ces 44 patientes, le diagnostic de mort fœtale in utero avait été posé pour 9 cas soit un taux de 20.45% de l'ensemble des accouchements par voie basse.

2-4-Accouchement par voie haute :

66 (60%) des patientes de notre série ont accouché par voie haute.

Dans 53 cas, l'accouchement s'est fait à l'admission, et dans 13 cas après traitement conservateur.

Le diagnostic de mort fœtale in utero avait été posé pour 13 cas soit un taux de 19.69%

a-indications :

<u>Indication</u>	<u>Nombre de cas</u>
Sauvetage maternel PP	11
Placenta prævia recouvrant	23
Sauvetage maternel HRP	5
HRP AC +	17
Rupture utérine	4
SFA	2
UC + saignement	3
Défaut d'engagement a DC	1
Total	66

Tableau 24 : Répartition des cas d'accouchement par voie haute selon l'indication

b- Gestes opératoires :

-La triple ligature vasculaire étagée a été pratiquée à 5 reprises afin de venir à bout d'hémorragies incoercibles.

-3 de nos patientes ont eu une ligature des trompes.

-Une hystérectomie subtotale inter-annexielle a été réalisée, chez une patiente âgée de 34 ans G3P3 ,38 SA, admise pour métrorragies du troisième trimestre sur placenta accreta.

-Une hystérectomie totale a été réalisée chez deux patientes, la première chez une patiente âgée 31ans, G4P4, 28 SA ayant eu une rupture utérine et la deuxième, chez une patiente admise pour placenta prævia devant une hémorragie du post partum.

-Dans un autre cas de rupture utérine, une rupture vésicale a été découverte en per-opératoire et suturée chez une patiente âgée de 27ans G2P2 grossesse estimée a terme.

-Pour les autres cas de rupture utérine, le traitement chirurgical consistait en une simple hystérorraphie.

-ablation d'un myome découvert en per-opératoire chez une patiente ayant eu un HRP

c- Complications opératoires :

On a relevé 8 cas d'atonie utérine jugulés par perfusion de syntocynon, et 2 cas d'hémorragies per opératoire.

3-Traitement conservateur

Une tocolyse a été réalisée chez 9 patientes.

Les corticoïdes ont été administrés chez 13 des patientes dans le but de la maturation pulmonaire.

IX- POST PARTUM :

En post partum 10 de nos patientes ont été transférées en service de réanimation. La durée de séjour moyenne est de 5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.

Les complications survenues lors du post opératoire sont :

<u>Complications</u>	<u>Nombre de cas</u>
Hémorragie de la délivrance	6
Etat de choc	3
Décès	2

Tableau 25 : Complications survenues en post partum

En post partum:

12 patientes ont été transfusées de culots globulaires au cours de leur hospitalisation.

4 patientes ont bénéficié d'une transfusion de plasma frais congelé

2 ont reçu l'immunoglobuline anti D.

Toutes nos patientes ont été mises sous traitement martial.

Toutes les patientes ayant accouché par voie haute ont été mises sous antibiothérapie et traitement anticoagulant prophylactique.

X- PRONOSTIC MATERNEL :

1-La mortalité

Dans notre série, nous avons enregistré 2 cas de mortalité maternelle soit un taux de 1.81%.

Il s'agissait d'un cas d'hématome rétro-placentaire et d'un cas de placenta prævia totalement recouvrant.

-Dans le premier cas, il s'agissait d'une patiente âgée de 36 ans originaire de salé, primipare, sans antécédents particuliers, grossesse suivie à terme, admise aux urgences de la maternité à 9h30 dans un tableau de crise convulsive et saignement de grande abondance.

Après stabilisation de l'état hémodynamique, mise en place de mesure de réanimation nécessaire (VV, Oxygénothérapie, mise en place d'une sonde urinaire, remplissage, traitement anti hypertensif, et diurétique) ainsi qu'un bilan urgent et une demande de sang. La patiente a été acheminée directement au bloc opératoire où une césarienne a été réalisée permettant l'extraction d'un nouveau né, mort né de 2600g.

La patiente a été transfusée de 3CG et 4PFC.

Il s'agissait d'un cas HRP compliqué de CIVD n'ayant pas cédé aux mesures de réanimation.

-Dans le deuxième cas l'hémorragie était directement responsable du décès maternel via un choc hémorragique n'ayant pas cédé aux mesures de réanimation chez une patiente présentant un placenta prævia totalement recouvrant.

Il s'agissait d'une patiente de 44ans G4P3 (ATCD de grossesse molaire), La grossesse actuelle est bien suivie de 38SA, ayant présenté 3jours avant son admission des saignements minimes qui ne l'ont pas alarmée.

Aggravés le jour de son admission, acheminée directement au bloc opératoire devant l'hémorragie de grande abondance et l'état de choc, ce qui a permis l'extraction d'un nouveau né vivant de 2350g.

La patiente a présenté un arrêt cardiocirculatoire, avec saignement +CIVD et atonie utérine après l'extraction.

La patiente a été transfusée de CG + PFC, une triple ligature puis une hystérectomie totale d'hémostase a été pratiquée devant la reprise du saignement.

Malgré les mesures de réanimation entreprises, le décès paraissait inévitable. Une embolie amniotique a été suspectée.

2-la morbidité

On récapitule dans ce qui suit les complications maternelles observés dans notre série :

Etat de choc : 2 cas

Troubles de l'hémostase : 5 cas

Insuffisance rénale fonctionnelle : 2 cas

L'hystérectomie : 3 cas

Hémorragie de la délivrance : 6 cas

Anémie maternelle : 92 cas

XI- PRONOSTIC FOETAL :

1- Caractéristiques fœtales :

1-1- Le terme de l'accouchement :

<u>Terme de l'accouchement</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
28 – 32 SA (grande prématurité)	10	8.84%
32 – 37 SA (prématurité)	46	40.70%
≥ 37 SA (à terme)	57	50.44%

Tableau 28 : Répartition des nouveaux né selon le terme de l'accouchement
Parmi les 113 nouveaux nés, 56 (49.54%) d'entre eux sont des prématurés.

1-2- Le poids néonatal :

<u>Poids (g)</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Fréquence (%)</u>
<1000	3	2.65
1000 – 1499	6	5.30
1500 – 1999	11	9.73
2000 – 2499	32	28.31
2500-2999	22	19.46
3000-3499	23	20.35
3500-3999	10	8.84
≥4000	6	5.30

Tableau 29 : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Au total, 45.99% des nouveau-nés ont un faible poids de naissance et 5.30% sont macrosomes.

1-3- Le score d'Apgar chez les nouveau-nés vivants :

Score	Apgar à 1min		Apgar à 5min	
	Nombre de cas	Fréquence (%)	Nombre de cas	Fréquence (%)
Apgar<7	17	18.88	6	6.66
Apgar≥7	73	81.11	84	93.33

Tableau 30 : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

1-4- Détresse respiratoire :

52 des nouveau-nés de notre série ont présenté une détresse respiratoire néonatale soit des 46.01% nouveau-nés vivants.

1-5- Malformations congénitale :

Dans notre série 4 nouveaux nés ont présenté une malformation congénitale il s'agissait :

- Une atrésie duodénale
- Hydrocéphalie
- Ambiguïté sexuelle avec souffle cardiaque à l'auscultation
- Faciès trisomique

2-Mortalité fœtale :

Nous avons recensé 22 cas de décès fœtaux soit un taux de mortalité périnatale de 19.46%

On note que :

Mortalité anténatale: 11 cas (9.73%) ? Mortalité néonatale: 11 cas (9.73%)

2-1- Mortalité fœtale selon les étiologies

<u>Etiologie</u>	<u>Placenta prævia</u> (%)	<u>HRP</u> (%)	<u>Rupture</u> <u>Utérine</u> (%)	<u>Causes</u> <u>inexpliquées</u> (%)
<u>Etat de naissance</u>				
Nombre de cas	39	39	4	26
Nombre de morts	5	11	3	2
Mort %	12.08	28.2	75	7.69

Tableau 31 : Mortalité fœtale selon les étiologies

Le taux de mortalité le plus élevé a été observé lors des ruptures utérines (75%). L'étiologie la plus pourvoyeuse de mortalité fœtale était l'HRP avec 5 0% de l'ensemble des cas de mortalité périnatale.

2-2- Mortalité fœtale selon l'âge gestationnel

<u>Etat de naissance</u>	<u>Morts (%)</u>	<u>Vivants (%)</u>
<u>Age gestationnel</u>		
28 – 32 SA (grande prématurité)	27.3	72.7
32 – 37 SA (prématurité)	20	80
≥ 37 SA (à terme)	17	83

Tableau 32 : Mortalité fœtale selon l'âge gestationnel

On note que la fréquence de mortalité périnatale est d'autant plus importante que l'âge gestationnel est bas.

2-3- Mortalité fœtale selon le poids de naissance

<u>Poids (g)</u>	<u>Morts (%)</u>	<u>Vivants (%)</u>
<1000	66.7	33.3
1000 – 1999	25	75
2000 - 2999	17.3	82
3000 - 3499	17.4	82.6
3500 - 3999	20	80
≥4000	16.7	83.3

Tableau 33 : Mortalité fœtale selon le poids de naissance

On relève que les taux les plus importants de mortalité périnatale étaient enregistrés chez les nouveau-nés de faible poids de naissance

2-4- Mortalité fœtale selon le mode d'admission

<u>Mode d'admission</u>	<u>Morts (%)</u>	<u>Vivants (%)</u>
Consulte aux urgences	18.6	81.4
Référée d'un autre centre	22.4	77.6
Hospitalisée pour autre cause	0	100

Tableau 34 : Mortalité fœtale selon le mode d'admission

Le taux de mortalité fœtale le plus important était retrouvé chez les patientes transférées, et le taux le plus faible chez les patientes hospitalisées, ce qui souligne l'importance de la rapidité de prise en charge.

3-Prise en charge du nouveau né

3-1- Présence de Pédiatre en salle d'accouchement :

Tous les nouveaux nés vivants ont été pris en charge par un pédiatre en salle d'accouchement.

3-2- Réanimation néonatale en salle d'accouchement :

Parmi les 90 nouveau-nés vivants, 27 ont bénéficié d'une réanimation néonatale en salle d'accouchement.

Dans 26 cas une aspiration répétée et oxygénothérapie au masque ont été pratiquées.

Dans un seul cas, d'un nouveau né en état de mort apparente, on a pratiqué une intubation avec ventilation artificielle, et un massage cardiaque pendant 10min.

3-3- Transfert en service de néonatalogie :

40 nouveaux nés ont été transférés dans un service de néonatalogie (P5)

DISCUSSION



I-FREQUENCE GLOBALE :

Dans notre série, les hémorragies du troisième trimestre ont compliqué 0.65% des grossesses.

Auteurs	Pays	Nombre de cas	Fréquence (%)
Harrington (2005) (14)	Grande Bretagne	-	3
Dreyfus(1994) (15)	France	-	2
Purohit(2014) (16)	Inde	134	0.69
Sepou (2002) (17)	Centre Afrique	93	1.29
M. Sidiki (2009) (18)	Mali	119	1.6
Adnaoui (2007) (19)	Tunisie	120	0.85
Hachimy (1998) (20)	Maroc	289	1.33
Lahmar (2009) (21)	Maroc	155	0.88
Notre série (2016)	Maroc	110	0.65

Tableau 35 : Fréquence des hémorragies du troisième trimestre

La fréquence des hémorragies du troisième trimestre de grossesse oscille entre 0.65% et

3 %

Nos résultats rejoignent ceux des séries maghrébines, cependant on remarque que la fréquence de notre série paraît être plus faible que celles rapportées par les séries occidentales.

Au Maroc, la fréquence rapportée par les différentes études reste relativement stable, elle est proche de celle reportée par **Lahmar** (21).

II-PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :

1-L'âge maternel :

Auteurs	Age moyen	Tranche d'âge la plus touchée
Purohit (16)	-	26 - 30 (28.35%)
Sepou (17)	23.4	20 – 29 (43.5%)
M. Sidiki (18)	-	25 – 29 (26.9%)
Adnaoui (19)	31.37	26 – 30 (31.6%)
Lahmar (21)	30.35	30 – 35 (28.38%)
Notre série	30.9	30 – 35 (31.80%)

Tableau 36 : Age des patientes selon les séries

Nos résultats semblent rejoindre ceux des séries maghrébines quant à la série de centre Afrique, l'âge maternel inférieur à 25 ans peut être expliqué par l'âge maternel jeune dans ces pays.

Ces différents auteurs retiennent l'âge maternel avancé comme facteur de risque des hémorragies du troisième trimestre.

Mais on remarque aussi que l'influence de l'âge maternel dépend de l'étiologie de l'hémorragie.

En cas d'HRP les avis sont partagés, **OYELESE** (22) rapporte que l'HRP semble plus fréquent après 30 ans.

Alors que **THIEBA** (23) dans son étude, a retenu le jeune âge en plus de l'âge avancé.

Le risque de placenta prævia quant à lui augmente avec l'âge maternel, ainsi et selon **Ananth** (24), une patiente âgée de plus de 40 ans à 2,04 fois plus de risque de développer un placenta prævia qu'une patiente dont l'âge est compris entre 25-29 et 9 fois plus qu'une patiente âgée de < 20 ans

Pour **Zhang** (25), au-delà de 35 ans le risque relatif de placenta prævia est 2 à 3 fois plus.

Iyasu (26) a estimé que le risque est multiplié par 3 chez une femme de plus de 30 ans et par 5 chez une femme plus de 35 ans par rapport à une femme de moins de 20 ans.

Le rôle de l'âge semble être en relation avec une sclérose progressive des artères du myomètre dont les structures musculaires sont remplacées par du tissu collagène.

Naeye (27) a mis en évidence ce phénomène à l'autopsie de femmes décédées de causes accidentelles

Dans la rupture utérine, la plupart des auteurs sont unanimes sur le fait que la rupture utérine peut survenir à tout âge.

Le facteur âge ne semble pas influencer la fréquence des ruptures utérines mais plutôt leur gravité.

Dans notre série on remarque que la moyenne d'âge des ruptures utérines était légèrement plus élevée que dans les autres étiologies.

Etiologie	Placenta prævia	HRP	Rupture utérine
Auteurs			
Adnaoui (19)	29.45	32.14	30.85
Lahmar (21)	31.6	28.7	31.5
Notre série	29.9	29.12	32.25

Tableau 37 : Age moyen selon les étiologies dans les différentes séries

2-La parité :

La répartition des patientes selon la parité dans les différentes séries est rapportée dans le tableau suivant :

Série	Parité	Parité moyenne	Multipare (%)
Sepou (17)		2.93	29.7
Adnaoui (19)		2.99	30
Lahmar (21)		3.57	38.74
Notre série		3.56	21.8

Tableau 38 : Parité des patientes dans les hémorragies du troisième trimestre dans les différentes séries

Dans notre série nous avons relevé un taux de 21.8% de multipares dont 2.70% de grandes multipares.

Dans le cas du placenta prævia la parité moyenne dans notre série était de 2.30 et 20% chez les multipares.

Dans la série de **Brenner** (28), la fréquence des multipares était de 82,7% contre 66,7% dans le groupe contrôle. **Pedowitz** (29) quant à lui estime que la parité est un facteur plus déterminant que l'âge.

Pour **Boog** (9), la multipare a un risque relatif de 4 à 5 de développer un placenta prævia.

Zhang (25), quant à lui, émet l'hypothèse que chaque grossesse altère le site d'implantation endométriale avec une modification des vaisseaux qui diminue l'irrigation de l'endomètre, une surface de plus en plus grande de la cavité

utérine serait nécessaire pour l'ancrage du placenta et pour un flux correct dans l'espace intervilloux, d'où une extension vers le segment inférieur.

Cette hypothèse est supportée par le fait qu'un placenta prævia est plus étendu et plus mince qu'un placenta normalement inséré.

La parité moyenne en cas d'HRP dans notre série était de 4.9, l'HRP était l'étiologie de 25.24% des multipares et 35% chez les primipares.

Dans la littérature (29), l'HRP constitue une pathologie propre à la multipare, le risque d'HRP double à partir de la quatrième grossesse et triple à la cinquième

La fréquence des ruptures croît avec la parité et la réduction de l'intervalle entre les grossesses par le biais des modifications histologiques de l'utérus (qui devient fibreux et moins tonique) (30).

Selon **Zine** (31), la rupture survient surtout chez la grande multipare en cas d'utérus sain et chez la multipare en cas d'utérus cicatriciel.

Quant à la rupture utérine, la parité moyenne dans notre série était de 3.5, 25% des ruptures ont été observées chez des multipares.

3-Antécédents gynéco-obstétricaux :

Aussi bien dans notre série que dans les différentes études concernant les hémorragies du troisième trimestre de grossesse, les antécédents d'avortement et de césariennes ont été retenus comme facteurs étiologiques.

<u>Auteurs</u>	<u>ATCD</u>	<u>Césarienne</u> (%)	<u>Avortements(%)</u>	<u>MFIU(%)</u>	<u>Hémorragie du</u> <u>3^{ème} trimestre(%)</u>
Sepou (17)		-	-	-	5.1
Singhal (32)		15.93	12.39	-	-
Adnaoui (19)		20	35	5	5
Lahmar (21)		14.28	26.08	11.18	2.48
Notre série		15.45	10	5.45	0.99

Tableau 39 : Antécédents gynéco-obstétricaux dans les hémorragies du troisième trimestre

Dans notre série, 17 de nos patientes avaient comme antécédent une césarienne soit une fréquence de 15.45%. Ce taux variait entre 14.28% pour **Lahmar** (21) et 20% pour **Adnaoui** (19).

Dans la littérature plusieurs auteurs affirment l'augmentation de la fréquence des hémorragies du troisième trimestre chez des patientes ayant un antécédent d'uterus cicatriciel, Selon **Boog** (9) la césarienne constitue un facteur favorisant évident avec un risque relatif de survenue de métrorragies multiplié par 2 voire par 5, quant à l'HRP ce risque serait multiplié par 1.4 (33). Pour la rupture utérine il paraît évident que le risque augmente avec le nombre de césariennes antérieures (34).

Pour l'antécédent d'avortement on rapporte un taux de 10%, qui est inférieur comparé aux autres séries ou ce taux variait entre 2 et 4 fois celui des avortements dans la population générale.

Dans notre série une seule patiente a présenté dans ces antécédents une récurrence de l'hémorragie au court du troisième trimestre soit un taux de 0.99% pour les autres séries ce taux variait entre 2.8% et 5.1%. Cette récurrence

semble logique compte tenu des facteurs de risques qui persistent d'une grossesse à l'autre (l'âge et la parité qui ne cessent d'augmenter, les antécédents de césarienne et d'avortement...), mais dépend aussi de l'étiologie des métrorragies ainsi que du traitement obstétrical qui a été réalisé.

4-Antécédents toxiques : (35)

Le taux du tabagisme et éthyliste maternel a augmenté durant les dernières années.

Le rôle favorisant du tabagisme dans les hémorragies du troisième trimestre a été évoqué et confirmé par plusieurs études.

Pour le placenta prævia, le risque relatif est de 1,5 à 3 pour l'exposition au tabac. Ces substances entraînent une vasoconstriction responsable d'hypoxémie, qui entraînerait une hypertrophie placentaire compensatrice (9). L'endomètre serait également altéré.

Et selon la méta-analyse d'Ananth, en 1999, a montré chez les fumeuses que le risque de survenue d'un hématome rétro placentaire est presque doublé. Il en déduit que 15 à 25 % des hématomes rétroplacentaires sont attribuables au tabagisme. L'anoxie périphérique avec nécrose déciduale est en effet plus fréquente si le taux de carboxyhémoglobine est élevé, pouvant constituer le point de départ de l'hématome rétro-placentaire

Dans notre série aucune des patientes n'avait d'habitudes toxiques, ces données peuvent être expliquées par le niveau socioculturel de nos patientes ou le tabagisme est rare et inavouable par les femmes.

5-Niveau socioéconomique :

Ce facteur prend également toute sa valeur dans les pays en développement où un faible niveau socioéconomique correspond généralement à un niveau de santé bas et où l'ignorance, les carences nutritionnelles, l'anémie et l'épuisement physique influencent négativement l'incidence de survenue des hémorragies du troisième trimestre, a été considéré dans la littérature comme un facteur favorisant de la mortalité maternelle en particulier pour l'HRP et la rupture utérine

Ainsi, dans la littérature, il est relevé que 60 à 70 % des ruptures utérines en Afrique s'observent chez des femmes de classe économiquement faible (36).

En effet l'absence ou l'insuffisance de suivi prénatal et donc l'absence de diagnostic et de prise en charge correcte de tous les facteurs de risque au cours de la grossesse entraînent la survenue de l'HRP (37).

III-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

1-Suivi de la grossesse :

Le suivi de la grossesse est un élément primordial et indispensable, en dehors de son rôle de dépistage et de traitement de toute maladie associée à la grossesse, la consultation prénatale doit permettre de déceler certains facteurs de risques qui exposent aux complications obstétricales ou qui peuvent aggraver le pronostic. Il a aussi pour objectif d'accompagner la femme et ses proches pendant la grossesse.

Parmi les facteurs de risque, l'anémie gravidique est le plus constant quelle que soit l'étiologie. En plus elle est facilement corrigée par l'administration quotidienne de fer.

La spoliation sanguine qui survient sur un terrain anémique aggrave et précipite le pronostic.

Dans notre série, 33.6% des patientes n'ont eu aucun suivi médical au cours de leur grossesse.

Au Maroc **Adnaoui** (19) et **Lahmar** (21) relèvent respectivement des taux de 13.3% et 57.4% de grossesses non suivies.

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la Santé, jusqu'à présent des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux entre milieux urbains /ruraux, entre régions et entre niveaux socio- économiques.

Ce paramètre ne figure pas sur les séries des pays développés, où la majorité des parturientes sont régulièrement suivies cliniquement et échographiquement.

2-Les grossesses gémellaires :

Dans notre série sur nous avons relevé 3 cas de grossesses gémellaires soit 2.72%

Dans les autres séries ce taux était de 2.5% pour **Adnaoui** (19) et **Singhal** (32) et de 1.25% pour **Lahmar** (21).

Sur les 3 cas de grossesse gémellaire, deux d'entre elles étaient suivies pour placenta prævia la troisième patiente était admise pour métrorragies de cause inconnue.

Dans la littérature la gémellité est considéré comme facteur de risque de placenta prævia, le placenta volumineux, très étalé, empiète souvent sur le segment inférieur.

En effet, pour **Strong** (38) et **Brenner** (28), le risque d'insertion basse est pratiquement multiplié par 2 en cas de grossesse multiple

Quant à l'HRP certains auteurs concluent qu'il est deux fois plus susceptible de survenir dans une grossesse multiple que monofœtale.

Il est classiquement admis que la surdistension utérine provoquée par les grossesses multiples favorise la rupture utérine.

3-Complications de la grossesse :

Les syndromes vasculo-rénaux représentent la première complication dans toutes les séries leur taux était de 10.9% dans notre série et variait de 5% chez **Adnaoui** (19) à 19.87% chez **Lahmar** (21).

La survenue de l'HRP dans un contexte hypertensif est relevée par de nombreux auteurs, c'est la circonstance la plus classique, ceci concorde avec les résultats de notre série ou, dans la majorité des cas il s'agissait de cas d'HRP.

Pour **LIVINGSTON** (39), le 1er facteur de risque reste incontestablement l'HTA, il estime que le risque d'HRP est d'autant plus grand que l'HTA est précoce et sévère provoquant des altérations placentaires et aggravant l'ischémie.

Pour **HADDAD** et **ODENDAAL** (40-41) respectivement 6% et 20,3% des patientes hospitalisées pour pré-éclampsie développent l'HRP.

IV- ADMISSION :

-Le délai saignement-consultation n'a pas été étudié dans notre série, par manque d'information sur les dossiers de nos patientes.

-Dans notre série, le taux des patientes référées était de 44.5%

Le manque de structures adéquates et/ou de personnel qualifié dans la région rurale justifie la référence élevée de ces parturientes

V- ETUDE CLINIQUE :

1-Terme de l'hémorragie :

Auteurs	Hémorragie survenant avant terme (%)
Singhal (32)	41.85
Adnaoui (19)	75.8
Lahmar (21)	50.93
Notre série	51.8

Tableau 40 : Fréquence des hémorragies survenant avant terme selon les séries

Dans notre série, les hémorragies survenant avant terme sont plus fréquentes dans les hématomes rétro-placentaire et les placentas prævia, quant aux ruptures utérines et aux hémorragies de causes indéterminées, elles surviennent plutôt à terme.

On a noté que le terme moyen de survenue du placenta prævia dans notre série était de 36.84 SA, celui de l'HRP était de 36.33SA quant a la rupture utérine le terme moyen était de 38 SA.

Ce qui se rapproche des données de la littérature.

Dans les ruptures utérines, la date de survenue des hémorragies dépend plus de la progression du travail que du terme en lui-même. La rupture utérine en dehors du travail est un accident exceptionnel.

2-Signes associés à l'hémorragie :

La douleur abdomino-pelvienne est un signe subjectif.

Dans notre série elle était associée à l'hémorragie dans 39 cas (35.45%), il s'agissait de 30 cas d'hématome rétro-placentaire et de 5 cas de placentas prævia.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Pour **Coulau** (42) décrit la douleur dans sa forme typique par sa survenue brutale, souvent intense au niveau de l'utérus et irradiant vers les lombes, les régions dorsales et crurales. Cette douleur suivie rapidement de métrorragie, est également associée à une hyperesthésie cutanée.

Bien que classiquement, les hémorragies du placenta prævia soient indolores, **Foote** (44) note chez 9 à 16 % des femmes des douleurs abdominales et une tension utérine. Les douleurs isolées constituent le premier motif de consultation de 2 % des patientes. Pour **Macafee** (43), l'existence de douleurs doit faire évoquer soit un décollement placentaire associé, soit un début de travail.

3-Présentation :

La fréquence importante des présentations vicieuses a été rapportée par la majorité des auteurs.

Selon **Singhal** (32) et **Lahmar** (21) le taux des présentations transverses était respectivement 10 et 10.5 fois celle de la population générale et la présentation de siège de 2.5 et 3.7 fois supérieur.

Purohit (16) quant à lui rapporte 27 cas de présentations vicieuses.

Dans notre série on a relevé 9 cas de présentations vicieuses, 6 cas de présentations de siège et 3 cas de présentations transverse.

Le rôle des présentations vicieuses a été mis en évidence au cours du placenta prævia et de la rupture utérine.

Dans le placenta prævia et selon **Boog** (9), la recherche systématique des pôles fœtaux met en évidence une présentation anormale dans 15 à 34 % des cas. Les présentations transversales ou obliques sont 25 à 35 fois plus fréquentes et les

présentations du siège sont 2 à 3 fois plus fréquentes que dans les grossesses normales.

Selon **Hibbard** (45), la fréquence du placenta prævia est 50 fois plus élevée chez une femme à terme avec un fœtus en présentation transversale que si le fœtus est en présentation céphalique.

Le taux des présentations vicieuses augmente en fonction de la gravité de l'insertion basse.

Le segment inférieur occupé par le placenta ne permet pas l'accommodation de la présentation fœtale.

VI-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Toute hémorragie du troisième trimestre impose une hospitalisation

1-Bilan biologique : (47-48)

Dreyfus et **Pons** recommandent comme bilan minimal lors des hémorragies du troisième trimestre un groupage sanguin, une numération formule sanguine, une recherche d'agglutinines irrégulière, une albuminurie, une étude de la crase sanguine comprenant un temps de céphaline activée, un taux de prothrombine, un dosage du fibrinogène et des produits de dégradation de la fibrine

Charasson préconise en plus un test de **Kleinhauer**, une uricémie, une créatinémie et un bilan hépatique.

Dans notre série, aucune de nos patiente n'a bénéficié de recherche d'agglutinine irrégulière ni d'un test de **Kleinhauer**.

Les autres bilans étaient effectués à fréquence variable selon l'urgence et les suspicions diagnostiques.

2-Echographie obstétricale : (46)

L'échographie est une des technologies les plus importantes introduites dans le monde de l'obstétrique ces 30 dernières années. Sur une période relativement courte, l'environnement intra-utérin anciennement inaccessible est désormais étudié dans notre pratique quotidienne, elle a l'avantage d'être simple, fiable et reproductible.

Dans les hémorragies du troisième trimestre, elle a un double intérêt diagnostic et pronostic.

Mais n'est pas un examen systématique.

Dans la forme classique de l'HRP, l'échographie n'est pas nécessaire au diagnostic mais capitale lorsqu'il existe un doute sur la vitalité fœtale. Elle est alors pratiquée en urgence avant l'intervention.

Le diagnostic échographique du décollement prématuré d'un placenta normalement inséré reste toujours difficile en fin de gestation compte tenu de l'absorption du faisceau ultrasonore par les structures fœtales.

La valeur prédictive positive de l'échographie varie de 88 % à 25% (22) selon la performance du matériel et des opérateurs.

Pour la rupture utérine, elle est inutile et retarde la mise en route du traitement.

Quant au diagnostic du placenta prævia, la précision de l'échographie est de 93 à 96 %. En moyenne, les faux positifs sont un peu plus fréquents que les faux négatifs (5 à 7 %).

Pour éviter les erreurs diagnostiques liées à l'obésité, au remplissage vésical excessif et aux localisations postérieures, et pour améliorer la précision quant au degré de recouvrement du col et à la mesure exacte entre le bord placentaire et l'orifice interne du col, la majorité des auteurs s'accordent pour affirmer que la voie endo-vaginale est plus fiable (9 - 49 - 46...).

Dans notre série l'échographie a été réalisée dans 70% des cas.

3-Imagerie par résonance magnétique :

L'inutilité de la réplétion vésicale, la bonne reproductibilité (l'imagerie ne dépend pas de l'opérateur) et la très haute définition de l'image font que l'IRM présente de nombreux avantages comparé à l'échographie.

Elle est indiquée dans le diagnostic étiologique des métrorragies inexplicables du 3ème trimestre de grossesse mais surtout dans le diagnostic du placenta prævia dans le cas où le bord inférieur du placenta par rapport à l'orifice externe du col n'a pas été clairement visualisé par l'échographie.

Malgré ses avantages, en cas de grossesse, l'innocuité de l'IRM n'a pas été trouvée.

Au Maroc, devant le niveau socio-économique bas de nos patientes cette technique est loin d'être généralisée.

4-échographie doppler :

L'intérêt de l'examen au Doppler dans l'HRP peut être envisagé à deux titres (50) :

- En tant qu'élément de diagnostic différentiel entre menace d'accouchement prématuré associée à des métrorragies et un HRP grade 1.

- En tant qu'élément déterminant pour le pronostic des grossesses après un HRP.

Le suivi vélocimétrique permet d'apprécier le risque de récurrence d'HRP.

Rosemond et **Chou** insistent sur l'apport du Doppler couleur, qui montre surtout la présence de vaisseaux du placenta dirigés vers le myomètre, ce qui signe le diagnostic de placenta prævia accreta. (51)

VII-ETIOLOGIES :

Le tableau montre la fréquence des différentes étiologies des hémorragies du troisième trimestre selon les différentes séries.

Etiologies Auteurs	Placenta praevia (%)	HRP (%)	Rupture utérine (%)	Lésions cervico-vaginale (%)	Métrorragies inexplicées (%)	Hématome marginal (%)	Hémorragie de Benckiser (%)
Harrington (14)	33	30	-	-	-	-	-
Sepou (17)	53.7	18.27	5.83	-	-	-	-
Purohit (16)	39.55	59.70			0.75		
Singhal (32)	52.64	29.65	0	-	17.7	-	-
Hachimy (20)	49.82	23.52	7.61	0	24.22	0	0
Lahmar (21)	37.9	34.8	7.4	1.25	15.5	1.25	
Notre série	34.5	35.5	2.7	1.8	22.7	0.9	0.9

Tableau 41 : Fréquence des étiologies des hémorragies du troisième trimestre selon les séries.

On note que le placenta praevia et l'hématome rétro-placentaire sont les étiologies les plus fréquentes des hémorragies du troisième trimestre unanimement dans toutes les séries.

La fréquence des ruptures utérines varie avec la zone d'appartenance géographique : les pays à faible niveau de développement et particulièrement ceux de l'Afrique subsaharienne connaissent les taux les plus élevés. Et c'est dans les régions industrialisées que sont retrouvées les fréquences les plus basses.

Dans notre série, le taux de ruptures utérines rejoint celui des pays en voie de développement.

On note aussi que le taux des hémorragies restées inexplicées est important dans toutes les séries.

En effet, selon **Bhandari** (52), elle est la cause la plus commune des hémorragies du troisième trimestre, elle représente plus de 50% des hémorragies.

VIII-TRAITEMENT ET CONDUITE A TENIR : (53 - 54 - 55 - 37- 21)

Les hémorragies du troisième trimestre constituent une urgence obstétricale, le traitement curatif comprend une phase de réanimation et déchoquage, menée parallèlement avec le traitement étiologique.

La prise en charge de ces patientes est donc multidisciplinaire et nécessite une étroite collaboration entre obstétricien, pédiatre, anesthésiste, réanimateur et biologiste.

Dont le but est :

- D'obtenir une naissance vivante
- d'évacuer l'utérus dans les plus brefs délais
- Prévenir et traiter les complications

En situation d'urgence, la démarche thérapeutique doit tenir compte de différents paramètres :

- L'état hémodynamique maternel,
- L'âge gestationnel
- L'état du fœtus, sa présentation, les conditions obstétricales et notamment les antécédents d'accouchement par voie basse, de césarienne et la possibilité d'accès aux membranes.

Le traitement devra être rapide, efficace et ayant comme objectifs :

-D'assurer la survie maternelle en arrêtant l'hémorragie et en compensant les pertes sanguines.

-Permettre l'extraction d'un nouveau né vivant non prématuré dans la mesure du possible.

1-Traitement médical :

Moyens de réanimation médicale :

1-1 Mise en condition :

Une prise en charge précoce est primordiale pour éviter les cercles vicieux physiopathologiques.

De nombreuses hémorragies obstétricales deviennent graves du fait de leur sous estimation, de la méconnaissance d'un état de choc débutant responsable lui même de coagulopathie type CIVD.

Immédiatement, un certain nombre de gestes doivent être réalisés en urgence :

- S'assurer de la présence d'abord veineux en nombre et calibre suffisants :

La mise en place d'une ou deux voies veineuses de bon calibre, il est parfois nécessaire de recourir à une voie veineuse profonde et de mettre en place une mesure de la pression veineuse centrale guidant le remplissage.

-Mise en place d'une sonde urinaire permettant de mesurer la diurèse et la protéinurie.

- L'apport d'oxygène à raison de 6 à 8 litres d'oxygène minute à l'aide d'un masque ou sonde nasale dans les hémorragies abondante doit être systématique dans ces situations pour compenser l'augmentation de consommation d'oxygène par la polypnée et la diminution du transporteur.

Parallèlement à la recherche d'une cause obstétricale de l'hémorragie, la patiente est surveillée cliniquement (état de conscience, diurèse...) et par monitoring : fréquence cardiaque, pression artérielle non invasive automatique, oxymétrie de pouls.

Dans notre série, toutes les patientes ayant présenté un état hémodynamique instable ont bénéficié d'une voie veineuse et oxygénothérapie.

Quant au sondage vésical il a été réalisé chez toutes nos patientes.

1-2-Correction de l'hypovolémie :

Elle est essentielle et tient compte du fait que le saignement extériorisé est toujours inférieur à la déperdition sanguine réelle.

La première difficulté est liée à l'évaluation des pertes sanguines. L'idéal est d'installer un système de recueil des pertes dès le début de l'hémorragie. Il faut peser les champs, les compresses et les pertes ainsi recueillies. La pesée des caillots ne représente que 40 à 50% de la spoliation sanguine.

La compensation volémique des pertes par des solutions de *cristalloïdes* doit commencer sans retard en attendant les produits sanguins pour éviter l'aggravation de la CIVD et rétablir un débit utéro-placentaire.

-Pour les hémorragies ante partum, conformément à une conférence de consensus de 1989 sur le remplissage vasculaire, l'utilisation des dextrans est formellement contre-indiquée.

Avant la naissance, ne peuvent être utilisés comme solutés de remplissage que les *cristalloïdes* et *l'albumine*.

Dans notre série, toutes les patientes ayant présenté un état instable ont bénéficié d'un remplissage aux solutés cristalloïdes.

1-3-Correction des troubles de la coagulation :

Toute hémorragie persistante ou abondante impose la recherche des stigmates biologiques d'une défibrination.

En cas de défibrination confirmée, le traitement repose sur le plasma frais congelé, associé à du fibrinogène et éventuellement des plaquettes. Il faut retenir que le véritable traitement d'un syndrome de défibrination est celui de la cause initiale.

-Plasma frais congelé : Il contient tous les facteurs de la coagulation et en particulier les facteurs V et VIII. Il permet de lutter contre la CIVD et de maintenir la volémie.

Dans notre série 4 de nos patientes ont reçu du PFC en post partum.

-Fibrinogène : on lui reproche le risque de thrombose au site d'injection et le risque potentiel d'alimenter la CIVD. Mais ces risques sont balancés par le pronostic vital et la plupart des auteurs lui accordent sa place dans la réanimation des formes sévères de métrorragies.

La transfusion de fibrinogène n'est pas de pratique courante dans notre hôpital.

-Concentrés plaquettaires : Les plaquettes sous forme de concentré ne sont transfusées que s'il existe une thrombopénie ($\leq 50\ 000/\text{mm}^3$ pour une césarienne, $\leq 20\ 000/\text{mm}^3$ pour un accouchement par voie basse) ou des anomalies du temps de saignement.

Dans notre série, aucune de nos patientes n'a bénéficié de transfusion plaquettaire.

-D'autres produits ne sont plus aujourd'hui utilisés par la plupart des praticiens : il s'agit de l'héparine (dont l'intérêt théorique dans la lutte contre la CIVD est largement contre balancée par les risques d'hémorragie secondaire), de l'acide alpha amino-caproïque, et des anti-fibrinolytiques tel l'acide tranexamique.

En cas d'hypofibrinogénémie sévère, l'utilisation de cryoprécipités peut être utile

L'efficacité du remplissage est appréciée cliniquement par la disparition des signes du choc hypovolémique, l'élévation tensionnelle, la diminution de la fréquence cardiaque, une reprise de la diurèse et la réapparition d'un caillottage, signe d'une relative restauration de l'hémostase.

1-4-Compensation globulaire :

En respectant les règles strictes d'une transfusion sanguine, l'objectif du traitement est de maintenir le taux d'hémoglobine au dessus de 8 g/dl et aussi de corriger la volémie.

L'expansion volémique est surveillée par l'état de la patiente, le monitoring cardiovasculaire et la diurèse horaire qui doit être supérieure à 30 mL/h.

22 de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion de culots globulaires isogroupe isorhésus.

2-Traitement obstétrical :

Dépend de l'âge, de la parité, de l'étiologie, de l'état maternel à l'admission, de la vitalité et de l'âge fœtal, de la survenue de complications, du délai d'évolution des signes, des conditions mécaniques obstétricales et du plateau technique.

L'extraction fœtale constitue le traitement radical des métrorragies, elle s'impose en urgence en cas de mise en jeu du pronostic vital de la mère ou l'enfant, dans le cas contraire la temporisation peut permettre d'éviter une grande prématurité et expose aux risque de l'hémorragie grave.

2-1-Traitement étiologique :

A-Hématome rétroplacentaire :

Le but est d'évacuer l'utérus du fœtus et de son placenta, source d'enzymes perturbant la coagulation.

La prise en charge obstétricale immédiate dépend à la fois du terme de la grossesse, de la vitalité fœtale et du degré des complications maternelles. La gestion se fait le plus souvent au cas par cas.

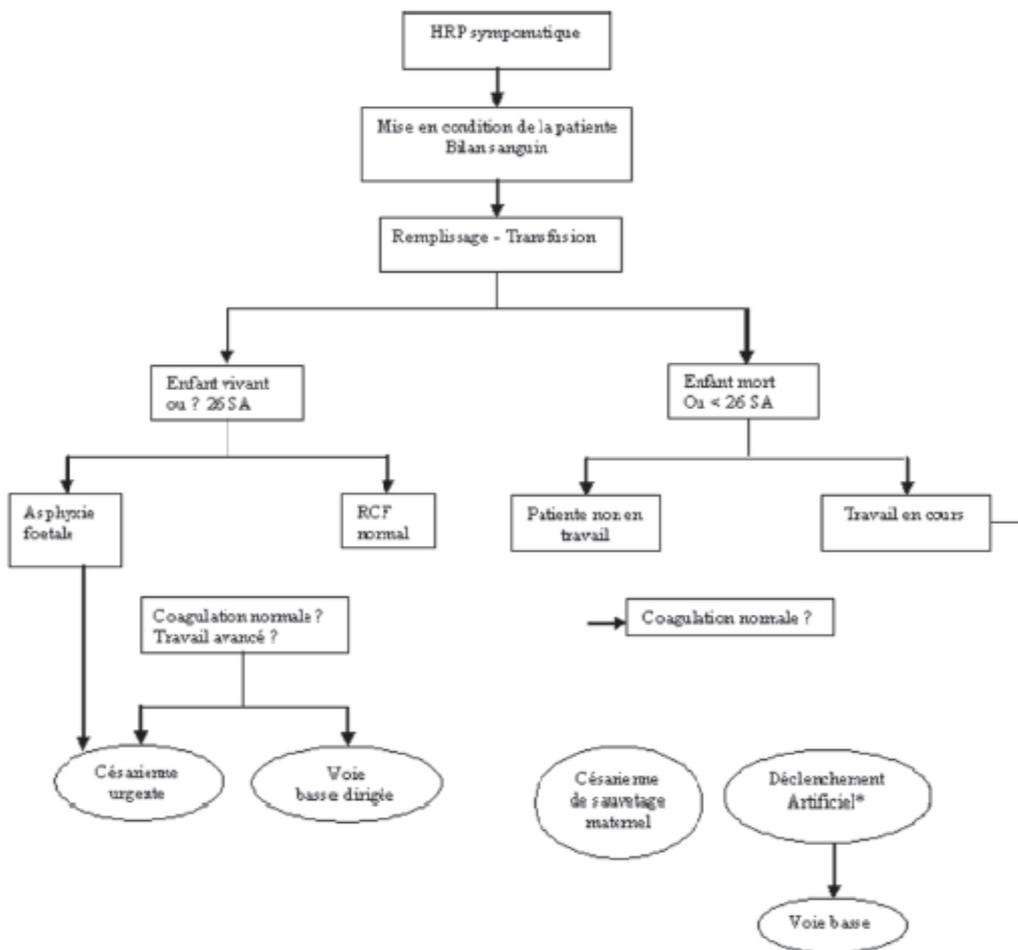


Figure X : CAT devant suspicion d'HRP (66)

Dans notre série, 43.6% des patientes ayant présenté un HRP ont accouché par voie basse

-Traitement préventif :

Le seul moyen pharmacologique qui ait été réellement proposé est l'Aspirine®. Les résultats dont on dispose actuellement comportent un nombre insuffisant d'HRP pour pouvoir réellement conclure.

Quoi qu'il en soit, plusieurs auteurs continuent à traiter par l'Aspirine® les patientes ayant dans leurs antécédents un ou deux HRP dans un contexte de retard de croissance intra-utérin ou d'hypertension artérielle (37)

B-Placenta prævia :

Le choix entre l'accouchement immédiat et le traitement conservateur se fera en fonction de paramètres fœtaux et de paramètres obstétricaux :

-Les paramètres fœtaux : l'âge gestationnel, les signes de souffrance fœtale, le risque traumatique de la voie basse

-Les paramètres obstétricaux : le degré des hémorragies, l'ampleur de la dilatation cervicale, la variété anatomique du PP, la présentation fœtale, l'état des membranes.

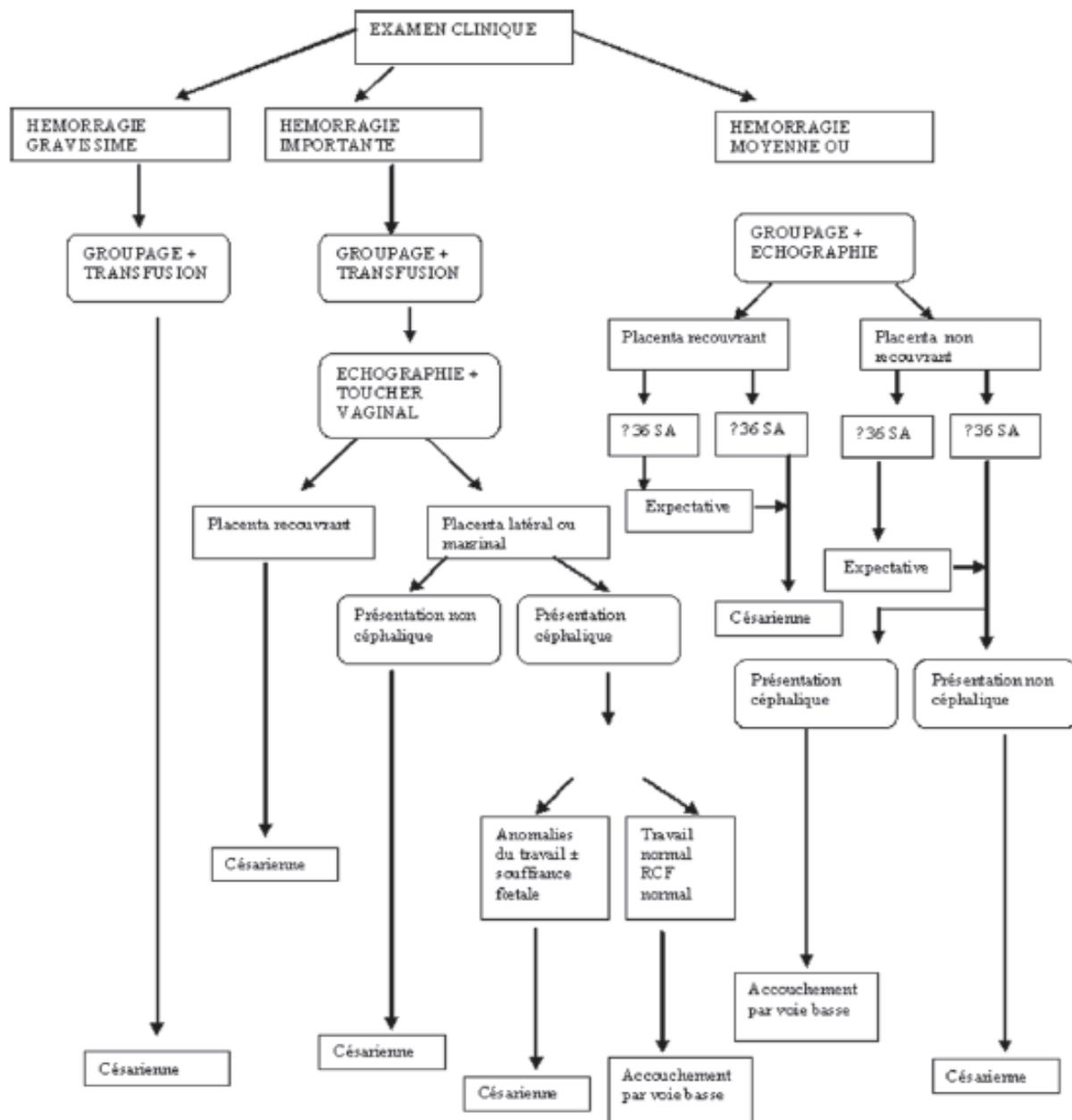


Figure XI : CAT devant placenta prævia (66)

Dans notre série la première indication de césarienne avec 38.33% était des cas de placentas prævia totalement recouvrant

C-Rupture utérine

Qu'elles soient complètes ou incomplètes, les ruptures symptomatiques nécessitent une prise en charge réanimatoire et un traitement chirurgical en urgence.

L'objectif premier est de faire le bilan et l'hémostase des lésions.

Le choix du type d'intervention chirurgicale dépend :

-Du délai entre le diagnostic et la prise en charge, siège de la rupture, l'étendue des lésions, l'état hémodynamique, l'âge, la parité, le désir de grossesse ultérieur de la patiente

Les méthodes chirurgicales sont : la suture utérine, l'hystérectomie, ainsi que le traitement des lésions associées.

Dans notre série, une hystérectomie a été réalisée dans un seul cas de rupture utérine.

Traitement préventif de la rupture utérine

Afin de réduire l'incidence des ruptures utérines, certaines mesures prophylactiques sont à adopter :

-S'assurer de la qualité du suivi obstétrical avec développement des infrastructures cohérentes et la formation du personnel pour les pays en voie de développement.

-Respecter certaines règles obstétricales : Respect des contre-indications d'une épreuve du travail, maniement prudent des ocytocines, appréciation de la qualité d'une cicatrice de césarienne.

-Dépister les présentations dystociques avant l'accouchement.

-Rechercher les facteurs de risque : Multiparité, accouchement dystocique, ATCD de curetage, uérus cicatriciel

-Respecter les indications de césarienne en cas d'utérus cicatriciel : Nombre de césariennes supérieure ou égale a deux, cicatrice *corporéale* ou segmento-corporéale, cicatrice antérieure inconnue, présentation de siège, suspicion de macrosomie, mensurations limites du bassin sur la radiopelvimetrie.

2-2-Voie d'accouchement : (in 21)

Le tableau montre la fréquence des voies d'accouchement selon les séries :

Auteurs	Voie basse	Voie haute
Singhal (32)	56.2	43.8
Adnaoui (19)	57.5	42.5
Hachimy (20)	61.94	38.06
Lahmar (21)	27.95	71.42
Notre série	40	60

Tableau 42: Voie d'accouchement selon les séries

La fréquence de la voie haute dans notre série est intermédiaire par rapport à celles rapportées par la littérature.

2-3-la voie basse :

La voie basse trouve son indication dans les hémorragies du troisième trimestre en cas de :

- Placenta prævia de variété latérale associé à une présentation céphalique.
- HRP compliqué de MFIU en l'absence de trouble de l'hémostase ou d'instabilité hémodynamique.
- Hémorragie d'origine inconnue, après avoir éliminé les autres urgences obstétricales.

Dans notre série, 42.5% des accouchements par voie basse étaient réalisés chez des patientes présentant un HRP.

Dans 52.5% des cas, il s'agissait de cas d'hémorragies restées inexplicées.

2-4-la voie haute :

La voie haute s'impose dans les hémorragies du troisième trimestre devant :

-Toute situation mettant en jeu le pronostic maternel (état de choc, trouble de la coagulation)

-Toute situation mettant en jeu le pronostic fœtal (Souffrance fœtale, HRP avec activité cardiaque positive)

-La rupture utérine

-Les variétés recouvrantes des placentas prævia, et les marginales chaque fois qu'il existe une présentation vicieuse.

-L'utérus cicatriciel

Dans notre série la première indication de césarienne était des cas de placenta prævia recouvrant dans 38.33%

3-Traitement conservateur

Le traitement conservateur permet d'améliorer le pronostic fœtal mais il a aussi ses inconvénients.

En effet, il y a d'une part un risque de récurrence hémorragique qui va éventuellement nécessiter des transfusions multiples et d'autre part les risques relatifs à la tocolyse

Le traitement conservateur ne peut être envisagé qu'en cas de placenta prævia, lésions cervico-vaginales et de métrorragies de causes inexplicées.

Dans le cas de l'HRP le traitement conservateur est très controversé. Seuls quelques auteurs (3 - 55 - 56) le proposent pour les formes chroniques et régressives de HRP en cas de très grande prématurité.

Quant aux ruptures utérines, tous les auteurs sont unanimes qu'il s'agit d'une urgence qui doit être traitée immédiatement une fois le diagnostic établi ou suspecté.

3-1-Tocolyse :

La tocolyse apparaît logique dans le traitement des hémorragies en effet, elles sont aggravées par les contractions utérines et le but du traitement conservateur est de retarder l'accouchement jusqu'à la maturité fœtale.

La tocolyse n'est débutée qu'après contrôle du pouls et de la tension artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, électrocardiogramme, enregistrement de 30 minutes du rythme cardiaque fœtal (recherche de signes de souffrance fœtale) et bilan sanguin (hémogramme, glycémie, ionogramme).

Dans les séries occidentales, c'est la progestérone naturelle micronisée qui est employée en première intention.

Chez nous, on utilise le plus souvent les bêtamimétiques, qui ne sont toutefois pas dénués d'inconvénients:

- Ils sont contre indiqués dans les hémorragies sévères:

- la tachycardie fœtale qu'ils induisent, peut masquer un début de souffrance fœtale

- Lors d'une césarienne ils augmentent le risque hémorragique (+ 108 mL), d'une part par abaissement de 20 à 30 % de l'agrégation plaquettaire, d'autre part par augmentation de l'activité fibrinolytique.

Parmi les autres agents **tocolytiques** on retrouve :

-Anti-inflammatoires non stéroïdiens

-Inhibiteurs calciques

-Sulfate de magnésie

Dans notre série, une tocolyse a été réalisée chez 9 de nos patientes.

3-2-Corticoïdes :

Ils stimulent la synthèse de surfactant alvéolaire au niveau des cellules épithéliales de type II. La bétaméthasone semble être la plus efficace, réduisant de moitié le taux des maladies des membranes hyalines. L'effet bénéfique débute dès la 24^e heure, mais est maximal entre 48 heures et 7 jours.

Une cure de 2 jours de bétaméthasone dosé à 12mg est indiquée en cas de traitement conservateur si les métrorragies surviennent avant 34SA.

En plus de son action favorable sur la fréquence et la gravité des maladies des membranes hyalines, la corticothérapie anténatale réduit le taux des hémorragies intra-ventriculaires et des entérocolites nécrosantes.

Dans notre série, 13 de nos patientes ont reçu une cure de corticoïdes.

3-3-Prévention de l'allo-immunisation anti D :

Toute hémorragie chez une femme rhésus négatif impose une prévention de l'immunisation rhésus dans les 72 heures par de l'immunoglobuline anti D.

Dans notre série deux de nos patientes ont reçu de l'immunoglobuline anti D après l'accouchement.

IX-PRONOSTIC MATERNEL :

1-Mortalité maternelle :

La mortalité maternelle a considérablement diminué, grâce à une prise en charge rapide et adaptée aux progrès de la réanimation en antepartum et post partum, ainsi qu'aux progrès des techniques opératoires.

Auteurs	Mortalité maternelle (%)
Sepou (17)	9.67
Singhal (32)	2.2
M. Sidiki (18)	1.7
Purohit (16)	1.49
Adnaoui (19)	0
Lahmar (21)	3.7
Notre série	1.81

Tableau 43 : Mortalité maternelle selon les séries

On note que le taux de la mortalité maternelle dépend du niveau de développement des pays

Au Canada selon l'institut canadien d'information sur la santé, le taux de mortalité maternelle entre 2002 et 2011 par hémorragie du troisième trimestre était de 0.6 par 100 000 accouchements.

En Grande Bretagne entre 2000–2002, 17 cas de mortalité maternelle par hémorragie du troisième trimestre ont été recensés, dont 4 cas de placentas prævia. (58)

En Egypte à la maternité du Caire en 2008 ce taux était de 11.8%. (59)

Dans la littérature, le taux de mortalité maternelle dépend de l'étiologie du saignement et du niveau socio-économique du pays.

Grâce à une prise en charge rapide et adaptée en milieu de réanimation, la mortalité maternelle est devenue exceptionnelle dans les pays développés.

Pour la rupture utérine et dans les pays à haut niveau socioéconomique, la mortalité maternelle est estimée à moins de 1%. Elles sont beaucoup plus importantes et moins bien évaluées dans les pays à faible développement socio-sanitaire et particulièrement ceux d'Afrique subsaharienne, le pronostic maternel, malgré des progrès notables, reste préoccupant avec des taux de décès compris entre 2 et 20 %. (60)

Le placenta prævia représente 2,6 à 6% des mortalités maternelles. Elle est inférieure à 1%, voir nulle selon les statistiques récentes (61 – 62 - 63). Quant à l'HRP le taux de mortalité est aux alentours de 3%.

Le décès maternel ne peut être attribué exclusivement à l'étiologie de l'hémorragie, le niveau socio-économique bas ainsi que l'intrication de plusieurs facteurs est la règle

(le retard de prise en charge, CIVD, accident de réanimation ou d'anesthésie, les complications infectieuses ou hémorragique du post partum)

Dans notre série, nous avons enregistré 2 cas de mortalité maternelle soit un taux de 1.81%. Il s'agissait d'un cas d'hématome rétro-placentaire et d'un cas de placenta prævia.

2-Morbidité maternelle :

Si la mortalité maternelle a fortement baissé de nos jours grâce à l'extraction du fœtus par césarienne et aux transfusions sanguines, la morbidité maternelle reste par contre élevée.

En effet, les complications sont toujours à craindre et ce en fonction de l'état maternel au moment du diagnostic et de la rapidité de la prise en charge

2-1-Etat de choc :

Dans notre série l'état de choc a été noté chez 10.8% de nos patientes.

Ce taux concorde avec les données des autres séries qui étaient de 10% pour **Adnaoui** (19) et 19.8% pour **Lahmar** (21).

Ce qui est probablement dû au retard de consultation de nos patientes, et du fait qu'un bon nombre d'entre elles sont référées de centres lointains.

2-2-trouble de la crase sanguine :

Dans notre série, on a relevé parmi nos patientes 5 cas de troubles de l'hémostase, soit 4.54% des cas.

Les données rapportées par les autres séries variaient entre 1% et 7% le taux de plus élevé a été rapporté dans la série de **Lahmar** (21).

Dans la littérature, l'HRP représente l'étiologie la plus fréquemment retrouvée à l'origine des troubles de l'hémostase en obstétrique. En effet un HRP sur 2 s'accompagne de perturbations de l'hémostase, d'intensité variable, allant de la simple défibrination asymptomatique à la CIVD sévère.

Ce qui concorde avec les données de notre série où la plupart des troubles de l'hémostase étaient liés à des cas d'HRP.

2-3-L'hystérectomie :

Les hystérectomies d'hémostase ne sont pas exceptionnelles mettant fin à la procréation et aux menstruations avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela peut avoir sur la vie du couple dans une société où la stabilité du foyer repose en grande partie sur la fécondité de la femme.

Dans notre série l'hystérectomie a été pratiquée à trois reprises, soit 2.72%. Il s'agissait d'un cas de rupture utérine d'un cas de placenta prævia ainsi un cas de placenta prævia accrêta compliqué d'hémorragie du troisième trimestre.

Notre taux était intermédiaire comparé à ceux rapportés par la littérature dont la fréquence variait entre 0.6% et 3%.

L'hystérectomie d'hémostase reste encore parfois le seul recours, en particulier en cas de rupture utérine étendue, de placenta accrêta et lors des échecs de toutes les mesures conservatrices. Elle peut être subtotale ou totale

2-4- Hémorragie de la délivrance :

Elle est volontiers compliquée ou aggravée par les troubles de la coagulation.

L'hémorragie de la délivrance surgit préférentiellement après la naissance par voie vaginale, certains auteurs préconisent un contrôle sous valve afin de rechercher et traiter d'éventuelles lésions des parties molles.

Après la naissance, il faut pratiquer sans attendre une délivrance artificielle pour examiner le placenta, poser le diagnostic avec certitude et éviter la rétention des fragments de placenta ou de caillots sanguins qui peuvent être responsables d'inertie utérine et d'hémorragies de la délivrance.

Quel que soit le mode d'accouchement, la délivrance artificielle doit être faite rapidement suivie de révision utérine et associée à des ocytociques.

Dans notre série on a relevé 5 cas d'hémorragie de la délivrance soit 5.45%

2-5- Anémie maternelle :

C'est la complication la plus fréquente des hémorragies du troisième trimestre

Dans notre série la morbidité maternelle a été dominée par l'anémie avec un taux de 78.7% survenant sur un terrain affaibli par des grossesses multiples et des mauvaises conditions socio-économiques.

Dans notre contexte, l'anémie est due à l'hémorragie, conséquence directe des troubles de la coagulation.

Toutes nos patientes ont été mises sous traitement martial.

2-6-Insuffisance rénale fonctionnelle :

Passagère et de bon pronostic, secondaire à une nécrose tubulaire aiguë ou à une nécrose corticale, l'oligoanurie est un des éléments du tableau de choc et de la CIVD. Ces troubles régressent, sans séquelles, avec le traitement du choc et des troubles de la coagulation. Le retour à une fonction rénale normale en post partum est la règle chez les patientes sans ATCD néphrologiques.

On a noté 2 cas d'insuffisance rénale aiguë secondaire à un HRP.

Dans la littérature la fréquence de survenue des insuffisances rénales est aussi faible dans toutes les séries.

2-7-L'Infection :

Le risque infectieux n'est pas accru, mais les conséquences seraient graves sur un tel terrain, risquant de provoquer la réapparition d'un choc d'origine septique et une endométrite peut constituer le point de départ d'une fibrinolyse locale, d'origine infectieuse, qui répond difficilement aux antibiotiques, ainsi l'antibiothérapie est indiquée systématiquement par plusieurs auteurs dans ce contexte.

Dans notre série aucun cas d'infection n'a été relevé. Et toutes nos patientes ont été mises sous traitement antibiotique.

2-8-Complication thrombo-embolique :

Elles sont à craindre dans les deux premières semaines du post partum justifiant une héparinothérapie préventive à l'incoagulabilité de la phase aiguë.

Dans notre série aucun cas n'a été observé, probablement en raison du traitement prophylactique systématique de nos patientes césarisées, et du lever précoce.

2-9-Autres complications :

+ La nécrose hypophysaire ou Syndrome de Sheehan est une complication très rare secondaire à l'hémorragie, et le retard de prise en charge.

Le premier symptôme classiquement décrit est l'absence de montée laiteuse dans le post-partum.

Dans notre série aucun cas n'a été relevé.

+Psychose du post partum survient habituellement de 48 heures à 2 semaines après la naissance, et même plus tard, son taux est plus élevé dans les hémorragies du troisième trimestre que celle de la population générale.

X-PRONOSTIC FŒTAL :

1-Caractéristique fœtales :

1-1-Terme de l'accouchement :

Dans notre série nous avons relevé 56 cas de naissances prématurées soit 49.55 % des nouveaux nés.

Dans les autres séries les taux varient entre 25.7% pour **Adnaoui** (19) et 41.85% et 44.37% respectivement pour **Singhal** (32) et **Lahmar** (21).

La prématurité ne dépend pas seulement de l'étiologie, elle est aussi dépendante de la date de survenue des métrorragies.

1-2-poids de naissance :

Le faible poids de naissance était élevé dans toutes les séries il variait de 83.18% dans la serie de **Singhal** (32) à 43.74% dans celle de **Lahmar** (21), dans notre série, le taux des nouveaux nés de faible poids de naissance se rapproche beaucoup de celui de **Lahmar** (21), il était de 43.36%.

1-3-Détresse respiratoire :

Plus de la moitié des nouveaux nés de notre série ont présenté une détresse respiratoire soit 57.77% des naissances.

Dans la littérature la série de **Singhal** (32) retrouve un taux de détresse respiratoire de 12%, celle de **Lahmar** (21) était de 12.4%

Le taux de détresse respiratoire causé par la maladie des membranes hyalines augmente avec la prématurité et varie selon la voie d'accouchement, avec un taux plus important retrouvé chez les enfants nés par césarienne comparé aux enfants nés par voie basse.

Cependant malgré l'utilisation des corticoïdes dans notre série le taux de détresse respiratoire reste élevé.

1-4-Souffrance néonatale :

La souffrance néonatale a été évaluée dans la littérature et dans notre série en se basant sur les données du score d'Apgar.

Un score à 5 min est un bon reflet de l'état de naissance.

Du fait de la prématurité et de l'anémie maternelle, le nouveau né issu d'une grossesse compliquée d'hémorragie du troisième trimestre est en général fragile.

Dans la littérature le taux de nouveau-nés vivants avec un score d'Apgar < 7 était entre 12% et 13% dans toutes les séries (**Lahmar** (21), **Adnaoui** (19), **Singhal** (32) , **Spinillo** (64)).

Le taux dans notre série était inférieur à l'ensemble des séries il était de 6.6%.

1-5-Malformation congénitales :

L'association de malformations congénitales au placenta prævia et a l'hématome retro placentaire est possible, elles sont 2 à 3 fois plus fréquentes que dans la population générale.

Dans notre série 4 nouveaux nés ont présenté une malformation congénitale soit 3.53% des naissances il s'agissait :

-Une atrésie duodénale

-Hydrocéphalie

-Ambiguïté sexuelle avec souffle cardiaque à l'auscultation

-Faciès trisomique

Dans les autres séries aucun cas de malformation congénitale n'a été relevé.

2-Mortalité fœtale :

On constate que le pronostic fœtal dans les hémorragies du troisième trimestre demeure élevé dans notre pays malgré les efforts fournis dans le diagnostic précoce et la prise en charge Fœto-maternelle.

Auteurs	Mortalité périnatale (%)
Sepou (17)	48.38
Singhal (32)	23.7
Adnaoui (19)	21.11
Lahmar (21)	44.37
Notre série	20

Tableau 44 : Mortalité fœtale dans les hémorragies du troisième trimestre selon les séries

Dans notre série le taux de mortalité fœtale est le plus bas et rejoint celui d'Adnaoui (19) et Singhal (32).

Nous avons pu déterminer les facteurs de risque de la mortalité fœtale. Il s'agissait de la prématurité, le faible poids de naissance, le retard de consultation, et l'hématome retro-placentaire.

Tous les auteurs s'accordent à affirmer le fœtus paie le plus lourd tribut à l'HRP. Aux USA, ANANTH (65) note que 11,9% de mortalité périnatale est causée par l'HRP. Cette mortalité est 19 fois plus élevée en cas des grossesses compliquées d'HRP par rapport à celles non compliquées d'HRP, et reste la principale cause de mortalité périnatale dans la plupart des pays occidentaux.

Notre étude confirme que l'étiologie la plus pourvoyeuse de mortalité fœtale était l'HRP avec 50% de l'ensemble des cas de mortalité périnatale.

Quant à la prématurité elle reste la première cause directe de mortalité périnatale.

Dans notre série, nous avons noté un taux de mortalité périnatale chez les grands prématurés de 27.3% et de 17% chez les nouveaux nés à terme.

CONCLUSION



Les hémorragies du troisième trimestre demeurent l'une des principales urgences en pratique obstétricale, il s'agit d'un accident grave et redoutable d'autant plus qu'il est imprévisible et représente une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle en l'absence d'un traitement rapide et adéquat.

Elles nécessitent donc un diagnostic précis et rapide, une prise en charge précoce, multidisciplinaire et une étroite collaboration entre obstétricien, pédiatre, anesthésiste, réanimateur et biologiste, pour améliorer le pronostic materno-fœtal.

A travers notre étude menée à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat sur une période d'un an du 1^{er} Janvier 2015 au 31 décembre de la même année, nous nous sommes fixés comme objectifs une étude épidémiologique de cette population, une évaluation de la prise en charge au sein de notre formation et du pronostic materno-fœtal.

Sur le volet épidémiologique nous avons dénombré 110 cas d'hémorragies du troisième trimestre sur 16 864 accouchements soit **0.65%**.

Sur le plan étiologique, et conformément aux données de la littérature, les principales causes de métrorragies du troisième trimestre étaient le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire avec respectivement 33.36% et 35.5% des cas, suivis de la rupture utérine (3.6%). Cependant 21.8% des hémorragies sont restées inexpliquée.

Dans notre étude nous avons démontré une prédominance dans la tranche d'âge comprise entre 30ans et 35ans.

Parmis les autres facteurs prédisposant aux hémorragies du troisième trimestre : la multiparité (24.5%), le bas niveau socio-économique, les antécédents abortifs (10%), les utérus cicatriciel (15.45%), et le terrain vasculo-rénal (10.9%)

Nous avons relevé que 51.8% des hémorragies étaient survenues avant terme, et que 20% d'entre elles étaient jugées abondantes.

Dans notre série, le mode d'accouchement a été dominé par la voie haute avec un taux de 60% et 40% de nos patientes ont accouché par voie basse.

Concernant le pronostic maternel, nous avons relevé 2 cas de mortalité maternelle soit un taux de 1.81%, quant à la morbidité nous avons observé :

-2 cas d'état de choc

-5 cas de trouble de l'hémostase

- 2 cas d'insuffisance rénale fonctionnelle

-3 cas d'hystérectomie

-6 cas d'hémorragie de la délivrance

-92 cas d'anémie maternelle

Le pronostic fœtal est malheureusement plus réservé dans les hémorragies du troisième trimestre. En effet, nous avons enregistré 22 cas de mortalité périnatale.

Parmi les facteurs de risque de la mortalité fœtale dans notre série on a noté : la prématurité, le faible poids de naissance, l'HRP comme étiologie du saignement et le retard de consultation et de prise en charge.

La morbidité fœtale quant à elle était dominée par la prématurité (49.54%), le faible poids de naissance (45.99%) et la détresse respiratoire néonatale (46.01%).

RECOMMENDATIONS



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

A-Pour le personnel médical :

1. Promouvoir les planifications de grossesse et ainsi limiter la multiparité
2. Réduire le nombre de césariennes en posant les indications à bon escient
3. Assurer un bon suivi des grossesses par des consultations prénatales régulières, de qualité pour un dépistage clinique et paraclinique par l'échographie, des facteurs de risque et une orientation si nécessaire dans un centre de référence.
4. Sensibiliser les femmes enceintes à la nécessité de consulter précocement dès le début des hémorragies, si minimes soient elles.
5. Sensibiliser les gestantes sur le risque vital des hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse aussi bien pour la mère que le fœtus
6. Hospitaliser toute patiente à risque d'hémorragie du troisième trimestre (placenta prævia recouvrant asymptomatique, pré éclampsie sévère, cicatrice utérine de mauvaise qualité).
7. Renforcer la collaboration multidisciplinaire impliquant gynécologues, anesthésistes, réanimateurs, biologistes et pédiatres.
8. En cas de transfert, assurer la mise en condition des patientes évacuées d'autres centres avant leur transfert. Leur transport devrait se faire en ambulance bien équipée, en présence de personnel médical vu le caractère imprévisible de ces hémorragies.

B-Pour la gestante :

1. Prévenir les grossesses non désirées par une contraception efficace.
2. Planifier la grossesse
3. Consulter très tôt un centre de santé dès la constatation d'une aménorrhée
4. Respecter rigoureusement le calendrier des consultations prénatales (CPN) dès le diagnostic de la grossesse.
5. Respecter les recommandations faites par le personnel médical en cas de grossesse à risque.
6. S'adresser au moindre signe alarmant comme les saignements ou douleurs aux structures sanitaires compétentes.

C-Pour le ministère de la santé :

Il faut l'engagement et la détermination à :

1. Assurer la disponibilité des produits essentiels: sang, plasma frais congelé, soluté de remplissage.
2. Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire
3. Assurer la formation continue du personnel de santé à tous les niveaux
4. Rendre plus fonctionnels les centres de santé en les dotant d'échographes indispensables à la prise en charge des malades.
5. 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.

D- La population générale :

1. Prendre conscience que la grossesse n'est pas seulement l'affaire de la parturiente seule
2. Participer au don volontaire de sang organisé par la Banque de Sang.

RESUMES



Résumé

Titre : Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat

Auteur : IZRAR Nada

Mots clés : Hémorragie, placenta prævia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine.

Les hémorragies du troisième trimestre correspondent à un saignement extériorisé par voie vaginale à partir de 28 SA. Elles constituent un motif fréquent de consultation dans les services de gynéco-obstétrique.

Notre travail qui a pour objectif d'évaluer la prise en charge des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à la Maternité Universitaire Souissi de Rabat, a porté sur une étude rétrospective et descriptive de 110 cas colligés sur une période allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

Durant cette période d'étude, 16 864 accouchements ont été enregistrés dont 110 cas d'hémorragies du troisième trimestre soit 0.65%.

Les principales causes de métrorragies du troisième trimestre étaient l'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia avec respectivement 35.5% et 33.36% des cas, suivis de la rupture utérine (3.6%). Cependant 21.8% des hémorragies sont restées inexplicables.

La décision thérapeutique dépend de l'étiologie et du retentissement materno-fœtal.

Le mode d'accouchement a été dominé par la voie haute avec un taux de 60%. Concernant le pronostic maternel, nous avons relevé 2 cas de mortalité maternelle soit un taux de 1.81%, quant à la morbidité nous avons observé :

92 cas d'anémie maternelle ayant nécessité une transfusion chez 22 de nos patientes, 6 cas d'hémorragie de la délivrance, 5 cas de trouble de l'hémostase, 2 cas d'état de choc, 2 cas d'insuffisance rénale fonctionnelle et 3 cas d'hystérectomie.

Le pronostic fœtal est plus réservé. Nous avons enregistré 22 cas de mortalité périnatale soit 19.46%, on note que dans la moitié des cas la mortalité est survenue en anténatale

La morbidité fœtale quant à elle était dominée par la prématurité (49.54%), la détresse respiratoire néonatale (46.01%) et le faible poids de naissance (45.99%).

Les métrorragies du troisième trimestre de la grossesse demeurent l'une des principales urgences en pratique obstétricale. Elles représentent une cause importante de mortalité maternelle et fœtale dans les pays en voie de développement.

Abstract

Title: Third trimester hemorrhage on the Maternity of University Souissi of Rabat.

Author: IZRAR Nada.

Keywords: Hemorrhage, placenta previa, abruptio placenta, uterine rupture

Third trimester hemorrhages are an obstetrical vaginal bleeding that occur after 28 weeks of gestational age. They are a common reason for obstetric and gynecological consultations.

The aim of our study was to evaluate the medical care of these bleedings in the Maternity of University Souissi of Rabat. It's a retrospective and descriptive study of 110 cases over a period of 12 months from the first of January to the 31st of December 2015.

During this period, 16 864 delivery have been reported, 110 of them had third trimester hemorrhage (0.65%).

The etiologies were dominated by abruptio placenta (35.5%), placenta praevia (33.36%) and uterine rupture (3.6%). However, 21.8% of hemorrhages remained unexplained.

The mode of delivery depends on the etiology and the repercussion on the mother and on the fetus.

In our study, the vaginal delivery had been authorized in 40% of the cases, and in 60% delivery was carried out by cesarean section.

We noted 2 cases of maternal mortality (1.81%). As for morbidity, we observed: 92 cases of anemias, 5 cases of shock, 6 cases of delivery's hemorrhage and 3 cases of hysterectomy

The fetal prognosis was gloomier with a high rate of perinatal mortality. We recorded 22 cases of perinatal mortality.

Perinatal morbidity was high and came in the form of prematurity (49.54%), low birth weight (45.99%), and birth asphyxia (46.01%).

Third trimester hemorrhages remains a major type of obstetrical emergency, and represents an important cause of foetal and maternal mortality in many developing countries.

ملخص

العنوان: نزيف المرأة الحامل في الثلث الثالث من الحمل بالمستشفى الجامعي للولادة ابن سينا الرباط

من طرف : إزرار ندى

الكلمات الأساسية: نزيف المشيمة المعيب , انفكاك المشيمة , التمزق الرحمي

يشكل نزيف المرأة الحامل في الثلاثة الأشهر الأخيرة من الحمل ابتداء من الأسبوع 28 من الحمل من الأسباب الرئيسية للزيارات المتكررة للمرأة الحامل لأطباء أمراض النساء و التوليد . هدف هذه الدراسة هو تقييم لأشكال التكفل والرعاية الطبية والمصاحبة لحالات النزيف لما تشكله من خطر على صحة الأم وجنينها وعليه قمنا بدراسة إستيعادية و وصفية

ل-110 حالة خلال الفترة الممتدة من فاتح يناير إلى 31 دجنبر 2015.

خلال فترة هذه الدراسة لسنة 2015, تم تسجيل 16 864 ولادة ضمنها 110 حالة نزيف في الثلث الثالث للحمل بما يعادل نسبة 0.65%

من أهم أسباب النزيف انفكاك المشيمة (35.5%) ارتكاز المشيمة المعيب (33.36%) والتمزق

الرحمي(3.6%) ولم يتم التعرف على سبب النزيف في 21.8% من الحالات

قرار التدخل الطبي يرجع إلى سبب النزيف وانعكاسات الوضع على صحة للأم الحامل وجنينها وفي هذه الدراسة التي تم انجازها 60% من الولادة تمت عن طريق العملية القيصرية

كما لاحظنا تأخيرا في استشارة الطبيب عند النزيف، وبطنا في نقل المريضات من المراكز الأخرى

فيما يتعلق بمآل المرأة الحامل فقد تم تسجيل حالتها وفاة بمعدل 1.81 %

أما فيما يخص المراضة فقد تم تسجيل 92 حالة فقر الدم استدعت نقل الدم ل22 مريضة ، 6 حالات نزيف ما بعد الولادة، 5 حالات اضطراب تخثر الدم، 3 حالات تم فيها استئصال الرحم، حالتان للقصور الكلوي الوظيفي وحالتان صدمة

أما المآل الجنيني فبقي تقييماً سيئاً حيث تم إحصاء 22 حالة وفاة بنسبة 19.46% من بينها 50% من الوفيات حصلت قبل الولادة

أما فيما يخص مراضة الجنين هيمنت عليها حالات الولادة قبل الأوان (49.54%)، قصور في التنفس عند الولادة ونقص في وزن الرضيع (46.01%).

نخلص للتأكيد أن النزيف خلال الأشهر الثلاث الأخيرة من الحمل من بين الحالات المستعجلة كما أنها تصنف ضمن أهم الأسباب الرئيسية لوفيات الأم وجنينها في البلدان في طريق النمو

وضعية بهذه الخطورة تتطلب تعبئة كافة الجهود في إطار إستراتيجية متكاملة من أجل صحة الأم والطفل

BIBLIOGRAPHIE



1-L'organisation mondiale de la santé

Mortalité materno-fœtale

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/fr/

2-Chen P.

Placenta abruptio. [article/000901.htm](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/fr/), 2003

3- François DUCHATEL

Le placenta prævia : évolution des idées et des thérapeutiques de Jacques GUILLEMEAU a la césarienne conservatrice

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhtm/hsm/HSMx1982x017xspec2/HSMx1982x017xspec2x0074.pdf>

4- Duchatel F.

Insertion vélamenteuse du cordon ombilical et hémorragie de Benckiser. Histoire des sciences médicales. 1982 ; 16 (3) : 185-192.

5- Duchatel F, Delseny P, Lhuillier A et al.

L'hémorragie de Benckiser. Rev fr Gynecol Obstet. 1982 ; 77 (11) : 739-745.

6- Kamina P.

Anatomie clinique, 2ème édition Tome 3 : Thorax et abdomen, Maloine, Paris, 2007.

7-POLICARD A :

Précis d'histologie physiologique, 4eme éd 1985.

8-Patricia BarbarinoMonnier, Aurélio Barbarino, Françoise Bayoumeu, Valérie BonnenfantMezeray, Philippe Judlin.

Hémorragies graves au cours de la grossesse et du Post partum. Choc hémorragique. EMC Obstétrique 1998:10

9-Boog G.

Placenta *praevia*. Encycl Méd Chir (Paris) : Obstétrique 5-069-A-10- 1996 :21 P.

10-Brunéhilde CRAVAGEOT

Mémoire de l'Université Henri Poincaré, Nancy I soutenue en 2010

L'insertion vélamenteuse du cordon : quand le fil de la vie devient anomalie.

http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_CRAVAGEOT_BRUNEHILDE.pdf

11-- Vasa previa

<https://lookfordiagnosis.com>

12- Macafee CH, Millar WG, Harley G

Maternal and foetal mortality in placenta praevia. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1962 ; 69 : 203212

13- SHER.G

A rational basis for the management of abruptio placentae. J Reprod Med 1978;

14-Harrington, Black

Massive or recurrent antepartum haemorrhage.

Department of obstetrics, Jhon Radcliffe Hospital. 2005

15-Dreyfus M

Métrorragies du troisième trimestre.

Journal de médecine de Strasbourg. 1994 ; 25 :137-141

16- Dr. Anamika Purohit, Dr. Ranjana Desai, Dr. B.S. Jodha, Dr. Babulal Garg

Maternal and Fetal outcome in Third Trimesters Bleeding

IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN : 2279-0853, p-ISSN : 2279-0861. Volume 13, Issue 5 Ver. III. (May. 2014), PP 13-16

www.iosrjournals.org

17- Sepou, Ngumbi, Koyazegbe, Ngbale, Penguele, Kouabosso

Les hémorragies du troisième trimestre de grossesse

Médecine d'Afrique noire. 2002 ; vol49, 4 : 185- 189

18- M. Sidiki A. Guindo

Etude clinique, épidémiologique et prise en charge des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V

19 –Adnaoui Fethi

Hémorragies du troisième trimestre.

Thèse de doctorat en médecine, Monastir (Tunisie) 2007

20-Hachimy Aicha

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse à la maternité Lalla Meryem

Thèse de doctorat en médecine. 1998, Casablanca.

21-LAHMAR Rima

Hémorragie du troisième trimestre

Thèse de doctorat en médecine, CHU FES 2009

22-OYELESE Y, ANANTH CV.

Placental abruption.

Obstet Gynecol. 2006 Oct ; 108 (4) : 1005-16. Review.

23-THIEBA B, LANKOANDE J, AKATIOGA M, KYELEM G, OUEDRAOGO A.

Hématome retroplacentaire : aspects épidémio-cliniques et pronostiques à propos d'une série de 177 cas.

Gynecol Obstet Fertil, 2003, 31 (5) : 429-433.

24-Ananth C.V, Wilcox A.J, Savitz D.A, Bowes W.A

Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996 ; 88 : 51-6.

25-Jun Zhang, Savitz DA.

Maternal age and placenta praevia : a population based case control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993

26-Santiago J.

Placenta praevia thèse en médecine, Reims (france) 1988.

27-Naeye RL

Maternal age, obstetric complications, and the outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983 ; 61 : 210216

28- Brenner WE, Edelman DA, Hendricks CH

Characteristics of patients with placenta previa and results of « expectant management ». *Am J Obstet Gynecol* 1978 ; 132 : 180191

29-Pedowitz P

Placenta previa. An evaluation of expectant management and the factors responsible for fetal wastage. *Am J Obstet Gynecol* 1965 ; 93 : 1625

30- Mamourou Koné, Samba Diarra.

Ruptures utérines au cours de la grossesse. EMC Obstétrique 1995;9(4) :10
[Article 5080A10].

31-Zine S. et coll

Les ruptures utérines au cours du travail : à propos de 106 cas.

Revue française de gynécologie et obstétrique ; 1995, 90, 3 :166-173

32-Singhal, Nymphaea, Nanda.

Maternal and perinatal Outcome in antepartum hemorrhage: A study at a tertiary care referral institute.

The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008. Volume 9 Number 2.

33-Sananes N,Boisrame T, Langeer B.

Hématome rétroplacentaire. EMC – Obstetrique 2012 ;7(3) :1-11

34-Amate P Séror J, Aflak N, Luton D.

Rupture utérine pendant la grossesse. EMC- Obstetrique 2014 ;9(4) :1-10

35- L. Marpeau

Tabagisme et complications gravidiques

J Gynecol Obstet Biol Reprod / Volume 34, Hors série n° 1, 2005

36- Mamourou Koné, Samba Diarra.

Ruptures utérines au cours de la grossesse. EMC Obstétrique 1995;9(4) :10

37- S. Mezane, M. Achnani, M. Ziyadi, A. Babahabib, R. Hafidi, D. Moussaoui, and M. Dehayni

Hématome retro-placentaire et mort foetale in utero : A propos de 49 cas et revue de la littérature 2013 au Service Gynéco-Obstétrique Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, CHU Rabat-Salé, Université Mohamed V Souissi, Rabat, Maroc

38-Strong TH, Brar HS

Placenta previa in twin gestations. J Reprod Med 1989 ; 34 : 415-416

39-LIVINGSTON JC, MAXWELL BD, SIBAI BM.

Chronic hypertension in pregnancy. Minerva Ginecol. 2003 Feb ; 55 (1) :1-13.

40-HADDAD B, DEIS S, GOFFINET F, PANIEL B, CABROL D, SIBAI M.

Maternal and perinatal outcome during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks gestation.

Am J Obstet Gynecol, 2004, 190 (6) : 1590-5.

41-Odendaal H, Hall D, Grove D.

Risk factors for and perinatal mortality of abruption placentae in patients hospitalised for early onset severe preeclampsia : A case controlled study.

J Obstet Gynecol, 2000, 20(4) : 358-64.

42-COULAU.J.C, UZAN. S

Hématome rétroplacentaire ou D.P.P.N.I

Encycl. Méd. Chir. (Paris), Obstétrique, 1995, 5071 A : 10p

43- Macafee CH, Millar WG, Harley G

Maternal and foetal mortality in placenta praevia. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1962 ; 69 : 203212

44- Foote WR, Fraser WD

Placenta previa. A critical appraisal of eight years' management. Am J Obstet Gynecol 1960 ; 80 : 1016

45-Hibbard LT

Placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1969 ; 104 : 172184

46- Mustafa S.A, Brizot M.L, Carvaltio M.H, Watanabe L, Kahhale S.

Transvaginal ultrasonography in predicting placenta previa delivery : a longitudinal study. Ultrasound in obstetrics and gynecology. 2002 ; 20 : 356-9

47-Ayoubi, Pons.

Hémorragies du troisième trimestre de grossesse.
Revue du praticien. 2000 ; 50, 10 : 1148- 1145

48- Charasson, Fournie

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse.
Revue française de gynécologie et d'obstétrique. 1994 ; 89 : 560-569

49-Chen J.M, Zhou A.C, Wang R.R.

Value of transvaginal sinography in diagnosis of placenta previa.

Humm Yike dor vue. 2001 ; 26 :289-90

50-KIKUTANI M, ISHIHARA K, ARAKI T.

Value of ultrasonography in the diagnosis of placental abruption.

J Nippon Med SCH, 2003, 70 (3)

51-Chou M M,Esc H O, and Lee Y H.

prenatal diagnosis of placenta praevia accreta by transabdominal color Doppler

ultrasound. Ultrasound obstet gynecol 1992 ; 2 : 293-6

52- Bhandari S, Raja EA, Shetty A, Bhattacharya S.

Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of unknown origin. BJOG 2014 ;121 :44–52.

53-MARPEAU L, LANSAC J, TEURNIER F.

Traité d'Obstétrique. Masson. 2010.

54- Mamourou Koné, Samba Diarra.

Ruptures utérines au cours de la grossesse. EMC Obstétrique 1995;9(4) :10

55- EJRHOM Yassine

Thèse : Rupture utérine au service d'obstétrique de l'hôpital universitaire hassan II fes étude retrospective a propos de 75 cas

56-Oppenheimer.

What is a low-lying placenta? Am J Obstet Gynecol 199;165:1036-8.

57- ALAOUI O.

Hématome rétroplacentaire : aspect épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques (A propos de 117 cas)

Thèse Méd .Rabat. 2006. N°80

58- Rosalba Giordano, Alessandra Cacciatore, Pietro Cignini, Roberto Vigna, and Mattea Romano

Antepartum Haemorrhage

J Prenat Med. 2010 Jan-Mar ; 4(1) : 12–16.

59- Wael F Saleh , Wael S Ragab and Samah S Aboulgheit1

Audit of Maternal Mortality Ratio and Causes of Maternal Deaths in the Largest Maternity Hospital in Cairo, Egypt (Kasr Al Aini) in 2008 and 2009 ; Lessons Learned 1Cairo University Faculty of Medicine, 2 Fayoum University Faculty of Medicine

60- Mamourou Koné, Samba Diarra.

Ruptures utérines au cours de la grossesse. EMC Obstétrique 1995;9(4) :10 [Article 5080A10].

61. Mac Shane PM, Heyl PS, Epstein M F

maternal and périnatale morbidity resulting from placenta praevia.

62-. Selmi Y.

placenta praevia aspect cliniques et thérapeutiques : etude pendant 3 ans de 1987 à 1990 . Tunis 1992.

63-. Aubard Y, Grand Jean.

Les urgences de la 3^{ème} trimestre de la grossesse. La gazette médicale ; 1993,100(5) : 47-49.

64-Spinillo

Early morbidity and neurodevelopmental outcome in low-birthweight infants born after third trimester bleeding.

American journal of perinatology. 1994; vol 11: 85-90

65-ANANTH CV, WILCOX A.

Placental abruption and perinatal mortality in the United States.

Am J Epidemiol, 2001, 153 (4) : 332-7.

66-SAGO : Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) 2008

Source : Pratique de l'accouchement J. LANSAC et Coll.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأنا أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأنا أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جعل صحة مريض هدي في الأول.
- وأنا لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأنا أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأنا أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأنا أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأنا أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأنا لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسماً بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم : 220

سنة : 2016

نزيف المرأة الحامل في الثلث الثالث من الحمل
بالمستشفى الجامعي للولادة ابن سينا الرباط
بصدد 110 حالة
أطروحة:

..... قدمت ونوقشت علانية يوم.....

من طرفه

الآنسة : إزرار نعي

المزودة في 25 فبراير 1991 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية : نزيف المشيمة المعيب , انفكاك المشيمة , التمزق الرحمي

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة
و مشرفة

أعضاء

السيدة : عائشة خرباش

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد : عبد العزيز بيدادة

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيد : إبراهيم غراب

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة : أمينة لخضر

أستاذة في طب النساء والتوليد