

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

ANNEE: 2017

THESE N°: 106

EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE
DE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE AU CHP KENITRA

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Nassima OUGUERZI

Née le 29 Novembre 1990 à Ouarzazate

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Facteurs de risque – Gravité – Prévention – Prise en charge.

JURY

Mme. 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

PRESIDENTE &
RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**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. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

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. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

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

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

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

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 V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique



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. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
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. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

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

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Novembre 1997

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

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

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

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 Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
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. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

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. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

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 **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
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
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *

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

Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 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. 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. KHARMAZ Mohamed
 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. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid

Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 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
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZA OUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Saïd*
 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. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 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 Saïda*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo - Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie



Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 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. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 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*

Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 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

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
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. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

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*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
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*

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



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
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*

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

Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie



Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique



Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique



*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*



Dédicaces

A mes parentes

Malika Chaibi et Abdeslam Ouguerzi

A ma très chère mère, merci pour vous être sacrifiée pour que vos enfants grandissent et prospèrent, merci de trimer sans relâche, malgré les péripéties de la vie, au bien être de vos enfants, merci pour vos prières, votre soutien dans les moments difficiles, pour votre courage et patience. Merci d'être là pour moi.

A mon très cher père, merci pour votre amour, pour tous les valeurs que vous m'avez transmis, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir toujours soutenu, pour vos sacrifices, vos prières et pour l'encouragement sans limites que vous ne cessez de m'offrir. Aucun mot ne se pourra exprimer mon amour pour vous et mon immense reconnaissance.

Mes chers parents, merci pour votre encouragement sans limites, votre présence et votre amour inconditionné. Ces quelques lignes ne sont qu'un très bref résumé de tout ce que je pense et que je vous dois.

Que Dieu vous bénisse et vous prête bonne santé et longue vie.

A ma sœur, et à mes frères

Karima, Hicham, Younes et Yassine

Vous m'avez entouré d'une grande affection, et vous avez été toujours pour moi un grand support dans mes moments les plus difficiles. Sans vos précieux conseils, vos prières, votre générosité et votre dévouement, je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues années d'étude. Vous m'avez apporté toute la tendresse et l'affection dont j'ai eu besoin. Vous avez veillé sur mon éducation avec le plus grand soin.

Vous êtes pour moi l'exemple de droiture, de lucidité et de persévérance. A travers ce modeste travail, je vous remercie et prie dieu le tout puissant qu'il vous garde en bonne santé et vous procure une longue vie que je puisse vous combler à mon tour. Sans vous je ne suis rien. Je vous dois tout.

A ma tante

Khadija Ouguerzi

Pour toute l'affection que je te porte sans conditions.

Je te remercie pour ses encouragements.

Je te dédie ce travail tout en te souhaitant une vie meilleure pleine de bonheur, de prospérité, et de réussite.

A mes chers neveux et mes chères nièces

Hala, Tristan, Adam, Omar, Nélia et Elsa

Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour, et je vous souhaite une bonne santé et un avenir plein de joie, de bonheur et de réussite dans l'avenir.

A mes chers neveux et mes chères nièces

Nadia, Valérie, Arrancha et Zakariya

Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour, et je vous souhaite une bonne santé et un avenir plein de joie, de bonheur et de réussite dans votre vie professionnelle.

A ma chère amie

Amal Mokhtari

Les mots ne sauraient exprimer l'entendu de l'affection que j'ai pour toi. Durant toutes ces années longues et dures, tu étais toujours là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'être toujours l'aimable, fidèle, souriante et adorable amie dont j'ai toujours rêvé.

Je te remercie de mettre tant d'effort, de tendresse et d'imagination dans notre amitié, de partager et d'incarner les meilleurs des souvenirs possibles.

Que Dieu tout puissant te protège et t'accorde une longue vie heureuse.

A mes chères amies

Mariam, Rim et Nezha

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon pensées.

En témoignage de l'amitié qui nous unie, des souvenirs, de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A mon cher cousin

Ayman samy

En témoignage de l'amour et de l'affection que je te porte.

Que dieu te protège et t'accorde santé, longue vie et bonheur.

A toute ma famille

Je vous remercie vivement pour votre soutien, vos encouragements et vos conseils précieux,

Veillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

A tous mes chers collègues

Votre soutien, votre dévouement et votre affection ont été une grande source de motivation pour moi. Votre aide m'a toujours été précieux. Je vous tiens tout le respect que vous méritez, chers confrères.

Je vous dédie ce modeste travail en guise de remerciement pour vos conseils et encouragements qui m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.



Remerciements

A notre maitre, présidente et rapporteuse de la thèse

Mme KHARBACH Aicha

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Vous m'avez fait l'honneur de me guider au long de la réalisation de ce travail.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, pour vos conseils avisés, pour votre disponibilité, votre accueil apprécié et votre aide précieuse. J'espère avoir mérité votre confiance.

Veillez trouver dans cet exposé toute ma reconnaissance et mes sentiments les plus respectueux.

A notre maître et juge de la thèse

Mr BAYDADA Aziz

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Vous m'avez honoré d'accepter avec grande sympathie de juger ma thèse

*Que ce travail soit une occasion de vous exprimer mon respect et mes
reconnaisances les plus sincères.*

*Veillez accepter ce travail avec toute mon estime et ma profonde
considération.*

A notre maitre et juge de la thèse

Mme LAKHDAR Amina

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*J'ai le privilège de vous compter parmi mes juges et je vous remercie d'avoir
accepté d'examiner ce travail. Je suis tellement reconnaissante de vous*

*Veillez trouver dans la lecture de ce travail l'expression de ma gratitude et
de ma reconnaissance.*

A notre maitre et juge de la thèse

Mr RHARAB Brahim

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Vous m'avez honoré d'accepter avec grande sympathie de juger ma thèse.

Que ce travail soit une occasion de vous exprimer mon respect et mon admiration les plus sincères.

Veillez trouver ici l'expression de ma considération et de mon respect.



Liste des illustrations

Liste des abréviations

Acct	: accouchement
Atcd	: antécédent
AVB	: accouchement par voie basse
BCF	: bruits cardiaques fœtaux
CD	: conjonctives décolorées
CG	: culot globulaire
CHP	: Centre Hospitalier Provincial
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIVD	: coagulation intra-vasculaire disséminée
CNC	: conjonctives normalement colorées
CP	: culot plaquettaire
CU	: contracture utérine
DFP	: disproportion foeto-pelvienne
DG	: diabète gestationnel
Elmt	: élément
FC	: fausse couche
G	: gestité
GG	: grossesse gémellaire
HB	: hémoglobine

HDD	: hémorragie de la délivrance
HPP	: hémorragie de post-partum
HRP	: hématome rétro-placentaire
HTA	: hypertension artérielle
HU	: hauteur utérine
IU	: inertie utérine
MA	: maison d'accouchement
MUE	: massage utérin externe
NFS	: numération formulaire sanguine
NN	: nouveau né
OMI	: oedème des membres inférieurs
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
P	: parité
PA	: placenta accreta
PE	: pré-éclampsie
PEC	: prise en charge
PFC	: plasma frais congelé
PN	: poids de naissance
PP	: placenta prævia
RAI	: recherche d'agglutinine irrégulier

RCIU	: retard de croissance intra-utérine
RP	: rétention placentaire
RU	: rupture utérine
SA	: semaines d'aménorrhées
Sd	: syndrome
SU	: sonde urinaire
TP	: temps de prothrombine
TV	: toucher vaginal
VC	: voie centrale
VVP	: voie veineuse périphérique

Liste des Figures

- Figure 1.** Répartition de la mortalité maternelle au monde
- Figure 2.** Principales causes des décès maternels au Maroc
- Figure 3.** Anatomie de l'appareil génitale de la femme
- Figure 4.** Les moyens de fixité de l'utérus
- Figure 5.** Rapports de l'utérus au sein de la cavité pelvienne
- Figure 6.** Origine de l'artère utérine : artère hypogastrique
- Figure 7.** Branches de l'artère utérine
- Figure 8.** Migration placentaire selon le mode de Baudelocque
- Figure 9.** Migration placentaire selon le mode de Duncan
- Figure 10.** Délivrance naturelle
- Figure 11.** Représentation graphiques de la répartition des patientes en fonction de l'âge
- Figure 12.** Graphique de la répartition des patientes selon leur poids
- Figure 13.** Graphique de la répartition selon le lieu d'habitat
- Figure 14.** Graphique de la répartition des patientes référées selon les zones géographiques
- Figure 15.** Graphique des motifs de référence
- Figure 16.** Graphique du moyen de transport
- Figure 17.** Graphique de la répartition des patientes en fonction de la gestité et la parité

Figure 18. Graphique de la répartition de l'état et du secteur du suivi des patientes

Figure 19. Graphique de la répartition des patientes selon les facteurs de risque

Figure 20. Graphique de la répartition selon l'âge gestationnel

Figure 21. Graphique de la répartition des patientes selon le nombre des fœtus

Figure 22. Graphique de la répartition des patientes selon l'évolution de la grossesse

Figure 23. Graphique de la répartition des patientes selon l'examen obstétrical

Figure 24. Graphique de la répartition des patientes selon la Présentation

Figure 25. Graphique de la répartition des patientes selon la dilatation du col

Figure 26. Graphique de la répartition des patientes selon le déroulement du travail

Figure 27. Graphique de la répartition des patientes selon les utilisations d'utéro-toniques

Figure 28. Graphique de la répartition des patientes selon les modes d'accouchement

Figure 29. Graphique de la répartition des patientes selon l'accoucheur

- Figure 30.** Graphique de la répartition des patientes selon l'examen du Placenta
- Figure 31.** Graphique de la répartition selon le taux de plaquettes
- Figure 32.** Graphique des groupages sanguins mentionnés sur le dossier médical
- Figure 33.** Graphique de la répartition des patientes ayant bénéficié d'un bilan d'hémostase
- Figure 34.** Graphique de la répartition selon la dose d'ocytocine administrée
- Figure 35.** Graphique de la répartition selon l'administration d'antibioprophylaxie
- Figure 36.** Graphique de la répartition des moyens obstétricaux utilisés
- Figure 37.** Graphique de l'évolution en post-partum
- Figure 38.** Graphique du statut de l'évolution
- Figure 39.** Graphique de la durée d'hospitalisation
- Figure 40.** Graphique de l'état du nouveau-né
- Figure 41.** Graphique de la répartition selon le poids de naissance
- Figure 42.** PEC d'une hémorragie du post-partum immédiat
- Figure 43.** PEC d'une hémorragie d'HPP immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 min.
- Figure 44.** Hématomes pelviens et périnéaux
- Figure 45.** Ballonnet de Bakri

Figure 46. Pose de ballonnet

Figure 47. Technique de B-lynch

Figure 48. Technique de Cho

Figure 49. Ligature de l'artère hypogastrique

Figure 50. Triple ligature de Tsurulnikov

Figure 51. Triple ligature « *step-wise* »

Figure 52. Hystérectomie d'hémostase

Liste des Tableaux

Tableau 1. La répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tableau 2. La répartition des patientes selon le poids

Tableau 3. Les différents lieux de référence

Tableau 4. Les motifs de référence

Tableau 5. Le délai d'arrivée en fonction des zones géographiques

Tableau 6. Les antécédents médicaux chez nos patientes

Tableau 7. Répartition des patientes en fonction de la gestité et la parité

Tableau 8. Les antécédents gynéco-obstétricaux chez nos patientes

Tableau 9. Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque

Tableau 10. Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

Tableau 11. Répartition des patientes selon les principales complications
de la grossesse

Tableau 12. Examen clinique à l'admission

Tableau 13. Récapitulatif de l'examen obstétrical

Tableau 14. Les anomalies de contractions utérines

Tableau 15. Différents traitements reçus au cours du travail

Tableau 16. Mode d'accouchement

Tableau 17. Différents modes de délivrance

Tableau 18. Récapitulatif des signes généraux

Tableau 19. Répartition selon les valeurs de l'hémoglobine

Tableau 20. Répartition selon mesures de réanimation pratiquées

Tableau 21. Transfusion selon le type et le nombre du produit sanguin

Tableau 22. Récapitulatif des traitements médicaux

Tableau 23. Récapitulatif des moyens obstétricaux

Tableau 24. Récapitulatif des moyens chirurgicaux

Tableau 25. Récapitulatif des différentes étiologies

Tableau 26. Etat du nouveau-né à la naissance

Tableau 27. Comparaisons des prévalences des centres hospitaliers marocains

Tableau 28. Les antécédents médicaux chez les patientes étudiées

Tableau 29. Comparatif des facteurs de risques avec les études précédentes à l'échelle nationale

Tableau 30. Comparatif de l'évolution de la grossesse avec les études précédentes à l'échelle nationale

Tableau 31. Comparatif de l'état du nouveau-né avec les études précédentes

Tableau 32. Comparatif des doses administrées



Sommaire

b. Trajets, anastomoses, collatérales et terminaisons	17
iii. Artère du ligament rond	17
1.2.2. Vascularisation Veineuse	18
1.3. Utérus puerpéral	18
2. Délivrance.....	18
2.1. Physiologie de la délivrance normale.....	18
2.1.1. Phase de décollement placentaire	19
2.1.2. Phase de migration et d'expulsion placentaire	19
2.1.3. Phase de rétraction utérine et d'hémostase	21
2.2. Différents types de la délivrance.....	21
2.2.1. Délivrance spontanée	22
2.2.2. Délivrance naturelle	22
2.2.3. Délivrance dirigée	23
2.2.4. Délivrance artificielle	24
2.3. Examen du placenta	25
2.4. Surveillance de la délivrance	27
3. Hémorragie de la délivrance	28
3.1. Définitions	28
3.2. Rappel historique	28
Méthodologie	32
1. CADRE de l'étude	33

1.1.Centre Hospitalier Provincial El Idrissi.....	33
1.2.Service de gynéco-obstétrique	34
1.2.1.Structure.....	34
1.2.2.Personnel.....	36
1.2.3.Méthodes d'information.....	36
1.2.4.Fonctionnement.....	37
2.Prévalence.....	37
3.L'échantillon d'étude	37
3.1.Critères d'inclusion.....	37
3.2.Critères d'exclusion.....	37
4.Matériel	38
5.Variables étudiées	39
6.Difficultés	39
Résultats	40
1.Fréquence	41
2.Informations sociodémographiques.....	41
2.1.Âge.....	41
2.2.Poids.....	42
2.3.Lieu d'habitat	43
3.Référence.....	44
3.1.Lieux de référence	44

3.2.Motifs de référence	46
3.3.Moyen de transport	47
3.4.Délai d'arrivée	48
4.Antécédents	49
4.1.Antécédents médicaux	49
4.2.Antécédents gynéco-obstétricaux.....	49
4.2.1.Gestité/Parité	49
4.2.2.Autres Antécédents gynéco-obstétricaux.....	51
4.3.Chirurgicaux.....	51
5.Grossesse Actuelle	51
5.1.Suivi de grossesse	51
5.2.Facteurs de Risque	52
5.3.Âge gestationnel	53
5.4.Nombre de fœtus	54
5.5.Evolution de la grossesse	55
6.Examen clinique à l'admission.....	56
6.1.Examen général	56
6.1.1.Tension artérielle.....	56
6.1.2.Température	57
6.1.3.Examen des conjonctives	57
6.1.4.Œdèmes des membres inférieurs	57

6.2.Examen obstétrical	57
6.2.1.Bruit du cœur	58
6.2.2.Contractions utérines.....	59
6.2.3.Hauteur utérine.....	59
6.2.4.Poche des eaux	59
6.2.5.Présentation.....	59
6.2.6.Dilatation du col.....	60
6.3.Examen biologique à l'admission	60
7.Accouchement et délivrance	60
7.1.Déroulement du travail	60
7.2.Anomalie de contractions utérines	61
7.3.Traitement reçu au cours du travail.....	62
7.4.Mode d'accouchement.....	63
7.5.Accoucheur.....	64
7.6.Mode de délivrance	64
7.7.Examen du Placenta.....	65
8.Diagnostic.....	66
8.1.Diagnostic clinique	66
8.1.1.Quantité du sang.....	66
8.1.2.Signes généraux	66
8.2.Diagnostic biologique	67

8.2.1.Hémoglobine.....	67
8.2.2.Hématocrite.....	67
8.2.3.Taux de plaquettes.....	67
8.2.4.Groupage sanguin.....	68
8.2.5.Bilan d'hémostase	69
8.3.Bilan rénal	69
9.Prise en charge.....	70
9.1.Mesures générales.....	70
9.2.Traitement médical.....	71
9.3.Antibioprophylaxie.....	73
9.4.Moyens obstétricaux.....	73
9.5.Embolisation.....	74
9.6.Moyens chirurgicaux	74
10.Etiologies.....	75
11.Evolution	76
12.Durée d'hospitalisation	77
13.Etat du nouveau-né	77
13.1.Mortalité	78
13.2.Morbidité	78
13.3.Poids de naissance	79
13.4.Sexe.....	79

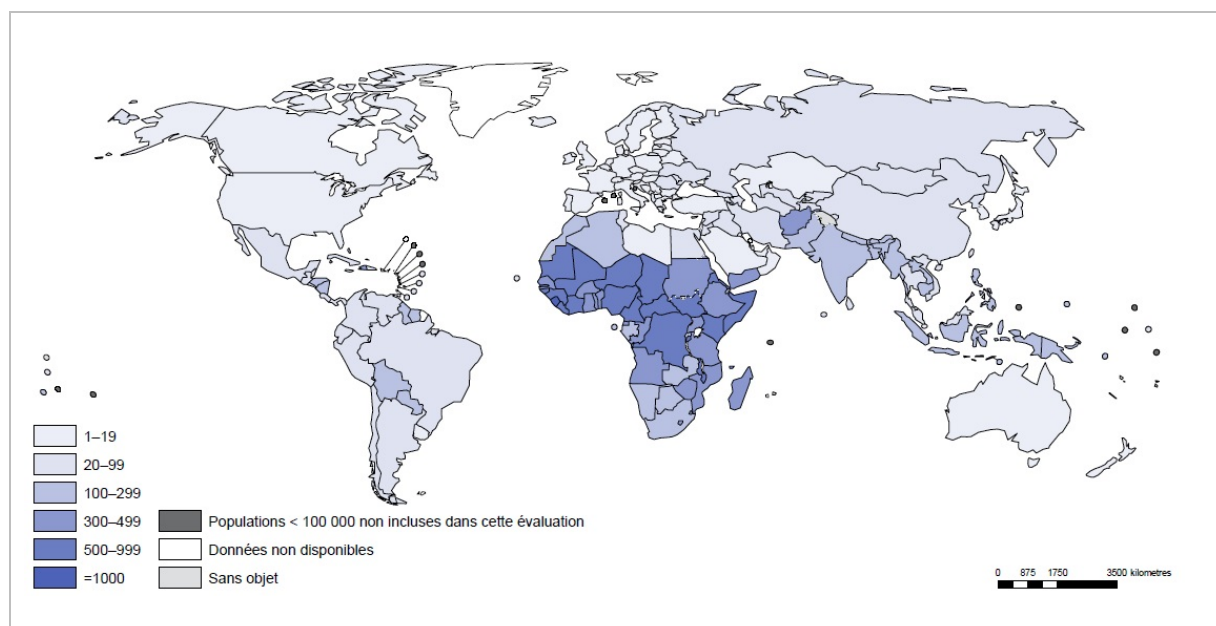
13.5.Evolution	79
Discussion	80
1.Fréquence	81
2.Informations sociodémographiques.....	82
2.1.Age	82
2.2.Poids.....	83
2.3.Lieu d’habitat	84
3.Référence	84
3.1.Lieux de référence	84
3.2.Motifs de référence	85
3.3.Moyen de transport.....	85
3.4.Délai d’arrivée	85
4.Antécédents	86
4.1.Antécédents médicaux.....	86
4.2.Antécédents gynéco-obstétricaux.....	87
5.Grossesse Actuelle	88
5.1.Suivi de la grossesse	88
5.2.Facteurs de risque	88
5.3.Evolution de la grossesse	92
6.Accouchement et délivrance	92
6.1.Durée du travail	92

6.2. Traitement reçu au cours du travail	93
6.3. Mode d'accouchement	94
6.4. Accoucheur	95
6.5. Mode de délivrance	95
7. Etat du nouveau-né	95
7.1. Mortalité	95
7.2. Morbidité	96
7.3. Poids	96
7.4. Sexe	96
8. Prévention d'une hémorragie du post-partum immédiat	97
9. Diagnostic	99
9.1. Signes locaux	99
9.2. Signes généraux	100
9.3. Le diagnostic biologique	100
9.3.1. Hémoglobine	100
9.3.2. Hématocrite	101
9.3.3. Le taux des plaquettes	101
9.3.4. Le bilan rénal	101
10. Etiologies	101
10.1. La rétention placentaire	102
10.2. Inertie utérine	102

10.3.Les anomalies d'insertion placentaire	104
10.4.L'inversion utérine.....	104
10.5.Les traumatismes de la filière génitale	105
10.6.Hématomes pelviens et périneaux	105
10.7.Anomalies de la coagulation	107
11.Prise en charge	108
11.1.Prise en charge initiale	109
11.2.Hémorragie de délivrance résistante aux premières mesures	121
11.3.Hémorragie grave du post-partum résistante au Sulprostone	124
11.4.Technique d'Embolisation	138
Recommandations	140
Conclusion	145
Résumé	147
Annexes	151
Bibliographie	175



Assurer les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous, et à tous les âges est essentiel pour toute population. Cependant, chaque deux minutes une femme meurt de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (1) (227 décès sur 100 000 naissances vivantes). La plupart d'entre elles décèdent parce qu'elles n'ont pas eu accès aux soins ordinaires ou d'urgence par un personnel qualifié. Alors que l'organisation de santé mondiale (OMS) estime que la simple satisfaction des besoins de planification familiale qui ne sont pas couverts, permettraient de diminuer de près d'un tiers le nombre des décès maternels ; les iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux entre milieux urbain/rural, entre régions et entre niveaux socio-économiques.



Tandis que la mortalité maternelle demeure le principal indicateur de santé de la femme, les statistiques disponibles ne permettent pas des comparaisons satisfaisantes entre les pays, en raison de l'hétérogénéité des méthodes de surveillance, d'enquête et des définitions.

L'engagement des autorités marocaines et de ses partenaires techniques et financiers dans la lutte contre la mort maternelle, est donc manifeste pour réaliser le cinquième objectif du Millénaire pour le Développement (OMD 5) (2), par une prise de conscience accrue du problème par les populations et une volonté politique des pouvoirs publics lors de la mise en œuvre d'une série de plans d'action de réduction de la mortalité maternelle (2).

Par ailleurs, l'enquête confidentielle (3) réalisée sur les décès maternels en 2009 a montré que les soins sub-standards (suivi de soins insuffisant et traitement inapproprié) étaient des facteurs fréquents de décès maternels évitables et que même lorsque la femme parvient à surmonter les barrières d'accès, elle ne bénéficie pas systématiquement de soins de qualité.

Suite à l'instauration de la gratuité de l'accouchement dans les hôpitaux publics et la mobilisation des professionnels de la santé, une amélioration significative est notée dans les indicateurs de suivi de la grossesse et de l'accouchement. Bien que le taux de mortalité maternelle a diminué de près de 66 % en vingt ans, il se situe encore à un niveau relativement élevé.

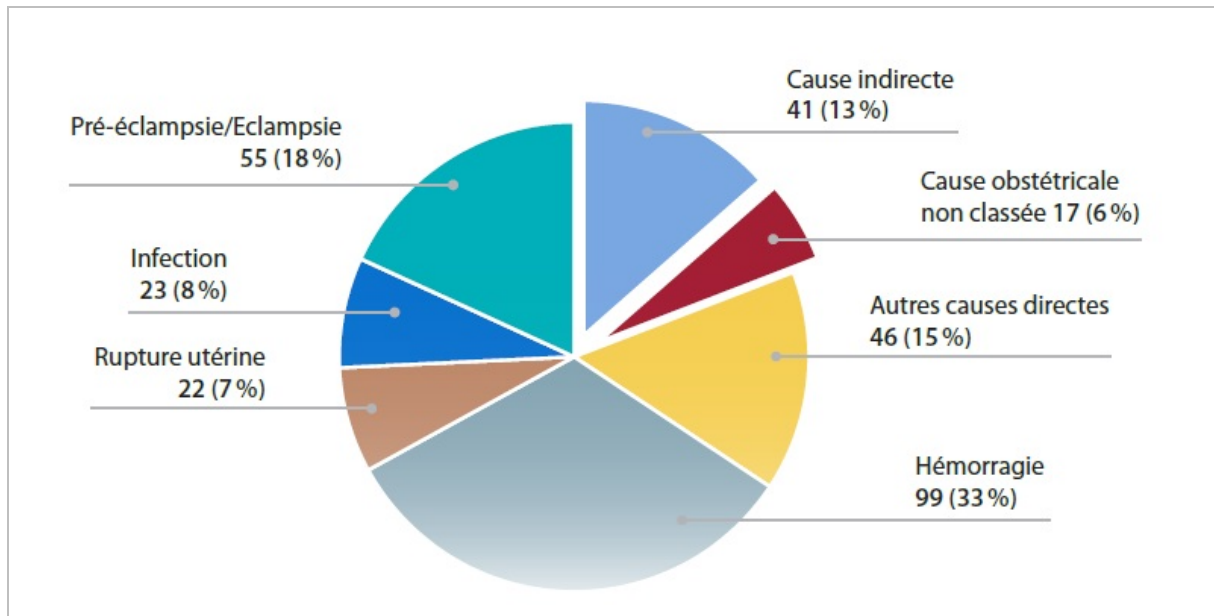


Figure 2. Principales causes des décès maternels au Maroc

Il est à souligner que les principales causes des décès maternels sont les hémorragies (33 %) et les pré-éclampsies/éclampsies (18 %) (4) Le pays s'engage alors à diminuer de trois-quarts des décès éventuels de 112 à 50 cas pour 100 000 naissances vivantes, en réaliser les objectifs de couverture suivants:

- *Augmenter la couverture des accouchements en milieu surveillé de 73% à 90% (de 55% à 75% pour le milieu rural);*
- *Atteindre un taux de césarienne de 10%;*
- *Augmenter la couverture en consultation prénatale (CPN) de 77% à 90%;*
- *Atteindre une couverture de 95% par la consultation du post-partum (CPP);*
- *Maintenir un taux de prévalence contraceptive supérieur ou égal à 67%.*



L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance au sein de la maternité de l'hôpital provincial El Idrissi de Kénitra. La prise en charge des hémorragies de la délivrance repose initialement sur la prévention par la prise en compte des facteurs de risque, la veille et le respect de la physiologie de la délivrance, le bilan étiologique et la surveillance des patientes. Certes, le traitement curatif a significativement évolué pendant les dernières années. Pourtant, Il nécessite l'intégration multidisciplinaire, des moyens médicaux (ocytociques et prostaglandines), des moyens radiologiques (embolisation des artères utérines), et des moyens chirurgicaux (ligature des vaisseaux, hystérectomie d'hémostase). Nous avons essayé à travers cette étude d'accentuer les facteurs de risque majeurs et les étiologies principales de l'hémorragie de la délivrance, mais surtout d'évaluer la qualité de la prise en charge de cette urgence obstétricale en analysant les différents paramètres qui en influencent. Nous avons essayé alors de :

- Présenter la fréquence de l'hémorragie de la délivrance, sa gravité, ses facteurs de risque, ses étiologies et souligner les méthodes de diagnostic et traitement ;
- Préciser la littérature des pratiques principales utilisées pour la prise en charge ;
- Identifier le rôle majeur de la prise en charge dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance ;

Nous proposons également des recommandations et des évaluations permettant d'améliorer et orienter la prise en charge des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon un contexte actuel et récent en essayant de synthétiser les variations dans les pratiques cliniques parfois inappropriées, voire inutiles et vérifier le taux d'application des protocoles et des recommandations du Ministère de la santé.



Généralités

1. Rappel anatomique

1.1. Utérus

L'utérus est un organe musculaire creux intra pelvien, destiné à recevoir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme.

1.1.1. Configuration extérieure

L'utérus a la forme d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière et à sommet inférieur. Il présente 3 parties :

- le corps (*partie supérieure*) ;
- le col (*partie inférieure*) ;
- léger étranglement : l'isthme.

L'utérus présente deux bords latéraux : droit et gauche, et deux faces : ventrale et dorsale, un bord supérieur : fundus ou fond utérin. La jonction du bord supérieur et du bord latéral est appelé corne utérine. C'est là où s'implante la trompe, le ligament rond en avant et le ligament utéro-ovarien en arrière.

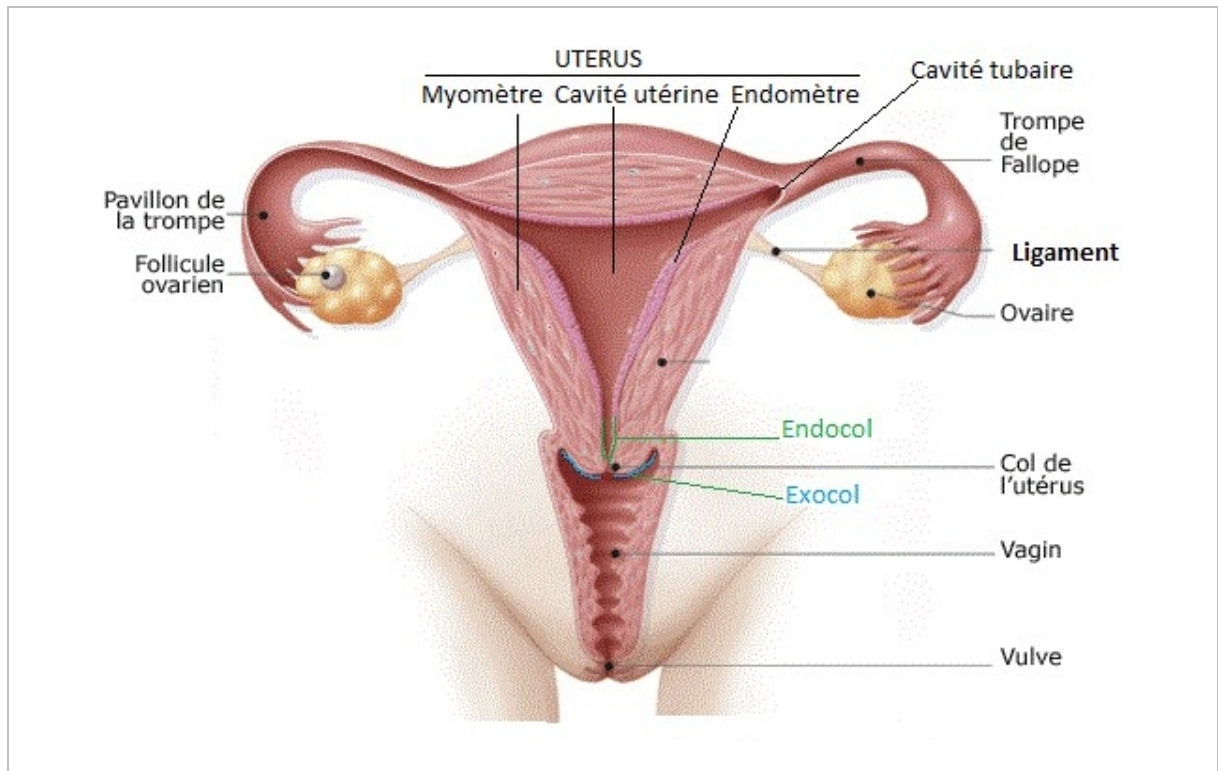


Figure 3. Anatomie de l'appareil génitale de la femme

1.1.2. Configuration intérieure

L'utérus est un organe creux à cavité virtuelle qui peut être étudiée par l'hystérogaphie et l'hystéroscopie, il comprend deux parties :

- La cavité corporelle ;
- Le canal cervical , constitué de 3 tuniques :
 - La séreuse péritonéale ou périmètre ;
 - La musculuse ou myomètre , comportant 3 couches :
 - *Couche interne (circulaire) ;*
 - *Couche moyenne (plexiforme) ;*
 - *Couche externe (longitudinale).*

▪ La muqueuse : appelée endomètre au niveau du corps (sa desquamation cyclique provoque les menstruations).

1.1.3. Rapports de l'utérus

i. Rapports péritonéaux

Le péritoine recouvre le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure de la portion supra-vaginale du col :

- En avant, le péritoine se réfléchit au niveau de l'isthme et forme le cul de sac vésico-utérin ;
- En arrière, le péritoine se réfléchit sur la face postérieure du vagin et forme le cul de sac recto-génital (Le cul de sac de Douglas) ;
- Latéralement : le péritoine forme le ligament large.

L'utérus est solidement fixé à la paroi pelvienne par 5 ligaments, de chaque côté. Ces ligaments représentent les moyens de fixité de l'utérus :

- *ligament large* : unit le bord latéral du corps utérin à la paroi latérale du petit bassin ;
- *le ligament rond* : unit le versant antérieur de l'angle latéral du corps utérin à la grande lèvre en passant dans le canal inguinal ;
- *le ligament utéro-ovarien* : unit le versant postérieur de l'angle latéral du corps utérin à l'extrémité utérine de l'ovaire ;
- *le ligament utéro-sacré* : unit le col de l'utérus au sacrum.

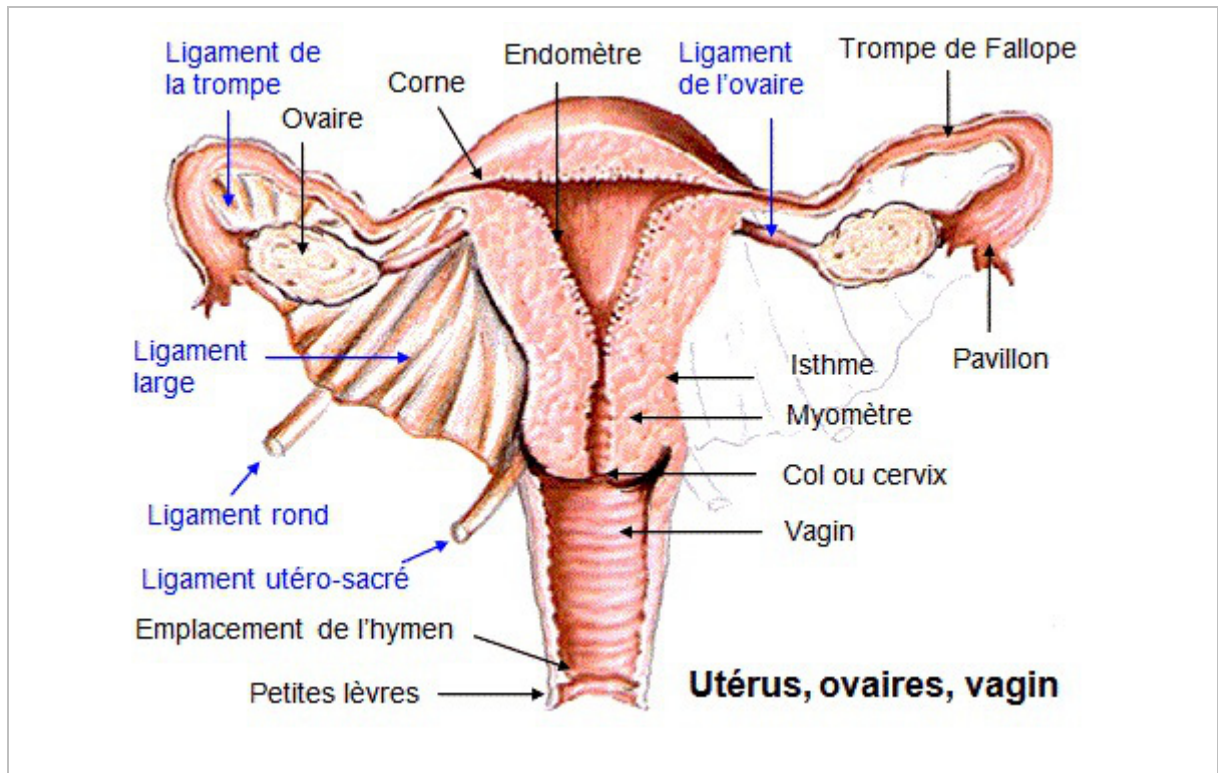


Figure 4. Les moyens de fixité de l'utérus

ii. Par l'intermédiaire du péritoine

L'utérus est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie. Limité en haut par le fond utérin et anses grêles et du colon sigmoïde, et en bas par le vagin. Latéralement, le contenu des ligaments larges et des paramètres : l'artère utérine et l'uretère (5) .

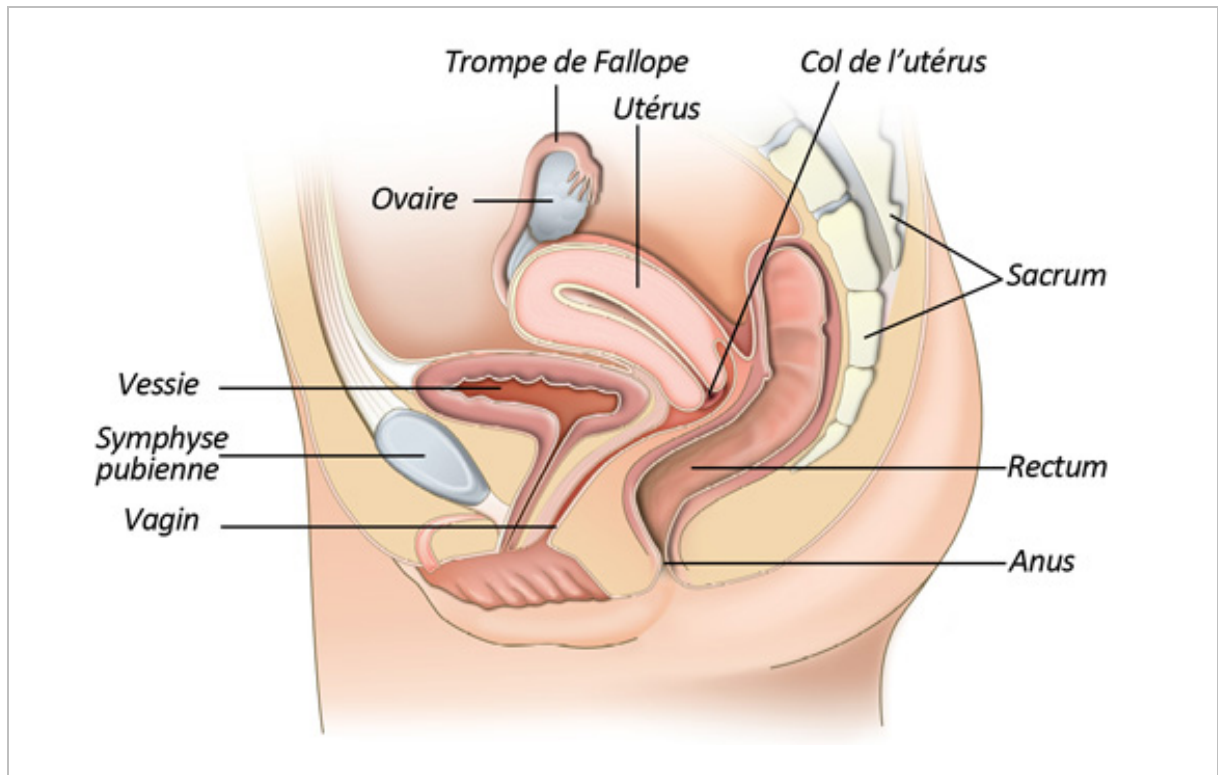


Figure 5. Rapports de l'utérus au sein de la cavité pelvienne

1.2. Vascularisation de l'utérus

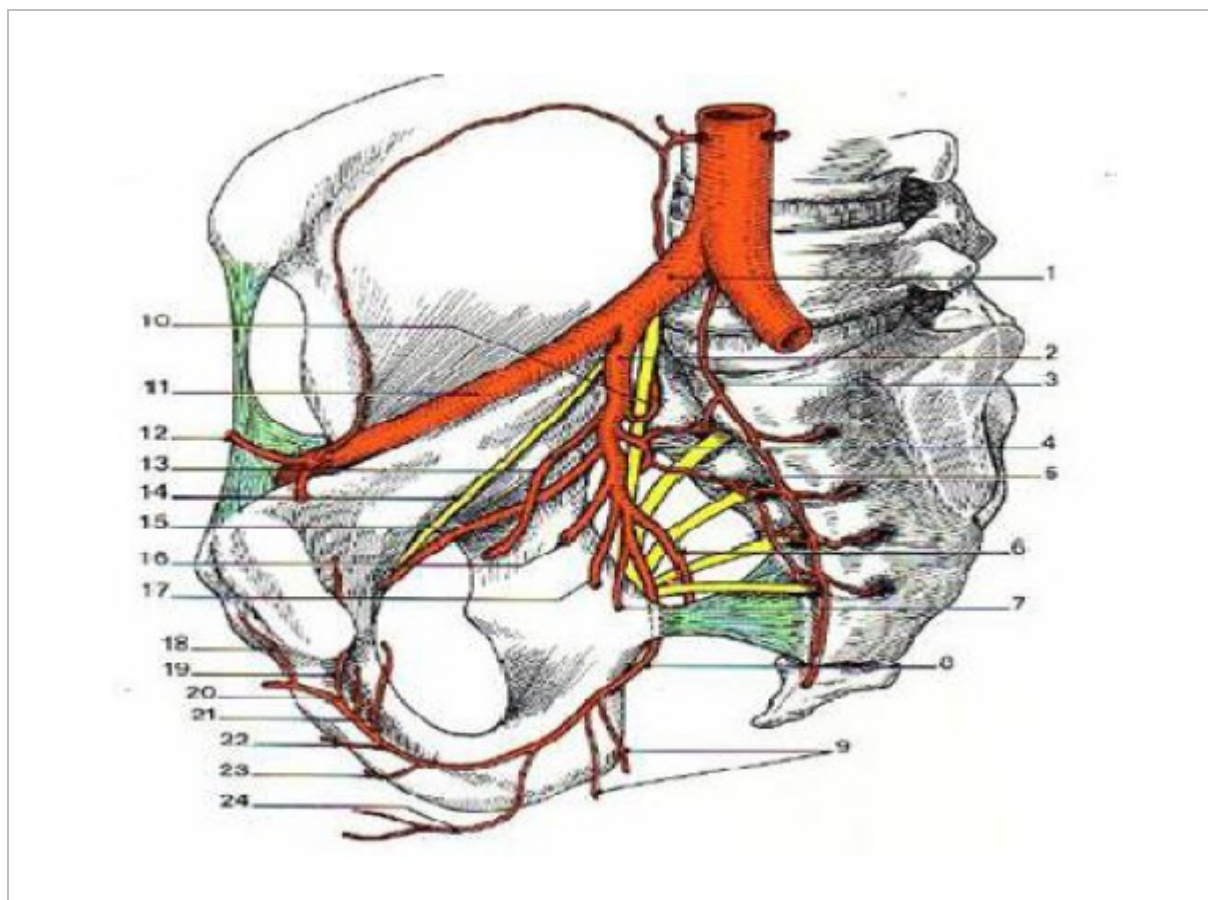
1.2.1. Vascularisation artérielle

i. Artère Utérine (5)

C'est l'artère principale de l'utérus, et participe à la vascularisation des annexes et plus accessoirement du vagin et de la vessie.

a. Origine

Elle naît de l'artère iliaque interne (hypogastrique : branche terminale de l'aorte abdominale) isolément, ou par un tronc commun avec l'artère ombilicale.



1- artère iliaque commune	9- artère rectale inférieure	17- artère vaginale
2- artère iliaque interne	10- artère ilio-lombale	18- artère pré symphysaire
3- artère sacrale médiane	11- artère iliaque externe	19- artère retro symphysaire
4- artère glutéale supérieure	12- artère épigastrique	20- artère graisseuse
5- artère sacrale latérale	13- artère ombilicale	21- artère vésicale antérieure
6- artère glutéale inférieure	14- nerf obturateur	22- art caverneuse
7- artère glutéale	15- artère obturatrice	23- artère bulbaire
8- artère honteuse interne	16- artère utérine	24- artère périnéale.

Figure 6. Origine de l'artère utérine : artère hypogastrique

b. Trajet et rapports

Son trajet arciforme avec un point de déclive situé au niveau de l'isthme utérin, présente trois segments :

- Segment pariétal ou rétro ligamentaire : en arrière du ligament large ;
- Segment paramétrial ou sous-ligamentaire : dirigé transversalement et décrivant une crosse à concavité supérieure (surcroisant l'uretère) ;
- Segment mésométrial ou intra-ligamentaire : ascendant le long du bord latéral du corps utérin, entre les 2 feuillets, antérieur et postérieur du ligament large.

c. Branches collatérales

Au cours de son trajet, l'artère utérine donne :

- *Dans son segment sous ligamentaire :*
 - *5 à 6 rameaux vésico-vaginaux*
 - *Une artère cervico-vaginale : destinée à la portion intra vaginale du col de l'utérus.*
- *Dans son segment intra ligamentaire : de nombreux rameaux pour le col et le corps de l'utérus.*

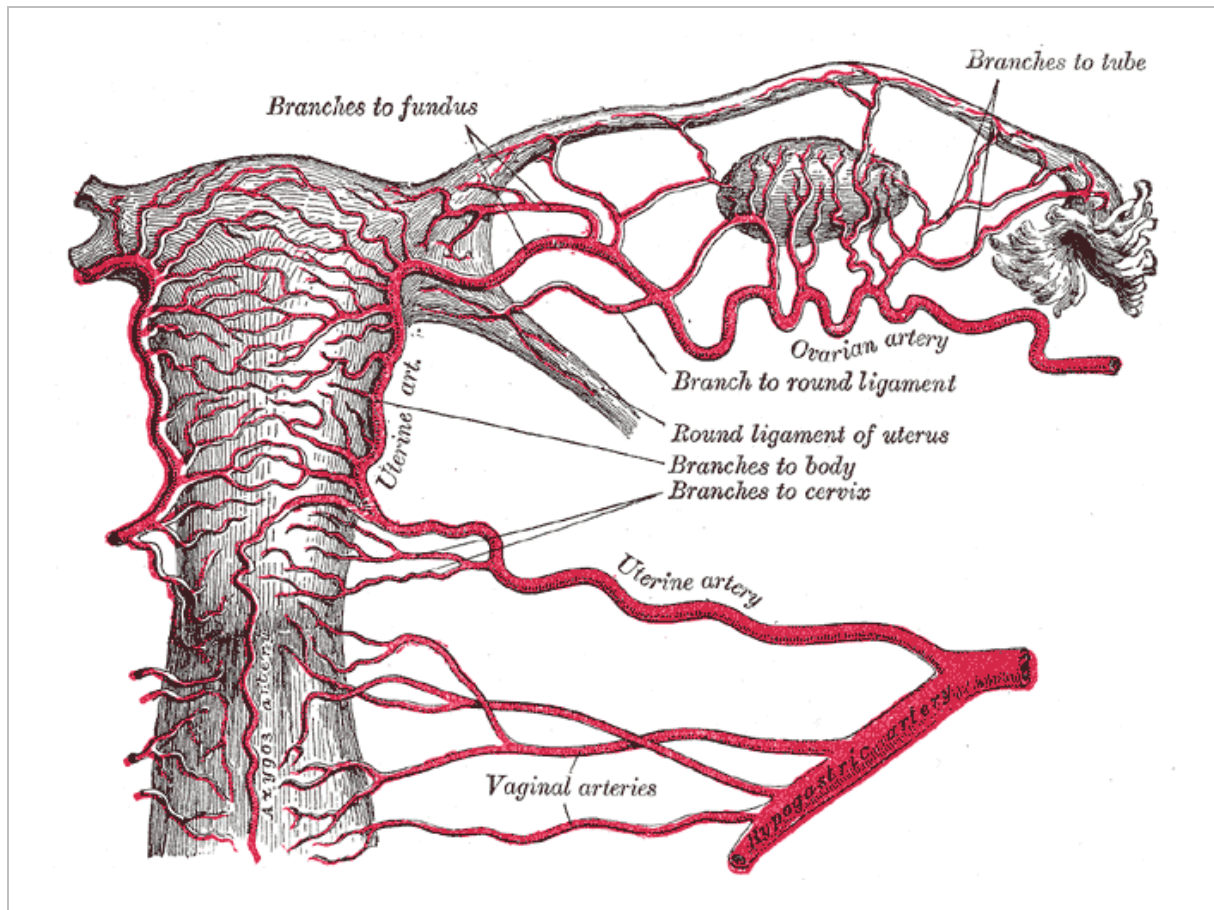


Figure 7. Branches de l'artère utérine

d. Anastomoses

L'artère utérine dispose d'un système de compliance, elle s'anastomose avec différents rameaux qui assurent la vascularisation de l'utérus après ligature de l'artère hypogastrique (7). Ce sont :

- L'artère ovarienne par ses branches annexielles ;
- L'artère vaginale par ses rameaux cervicaux ;
- L'artère épigastrique par celle du ligament rond.

e. Terminaisons

Au niveau de la corne utérine, l'artère utérine s'incline latéralement, ensuite passe sous le ligament rond et la trompe pour se diviser en deux branches terminales : l'artère tubaire médiale et l'artère ovarique médiale, qui s'anastomosent avec leurs homologues latérales.

ii. Artère ovarienne

a. Origine

Elle naît au niveau de la face antérieure de l'aorte abdominale, en regard du disque intervertébral des 2^{ème} et des 3èmes vertèbres lombaires.

b. Trajets, anastomoses, collatérales et terminaisons

L'artère ovarique dans son trajet traverse successivement l'uretère et les vaisseaux iliaques externes, et se dirige ensuite vers le ligament suspenseur de l'ovaire. Elle donne des branches pour la capsule adipeuse du rein et une branche urétérique. L'artère ovarique se termine à l'extrémité tubaire de l'ovaire, ainsi se divise en deux branches, tubaire latérale et ovarique latérale, qui s'anastomosent le plus souvent, à plein canal, avec les branches homonymes de l'artère utérine pour former les arcades artérielles infra ovarique et infratubaire.

iii. Artère du ligament rond

C'est une branche de l'épigastrique inférieure qui naît de l'artère iliaque externe. Elle parcourt le ligament rond et s'anastomose au niveau de la corne utérine avec une branche de l'artère utérine.

1.2.2. Vascularisation Veineuse

Le sang veineux utérin est collecté dans les plexus veineux utérins situés dans les mésomètres. Chaque plexus est drainé essentiellement par les veines utérines et vaginales dans les veines iliaques internes, et accessoirement par les veines ovariennes et les veines du ligament rond.

1.3. Utérus puerpéral

Dès le 5^{ème} mois, on note au niveau de l'utérus gravidique une spiralisation marquée des artérioles, l'existence de néo-formations capillaires, l'augmentation du nombre et du calibre des vaisseaux. Les veines du myomètre sont toutes particulièrement dilatées en fin de gestation. L'utérus puerpéral est une véritable « *éponge veineuse* ». Ses plaies entraînent des hémorragies essentiellement veineuses, donc continues et abondantes (8).

L'atonie musculaire, réduisant les effets des « *ligatures vivantes* » de Pinard, et l'absence de valvules veineuses favorisent une circulation rétrograde vers la plaie utérine.

2. Délivrance

La délivrance est par définition l'expulsion des annexes fœtales hors des voies génitales. C'est la période la plus dangereuse pour la mère, avec un risque d'hémorragie grave mettant en jeu son pronostic vital.

2.1. Physiologie de la délivrance normale

La délivrance constitue le 3^{ème} et le dernier temps de l'accouchement. Elle s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus à la 2^{ème} heure. Elle évolue en 3 phases :

- Décollement placentaire ;
- Migration et expulsion placentaire ;
- Rétraction et hémostase.

2.1.1. Phase de décollement placentaire

Après l'expulsion du fœtus, l'utérus se rétracte déclenchant la phase de décollement. Cette rétraction résulte de la diminution du volume utérin et aboutit à l'augmentation de l'épaisseur des parois utérines, sauf au niveau de l'insertion placentaire qui reste mince. Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta. C'est la phase clinique de *repos physiologique*.

La contraction utérine responsable du décollement proprement dit entraîne un clivage franc de la caduque avec ouverture des vaisseaux utéro-placentaires constituant des foyers hémorragiques dont la confluence entraîne la formation d'un hématome retro placentaire physiologique.

10 à 15 min après l'accouchement, les contractions utérines augmentent d'intensité et entraînent alors le clivage de la caduque.

2.1.2. Phase de migration et d'expulsion placentaire

Elle se fait sous l'effet des contractions utérines, dont l'intensité est croissante, de son propre poids et du poids de l'hématome rétro-placentaire physiologique retenu par les membranes. Le placenta descend dans le segment inférieur qu'il déplisse, surélevant ainsi le fond utérin vers le haut.

Le placenta décollé traverse alors le col et le vagin pour être expulsé à la vulve :

- Généralement, il est expulsé à la vulve en mode Baudelocque, c'est-à-dire par la face fœtale. Cela concerne les insertions hautes ou fundiques, celui-ci s'éversant alors « en doigt de gant » dans la cavité utérine ;
- De façon moins fréquente, le placenta se présente à la vulve par sa face maternelle, selon le mode Duncan.

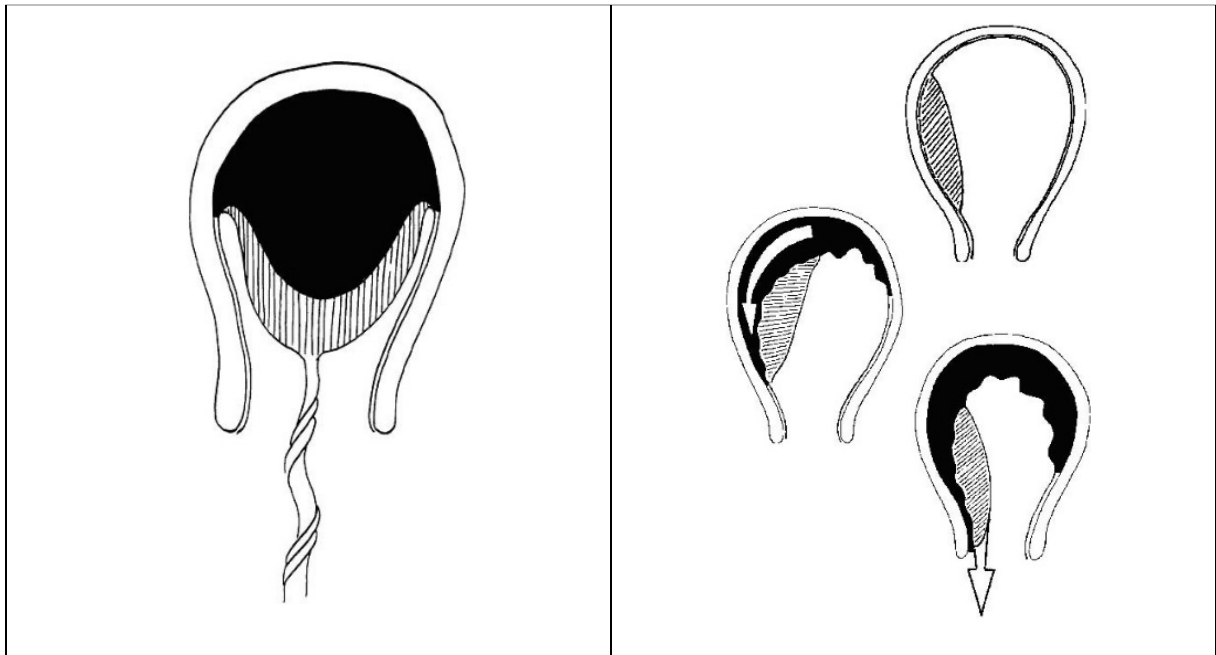


Figure 8. Migration placentaire selon le mode de Baudelocque

Figure 9. Migration placentaire selon le mode de Duncan

L'insertion placentaire est plutôt latérale ou au niveau du segment inférieur de l'utérus, un mouvement de glissement et non d'éversion se produisant dans ce cas. Ce mode de délivrance entraînerait plus de complications (*rétenion de membranes, hémorragie du segment inférieur*).

2.1.3. Phase de rétraction utérine et d'hémostase

Cette phase est immédiate après la sortie du placenta et concerne le lit placentaire dont elle assure l'hémostase.

La rétraction utérine entraîne la formation d'un « grillage » de fibres myométriales qui enserre les vaisseaux qui sont alors « clampés ». Ce sont les « ligatures vivantes de Pinard ». Ce phénomène est possible uniquement en cas de vacuité utérine totale. Une thrombose vasculaire se produit suite à l'oblitération mécanique des vaisseaux. En fin de grossesse, les facteurs de coagulation sont présents en plus grande quantité (fibrinogène, facteurs VII, VIII, IX). De plus, lors de la délivrance, les mécanismes de la coagulation sont accélérés.

On note quatre conditions pour l'hémostase: l'utérus doit être contractile et vide, la filière génitale doit être intègre, le sang doit être coagulable (mais le rôle de la coagulabilité reste néanmoins minime). Si l'utérus ne se rétracte pas de manière satisfaisante, un saignement apparaît (une partie s'exteriorise et l'autre partie forme des caillots dans l'utérus). L'utérus n'étant pas vide, il ne peut se rétracter et continue à saigner.

2.2. Différents types de la délivrance

La délivrance ou plus précisément l'expulsion du Placenta se fait selon différents modes (9) , on en décrit :

2.2.1. Délivrance spontanée

Après toutes les différentes étapes précédemment décrites, le placenta est alors évacué spontanément avec l'aide de quelques efforts de poussée par la patiente en position debout. Le diagnostic clinique du décollement complet du placenta se fait par une manœuvre de refoulement utérin en sus-pubien par la main gauche, tout en maintenant avec la main droite le cordon ombilical. Si le cordon ombilical remonte au moment de cette manœuvre, le placenta est encore solidaire à l'utérus et il n'est donc pas entièrement décollé. En revanche, si aucune ascension n'est observée, alors le décollement du placenta est complet.

2.2.2. Délivrance naturelle

La délivrance spontanée reste rare, du fait qu'elle soit trop tardive ou trop brusque risquant de déchirer les membranes, dont une partie reste retenue in utero. Ainsi préfère-t-on la délivrance naturelle.

Le décubitus dorsal, le clampage précoce du cordon ombilical (qui favorise la retenue de sang et donc, le décollement placentaire) accélèrent la délivrance. De la même façon, une fois le diagnostic de décollement placentaire établi, la pression sur le fond utérin par la main gauche et la traction douce avec la main droite du cordon ombilical au décours d'une poussée de la patiente facilitent l'expulsion placentaire. Enfin, lorsque le placenta est extériorisé à la vulve, la main gauche déplisse le segment inférieur en refoulant l'utérus, ce qui facilite l'expulsion des membranes. Tous ces gestes simples accompagnent la délivrance on parle alors de délivrance naturelle.

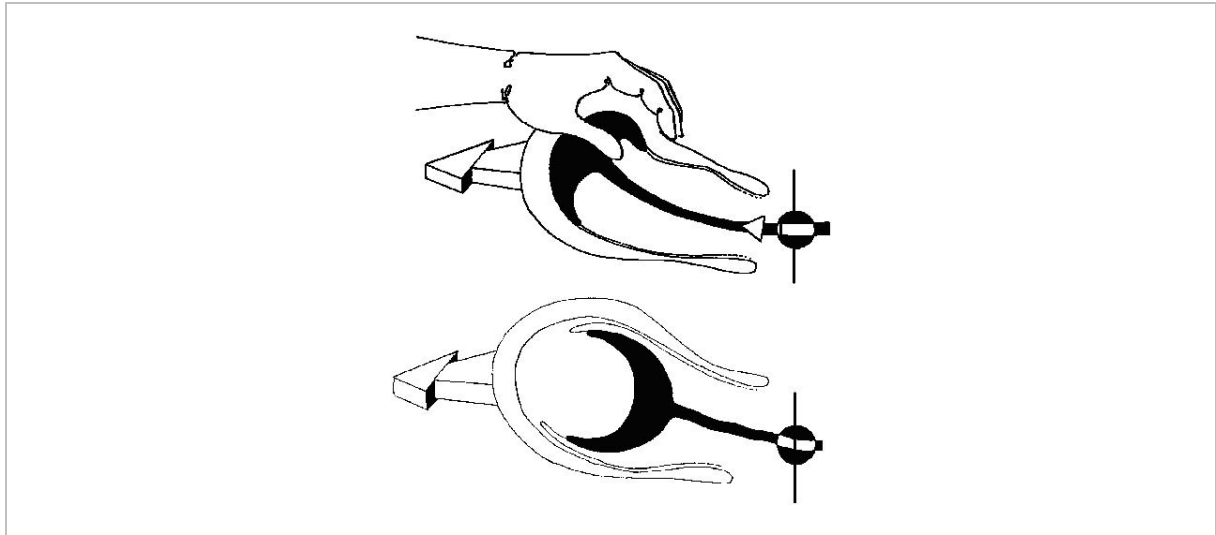


Figure 10. Délivrance naturelle

2.2.3. Délivrance dirigée

Elle consiste en l'administration de drogues utérotoniques afin de réduire le délai de la délivrance et ainsi, limiter les pertes sanguines après l'accouchement. Cette administration se fait par voie intraveineuse au moment du dégagement de l'épaule antérieure du fœtus. Les autres modes d'administration (intramusculaire, intramyométriale) sont à proscrire car l'effet est retardé. Les écoles anglo-saxonnes associent à cette injection une traction contrôlée et continue sur le cordon.

Ocytocine (*Syntocinon*) est la drogue utérotonique qui semble être la plus adéquate pour faciliter la délivrance. Les différentes études s'accordent sur le point que la délivrance dirigée doit s'effectuer par l'injection de 5 UI de *Syntocinon* en intraveineuse lente. La délivrance artificielle était autrefois indiquée dans les situations à risque d'hémorragie du post-partum (macrosomie, grossesse multiple, grande multiparité, antécédent hémorragique). Mais les

indications ont été progressivement étendues en raison d'une part de la multiplicité des facteurs de risque et d'autre part, des effets bénéfiques de la délivrance dirigée sur la durée de la période de la délivrance.

2.2.4. Délivrance artificielle

Elle correspond à l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus. Elle est nécessaire en cas de non-décollement placentaire 30 min après l'accouchement, mais également en cas d'hémorragie. Ce geste doit être réalisé dans une totale asepsie : port d'un masque et d'une coiffe, badigeonnage du périnée, disposition de champs stériles, lavage chirurgical des mains et port de gants stériles. L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée de façon systématique lors de ce geste, ce qui renforce le rôle de l'asepsie rigoureuse. La délivrance artificielle doit également être accompagnée d'une bonne analgésie (analgésie péridurale si déjà présente ou anesthésie générale). En revanche, dans un contexte d'urgence extrême, elle peut être effectuée immédiatement, même en l'absence d'une quelconque analgésie. La délivrance artificielle consiste, en l'introduction de la main de l'opérateur dans la filière génitale le long du cordon ombilical. L'autre main empaume le fond utérin et l'amène vers le bas et le centre de l'abdomen. L'opérateur doit alors décoller progressivement le placenta au contact de la paroi utérine, puis il saisit le placenta et l'extrait des voies génitales. Après une nouvelle désinfection de son gant et du périnée, il effectue une révision utérine afin de s'assurer de la totale vacuité de l'utérus.

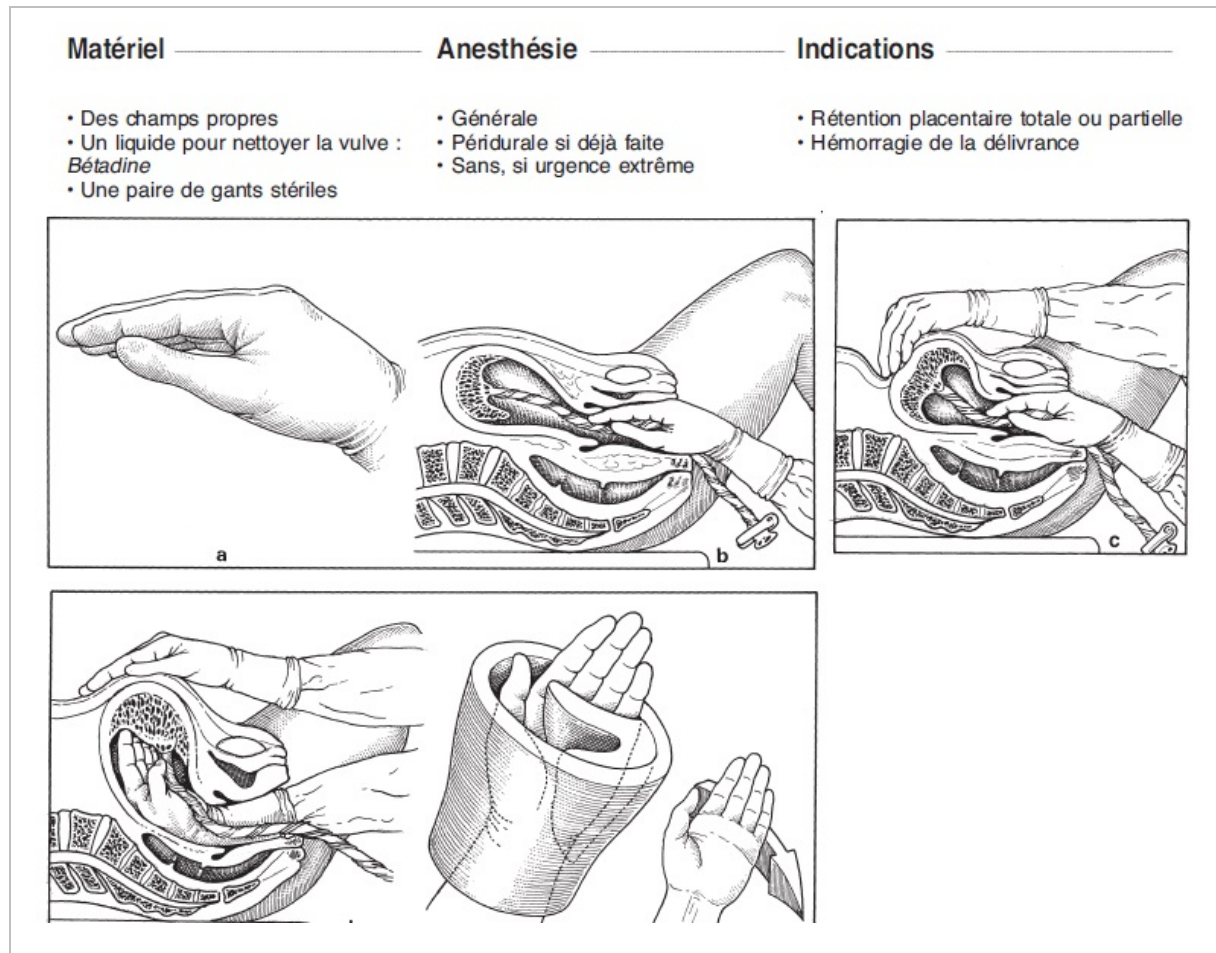


Figure 11. Délivrance artificielle et révision utérine.

2.3. Examen du placenta

Cet examen nécessaire renseigne sur l'intégrité du placenta et des membranes et sur leurs anomalies possibles. Il doit se pratiquer avec des gants. Le placenta est d'abord débarrassé des caillots qui le recouvrent. Les faces fœtale et utérine sont examinées successivement (10) :

- Sur la face fœtale, on note le lieu d'insertion du cordon dont on contrôle le nombre de vaisseaux. On voit alors si elles sont complètes ;
- Le chorion, tapissé à sa face externe de quelques débris rougeâtres de caduque, se détache facilement de l'amnios. Parfois les membranes sont incomplètes et déchiquetées, elles peuvent même manquer complètement : le placenta est dit découronné.

Normalement, le sac membraneux est lisse et avasculaire. L'examen des membranes par transparence permet de reconnaître les vaisseaux qui chemineraient anormalement à sa surface et de découvrir la rétention d'un cotylédon accessoire.

La face utérine est examinée après retournement du sac. Elle doit être régulière. Les cotylédons se juxtaposent sans solution de continuité. Une dépression irrégulière doit faire penser à une rétention placentaire. Si le placenta apparaît incomplet, ou si son intégrité est douteuse, il faut faire une révision utérine. La seule rétention de membranes ne justifie pas cette intervention. Les membranes s'éliminent d'elles-mêmes dans les suites de couches.

Le placenta ayant été ainsi examiné, on mesure ses deux axes ; puis après avoir sectionné le cordon et les membranes libres à 2 cm de leur attache, on le pèse. A terme, son poids est environ le sixième de celui de l'enfant. Il est proportionnellement plus volumineux lorsque la grossesse est plus jeune.

2.4. Surveillance de la délivrance

Etant le temps le plus risqué de l'accouchement, la délivrance nécessite une surveillance avant, pendant et après l'expulsion du délivre qui se poursuivra pendant 2 heures en salle d'accouchement.

La surveillance porte sur les éléments suivants : tonicité utérines, écoulement de sang à la vulve et descente du cordon, l'état général qu'on évalue ainsi :

- Il faut surveiller de façon fréquente la pression artérielle et la fréquence cardiaque afin d'évaluer l'état hémodynamique de la patiente. Un saignement non extériorisé peut être dépisté par l'accélération du pouls maternel, qui sera souvent le premier signe à apparaître, et/ou la baisse de la pression artérielle. Il peut être également dépisté par la hauteur utérine. Après la naissance de l'enfant, l'utérus doit se trouver en sous ombilical. La tonicité utérine doit être aussi évaluée et retrouvée après 10 à 15 min, c'est-à-dire une fois que la période de rémission clinique est terminée. Enfin, il faut être attentif à l'écoulement extériorisé de sang. Il peut être utile de placer un sac de recueil dès l'accouchement terminé, les pertes sanguines étant très souvent sous-estimées.

- Après l'expulsion placentaire, la surveillance clinique doit être attentive et se faire environ tous les quarts d'heure durant un minimum de 2 heures. Les mesures de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque sont donc corrélées à la tonicité de l'utérus, à la hauteur utérine et au volume de sang exprimé. La présence d'un « globe utérin de sécurité » est essentielle durant le post-partum.

3. Hémorragie de la délivrance

3.1. Définitions

L'hémorragie de délivrance ou hémorragie du post-partum immédiat est définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml après expulsion fœtale par voie naturelle ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire (11).

On estime une perte sanguine normale lors d'un accouchement par les voies naturelles à environ 400 ml et lors d'une césarienne à 1000 ml. Pour cette raison la définition classique de l'OMS a été remplacée par les valeurs : 500 ml pour un accouchement par voie basse, et un litre pour une césarienne par certains auteurs.

Par ailleurs le *Collège Américain des Obstétriciens et des Gynécologues* adopte une définition distincte de l'hémorragie du post-partum immédiat (12): Tout saignement responsable d'une chute de plus 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation.

D'une façon plus générale, on peut parler d'hémorragie sévère quand le saignement n'est pas toléré par la mère ou bien nécessite une réponse thérapeutique médicale ou chirurgicale intensive. La première difficulté de l'hémorragie obstétricale est donc le diagnostic qui procède un retard de prise en charge.

3.2. Rappel historique

Historiquement équivalente de la morbidité et la mortalité, l'hémorragie de la délivrance a toujours été l'une des menaces les plus graves pour la patiente,

les sages-femmes et l'obstétricien. Au moment où l'obstétrique ne faisait pas encore objet d'une science, les accoucheuses étaient des femmes qui avaient survécu à de nombreux accouchements, et qui tiraient leur science de l'expérience transmise oralement. Quand il s'agissait d'une hémorragie ou une complication lors de l'accouchement, c'est au prêtre et aux apports superstitieux que les femmes faisaient recours face à ce qu'on appelait « *malédiction* ».

Malgré les efforts fournis par les médecins européens du moyen-âge, la plupart des naissances se déroulaient à domicile, dans une pièce calfeutrée, surchauffée, où une assistance féminine nombreuse et bruyante entourait la parturiente, et il était très difficile de faire quelque chose pour l'enfant en cas de complication. Dans les classes aisées, on utilisait une chaise d'accouchement déjà conçue pendant l'antiquité. Ménageant la pudeur de la femme, la matrone travaillait sous les jupes. Toutefois, les obstétriciens se plaignent de l'ignorance des sages-femmes incultes et incompetentes qui font appel à eux quand la situation est devenue irrémédiable, tandis que les sages-femmes stigmatisent l'outrecuidance et l'indécence de ces médecins hommes qui veulent à tout prix s'immiscer dans les problèmes intimes des femmes et qui, par leur brutalité et l'usage d'instruments barbares, ne sont bons qu'à provoquer des désastres. C'est donc dans ce contexte d'antagonisme indompté qu'émergeront de fortes personnalités d'obstétriciens qui vont par leur rayonnement et leurs écrits, initier une grande modification de la pratique et les méthodes de la prise en charge des complications durant et après l'accouchement. Malgré cela, perdre une parturiente s'est avéré fréquent, que les rois et les empereurs décidaient de se marier de nouveau une fois leur femmes tombent enceinte. Le prince Kurram, plus connu sous le nom de Shah Jahan, qui signifie « *roi du monde* »,

commandait l'Empire la plus vaste du 17^{ième} siècle, Moghol. En mettant au monde le quatorzième enfant, Mumtaz Mahal, l'amour de sa vie, meurt d'une hémorragie de délivrance grave. Elle lui arrache la promesse d'édifier un moment égal à la pureté de leur amour commun et leur éternelle passion l'un pour l'autre. Effondré, le shah Jahan respecte les vœux de sa bien-aimée et se lance dans la construction du palais du Taj Mahal, la merveille qui demeurera emblème de la mort maternelle.

Jusque dans les années 1750 que le premier traité expliqua correctement les causes majeures de l'hémorragie du post-partum et réunit des réflexions sur la théorie et la pratique de la profession des sages-femmes et des obstétriciens. William Smellie, qui fut le premier à enseigner « *l'art de l'accouchement* » sur une base scientifique, et à établir des règles pour l'utilisation de forceps, en décrivant l'hémorragie de la délivrance: « *Lors de la séparation du placenta, ou après la délivrance, toute femme perd un volume d'un demi pound ou parfois un pound (453ml) du sang rouge, mais ce volume pourrait augmenter sans arrêt et la vie de la patiente sera en danger* » (13) .

Bien que Smellie ait décrit les principes de l'hémorragie, en mesurant le volume de la perte de sang dans les heures qui suivent l'accouchement, Baudelocque a avancé l'importance du suivi de la femme jours après l'accouchement, il a pu également décrypter et expliquer de façon efficiente les signes et les mesures majeures de l'hémorragie, décrite selon lui manifestant même au huitième et au treizième jour des couches. « Dans les deux cas la matrice était molle au toucher, son col flasque, et l'on y aurait introduit aisément la main. On doit donc craindre une hémorragie lors qu'à la suite de l'accouchement l'utérus reste mou, volumineux, et il est utile que la personne

chargée de soigner la nouvelle accouchée soit prévenue de la possibilité de ce danger. », cita Alard (3). Selon ces recommandations, le clergé suédois a été le premier à établir un système d'information en 1749, appelé « Grand registre statistique des accouchements ». En 1757, la suède commença déjà des formations en obstétrique des sages femmes dans la paroisses. Le pays installa un système complet des sages-femmes communautaires avec une expertise médicale de secours pour réduire la mortalité maternelle. Aujourd'hui, le suède est le modèle à suivre avec le taux le plus faible de la mortalité maternelle.



1. CADRE de l'étude

Notre étude a été réalisée au sein du service de gynécologie et d'obstétrique au Centre Hospitalier provincial El Idrissi de la ville Kénitra, ville située au nord-ouest du Royaume du Maroc.

1.1. Centre Hospitalier Provincial El Idrissi

L'hôpital El Idrissi est situé sur le versant Sud-est de la ville de Kénitra. Sa porte principale s'ouvre à proximité de l'autoroute vers Rabat. C'est le plus important des établissements de soins de la région du Gharb Chrarda Beni Hssen. Il s'agit d'un hôpital de type pavillonnaire, construit en 1933 à l'emplacement de la forêt de *Maamora*. Il dessert toute la région du Gharb Chrarda Beni Hssen avec une population estimée à 1 927 277 habitants dont 23% vivent en milieu urbain et 77% en milieu rural.

C'est un établissement à 3 niveaux (2 étages, 1 RC et 1 sous sol) implanté sur une superficie de 4,7 hectares dont 1290m² construites. Sa capacité litière est de 416 lits. Il comporte en addition à une direction générale :

— *des services cliniques :*

- Service des urgences ;
- Service de réanimation ;
- Service de Chirurgie : *Générale, Neurochirurgie, Traumatologie, Urologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie plastique, chirurgie maxillo-faciale, vasculaire ;*

- Service de Médecine : *Gastrologie, Médecine interne, pneumo-physiologie, endocrinologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie ;*
- Département Mère-enfant : *Service de gynéco-obstétrique, pédiatrie, chirurgie pédiatrique ;*
- Centre d'hémodialyse ;
- Centre de diagnostic.

— *Plateau technique :*

- Radiologie standard ;
- Scanner-échographies ;
- Imagerie médicale ;
- Blocs opératoires équipés ;
- Laboratoire d'analyse médicale-anatomopathologie ;
- Exploration fonctionnelle ;
- Unité d'hémodialyse.
- Centre de transfusion sanguine

1.2. Service de gynéco-obstétrique

1.2.1. Structure

La filière gynéco-obstétrique au CHP de Kénitra assure la prise en charge des mères et des nouveau-nés. La maternité permet également de prendre en charge des grossesses pathologiques et des nouveau-nés présentant des détresses graves.

La capacité litière totale de la filière est de 66 lits. La filière est constituée de deux volets :

— *Volet Obstétrique composé d'un(e) :*

- Salle d'admission et d'examen avec 2 divans d'examen ;
- Salle d'échographie ;
- Salle d'accouchement ;
- Salle des expectantes ;
- Bloc opératoire ;
- Unités de soins intensifs ;
- Salle de garde pour sages femmes et infirmières ;
- Salle de garde pour médecins ;
- Bureau de la Major et la responsable des hospitalisations.

— *Volet Gynécologique, composé d'un(e) :*

- Unité des suites des couches ;
- Unité des post-opérées ;
- Unité de prise en charge des complications de l'avortement ;
- Unité de grossesses pathologiques ;
- Salle des soins infirmiers ;
- Bureau de responsable des soins infirmiers ;
- Bureau d'archive.

1.2.2. Personnel

Hormis que la capacité litière dépasse 60 lits et 7 tables d'accouchement, le service reste en manque de personnel. On dénombre :

— *Personnel médical* :

- 4 médecins gynécologues

— *Personnel paramédical* :

- 10 sages femmes ;
- 9 infirmières de santé ;
- 4 infirmiers-anesthésiste ;
- 5 agents du service ;
- 2 major et responsables des hospitalisations.

1.2.3. Méthodes d'information

Dans l'absence d'un système informatisé de collecte des données des patientes, le personnel du service se limite à remplir les documents suivants :

- Un registre d'enregistrement à l'admission ;
- Un dossier d'accouchement ;
- Un dossier d'hospitalisation pour les femmes opérées ;
- Les fiches de référence ;
- Dossiers d'archive.

1.2.4. Fonctionnement

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement, avec une capacité de 7 lits, qui fonctionne 24 H/24. Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées au niveau du centre diagnostic par un gynécologue une fois par semaine. Une équipe de garde quotidienne travaille au long de la journée . Elle est composée de 3 sages-femmes, 1 médecin gynécologue, 2 infirmières et des agents du service.

2. Prévalence

Toutes les accouchées admises à la Maternité de l'hôpital El Idrissi de Kenitra du mois de Mai à Octobre 2016 ont. Le nombre total des accouchements au long de la durée de l'étude est 7 032 dont 236 cas de femmes ayant une hémorragie de délivrance, soit une fréquence de 3,35%.

3. L'échantillon d'étude

3.1. Critères d'inclusion

La population étudiée correspondait à l'ensemble des patientes ayant été, durant la durée de l'étude, admises en travail à la Maternité de l'hôpital El Idrissi de Kénitra pour accouchement et ayant présenté une hémorragie de la délivrance dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

3.2. Critères d'exclusion

La population exclue de l'étude correspondait à l'ensemble des patientes:

- ayant été référées à la Maternité de l'hôpital El Idrisi pour la prise en charge d'une hémorragie de délivrance, et n'ayant pas accouché dans le service d'étude ;

- ayant présenté d'autre type d'hémorragie : l'hémorragie du post-partum tardif, ou d'autres types d'hémorragie en dehors de la sphère génitale ;
- ayant accouché dans notre service d'étude et ayant présenté une hémorragie de délivrance mais dont les dossiers sont inexploitable suite à l'insuffisance des données.

4. Matériel

Il a fallu obtenir une autorisation de chez le directeur de l'hôpital et un accord de la part du chef du service pour mener l'étude au sein de la Maternité El Idrissi. Sur ce, la collecte des données a été faite à partir d'un :

- *Dossier d'accouchement*

Regroupant les informations concernant la parturiente : *âge ; ATCD ; évolution du travail ; diagnostic ;*

- *Dossier d'hospitalisation*

Rempli chez les patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance, il contient les informations suivantes : *l'identité, le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'examen clinique, les examens para-cliniques, le diagnostic, le traitement instauré, l'évolution, ainsi que le suivi.*

- *Partogramme*

Enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale qui s'y rapportent.

- *Fiche d'exploitation (Annexe I)*

5. Variables étudiées

Le recueil des données a pris en compte de nombreux critères afin de pouvoir répondre au mieux aux questions soulevées dans notre étude. L'étude des caractéristiques de la population a précédé l'analyse des données en rapport avec plusieurs variables. Nous nous sommes basés sur les recommandations du *Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français* (CNGOF) pour évaluer les cas d'hémorragie de la délivrance inclus dans l'étude. Les variables collectées, saisies et puis analysées sont présentées sur la fiche (*Annexe I*).

6. Difficultés

La première critique de notre étude se situe dans son caractère rétrospectif, ce qui a pu limiter la précision des données recueillies.

Les informations des patientes ont été obtenues dans les dossiers médicaux hospitaliers. Plusieurs données étaient manquantes et pas tous les dossiers de l'étude présentaient la même qualité d'information.

Dans l'absence d'une plateforme normalisée qui va permettre l'analyse et la saisie directe, il a fallu initialement gérer les informations collectées des dossiers sur des fiches d'exploitation informatisées, ce qui a été prenant vu la nature exhaustive de l'étude et aussi le nombre des cas et des variables à maîtriser.



1. Fréquence

Du 1er Juin au 31 octobre, nous avons recensé 236 cas d'hémorragie de la délivrance dont 90 dossiers inexploitable. Durant les 5 mois de l'étude, 7 032 accouchements ont été effectués dans le service d'étude. La fréquence de l'HDD est donc de 3,35% dans notre série.

2. Informations sociodémographiques

2.1. Âge

Les âges extrêmes des patientes sont 15 ans et 45 ans. L'âge moyen est de 27,39 ans. La répartition des patientes selon les différentes tranches d'âge est illustrée ci-dessous.

<i>Tranches d'âge</i>	Nombre	% (N=95)
[15,20[	23	15,75%
[20,25[	34	23,29%
[25,30[	34	23,29%
[30,35[	25	17,12%
[35,40[	22	15,07%
[40,45]	8	5,48%

Tableau 1. La répartition des patientes selon les tranches d'âge

La tranche d'âge la plus représentée est située entre [20,25[et [25,30[comporte 68 patientes soit une fréquence 46,58% de l'effectif total des cas de l'hémorragie de délivrance.

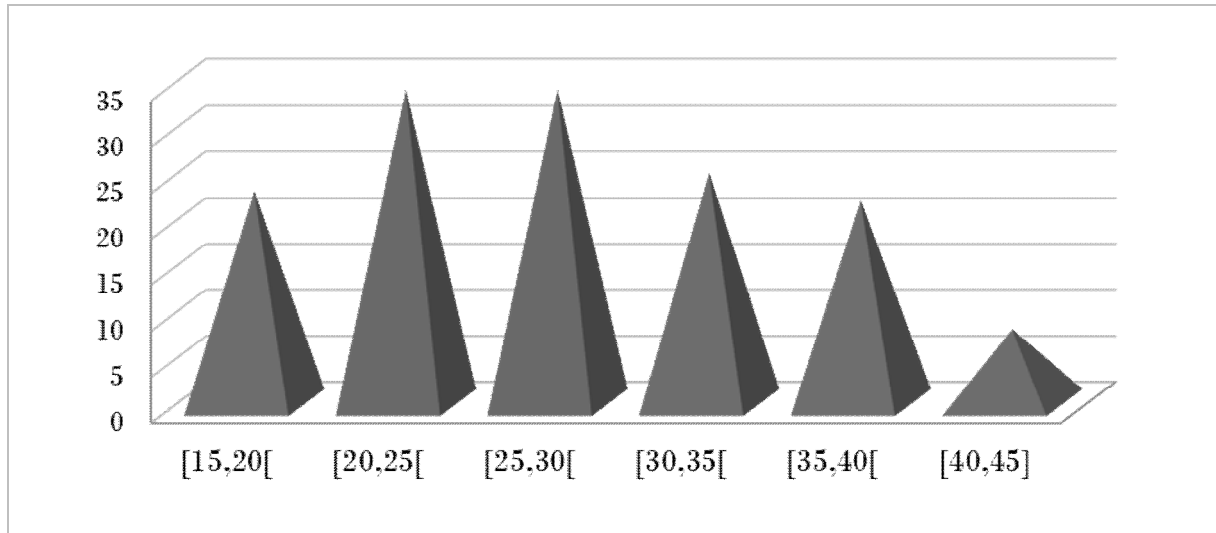


Figure 11. Représentation graphiques de la répartition des patientes en fonction de l'âge

2.2. Poids

Le poids a été mesuré seulement chez 95 patientes. On a noté 14 cas d'obésité ($Poids > 80\text{ kg}$), soit une fréquence de 14,74%. Il s'agit d'une obésité sévère chez 3 femmes ($Poids > 95\text{kg}$). 11 patientes ont une obésité morbide ($Poids > 85\text{kg}$). On cite que le poids moyen est 69,55 kg, avec un poids maximal de 104 kg et minimal de 52 kg.

<i>Poids</i>	Nombre	% (N=95)
Maigreur	2	2,11%
Normal	77	81,05%
Surpoids	2	2,11%
Obésité	14	14,74%
<i>Morbide</i>	11	11,58%
<i>Sévère</i>	3	3,16%

Tableau 2. La répartition des patientes selon le poids

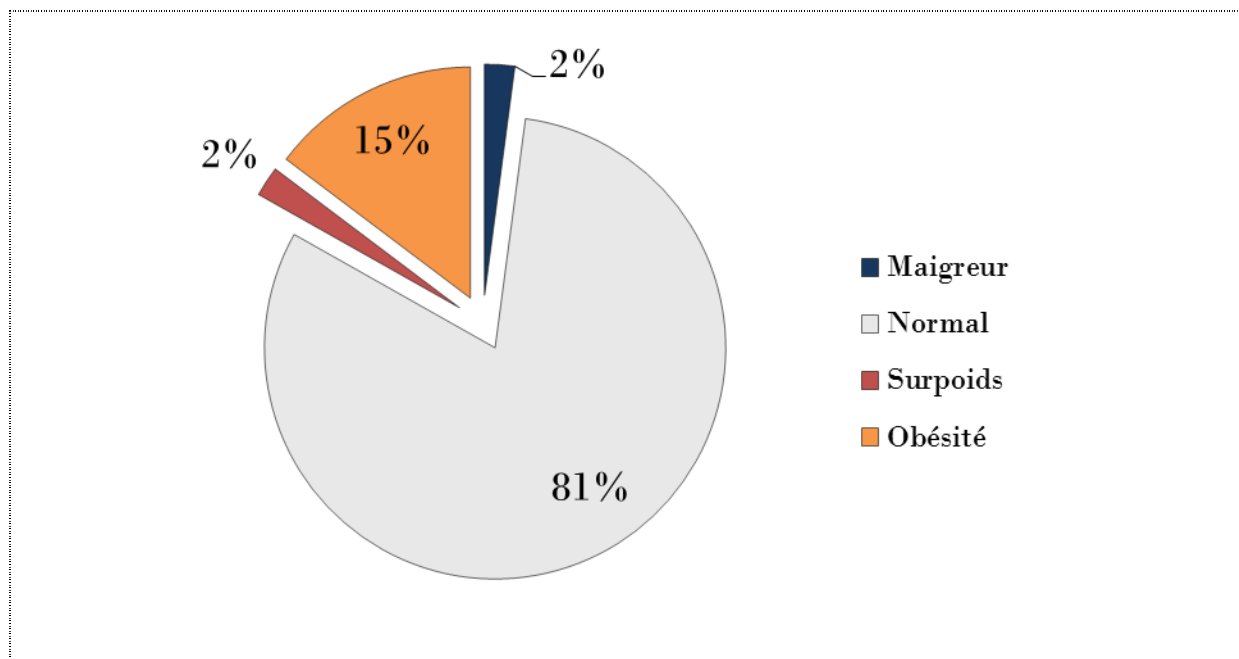


Figure 12. Graphique de la répartition des patientes selon leur poids

2.3. Lieu d'habitat

Les patientes résident en milieu rural constituent plus que 66%, soit 96 femmes de la série examinée. La répartition selon les origines géographiques est figurée dans les *lieux de référence* (3.1.)

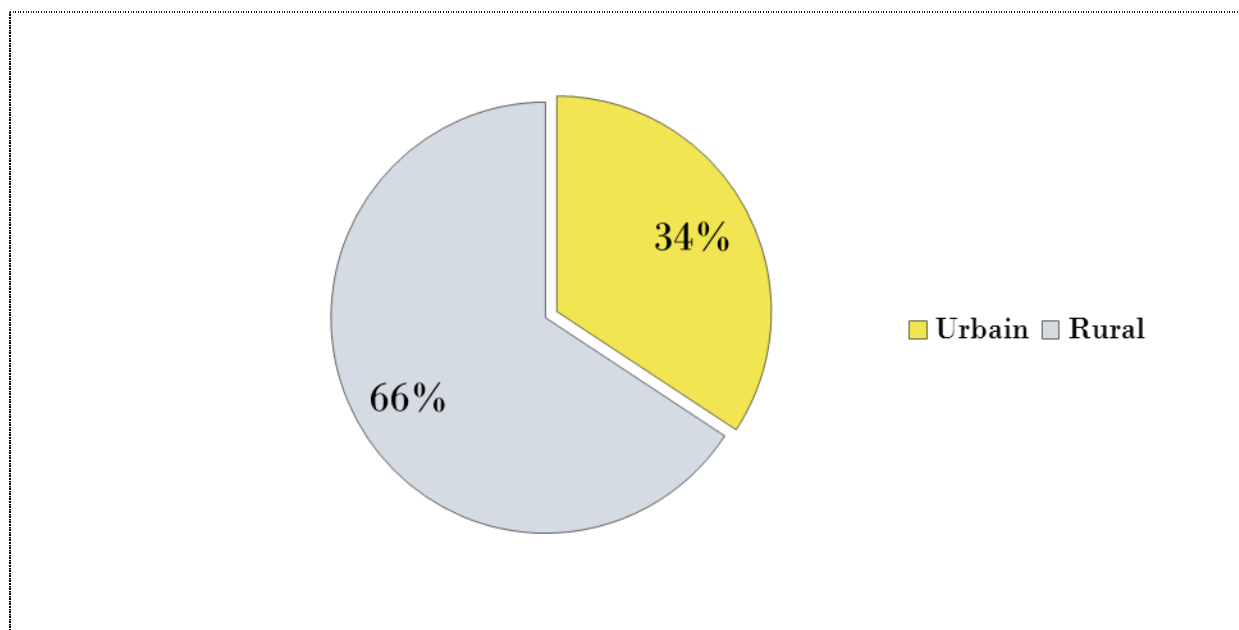


Figure 13. Graphique de la répartition selon le lieu d'habitat

3. Référence

Dans notre série de cas 58 patientes ont été référées d'une autre structure, soit une fréquence de 39,72%.

3.1. Lieux de référence

On remarque que la plupart des patientes ont été référées de *Sidi Allal Tazi* avec une fréquence de 19%, suivi de *Sidi Slimane* et *Sidi Yahya du Gharb*. Le tableau suivant regroupe les différentes structures drainantes.

Zone géographique	Nombre	% (N=58)
Dar El Gueddari	3	5,17%
Belkssiri	4	6,90%
Sidi kacem (CSCA)	6	10,34%
Mograne	8	13,79%
Souk Larbaa	8	13,79%
Sidi slimane (CSCA)	9	15,52%
Sidi yahya du gharb	9	15,52%
Sidi allal tarihi	11	18,97%

Tableau 3. Les différents lieux de référence

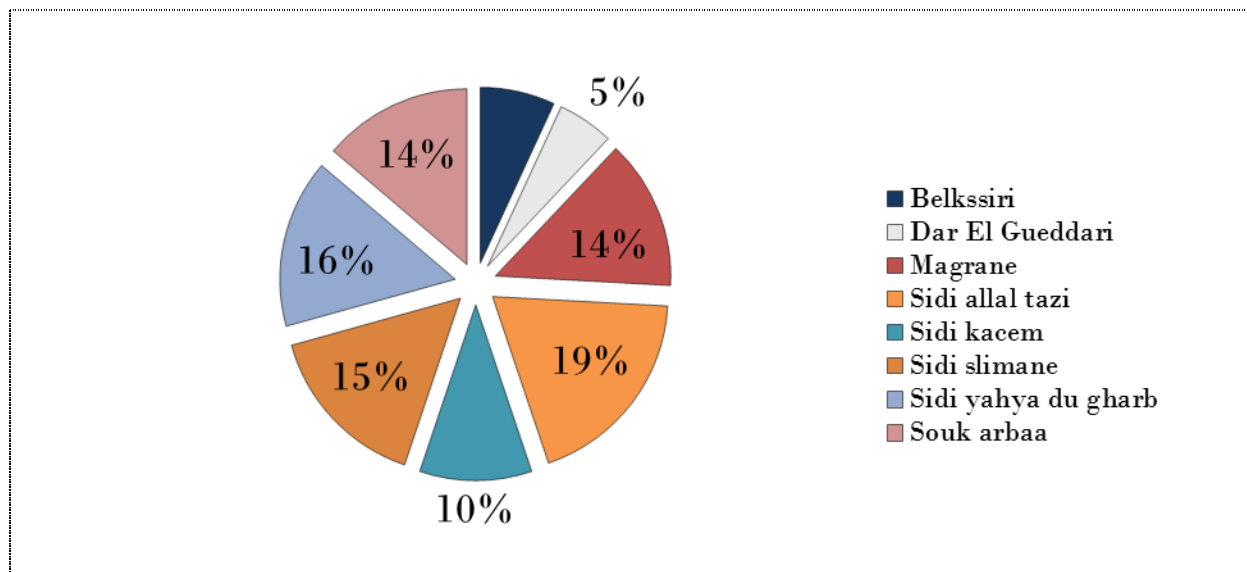


Figure 14. Graphique de la répartition des patientes référées selon les zones géographiques

3.2. Motifs de référence

L'anémie est le motif le plus fréquent de référence soit une fréquence de 17,24%, suivie de l'hypertension gravidique et le bassin rétréci cliniquement avec la même fréquence soit de 12,07%.

<i>Motif de référence</i>	<i>Abv.</i>	<i>Nombre</i>	<i>% (N=58)</i>
<i>Mère</i>			
Utérus Cicatriciel	<i>UC</i>	2	3,45%
Bassin rétréci cliniquement	<i>BRC</i>	7	12,07%
Anémie	<i>A</i>	10	17,24%
<i>Grossesse</i>			
Hypercinésie	<i>HPC</i>	1	1,72%
Grossesse en pre-terme	<i>MAP</i>	1	1,72%
Tentative d'accouchement à domicile	<i>TAD</i>	1	1,72%
MAP	<i>MAP</i>	1	1,72%
Siège	<i>S</i>	2	3,45%
Grossesse Gémellaire	<i>GG</i>	2	3,45%
Pré-Eclampsie	<i>PE</i>	2	3,45%
HU Excessive	<i>HU</i>	2	3,45%
PDER>24h	<i>PDER</i>	3	5,17%
Stagnation du travail	<i>ST</i>	4	6,90%
RPM	<i>RPM</i>	4	6,90%
HTAG	<i>HTG</i>	7	12,07%
<i>Fœtus</i>			
BCF irrégulier	<i>BCFI</i>	1	1,72%
Liquide Teinté	<i>LT</i>	1	1,72%
Bradycardie	<i>BR</i>	2	3,45%
BCF négatif	<i>BCF-</i>	5	8,62%

Tableau 4. Les motifs de référence

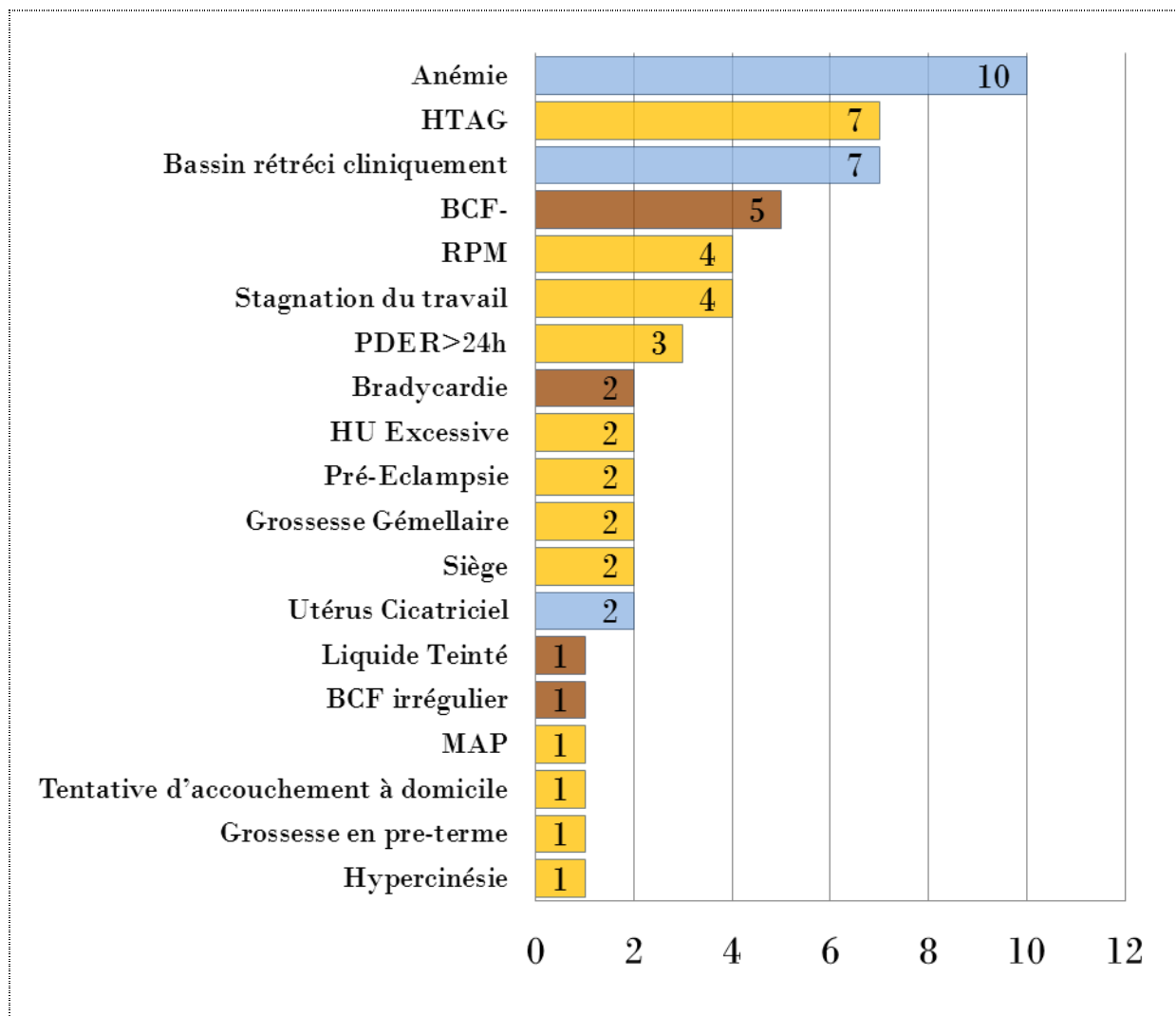


Figure 15. Graphique des motifs de référence

3.3. Moyen de transport

Le moyen de transport est une ambulance médicalisée dans 91% des cas. Seulement 5 femmes ont utilisé un moyen propre de transport (voiture ou autre) pour le déplacement.

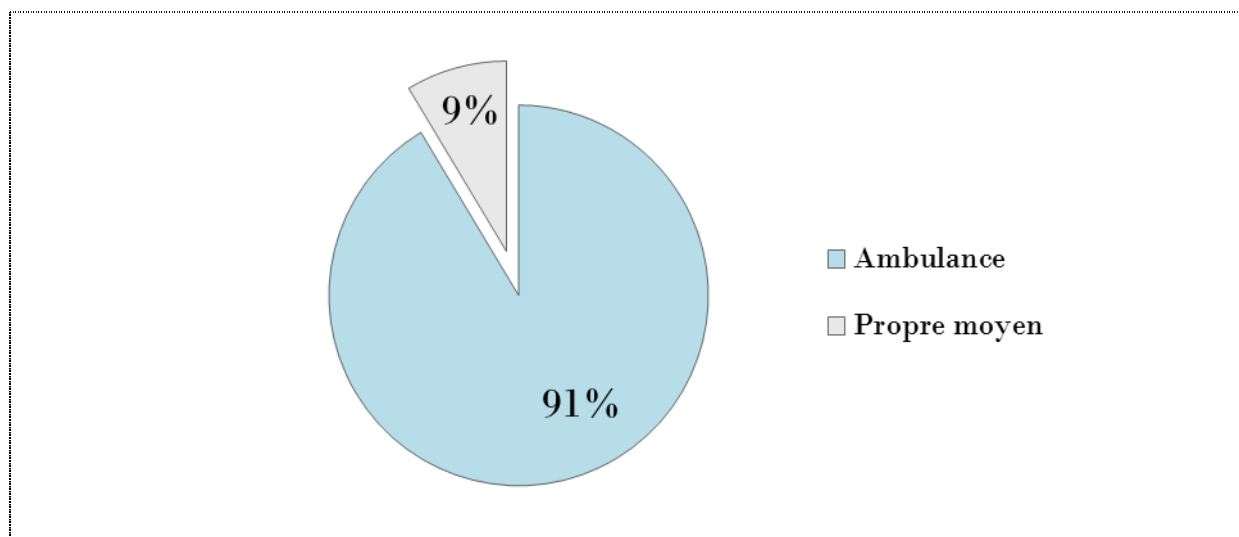


Figure 16. Graphique du moyen de transport

3.4. Délai d'arrivée

Avec un délai moyen d'une 1h44 minutes. On note que le trajet le plus long est celui de Sidi Kacem qui se situe à 123 kilomètres de l'hôpital El Idrissi de Kénitra.

Zone géographique	Distance (KM)	Moyenne du délai d'arrivée
Dar El Gueddari	58,8	01:21:40
Sidi slimane	71	01:28:07
Sidi allal tazi	49,8	01:41:22
Magrane	33,1	01:42:30
Sidi yahya du gharb	35,6	01:45:20
Souk arbaa	86,4	02:03:08
Sidi kacem	123	02:03:20
Belkssiri	87,9	02:15:00

Tableau 5. Le délai d'arrivée en fonction des zones géographiques

4. Antécédents

4.1. Antécédents médicaux

L'anémie étant l'antécédent médical le plus fréquent avec un pourcentage de 3,42%. Les autres antécédents retrouvés chez nos patientes sont : HTA chronique et le diabète type 1 avec une fréquence de 1,37 %. La prévalence de l'asthme était de 0,68% dans la population étudiée, Il s'agissait d'un seul cas d'asthme ancien, contrôlé et bien stable. Ainsi qu'un seul cas d'un nodule du sein.

Antécédent médical	Nombre	% (N=146)
Trouble de Crase	0	0,00%
Nodule du sein	1	0,68%
Asthme	1	0,68%
HTA	2	1,37%
Diabète	2	1,37%
Anémie	5	3,42%

Tableau 6. Les antécédents médicaux chez nos patientes

4.2. Antécédents gynéco-obstétricaux

4.2.1. Gestité/Parité

Pour près de la moitié (47,95%) des femmes touchées par l'hémorragie de la délivrance, il s'agissait de leur premières grossesse. On note 7 cas de grandes multipares et 11 cas de grande gestité.

	Gestité		Parité	
	Nombre	% (N=146)	Nombre	% (N=146)
Primi	70	47,95%	72	49,32%
Multi	65	44,52%	67	45,89%
2ème	30	20,55%	32	21,92%
3ème	18	12,33%	23	15,75%
4ème	17	11,64%	12	8,22%
Grande multi	11	7,53%	7	4,79%
5ème	7	4,79%	5	3,42%
6ème	2	1,37%	2	1,37%
7ème ou plus	2	1,37%	0	0,00%
Total	146	100,00%	146	100,00%

Tableau 7. Répartition des patientes en fonction de la gestité et la parité

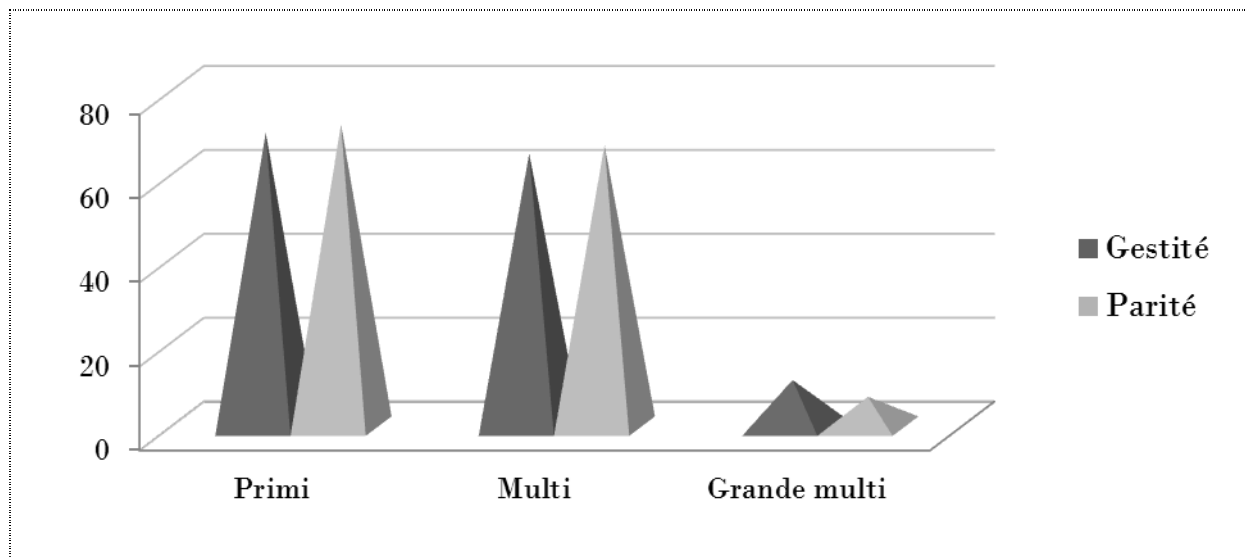


Figure 17. Graphique de la répartition des patientes en fonction de la gestité et la parité

4.2.2. Autres Antécédents gynéco-obstétricaux

Dans notre série de cas, l'hémorragie de délivrance est l'antécédent le plus fréquent représente 19,18% des cas, suivi de l'avortement, remarqué chez 17 patientes soit une fréquence de 11,64%.

Antécédent gynéco-obstétrical	Nombre	% (N=146)
Pré-éclampsie	8	5,48%
Utérus cicatriciel	12	8,22%
Curetage	14	9,59%
Mort-nés	15	10,27%
Avortement	17	11,64%
Hémorragie de la délivrance	28	19,18%

Tableau 8. Les antécédents gynéco-obstétricaux chez nos patientes

4.3. Chirurgicaux

Un seul cas de fibrome utérin opéré, est noté chez nos patientes.

5. Grossesse Actuelle

5.1. Suivi de grossesse

47,95% des patientes ont été suivies pendant leur grossesse actuelle. Le même nombre de femmes a bénéficié d'au moins une consultation prénatale et une échographie. Le secteur public, essentiellement les centres de santé, présente le lieu de suivi le plus fréquent avec une fréquence de 40%.

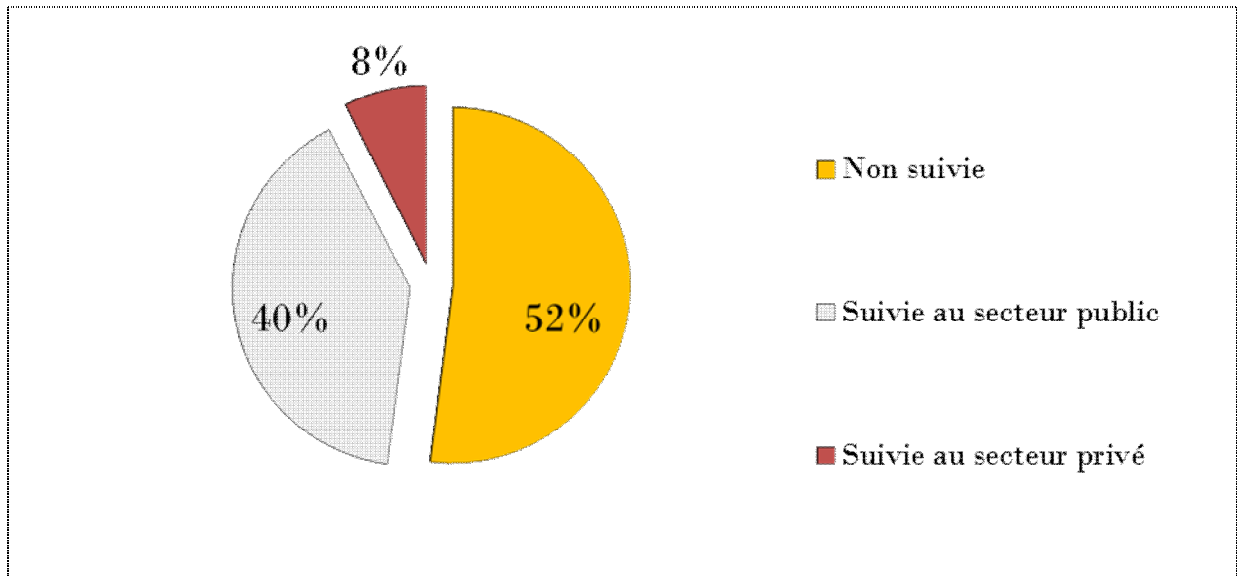


Figure 18. Graphique de la répartition de l'état et du secteur du suivi des patientes

5.2. Facteurs de Risque

68 patientes soit une fréquence de 47% des femmes présentant l'hémorragie de délivrance n'ont aucun facteur de risque.

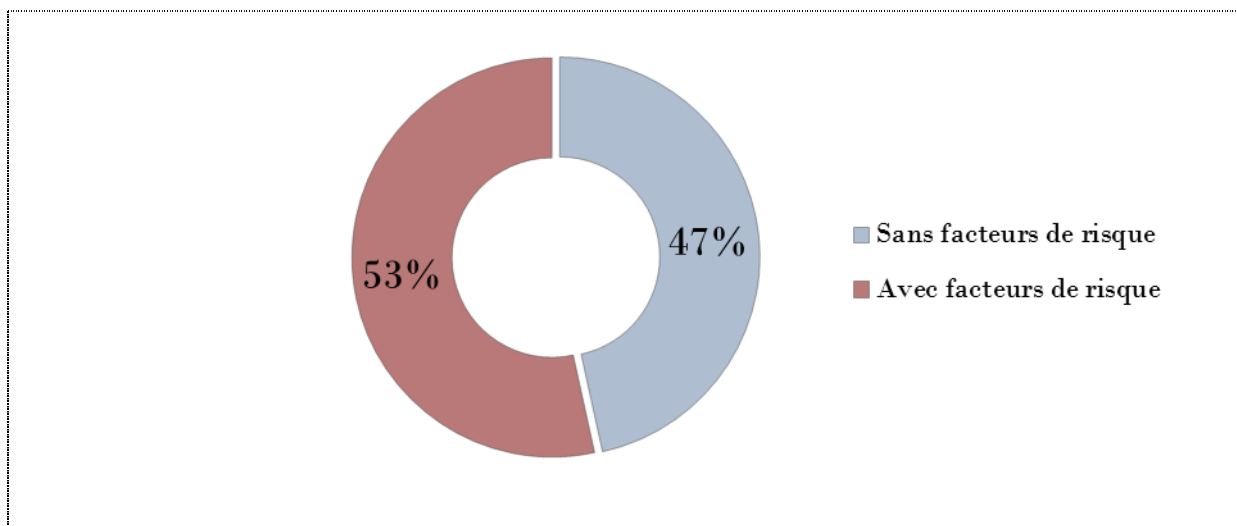


Figure 19. Graphique de la répartition des patientes selon les facteurs de risque

Pour les 78 patientes ayant au moins 1 seul facteur de risque, le travail prolongé a été mentionné chez 21% des cas, suivi par l'obésité dans 14%.

Utérus cicatriciel et la mort fœtale in Utero notés dans 8,22%.

	Nombre	% (N=146)
Sans facteurs de risque	68	46,58%
Avec facteurs de risque	78	53,42%
<i>Stagnation</i>	5	3,42%
<i>Grossesse gémellaire</i>	6	4,11%
<i>Age maternel >40 ans</i>	8	5,48%
<i>Pré-éclampsie</i>	8	5,48%
<i>Macrosomie</i>	10	6,85%
<i>Utérus cicatriciel</i>	12	8,22%
<i>Mort fœtale in utero</i>	12	8,22%
<i>Obésité</i>	14	9,59%
<i>Travail Prolongé/Rapide</i>	31	21,23%

Tableau 9. Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque

5.3. Âge gestationnel

Tranche d'âge	Nombre	% (N=146)
28	0	0,00%
34-35	0	0,00%
36-37	2	1,37%
38-39	11	7,53%
40-41	18	12,33%
41-42	0	0,00%
Se dit à terme	78	53,42%
Non précis	35	23,97%
Dépassement de terme	0	0%

Tableau 10. Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

On remarque que dans la majorité des cas 77% le terme est non précis avec une date des dernières règles non connue.

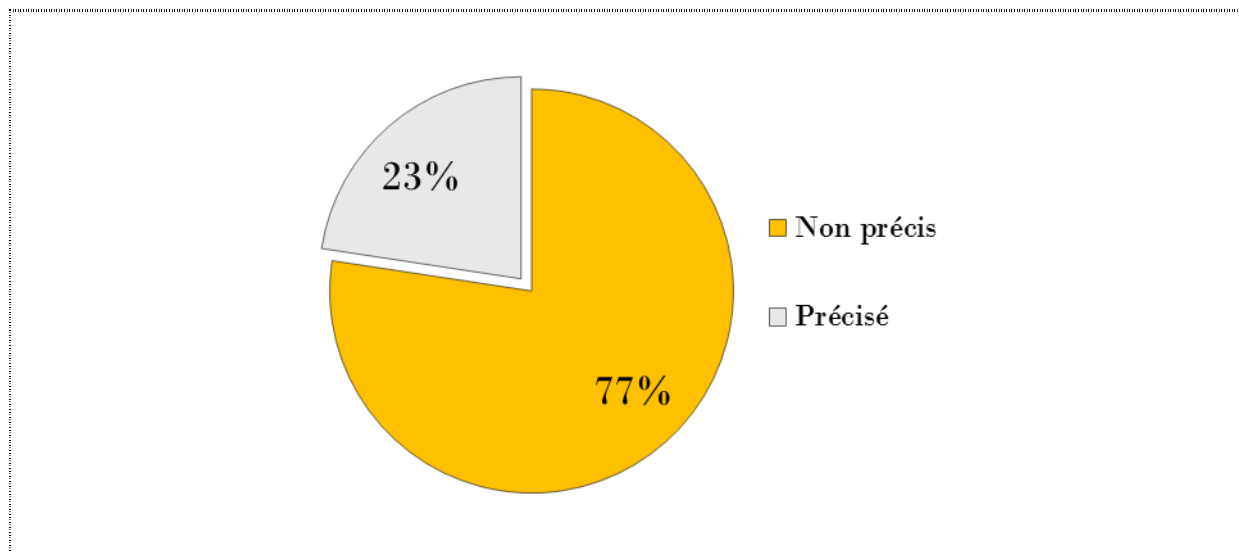


Figure 20. Graphique de la répartition selon l'âge gestationnel

5.4. Nombre de fœtus

La grossesse gémellaire occupe une fréquence de 4% dans notre étude.

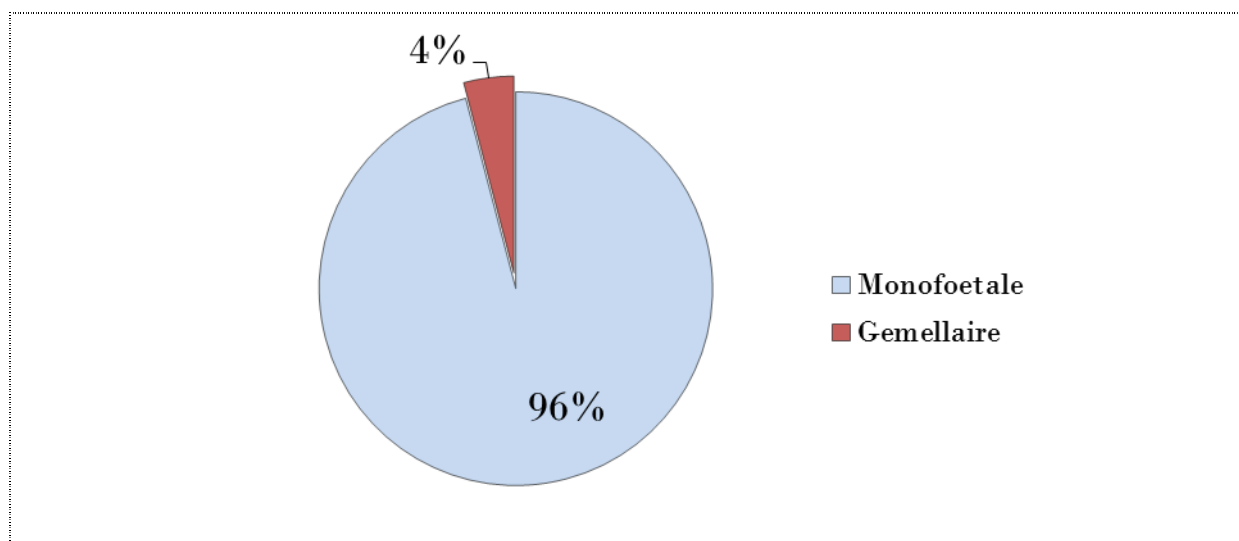


Figure 21. Graphique de la répartition des patientes selon le nombre des fœtus

5.5. Evolution de la grossesse

70 des patientes soit une fréquence de 42% ont présenté au moins une complication durant leur grossesse.

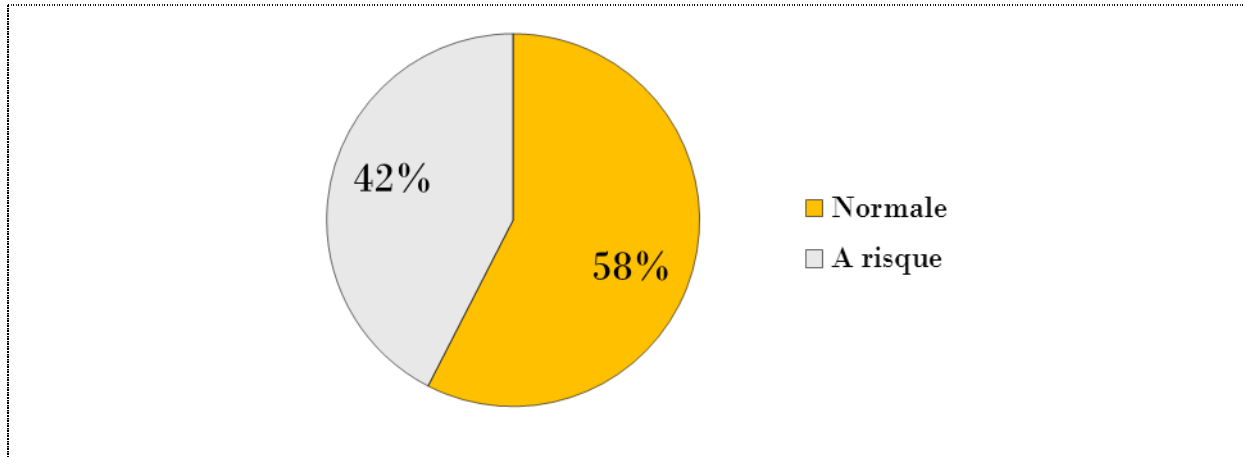


Figure 22. Graphique de la répartition des patientes selon l'évolution de la grossesse

La complication la plus commune est la mort fœtale in utero avec une fréquence de 17,14%. Les autres complications sont décrites sur ci-dessous :

	Nombre	% (N=70)
Chorioamniotite	1	1,43%
Menace d'accouchement prématuré	1	1,43%
Placenta prævia	1	1,43%
Hyper-tension artérielle gravidique	2	2,86%
Diabète gestationnelle	2	2,86%
Anémie	5	7,14%
Rupture prolongée de Membrane	10	14,29%
Macrosomie	10	14,29%
Mort fœtale in utero	12	17,14%

Tableau 11. Répartition des patientes selon les principales complications de la grossesse

6. Examen clinique à l'admission

6.1. Examen général

L'état général des patientes a été évalué à l'admission dans 90% des cas.

	Nombre	% (N=146)
Tension artérielle (TA)	146	100%
Prise	135	92,47%
Non prise	11	7,53%
Température	146	100%
Prise	138	94,52%
<i>Fébrile</i>	3	2,17%
<i>Apyrétique</i>	135	97,83%
Non Prise	8	5,48%
OMI	146	100%
Diagnostiqué	138	94,52%
<i>Oui</i>	13	9,42%
<i>Non</i>	125	90,58%
Non diagnostiqué	8	5,48%
Conjonctives	138	94,52%
Pâles	6	4,35%
Normo-colorées	132	95,65%

Tableau 12. Examen clinique à l'admission

6.1.1. Tension artérielle

Les chiffres tensionnels à l'admission sont tous correctes avec une moyenne de :

- *Tension systolique* : 120 mmHg ;
- *Tension diastolique* : 70mmHg.

6.1.2. Température

La température a été mesurée chez 138 patientes, dont 3 parmi elles étaient fébriles.

6.1.3. Examen des conjonctives

6 patientes soit une fréquence de 4,35% ont présenté une pâleur des conjonctives à l'admission.

6.1.4. Œdèmes des membres inférieurs

Les œdèmes des membres inférieurs ont été diagnostiqué chez 13 patientes soit une fréquence de 9,42%

6.2. Examen obstétrical

8 patientes, soit une fréquence de 5%, n'ont pas bénéficié de l'examen obstétrical à l'admission.

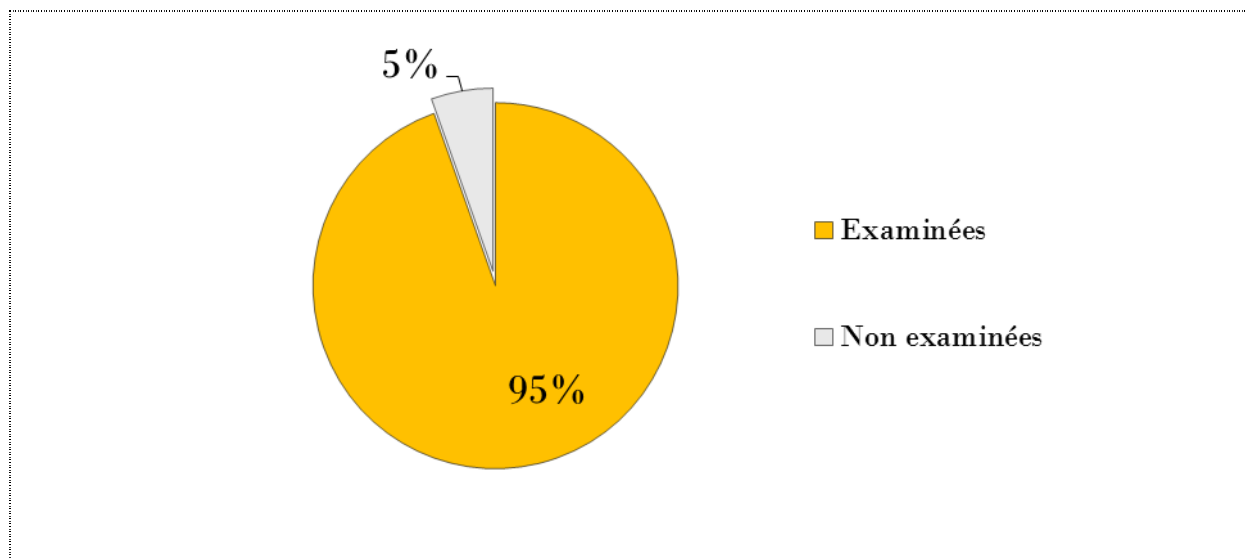


Figure 23. Graphique de la répartition des patientes selon l'examen obstétrical

Les éléments de l'examen obstétrical sont classés sur le tableau suivant :

<i>Examen obstétrical</i>	Nombre	% (N=138)
Bruit du cœur	138	100%
Positif	130	94,20%
Négatif	8	5,80%
Contractions Utérines	138	100%
Positives	137	99,28%
Négatives	1	0,72%
Poche des Eaux	138	100%
Intacte	98	71,01%
Rompue	40	28,99%
Hauteur Utérine	138	100%
Normale	123	89,78%
Excessive	14	10,22%
Présentation	138	100%
Sommet	133	96,38%
Siège	5	3,62%
Bregma	0	0,00%
Front	0	0,00%
Face	0	0,00%
Transverse	0	0,00%
Dilatation du Col	138	100%
Lent	7	5,07%
En voie d'effacement	68	49,28%
Effacé	62	44,93%

Tableau 13. Récapitulatif de l'examen obstétrical

6.2.1. Bruit du cœur

Le BCF est négatif chez 8 patientes soit une fréquence de 5,80% .

6.2.2. Contractions utérines

On a noté l'absence de contractions utérines chez une seule patiente

6.2.3. Hauteur utérine

Femmes ont soit 10,22% des patientes ont une hauteur utérine excessive, pour une hauteur utérine moyenne égale à 31cmn, minimale de 26cm et maximale de 43 cm.

6.2.4. Poche des eaux

La poche des eaux a été rompue chez 40 patientes soit une fréquence 28,99% .

6.2.5. Présentation

Les 2 présentations décrites dans notre série de cas sont : présentation sommet dans 96% des cas, et le siège à 4%.

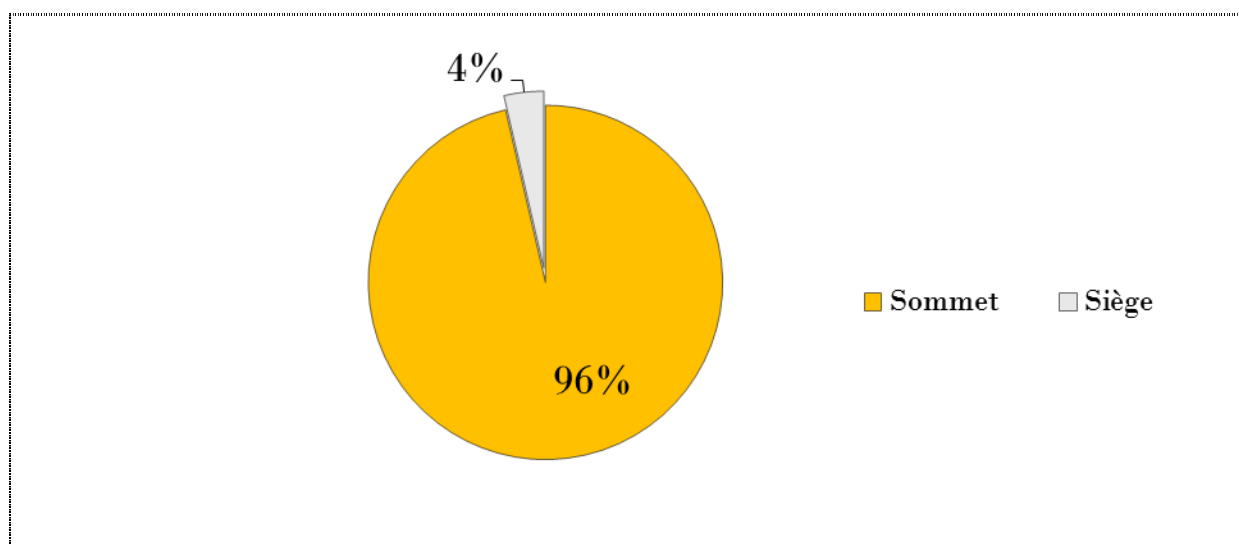


Figure 24. Graphique de la répartition des patientes selon la Présentation

6.2.6. Dilatation du col

50% des patientes ont été admises en voie d'effacement.

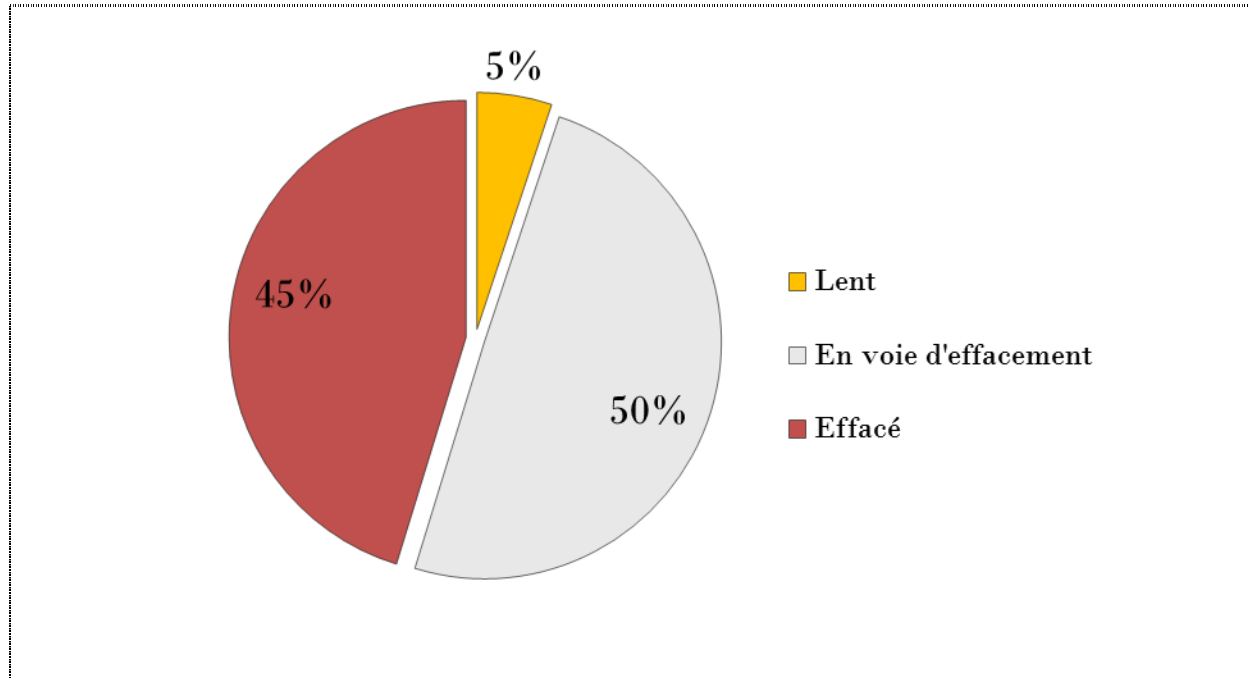


Figure 25. Graphique de la répartition des patientes selon la dilatation du col

6.3. Examen biologique à l'admission

Aucun examen biologique n'est demandé à l'admission.

7. Accouchement et délivrance

7.1. Déroulement du travail

On remarque que dans la majorité des cas d'hémorragie de la délivrance la durée du travail est non précisée sur les dossier. Par ailleurs on a noté une stagnation chez 4% des patientes, un travail rapide chez 5% ainsi qu'un travail prolongé chez 16% des patientes.

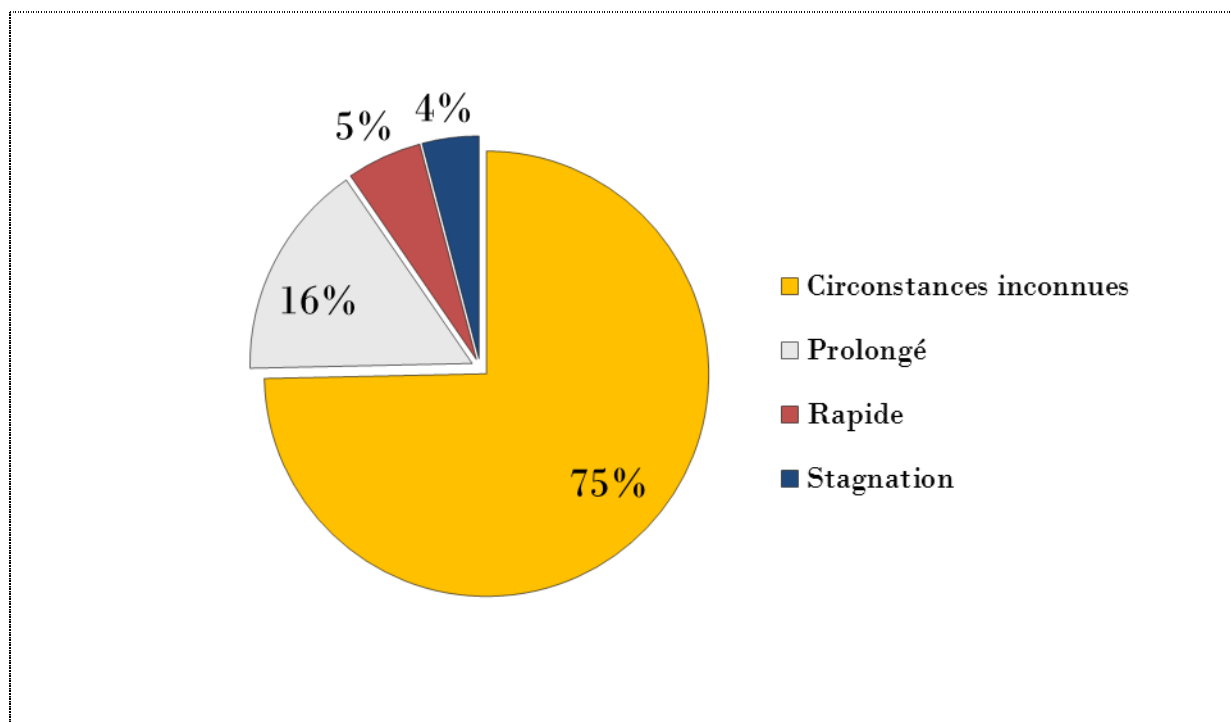


Figure 26. Graphique de la répartition des patientes selon le déroulement du travail

7.2. Anomalie de contractions utérines

Les anomalies de contractions utérines sont remarquées seulement chez 2 patientes.

	Nombre	% (N=146)
Absence d'Anomalie	144	98,63%
Hypocinésie	1	0,68%
Hypercinésie	1	0,68%

Tableau 14. Les anomalies de contractions utérines

7.3. Traitement reçu au cours du travail

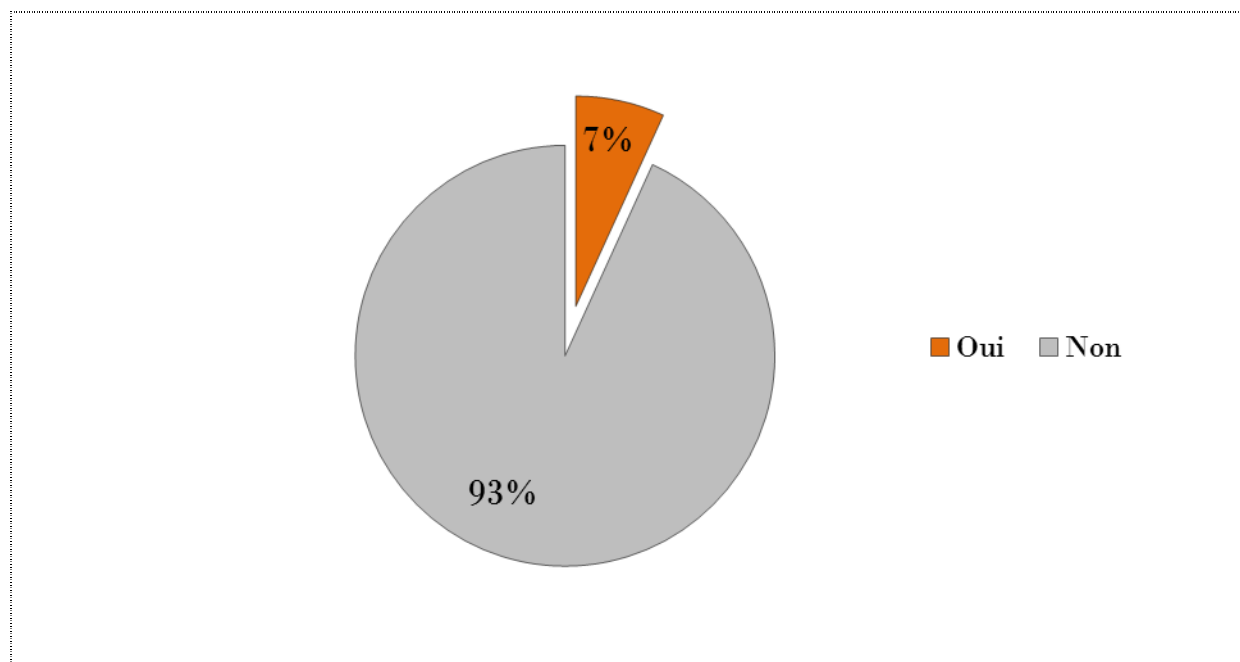


Figure 27. Graphique de la répartition des patientes selon les utilisations d'utérotoniques

Dans notre série 7% des cas ont bénéficié d'un traitement médical au cours de l'accouchement. Essentiellement à base d'Ocytocine.

	Nombre	% (N=10)
Ocytocique	5	50%
Ocytocique +Spasfon	2	20%
Spasfon	3	30%

Tableau 15. Différents traitements reçus au cours du travail

7.4. Mode d'accouchement

7% des patientes avec hémorragie de délivrance ont subi une césarienne.

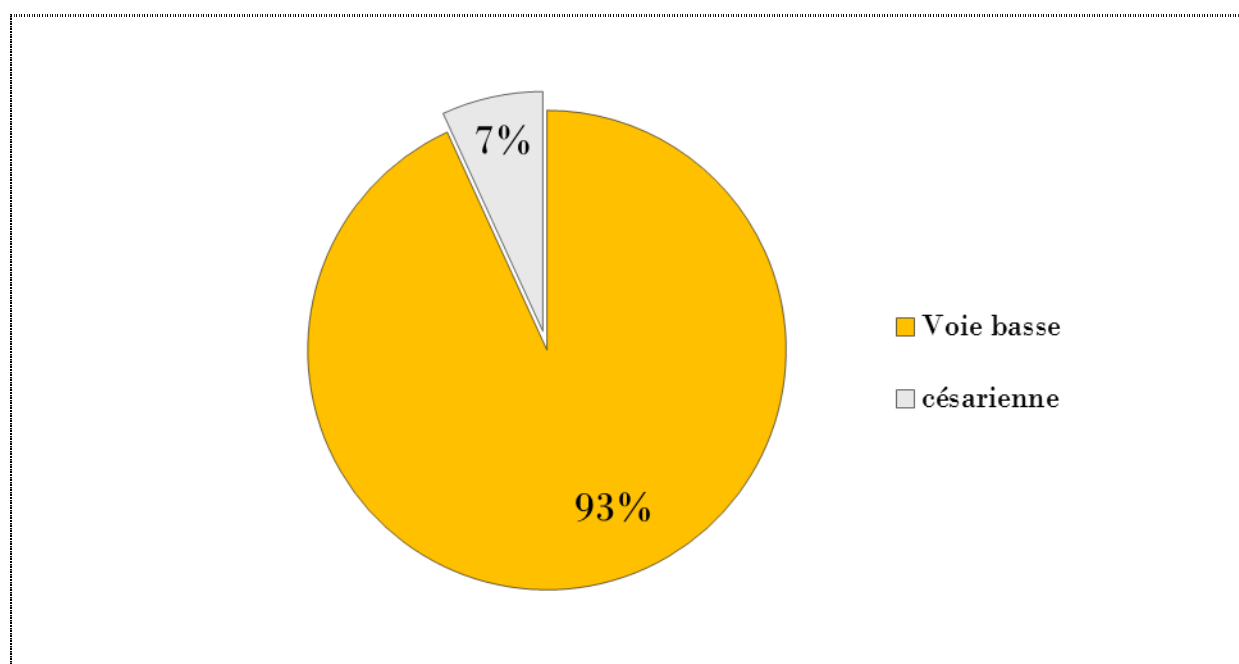


Figure 28. Graphique de la répartition des patientes selon les modes d'accouchement

Pour les patients ayant accouché par voie naturelle, 84 des cas soit une fréquence de 61,76% par épisiotomie.

	Nombre	% (N=146)
Voie basse	136	93,15%
Instrumentale	6	4,41%
Épisiotomie	84	61,76%
Spontanée	46	31,50%
Césarienne	10	6,85%

Tableau 16. Mode d'accouchement

7.5. Accoucheur

133 accouchements soit une fréquence de 91,09% a été effectué par une sage femme.

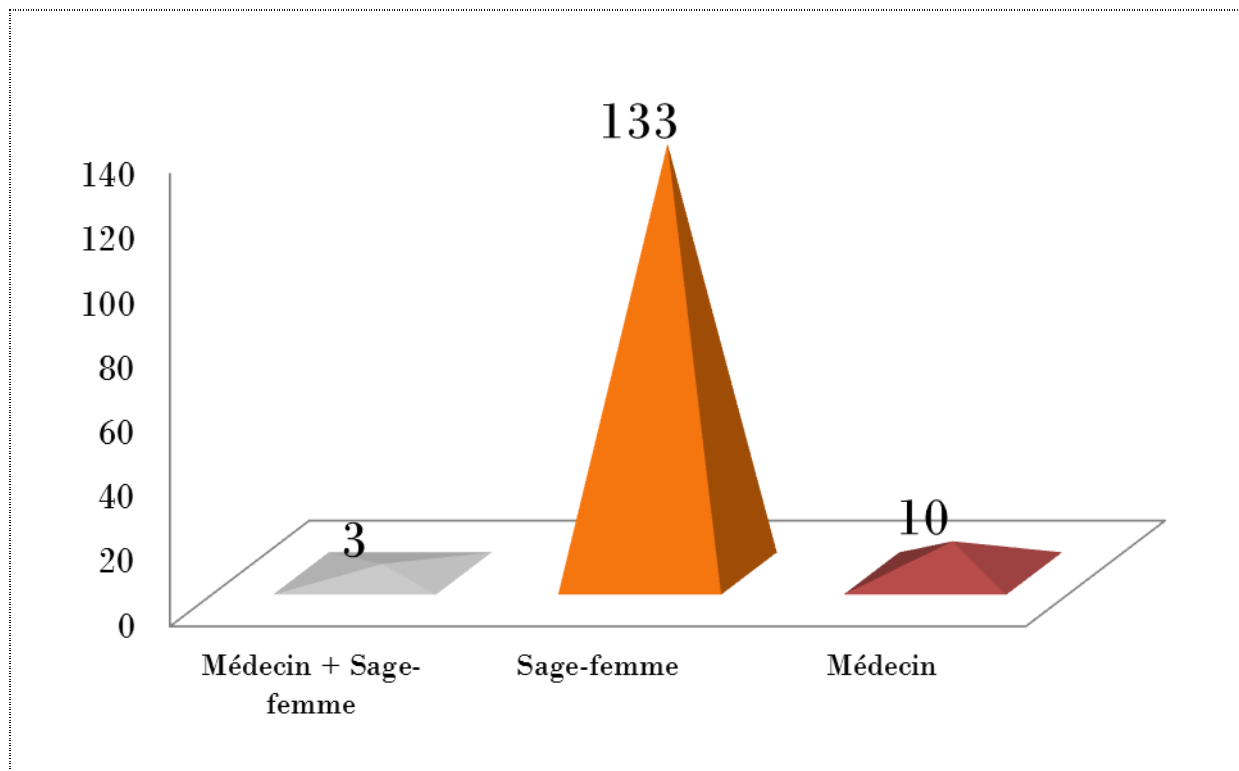


Figure 29. Graphique de la répartition des patientes selon l'accoucheur

7.6. Mode de délivrance

Dans 53% des cas, un total de 77 patientes, la délivrance est naturelle sans intervention. D'autre part, 13 femmes ont bénéficié d'une délivrance artificielle dont 10 patientes dans le cadre d'accouchement par voie haute.

	Nombre	% (N=146)
Naturelle	77	52,74%
Dirigée	56	38,36%
Artificiel	13	8,90%

Tableau 17. Différents modes de délivrance

7.7. Examen du Placenta

Examen du délivre montre un placenta incomplet chez 84 patientes soit une fréquence de 58% des cas.

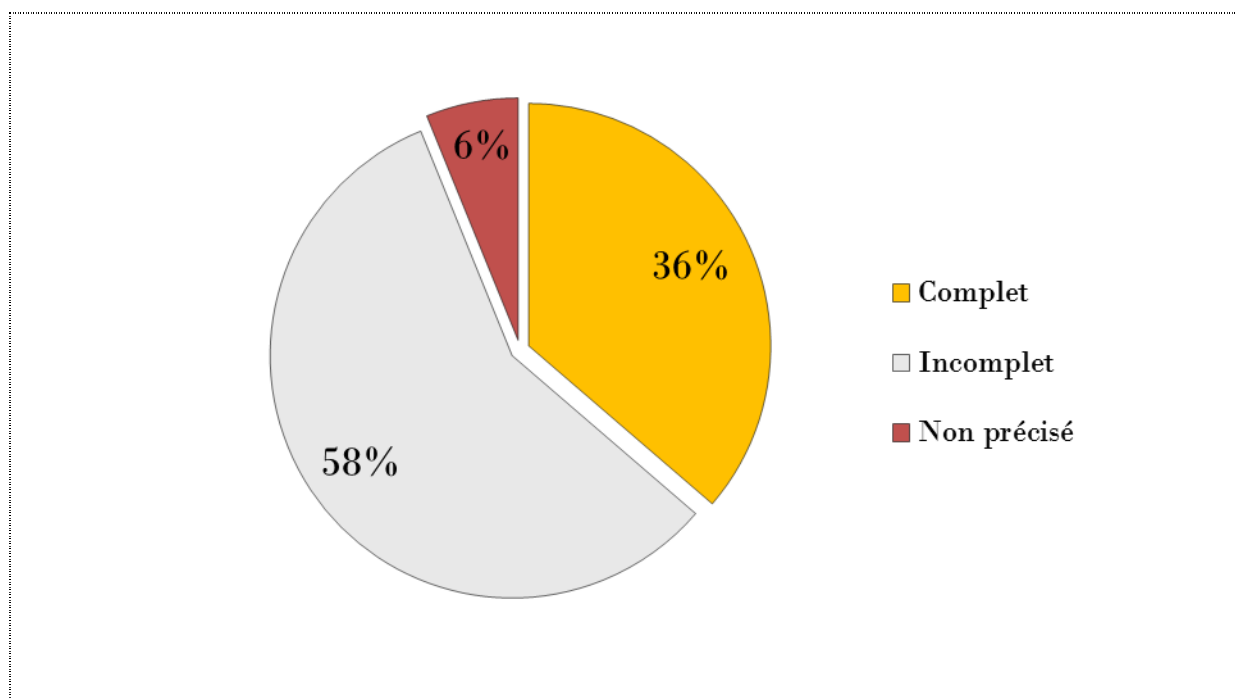


Figure 30. Graphique de la répartition des patientes selon l'examen du Placenta

8. Diagnostic

8.1. Diagnostic clinique

8.1.1. Quantité du sang

L'évaluation quantitative du saignement par le sac de recueil n'a pas pu être réalisée, mais l'évaluation subjective de la quantité du saignement extériorisé a été jugée de moyenne abondance chez 50% des patientes selon l'équipe médicale.

8.1.2. Signes généraux

On notait une altération de l'état général avec hypotension chez 33 patientes soit une fréquence de 22,60%. 1 Patiente a présenté des troubles de conscience nécessitant son transfert en service de réanimation. Ainsi, on a noté une pâleur cutaneo-muqueuse chez 32 patientes. Tandis que le reste des femmes n'ont présenté qu'une simple soif.

<i>Signes généraux</i>	Nombre	% (N=146)
Troubles de conscience	1	0,68%
Oligurie	1	0,68%
Lipothymie	3	2,05%
Tachycardie	7	4,79%
Pâleur	32	21,92%
Hypotension	33	22,60%
Palpitations	35	23,97%
Soif	113	77,40%

Tableau 18. Récapitulatif des signes généraux

8.2. Diagnostic biologique

Chez 102 patientes soit une fréquence de 69% la numération et formule sanguine a été demandée mais les résultats n'ont pas été récupérés.

8.2.1. Hémoglobine

Anémie a été remarquée chez 93% des patientes chez qui, les résultats ont été récupérés.

<i>Hémoglobine (g/dl)</i>	Nombre	% (N=62)
[4-5[	2	3,22%
[5-6[	10	16,12%
[6-7[	9	14,51%
[7-8[	9	14,51%
[8-9[	10	16,12%
[9-10[	13	20,96%
[10-11[	7	11,29%
[11-12[	1	1,61%

Tableau 19. Répartition selon les valeurs de l'hémoglobine

8.2.2. Hématocrite

Il est mentionné chez 62 patientes dont la moyenne est de 25,3%, avec des extrêmes allant de 16% à 36%.

8.2.3. Taux de plaquettes

Il a été mentionné chez 62 patientes, soit une fréquence de 42%. On a noté une thrombopénie chez 10% des cas .

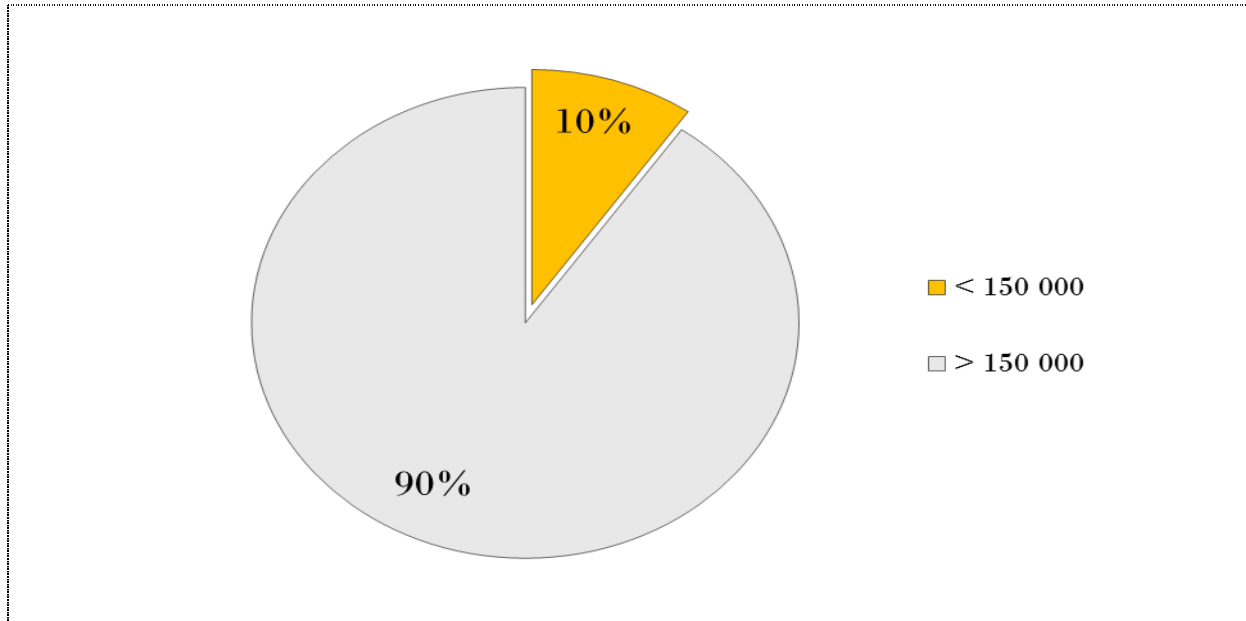


Figure 31. Graphique de la répartition selon le taux de plaquettes

8.2.4. Groupage sanguin

Le groupage sanguin rhésus a été mentionné seulement chez 33 patientes soit une fréquence de 23%.

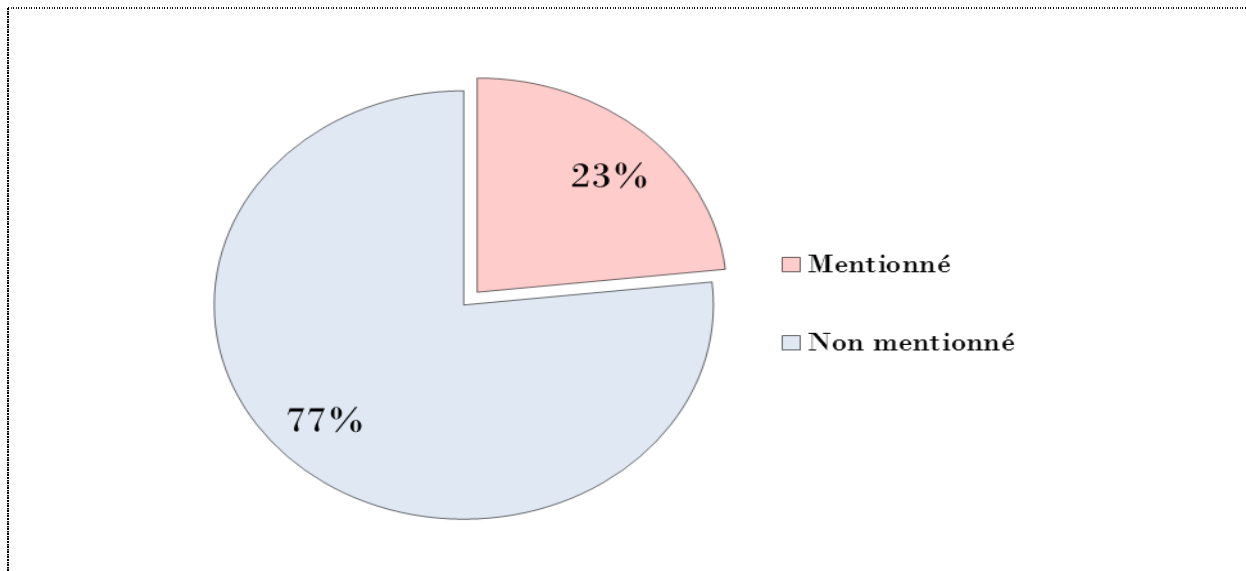


Figure 32. Graphique des groupages sanguins mentionnés sur le dossier médical

8.2.5. Bilan d'hémostase

Le bilan d'hémostase a été demandé chez 50% des patientes, il a été récupéré chez seulement 8 patientes soit une fréquence de 6% des cas.

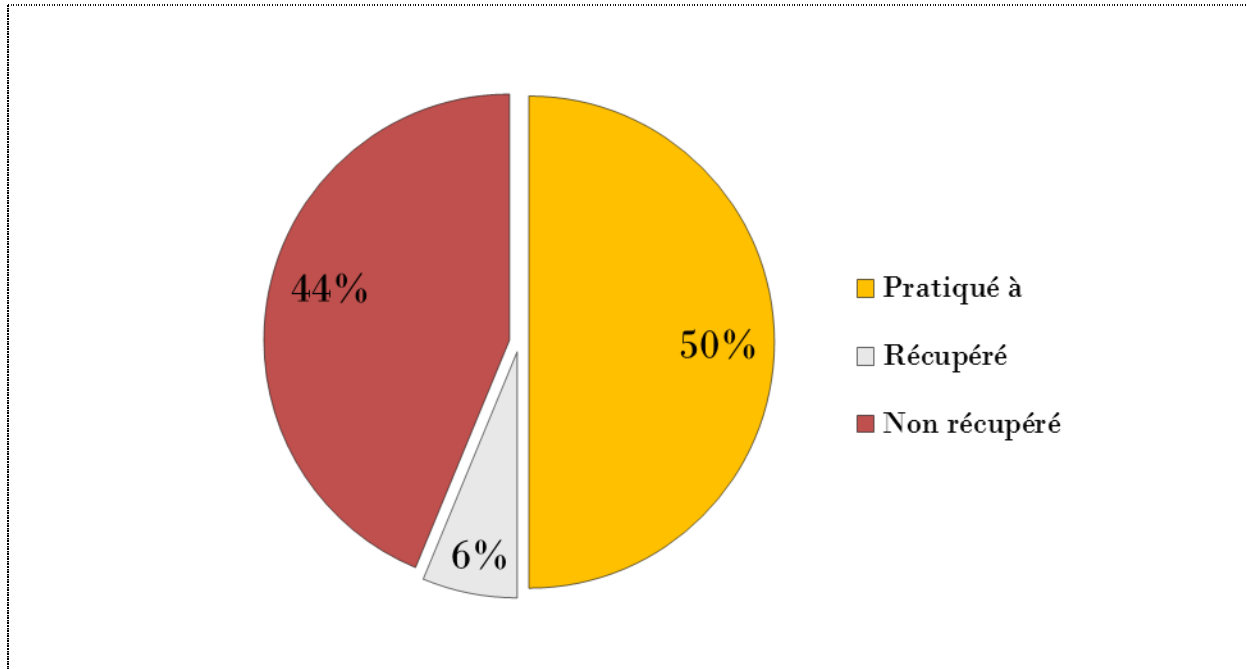


Figure 33. Graphique de la répartition des patientes ayant bénéficié d'un bilan d'hémostase

- *TP* : Une valeur moyenne de 95% avec des extrêmes allant de 80 à 100% ;
- *TCA* : Moyenne de 29,62 secs avec des extrêmes allant de 29 à 31 secs ;
- *Fibrinogène* : n'a pas été demandée chez aucune patiente.

8.3. Bilan rénal

Dans notre série de cas le dosage de la créatininémie et de l'urée sanguine a été réalisé chez 16 patientes chez qui on avait noté une HTAG. Les résultats sont correctes chez les 16 patientes ce qui objective l'absence des cas d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.

9. Prise en charge

La prise en charge initiale des patientes est basée sur les mesures citées au Tableau suivant.

9.1. Mesures générales

	Nombre	% (N=146)
Position <i>Trendelenburg</i>	0	0,00%
>12	1	1,56%
Oxygénothérapie	3	2,05%
Sondage urinaire	3	2,05%
Transfusion	17	11,64%
VVP	146	100,00%
Remplissage	146	100,00%

Tableau 20. Répartition selon les mesures de réanimation pratiquées

- 100% des patientes ont bénéficié d'une Prise de voie veineuse périphérique avec remplissage ;
- Seulement 2,3% soit 3 patientes des patientes ont bénéficié d'une sonde urinaire et une oxygénothérapie ;
- 17 patientes ont été transfusées au cours de la prise en charge soit une fréquence de 11,64%.

	Nombre	% (N=17)
1 CG	7	41,18%
2 CG	9	52,94%
3 CG	1	5,88%
PFC	1	5,88%

Tableau 21. Transfusion selon le type et le nombre du produit sanguin

Les résultats montrent que le nombre et le type de produits sanguins transfusés 9 patientes ont été transfusées de 2 Culots globulaires soit une fréquence de 52,9%, 7 patientes ont été transfusées de 1 CG soit une fréquence de 41,1% et 1 patiente a été transfusées de 3CG et 6 poches de plasma frais congelé.

9.2. Traitement médical

Le traitement médical est essentiellement à base d'ocytocique dans 100%, on a noté une association d'ocytocine et de prostaglandines misoprostol en intra rectal chez 4 patientes soit une fréquence de 2,74%.

	Nombre	% (N=146)
Méthylergométrine en IM	0	0,00%
Prostaglandine (misoprostol IR - 5 cp)	4	2,74%
Ocytocique	144	98,63%
IVD	7	4,86%
IM	16	11,11%
Perfusion	121	84,03%

Tableau 22. Récapitulatif des traitements médicaux

Les modes d'administration d'ocytocine sont :

- en perfusion dans 121 cas soit une fréquence de 84,03% ;
- En intramusculaire chez 16 patientes ;
- Seulement chez 7 patientes soit 4,86% par voie intraveineuse directe.

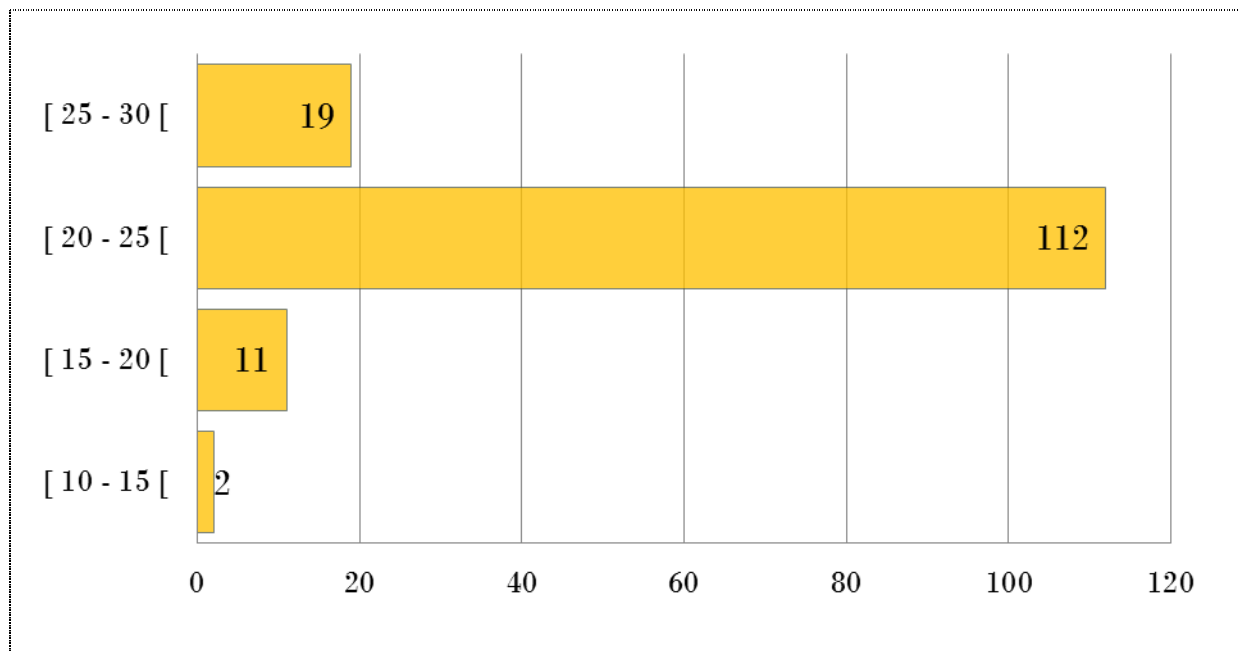


Figure 34. Graphique de la répartition selon la dose d'ocytocine administrée

Les doses administrées d'ocytocine varient entre 10UI et 30UI. 112 des patientes soit une fréquence de 77,78 % ont reçu des doses de 20UI à 25UI d'ocytocine.

9.3. Antibioprophylaxie

L'antibioprophylaxie a été administrée chez seulement 27 patientes soit une fréquence de 18%. Elle a été essentiellement constituée de B-lactamines par voie parentérale à des doses variant de 1 à 2g.

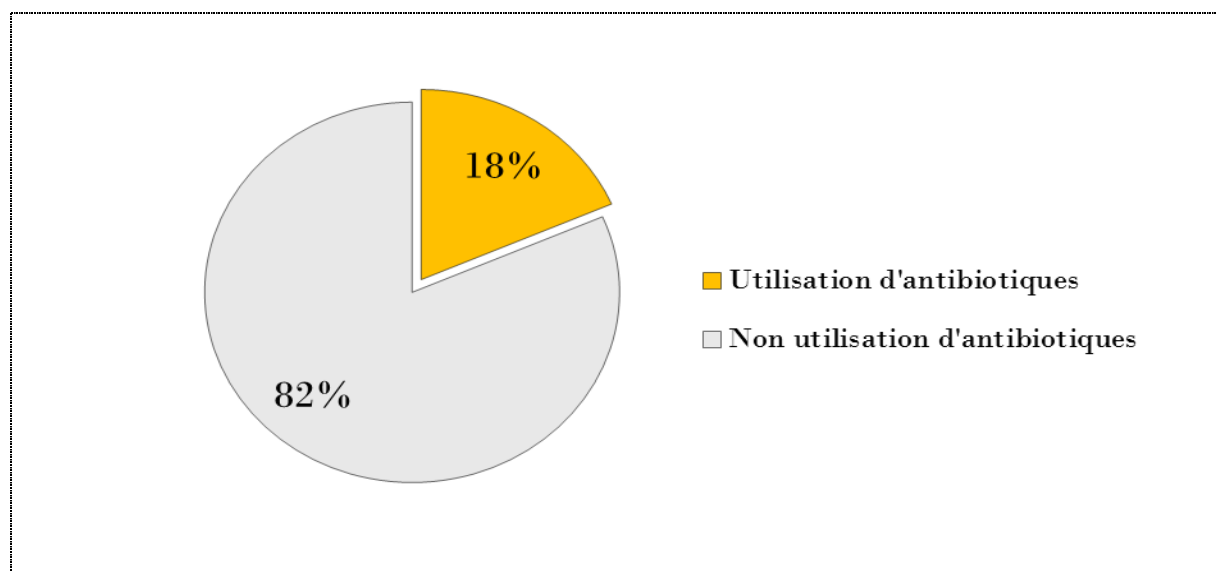


Figure 35. Graphique de la répartition selon l'administration d'antibioprophylaxie

9.4. Moyens obstétricaux

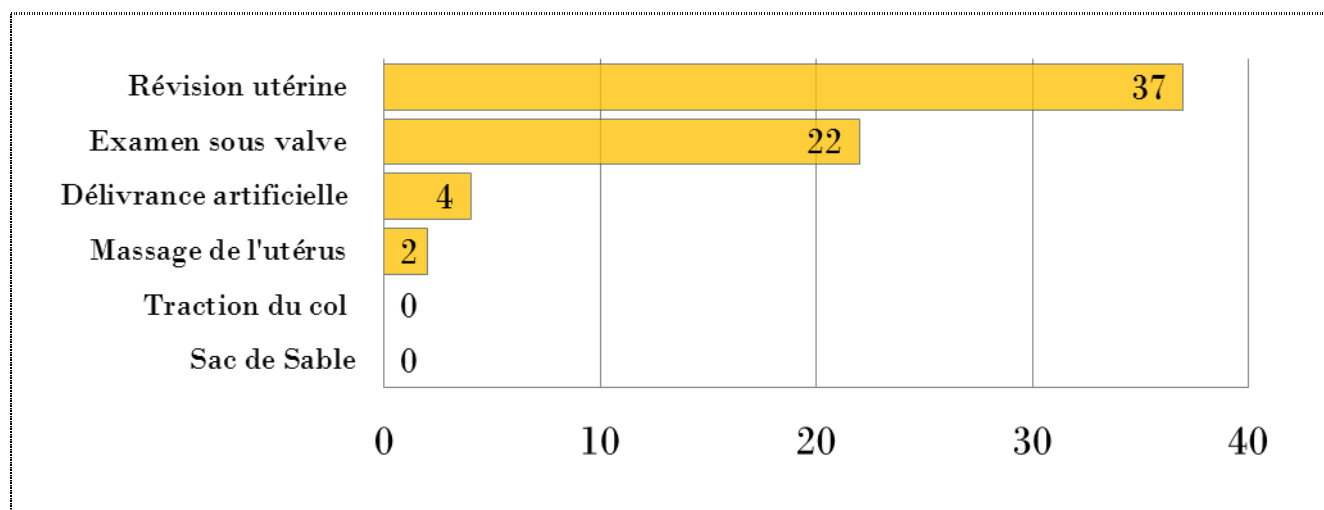


Figure 36. Graphique de la répartition des moyens obstétricaux utilisés

En plus des mesures de réanimation citées au-dessus on a eu recours dans 50% à des moyens obstétricaux à visée thérapeutique, diagnostique ainsi que étiologique.

- *Révision utérines* : étant le geste le plus pratiqué dans notre série de cas, chez 37 patientes soit une fréquence de 25,34%.

- *Examen sous valve* : chez 22 patientes soit une fréquence de 15,07%.

- *Délivrance artificielle* : chez 4 patientes soit une fréquence de 2,74%.

	Nombre	% (N=146)
Sac de Sable	0	0,00%
Traction du col	0	0,00%
Massage de l'utérus	2	1,37%
Délivrance artificielle	4	2,74%
Tamponnement vaginal	8	5,47%
Examen sous valve	22	15,07%
Révision utérine	37	25,34%

Tableau 23. Récapitulatif des moyens obstétricaux

9.5. Embolisation

Dans notre série de cas, aucune patiente n'a bénéficié d'une embolisation.

9.6. Moyens chirurgicaux

Les moyens chirurgicaux employés ont été la ligature des artères utérines chez 7 patientes soit une fréquence de 4,79% et la suture des lésions associées chez 34 patientes. 2 cas d'hystérectomie d'hémostase ont été notés.

	Nombre	% (N=146)
Ligature de l'artère hypogastrique	0	0,00%
Ligature étagée	0	0,00%
Triple ligature	0	0,00%
Capitonnage	1	0,68%
Hystérectomie d'hémostase	2	1,37%
Ligature des artères utérines	7	4,79%
Suture des lésions associées	34	23,28%

Tableau 24. Récapitulatif des moyens chirurgicaux

10. Etiologies

Dans notre série de cas, aucune étiologie n'est mentionnée sur 6 dossiers. La rétention placentaire (*On n'a pas précisé s'il s'agissait d'une rétention complète ou partielle*) est au 1^{er} rang chez 80 patientes avec une fréquence de 57,14%, suivie de lésions du col dans 15,71%, au 3^{eme} rang lésion du vagin avec une fréquence de 8,57%, or qu'aucun cas d'inversion utérine n'a été noté.

	Nombre	% (N=140)
Inversion utérine	0	0,00%
Rupture utérine	2	1,43%
Placenta accréta	3	2,14%
Hématome périnéal	4	2,86%
Inertie utérine	5	3,57%
Troubles de la coagulation	6	4,29%
Episiotomie	6	4,29%
Lésion du vagin	12	8,57%
Lésion du col	22	15,71%
Rétention placentaire	80	57,14%

Tableau 25. Récapitulatif des différentes étiologies

11. Evolution

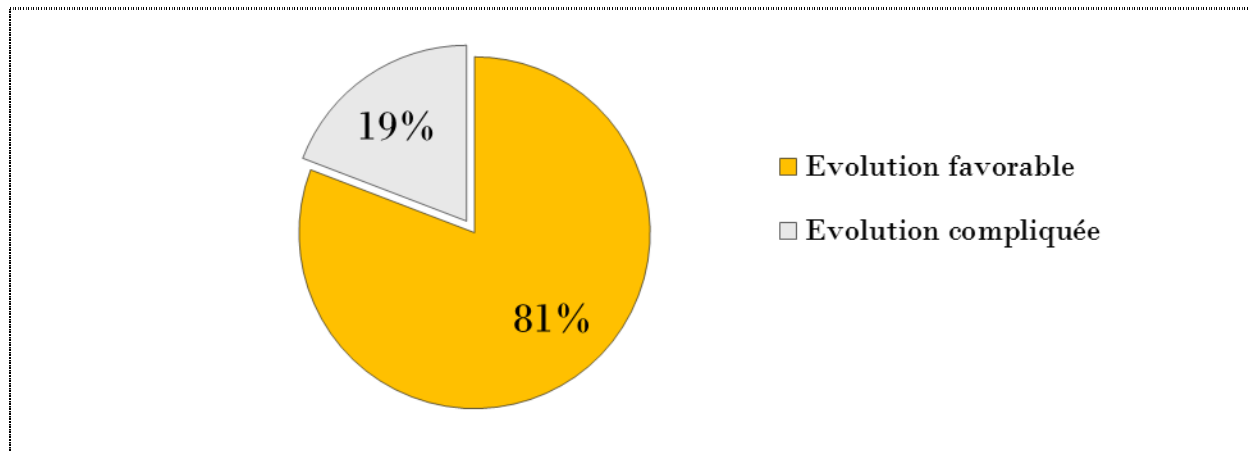


Figure 37. Graphique de l'évolution en post-partum

Aucun cas de décès maternel n'a été déploré dans notre série de cas. L'évolution est favorable dans 80% des cas, En outre on a remarqué des complications chez 28 patientes soit une fréquence de 19%.

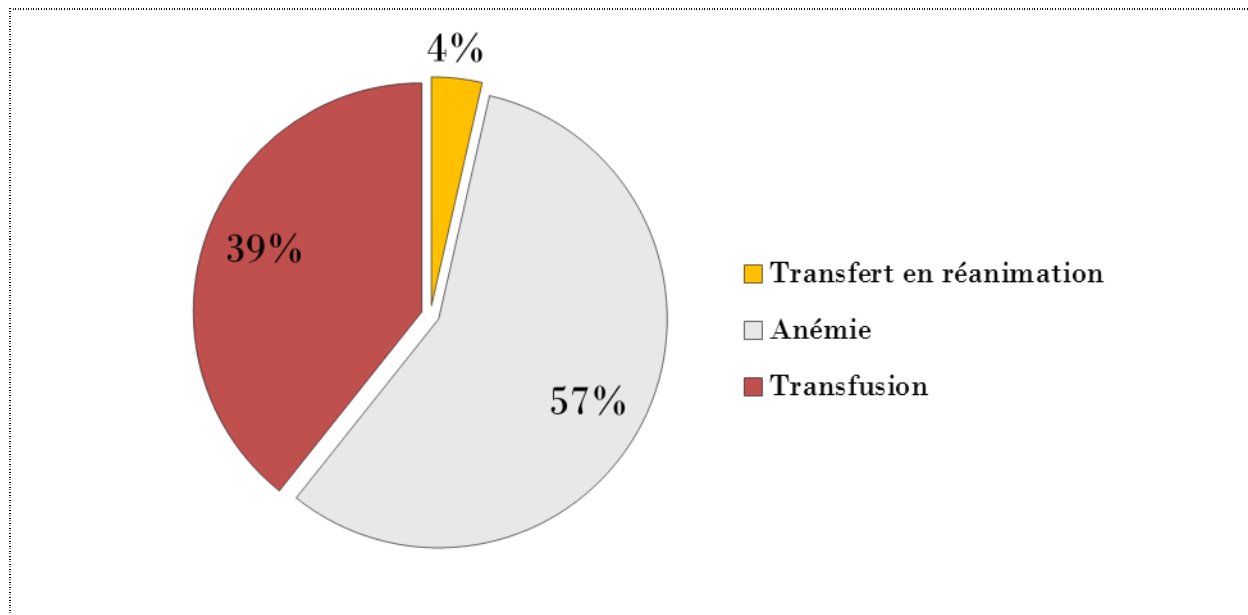


Figure 38. Graphique du statut de l'évolution

Les principales complications sont l'anémie : 16 patientes ont développé une anémie, 11 patientes ont été transfusées et 1 patiente a été hospitalisée en service de réanimation.

12. Durée d'hospitalisation

Sur l'ensemble des 146 cas étudiés, la durée d'hospitalisation le plus fréquente 72% est de [2 jours à 3 jours]. On note que 7 patientes ont été hospitalisées pour une durée de 5 jours à 7 jours.

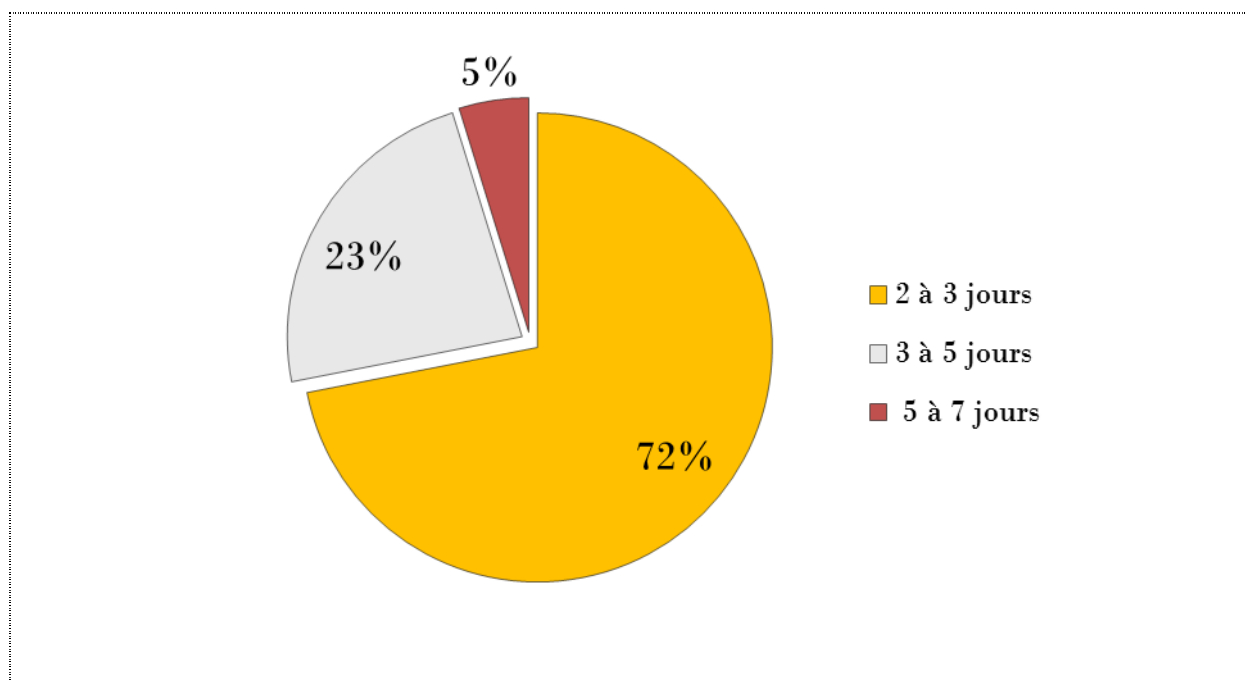


Figure 39. Graphique de la durée d'hospitalisation

13. Etat du nouveau-né

L'état des nouveau-nés a été évalué systématiquement après chaque accouchement.

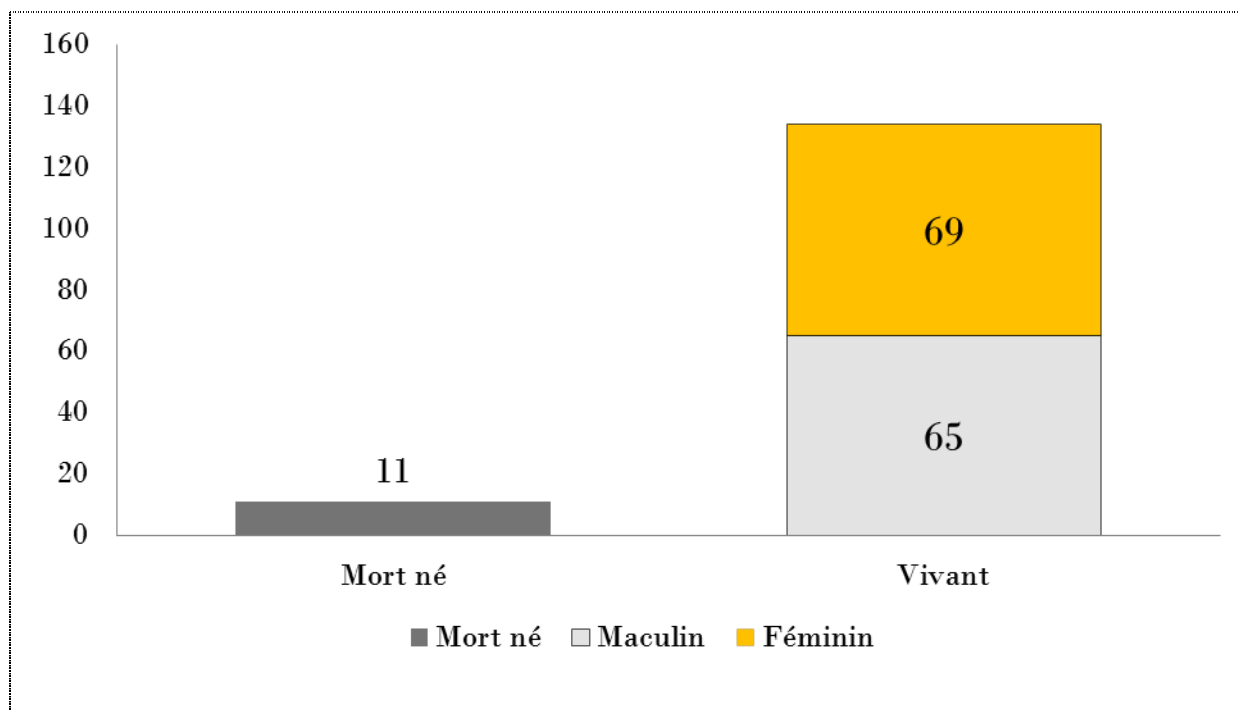


Figure 40. Graphique de l'état du nouveau-né

13.1. Mortalité

On a noté 11 cas de mort-nés soit une fréquence de 7,5% dans notre série.

13.2. Morbidité

Dans notre série de cas APGAR n'était pas mentionné sur 3 dossiers.

	Nombre	% (N=132)
4	2	1,52%
6	1	0,76%
8	3	2,27%
10	126	95,45%

Tableau 26. Etat du nouveau-né à la naissance

APGAR à la naissance est correct chez 126 naissances vivantes soit une fréquence de 95,45%.

13.3. Poids de naissance

Le poids de naissance moyen était : 3257g , avec des extrêmes de 1300g et 4500g.

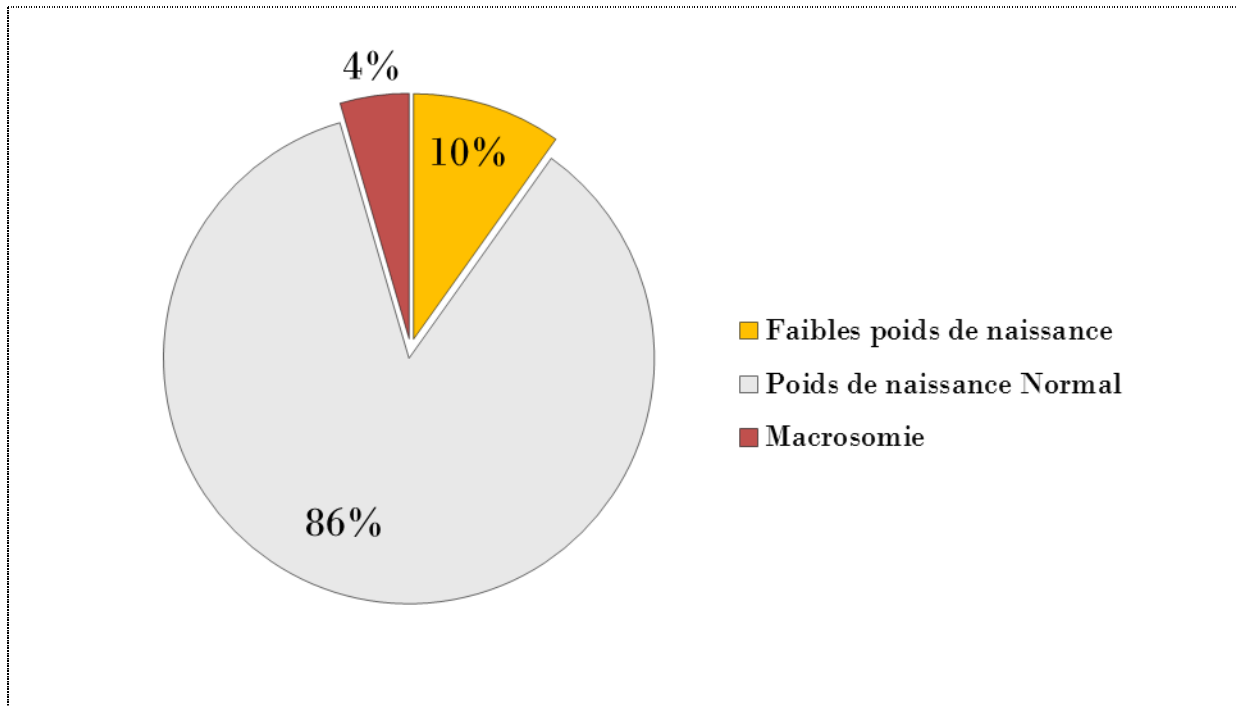


Figure 41. Graphique de la répartition selon le poids de naissance

13.4. Sexe

Dans notre série de cas 47% des naissances vivantes étaient de sexe féminin.

13.5. Evolution

L'évolution des nouveau-nés était favorable dans 99% des cas, 3 nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire à la naissance dont 2 cas ont nécessité une hospitalisation au service de réanimation néonatale.



1. Fréquence

Au Maroc tout comme les autres pays en voie de développement, les hémorragies (33%) sont la première cause de mortalité maternelle (2). Cependant les statistiques révélées par les autorités n'indiquent aucune information sur l'incidence des cas d'hémorragie de la délivrance survenus chaque année. Dans l'absence d'un chiffre officiel, nous citons un comparatif des fréquences réalisées sur différentes séries des études rétrospectives au sein des Centres hospitaliers marocains :

Auteur	Ville	Année	Nb. d'acc.	Nb. HDD	Fréquence
Manshad, N	Rabat	2016	7460	84	1,12%
-	Fès	2011	11745	190	1,62%
Mousaide, H.	Oujda	2013	16772	13	0,18%
El hattab, Y.	Marrakech	2004	13908	121	0,87%
Jeddi, Y.	Fès	2012	9312	199	2,13%
Hamdi, L.	Casablanca	2005	10363	113	1,09%

Tableau 27. Comparaisons des prévalences des centres hospitaliers marocains

Au long des 5 mois de notre étude, nous avons compté 236 cas d'hémorragie de la délivrance, soit une fréquence 3,35%. Considérablement supérieur aux incidences chiffrées dans les études citées précédemment. On souligne la nature de la Maternité El Idrissi comme étant le seul centre hospitalier provincial qui dessert toute la région du Gharb Chrarda Beni Hssen avec une population de 77% venant d'un milieu rural démunie des centres de consultations périnatales et de suivi de grossesse.

2. Informations sociodémographiques

2.1. Age

Dans l'étude des facteurs de risque des issues défavorables de la grossesse, l'âge maternel est souvent classé habituellement en 3 modalités : inférieur à 20 ans, entre 21-35 ans et supérieur à 35 ans. Certaines études précédentes ont montré que le risque de l'hémorragie de la délivrance est augmenté chez des femmes dont l'âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans. La répartition de l'âge maternel dans notre étude en 5 classes permet de comparer nos résultats avec les observations publiées dans la littérature.

Dans notre série, les patientes sont âgées en moyenne de $27,39 \pm 7$ ans. Peu près de la moitié (47%) ont un âge compris entre 20 et 30 ans, 5% ont plus que 40 ans et 16% moins de 20 ans. ce qui concorde avec les fréquences rapportées par la majorité des études antérieures aux Centres Hospitaliers Universitaires marocains (5) (6) (7). Ces comparaisons permettent une approximation générale au niveau du Maroc. Notons que l'âge maternel est plus avancé aux pays développés comme la France et les Pays-Bas, dont les moyens sont respectivement $31,4 \pm 6$ ans et 30.1 ± 6 ans (5) .

Par ailleurs, associé aux facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance par de nombreuses littératures (5), des études ont rapporté qu'un âge maternel de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans était significativement lié à un risque d'hémorragie de la délivrance plus élevé. Tsu a reporté que l'âge maternel avancé est associé avec un taux de risque relatif égale à 3 (95% CI 1.3–7.3) de l'hémorragie de la délivrance (le saignement était mesuré grâce à une estimation visuelle en ≥ 600 ml) (6).

Bien que l'âge maternel soit reporté différemment dans les études publiées, nous n'avons pu engager aucun lien linéaire entre le risque de l'hémorragie de la délivrance et l'âge maternel avancé. De même, Roberts et ses collègues ont rapporté l'absence d'aucune relation entre l'âge maternel avancé (≥ 35 ans) et l'hémorragie de la délivrance (7).

Il est à noter que l'âge du 1^{er} mariage enregistré au niveau de la région du *Gharb Chrarada Beni Hssen* (25,2) est remarquablement au-dessus de la moyenne nationale (27,5 ans) (12), ce qui explique corrélativement le nombre élevé des patientes adolescentes (< 20 ans) dans notre série.

2.2. Poids

Le poids de la mère est important dans sa santé avant et durant la grossesse. Plusieurs études ont rapporté qu'un poids élevé avant la grossesse augmente le risque d'une hémorragie de délivrance. Une étude suédoise de 1.114.071 femmes indique que le taux du risque relatif de l'hémorragie de délivrance augmente de 1,8% quand il s'agit d'une obésité maternelle (9).

77 (81,05%) des patientes étaient d'un poids normal, 2(2,11%) avec un surpoids et 14(14,74%) avec une obésité. Des 14 femmes obèses seules 4(28%) n'avaient pas d'autres facteurs de risque. Après le travail prolongé ou rapide, l'obésité était le facteur de risque majeur avec un rapport de chances [aOR (93% CI)] pour les délivrances vaginales. Aucune femme obèse n'a été accouchée par une césarienne. Contrairement à notre hypothèse, nous avons constaté que le taux relatif de l'hémorragie de la délivrance augmente en double quand il s'agit d'une femme obèse ayant délivré naturellement.

2.3. Lieu d'habitat

Dans notre série, 99(66%) des femmes proviennent d'un milieu rural. L'analyse de la réparation démographique de la population de la région Gharb Chrarda-Beni-Hssen, dont 77% personnes sont installées en milieu rural. Il a été rapporté que la majorité des ruraux occupent des habitations de type rural, dépourvues du minimum requis en moyens de confort et de sanitaire (24). Le milieu rural, dans la région aussi que dans le reste du pays, accuse un énorme déficit en termes d'équipements de base, traduit par une quasi absence du réseau d'évacuation des eaux usées et par un faible taux de raccordement au réseau public d'eau potable (12). Ces éléments laisse constater que le lieu d'habitat dominant de notre série et qui reste défavorisé et constitue un champ favorable pour la prolifération des maladies, accentue l'insuffisance, voire l'absence, du diagnostic, suivi et prise en charge des grossesses et des accouchements (14).

3. Référence

3.1. Lieux de référence

Dans notre série de cas 58 patientes ont été référées d'une autre structure, soit une fréquence de 39,72%. La commune Sidi Allal Tazi, étant le lieu de référence le plus fréquent dans notre série, abrite 11(19%) femmes des patientes référées (N=58). Cette commune où la pauvreté affiche des taux supérieure à 43% (14), est aussi marquée par un âge moyen du 1^{er} mariage très inférieur à celui de la région et une incidence de fécondité plus élevée.

A noter que l'âge moyen des 11 femmes parvenant de cette commune est de 26,6 ans avec une variance élevée ($\approx 8,17$), un poids moyen $70\pm 8,7$ kgs, des chiffres qui coïncident avec ceux du recensement national sur la population de la commune. A noter que le trajet le plus long (celui de Sidi Kacem) atteigne une

distance de 123 kilomètres de l'hôpital El Idrissi, où la maternité la plus proche apte à prendre en charge une hémorragie de délivrance.

3.2. Motifs de référence

On spécifie ceux liés à la mère, à la grossesse et au fœtus. On souligne que 52% de ces motifs proviennent des causes liées à la grossesse. Cette fréquence est notablement supérieure à celles des motifs liés au fœtus ou à la mère. Le manque de suivi prénatal et d'analyse des facteurs de risque préexistants associés à la mère (multiparité, poids...etc) expliquent ces résultats.

3.3. Moyen de transport

Les patientes référées étaient transportées dans 91% des cas par une ambulance médicalisée, seules 5 femmes ont utilisé un moyen propre de transport (voiture ou autre). Dans l'absence des formulaires de rapport d'ambulance, des tableaux médicaux et des codages d'urgence suivant l'état clinique des patientes, nous n'avons pu analysé aucun rapport qui associe la mode de transportation des femmes ayant une hémorragie de délivrance et leur condition pendant le transfert ambulancier à l'hôpital.

3.4. Délai d'arrivée

Hormis que le plus long des trajets des transferts ambulanciers des patientes ne dépasse pas les 123 kilomètres, le délai d'arrivée à la maternité a du dépasser les 2 heures. A noter que, la région du Gharb-Chrarda-Ben Hssen est construite avec un réseau de 3178 km des routes qui sillonnent la région, ce qui représente 5,5% du réseau routier national. La densité du réseau routier de la région dépasse de loin celle enregistrée au niveau national. En effet, pour chaque km², il y a 398 mètres de route construite (toutes catégories confondues) contre seulement 80,6 mètres par km² au niveau national (24).

Le délai d'arrivée moyen est 1h 47minutes et la distance traversée moyenne est 68,2 kilomètres. Un délai aussi supérieur à celui cité dans les littératures pour les urgences hémorragiques, éventuellement estimé en 45 minutes pour les pays développés et une heure pour les zones ayant un réseau routier similaire à celui de la région (15) .

4. Antécédents

4.1. Antécédents médicaux

L'anémie est l'antécédent médical le plus fréquent dans notre série. Selon l'OMS (26) , l'anémie durant la grossesse est définie par un taux d'hémoglobine est ≤ 11 g/dL au cours des premier et troisième trimestres de la grossesse et par un taux d'hémoglobine au cours du deuxième trimestre $\leq 10,5$ g/dL. L'anémie est sévère lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dL. Lorsque l'anémie est associée à une ferritine basse, la patiente doit être traitée par supplémentation orale en fer et acide folique (la voir veineuse étant réservée à une intolérance digestive ou à la nécessité d'une correction rapide) afin de corriger l'anémie (26).

Antécédent médical	Nombre	% (N=146)
Trouble de Crase	0	0,00%
Nodule du sein	1	0,68%
Asthme	1	0,68%
HTA	2	1,37%
Diabète	2	1,37%
Anémie	5	3,42%

Tableau 28. Les antécédents médicaux chez les patientes étudiées

Nous expliquons ces résultats par l'absence du suivi de grossesse, ainsi que l'absence d'un traitement par supplémentation en fer pour les patientes qui en nécessitent.

4.2. Antécédents gynéco-obstétricaux

La multiparité est un facteur essentiel dans l'épuisement du muscle utérin et donc un élément favorable de la genèse de l'hémorragie de la délivrance. En effet dans notre étude les multipares sont les plus touchées avec une fréquence de 52.02% qui concorde avec les résultats rapportés dans la littérature (16) et les études aux centres hospitaliers de Fès, Rabat et Marrakech (6; 7; 5).

Par ailleurs, l'hémorragie de la délivrance est l'antécédent gynéco-obstétrical le plus fréquent chez les patientes de notre série et celles des études précédentes à l'échelle nationale (6; 7; 5). 28(19,18%) des patientes ont eu déjà au moins une hémorragie de la délivrance précédemment. La fréquence des facteurs de risque chez ces patientes se double quand il s'agit de cet antécédent.

L'utérus cicatriciel (césarienne) est représenté sur 8,22%, taux voisin de celui des études à l'échelle nationale (6; 7; 5) qui ont rapporté une fréquence moyenne de 8,41%. Les mêmes études rapportent des fréquences moyennes d'antécédent de curetage de 16,46%, ce qui est largement supérieur à notre série dont cet antécédent représente 9,59%.

On note que la révision utérine et l'utérus cicatriciel peuvent produire une agression mécanique de la muqueuse utérine. Ces lésions peuvent être le siège d'une adhérence partielle du placenta ou entraîner un décollement incomplet du placenta qui sera alors cause d'hémorragie de la délivrance (28).

5. Grossesse Actuelle

5.1. Suivi de la grossesse

On remarque que 52% des parturientes ayant présenté une hémorragie de délivrance ont eu une grossesse non suivie. Ces femmes qui fréquentent principalement le secteur public (40%) n'ont pas eu des consultations prénatales correctes qui permettent de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, et de dépister les grossesses compliquées et prévenir toutes complications en éliminant le maximum de facteur de risque.

5.2. Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont repérables avant et pendant la naissance. L'identification de ces facteurs s'avère primordiale en ce qui concerne la prévention de l'hémorragie de la délivrance. De nombreux travaux sur les facteurs de risque ont été publiés dès 2004, et surtout à partir de 2007 (16; 17). Auparavant, les travaux anciens de Combs dominaient le sujet (17; 18).

Parmi les facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance, on distingue ceux liés aux caractéristiques maternelles préexistantes à la grossesse et ceux liés aux caractéristiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Plusieurs de ces facteurs de risque ont été décelés chez 53% des patientes de notre série.

Les facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance les plus classiquement rapportés sont des facteurs de risque d'atonie utérine, cause dominante de l'hémorragie de la délivrance. Il s'agit de la grande multiparité, la surdistension utérine dans les contextes de grossesse multiple, de polyhydramnios ou de macrosomie fœtale (20), l'induction et l'augmentation du

travail par utilisation d'ocytociques, les anomalies d'insertion placentaire, la chorioamniotite, et enfin un travail rapide ou, à l'inverse, prolongé.

Tous ces facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine ont été décrits dans plusieurs études conduites dans des contextes et à des populations différents (20; 21), ce qui est en faveur d'une implication causale de ces facteurs dans l'hémorragie de la délivrance. L'existence d'un antécédent est l'un des facteurs de risque les plus fortement associés à l'hémorragie de la délivrance, mais peu prévalent. Ford et al. Rapportent ainsi un risque de l'hémorragie de la délivrance multiplié par trois en cas d'antécédent de l'hémorragie de la délivrance (risque relatif 3,3 ; IC 95 % 3,1-3,5) (22) .

	Notre série	Rabat	Fès	Bamako
<i>Stagnation</i>	3,42%	8,4%	NE	NE
<i>Grossesse gémellaire</i>	4,11%	4,2%	7,03%	3,60%
<i>Age maternel >40 ans</i>	5,48%	4,2%	2,51%	0%
<i>Pré-éclampsie</i>	5,48%	2,8	0,5%	NE
<i>Macrosomie</i>	6,85%	8,5%	6%	4,30
<i>Utérus cicatriciel</i>	8,22%	9,8%	6,5%	7%
<i>Mort fœtale in utero</i>	8,22%	2,8%	NE	1,50%
<i>Obésité</i>	9,59%	14%	NE	33,30%
<i>Travail Prolongé/Rapide</i>	21,23%	19,6%	19,56%	11,55%
<i>Extraction par instrument</i>	4,11%	18,3%	5,02%	13,5%
<i>Lésions du col/vagin/périnée</i>	24,29%	49,2%	21%	49,5%
<i>Multiparité</i>	52,05%	35.2%	44.7%	38.5%

Tableau 29. Comparatif des facteurs de risques avec les études précédentes à l'échelle national

En ce sens, nous avons analysées les différents facteurs de risque communs dans des études antécédentes, sous une définition commune de l'hémorragie de la délivrance, et qui ramène sur études au sein des centres hospitaliers ayant des caractéristiques relativement semblables à ceux de la Maternité El Idrissi, et qui condense une population de particularité analogue.

L'association entre voie d'accouchement et l'hémorragie de la délivrance a été spécifiquement étudiée dans une étude norvégienne réalisée à partir du registre national des naissances (23). Dans cette étude, l'hémorragie de la délivrance était définie par une perte sanguine supérieure à 1500 ml, quelle que soit la voie d'accouchement. Les auteurs ont montré que la césarienne avant travail était associée à un risque augmenté de l'hémorragie de la délivrance sévère par rapport à l'accouchement par voie basse spontanée (OR 2,33, IC 95% 1,08-2,56). Nous notons que 8% de nos patientes se compromettent aux critères de la définition de l'hémorragie de la délivrance suivant les méthodes de l'étude norvégienne.

La césarienne réalisée en urgence en cours de travail augmentait encore ce risque de 55% par rapport à la césarienne avant travail (23). Le risque maximal était atteint en cas de césarienne en cours de travail après déclenchement. L'extraction instrumentale a été moins souvent étudiée que la césarienne, Mais ce mode d'accouchement est également associé à une augmentation du risque de l'hémorragie de la délivrance par rapport à la voie basse spontanée. Ainsi le risque de l'hémorragie de la délivrance diffère-t-il selon la voie d'accouchement. Cette différence est prise en compte dans les études les plus récentes qui dissocient l'analyse des facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance en fonction de la voie d'accouchement. De manière intéressante,

certains facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance souvent décrits ne sont pas constamment retrouvés d'une étude à l'autre. Par exemple, dans les études plus récentes et réalisées dans des pays à niveau de ressources élevé, la grande multiparité n'est plus relevée du fait de sa rareté, et c'est la primiparité qui est maintenant identifiée comme un facteur de

Risque de l'hémorragie de la délivrance.

Dans les études disposant de cette donnée, l'obésité maternelle est un facteur de risque de l'hémorragie de la délivrance décrit en Amérique du Nord tout comme en pays en cours de développement (23), nous rapportons que l'obésité était un facteur relativement fréquent dans notre série, l'incidence est de 9,59%.

Concernant l'âge maternel avancé, son association avec l'hémorragie de la délivrance varie également d'une étude à l'autre. Par ailleurs, une polémique existe autour de cette dernière association. En effet, dans les études retrouvant une association significative entre l'hémorragie de la délivrance et âge maternel avancé, il est impossible de savoir si celle-ci est due à un lien direct entre les deux, ou si elle est simplement due à l'absence de prise en compte d'autres facteurs de risque eux-mêmes liés à l'âge, traduisant ici les limites de la technique d'ajustement. Cependant, l'âge maternel avancé reste un facteur de risque habituel (16). Récemment de nouveaux facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance liés à la prise en charge des femmes enceintes, et non plus surtout à la prise en charge de l'accouchement, ont été évoqués. Par exemple, une association significative entre l'hémorragie de la délivrance et un traitement chronique par antidépresseurs a été retrouvée (17). Ce phénomène pourrait être expliqué par l'augmentation au cours du temps de la prévalence de ce type de

traitement chez les femmes enceintes qui rendrait ces facteurs de risque maintenant mesurables.

5.3. Evolution de la grossesse

70 (42%) patientes ont connu une grossesse compliquée, ce taux est voisin des études précédentes et de la littérature dans des pays en cours de développement (27).

	Notre série	Rabat	Fès	Bamako
<i>Chorioamniotite</i>	1,43%	4,2%	3,9%	NE
<i>Menace d'accouchement prématuré</i>	1,43%	2,8%	2,03%	4,60%
<i>Placenta prævia</i>	1,43%	4,2%	2,39%	0%
<i>Hyper-tension artérielle gravidique</i>	2,86%	1,4%	3,54%	NE
<i>Diabète gestationnelle</i>	2,86%	1,4%	NE	2,30%
<i>Anémie</i>	7,14%	9,8%	6,5%	10,1%
<i>Rupture prolongée de Membrane</i>	14,29%	7,1%	NE	10,50%
<i>Macrosomie</i>	14,29%	8,5%	NE	15,2'%
<i>Mort fœtale in utero</i>	17,14%	2,8%	19,56%	31%

Tableau 30. Comparatif de l'évolution de la grossesse avec les études précédentes à l'échelle national

6. Accouchement et délivrance

6.1. Durée du travail

Une corrélation directe entre la durée du travail et le risque de survenue d'une hémorragie de délivrance n'est pas encore retenue dans la littérature. Par ailleurs, la durée prolongée du travail associée à une multiparité est liée à une

augmentation du risque hémorragique du post-partum. Ainsi différentes études discutent l'impact du déroulement du travail sur l'hémorragie du post-partum :

- Combs observe une phase de travail prolongée chez les femmes ayant accouché par césarienne et ayant présenté une baisse d'hématocrite entre leur admission et le post-partum (PP), mais ne retrouve pas de significativité à l'analyse de l'arrêt de la dilatation chez les femmes accouchées par voie vaginale. Dans les deux groupes, Cependant la stagnation du mobile fœtal est associé à l'hémorragie du postpartum (accouchement par césarienne : 30,1 % [IC 95 % (1,23-2,94)] ; accouchement par voie basse : 25,7 %, [IC 95 % (1,59-5,32)] (31).

- Saunders, en étudiant la morbidité maternelle et néonatale en relation avec la durée de la deuxième phase du travail, constate une augmentation du nombre d'hémorragies du post-partum immédiat. Il note également que cet effet est moindre si l'accouchement se termine spontanément (40).

- Quant à Stones, il observe lui aussi, presque deux fois plus de cas présentant un travail de plus de 12H (41).

-Dans notre étude, nous n'avons pas pu étudiée une association entre la durée du déroulement du travail et la survenue d'une hémorragie du post-partum par manque d'informations sur les dossiers, soit ans 77% des accouchements les circonstances du déroulement du travail n'est pas précisées.

6.2. Traitement reçu au cours du travail

L'usage des molécules utéro-toniques durant le travail comme mesures préventives des accouchements dystociques, était le sujet de plusieurs études. Dans l'étude de Combs sur les accouchements par voie basse, l'administration

d'ocytocine reste, associée à une augmentation significative du risque hémorragique (administration d'ocytocine dans 27,8 %) expliquée par l'hypothèse que l'utérus qui requiert une stimulation du travail est également à risque d'hémorragie par atonie. Ce facteur de risque est également identifié par l'équipe du CHU de Rouen (40). Contrairement, nos résultats ne concordent pas avec les résultats publiés dans la littérature, bien que l'utilisation de l'ocytocine en phase active de l'accouchement soit mentionnée seulement chez 7% des cas. On en déduit que le taux d'HDD dans notre série de cas peut être expliqué par d'autres défaillances au moment de la prise en charge.

6.3. Mode d'accouchement

Le risque d'hémorragie de la délivrance est plus élevé lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse. Les HDD repérées par une chute d'au moins 10 points de l'hématocrite sont présentes dans 5,9 % de l'ensemble des césariennes et 2,8 % des accouchements par voie basse dans les deux études de Combs (31) . Ce facteur de risque est reconnu par plusieurs études. Saunders rapporte presque trois fois plus d'hémorragies en cas de césarienne (taux de césariennes : 10,6 %) après ajustement des variables (taux d'HPP en cas de césarienne 16 % versus 4 % en cas d'accouchement voie basse) (41). Waterstone qui a étudié les facteurs prédictifs de morbidité sévère, a le même ordre d'estimation concernant les césariennes en urgence (41). Nos résultats contredisent les résultats des études précédentes. En effet, l'accouchement par césarienne est réalisé seulement dans 7% des patientes.

6.4. Accoucheur

Dans notre série, 91% des patientes touchées par l'hémorragie de la délivrance ont été accouchées par des sages-femmes. L'intervention d'un médecin obstétricien reste minime d'une fréquence inférieure à 8%. Ce résultat dévoile, dans la structure étudiée, le manque de formation continue des sages-femmes pour prévenir et prendre en charge des cas d'hémorragie, et renvoie également sur le manque périlleux des sages-femmes.

6.5. Mode de délivrance

Il est clairement démontré que la délivrance dirigée permet de réduire le délai de la délivrance et le nombre d'hémorragie. Moyen qui devrait être utilisé systématiquement chez toutes les patientes : en effet, une attitude systématique vis-à-vis de la délivrance a un réel bénéfice sur le risque hémorragique et sur les pertes sanguines. Cependant la délivrance dirigée est décrite chez seulement 38,90% de nos patiente.

7. Etat du nouveau-né

7.1. Mortalité

Nous avons colligé 11(7,5%) cas de mort-nés dans notre série, une fréquence supérieure à celle rapporté au CHU Rabat, mais notablement inférieure à celle du CHU Fès.

	Notre série	Rabat	Fès	Bamako
<i>Mort nés</i>	7,5%	2,7%	32,7%	10%

Tableau 31. Comparatif de l'état du nouveau-né avec les études précédentes

7.2. Morbidité

La souffrance néonatale est un état pathologique qui menace la vie et l'avenir psychomoteur du nouveau-né. Elle est souvent caractérisée par une acidose avec $PH < 7$ dans le sang artériel ombilical, la persistance d'un score d'APGAR < 7 au de-là de 5 minutes de vie, des conséquences neurologiques dans la période néonatale immédiate (convulsions, hypotonie) ou encore un dysfonctionnement de plusieurs organes dans la période néonatale immédiate. Nous avons évalué la souffrance néonatale en se basant seulement sur les données du score APGAR à la première minute. Le score d'APGAR est mentionné chez 143 nouveaux, seuls 3 cas dont on n'en a pas révélé. Le score d'APGAR était de 10 chez 126(95,45%) nouveau-nés.

7.3. Poids

Dans 3,78% des cas les nouveaux nés ont nécessité une hospitalisation en réanimation néonatale pour détresse respiratoire. 113(79,02%) nouveau-nés avait un poids normal, avec un poids moyen de 3 257g. Dans 9,5% des cas, le poids était supérieure ou égale à 4000g, dont la macrosomie s'avérait un facteur de risque hémorragique par la surdistension utérine.

7.4. Sexe

Plusieurs études rapportent que les femmes qui portaient des fœtus au sexe masculin étaient exposées à un risque accru d'accouchements prématurés, de pré-éclampsie, de détresse fœtale, de dystocie du travail, d'accouchements opératoires et de mortalité périnatale (41; 42). Dans notre série, 69(51,49%) des nouveau-nés vivantes étaient de sexe féminin. Les résultats trouvés n'ont pas été significatifs vis-à-vis les facteurs de risque.

8. Prévention d'une hémorragie du post-partum immédiat

A l'échelle internationale (OMS, GNOF) comme à l'échelle nationale (le Ministère de santé public) (3), ont émis un ensemble de recommandations et de protocoles de prise en charge rédigés en collaboration avec l'équipe anesthésique, procédure simple d'alerte des différents acteurs impliqués, disponibilité permanente des médicaments susceptibles d'être utilisés, système de garde et astreinte permettant la disponibilité d'un praticien dont les compétences permettent la réalisation d'éventuels gestes d'hémostase, organisation de l'approvisionnement et l'acheminement des produits sanguins labiles (PSL) dans un délai inférieur à 30 minutes. Au moment de l'accouchement, une prise en charge active de la délivrance est primordiale, et nécessite une surveillance au moment du décollement placentaire où une traction contrôlée du cordon associée à contre-pression sus-pubienne doit être réalisée. Un massage de l'utérus doit être effectué après expulsion en cas d'hypotonie. Un examen systématique du placenta est effectué. S'il est incomplet (suspicion de rétention de cotylédons ou de membranes), une révision utérine doit être réalisée sans délai. Une injection prophylactique de 5 à 10 UI d'ocytocine peut être effectuée au moment du dégagement de l'épaule antérieure ou après la délivrance (voie intraveineuse directe lente ou intramusculaire). Une délivrance artificielle doit être réalisée lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes au maximum. En cas de césarienne, il est recommandé d'effectuer une délivrance dirigée plutôt qu'une délivrance manuelle.

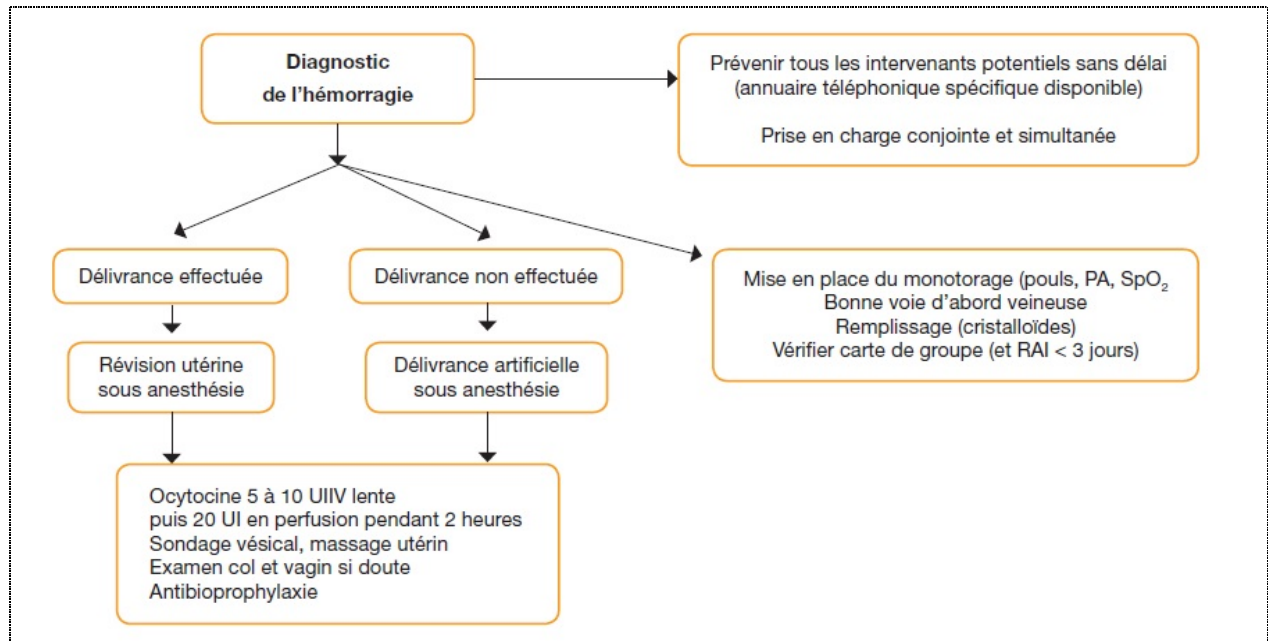


Figure 42. PEC d'une hémorragie du post-partum immédiat

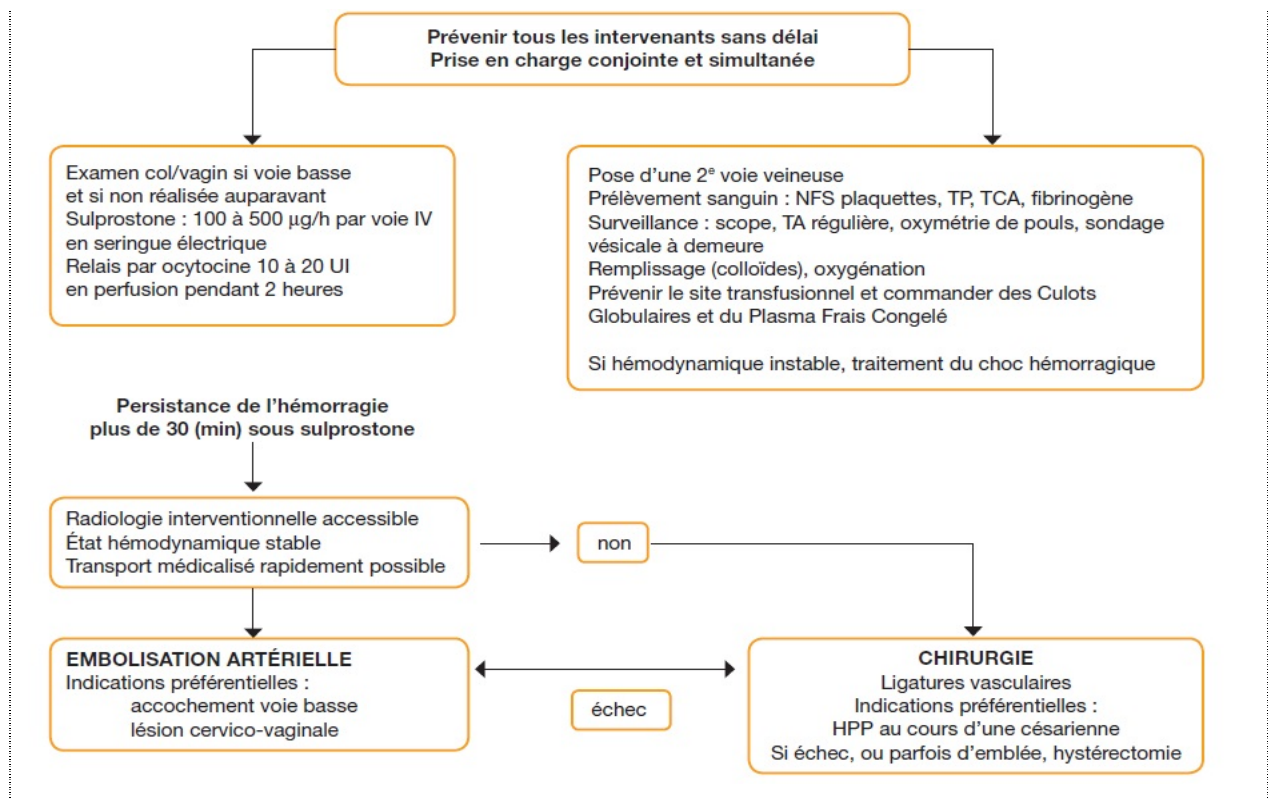


Figure 43. PEC d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste au-delà de 15 à 30 min.

Nous avons évalué le taux d'application des recommandations et des protocoles proposés par le Ministère de Santé, en identifiant les mesures de prévention instaurées chez nos patientes admises avec facteurs de risque

9. Diagnostic

Que l'hémorragie survienne avant ou après l'expulsion du placenta, les signes cliniques sont locaux et généraux :

9.1. Signes locaux

- L'hémorragie est en elle-même le signe le plus important. Elle est intra-utérine mais s'extériorise toujours, l'hémorragie externe est indolore. La femme en perçoit en général l'écoulement chaud. Elle est tantôt abondante, le sang s'écoule au-dehors en gouttes pressées ou en filet continu ; tantôt abondante mais discontinue, des caillots s'échappent à chaque contraction de l'utérus, l'hémorragie interne distend l'utérus. Dans notre série de cas l'hémorragie n'a pas été quantifiée, suite au manque de sac de recueil de sang gradué. Dans la majorité des cas l'hémorragie du post-partum est diagnostiquée d'emblée par l'apparition de signes généraux avec retentissement sur l'état hémodynamique.

- Au niveau de l'utérus on note des modifications de morphologie, de la situation et de la consistance : l'utérus n'est pas rétracté. Il augmente de volume, s'incline à droite son fond remonte vers l'hypocondre droit. Il s'étale transversalement vers les flancs, l'utérus est aplati d'avant en arrière et ferme et bien modelé. Dans l'hémorragie intra cavitaire, il est au contraire mou et flasque.

9.2. Signes généraux

Ces signes sont en rapport avec l'abondance de l'hémorragie. Généralement on note : une soif, le pouls rapide et mal frappé, les extrémités sont froides, une tension artérielle basse, et éventuellement le premier signe d'un choc débutant(1). Dans les cas extrêmes un état de choc hypovolémique s'installe avec : Une pression artérielle effondrée, un pouls très accéléré, une pâleur cutanée très importante, des sueurs, une sensation de soif intense, une angoisse, trouble de la conscience, et une oligurie-anurie. Dans notre étude chez 33 patientes, soit une fréquence de 22,60%, on note une hypotension artérielle, comparé aux résultats rapportés par les études faites au CHU Rabat : 27% des patientes ont présenté une hypotension artérielle et au CHU Fès : soit une fréquence de 47%, notre taux coïncide avec ces résultats.

9.3. Le diagnostic biologique

Le diagnostic d'une hémorragie du postpartum est essentiellement biologique, comportant sur la mesure d'hémoglobine à la recherche d'une anémie, et du taux de l'hématocrite : ainsi le collège Américain de gynécologues et obstétriciens défini L'HPP comme une chute de 10% de la valeur de l'hématocrite (40). Cependant dans notre série de cas chez 102 patientes soit une fréquence de 69%, la numération formule sanguine n'a pas été récupérée.

9.3.1. Hémoglobine

On note une anémie (HB<11g :dl) chez 93% des patientes qui ont bénéficié d'une NFS, notre résultat est proche de ceux trouvés ; Etude faite à la Maternité Rabat (15) : 93%, à la Maternité Fès (17) : 91%. Ce qui peut être expliqué par le retard du diagnostic.

9.3.2. Hématocrite

Mentionné seulement chez 62%de nos patientes . ce paramètre n'a pas été pris en considération durant le diagnostic vu la non disponibilité d'une valeur de référence avant l'accouchement.

9.3.3. Le taux des plaquettes

10% des patientes qui ont bénéficié d'une NFS, présentent une thrombopénie. Ce taux est inférieur en comparaison avec celui mentionné sur l'étude réalisée a la Maternité Rabat qui est de 29% (15) ; et la Maternité Fès : 32,25% (17).

D-Le bilan d'hémostase (TP, TCA) :

Dans notre série de cas le bilan d'hémostase(TP,TCA) a été récupéré seulement chez 8 patientes .

9.3.4. Le bilan rénal

Chez nos patientes le dosage de la créatininémie et de l'urée sanguine a été réalisé chez 16 patientes chez qui on a noté une HTAG. Les résultats sont correctes chez les 16 patientes ce qui objective l'absence des cas d'insuffisance rénale aigue fonctionnelle.

10. Etiologies

Le bon déroulement de la délivrance nécessite un ensemble de mécanismes on en cite, un muscle utérin avec une bonne fonction contractile et rétractile, un placenta normal dans sa forme, ses dimensions et son insertion, une coagulation efficace, une attitude médicale qui respecte la physiologie. Toute anomalie portant sur l'un de ces facteurs, peut être responsable de complications :

10.1. La rétention placentaire

- Rétention placentaire complète

On parle de rétention complète du placenta lorsque le placenta n'est pas expulsé après un délai de 30 min par rapport à l'expulsion fœtale. Cette rétention est expliquée par : un non-décollement placentaire, dont la source peut être une atonie utérine, une hypertonie utérine, une insertion anormale (acreta, percreta, placenta bas inséré) ou des erreurs dans la gestion de la délivrance (DD tardive, expression utérine) ; la gêne à l'expulsion du placenta, dont l'origine peut être un fibrome, une malformation utérine ou la présence d'un globe vésical distendu.

- Rétention placentaire incomplète

La rétention est incomplète lorsqu'il persiste des membranes ou un cotylédon dans la cavité utérine alors que l'essentiel du placenta a été expulsé. Son diagnostic se fait lors de l'examen du délivre ou lors d'un saignement d'origine endo-utérin. Dans notre série de cas, la rétention placentaire est la première cause , elle est incriminée dans 80% des cas soit une fréquence de 57,14% . Selon les résultats retrouvés dans les autres études, notre taux est voisin de celui de l'étude faite à la Maternité de Rabat Souissi qui est de 55%. Cependant il reste supérieur à celui mentionné sur l'étude à la Maternité de Fès (45%), et celui d'une étude de Casablanca (41%).

10.2. Inertie utérine

Elle correspond à l'absence de rétraction utérine après l'expulsion du placenta hors de l'utérus et des voies génitales. L'utérus est alors mou et la

constriction des vaisseaux ne se fait pas. Elle représente environ 58% des cas, incriminée dans 2 à 5% des accouchements. Elle peut être favorisée par :

- Un travail long avec utilisation de fortes doses d'ocytociques aboutissant à l'épuisement musculaire de l'utérus ;
- Une surdistention du muscle utérin comme c'est le cas dans les grossesses gémellaires, lorsqu'il existe une macrosomie fœtale ou un hydramnios ;
- Un accouchement très rapide ;
- Une chorioamniotite ;
- Une anomalie de la contraction utérine, ainsi une malformation ou un fibrome ;
- Un traitement médical comme les traitements tocolytiques.

Selon la littérature l'inertie utérine est la première cause d'hémorragie de la délivrance. Toutefois dans notre série de cas l'inertie utérine a été mentionnée chez seulement 5 patientes soit une incidence de 3,57%, qui est remarquablement inférieur aux incidences des autres études :

-Etude à la Maternité Rabat : taux de 25,4% de l'ensemble des cas étudiés ;

-Etude à la Maternité Fès : une incidence de 39% ;

-Etude réalisée au sein du CHU Casablanca : soit un taux de 31%.

10.3. Les anomalies d'insertion placentaire

Le placenta accreta est défini comme une zone d'adhérence anormale entre le placenta et le myomètre : les villosités placentaires adhérentes au myomètre sans interposition de caduque basale, il n'y a donc pas de clivage physiologie possible. Cela peut concerner tout ou une partie du placenta. Parfois les villosités s'insèrent plus profondément dans le myomètre et on parle alors de placenta increta. Elles peuvent également traverser le myomètre jusqu'à la séreuse voire jusqu'aux organes de voisinage : c'est le placenta percreta. Ces anomalies représentent 2% des étiologies des hémorragies de la délivrance.

L'incidence du placenta augmente, corrélée probablement à l'augmentation du taux de césariennes. Par ailleurs on note d'autres anomalies de taille: excès de volume de la grossesse gémellaire, de la diabétique, et de forme: placenta porteur de cotylédons accessoires qui se déchirent facilement.

Dans notre étude, l'étiologie est un placenta accreta chez 3 patientes soit une incidence de 2,14%.

10.4. L'inversion utérine

L'inversion utérine se décrit comme l'invagination du fond utérin en doigt de gant. Quatre stades sont définis allant de la simple dépression du fond utérin en cupule à l'extériorisation de l'utérus et des parois vaginales.

- 1er degré: le fond utérin est simplement déprimé en cupule;
- 2eme degré: l'utérus retourné, franchit le col;
- 3eme degré: l'utérus descend dans le vagin et s'extériorise;
- 4eme degré: les parois vaginales participent au retournement

La réduction de l'inversion utérine doit se faire le plus rapidement possible après le diagnostic. Les étiologies de cet événement sont l'hypotonie et/ou la surdistension utérine mêlées à des gestes iatrogènes (tractions sur le cordon ou encore expression abdominale). Cliniquement l'inversion utérine est présentée par une douleur violente, un collapsus et une hémorragie modérée

Etiologie qui reste rarissime selon la littérature et Selon les autres études réalisées , CHU Fes , CHU Casablanca, qui ont enregistré un seul cas d'inversion utérine . quant à notre étude aucun cas d'inversion utérine n'a été mentionné.

10.5. Les traumatismes de la filière génitale

Ils concernent environ 10% des étiologies d'hémorragie de la délivrance.

Les plaies du col ou du dôme vaginal surviennent le plus souvent après un accouchement dystocique ou une extraction instrumentale. Elles sont favorisées par une muqueuse fragilisée, par des infections répétées ou par des cicatrices antérieures. Il faut systématiquement les rechercher quand il existe une hémorragie avec un utérus tonique et/ou une révision utérine qui ne ramène rien ; il faut alors pratiquer un examen sous valves et réparer les lésions.

Dans notre série de cas, les lésions de la filière génitale représentent la 2eme étiologie après la rétention placentaire avec une incidence de 24,28%. Ce Taux reste supérieur à ceux mentionnés sur des résultats rapportés de l'hôpital Lariboisière de Paris, et CHU Rabat qui sont respectivement : 9,3% ; 19%.

10.6. Hématomes pelviens et périméaux

Ils surviennent plus fréquemment après une extraction instrumentale et sur terrain de varices pelviennes. Ils sont conséquence d'une rupture vasculaire dans

l'épaisseur du vagin, l'hématome peut diffuser jusque dans l'espace pelvi-rectal supérieur, ou l'espace rétro-péritonéal. Le traitement chirurgical doit être envisagé en urgence.

Dans notre étude les hématomes périnéaux sont responsables de 2,86% des cas d'hémorragie étudiés.

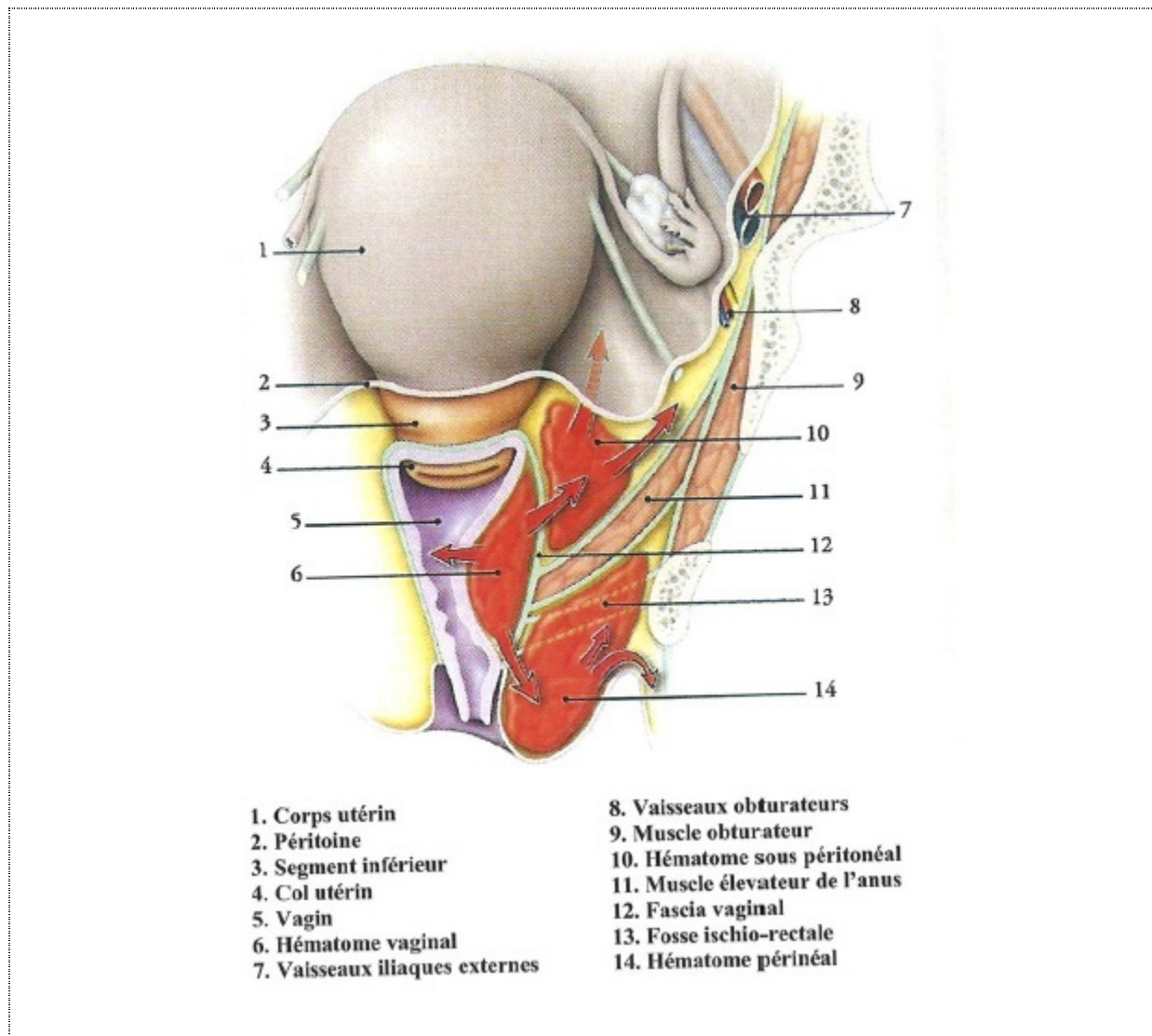


Figure 44. Hématomes pelviens et périnéaux

10.7. Anomalies de la coagulation

Les troubles de coagulation peuvent être congénitaux ou acquis :

• Les coagulopathies congénitales maladie de Willebrand, hémophilie A, mais généralement elles sont connues au moment de l'accouchement comme elles peuvent être affirmées par une hémorragie de délivrance.

• Les coagulopathies acquises sont dues :

- Soit à la grossesse elle-même Il s'agit particulièrement des cas d'hypertension sévère avec un HELLP syndrome : *Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelets* ;
- Il peut s'agir aussi d'une pathologie hépatique grave: hépatite ou stéatose gravidique ;
- soit d'origine obstétricale Elles sont fréquentes et graves, Il s'agit de :
 - *la coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) secondaire à un hématome rétro placentaire ; la CIVD secondaire à une rétention de fœtus mort; la CIVD secondaire à l'hémorragie elle-même si celle-ci n'est pas rapidement traitée ;*
 - *soit induites par un traitement anticoagulant, ainsi l'accouchement doit être déclenché dans des fenêtres thérapeutiques dans la mesure du possible.*

Dans notre série de cas, l'hémorragie est due a des troubles de coagulation chez 6 patientes sot une fréquence de 4,29%.

Pour récapituler, l'hémorragie du postpartum immédiat dans notre série de cas est due essentiellement aux retentions placentaires, lésions de la filière génitale. On déduit que l'hémorragie pourrait être évitable par une éventuelle prévention.

11. Prise en charge

L'identification de facteurs impliqués dans le passage de l'hémorragie de la délivrance non sévère à l'hémorragie de la délivrance sévère apparaît comme primordiale, car elle permettrait de pouvoir les corriger et ainsi d'éviter les complications sévères. Comme pour les facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance, des caractéristiques maternelles, de la grossesse, du travail et de l'accouchement seraient impliquées dans l'aggravation de l'hémorragie de la délivrance, telles que la primiparité, l'antécédent de l'HPP, l'antécédent de césarienne, le déclenchement, un travail prolongé et l'épisiotomie.

Il faut toutefois citer les travaux de Geller, qui est un des premiers auteurs à avoir évoqué un continuum entre morbidité et mortalité maternelle de manière générale puis dans l'hémorragie de la délivrance, et également l'intérêt d'identifier des facteurs évitables au sein de ce continuum (28). Dès 2004, dans une étude cas-contrôle, Geller et ses collègues ont montré que la qualité du diagnostic clinique et des facteurs liés à la prise en charge (soins incomplets ou inappropriés) étaient significativement associés à l'évolution d'un état maternel morbide vers un état plus sévère, et ceci après contrôle des caractéristiques sociodémographiques, notamment dans le contexte de l'hémorragie de délivrance. Par conséquent, la prise en charge de cette dernière nécessite :

- *la connaissance parfaite des protocoles régulièrement adaptés et accessibles à tout moment ;*
- *la présence d'une équipe pluridisciplinaire, avec des obstétriciens, des sages-femmes qualifiées, un anesthésiste réanimateur, ainsi qu'une infirmière anesthésiste ;*
- *Un laboratoire d'analyses biologique et un établissement de transfusion sanguine disponible 24/24H ;*

La prise en charge de l'hémorragie de délivrance repose sur des protocoles de soins chronométrés. Sont réalisés en parallèle les gestes obstétricaux (délivrance artificielle, révision utérine et de la filière génitale), l'administration d'utérotoniques (ocytocine et prostaglandines), le remplissage vasculaire et la transfusion ainsi que le traitement des anomalies de l'hémostase (29).

Selon les différentes revues, dès que le diagnostic est posé, il faut noter l'heure de survenue, mettre en place un sac de recueil gradué, ainsi qu'une fiche de surveillance comportant les constantes devrait être remplie.

11.1. Prise en charge initiale

La prise en charge initiale d'une hémorragie de délivrance est introduite selon la démarche suivante :

- *La réanimation maternelle ;*
- *Recherche d'une cause obstétricale ;*
- *Recherche et correction d'une éventuelle coagulopathie.*

▪ **Mesures de réanimation**

La priorité de la réanimation maternelle est la restauration et le maintien de la volémie, associés à une bonne oxygénation. Il est impératif de lutter précocement contre le choc hypovolémique sous peine de tomber dans un cercle vicieux entre l'hypovolémie grave et les troubles de la coagulation. Ainsi la prise en charge comporte tout d'abord la surveillance cardiovasculaire classique avec le pouls, la pression artérielle et la saturation maternels. Il y a également la surveillance de la diurèse avec une quantification précise de celle-ci par un sondage vésical à demeure (30).

▪ **Deux voies veineuses périphériques de bon calibre avec remplissage**

L'expansion volumique est assurée par des cristalloïdes type *Ringer*®, puis par des colloïdes. Cette stratégie est applicable tant que la spoliation sanguine ne dépasse pas 25 % de la volémie. Au-delà, on a recours aux hydroxy-éthyl-amidons de bas poids moléculaire (31). Dans notre série de cas 100% des patientes ont bénéficié d'une prise de voie veineuse périphérique avec remplissage au sérum salé.

▪ **Monitoring cardiaque avec surveillance régulière de la tension artérielle, et un oxymètre du pouls.** Sur nos dossiers étudiés on n'a noté aucune traçabilité de la surveillance de ces constantes

▪ **Surveillance de la diurèse avec pose d'une sonde vésicale,** lutte contre l'hypothermie et d'une oxygénothérapie par voie nasale (29). Dans notre série de cas, seulement 2,05% des patientes chez qui ces mesures ont été instaurées.

▪ **Le bilan biologique** doit être demandé en urgence qui comporte : une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase avec TP, TCA, Fibrinogène (32) . On note que la numération formule sanguine a été demandée dans notre série de cas chez toutes les patientes mais dans 69% les résultats n'ont pas été récupérés. Le bilan d'hémostase a été mentionné comme demandé seulement sur 50% des dossiers, par ailleurs il a été récupéré que chez 6% des cas. Le manque des agents de transports inter-service, du personnel du laboratoire de biologie, ainsi qu'une dotation suffisante en réactifs, expliquent les résultats.

▪ **La transfusion** : est préconisée si l'hémoglobine est inférieure ou égale à 8 g/dl (ou hématocrite ≤ 25 %), et/ou si l'anémie est cliniquement mal tolérée malgré un remplissage adéquat (33) . Bien avant toute transfusion, deux examens groupes sanguins ABO-RH1 et phénotype RH-KEL1 doivent être réalisés chacun deux fois de façon indépendante pour que leurs résultats soient considérés comme valides (obligation réglementaire) et permettent la délivrance de CGR dans les meilleures conditions (34) .

Parmi les 62 patientes chez qui les résultats de la NFS ont été récupérés, 48% avaient une hémoglobine inférieure ou égale à 8g/dl. Seules 17 patientes ont bénéficié d'une transfusion. On en déduit que le sang était indisponible dans 72% des cas chez qui la transfusion a été indiquée.

Selon la littérature on transfuse des culots globulaires idéalement isogroupes, iso-Rhésus, déleucocytés et phénotypés. Les indications du plasma frais congelé (PFC) sont larges dans les hémorragies massives du per- et post-partum.

Dans notre série, 9 patientes sur un nombre de 17 transfusées, ont reçu 2 culots globulaires, leur hémoglobine varie entre 4,4g/dl et 6g/dl. La majorité des patientes transfusées ont présenté une anémie sévère que nous supposons affectée par une prise en charge inadaptée.

▪ **Corrections des troubles de la coagulation**

Les anomalies de l'hémostase associées à l'hémorragie du post-partum immédiat sont dominées par le syndrome de défibrinogénéation (30). La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est définie par un TP inférieur à 50 %, un taux plasmatique du fibrinogène inférieur à 1 g/l, et une numération plaquettaire inférieure à $50 \times 10^9/\text{mm}^3$ (47). Une fibrinolyse peut être associée. En présence d'une défibrinogénéation, les traitements les plus spécifiques sont pris en compte précocément et répétés selon l'évolution :

- le fibrinogène est apporté si la concentration plasmatique est inférieure à 1 g/l ou le TCA sur tube sec est supérieur à sept minutes ; la posologie est de 0,1 g/kg de poids ;
- le plasma frais congelé est autorisé dans ces circonstances et apporte les facteurs de coagulation consommés (V, VIII, I) et les inhibiteurs (antithrombine, protéine C, protéine S). Le but est d'obtenir que le taux des facteurs de coagulation et, en particulier, le V atteigne 30 %. La posologie est de 20 ml/kg ;
- l'apport de plaquettes est justifié si leur taux est inférieur à $50 \times 10^9/\text{mm}^3$ et que le syndrome hémorragique est toujours actif.

- l'activité fibrinolytique circulante est traitée en présence d'hémorragie grave avec défibrinogénéation intense prouvée biologiquement (↓ du temps de lyse des euglobulines, ↑ des PDF et des D-dimères et ↓ du fibrinogène). Dans ce cas, on utilise un inhibiteur de la plasmine. L'acide tranexamique, employé à la posologie de 4 g puis 1 g/h pendant six heures, administré à la posologie
- le facteur VII activé recombinant est prescrit à la posologie de 60 µg/kg. Sa contribution à la survie maternelle a été décrite ;
- l'antithrombine et l'héparinothérapie n'ont pas d'indication dans un processus hémorragique (35).

Des troubles de coagulation ont été enregistrés chez 6 patientes, mais l'exploration et le traitement n'ont pas été mentionnés.

Les gestes obstétricaux initiaux

Simultanément aux mesures de réanimation maternelle, la recherche d'une cause locale de l'hémorragie doit être faite, car elle n'est souvent reconnue qu'après plusieurs vérifications de l'utérus et des voies génitales (33). Les premiers gestes à effectuer sont : une délivrance artificielle, une révision utérine, un massage utérin et un examen de la filière génitale et du col avec suture d'éventuelle lésion vulvo-vaginale.

▪ **la délivrance artificielle** (36) permet d'obtenir ou de vérifier la vacuité complète de l'utérus, condition préalable à la rétraction du myomètre. La révision utérine permet également de contrôler l'intégrité anatomique de l'utérus. Si les conditions le permettent, la délivrance artificielle est

naturellement réalisée sous anesthésie générale ou péridurale. En revanche, si l'urgence l'impose, elle doit être réalisée sans anesthésie. Dans les conditions habituelles, le plan de clivage utéroplacentaire est net. Lorsque le placenta est bas inséré, la délivrance artificielle ne suffit pas toujours à obtenir l'hémostase, mais elle reste facile à réaliser. Si les doigts intra-utérins ne parviennent pas à identifier de plan de clivage et que les tentatives de décollement du placenta se soldent par une aggravation cataclysmique de l'hémorragie, alors il s'agit vraisemblablement d'un placenta accreta qui impose, soit une laparotomie immédiate, soit une réanimation médicale associée à une embolisation des artères utérines en fonction des possibilités techniques.

Dans notre étude 2,74% des patientes seulement ont bénéficié d'une délivrance artificielle, comparé à d'autres résultats : CHU Rabat Souissi (15), CHU Fès (17) , CHU Casablanca (37) et des 2 CHU de Bamako : CHU Gabriel Touré et le CHU du Point G., qui sont respectivement : 19,7%, 23%, 29%, 29,9%, le taux de délivrance artificielle est considérablement inférieur. On discute ainsi le manque accru en personnel médical et paramédical, la non-conformité des protocoles au sein du service avec ceux décrit par le Ministère, et le flux important la Maternité El Idrissi reçoit.

▪ **La révision utérine** s'impose devant toute hémorragie persistante après expulsion du placenta ; Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine soit intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins. Elle s'effectue dans des conditions d'asepsie. Dans notre série de cas, la révision utérine a été effectuée seulement chez 25,34% des patientes, ce qui contraste avec les résultats des études faites. Rabat : 86%, Fès : 85%, Mali : 50%.

▪ **L'examen sous valve : (38)**

Pour une prise en charge adéquate l'examen sous valve constitue un temps essentiel devant une hémorragie qui résiste aux moyens habituels et quand la révision n'a pas montré d'effraction du segment inférieur. L'examen sous valve nécessite une bonne vision et exposition de tout le tractus génital, du cul de sac vaginal et du col utérin, ainsi que la présence de deux aides associés à l'opérateur, en respectant les conditions suivantes : aseptie soigneuse, vessie vide, éclairage (51). L'examen sous valve du vagin et du col permet de repérer les brèches vaginales ignorées (en particulier les brèches du dôme vaginal et déchirures du col), et les délabrements vaginaux. La mise en évidence de ces lésions sera suivie de réparation immédiate par des points séparés ou en surjet. Il en est bien évident de toujours compléter par un examen soigneux de la vulve et du périnée.

Dans notre étude, 15,07% des patientes ont bénéficié d'un examen sous valve, qui a permis de diagnostiquer 22 cas de lésions cervico-vaginales. Un taux inférieur aux résultats rapportés sur CHU Rabat : 58% et CHU Fès : 44%.

▪ **L'examen du périnée**

L'examen du périnée a révélé dans notre série : 4 cas d'hématome périnéal et 12 cas de déchirures périnéales. Par ailleurs, la prise en charge de ces déchirures n'a pas été mentionnée sur les dossiers.

▪ **Le massage utérin externe :**

Le massage utérin a pour objectif de stimuler l'utérus pour qu'il se contracte.

Il doit obligatoirement être réalisé après une délivrance complète. En effet, avant la délivrance, toute stimulation du fond utérin expose à des risques de complications iatrogènes de la délivrance (11). Une main empaume le fond utérin et permet d'apprécier sa position et sa consistance. Dans les conditions normales, le placenta étant délivré, le fond utérin descend sous l'ombilic et sa consistance est dure (« globe de sécurité »). En cas d'inertie utérine, le massage utérin procède par mouvements circulaires fermes exercés sur le fond et le corps de l'utérus. Il suffit le plus souvent à obtenir un certain degré de rétraction musculaire et doit être poursuivi aussi longtemps que nécessaire en respectant une petite pause toutes les 5 à 10 minutes pour apprécier le comportement spontané de l'utérus. Aucune étude n'a, à ce jour, permis d'émettre une recommandation précise sur la fréquence de sa réalisation. Le massage utérin est donc particulièrement recommandé en cas d'atonie utérine et représente le complément indispensable des traitements médicamenteux de l'hémorragie du post-partum d'origine utérine (34).

On a eu recours dans notre étude au massage de l'utérus seulement chez 2 patientes, Un taux de 1,37% est si inférieur aux résultats rapportés à Rabat 31%, et à Fès : 48%.

▪**Sac de sable:** Cette technique n'est pas utilisée chez aucune de nos patientes.

▪**Le tamponnement intra-utérin**

La technique du tamponnement intra-utérin a été décrite pour la première fois au XIXe siècle. Dans les années 50, cette technique a été abandonnée craignant qu'elle ne masque des traumatismes et des saignements continus et

qu'elle provoque des infections. En 1983, Goldrath a utilisé un cathéter de Foley pour faire cesser les saignements utérins, Bakri a utilisé un Tamponnement par ballonnet pour traiter l'hémorragie de la délivrance En 1992, Ainsi en 2001 la Première étude publiée sur le ballonnet de Bakri. Son mécanisme d'action repose sur :une augmentation de la pression intra-utérine qui est supérieure à la pression des vaisseaux sanguins capillaires, Compression du site de saignement par le préservatif gonflé ainsi les Contractions provoquées par la présence du préservatif à l'intérieur de l'utérus (en raison de la libération de prostaglandines) (39). Il est indiqué en cas :

- D'une hémorragie du post-partum provoquée par une atonie, lorsque le massage utérin et la compression bi-manuelle ont échoué à faire cesser les saignements
- D'un contrôle temporaire de l'hémorragie de la délivrance est nécessaire avant d'orienter la patiente vers un niveau de soins supérieurs.

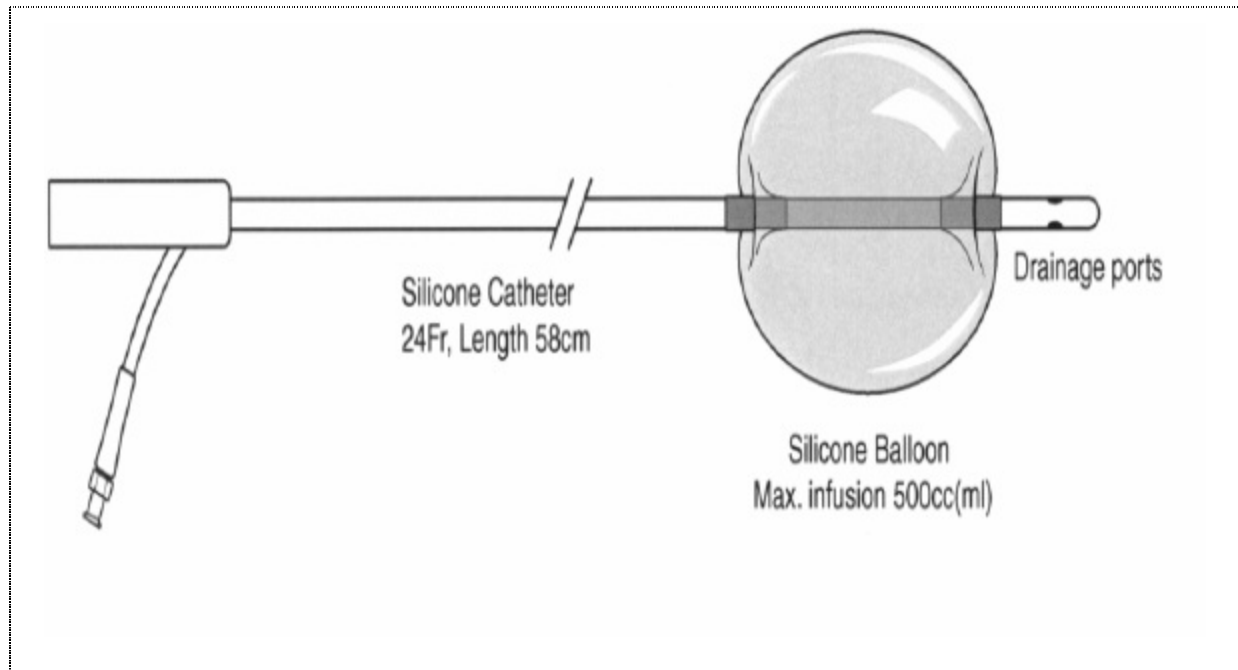


Figure 45. Ballonnet de Bakri

▪ **Kit de tamponnement à ballonnet** : L'instauration du ballon et se fait selon la démarche suivante :

○ *Préparation de la patiente* ;

Elle consiste essentiellement à l'administration d'antibiotique, assurer la vidange vésicale, et s'assurer que l'atonie utérine est étiologie responsable du saignement.

○ Pose transvaginale ;

○ Gonflage ;

○ Dégonflage.

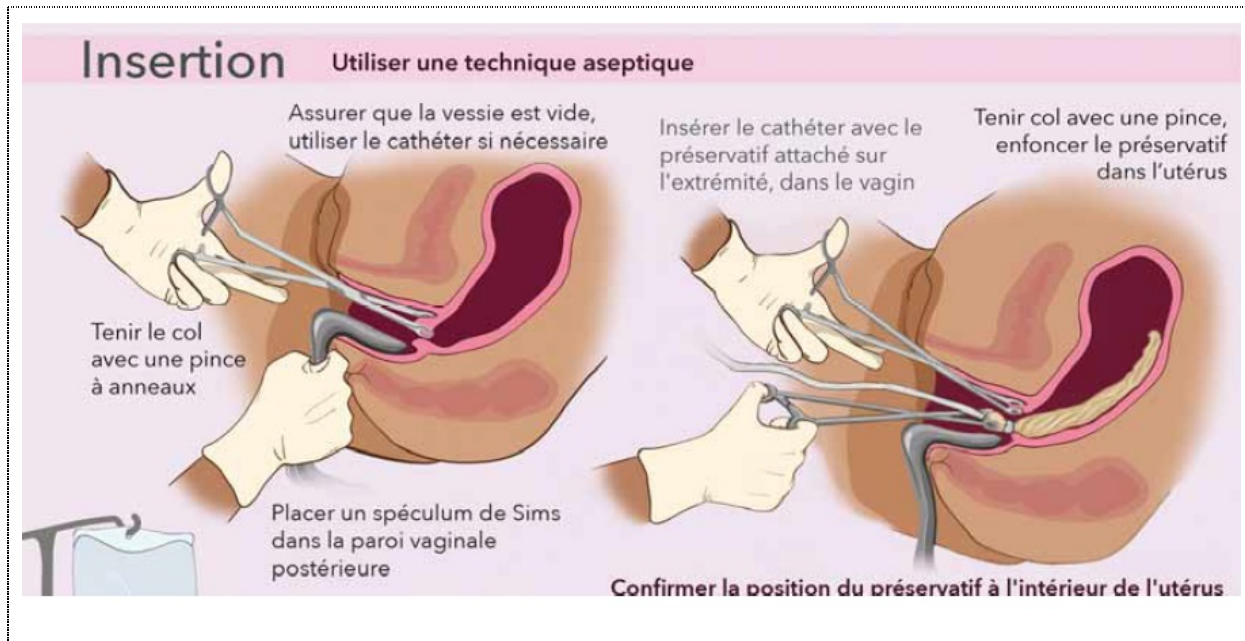


Figure 46. Pose du ballonnet

Comme la Maternité El Idrissi ne dispose pas d'un kit de tamponnement intra-utérin, aucune patiente n'en a bénéficié.

▪ **La traction sur le col et la compression utérine manuelle**

Au niveau des lèvres antérieure et postérieure du col utérin deux pinces sont placées pour pouvoir tordre le col utérin par rapport au corps utérin dans le but de réduire le flux sanguin au niveau des artères utérines. Une compression bi-manuelle de l'utérus, qui peut être réalisée dans un 1er temps après la révision utérine ou la délivrance artificielle en attendant l'effet des diverses thérapeutiques. Elle consiste à introduire un poing dans le vagin de façon à comprimer la paroi antérieure de l'utérus alors que l'autre main va à travers la paroi abdominale empoigner le fond utérin. En même temps, on massera l'utérus de façon plus ou moins continue (40). Dans notre étude ces 2 méthodes n'ont pas fait sujet d'évaluation.

▪ **La réduction d'une inversion utérine** : est le traitement de choix d'une atonie utérine, tout retard du traitement risque une contraction en anneau du col qui peut empêcher la réintégration du corps utérin. Après réduction, l'utérus demeure très souvent atone, imposant un traitement par les ocytociques afin d'éviter la récurrence. Dans notre série cette technique n'a pas été réalisée, expliquant la survenue de l'inertie utérine chez 5 patientes.

Le traitement médical

L'ocytocine est préconisée de première intention en cas de survenue d'une hémorragie de la délivrance : 5 à 10 UI en IV lente suivie d'une perfusion d'entretien : 5 à 10 UI par heure pendant deux heures. Ne pas dépasser les 40UI (41). L'utilisation d'ocytocine dans notre série est mentionnée chez toutes les patientes soit 100% des cas. Notre taux concorde avec ceux de Rabat : 83% ; Fès : 86,93% ; Mali : 57 %. Chez 77,78 % des cas les doses d'ocytocine administrées sont comprises entre [20- 25UI]. Comparé aux doses mentionnées sur les différentes études, notre résultat rejoint celui mentionné sur l'étude de Fès.

	Dose administrée(UI)	%
Rabat	10-20	61%
Fès	15-25	71%

Tableau 32. Comparatif des doses administrées

Dans notre série de cas la prise en charge initiale des patientes est marquée par plusieurs défaillances. Notons :

- *La non disponibilité des obstétriciens et des sages-femmes à la disposition des parturientes : une équipe de garde constituée d'un seul médecin obstétricien et de 4 sage-femmes, doit assurer un flux quotidien estimé en moyenne à : 46 accouchements/jour ;*

- *Le manque de formations continues du personnel médical et paramédical ;*

- *Le besoin accru de dotation médicale ainsi qu'instrumentale, satisfaisant pour un centre hospitalier estimé recevoir toute la population de la région Gharb Chrarda Beni Hssen.*

11.2. Hémorragie de délivrance résistante aux premières mesures

Echec de la prise en charge initiale est jugé après 20-30min de l'administration de SYNTOCINON® (42). Ainsi le traitement médical sera à base des prostaglandines :

La concentration en prostaglandines endogènes présente un pic au moment de la délivrance, en rapport avec le développement de la rétraction utérine. Par ailleurs, sur le plan physiologique que les prostaglandines ont une action très puissante sur le myomètre utérin puerpéral (43). Sur le plan clinique, leur action est puissante .

Trois molécules ont été proposées pour le traitement de l'atonie utérine :

• **la PG F2 α (Prostine®)** : utilisée essentiellement par voie intramusculaire, selon une étude réalisée par Takagi *et al*, comparant l'effet d'injections intramyométriales de PG F2 α à son administration par voie systémique dans le traitement des hémorragies de la délivrance (44). La voie intramyométriale apparaissait plus efficace que la voie IV en termes de rapidité d'obtention d'une contraction utérine continue, de quantité de pertes de sang après 2 heures ;

• **la prostaglandine E2 (PGE2) (sulprostone ou Nalador®)** : utilisée par voie intraveineuse, Les premières séries publiées ont montré une très bonne efficacité avec très peu d'effets secondaires (45; 44). Goffinet et al. Rapportent une série de 91 patientes présentant une hémorragie sévère du post-partum par atonie utérine et résistante aux ocytociques classiques, traitées par sulprostone intraveineuse à la seringue électrique (43). Une ou deux ampoules étaient suffisantes dans 71 % des cas. L'efficacité globale était de 89 %. Le taux d'effets secondaires était faible (5,5 %), représentés par une diarrhée, des nausées ou une douleur utérine. Aucune complication grave imputable à la sulprostone n'a été constatée. Surtout, les auteurs ont montré que, lorsque le délai de prescription du Nalador® est supérieur à 30 minutes, le risque d'observer un échec du traitement était multiplié par 8,3. Ce traitement doit donc être mis en route rapidement dans les 30 minutes suivant le diagnostic pour être le plus efficace possible et entraîner le moins d'effets secondaires graves.

• **PGE1 (misoprostol ou Cytotec®)**, analogue synthétique de la prostaglandine E1 proposée que par voie vaginale ou rectale. il possède une activité utérotonique et permet également la maturation du col, Son emploi dans la troisième partie du travail est également possible en prévention et dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance (46; 47). Le misoprostol par voie rectale semble efficace dans les hémorragies graves de la délivrance, après échec du syntocinon. O'Brein a rapporté en 1998, une première étude sur l'efficacité du misoprostol intrarectal dans les hémorragies par atonie utérine. 4 patientes (comprenant 3 césariennes) ont reçu 5 comprimés de misoprostol (1000 mg) par voie rectale après échec de 60 UI de syntocinon IV associé à 0,5 a 1 mg d'ergométrine par voie IM ou IV. Toutes ont répondu favorablement, en l'espace de 3 minutes et n'ont pas eu besoin de la sulprostone ou d'un traitement invasif. Abdel-Aleem (48) retrouve également des résultats favorables dans 88.2 % (16/18) des cas avec une réponse rapide entre 30 secondes et 3 minutes (moyenne 1,4 min) après l'administration de 1000 mg de misoprostol. Dans notre série le cytotec est utilisé chez seulement 4 patientes soit un taux de 2,74% en association d'ocytocine. Le taux de réussite de cette association est inconnu vu l'absence de données de suivi sur les dossiers.

• **Antibioprophylaxie.** Malgré le contexte particulier de l'hémorragie, l'antibioprophylaxie ne doit pas être oubliée , notamment les nombreux gestes endo-utérins qui auront été pratiqués lors de la prise en charge de l'hémorragie de délivrance . Ainsi l'infection pouvant générer ou compliquer tous les troubles de l'hémostase, l'antibiothérapie couvrira les bacilles à Gram négatif, les cocci et les anaérobies. L'antibiotique instauré est selon les recommandations du DHSA est 1g d'amoxicille+Ac.Clavulanique administrée par voie veineuse

directe (49). Dans notre série de cas l'antibioprophylaxie est administrée chez seulement 27 patientes soit une fréquence de 18%, un taux notablement supérieure à celui de la révision utérine qui est de 25,34%..

11.3. Hémorragie grave du post-partum résistante au Sulprostone

La nécessité d'une prise en charge invasive doit être envisagée lorsque le saignement persiste 30-60min après la perfusion de NALADOR® [2] . Elle sera chirurgicale ou par embolisation artérielle en fonction de l'équipement des centres et de l'expérience des opérateurs. Une aggravation des troubles de l'hémostase, une instabilité hémodynamique persistante, un mauvais rendement transfusionnel, toutes ces situations argumentent le traitement chirurgical. Comme toutes les phases précédentes les anesthésistes réanimateurs sont des acteurs de cette étape. Ils complètent le bilan paraclinique et le monitoring hémodynamique de la patiente par la mise en place de cathéter veineux central et artériel.

•Le traitement chirurgical

L'hystérectomie et la ligature des artères hypogastriques constituaient les méthodes de référence, par ailleurs de nouvelles techniques ont été introduites. Le choix de la technique dépend de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien. Dans notre série de cas on a eu recours au traitement chirurgical chez 6,84% des patientes, les différentes techniques sont :

- Ligature des artères utérines chez 7 patientes ;
- Un capitonnage chez 1 patiente ;

- Une hystérectomie chez 2 patientes ;
- On en déduit que chez ces patientes la prise en charge médicale n'était pas efficace.

• **Traitement chirurgical conservateur**

- *Les techniques de compressions et de cloisonnements utérins*

Le principe de ces techniques est d'assurer une hémostase utérine en comprimant le myomètre par des sutures transfixiantes. La procédure est habituellement précédée par une compression manuelle de l'utérus permettant de tester l'efficacité de la compression myométriale sur l'arrêt des saignements. De nombreuses variantes techniques sont décrites dans la littérature : les deux plus courantes sont le B-Lynch et le Cho.

• **La technique de B-Lynch**

La première technique de compression myométriale a été décrite par B-Lynch en 1997 sur une série de 5 patientes présentant une hémorragie grave du post-partum (50). Dans cette technique, une incision de Pfannenstiel où la reprise de l'incision de la césarienne est suffisante. Une hystérotomie segmentaire est d'abord effectuée après décollement vésicoutérin. En cas de césarienne la suture utérine est ré ouverte. Une révision utérine est réalisée et l'utérus est extériorisé. Cette technique consiste à passer un fil en bretelle autour du fond utérin comme l'illustre la figure Les points d'entrée et de sortie sont ainsi noués en avant sur le segment inférieur. Hayman *et al.* (51) a simplifié la technique initiale en pratiquant deux bretelles médio latérales verticales indépendantes, ne nécessitant pas d'hystérotomie. Cette technique présente un taux de succès rapporté dans la littérature proche de 95 % (52; 50; 53) . Les

auteurs retiennent l'atonie utérine comme indication principale, les causes d'échec rapportées étant la présence d'un placenta percreta, la survenue d'une CIVD ou une erreur technique.

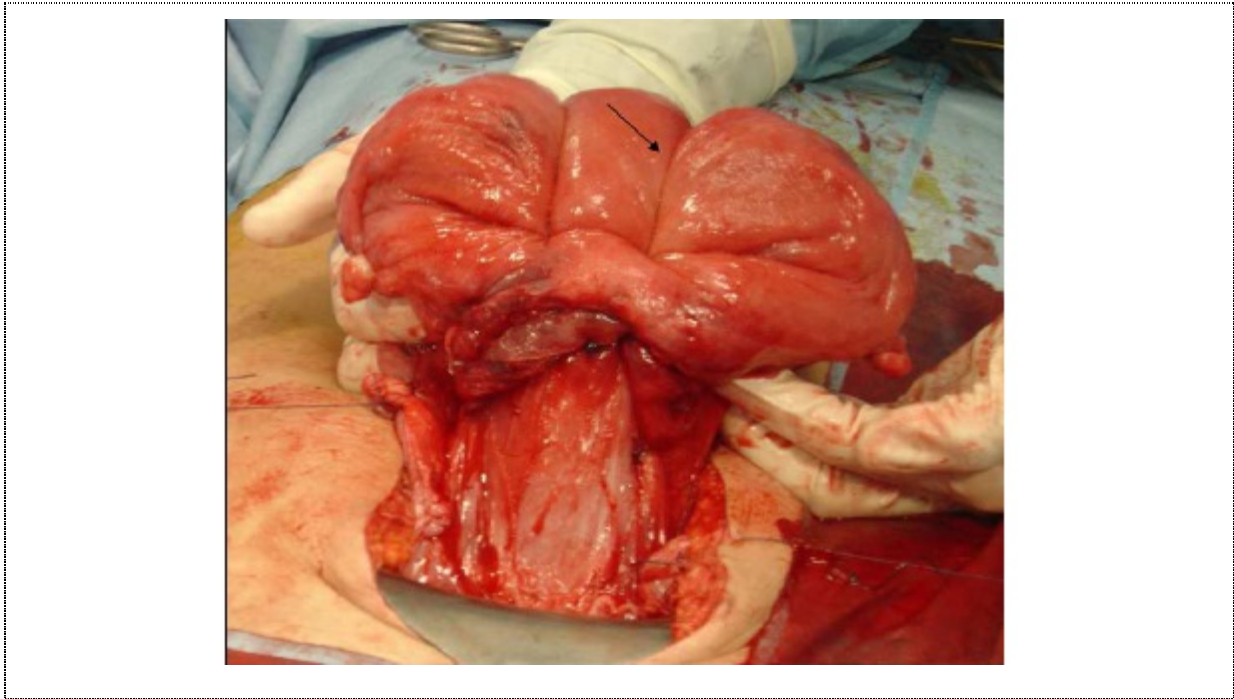


Figure 47. Technique de B-lynch

•La technique de Cho

La technique décrite par Cho (54) consiste à effectuer à l'aiguille droite un capitonnage en carré du myomètre, réalisant une compression par cloisonnement des deux faces utérines. Plusieurs sutures multipoints en cadre sont effectuées, adossant ainsi la face antérieure de l'utérus contre sa face postérieure en prenant soin d'éviter la portion interstitielle des trompes. Les deux indications principales sont l'atonie utérine et les anomalies d'insertion placentaire. CHO rapportait un taux de succès de 100 % pour les 23 patientes traitées par cette technique, et 4 cas de grossesses ultérieures parmi celles ci. Les complications

publiées dans la littérature étaient rares : un cas de pyométrie évoluant en syndrome d'Ashermann a été décrit (55). Dans notre série de cas aucune de ces techniques n'ont été utilisées .

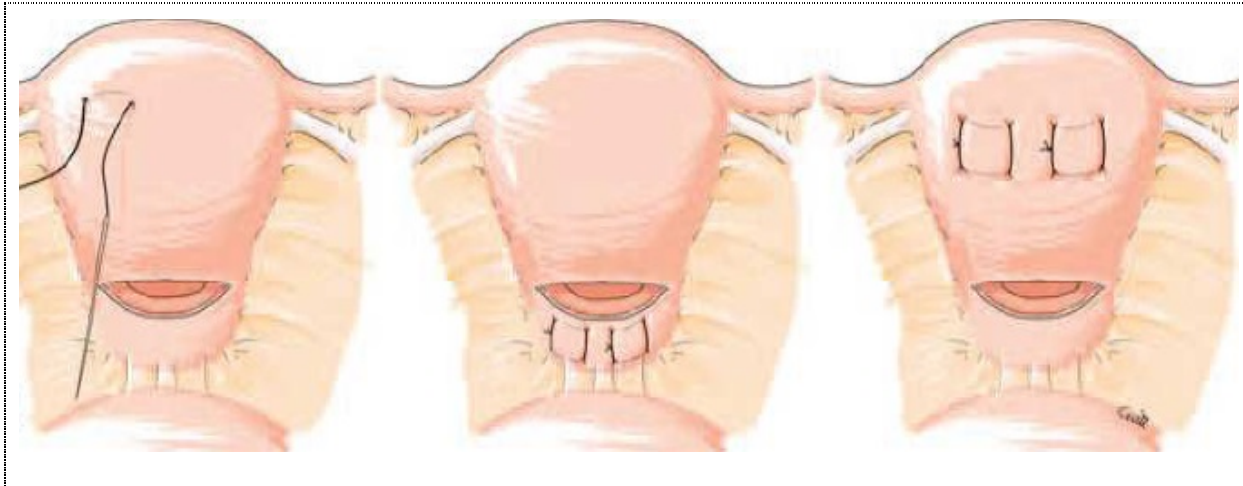


Figure 48. Technique de Cho

- **Techniques de ligatures vasculaires**

- *Ligature des artères hypogastriques*

La chirurgie d'hémostase reste donc l'ultime recours et doit être maîtrisée par tous les obstétriciens. La techniques de dévascularisation utérine par ligature des AH fait référence et a pour but une diminution transitoire des pressions de perfusion pour permettre l'hémostase par les mécanismes physiologiques de la coagulation. Il s'agit d'une technique réversible permettant de préserver la fertilité. La ligature des AH dans le contrôle des HDD a été décrite par Reich en 1961 (56). Elle consiste à lier le tronc antérieur de l'artère hypogastrique à environ 2 cm de la bifurcation iliaque afin de respecter les branches postérieures à destination fessière. Elle permet un contrôle le de l'hémorragie dans 40 à 100 % des cas mais reste associée à une mauvaise réputation chirurgicale du fait de

ses difficultés de réalisation et de la morbidité associée (53). Néanmoins les complications s'avèrent faibles sous couvert du respect d'une procédure chirurgicale rigoureuse.

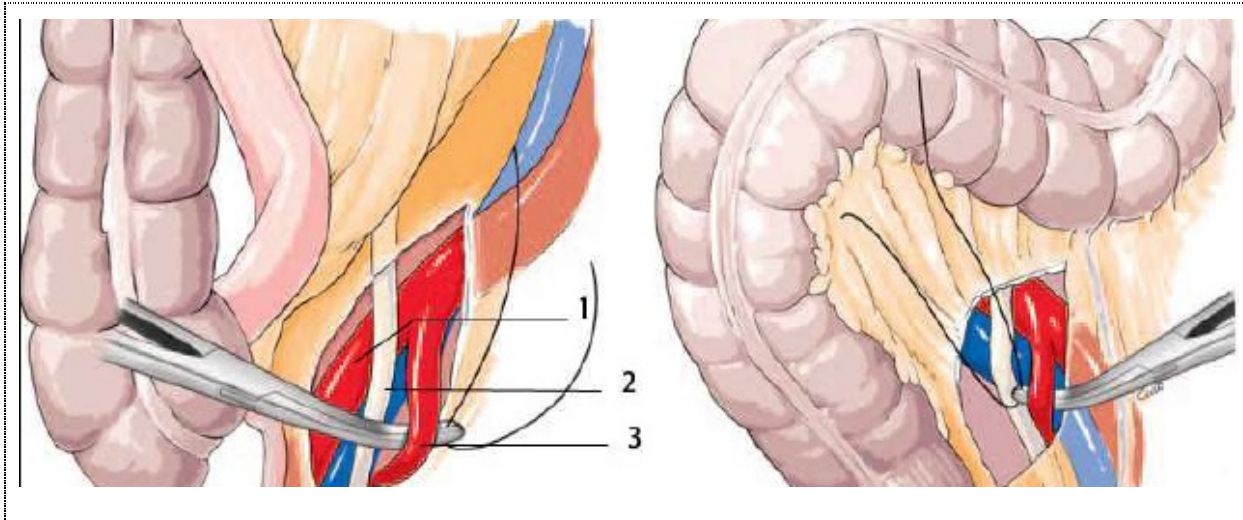


Figure 49. Ligature de l'artère hypogastrique

• Procédure chirurgicale

La patiente est installée si possible en position double équipe afin de faciliter le contrôle des pertes sanguines après mise en place d'une poche de recueil. Si l'accouchement est déroulé par voie basse, la voie d'abord est le plus souvent une incision transversale de Pfannenstiel ou parfois de Mouchel. L'exposition sera facilitée par l'extériorisation de l'utérus tracté par l'aide vers l'avant et à l'opposé du côté concerné. Puis, la paroi est écartée par des valves ou un écarteur autostatique (57)

• Exposition

l'utérus est extériorisé et tracté vers le pubis, des valves écartent la paroi (57). L'intervention consiste en un abord transpéritonéal longitudinal de la bifurcation iliaque sur 5 à 6 cm. Pour guider la zone d'incision péritonéale, le

repérage se fait par palpation au doigt de l'artère iliaque commune qui se divise en regard du promontoire en artère iliaque externe et interne. Du côté gauche pour mieux exposer l'axe vasculaire, un décollement latérocolique est souvent nécessaire afin de mobiliser la boucle sigmoïdienne. S'enchaînent les étapes suivantes :

- identification impérative et contrôle de l'uretère sur lac qui sera refoulé
- en dedans afin de faciliter l'exposition de la zone opératoire et prévenir
- les risques de lésion urétérale ;
- *ouverture de la chemise vasculaire des vaisseaux iliaques avec repérage*
- *en dehors de l'artère iliaque externe puis en profondeur de la veine iliaque externe et enfin de l'AH. Dissection de celle-ci sur 3 à 4 cm après ouverture de l'adventice pour éviter les plaies veineuses. Lors de ce temps, il ne faut pas hésiter à saisir l'artère à l'aide d'une pince vasculaire ce qui facilite sa mobilisation et le refoulement des structures adjacentes ;*
- passage en profondeur au contact de l'artère sous contrôle de la vue d'un carré dissecteur introduit perpendiculairement au vaisseau afin de ne pas léser la veine sous-jacente puis ligature grâce à un tressé résorbable type Vicryl 1.

Enfin, il est nécessaire de toujours faire contrôler le pouls pédieux afin de s'assurer de l'absence de ligature de l'artère iliaque externe (57).

Inconvénients

Il existe des risques de plaie veineuse iliaque ou de l'artère iliaque externe, ligature urétérale, claudication fessière et lésion nerveuse périphérique (0 à 13 % selon les séries). Par ailleurs, les ponts sont coupés pour une éventuelle embolisation. Le passage du dissecteur après dissection de l'artère hypogastrique (AH), l'uretère (U) est refoulé en dedans, la valve malléable protège la veine (VIE) et l'artère iliaque externe (AIE)

Conseils

Ce que l'on peut conseiller (58):

- Tracter l'utérus en haut et en avant, ce qui facilite la mise en tension des
- plans ;
- Sécuriser l'uretère qui devra toujours être isolé sur lac ou refouler le
- lambeau péritonéal interne le contenant, ce qui permet de le protéger et
- d'exposer la zone vasculaire ;
- Disséquer le vaisseau dans sa chemise et passer le dissecteur entre la
- paroi artérielle et sa gaine, ce qui le protège de toute blessure veineuse ;
- Il ne semble pas nécessaire de repérer de façon systématique le tronc
- postérieur de l'artère hypogastrique, ce qui majore le risque opératoire.
- Celle-ci peut être réalisée à 2 cm de la bifurcation sans conséquence
- Ne pas hésiter à solliciter la présence d'un autre collègue senior lors des premières procédures ;

- La ligature sera toujours bilatérale.

A éviter : Passer le dissecteur en force sans contrôle de la mobilisation de l'artère du plan veineux sous-jacent ou pratiquer un aiguillage direct de l'artère sont deux gestes à proscrire car ils majorent le risque de plaie vasculaire.

Indications

Elles sont au nombre de quatre :

- Lésions délabrantes obstétricales ;
- Plaies cervicovaginales ;
- Thromboses vaginales et pelviennes ;
- Complément de certaines hystérectomies d'hémostase.

Dans notre série, on a enregistré aucun cas traité par une ligature des artères hypogastriques.

•Ligature des artères utérines

La technique de la ligature des artères utérines fut décrite pour la première fois en 1952 par Waters (59), sur 8 cas, avec succès.

•Physiopathologie de la ligature des artères utérines

La vascularisation utérine dépend dans 90% de l'artère utérine et 10% des artères utéro-ovarienne et cervico-vaginale (59). Après ligature, le débit artériel distal dans l'artère utérine diminue de 90%, provoquant ainsi une anoxie utérine puis une contraction du myomètre et enfin une oblitération vasculaire (59; 60; 61)

•la technique de la ligature des artères utérine

○ Voie haute

La ligature de l'artère utérine est faite au niveau de sa branche ascendante, légèrement au dessus de la crosse. La vessie est refoulée en bas et en avant par une valve de façon à faire apparaître le segment inférieur. L'aide prend l'utérus à deux mains de façon à l'extérioriser et bien présenter le segment inférieur. L'artère est liée en masse avec les grosses veines utérines avec une aiguille sertie de grand diamètre (36 mm) et en mordant largement sur le myomètre (2 à 3cm) de façon à appuyer la ligature sur le muscle utérin et à éviter la blessure des volumineuses veines utérines.

○ Voie basse

Consiste en l'incision vaginale antérieure horizontale de 2 cm, 1cm avant le cul de sac vésico-utérin, avec refoulement de la vessie à l'aide du doigt et d'une compresse puis d'une valve et la mise en place d'une pince en cœur sur la lèvre antérieure du col, avec traction cervicale vers le bas et vers le coté opposé à la ligature. Puis repérage de l'artère utérine par le biais du battement artérielle et mise en place d'un doigt endo-cervical pour réaliser la suture en évitant le passage du fil dans le canal endo-cervical, et puis suture en masse de l'artère et de la veine utérine avec un fil résorbable de vicryl 2/0, et répéter la même opération sur le coté controlatéral avec fermeture du décollement vesico-utérin. Dans la littérature, la série la plus importante comprend 265 cas en cours de césarienne pour atonie utérine le plus souvent, sur une période de 30 ans (62) . Les auteurs retrouvent 96 % de succès dans cette indication. Ce bon taux de réussite confirme l'étude de Fahmy (63) sur 25 patientes avec un taux de succès

de 80%. La ligature des artères utérines a aussi été décrite par voie vaginale (64) avec 92 % de succès chez 13 patientes. Mais, une étude récente (65) révèle que sur dix tentatives de ligatures des artères utérines chez des patientes hémodynamiquement instables, huit avaient nécessité une hystérectomie d'hémostase supplémentaire. Les autres méthodes conservatrices (B-Lynch et embolisation) n'avaient pas été tentées du fait de l'état hémodynamiquement instable des patientes. Les auteurs concluaient à la place importante de l'hystérectomie d'hémostase. Cette technique est simple, rapide, facilement reproductible avec un taux d'efficacité de plus de 4 fois sur 5, et toujours réalisable avant une chirurgie radicale. Les anomalies d'insertion placentaire semblent être la principale source d'échec de la technique, la faisant indiquer principalement dans les hémorragies de la délivrance par atonie utérine. Dans notre série des cas cette technique a été utilisée chez 7 patientes.

•La triple ligature de Tsirulnikov

Elle fut décrite pour la première fois en 1979 par son auteur ; Les premières ligatures ont été réalisées avec succès chez Guénon, puis Tsirulnikov réalisa une étude prospective, à la maternité Port-Royal à Paris, entre 1959 et 1979, sur 24 cas où il obtint 100% de réussite. Sa technique consiste à ligaturer, avec un fil résorbable (Catgut no2), les trois paires de vaisseaux qui vascularisent l'utérus : les artères utérines, les artères utéroovariennes et les artères des ligaments ronds, réduisant ainsi le réseau vasculaire collatéral. Tsirulnikov avait remarqué que la ligature des artères utérines ou des artères hypogastriques ne suffisait pas toujours à arrêter l'hémorragie et conduisait malheureusement à l'hystérectomie, c'est pourquoi il a décrit cette technique de ligature des vaisseaux afférents de l'utérus qui est une variante de la ligature bilatérale des artères utérines. Elle y

associe de principe la ligature des ligaments ronds et des ligaments utéro-ovariens. L'atonie utérine était la principale indication. Ses limites sont celles de la ligature des artères utérines (66).

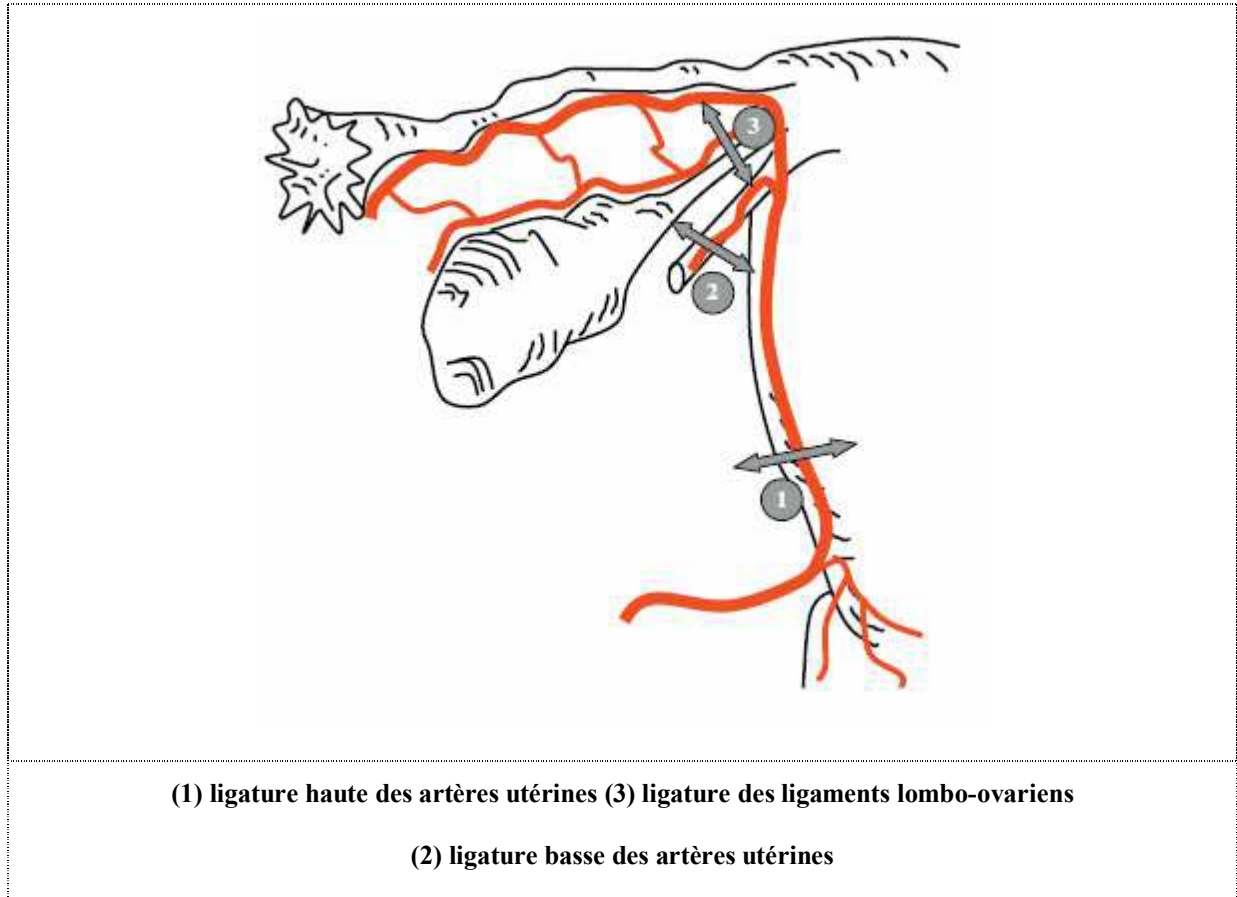


Figure 50. La triple ligature de Tsurulnikov

La ligature étagée « *stepwise* »

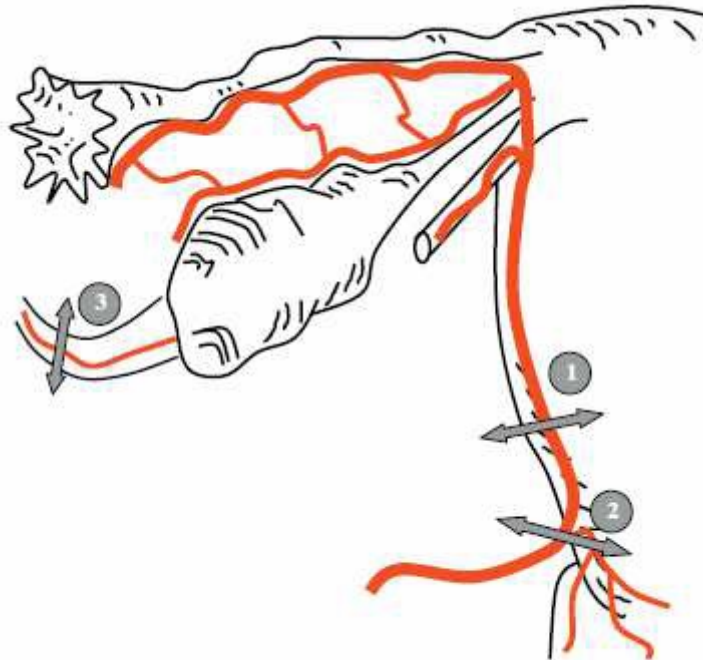
Elle fut décrite pour la première fois en 1994 par Salah et coll (67). C'est une dévascularisation progressive des pédicules vasculaires afférents de l'utérus. Autrefois la procédure comprend cinq étapes facultatives (68). Chaque étape

n'est réalisée que si l'étape précédente n'assure pas dans un délai de 10 minutes l'arrêt de l'hémorragie :

- *Etape 1* : ligature unilatérale de la branche ascendante d'une seule artère
- utérine;
- *Etape 2* : ligature de l'artère utérine controlatérale ;
- *Etape 3* : ligature basse des deux artères utérines et de leurs branches cervico-vaginales, 3 à 5 cm sous les ligatures précédentes après décollement
- vésico-utérin obligatoire ;
- *Etape 4* : ligature unilatérale d'un pédicule lombo-ovarien ;
- *Etape 5* : ligature du pédicule lombo-ovarien controlatéral (69).

- La nouvelle procédure comprend trois étapes successives.

- *Etape 1* : ligature des artères utérines.
- *Etape 2* : ligature basse des 2 artères utérines et de leurs branches cervicovaginales, 3 à 5 cm sous les ligatures précédentes après décollement vésico-utérin et section des ligaments ronds obligatoire.
- *Etape 3* : ligature des pédicules lombo-ovariens ;



(1) ligature haute des artères utérines (3) ligature des ligaments lombo-ovariens

(2) ligature basse des artères utérines

Figure 51. triple ligature « step wise »

Abdrabbo et al. ont pratiqué avec 100 % de succès 103 ligatures .L'atonie utérine était la principale indication. L'étape 2 a été nécessaire pour les anomalies d'insertion placentaire. L'étape 3 a été nécessaire en cas de coagulopathie. Aucune lésion urétérale n'a été rapportée ; Dans notre série, Cette technique n'est pas utilisée par les opérateurs.

Traitement chirurgical Radical

Le risque principal est de retarder sa réalisation en cas de choc hémorragique résistant aux différentes procédures conservatrices, chirurgicales ou par radiologie interventionnelle. On réalisera classiquement une hystérectomie interannexielle subtotale, laissant le col en place. Les anomalies de placentation telles que le placenta prævia ou le placenta accreta peuvent engendrer un saignement d'origine isthmique ou cervical nécessitant alors de compléter l'hystérectomie par l'ablation du col. On peut retenir comme indications de l'hystérectomie d'hémostase un syndrome hémorragique cataclysmique empêchant d'envisager le transfert de la patiente vers un centre expert ou un syndrome hémorragique persistant malgré les tentatives de prise en charge conservatrice (embolisation artérielle, capitonnage utérin ou ligatures vasculaires), mais également un délabrement utérin majeur (rupture utérine par exemple), ou un placenta accreta étendu. Cette intervention n'est pas dépourvue de morbidité avec une perte sanguine plus importante que les autres techniques, un recours massif à la transfusion sanguine et une hospitalisation prolongée en réanimation.

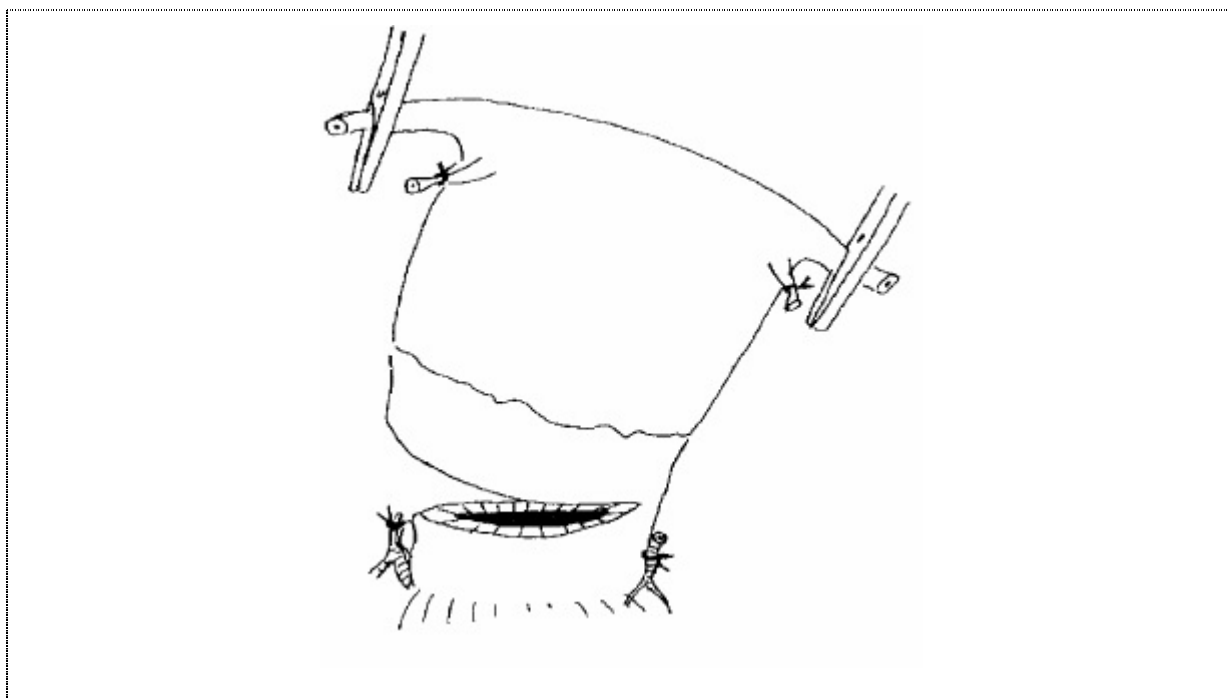


Figure 52. Hystérectomie d'hémostase

Les complications urinaires (plaie vésicale ou urétérale) ne sont pas anodines et leur survenue est estimée entre 3 et 9 % (70).

Le taux de ré intervention pour hémorragie résiduelle est estimé entre 1 et 2%. Enfin le taux de mortalité varie entre 1 et 4 % selon les études (71; 72)

11.4. Technique d'Embolisation

Rappelons encore le caractère multidisciplinaire de la prise en charge : lors de la procédure, le radiologue est orienté par l'obstétricien sur la cause et éventuellement le territoire du saignement. La présence de l'anesthésiste est indispensable car , si l'embolisation peut se dérouler sous anesthésie locale, bien souvent les troubles hémodynamiques nécessitent une anesthésie générale. L'embolisation sélective des deux artères utérines ou à défaut des troncs antérieurs des artères iliaques internes sans utilisation de microcathéter est

recommandée. L'embolisation artérielle doit être préférentiellement pratiquée à l'aide de fragments résorbables de gélatine plutôt qu'à l'aide de « bouillie » ou de poudre . L'arrêt de l'hémorragie après une séance d'embolisation artérielle est obtenu dans 73 à 100 % des cas. L'arrêt de l'hémorragie après une deuxième embolisation est obtenu dans 85 à 100 % des cas. L'embolisation artérielle est indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistant aux utérotoniques en particulier après un accouchement par voie basse, en cas d'hémorragie cervico-utérine, de thrombus vaginal ou de déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical. Le taux de complications graves imputables à l'embolisation est d'environ 5 %. L'existence d'une coagulopathie n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une embolisation. L'embolisation reste possible après échec des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou après une hystérectomie même si elle est de réalisation technique plus difficile. Après embolisation, le potentiel de fertilité est conservé. Le taux de récurrence de l'hémorragie de la délivrance ne paraît pas significativement différent après ligatures artérielles ou après embolisation artérielle. Dans notre série, l'embolisation n'a pas été réalisée, vu l'absence du radiologue ainsi d'un plateau technique adapté.



Recommandations

L'hémorragie de délivrance dépend étroitement de la qualité de prise en charge au cours du travail et en délivrance. La contribution intrinsèque de chacune des composantes de la prise en charge active de la délivrance a été analysée à la lumière des procédures actuelles du centre hospitalier de l'étude, des recommandations ont été formulées :

- Education des femmes en période d'activité génitale sur l'intérêt des consultations prénatales, et sur le danger des accouchements à domicile ;

- Expliquer aux jeunes femmes l'importance d'avoir le carnet de santé de la femme (sur lequel est mentionné) : les antécédents, les principales pathologies préexistantes, et la traçabilité de surveillance de la grossesse ;

- Sensibiliser les femmes présentant des facteurs de risque, sur l'importance de surveiller leurs grossesses afin d'éviter toute complication maternelle ou fœtale durant leur grossesse bien dit durant l'accouchement ;

- Lors du suivi prénatal, il est conseillé de demander systématiquement une NFS, un bilan d'hémostase, une carte de groupage sanguin et joindre les résultats au carnet de santé maternel présenté au moment de l'accouchement ;

- Le lieu d'accouchement devra être discuté et programmé en fonction des risques d'hémorragie du post-partum mis en évidence au cours du suivi prénatal dès le troisième trimestre ;

- Veiller à remplir les dossiers d'accouchement correctement à l'admission ;

- Mentionner les facteurs de risque sur le dossier d'admission, permettant ainsi une prise en charge adéquate et évitant la survenue de complications ;

- Disposer d'un groupe sanguin ABO rhésus, d'une NFS récente. à l'admission en salle d'accouchement ;
- Prévoir le centre de transfusion devant une anémie sévère avec une Hb < 8g/dl.
- Insister sur l'importance d'une surveillance régulière dès l'admission à la salle d'accouchement en remplissant le partogramme, comme étant un élément primordial dans la prise en charge des femmes à risque ;
- Anticiper les acteurs impliqués devant tout accouchement dystocique chez une femme présentant des facteurs de risque ;
- Administration préventive des utérotoniques de préférence l'ocytocine, au moment du dégagement des épaules (*délivrance dirigée*) ou juste après la naissance à une dose de 5 à 10UI par voie IVL ou IM ;
- Préconiser des modalités de prise en charge qui conviennent avec les recommandations récentes ainsi adaptées aux conditions locales d'exercice ;
- Insister sur l'examen systématique du délivre pour s'assurer de son intégrité, ainsi qu'envisager une révision utérine en cas de rétention de cotylédons ou de membranes ;
- Réparer immédiatement une éventuelle épisiotomie doit être immédiate ;
- Examiner la filière génitale et réparer les éventuelles lésions pouvant être à l'origine du saignement ;

- Une surveillance systématique dans la salle de travail durant les deux premières heures du postpartum à un rythme minimum de 1 examen/15min (TA, pouls, évaluation du saignement, examen du globe utérin). Le détail de cette surveillance devra être consigné sur une fiche horodatée ;

- Travailler à amener les autorités à fournir des sacs de recueil sanguin. Ces dispositifs permettent d'avoir une évaluation exacte du sang extériorisé afin d'éviter le retard du diagnostic d'une hémorragie de délivrance ;

- La composante « *temps* » étant un élément primordial de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, l'alerte des autres membres de l'équipe : *obstétriciens, anesthésistes, devrait être ferme et rapide* ;

- L'implication précoce des anesthésiste-réanimateurs est impérativement obligatoire dès la suspicion de l'hémorragie de la délivrance ;

- L'heure de début de l'hémorragie doit être notée sur le dossier de la patiente pour éviter toute complication qui pourrait engendrer une mortalité ou morbidité maternelle ;

- En attendant la présence du reste de l'équipe, des gestes salvateurs peuvent réduire le saignement : le massage utérin, la compression bi manuelle de l'utérus et la compression de l'aorte abdominale ;

- Maintenir une perfusion d'ocytocine pendant 2h : 20UI par 1 litre de sérum physiologique avec un débit de 40 gouttes/min ;

- Administrer une antibioprophylaxie à large spectre pour toutes les patientes ayant bénéficié des gestes intra-utérins pour éviter les complications infectieuses ;

- Instaurer des mesures initiales : prendre des voies veineuses, remplissage, sonde urinaire et oxygénothérapie ; en attendant l'arrivée du réanimateur ;

- Le recours à la chirurgie devrait être décidé au plus tard dans l'heure qui suit le début de l'hémorragie et en cas de persistance ou d'aggravation de cette dernière ;

- Organiser des sessions de formation continue des sages-femmes étant les premiers intervenants de l'accouchement portant sur les dernières recommandations de la prise en charge des hémorragies du post-partum ;

- Mettre en place des systèmes d'information pour présenter des données sur : le taux de mortalité maternelle, la prévalence régionale de l'hémorragie de la délivrance, le nombre des accouchements gérés au sein de notre cadre d'étude ;

- Mener des enquêtes régulières analysant la pratique et le respect du protocole de prise en charge d'hémorragie de la délivrance établi par le Ministère de la santé ;

- Concevoir et installer un système informatisé de la gestion des données des patientes, qui facilite l'accès, l'analyse et la réalisation études statistiques.



L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale grave, qui reste la première cause de mortalité maternelle mondiale et au Maroc. Sa prise en charge a fait l'objet de différentes recommandations nationales et internationales.

Ce travail rétrospectif, mené à la Maternité El Idrissi à Kénitra, a montré l'insuffisance de l'application des mesures préventives et de recommandations de prise en charge du Ministère de la Santé en 2011, qui sont mises en place pour réduire le nombre des femmes touchées par l'hémorragie de la délivrance, d'un point de vue tant quantitatif que qualitatif.

Le suivi prénatal et la prévention anténatale sont des principaux facteurs de risque et éléments primordiaux pour une grossesse sans risque. La prise en charge adéquate de toute parturiente : délivrance dirigée ; examen du placenta ; surveillance des constantes, permet de réduire le taux de survenue d'une hémorragie de la délivrance. Le diagnostic précoce qui présente un défi pour les décideurs, demeure faisable devant toute quantification de pertes sanguines après l'expulsion fœtale.

La disponibilité d'une équipe multidisciplinaire : obstétriciens, sages-femmes, réanimateurs-anesthésistes ainsi que leur rapidité d'agir, garantiraient une meilleure prise en charge basée sur les mesures de réanimation, le traitement médical, les premiers gestes obstétricaux. Le recours à un traitement chirurgical en cas d'aggravation de l'hémorragie, notamment les ligatures vasculaires, associées parfois à un capitonnage des parois utérines. Ainsi l'hystérectomie d'hémostase est en dernier recours.

L'embolisation artérielle semble être un traitement de choix, la non disponibilité d'un radiologue et le manque d'un plateau technique adapté dans l'hôpital El Idrissi privent nos patientes d'en bénéficier.



Résumé

Titre : Evaluation de la qualité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance au Centre Hospitalier Provincial de Kénitra

Auteur : Nassima Ouguerzi

Mots-clés : Facteurs de risque – Etiologies – Gravité – Prévention – Prise en charge – diagnostic – Traitement.

Introduction

L'hémorragie de la délivrance demeure la première cause de mortalité maternelle au Maroc.

Objectifs

Evaluer la qualité de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et présenter la fréquence de cette complication, sa gravité, ses facteurs de risque, ses étiologies et évaluer l'efficacité des méthodes de diagnostic et traitement.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective, incluant 146 cas d'hémorragie de la délivrance enregistrés au service de gynécologie-obstétrique à la maternité El Idrissi de Kenitra durant 5 mois d'étude.

Résultats

Pendant la durée de l'étude, 7032 accouchements toute confondue ont été colligés dont 236 cas d'hémorragie de délivrance, soit une fréquence de 3,35%. Cette fréquence est élevée relativement aux études précédentes, mais s'explique par le manque de structure, de personnel adéquat associés aux conditions socio-économiques, et aussi par les facteurs de risque : on distingue les caractéristiques maternelles préexistantes à la grossesse et ceux liés aux caractéristiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement. La prise en charge des patientes a été essentiellement basée sur les mesures de réanimation (Remplissage, transfusion, oxygénothérapie), gestes obstétricaux (délivrance artificielle, révision utérine, Examen sous valve), traitement médical (ocytocine) et chirurgical (ligature des artères utérines, suture de lésions associées, hystérectomie d'hémostase).

Conclusion

Cette étude rétrospective permet de constater une application insuffisante des Protocoles du Ministère de la santé, une prévention inefficace, marquée par la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hémorragie de la délivrance faible dans cette Maternité.

Summary

Title :Postpartum Hemorrhage : Evaluation of quality of management in the tertiary care El Idrissi hospital of Kenitra

Author :Nassima Ouguerzi

Keywords :Risk factor – Etiology – Prevention – Management – Diagnostic – Treatment.

Introduction

Post-Partum Hemorrhage remains the leading cause of maternal mortality in Morocco.

Objectives

Evaluate the quality and methods of management of Post-Partum Hemorrhage and its frequency, risk factors and frequent etiologies in the tertiary care El Idrissi hospital of Kenitra. We aim to identify and underly postpartum hemorrhage causes, etiologies and risk factors and also recognize used treatment and diagnosis.

Methods

This study was a retrospective analysis of cases of postpartum hemorrhage at the maternity EL idrssi, Kenitra.

Findings

During the targeted months, out of total 7032 deliveries ($236/7032=3,35\%$) 236 cases of post partum hemorrhage were reported. The frequency is notably higher to previous studies. We think that the lack of adequate tools associated with socio-economic conditions, pre-existing maternal characteristics related to pregnancy, labor and childbirth. The diagnosis and management were mainly based on resuscitation, obstetrical, medical treatment and surgical procedures.

Conclusion

The literature search and findings highlighted that the Health Ministry guidelines remain inapplicable as the management and diagnosis of postpartum hemorrhage were poor and inefficient.

ملخص

العنوان: تقييم إدارة نزيف ما بعد الولادة بقسم الولادة بالمستشفى الإقليمي الإدريسي بالقنيطرة
من طرف: نسمة أوكريزي
الكلمات الأساسية: عوامل الخطر - الأسباب - الوقاية - العلاج - الرعاية - إدارة

أهداف البحث

تقييم جودة إدارة نزيف ما بعد الولادة، معاينة تفرده، مسبباته و عوامل الخطر الشائعة. وكذا ، فعالية طرق التشخيص والعلاج.

أدوات

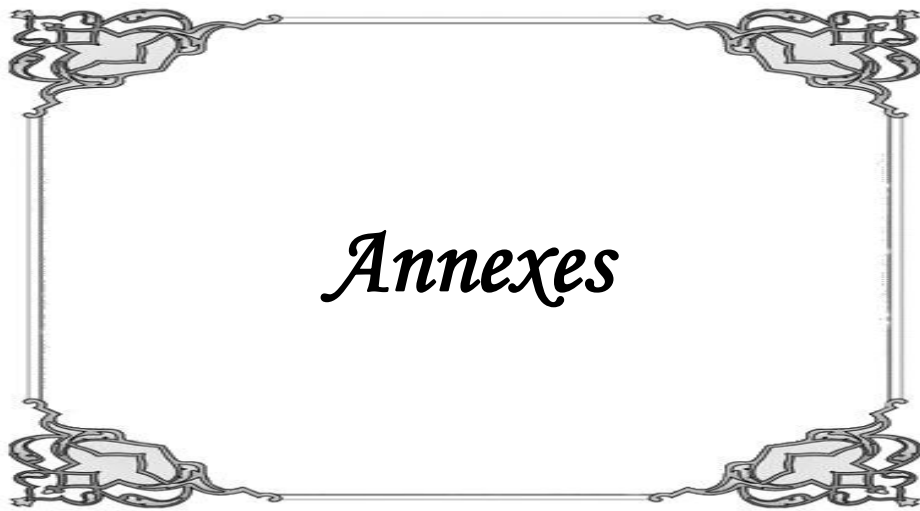
دراسة استيعادية تهم 146 حالة نزيف ما بعد الولادة مسجلة بجناح التوليد وأمراض النساء داخل قسم الأمومة الإدريسي بمدينة القنيطرة خلال فترة 5 أشهر.

نتائج

طيلة فترة الدراسة، تم إحصاء 236 حالة نزيف ما بعد الولادة من ما مجموعه 7032 ولادة، بتعدد 3,35 في المئة وهو رقم مرتفع مقارنة مع الدراسات السابقة. يعود هذا التردد المرتفع إلى سوء الهيكل والنقص الحاد في الترسانة الملائمة للظروف الإقتصادية والاجتماعية للنساء وايضاً إلى خصائص مستقلة تتعلق بفترة ما قبل وفي خضم الحمل ، المخاض والولادة. رعاية وإدارة النساء اللواتي نزن بعد الولادة تقوم أساساً على عمليات الإنعاش (تعبئة، نقل الدم والعلاج بالأكسجين)، إجراءات التوليد (معاينة المشيمة، مراقبة وفحص الرحم)، وكذا العلاج الطبي (الأوكسيتوسين) والتدخل الجراحي .

خاتمة

تبرز هذه الدراسة الإستيعادية ضعف تطبيق التعليمات التي سطرتها وزارة الصحة المغربية لمواجهة نزيف ما بعد الولادة وهشاشة التدخل الوقائي الذي ترافقه رعاية غير فعالة.



Fiche d'exploitation

1. Informations sociodémographiques

Nom et prénom	
Age	
Poids	
Habitat	<input type="radio"/> <i>Rural</i> <input type="radio"/> <i>Urbain</i>
Date d'entrée	
Date de sortie	
Age gestationnel	

2. Référence

Lieu	
Motif	
Ambulance	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Délai d'arrivée	

3. Antécédents

<i>Médicaux</i>	
HTA	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Diabète	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Anémie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Trouble crase	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Prise de médicaments	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
<i>Chirurgicaux</i>	
<i>Gynéco-obstétricaux</i>	
Cycle	<input type="radio"/> <i>Régulier</i> <input type="radio"/> <i>Irrégulier</i>
Gestité	
Parité	
Enfant vivant	
Mort-nés	
Avortement	
Pré-éclampsie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
HDD	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Curetage	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Utérus cicatriciel	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>

4. Grossesse

Grossesse suivie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>	Secteur	<input type="radio"/> <i>Public</i> <input type="radio"/> <i>Privé</i>
Grossesse gémellaire	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Echographie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Grossesse Normale	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
RCIU	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
HTAG	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Tocolytiques	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Diabète gestationnelle	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Anamnèse infectieuse	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Saignement	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		
Anémie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>		

5. Examen clinique à l'admission

<i>Examen générale</i>	
Pâleur	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Etat de conscience	<input type="radio"/> <i>Consciente</i> <input type="radio"/> <i>Inconsciente</i>
Tension artérielle	/
Température	<input type="radio"/> <i>Apyritique</i> <input type="radio"/> <i>Fébrile</i>
Conjonctives	<input type="radio"/> <i>Normocolorées</i> <input type="radio"/> <i>Pâles</i>
OMI	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
<i>Examen obstétrical</i>	
HU	<input type="radio"/> <i>Normale</i> <input type="radio"/> <i>Excessive</i>
BCF	<input type="radio"/> <i>Positif</i> <input type="radio"/> <i>Négatif</i>
CU	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Poche des Eaux	<input type="radio"/> <i>Intacte</i> <input type="radio"/> <i>Rompue</i>
Présentation	<input type="radio"/> <i>Sommet</i> <input type="radio"/> <i>Siège</i> <input type="radio"/> <i>Front</i> <input type="radio"/> <i>Bregma</i> <input type="radio"/> <i>Transverse</i> <input type="radio"/> <i>Face</i>
Col	<input type="radio"/> <i>Effacé</i> <input type="radio"/> <i>En voie d'effacement</i> <input type="radio"/> <i>Lent</i>
<i>Echographie</i>	
Macrosomie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
PP	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>

6. Accouchement et délivrance

Lieu d'accouchement	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Déroulement du travail	<input type="radio"/> <i>Rapide</i> <input type="radio"/> <i>Prolongé</i> <input type="radio"/> <i>Stagnation</i> <input type="radio"/> <i>Non décrit</i>
Activation par synto	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Déclenchement cytotec	<input type="radio"/> <i>Apyrétique</i> <input type="radio"/> <i>Fébrile</i>
Anomalie CU	<input type="radio"/> <i>Pas d'anomalie</i> <input type="radio"/> <i>Hypocinésie</i> <input type="radio"/> <i>Hypercinésie</i>
Anomalie d'IP	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Accouchement	<input type="radio"/> <i>Voie basse</i> <input type="radio"/> <i>Episiotomie</i> <input type="radio"/> <i>Césarienne</i> <input type="radio"/> <i>Utilisation d'un instrument</i>
Délivrance	<input type="radio"/> <i>Naturelle</i> <input type="radio"/> <i>Dirigée</i> <input type="radio"/> <i>Artificielle</i> <input type="radio"/> <i>Non précisée</i>
Examen du placenta	<input type="radio"/> <i>Complet</i> <input type="radio"/> <i>Incomplet</i> <input type="radio"/> <i>Non précisé</i>

7. Diagnostic

<i>Signes cliniques</i>	
Palpitations	<input type="radio"/> <i>Rapide</i> <input type="radio"/> <i>Prolongé</i> <input type="radio"/> <i>Stagnation</i> <input type="radio"/> <i>Non décrit</i>
Lipothymie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Troubles de conscience	<input type="radio"/> <i>Apyrétique</i> <input type="radio"/> <i>Fébrile</i>
Signes de Colapsus	<input type="radio"/> <i>Pas d'anomalie</i> <input type="radio"/> <i>Hypocinésie</i> <input type="radio"/> <i>Hypercinésie</i>
<i>Examen Physique</i>	
Tension artérielle	/
Tachycardie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Examen sous valve	<input type="radio"/> <i>Normal</i> <input type="radio"/> <i>Anormal</i> <input type="radio"/> <i>Non décrit</i>
Examen périnée	<input type="radio"/> <i>Normal</i> <input type="radio"/> <i>Anormal</i> <input type="radio"/> <i>Non décrit</i>
Massage utérin externe	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Globe de sécurité	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Sac de sable	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Saignement extériorisé	<input type="radio"/> <i>+ 500ml</i> <input type="radio"/> <i>+1000ml</i> <input type="radio"/> <i>+1500ml</i>
<i>Examen biologique</i>	
HB (g/dl)	
Hématocrite (%)	
GB (10 ² /UI)	
Taux de plaquettes	
TPTCA	<i>TP : TCA :</i>
Groupage Sanguin	

8. Prise en charge

<i>Mesures générales</i>	
VVP	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Remplissage	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Oxygénothérapie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Sondage Urinaire	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
ATBprophylaxie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Position Trendelenburg	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Utéro-toniques	<input type="radio"/> <i>Cytotec</i> <input type="radio"/> <i>Ocytocine</i>
Transfusion	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
<i>Moyens obstétricaux</i>	
Délivrance artificielle	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Révision utérine	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Examen sous valve	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Massage de l'utérus	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Traction du col	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Embolisation	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
<i>Moyens chirurgicaux</i>	
Ligature de l'artère hypogastrique	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Ligature étagée	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Triple ligature	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Capitonnage	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Hystérectomie d'hémostase	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>

9. Etiologies

<input type="radio"/> <i>Inertie utérine</i>	<input type="radio"/> <i>Rétention placentaire</i>	<input type="radio"/> <i>Troubles de coagulation</i>
<input type="radio"/> <i>Rupture utérine</i>	<input type="radio"/> <i>Placenta accreta</i>	<input type="radio"/> <i>Inversion utérine</i>
<input type="radio"/> <i>Lésion du col</i>	<input type="radio"/> <i>Lésion du vagin</i>	<input type="radio"/> <i>Hématome périnéal</i>
<input type="radio"/> <i>Episiotomie</i>		

10. Evolution

Transfert au CHU	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Transfert en réanimation	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Anémie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Transfusion	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Décès maternel	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Evolution favorable	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>

11. Nouveau née

MFIU	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
RPM	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Sexe	<input type="radio"/> <i>Féminin</i> <input type="radio"/> <i>Masculin</i>
Poids de naissance (g)	
APGAR	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Prématurité	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Détresse respiratoire	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Macrosomie	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Réanimation néonatale	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Evolution favorable	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>
Décès	<input type="radio"/> <i>Oui</i> <input type="radio"/> <i>Non</i>

ANNEXE II

Dossier médical d'hospitalisation

Direction Régionale de Santé GCBH
Centre Hospitalier Régional du Gharb Cherarda Beni H'ssen

المملكة المغربية
+ⴰⵎⴻⵔⴰⵎⴰⵔⴰ | ⵎⴰⵔⴰⵎⴰⵔⴰ
ROYAUME DU MAROC



وزارة الصحة
+ⴰⵎⴻⵔⴰⵎⴰⵔⴰ | +ⴰⵎⴻⵔⴰⵎⴰⵔⴰ
Ministère de la Santé

C.I.N (C.I) :

DOSSIER MEDICAL D'HOSPITALISATION

Nom et prénom : N° admission : Service :
Age : Salle et numéro du lit :
Admis le : Diagnostic :
Sortie le : Diagnostic :
Transféré le : A (lieu) :
Décédé :
Le : Heure :

Causes :
.....
.....

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nom de médecin :

I - MOTIF DE CONSULTATION :

II - LES ANTECEDENTS :

1 - Personnel :

* Allergiques :

* Médicaux :

* Chirurgicaux :

* Gynécologiques :

* Situation transfusionnelle : Oui - Non - Groupe et Rhésus :

2 - Familiaux :

Hôpital El Idrissi - Kénitra

Tél. : 05 37 37 86 96 - Fax : 05 37 37 83 25



FICHE DE SOINS ET DE SURVEILLANCE INFIRMIER (E)

Nom et prénom : N° admission :

Service : CIN (C.I) : N° de lit :

I - RECEUIL DE DONNEES :

* Allergie : Oui - Non - Préciser :

* Etat psychologique : Normale Déprimé - Anxieu - Agressif - Irritable

* Respiration :

* Alimentation :

* Mouvements et postures :

* Sommeil :

* Régulation température corporelle :

* Autres observations :

II - SOINS ET SURVEILLANCE :

Date	Heure	Nom Infirmier (e)	Soins prodigués	Consignes et / ou Observations

Date	Heure	Nom Infirmier (e)	Soins prodigués	Consignes et / ou Observations

SIGHO

RESUME CLINIQUE STANDARD

Hôpital Centre d'activité

Nom et Prénom du Patient Sexe **M** **F**

Date de naissance N° d'admission

Date d'admission dans le service

Date de sortie du service / /

Date théorique de sortie / /

Type d'admission

1 - urgence accident

2 - urgences autres

3 - accouchement

4 - nouveau Hé à l'hôpital

5 - admission programmée

6 - transfert

Résultat de sortie

1 - guéri

2 - amélioré

3 - stationnaire

N Nouveau

R Récidive

C Complication

S Sûr

? Suspicion / Suspicion non confirmée

Sévérite (1-4)

Degrés de charge de

Diagnostic

Diagnostic secondaires

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

P Programmé

U urgence

A Antérieur

R Ré-Intervention

S Prévu non réalise

I à l'hôpital

H hors hôpital

Interventions chirurgicales

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

FICHE DES PRESCRIPTIONS THERAPEUTIQUES

Nom et prénom : N° admission :

Service : CIN (C.I) : N° de lit :

Date	Prescripteurs (Nom et Signature)	Prescriptions et soins thérapeutiques

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Date	Prescripteur	Examens demandés	Réalisé le Par	Résultat

ورقة حرارة المريض
 FEUILLE DE TEMPERATURE

Salle غرفة N° رقم Diagnostic الاسم Age سنة Sexe جنسه

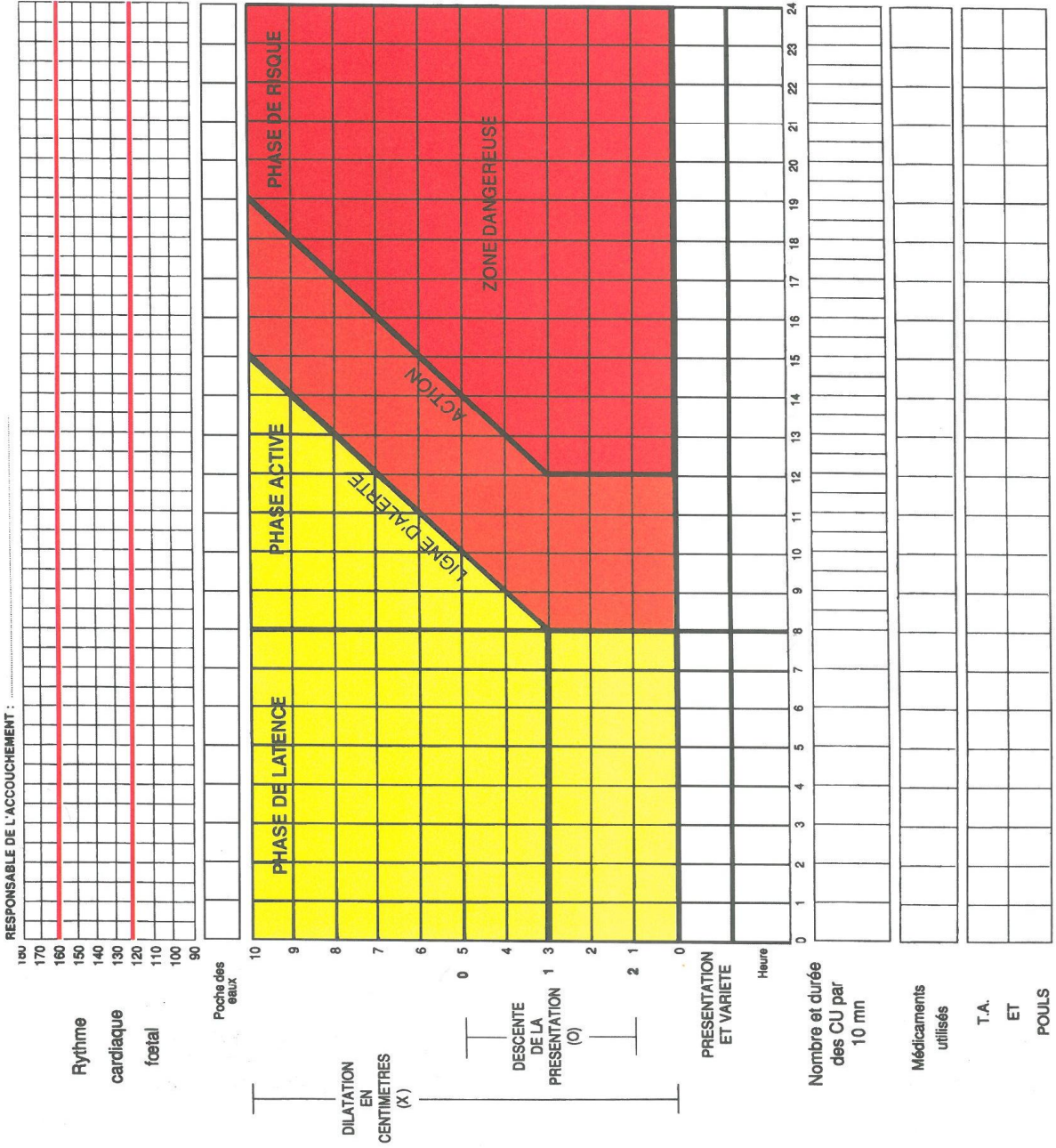
شهر أيام المرض	43	M	S																									تشخيص المرض
Jours de maladies																												
43																												
160 Poule																												
150 41																												
140 40																												
تنفس Respiration	130	39																										
90	120	38																										
80	110	37																										
70	100	36																										
60	90	35																										
50	80	34																										
40	70	34																										
30	60	34																										
20	50	34																										
10	40	34																										

VI. EXAMEN A L'ADMISSION		الفحص عند الدخول	
6.1 Anomalies physiques apparentes :	boiterie 1	déhanchement 2	scoliose 3
autre :	..... 4		
6.2 Taille : <input type="text"/> <input type="text"/> cm	6.3 Poids : <input type="text"/> kg	6.4 T.A. : <input type="text"/> <input type="text"/>	6.5 Œdèmes : oui 1 non 2
6.6 Albumine : oui 1 non 2	6.7 Sucre : oui 1 non 2		
VII. EXAMEN OBSTETRICAL		الفحص التوليدي	
7.1 Hauteur utérine : <input type="text"/> cm	7.2 Contractions utérines : oui 1 non 2		
7.3 Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.4 Intensité : normale 1 hypocinésie 2 hypercinésie 3 hypertonie 4		
7.5 Bruits du cœur fœtal : non perçus 1 perçus 2	rythme : batt/mn 3		
7.6 Col : long 1 en voie d'effacement 2 effacé 3	dilatation : <input type="text"/> cm		
7.7 Présentation : sommet 1 face 2 bregma 3 front 4	siège complet 5 siège décompleté 6 transverse 7 autre 8		
7.8 Hauteur de la présentation : mobile 1 fixée 2 engagée 3			
7.9 Membranes : intactes 1 rompues 2	7.10 si rompues, depuis combien d'heures : <input type="text"/>		
7.11 Couleur du liquide à la rupture : clair 1 teinté 2 purée de pois 3	autre (préciser) : 4 température : <input type="text"/> °C		
7.12 Bassin : normal 1 anomalies (préciser) .....	..... 2		
7.13 Périnée : R.A.S. 1 œdématisé 2 cicatriciel 3 Autre (préciser) : .....	..... 4		

VIII. SYNTHÈSE DE L'EXAMEN ET DIAGNOSTIC		خلاصة الفحص والتشخيص	
8.1 Femme en travail :	sans signe de risque apparent 1	avec signe de risque (préciser)	
	..... 2		
8.2 Pronostic :	.....	
Décision / Traitement avant accouchement :	.....	
		

NOM DE LA PERSONNE AYANT EFFECTUÉ L'EXAMEN :		إسم الشخص الذي قام بالفحص	
.....			

IX. PARTOGRAMME منظر الولادة



X. ACCOUCHEMENT

التاريخ

10.1 Date J M A Heure

10.2 Mode d'accouchement : sans intervention 1 avec intervention 2

Si intervention : épisiotomie 1 ventouse 2 forceps 3

césarienne 4 laparotomie 5

Anesthésie : locale 1 péridurale 2 générale 3

10.3 Autre intervention :

10.4 Indication de l'intervention et commentaires :

10.5 Accouchement réalisé par :

XI. DELIVRANCE

نوع التوليد

11.1 Naturelle 1 artificielle 2

11.2 Cordon : anormales 1 circulaire 2 autre 3

11.3 Placenta : complet 1 incomplet 2 autre 3

11.4 Révision utérine : oui 1 non 2

11.5 TA 11.6 Pouls

11.7 COMPLICATIONS : hémorragie 1 déchirure 2

autre 3

11.8 TRAITEMENT :

XII. NOUVEAUNE

الجنس

12.1 ETAT A LA NAISSANCE : vivant 1 mort pendant dilatation 2

mort pendant expulsion 3 macéré 4

12.2 APGAR à 1 mn à 5 mn 12.3 Sexe : M F12.4 Poids g 12.5 Taille cm 12.6 PC cm

12.7 ASPECT : à terme 1 prématuré 2 postmature 3 dysmature 4

12.8 EXAMEN GENERAL : RAS 1 lésions traumatiques 2 (préciser) :

Infecté 3 icterique 4 malformé (préciser) 5

12.9 Examen neurologique :

12.10 Autre particularité :

12.11 REANIMATION : oui 1 non 2

12.12 Faite par :

12.13 Durée

12.14 Comment (gestes effectués, traitement reçu, prélèvement) :

12.15 DECISION / TRAITEMENT DES LA NAISSANCE (préciser la nature du traitement, si examens : explorations et prélèvement...) :

XIII. TRANSFERT					الإحالة
13.1 interne 1	externe 2	avant accouchement 3	après accouchement 4	pendant suites de couches 5	
	MOTIFS	LIEU	DATE	HEURE	
13.2 MERE	Service de	1	_____	_____	_____
	Formation sanitaire	2	_____	_____	_____
	Autre	3	_____	_____	_____
13.3 ENFANT	Service de	1	_____	_____	_____
	Formation sanitaire	2	_____	_____	_____
	Autre	3	_____	_____	_____

XIV. ALLAITEMENT MATERNEL				الرضاعة الطبيعية
14.1 Mère désire allaiter :	oui 1	non 2		
14.2 Pourquoi la mère ne désire-t-elle pas allaiter :	.....		
14.3 Mise au sein dans les 4 heures suivant l'accouchement :	oui 1	non 2		
14.4 Le nouveau-né a-t-il reçu d'autres liquides que le lait maternel :	oui 1	non 2		
14.5 Nature du liquide reçu :	lait artificiel 1	eau sucrée 2	tisane 3	autre : 4

XV. OBSERVATION SUITES DE COUCHES				مراقبة ما بعد الولادة		
15.1 Etat de la mère :	RAS 1	hémorragie 2	hyperthermie 3	éclampsie 4	phlébite 5	autre (préciser)
15.2 Etat de l'enfant :	RAS 1	convulsions 2	infection 3	ictère 4	autre (préciser)	
15.3 Traitement :	.....				

XVI. PLANIFICATION FAMILIALE				التخطيط العائلي
16.1 La mère désire une méthode :	oui 1	non 2		
16.2 Si oui laquelle :	pillule 1	DIU 2	autre (préciser) 3	
16.3 Prescription faite :	oui 1	non 2	16.4 Référée	oui 1 non 2
16.5 Si la mère ne désire pas de méthode, pourquoi ?	.....		

XVII. SORTIE			المخرج
17.1 Date	_____	17.2 Heure	_____
	J M A		
EXAMEN A LA SORTIE			
	RAS	Anomalies	Traitement prescrit
17.3 Mère	_____	_____	_____
17.4 Enfant	_____	_____	_____

XVIII. DECES			الوفاة
	Date	Heure	Causes
18.1 Mère	_____	_____	hémorragie 1 éclampsie 2 rupture utérine 3 infection 4 état de choc 5 autres (préciser) 6
18.2 Enfant	_____	_____	échec de réanimation 1 infection 2 convulsions 3 souffrance fœtale 4 autres (préciser) 5



Bibliographie

- [1] **World Health Organization.** *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015 : Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.* 2015. p. 13.
- [2] **HCP.** *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable - Les acquis et les défis.* 2015.
- [3] **Ministère de la Santé du Royaume du Maroc.** *Plan d'action 2012 – 2016 : Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.* 2012. p. 4.
- [4] *Enquêtes confidentielles des décès maternelles au Maroc.* 2009.
- [5] **L.Drake, Richad and Vogl, A.Wayne.** *GRAY'S : Anatomie pour les étudiants.* 2e édition. pp. 406-407.
- [6] **Kamina, P.** *Maloine, Kamina P. Petit bassin et périnée : organes génitaux.* Paris : s.n., 1995. p. 156.
- [7] *Anatomie Clinique : Organes urinaires et génitaux, Pelvis - Coupes du tronc.* 3e édition. s.l. : Maloine. p. 213.
- [8] **P., Kamina.** *Anatomie gynécologique et obstétricale.* 4e édition. Paris : Maloine, 1984.
- [9] **Marpeau, Loïc.** *Traité d'obstétrique.* s.l. : ELSEVIER / MASSON, 2010. p. 142.
- [10] **MERGER, Robert, LÉVY, Jean and MELCHIOR, Jean.** *Précis d'obstétrique.* [ed.] ELSEVIER / MASSON. 2008.

- [11] **World Health Organization.** *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.* p. 9.
- [12] **Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, Rouse DJ3.** *Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines.* 2015. p. 6.
- [13] **MacFarquhar, Colin and Gleig, George.** *The Encyclopaedia Britannica : a dictionary of arts, sciences, literature and general information, Part III.* p. 805. Vol. 11.
- [14] **Alard.** *Dictionnaire des sciences médicales.* 1817. p. 424. Vol. 20.
- [15] **Manshad, N.** *L'hémorragie de la délivrance à la maternité Souissi de Rabat.* 2016. p. 119.
- [16] **Sanbi, W.** *Les hémorragies graves de la délivrance.* 2011. p. 7.
- [17] **Jeddi, Y.** *L'hémorragie de la délivrance.* 2013. p. 47.
- [18] **Prick, Babette W.** Clinical aspects of Postpartum Hemorrhage. [Online] 2014. <https://repub.eur.nl/pub/77250/>.
- [19] **Oyelese, Y and Ananth, CV.** *Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes.* [ed.] Clin Obstet Gynecol. 2010. p. 147.
- [20] **VD, Tsu.** *Postpartum haemorrhage in Zimbabwe : A risk factor analysis.* [ed.] Obstet Gynaecol. 2003.

- [21] **Roberts, CL, Algert, CS and March, LM.** *Delayed childbearing - are there any risks?* [ed.] Med Aust. 1994. p. 44.
- [22] **HCP.** *Monographie régionale de la région du Gharb-Chrarda-Beni Hssen.* 2013. p. 41.
- [23] **Blomberg, M.** *Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage.* [ed.] Obstet Gynecol. 2011. p. 80.
- [24] **HCP.** *La population rurale de la région Gharb-Chrarda-Beni Hssen.* 2014. p. 89.
- [25] **Stolp, I.** *Ambulance Transfer in Case of Postpartum Hemorrhage after Birth in Primary Midwifery Care in The Netherlands: A Prospective Cohort Study.* 2015. p. 26.
- [26] **HAS.** Transfusion de globules rouges homologues : produit s, indications, alternatives, page 20. [Online] 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/transfusion_de_globules_rouges_homologues_-_produits_indications_alternatives_-_recommandations.pdf.
- [27] **Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR.** *The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries.* s.l. : Anesth, 2010, p. 110.
- [28] **F. Sergent, B. Resch , E.Verspyck , B. Rachet , E. Clavier , L. Marpeau .** *Les hémorragies graves de la délivrance : doit-on lier, hystérectomiser ou emboliser.* 2004.

- [29] **Dupont C, Rudigoz RC, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al.** *Frequency, causes and risk factors of postpartum haemorrhage: A population-based study in 106 French maternity units.* [ed.] *obstetrique et biologie de la reproduction Journal de gynecologie.* 2013.
- [30] **Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr.** *Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries.* s.l. : Obstetrics and gynecology, 1991. p. 8.
- [31] *Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth.* [ed.] *Obstetrics and gynecology.* 1991 . p. 69.
- [32] **Ford JB, Roberts CL, Simpson JM, Vaughan J, Cameron CA.** *Increased postpartum hemorrhage rates in Australia.* [ed.] *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* 2007. p. 90.
- [33] **Sosa CG, Alhabe F, Belizan JM, Buekens P.** *Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population.* [ed.] *Obstetrics and gynecology.* 2009. p. 9.
- [34] **JM., Mhyre.** *Maternal mortality: Current opinion in anaesthesiology.* 2012. p. 277.
- [35] **Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B.** *Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage.* [ed.] *American journal of obstetrics and gynecology.* 2009. p. 273.

- [36] **Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF.** *Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada.* [ed.] BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2007 . p. 751.
- [37] **Zwart JJ, Dijk PD, van Roosmalen J.** *Peripartum hysterectomy and arterial embolization for major obstetric hemorrhage: a 2-year nationwide cohort study in the Netherlands.* [ed.] American journal of obstetrics and gynecology. 2010. p. 105.
- [38] **Palmsten K, Hernandez-Diaz S, Huybrechts KF, Williams PL, Michels KB, Achtyes.** *Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States.* [ed.] BMJ. p. 347.
- [39] **Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V.** *Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis.* [ed.] PloS one. 2012.
- [40] **Saunders NS, Paterson CM.** *Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour.* s.l. : Obstet Gynaeco, 1992. pp. 381-5.
- [41] **Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ.** *Risk factors for major obstetric haemorrhage.* s.l. : Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1993. pp. 15-8.

- [42] **Descargues G, Pitette P, Gravier A, Roman H, Lemoine JP, Marpeau L.** *Hémorragies non diagnostiquées du post-partum.* s.l. : J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2001. pp. 590-600.
- [43] **Saunders NS, Paterson CM.** *Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour.* s.l. : J Obstet Gynaecol, Br1992. pp. 381-5.
- [44] **Waterstone, M.** *Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study.* s.l. : BMJ , 2001.
- [45] **Melamed N, Yogev Y, Glezerman MJ.** *Fetal gender and pregnancy outcome.* s.l. : Matern Fetal Neonatal Med, 2010. pp. 338-44.
- [46] **Bracero LA, Cassidy S, Byrne DW.** *Effect of gender on perinatal outcome in pregnancies complicated by diabetes.* [ed.] Gynecol Obstet Invest. 1996. pp. 10-4.
- [47] **ACOG.** *ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage.* [ed.] Obstetrics and gynecology. 2006. pp. 1039-47.
- [48] **Geller SE, Cox SM, Kilpatrick SJ.** *A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association.* 2006. pp. 79-84.
- [49] **Marpeau, Loic.** *Traité d'obstétrique.* [ed.] Elsevier rMasson. 2010. p. 310.

- [50] **Levy, G and Dailland, P.** *Hémorragies en obstétrique : Anesthésie–Réanimation* . [ed.] Encycl MedChir. s.l. : Elsevier, Paris, 1998. p. 16.
- [51] **Boulay G, Hamza J.** *Prise en charge anesthésique en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste ou qui s'aggrave malgré les mesures initiales.* [ed.] J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004. p. 33.
- [52] **CGNOF.** *Recommandations pour la pratique clinique Les hémorragies du post-partum.* 2014.
- [53] **Dailland P, Cabrol D.** *Quel chiffre de l'hématocrite et/ou de la concentration d'hémoglobine doit faire envisager un apport d'érythrocytes chez une femme enceinte pendant et après une césarienne ?* 1995 : Ann Fr Anesth Reanim. pp. 28-31.
- [54] *Coagulation intravasculaires disséminées (CIVD) en réanimation : définition, classification et traitement. Faculté de Médecine de Lille : Conférence de consensus.* 2002.
- [55] **Pepas LP, Arif-Adib M, Kadir RA.** *Factor VIIa in puerperal hemorrhage with disseminated intravascular coagulation.* s.l. : Obstet Gynecol. pp. 757–61.
- [56] **Durier M., Grynberg M., Charles C., Gabriel R.** *Délivrance normale et pathologique.* s.l. : Elsevier Masson SAS, Paris, 2010.
- [57] **Mr.Y.Aouina.** *Hémorragie du post-partum immédiat : à propos de 138 cas.* 2001.

- [58] **Perineau M, M.Cabot JA, Mondinc , Putois C, Lagroce J.C.** *Suture des épisiotomies étude comparative du vicryl rapide versus catgut normal, A propos de 200 cas.* s.l. : Rev fr gynecol obstet, 1996. pp. 335-337.
- [59] **Keski-Nisula L, Heiskanen P, Heinonen S.** *Extra-membraneous pregnancy, prolonged ruptured membranes and circumvallate placenta.* s.l. : Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2011.
- [60] **Day LA, Mussey RD, DeVoe RW.** *The intrauterine pack in the management of postpartum hemorrhage.* s.l. : Am J Obstet Gynecol , 1948.
- [61] *Protocole Obstétrical du réseau Méditerranée.* 2015.
- [62] **Towers CV, Briggs GG, Rojas JA.** *The use of prostaglandin E2 in pregnant patients with asthma.* 2004. p. 120.
- [63] **Goffinet F, Haddad B, Carbonne B, Sebban E, Papiernik E, Cabrol D.** *Utilisation pratique du sulprostone dans le traitement des hémorragies de la délivrance.* s.l. : J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1995. pp. 09-16.
- [64] **Takagi S, Yoshida T, Togo Y, Tochigi H, Abe M, Sakata H et al.** *The effects of intramyometrial injection of prostaglandin F2 on severe postpartum hemorrhage.* 1976. p. 64.

- [65] **Sarkar PK, Mamo J.** *Successful control of atonic primary postpartum haemorrhage and prevention of hysterectomy, using IV prostaglandin E2a.* [ed.] BJCP. 1990. p. 756.
- [66] **Shojai R, Desbrière R, Dhifallah S, Courbière B, Ortega D, d'Ercole C, Boubli L.** *Le misoprostol par voie rectale dans l'hémorragie de la délivrance.* . s.l. : Gynecol Obstet Fertil, 2004.
- [67] **O'Brien P, El Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH.** *Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive.* 1998.
- [68] **El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Tempelton A.** *Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol.* s.l. : N Engl J Med, 1995. pp. 983-7.
- [69] **DHSA.** *Recommandations de bonnes pratiques : conduite à tenir en cas d'hémorragie du post partum immédiat.* 2013.
- [70] **BLynch.** *The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported.* , 1997. 104(3): p. 372-5.]. s.l. : Br J Obstet Gynaecol, 1996. pp. 372-5.
- [71] **Hayman, R.G., S. Arulkumaran, and P.J. Steer,.** *Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage.* s.l. : Obstet Gynecol, 2002. p. 502.

- [72] **Morel, O.** *Pelvic arterial ligations for severe post-partum hemorrhage. Indications and techniques.* s.l. : Visc Surg, 2011. p. 102.
- [73] **Sergent, F.** *Intractable postpartum haemorrhages: where is the place of vascular ligations, emergency peripartum hysterectomy or arterial embolization* *Gynecol Obstet Fertil.* 2004. p. 320.
- [74] **Cho, J.H., H.S. Jun, and C.N. Lee,.** *Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery.* s.l. : Obstet Gynecol, 200. pp. 29-131.
- [75] **Ochoa, M., A.D. Allaire, and M.L. Stitely,.** *Pyometria after hemostatic square suture technique.* . [ed.] Obstet Gynecol. 2002. pp. 506-9.
- [76] **Reich WJ, Nechtow MJ.** *Ligation of the internal iliac arteries : A life saving procedure for uncontrollable gynecologic and obstetric hemorrhage.* [ed.] Journal of the International College of Surgeons. 1961. pp. 157–68.
- [77] **B. Resch, F. Sergent, S. Blanc, M. Baron, L. Sentilhes, C. Trichot, H. Roman, A. Diguët, E. Verspyck, L. Marpeau.** *Ligature des artères hypogastriques au décours d'une hémorragie grave de la délivrance.* [ed.] Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008. pp. 85–87.
- [78] **A, Gautam.** *Hypogastric artery ligation : a new perspective.* . s.l. : J Gynecol Surg, 1993.

- [79] **E.G., Waters.** *Surgical management of post-partum hemorrhage with particular reference to ligation of uterine arteries.* . [ed.] Am J Gynecol. 1952. pp. 1143-1148.
- [80] **A., Negura.** *Etude sur les ligatures hémostatiques obstétricales des artères utérine. Des artères utérines et des artères hypogastriques.* s.l. : Rev Fr gynecol Obstet, 1988. pp. 272-279.
- [81] **Philippe H.J. d'Oreye D, Lewin D.** *Vaginal ligation of utérine arterie during post-partum hemorrhage.* . [ed.] In J Gynecol Obstet. 1997. pp. 267-270.
- [82] **JA., O'Leary.** *Uterine artery ligation in the control of post-caesarean haemorrhage.* s.l. : J Reprod Med, 1995. pp. 189–93.
- [83] **K., Fahmy.** *Uterine artery ligation to control postpartum haemorrhage.* s.l. : Int JGynaecol Obstet, 1987. pp. 363–7.
- [84] **Hebisch G, Huch A.** *Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in postpartum hemorrhage.* [ed.] Obstet Gynecol. 2002. pp. 574–8.
- [85] **Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M.** *Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey.* [ed.] Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005. p. 62.
- [86] **Fournet., S.** *Enquête dans le Service de chirurgie gynécologique, hôpital des Diaconesses.* [ed.] Elsevier Masson. Paris : s.n., 2008.

- [87] **J.A., O’Leary.** *Effect of bilateral ligation of uterine and ovarian vessels in Dogs.* [ed.] Int J Gynecol obstet. 1980. pp. 460-46.
- [88] **SA, Abdrabbo.** *Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus.* s.l. : Am J Obstet Gynecol, 1994. pp. 694-700.
- [89] **Gilstrap, L.C., 3rd and S.M. Ramin.** *Postpartum hemorrhage.* [ed.] Clin Obstet Gynecol. 1994. pp. 824-30.
- [90] **Planche, C.** *Hysterectomy: indications, techniques and complications.* [ed.] Clin Obstet Gynecol. 1986. pp. 318-28.
- [91] **Chestnut, D.H.** *Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum.* 1965.
- [92] **Merger, R, Levy, J and Melchior, J.** *Précis d’obstétrique.* [ed.] Masson. Paris : s.n., 1993. p. 359.
- [93] **Fuchs A-R, Husslein P, Sumulong L, Fuchs F.** *The origin of circulating 13,14-dihydro-15-keto-prostaglandin F2alpha during delivery.* 1982. pp. 715-22.
- [94] *Phuapradit W, Saropala N, Rangsipragarn R. Treatment of atonic postpartum hemorrhage with a p.* 1992. p. 121.
- [95] **G. Ducarme, S. Bargy, A. Grossetti, B. Bougeois , M. Levardon, D.** *Prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance : étude rétrospective.* 2007.

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 عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

**تقييم إدارة نزييف ما بعد الولادة
بقسم الولادة بالمستشفى الإقليمي الإدريسي بالقنيطرة**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة: نسيمة أوكريزي

المزودة في: 29 نونبر 1990 بورزازات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: عوامل الخطر - الخطورة - الوقاية - العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة ومشرفة

أعضاء

}

السيدة: عائشة خرباش

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: عزيز بيدانا

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيد: إبراهيم غراب

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: أمينة لخضر

أستاذة في طب النساء والتوليد