

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

ANNEE: 2016

THESE N°: 29

**L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE
A LA MATERNITE SOUISSI DE RABAT
(A PROPOS DE 71 CAS D'HEMORRAGIE
DE LA DELIVRANCE COMPARES AVEC 142 CAS
DES SUITES DE COUCHES NON HEMORRAGIQUES)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Noor FARID MANSHAD
Née le 28 Décembre 1989 à Baghdad (Irak)

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Prévalence – Facteurs de risque – Etiologies – Mesures préventives –
Traitement.

JURY

Mme. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. B. RHRAB

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. N. ZERAIDI

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

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنه به لا حول ولا قوة
الحمد لله الذي فتح علينا أبواب علمه ونور معرفته
الحمد لله أولاً وأخيراً كما يستحق
اللهم بارك لنا فيما هديتنا إليه وأجعله خالصاً لوجهك الكريم



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 :

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

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

ET PHARMACIENS

PROFESSEURS:

Mai et Octobre 1981

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

Mai et Novembre 1982

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

Novembre 1983

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

Décembre 1984

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

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSALD Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa

Janvier, Février et Décembre 1987

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

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Décembre 1989

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

Janvier et Novembre 1990

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

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA 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

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

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

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

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

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

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

Décembre 1992

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

Mars 1994

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

Mars 1994

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

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

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

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

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

Mars 1995

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

Décembre 1996

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

Novembre 1997

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

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA

Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
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 ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

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

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

Gastro-Entérologie

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

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN DakhamaBadr.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

Novembre 2000

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

Neurologie – **Doyen Abulcassis**

Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

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

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

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE 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. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

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

Décembre 2002

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

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

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

Janvier 2004

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

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

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

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

Janvier 2005

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

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

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

Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

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

Anesthésie Réanimation

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

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

Octobre 2007

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

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

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

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

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

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

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

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

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

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'KASSIMIHachemi*
 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 *
 Pr. ZOUHAIR Said*

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

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

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

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

Mai 2012

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

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI 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. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir

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

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

Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 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*

Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 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***

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

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

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

- 9 JAN 2015



Dédicaces



À ceux qui me sont les plus chers

À ceux qui ont Toujours cru en moi

À ceux qui m'ont toujours Encouragée



À ma famille



À mes parents:

*Vous représentez pour moi le symbole du sacrifice,
la source de la tendresse et de la force ,
vous êtes la lumière de ma vie.*

Vos prières m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que
vous méritez pour tous les sacrifices et l'amour*

Merci pour tout

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

*Puisse Dieu, le Tout Puissant, vous préserver et vous
accorder santé, longue vie et bonheur.*



À mes frères Firas , Mustapha et Mohamed

*Mes chers frères , mes amis , j'ai beaucoup de chance de vous avoir
à mes côtés, les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement,
l'amour et l'affection que je porte pour vous.*

*Mes fidèles compagnons dans les moments
les plus délicats de cette vie mystérieuse..*

*Mes chers frères merci pour tout. Je vous dédie ce travail
avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*



À mes amies et mes collègues



*Merci pour les souvenirs des moments merveilleux que nous avons
passés et aux liens solides qui nous unissent.*

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de
réussite et de bonheur dans votre vie professionnelle et privée. Je prie
Dieu pour que notre amitié soit éternelle*

*À tous ceux que j'ai omis de citer
À tous ceux qui ont participé de près ou de loin
à L'élaboration de ce travail*

*Je vous dédie ce travail
avec tous mes vœux de bonheur, de santé
et de prospérité.*



Remerciements



*À mon maître ,Présidente et Rapporteur de thèse
madame le professeur KHARBACH Aicha
Professeur de Gynécologie-Obstétrique
à la maternité Souissi de Rabat*

*Vous avez bien voulu me confier ce travail riche d'intérêt
et me guider à chaque étape de sa réalisation.*

*Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré
vos obligations professionnelles.*

*Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse
méritent toute admiration.*

*J'espère avoir mérité votre confiance. Veuillez accepter
l'expression de mes sentiments les plus respectueux et les plus
reconnaissants*



À mon maître et juge de thèse
Madame le professeur LAKHDAR Amina
Professeur de Gynécologie-Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat

*Vous me faites l'honneur d'accepter avec une très grande
amabilité de siéger parmi les jurés de thèse.*

*Veuillez accepter chère maître ce travail avec mon plus grand
respect et ma profonde reconnaissance.*



*À mon maître et juge de thèse
monsieur le professeur RHARAB Brahim
Professeur de Gynécologie-Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat*

*Vous m'avez honorée d'accepter avec grande sympathie
de siéger parmi les les jurés de thèse.*

Je Vous remercie pour ce grand honneur que vous me faites.

*Veillez accepter, cher maître, ce travail avec toute mon estime
et ma profonde reconnaissance.*



À mon maître et juge de thèse
Madame le professeur ZERAIDI NAJIA
Professeur de Gynécologie-Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat

Je suis très reconnaissante à l'honneur que vous me faites
en acceptant de juger mon travail.

Je Vous remercie pour ce grand honneur que vous me faites.

C'est pour moi l'occasion de vous témoigner estime
et mon profond respect



Sommaire

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	6
I - OBJECTIF GENERAL	7
II - OBJECTIFS SPECIFIQUES	7
GENERALITES	8
I.DEFINITIONS	9
II.RAPPEL ANATOMIQUE	10
1) La vascularisation artérielle utérine	10
2) La vascularisation veineuse utérine	14
3) La vascularisation vaginale	15
4) Le débit utérin	16
III.PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE :	17
1) Phase de décollement placentaire	17
2) Phase de migration et d'expulsion du placentaire	19
3) L'hémostase utérine	19
4) Durée de la troisième période de l'accouchement	20
5) Différents types de délivrance	21
IV. EXAMEN DU PLACENTA	24
V.SURVEILLANCE DE LA DELIVRANCE	26
MATERIEL ET METHODES	28
I. LE TYPE ET LA DUREE D'ETUDE	29
II. LE LIEU D'ETUDE	29
III- LA SELECTION DES PATIENTES	29

1) Les critères d'inclusion	29
2) Les critères d'exclusion	30
3) Les variables analysées	30
4) Les documents utilisés	31
VI. LA COLLECTE DES DONNEES	33
1. Le calcul de la prévalence	33
2. L'étude des cas recueillis	33
RÉSULTATS	34
I. LA FREQUENCE	35
II. LA REPARTITION DES PATIENTES SELON	35
1. L'âge	35
2. La parité	37
3. Le niveau socio-économique	38
4. Le statut matrimonial	40
5. Le lieu de résidence	41
6. La référence	42
7. Les antécédents	46
8. Les facteurs de risque	50
9. La grossesse actuelle:	54
10. Le déroulement du travail	59
11. L'accouchement	61
12. Le mode de délivrance	65
13. Examen du placenta	67

III. LE DIAGNOSTIC POSITIF	68
1) Clinique.....	68
2) Biologique.....	70
IV. LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE.....	74
V. LA PRISE EN CHARGE	76
1) Les gestes pratiqués.....	76
2) Les mesures de réanimation	77
3) Le traitement médical.....	78
4) L'antibioprophylaxie	80
5) Le traitement chirurgical	80
VI. PRONOSTIC MATERNEL.....	81
VII. L'ETAT DU NOUVEAU NE.....	81
DISCUSSION	85
I. LA FREQUENCE	86
II- REPARTITION DES PATIENTES SELON	88
1) L'âge maternel	88
2) La parité	89
3) Le niveau socio-économique (NSE)	90
4) Statut matrimonial	90
5) Le lieu de résidence.....	91
6) La référence	91
7) Les antécédents	92
8) Les facteurs de risque	94
9) La grossesse actuelle	97
10) Le déroulement du travail.....	99

11) L'accouchement	100
12) Le mode de délivrance.....	103
13) Examen du placenta.....	104
III- PREVENTION DE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE	105
IV. LE DIAGNOSTIC POSITIF.....	108
1) Clinique.....	108
2) Examen clinique.....	110
3) Les signes biologiques.....	111
IV .DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE.....	114
1) causes utérines.....	114
2) Lésions de la filière génitale	120
3) Troubles de la coagulation (coagulopathies).....	124
V- LA PRISE EN CHARGE.....	126
1) Les buts	127
2) Mesures de réanimation	128
3) Les gestes obstétricaux pratiqués.....	132
4) Le traitement médical.....	138
5) L'antibioprophylaxie	144
6) Le traitement chirurgical	144
7) L'embolisation artérielle	154
8)-Cas particulier	157
9) L'arbre décisionnel	158
VI- LE PRONOSTIC MATERNEL.....	161
1) La morbidité maternelle.	161
2) La mortalité maternelle.....	161

VII – PRONOSTIC FOETAL:.....	163
1)- morbidité foetale	163
2) Poids de naissance	163
3) Mort foetale in-utero	163
RECOMMANDATIONS	164
CONCLUSION	169
RÉSUMÉ	172
ANNEXES	176
BIBLIOGRAPHIE	192



Introduction

Chaque jour, dans le monde, 800 femmes meurent pendant leur grossesse ou durant l'accouchement. La plupart de ces décès maternels ont lieu dans les pays en développement.

Selon l'organisation mondiale de la santé, (27%) des décès maternels sont provoqués par des hémorragies sévères [1]

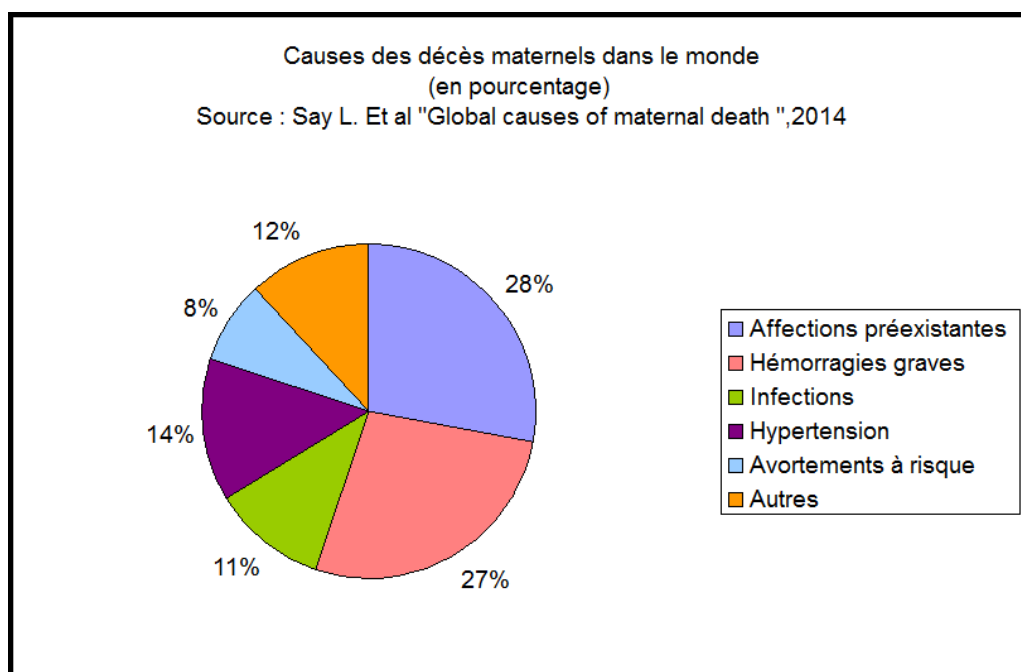


Figure1: causes des décès maternels dans le monde Selon l'OMS [1]

Selon l'UNICEF, l'hémorragie est la première cause directe de mortalité maternelle.

Des études ont montré qu'approximativement 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès aux services de maternité essentiels et aux soins de santé primaires.

En Afrique, des études ont montré que la première cause de mortalité maternelle est l'hémorragie. Dont l'hémorragie du post-partum immédiat occupe le premier rang avec une fréquence de 33% [2].

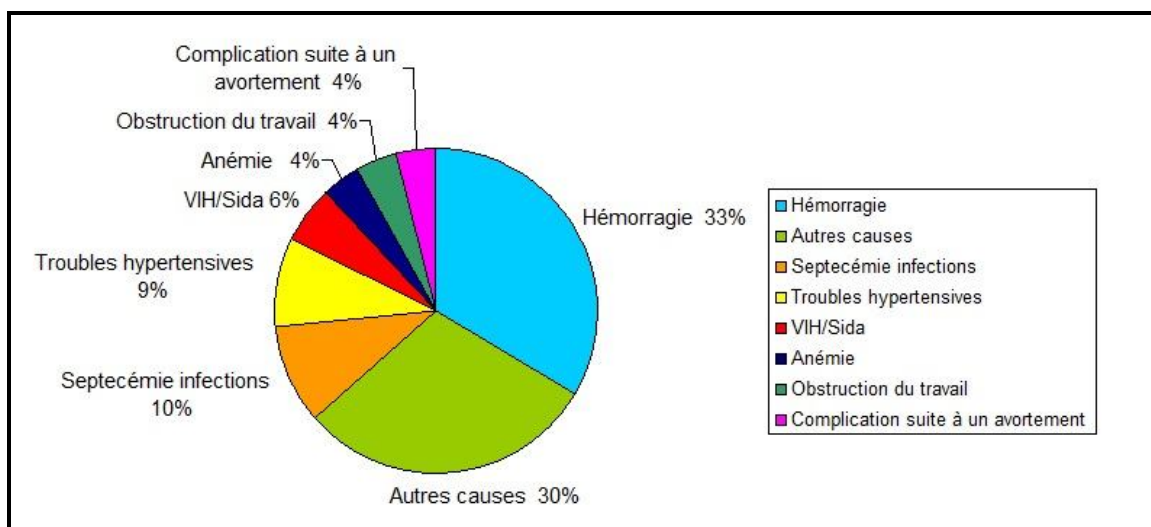


Figure 2 : cause des décès maternels en Afrique selon l'unicef [2].

En France ,cependant, la mortalité maternelle due à l'hémorragie obstétricale a remarquablement diminué (actuellement 1,6 décès/100 000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16 %), et la plus évitable (80 %). Dans les pays développés, l'HPP est la principale cause de morbidité maternelle sévère. [30].

Au Maroc, le ratio de mortalité maternelle a diminué de près de 66% en vingt ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. [4]

Malgré ces progrès, des inéquités persistent en ce qui concerne l'accès aux soins obstétricaux, et ce entre milieux urbain/rural, selon les régions et les niveaux socio-économiques. Le ratio de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100000 naissances vivantes). [4]

Une enquête confidentielle réalisée sur les décès maternels en 2011 a prouvé que 76 % des cas de décès maternel auraient pu être évitable.

Des causes obstétricales directes représentent 80.8% des décès maternels, 33% dus à l'hémorragie de la délivrance. [5]

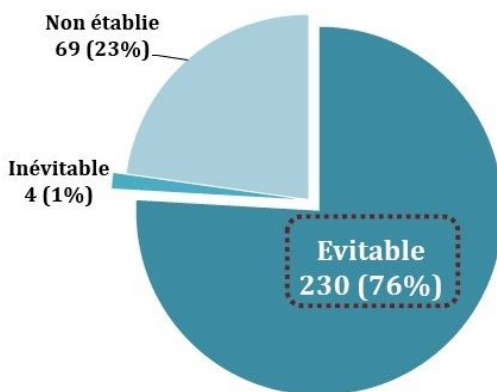


Figure 3 : résultats de l'Audit [5]

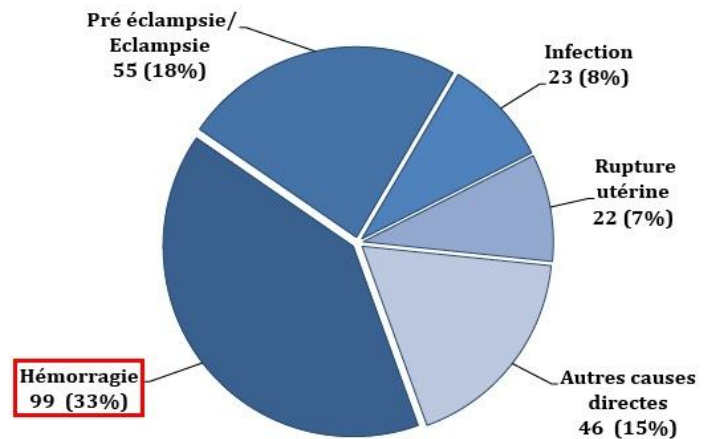


Figure 4 : causes obstétricales directes [5]

Au Maroc , le plan d'action 2012-2016 est mis à jour par le ministère de la santé en vue d'accélérer une réduction de mortalité maternelle et néonatale ; en l'occurrence, le pays s'engage à diminuer ainsi de trois-quarts des décès éventuels de 112 à 50 cas pour 100 000 naissances vivantes , à l'horizon de l'année 2016 [4]

Afin d'atteindre ces résultats , ce plan d'action du Ministère de la Santé compte réaliser les objectifs de couverture suivants : [4]

- 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%.



I - OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Etudier les hémorragies de la délivrance à la Maternité Souissi de Rabat.

II - OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Déterminer la fréquence des hémorragies de la délivrance durant la période de l'étude.
- ❖ Identifier les principaux facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance.
- ❖ Identifier les causes des hémorragies de la délivrance.
- ❖ Evaluer la qualité de prise en charge.
- ❖ Formuler des recommandations.



Généralités

I.DEFINITIONS :

- ❖ L'hémorragie de la délivrance ou hémorragie du post partum immédiat se définit par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant un saignement provenant du tractus génital, anormal par son abondance supérieure à 500ml, survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion foetale par les voies naturelles ou par césarienne [6].
- ❖ La définition classique de l'OMS a été remplacée, par certains auteurs, par les valeurs suivantes : 500 mL pour un accouchement voie basse, et 1000 mL pour une césarienne (la définition retenue à la maternité Souissi de Rabat)
- ❖ Selon le collège Américain de gynécologie et d'obstétrique [7] Les hémorragies du post-partum se définissent comme un saignement responsable d'une chute de plus 10% de l'hématocrite ou nécessitant une transfusion sanguine en post-partum, souvent associée à des troubles de la coagulation.

II.RAPPEL ANATOMIQUE:

1) La vascularisation artérielle utérine : [8]

- **Artère utérine**
- **Artère ovarienne**
- **Artère du ligament rond**

A-l' artère utérine : c'est l'artère principale de l'utérus.

1- Origine : elle naît du tronc antérieur de l'artère iliaque interne(Artère hypogastrique) .

2- Trajet : d'abord vertical en bas puis transversal décrivant un arc à concavité supérieure en surcroisant l'uretère puis pénètre dans le ligament large et monte le long de la face latérale de l'utérus, elle donne un trajet très sinueux , elle doit pouvoir subir l'énorme distension en cas de grossesse.

3- Branches collatérales:

- un peu avant d'atteindre le col, elle donne :
 - des rameaux vesico-vaginaux : avant le croisement avec l'uretère.
 - une artère cervico-vaginale : naît après le croisement avec l'uretère, destinée à la partie inférieure du col utérin.
- le long de son trajet juxta-utérin :

elle donne de nombreux rameaux longs pour le col et des rameaux courts pour le corps de l'utérus.

4- Terminaison : au niveau de la corne utérine

- Artère récurrent du fond utérin
- Rameau tubaire médial
- Rameau ovarique médial

5-Modification gravidique de l'artère utérine : [9-10]

Après la délivrance, l'artère utérine subit une rétraction qui entraîne une augmentation de son calibre, ainsi qu'un étirement du segment inférieur qui tend à rapprocher la crosse de la pince hémostatique de l'opérateur et à l'éloigner de l'uretère et du vagin.

Une pince placée au ras de l'utérus, là où l'artère va cesser d'être libre pour s'accoler à l'utérus, se trouve être en amont des branches cervicovaginales, alors que sur l'utérus non puerpéral, elle serait placée en aval de l'émergence des cervico-vaginales.

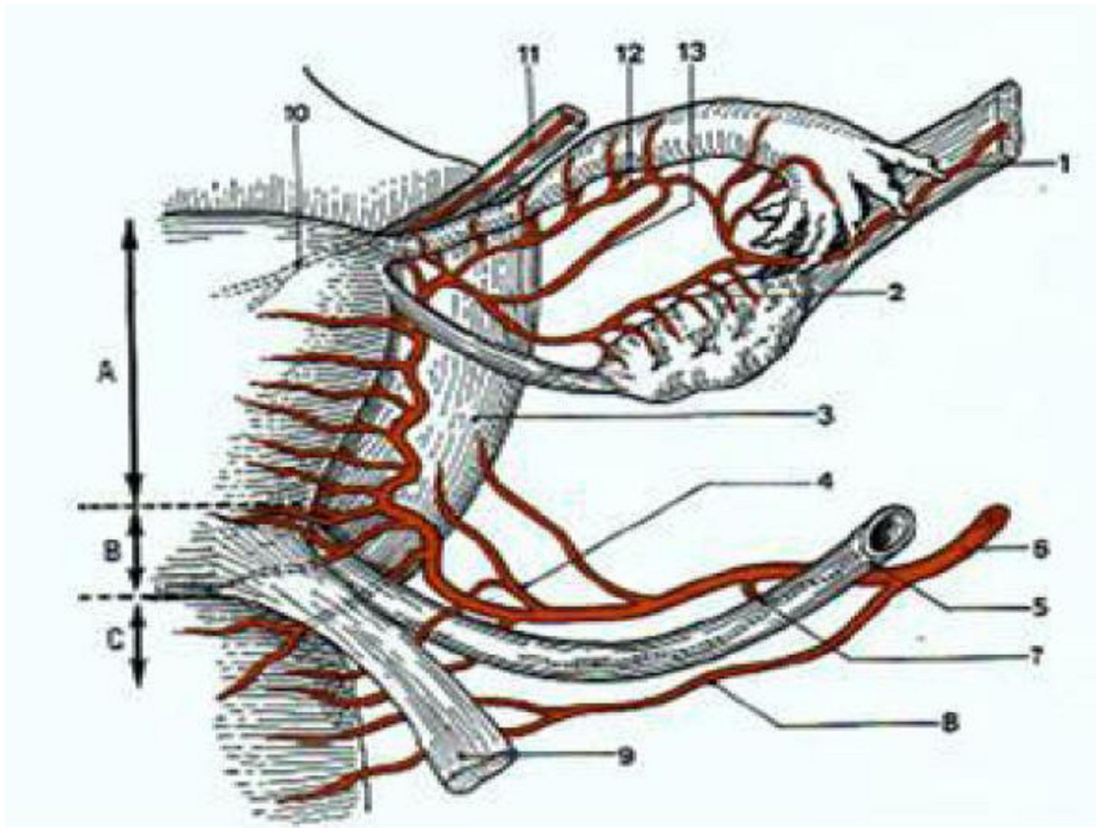


Figure 5 : branches collatérales de l'artère utérine [9-10]

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| A-corps utérin | 6) artère utérine |
| B-portion supra vaginale du col | 7) rameau urétrique |
| C-le dôme vaginal | 8) rameaux vaginaux |
| 1) artère ovarique | 9) ligament utéro sacral |
| 2) arcade infra ovarique | 10) artère du fond utérin |
| 3) vessie | 11) artère du ligament rond |
| 4) branches vésicales | 12) arcade infra tubaire |
| 5) urètre | 13) artère tubaire moyenne |

B. -L' artère ovarienne :

Elle a en général un rôle peu important dans l'irrigation de l'utérus.

1- Origine : elle naît de l'aorte abdominale au niveau de L2

2- Trajet :

- Oblique en bas et latéralement, elle croise successivement :
 - L'uretère au niveau L 3 ou L4.
 - Les vaisseaux iliaques externes
- Elle se dirige ensuite obliquement en bas et vers la ligne médiale, pour cheminer avec le ligament suspenseur de l'ovaire(ligament lombo-ovarien).

3- Términaison : Elle se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire, en donnant des rameaux ovariens et le rameau tubaire latéral, anastomoses de façon variable avec les rameaux homologues de l'artère utérine.

C. Artère du ligament rond :

Nait de l'artère épigastrique inférieure (branche de l'artère iliaque externe) au niveau de sa croisée. - Elle se divise en 2 rameaux se dirigeant :

- L'un vers la grande lèvre.
- L'autre vers la corne utérine où il s'anastomose avec un rameau de l'artère utérine

2) La vascularisation veineuse utérine : [8]

Satellites des artères elles se drainent surtout :

- 1- Par les veines utérines:** qui se déversent dans les troncs iliaques internes (veines hypogastriques) ces veines utérines forment 2 systèmes : Rétro et pré uretéral.
 - 2- Par les veines ovariennes:** Vers la veine cave inférieure, à droite. Vers la veine rénale gauche, à gauche.
 - 3- Très accessoirement par la veine du ligament rond :** vers la veine épigastrique inférieure qui rejoint la veine iliaque externe. (Cette voie ne prend de l'importance que pendant la grossesse).
- **La modification gravidique des veines utérines: [11]**

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps.

3) La vascularisation vaginale : [11]

Elle dépend de haut en bas de l'artère utérine de l'artère vaginale et de l'artère hémorroïdale moyenne.

1-L'artère utérine

Elle donne au niveau de sa crosse :

Des rameaux cervico-vaginaux, en dedans de l'uretère

Des rameaux vésico-vaginaux, en dehors de l'uretère

2- L'artère vaginale

Elle naît souvent directement de l'artère hypogastrique, parfois d'un tronc commun avec l'utérine ou la rectale moyenne.

Elle descend en arrière et en dedans de l'uretère et croise ce dernier en formant avec l'utérine une pince vasculaire.

3- L'artère rectale moyenne

Elle donne quelques rameaux au segment inférieur de la paroi postérieure.

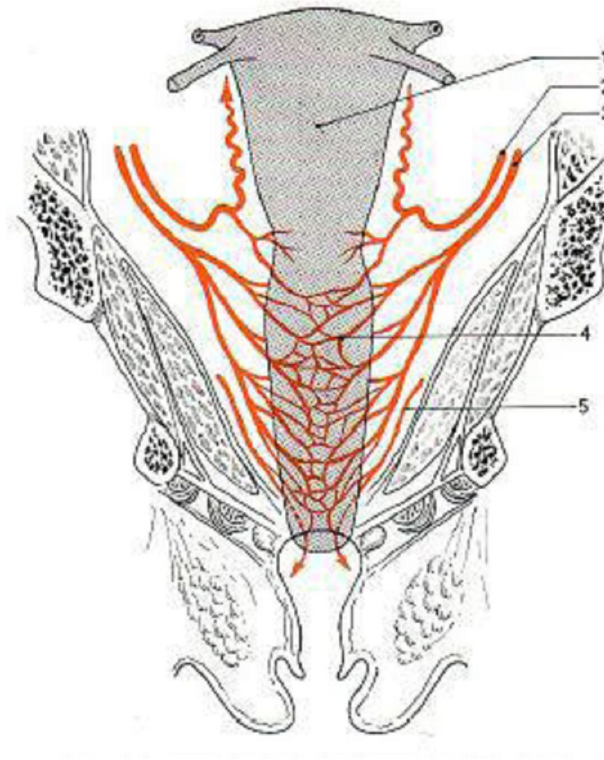


Figure 6 : vascularisation vaginale (d'après DESCOMPS) [10]

1 utérus -2 artère utérine -3 artère vaginale -4 vagin -5 artère rectale moyenne.

4) Le débit utérin : [10-11]

L'augmentation du débit pendant la grossesse est favorisée par l'absence des spires artérielles et l'augmentation de la perméabilité capillaire et veineuse. Ainsi, le débit passe d'environ 100 ml/min à 800 ml/min (troisième trimestre).

Cette augmentation du débit utérin explique l'importance du contrôle des pédicules artério-veineux, dont l'hémostase approximative entraîne très rapidement une déperdition sanguine majeure.

III. PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE :

La délivrance est la troisième étape de l'accouchement avec 3 temps successifs: [12]

- Décollement placentaire
- Migration Placentaire
- Hémostase

1) Phase de décollement placentaire: [13]

Ce décollement est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et des contractions utérines qui le provoquent :

a- Rétraction utérine :

Phénomène passif, correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale, la rétraction utérine aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste mince. Il en résulte un enclavement physiologique du placenta, indispensable à son décollement.

La rétraction utérine et les premières contractions utérines non ressenties par la patiente correspondent à la phase de rémission clinique, qui dure en moyenne 10 à 15 minutes.

b- Contractions utérines :

Elles s'accroissent progressivement en intensité, et sont éventuellement de nouveau ressenties par la patiente, à moins qu'elle ne soit sous analgésie péridurale.

Le placenta enchâtonné physiologiquement , et dont le pourtour est cerné par un anneau musculaire plus épais, subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité utérine.

Il se crée ainsi des décollements par endroits, qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétro-placentaire.

c-Hématome rétro-placentaire : Il aboutit au clivage complet entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravidique) et la couche muqueuse profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

❖ Les critères cliniques de décollement placentaire sont :

1. L'apparition d'un petit filet sanguin à la vulve.
2. L'allongement de la portion extériorisée du cordon.
3. L'ascension du fond utérin en sus ombilical avec souvent une latéro-déviation.

2) Phase de migration et d'expulsion du placentaire [13]

Sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, majoré par le sang retenu par les membranes encore adhérentes aux parois utérines, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse soulevant le corps utérin.

Puis, le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve :

- Le plus fréquemment, par la face fœtale du placenta (mode BAUDELOCQUE), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé.
- Plus rarement par sa face maternelle (mode DUNCAN), surtout s'il est bas inséré. Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue.

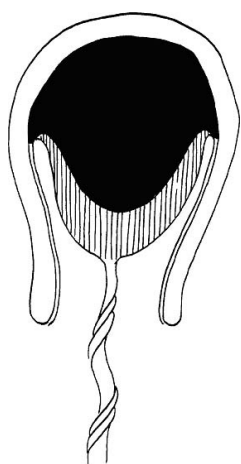


Figure 7 : migration placentaire selon le mode de BAUDELOCQUE [14]

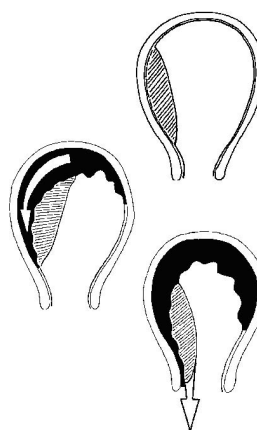


Figure 8: migration placentaire selon le mode de DUNCAN [14]

3) L'hémostase utérine : [12]

- Trois facteurs interviennent pour l'hémostase utérine :

1-Musculaire CU : La rétraction très tonique de l'utérus vient obturer les vaisseaux utérins dans le cours de leur traversée du myomètre en fermant les mailles de la couche plexiforme.

2-Vasculaire : C'est un facteur adjuvant : Il existe une vasoconstriction réflexe au niveau des vaisseaux qui vient diminuer à la fois le calibre et le débit.

3-Hémostatique. : La coagulation et l'organisation des caillots vient compléter et terminer l'oblitération des vaisseaux.

Les deux derniers facteurs sont dépendants étroitement du premier qui est le facteur musculaire lié à la rétraction de l'utérus. Il s'agit là d'un phénomène fondamental qui ne donne sa pleine puissance que sur un utérus vide.

4) Durée de la troisième période de l'accouchement [8]

De nombreuses études ont examiné l'effet de la gestion active sur la troisième période de l'accouchement.

Ces études ont montré que 50% des délivrances se passent dans les 5 minutes qui suivent la naissance du bébé, et 90% des placentas sont délivrés après 15 minutes.

D'autres études ont confirmé la délivrance rapide du placenta ; notamment une étude de l'OMS a trouvé une durée moyenne de la troisième période de l'accouchement de 8,3 minutes.

Cependant, une durée qui dépasse 18 minutes est associée au risque important d'une hémorragie de la délivrance. En outre si la délivrance dure plus de 30 minutes, le nombre d'hémorragies du post-partum est augmenté par six.

5) Différents types de délivrance[13]

a- Délivrance normale spontanée

Il s'agit théoriquement de la délivrance qui se fait chez une patiente en position debout, alors que le placenta est expulsé, sous l'effet des efforts de la poussée abdominale.

b-Délivrance normale naturelle

C'est une direction de la délivrance que l'on favorise par de nombreux gestes dont, par routine : décubitus dorsal, clampage précoce du cordon (favorisant la retenue de sang en amont donc le décollement placentaire).

Dans la plupart des cas , la direction de l'expulsion de la délivrance est la préférée , afin d'accélérer le processus : par une manœuvre de refoulement de l'utérus .

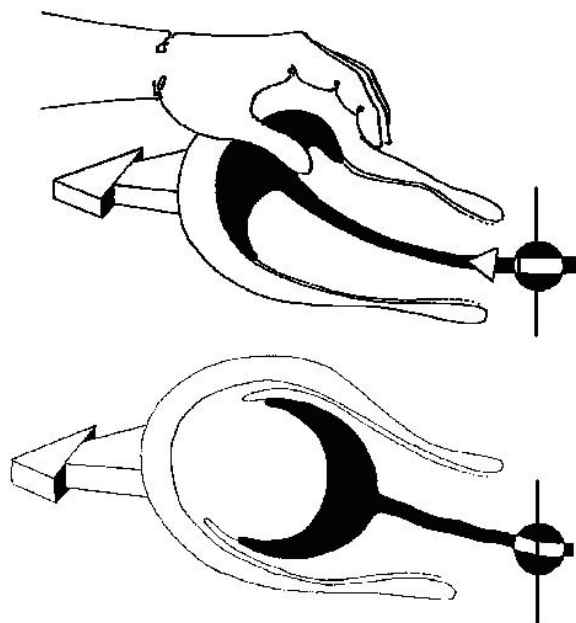


Figure 9 : La manœuvre de refoulement utérin[14]

c-Délivrance dirigée

C'est une direction pharmacologique de l'ensemble de la phase de délivrance.

Son but est de raccourcir la période de la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines, par l'injection d'ocytociques.

Actuellement, l'ocytocine synthétique (Syntocinon®), une ampoule injectée en intra-veineux direct lors du dégagement de l'épaule fœtale antérieure semble être la solution de choix.

Les autres voies d'administration du Syntocinon® proposées n'ont pas la même efficacité immédiate : par voie intra-musculaire, l'effet est plus tardif et aura surtout un intérêt pour prévenir une atonie utérine ultérieure.

d-Délivrance artificielle

Elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

Ses 2 indications sont : une hémorragie de la délivrance survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchâtonné ou incarcéré dans l'utérus ; le non-décollement placentaire au-delà de 30 minutes, après l'accouchement.

Cette manœuvre nécessite quelques précautions :Asepsie , anesthésie péridurale.

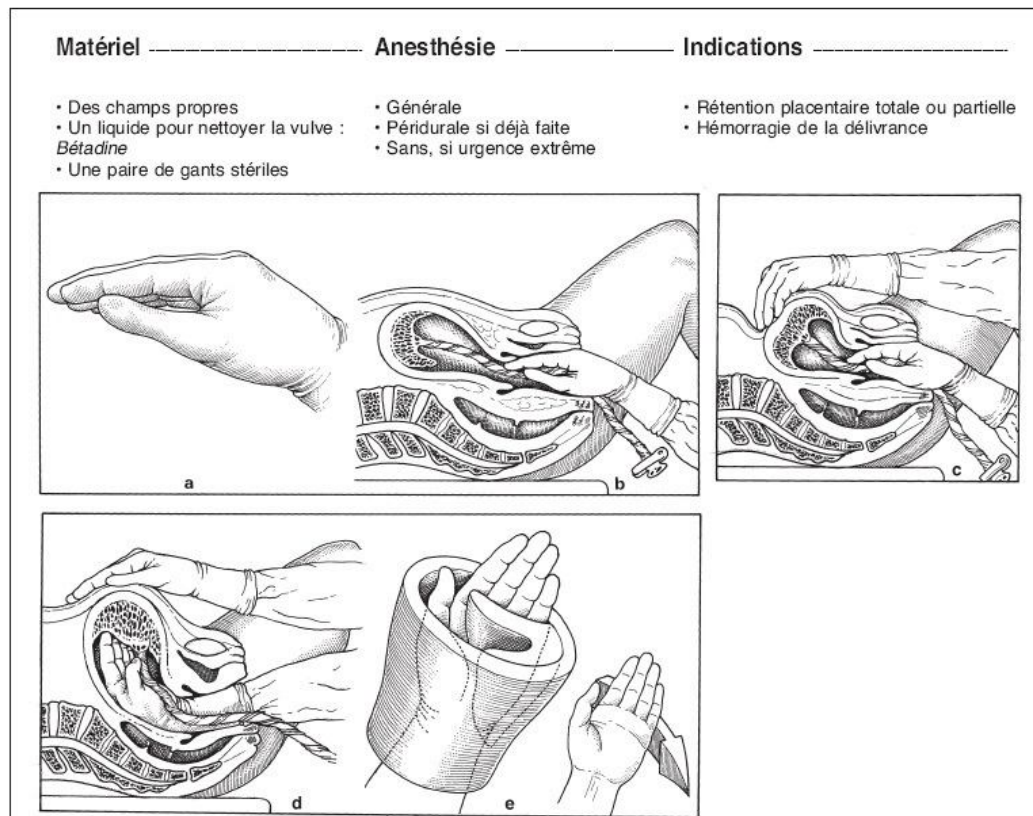


Figure 10 : Délivrance artificielle [15]

IV. EXAMEN DU PLACENTA : [16-17]

Parfois oublié et trop souvent négligé, l'examen du placenta est un temps important.

Il doit être méthodique et réalisé aussitôt la délivrance effectuée [15].

Le placenta doit être disposé sur un plan dur et propre, sous un bon éclairage. Il doit être ensuite débarrassé des caillots présents à l'aide de compresses.

Dans un premier temps, il faut réaliser l'examen des membranes en les dépliant pour vérifier leur intégrité.

Ensuite, il faut que cet examen vérifie si les membranes sont vierges de tout vaisseau. Si un vaisseau est visualisé, il faut alors voir s'il n'est pas interrompu. Si c'est le cas, cela signifierait qu'un cotylédon aberrant est resté dans la cavité utérine.

Rarement, il peut y avoir du tissu placentaire sur les membranes : on parle de placenta « circum vallata ».

On peut également observer la présence de petits nodules blanc gris de 2 à 3 mm de diamètre, proches de l'insertion du cordon : on parle d'« amnios nodosum ».

Il faut être attentif à la distance entre le bord membranaire et le placenta car si celle-ci est inférieure à 10 cm, l'on suspecte un placenta bas inséré.

Il est nécessaire d'être attentif aussi tout simplement à la coloration des membranes et à l'odeur placentaire.

Dans un deuxième temps, l'examen du cordon est essentielle, en le mesurant tout d'abord (50 à 70 cm).

Il faut aussi observer son insertion, qu'elle soit centrale, paracentrale ou en raquette en fonction de sa position par rapport au placenta, en allant du centre aux bords de celui-ci. Si son insertion se fait sur les membranes, on parle d'insertion vélamenteuse, qui s'avère très dangereuse (syndrome de Benkiser).

Enfin, il faut vérifier qu'il est bien composé de deux artères et d'une veine.

Dans un dernier temps, on retourne le placenta et on examine sa face maternelle. La galette placentaire doit être complète, intègre et la moindre suspicion de cotylédon manquant doit entraîner une révision utérine.

Plus rarement, un hématome rétroplacentaire est visualisé sur cette face placentaire.

On peut observer des zones d'infarctus au niveau du placenta, infarctus récents ou anciens en fonction de leur coloration.

Une fois l'examen du placenta terminé, il faut encore le peser (un sixième du poids foetal).

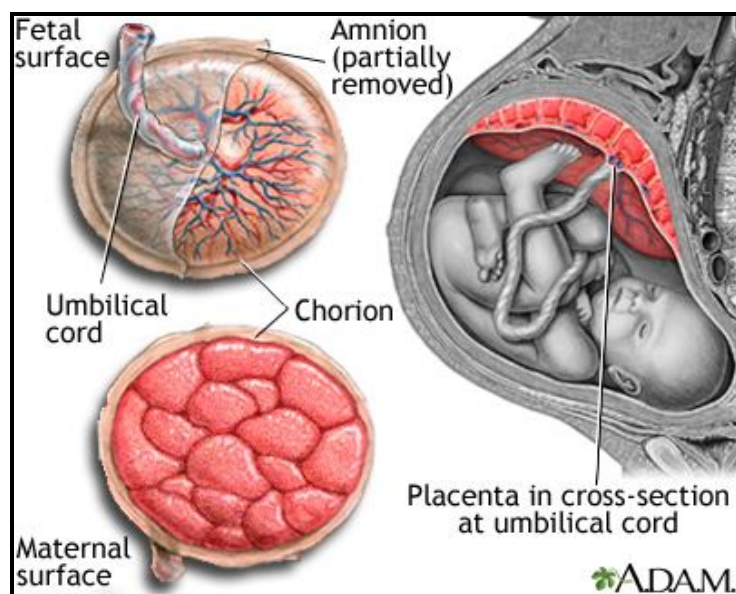


Figure 11: placenta normal [17]

V.SURVEILLANCE DE LA DELIVRANCE (AVANT, PENDANT ET APRES) [16]

Uniquement clinique, cette étape repose sur cinq critères : pression artérielle, fréquence cardiaque, hauteur/ tonicité utérines, écoulement de sang à la vulve et descente du cordon.

Une fois le dégagement foetal réalisé, il est important de 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 ainsi être dépisté par l'accélération du pouls maternel, qui serait 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 position sous ombilicale.

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. Finalement, un écoulement extériorisé de sang demande une extrême vigilance. Certes, une fois l'accouchement terminé , il s'avère utile de placer un sac de recueil ; les pertes sanguines étant très souvent sous-estimées , les conséquences pourraient être néfastes.

Après l'expulsion placentaire, la surveillance clinique doit être sérieuse et se faire environ tous les quarts d'heure durant un minimum de 2 heures [18].

La présence d'un « globe utérin de sécurité » est essentielle durant le post-partum.

❖ Diagnostic du décollement [12]

La manoeuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut : une main empaume la partie basse de l'utérus à travers la paroi abdominale et le remonte vers l'ombilic. Tant que le placenta n'est pas décollé, le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus.

Or, lorsque le placenta est décollé, cette manoeuvre ne fait plus remonter le cordon.

D'après le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), en cas de non-délivrance, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle en l'absence de saignement entre 30 et 60 minutes après l'accouchement. [30].

Une fois que le placenta est décollé, son expulsion est habituellement favorisée par une pression sur le fond utérin, réalisant un mouvement de piston utérin qui amène le placenta à la vulve.



Matériels et méthodes

I. LE TYPE ET LA DUREE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective du 01/05/2015 au 30/09/2015, basée sur le recueil systématique des cas d'hémorragie de la délivrance survenue chez les parturientes pendant notre durée d'étude et des cas d'accouchement avec des suites de couches non hémorragiques pendant cette période .

II. LE LIEU D'ETUDE :

Notre étude a été effectuée au sein de la Maternité Souissi De Rabat dont la capacité litière est de 201 lits.

III- LA SELECTION DES PATIENTES :

1) Les critères d'inclusion

Les patientes incluses durant cette étude :

- les patientes admises en travail à la Maternité Souissi de Rabat pour accouchement ayant présenté dans les 24H du post-partum une hémorragie de la délivrance.
- les patientes référées à la Maternité Souissi de Rabat pour prise en charge d'une hémorragie de la délivrance.
- les patientes admises en travail à la Maternité Souissi de Rabat pour accouchement avec des suites de couches non hémorragiques dans la même période de l'admission des patientes avec hémorragie de la délivrance.

2) Les critères d'exclusion :

Les patientes exclues durant cette étude :

- Les patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance, mais dont les dossiers sont inexploitables : vue l'insuffisance des informations.
- Les patientes ayant présenté une complication du post partum en dehors de l'hémorragie de la délivrance.
- Les patientes admises en dehors du travail au service de gynéco obstétrique pour la prise en charge d'une complication de leurs grossesses.

3) Les variables analysées :

En vue d'exploiter au maximum les données en fonction de notre étude , les informations ci-dessous ont été relevées pour chaque dossier:

- L'âge de la patiente qui a été réparti en tranche d'âge : (15-19), (20-29), (30-39), (40-49).
- La parité.L'âge gestationnel de la grossesse.
- Le suivi et le lieu de grossesse.
- Le lieu de référence et moyens de transport.

Les antécédents (médicaux, gynéco obstétricaux, chirurgicaux).

- L'état de la patiente et l'examen à l'admission.
- Le déroulement du travail : la durée du travail ; les manoeuvres utilisés.

- Le mode d'accouchement.
- Le traitement reçu.
- Le mode de délivrance.
- L'examen du placenta
- La quantité du sang de l'hémorragie de la délivrance.
- Le retentissement sur l'état général maternel.
- Les moyens de diagnostic positif.
- Les circonstances étiologiques.
- Le traitement instauré.
- L'état du nouveau né.
- L'évolution.

4) Les documents utilisés :

4-1) Un registre obstétrical :

Il regroupe les données administratives de la patiente (nom, numéro de dossier, habitat, âge, parité, âge gestationnel, diagnostic, mode d'accouchement, date d'accouchement, mode de délivrance, l'état du nouveau né, évolution), tel registre est rempli au fur et à mesure des admissions des patientes.

4-2) Un partogramme :

Représentation graphique des diverses étapes du travail, il comprend trois éléments :

- La surveillance obstétricale de la progression du travail (le degré de dilatation cervicale, la qualité du col, la descente du mobile foetal, les contractions utérines).
- La surveillance du fœtus (le rythme cardiaque foetal, la présentation, la poche des eaux intacte ou rompue et la qualité du liquide amniotique)
- La surveillance de la mère (pouls, tension artérielle, température, urines, événements intercurrents, rubrique thérapeutique).

4-3) Une Observation médicale :

Elle contient les renseignements sur la parturiente ayant présenté l'hémorragie de la délivrance : l'identité, le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le bilan paraclinique, le diagnostic étiologique, la prise en charge thérapeutique, l'évolution et le suivi.

4-4) Une fiche d'exploitation : (voir annexes)

VI. LA COLLECTE DES DONNEES :

Une autorisation préalable du directeur et des chefs de services d'obstétrique de la Maternité Souissi de Rabat a été obtenue pour permettre de mener notre étude au sein de la maternité.

Le bureau des archives des services était visité quotidiennement afin de consulter les dossiers et de remplir la fiche d'exploitation.

1. Le calcul de la prévalence:

Le calcul de la prévalence a été basé sur la formule suivante : le nombre de patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance durant la période de l'étude rapportée au nombre total des patientes accouchées durant cette période à la maternité.

2. L'étude des cas recueillis :

❖ Etude descriptive :

Les cas de notre série ont été répartis en fonction de l'âge ; de la parité ; de l'âge gestationnel; du niveau socio-économique ; de l'état matrimonial ; du lieu de résidence; le suivi de la grossesse et le lieu du suivi ;l'évolution de la grossesse ; le lieu de référence ; les antécédents de la patiente ;les facteurs du risque ; l'état de la patiente et l'examen à l'admission ; le déroulement du travail ; l'accouchement ; les manoeuvres instrumentales ; le mode de délivrance ; l'examen du placenta .

Pour les cas d'hémorragie de la délivrance : la quantité du sang ; le retentissement sur l'état général maternel ; les moyens de diagnostics positif et étiologique ; le traitement instauré ; l'état du nouveau-né et de l'évolution maternelle.



Résultats

RESULTATS DE L'ETUDE

I. LA FREQUENCE :

Durant la période de notre étude qui s'était déroulée du 1er mai 2015 au 30 septembre 2015, on a compté 84 cas d'hémorragie de la délivrance dont 13 dossiers inexploitables et 71 dossiers exploitables, sur un nombre total d'accouchement de 7460, soit une fréquence de 1.12% et on a comparé ces cas avec 142 cas des suites de couches non hémorragiques.

II. LA REPARTITION DES PATIENTES SELON :

1. L'âge

La moyenne d'âge des patientes est de 28,44 la tranche d'âge la plus représentée est située entre (20 - 29) et (30 - 39).

Tranche d'âge (ans)	Nombre de femmes	Pourcentage (N=71)
15-19	7	9.8% (n=7)
20- 29	31	43.7%(n=31)
30- 39	30	42.3% (n=30)
40- 49	3	4.2% (n=3)

Tableau 1 : pourcentage des tranches d'âge des cas d'hémorragies de la délivrance observés.

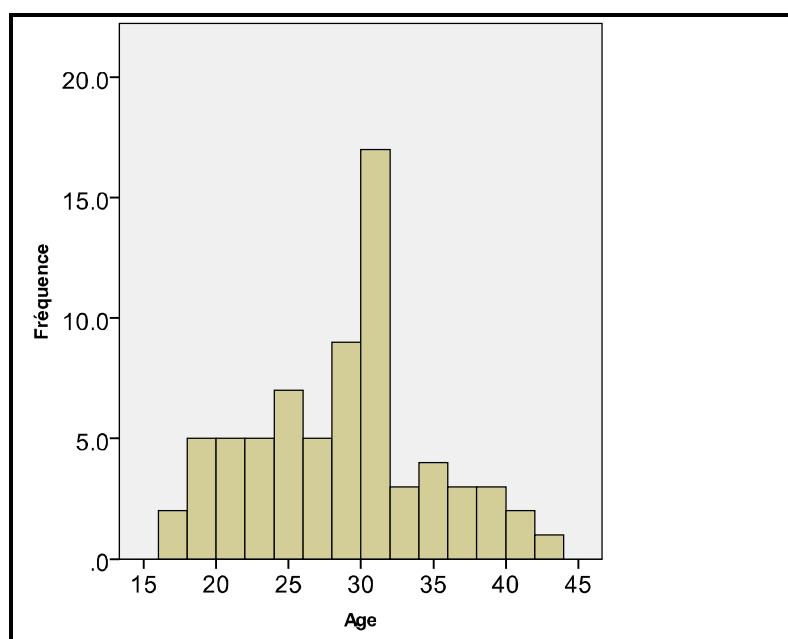


Figure 12: graphique de la répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon l'âge des patientes

Tranche d'âge ans	Pourcentage de l'HDD (N=71)	Pourcentage des SCN (N=142)
15 -19	9.8% (n=7)	3.5% (n=5)
20-29	43.7% (n=31)	49.2% (n=70)
30-39	42.3% (n=30)	42.3% (n=60)
40-49	4.2% (n=3)	5% (n=7)

Tableau 2 : tableau comparatif de pourcentage des tranches d'âge entre les cas d'hémorragies de délivrance (HDD) et des cas des suites de couches non hémorragiques(SCN)

Les tranches d'âge les plus fréquentes sont entre 20 - 29 ans et 30 - 39 ans dans les cas d'hémorragie de la délivrance et des suites de couches non hémorragiques correspondantes à la période de l'activité génitale chez la femme. Il y a plus d'adolescentes dans la série d'HPP 9.8% contre 3.5%(p=0.7)(NS).

2. La parité :

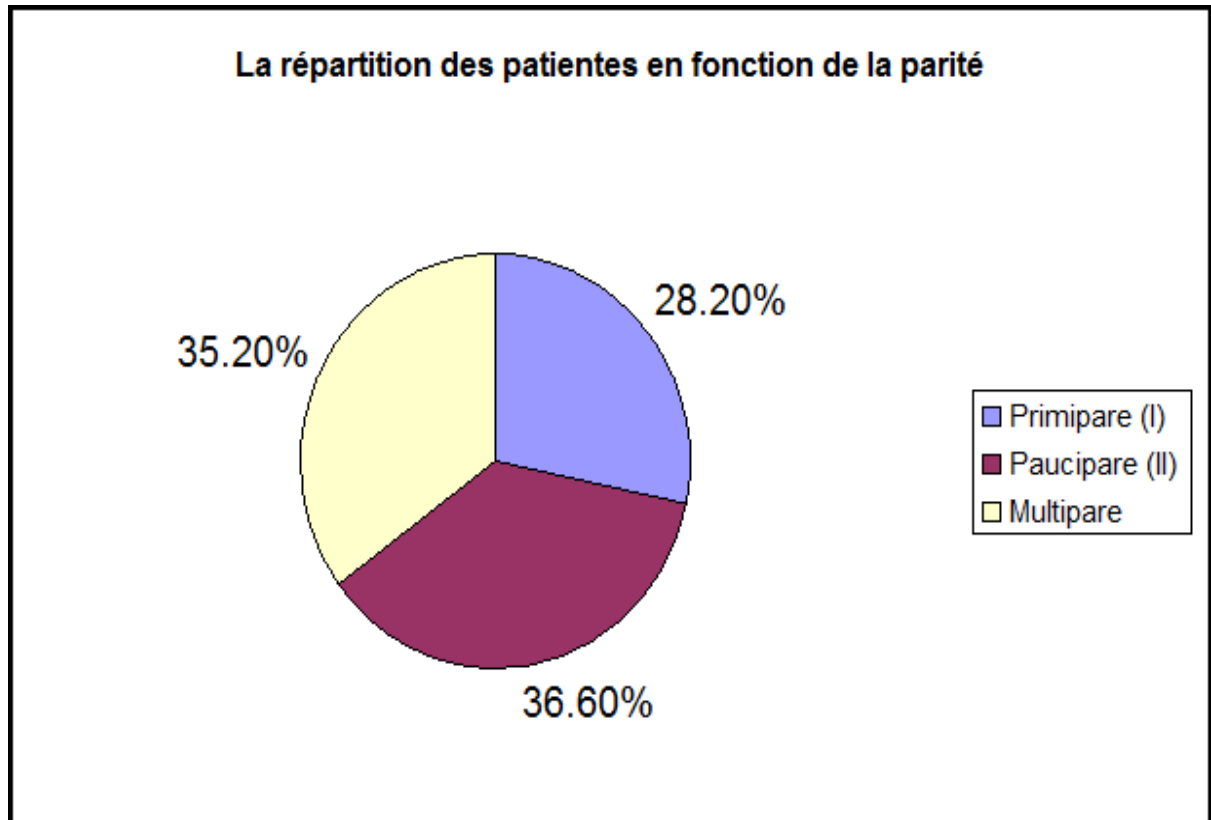


Figure 13 : graphique de la répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la parité.

On constate que les paucipares sont les plus touchées par l'hémorragie de la délivrance avec un nombre de 26 et une fréquence de 36.6% suivie par les multipares avec un nombre de 25 et une fréquence de 35.2% .

La parité	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Primipare (I)	28.2% (n=20)	41.5% (n=59)
Paucipare (II)	36.6% (n=26)	32.5% (n=46)
Multipare	35.2% (n=25)	26 % (n=37)

Tableau 3 : tableau comparatif de parité entre les cas d'hémorragies de délivrance et des cas des suites de couche normales.

On note que le taux des multipares est plus élevé parmi les cas d'hémorragie de la délivrance avec un taux de 35.2% par rapport aux cas des suites de couches non hémorragiques avec un taux de 26%, notre résultat est statistiquement significatif ($p=0.01$).

3. Le niveau socio-économique :

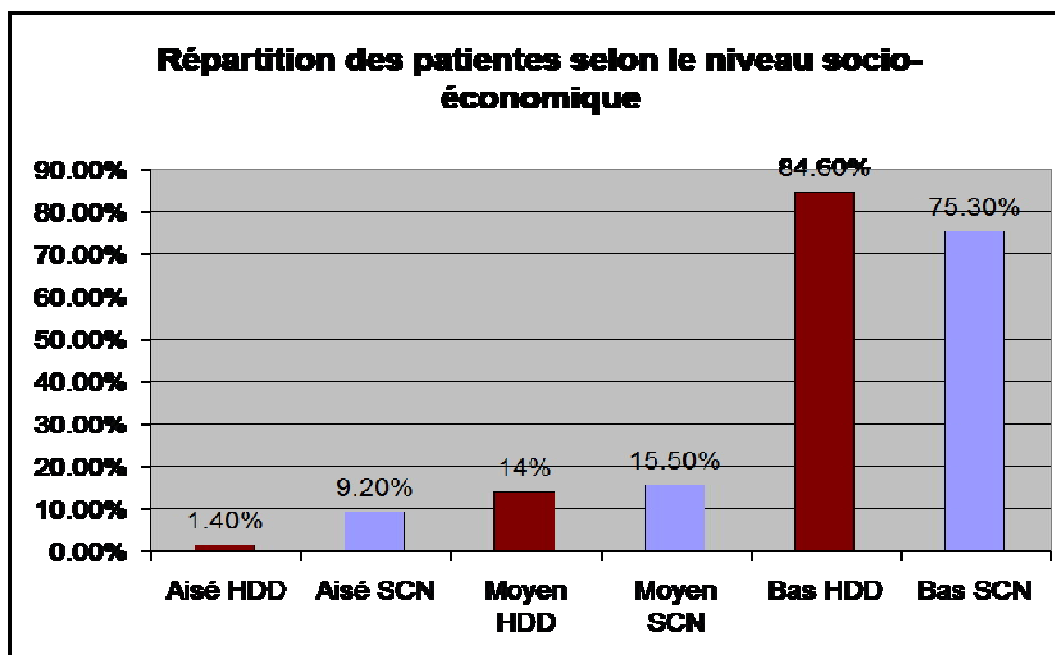


Figure 14 : graphique de la répartition des cas selon le niveau socio-économique

NSE	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Aisé	1.4% (n=1)	9.2% (n=13)
Moyen	14% (n=10)	15.5% (n=22)
Bas	84.6% (n=60)	75.3% (n=107)

Tableau 4 : tableau comparatif de NSE entre les patientes des cas d'hémorragies de délivrance et des cas des suites de couches non hémorragiques.

On constate que la plupart des femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance sont de niveau socio-économique bas, alors qu'une diminution du taux d'hémorragie de la délivrance est notée chez les femmes appartenant à un milieu social moyen et aisé. En effet, l'accessibilité aux consultations prénatales et la surveillance de la grossesse expliquent bien le fait que le niveau socio-économique aisé et moyen soit plus élevé chez les patientes avec des suites de couches non hémorragiques.

Notre résultat est statistiquement significatif ($p < 0.001$).

4. Le statut matrimonial :

94.4% de nos patientes sont mariées

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	3	4.20%
Divorcée	1	1.40%
Mariée	67	94.40%

Tableau 5: Pourcentage des accouchées ayant eu une HDD selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Célibataire	4.2% (n=3)	0.7% (n=1)
Divorcée	1.4% (n=1)	0% (n=0)
Mariée	94.4%(n=67)	99.3% (n=141)

Tableau 6 : tableau comparatif du statut matrimonial entre les cas d'hémorragies de la délivrance et des cas des suites de couches non hémorragiques.

On constate que le taux des patientes célibataires est plus élevé chez les patientes ayant eu une HDD par rapport aux patientes avec des suites de couches non hémorragiques. Ainsi, notre résultat est statistiquement significatif ($p=0.04$).

5. Le lieu de résidence :

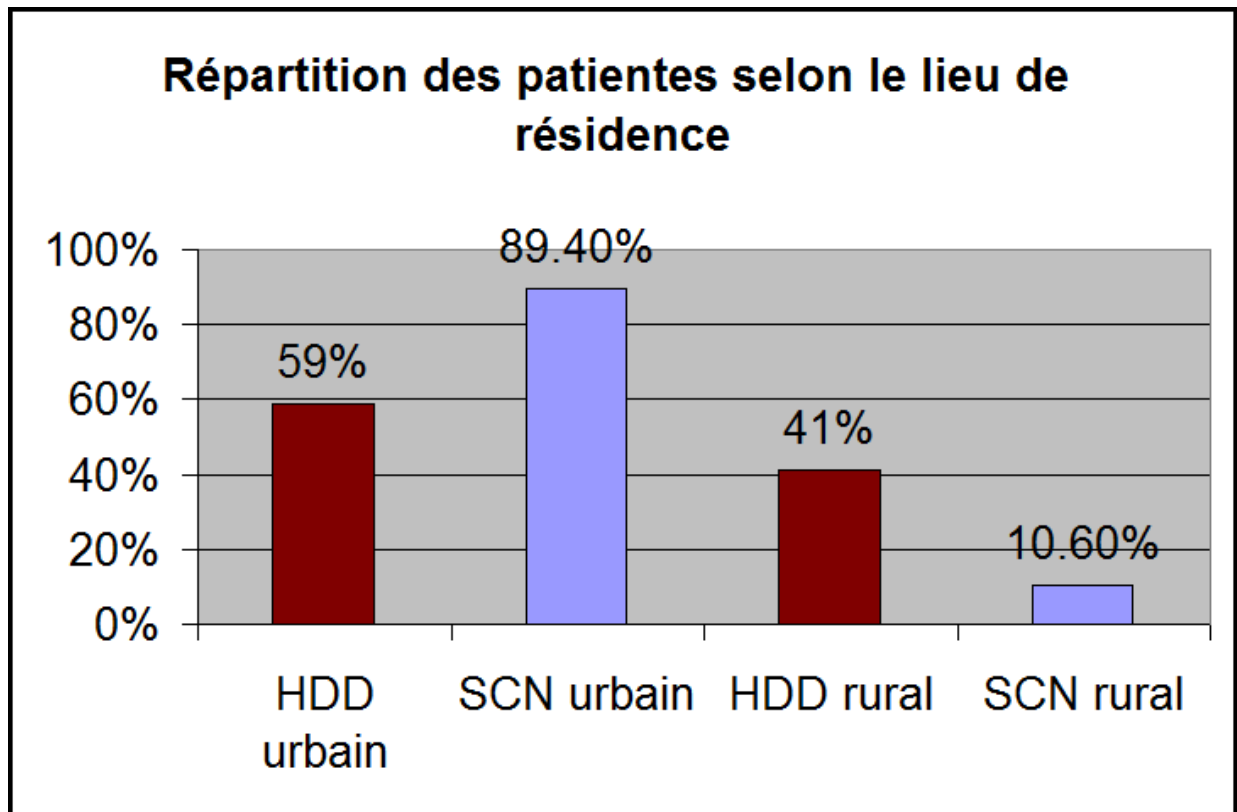


Figure 15 : graphique comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon le lieu de résidence

Les patientes habitant en milieu urbain constituent 59% des cas d'HDD, mais 41% des cas proviennent du milieu rural.

Par contre on constate que 89.4% des patientes avec des suites de couches non hémorragiques habitent en milieu urbain et 10.6 % des cas en milieu rural, (NS)($p=0.08$).

6. La référence :

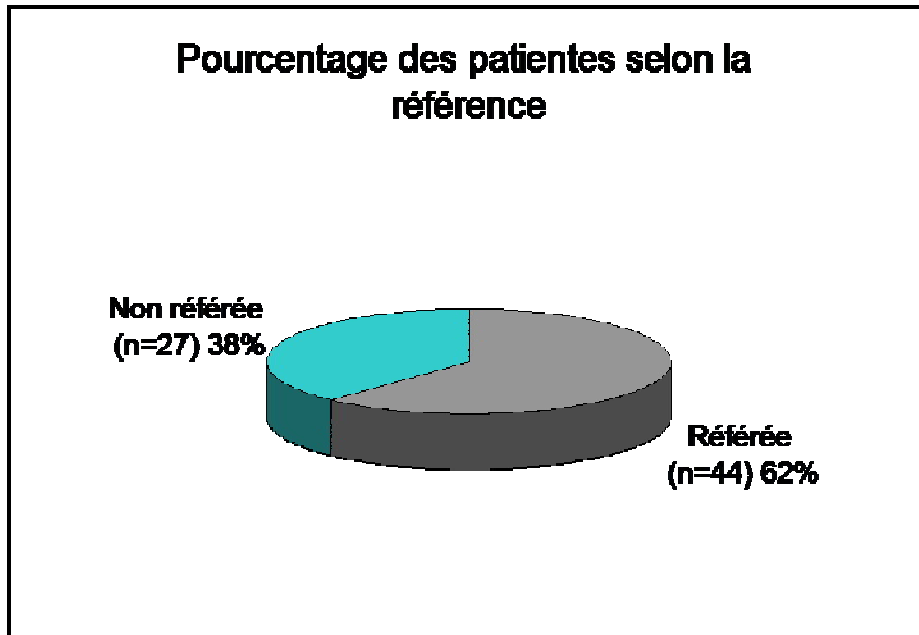


Figure 16 : graphique de répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la référence

Les patientes référées sont plus nombreuses que celles admises directement à la Maternité Souissi de Rabat , dont 27 patientes référées pour hémorragie de la délivrance et 17 patientes référées pour autre cause.

Cause de référence	Effectif (N=44)	Pourcentage
HDD	27	61.4%
Autre cause	17	38.6%

Tableau 7 : Répartition des référées selon la cause de référence

6-1) Le lieu de référence :

On remarque que nos patientes étaient référées surtout de Khémisset suivie par Skhirate-Temara.

Lieu de référence	nombre	pourcentage (N=44)
Khémisset (CSUA)	20	45.5% (n=20)
Skhirate-Temara (CHP, CSUA, CSCA)	11	25% (n=11)
Benslimane(CSUA)	5	11.4% (n=5)
CHP Moulay abdellah-Salé	3	6.8% (n=3)
Sidi Kacem(CSCA)	2	4.5% (n=2)
Larache-Ksar El Kebir (CSUA)	1	2.3% (n=1)
Rabat (CS-HIS)	2	4.5% (n=2)

Tableau 8 : Répartition des référées selon le lieu de référence

CSUA : Centre de santé urbain avec module d'accouchement
CSCA : Centre de santé Communal avec module d'accouchement
CS : Centre de santé
HIS : Hôpital Ibn Sina

6-2) Le transport :

Le transport dans la majorité des cas était assuré par l'ambulance.

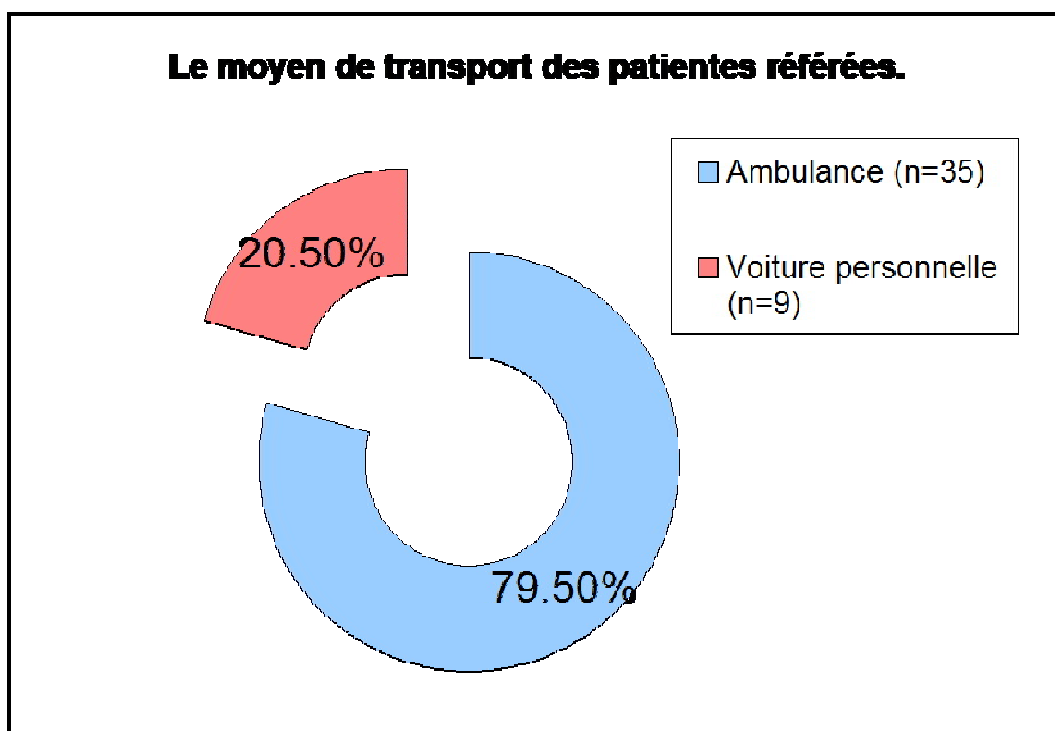


Figure 17 : graphique de la répartition des cas référés selon le moyen de transport.

6-3) Le délai d'arrivée :

On remarque que le délai d'arrivée dans tous les cas est trop lent.

Lieu de référence	La distance (en Kms)	Le DNA	Le DMA	Le retard
Larache-Ksar El Kebir CSUA	193 KM	2h17	4h	1h43
Sidi Kacem-CSCA	165 KM	2h23	3h	37min
Khemisset CSUA	90.4 KM	1h15	3h	1h45
Rommani-CSUA	76.8 KM	1h24	2h40	1h16
Benslimane-CSUA	63.3 KM	1h	2h	1h
Tiflet-CSUA	62.4 KM	1h	2h	1h
Benslimane-Bouznika-CSUA	40.9 KM	42min	HNP	*****
Ain El Aouda-CSUA	27.6 KM	38min	2h15	1h37
Sidi Yahya Zaer CSCA	23.5 KM	33min	1h	27min
CHP Skhirate-Temara	14 KM	22min	1h30	1h08
CHP Moulay abdellah-Salé	8.3 KM	16min	HNP	*****
Rabat-CC EL KARMA	4.6 KM	11 min	HNP	*****
Rabat-HIS	750 M	10min	HNP	*****

Tableau 9 : Tableau comparatif entre le délai optimal du transport des patientes et le délai moyen d'arrivée .

DNA : Délai nécessaire d'arrivée

DMA: Délai moyen d'arrivée

HNP : Heure non précisée à la fiche de référence.

7. Les antécédents

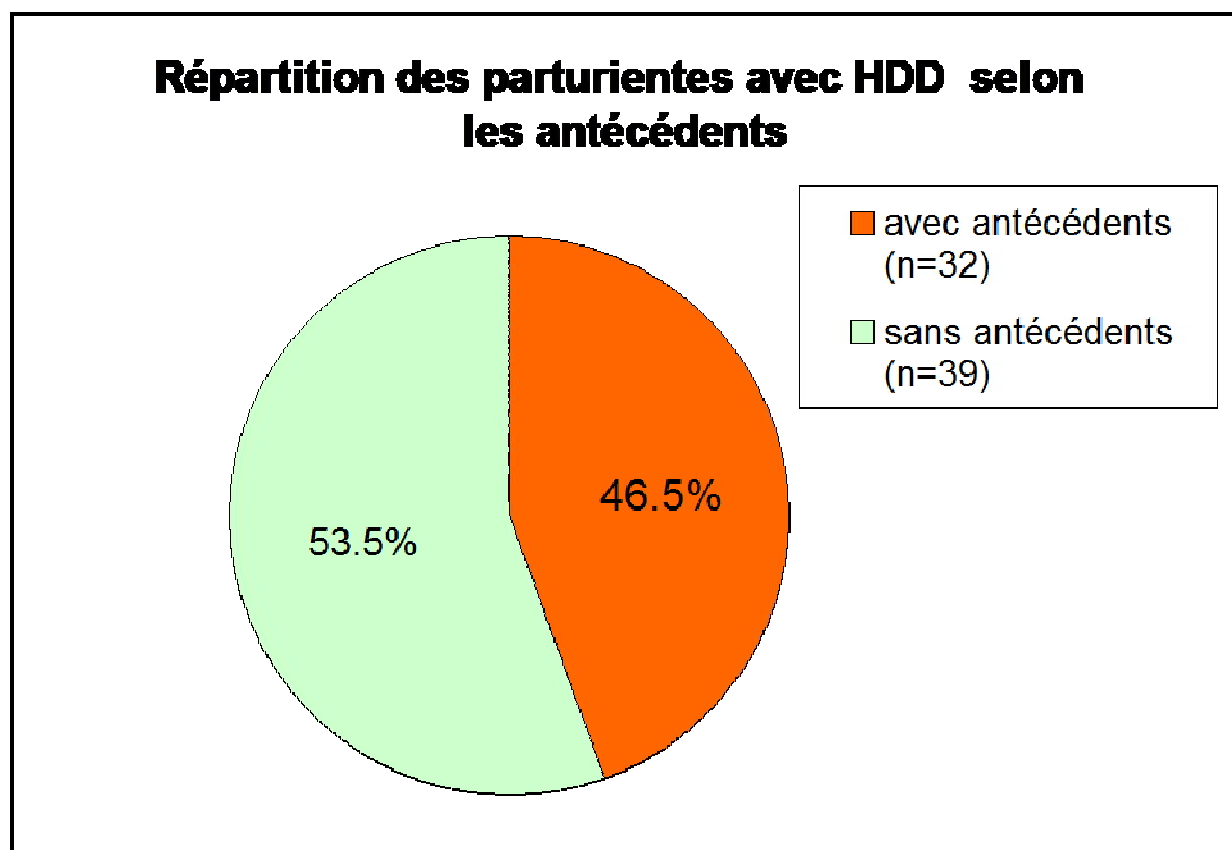


Figure 18 : Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon leurs antécédents.

Antécédents	Nombre de cas	Pourcentage (N=71)
Avortement	11	15.5%
AVB+épisiotomie	9	13%
Utérus cicatriciel (césarienne)	7	9.8%
Mort-nés	2	2.8%
Macrosomie	2	2.8%
AVB+ventouse	2	2.8%
Grossesse gémellaire	2	2.8%
Présentation transverse	1	1.4%
Dystocie dynamique	1	1.4%
Présentation siège	1	1.4%
Hématome rétro-placentaire	1	1.4%
Placenta praevia	1	1.4%
Malformation utérine*	1	1.4%
Intervention chirurgicale	3	4.2%
Cardiopathie	3	4.2%
Diabète	1	1.4%
Asthme	1	1.4%
TB pulmonaire récente	1	1.4%

Tableau 10 : répartition des cas d'HDD selon les antécédents

* malformation utérine : utérus bicorne bicervical.

Dans la majorité des cas, il est question d'association d'au moins deux antécédents.

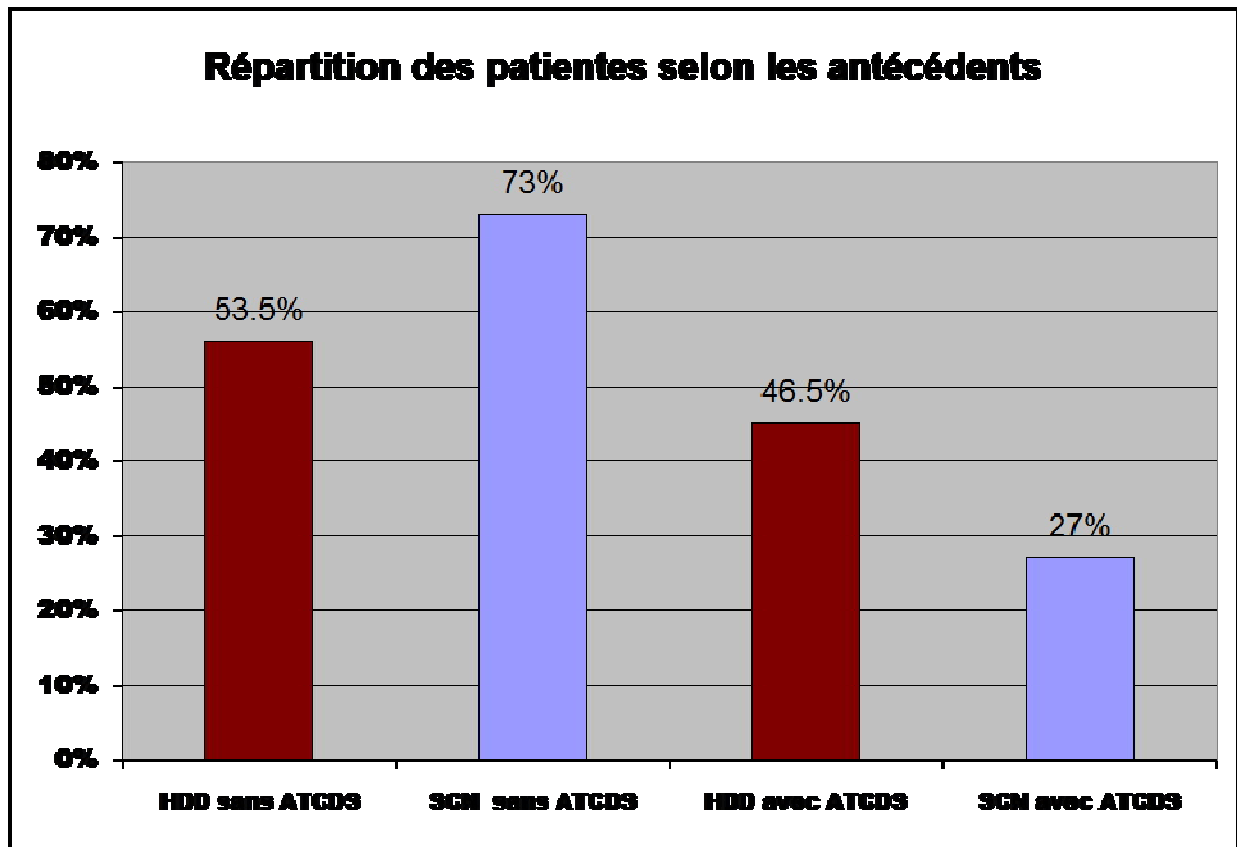


Figure 19 : Représentation des cas selon les antécédents.

On constate que les antécédents sont plus fréquents chez les patientes ayant présenté une HDD (46.5%) que chez les femmes avec des suites des couches non hémorragiques (27%) .

Patiente avec	HDD (N=71)	SCN(N=142)
Antécédents	46.5% (n=33)	27% (n=38)
Sans antécédents	53.5%(n=38)	73% (n=104)
Type d'antécédent	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Avortement	15.5% (n=11)	9.15% (n=13)
AVB+épisiotomie	13% (n=9)	9.15% (n=13)
Utérus cicatriciel (césarienne)	9.8% (n=7)	7% (n=10)
Mort-nés	2.8% (n=2)	0% (n=0)
Macrosomie	2.8% (n=2)	0.7% (n=1)
AVB+ventouse	2.8% (n=2)	0% (n=0)
Grossesse gémellaire	2.8% (n=2)	0% (n=0)
Présentation transverse	1.4% (n=1)	0% (n=0)
Présentation siège	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)
Hématome rétro-placentaire	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)
Placenta praevia	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)
Malformation utérine	1.4% (n=1)	0% (n=0)
HTAG	0% (n=0)	0.7% (n=1)
SFA	0% (n=0)	0.7% (n=1)
Dystocie dynamique	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)
Bassin limite	0% (n=0)	1.4% (n=2)
Intervention chirurgicale	4.2% (n=3)	1.4% (n=2)
Cardiopathie	4.2% (n=3)	0.7% (n=1)
Diabète	1.4% (n=1)	0% (n=0)
Asthme	1.4% (n=1)	2.8% (n=4)
TB pulmonaire	1.4% (n=1)	0.7% (n=1)

Tableau 11 : Tableau comparatif des antécédents entre les cas d'HDD et les cas des SCN

L'avortement est l'antécédent le plus fréquent dans notre série. Il se trouve dans 15.5% des cas d'HDD contre 9.15 % des cas sans HDD. (p=0.01).

Pour les autres antécédents notre résultat n'est pas statistiquement significatif .

8. Les facteurs de risque :

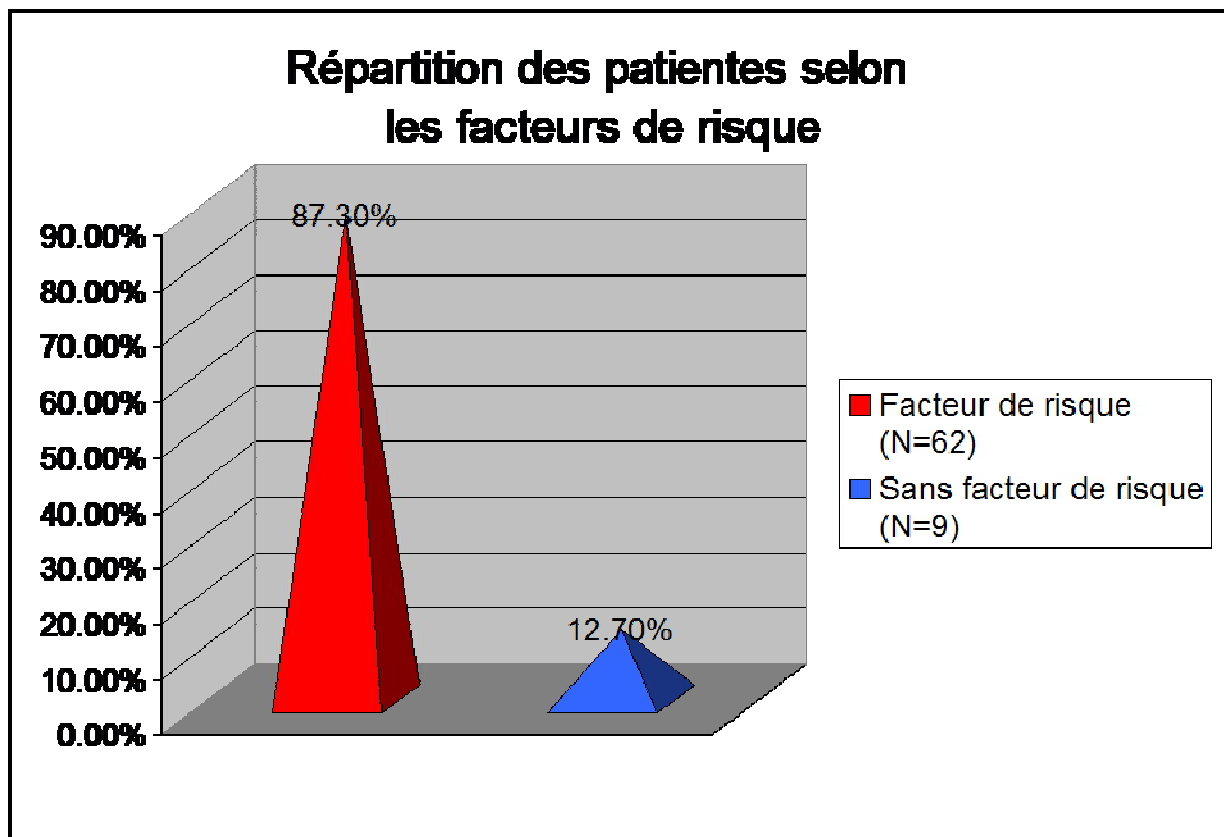


Figure 20: Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon les facteurs de risque.

62 patientes soit un taux de 87.30% des cas d'HDD avaient eu un ou plusieurs facteurs de risque.

Facteur de risque	Nombre	Pourcentage (n=71)
Extraction instrumentale	13	18.3%
Travail prolongée	6	8.4%
Travail rapide	8	11.2%
Stagnation	6	8.4%
Pré-éclampsie	2	2.8%
Grossesse gémellaire	3	4.2%
Multiparité	25	35.2%
Lésions col/périnée/vagin	35	49.2%
Chorioamniotite	3	4.2%
Cicatrice corporeale	7	9.8%
Age maternel > 40 ans	3	4.2%
Obésité maternelle	10	14%
PN>4000g	6	8.4%
Mort fœtale in utero	2	2.8%

Tableau 12 : Répartition des patientes selon les facteurs de risque .

D'après le tableau on peut considérer que les facteurs de risque les plus incriminés sont les lésions du col, du vagin et du périnée avec un taux de 49.2%, ainsi que la multiparité avec un taux de 35.2% dans les cas d'hémorragie de la délivrance.

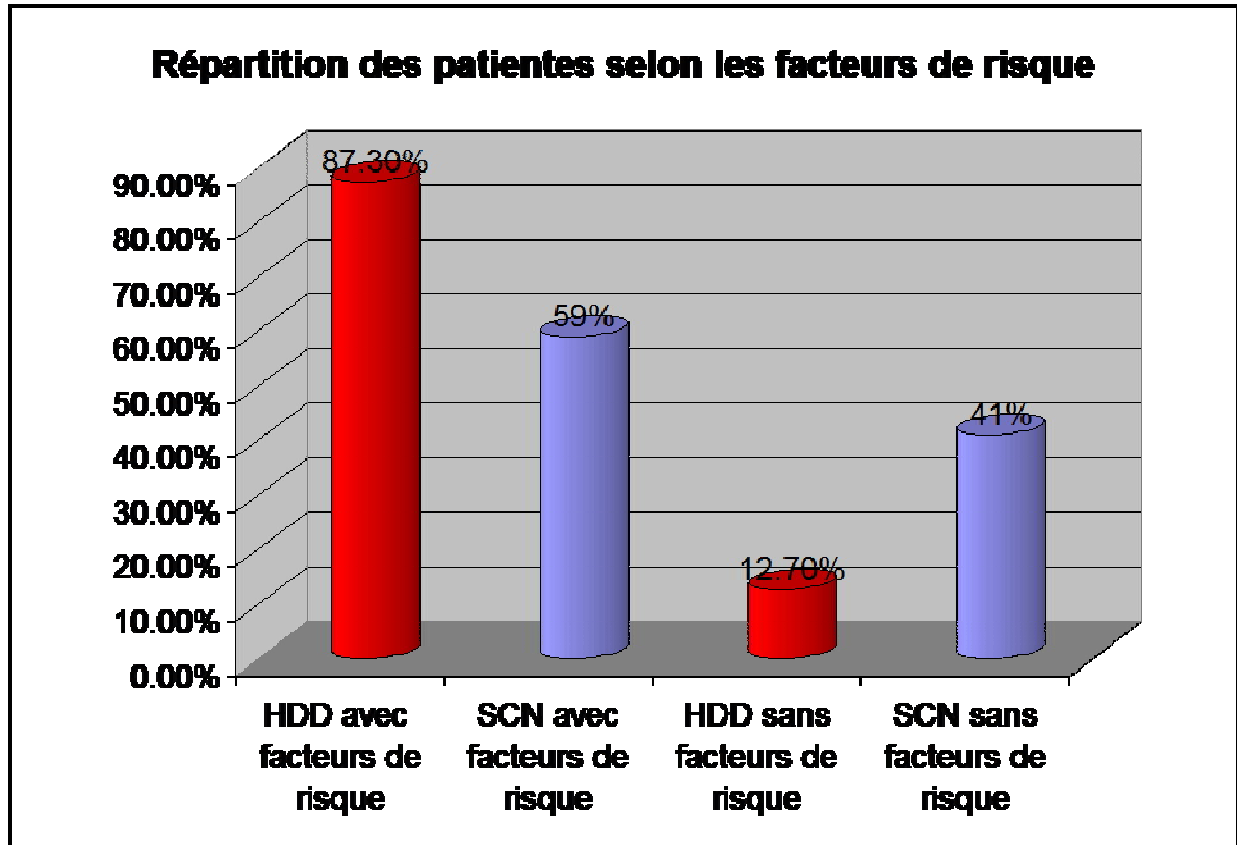


Figure 21 : Représentation des cas selon les facteurs de risque

Dans notre série, les facteurs du risque étaient présents dans 87.3% chez les femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance contre 59% chez les femmes sans hémorragie.

Patiente	HDD(N=71)	SCN (N=142)
Avec facteur de risque	87.3% (n=62)	59% (n=84)
Sans facteur de risque	12.7%(n=9)	41%(n=58)
Facteur de risque	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Extraction instrumentale	18.3% (n=13)	15.5% (n=22)
Travail prolongée	8.4% (n=6)	0.7% (n=1)
Travail rapide	11.2% (n=8)	2.1% (n=3)
Stagnation	8.4% (n=6)	6.3% (n=9)
HTAG	9.8% (n=7)	2.1 (n=3)
Pré-éclampsie	2.8% (n=2)	0.7% (n=1)
Grossesse gémellaire	4.2% (n=3)	0% (n=0)
La multiparité	35.2% (n=25)	26% (n=37)
Lésions col/périnée/vagin	49.2 %(n=35)	9.8% (n=14)
Chorioamniotite	4.2% (n=3)	0.7% (n=1)
Cicatrice corporeale	9.8% (n=7)	7% (n=10)
L'âge maternel > 40 ans	4.2% (n=3)	2.8% (n=4)
Obésité maternelle	14% (n=10)	7% (n=10)
PN> 4000g	8.4% (n=6)	8.4% (n=12)
Mort fœtale in utero	2.8% (n=2)	0.7% (n=1)
Placenta praevia	0% (n=0)	2.1% (n=3)

Tableau 13 : Tableau comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon les facteurs de risque.

Les lésions du col, périnée et vagin facteur marqué chez 49.2% de nos patientes ayant présenté une HDD, par contre 9.8 % des patientes avec suites de couches non hémorragiques ont présenté une lésion de la filière génitale , (NS) .

35.2% des patientes avec HDD sont des multipares , ce taux est supérieur à celui chez les patientes avec SCN 26 % , résultat statistiquement significatif ($p=0.01$) .

L'obésité maternelle se trouve dans 14% des cas d'HDD, alors que ce facteur se trouve chez 7% des cas des SCN , résultat statistiquement significatif ($p=0.007$) .

Les résultats trouvables dans les autres facteurs de risque sont statistiquement non significatifs.

9. La grossesse actuelle:

9.1) L'âge gestationnel :

Age gestationnel	Pourcentage HDD (N=71)	Pourcentage SCN (N=142)
28SA	0% (n=0)	0.7% (n=1)
34 SA	2.8% (n=2)	0% (n=0)
36-37SA	1.4% (n=1)	2.1% (n=3)
37-38SA	2.8% (n=2)	6.3% (n=9)
38-39SA	10% (n=7)	10.6% (n=15)
39-40SA	8.4% (n=6)	21.1% (n=30)
40-41SA	12.6% (n=9)	15.5% (n=22)
41-42SA	10% (n=7)	7.7% (n=11)
Se dit à terme	35.2% (n=25)	31%(n=44)
Dépassement de terme	1.4% (n=1)	2.1% (n=3)
AG non précisé	15.4% (n=11)	2.8% (n=4)

Tableau 14 : Tableau comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon l'âge gestationnel.

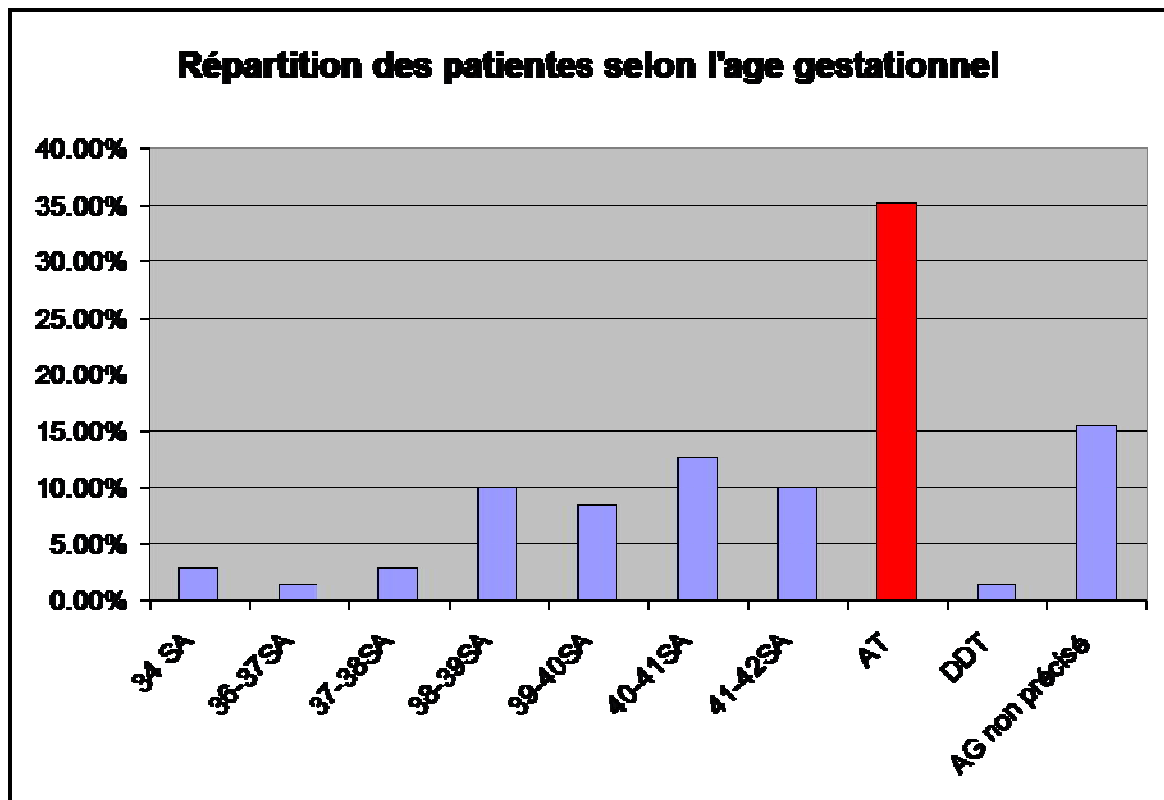


Figure 22: Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon l'age gestationnel.

Dans notre série 57.8% des cas d'HDD ont connu une grossesse estimée à terme, ce taux est proche de celui des cas des SCN 54.2%.

On remarque que la majorité des parturientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance, se disaient à terme cependant avec une date des dernières règles qui restait imprécise.

9.2) Le suivi de la grossesse et le lieu de suivi

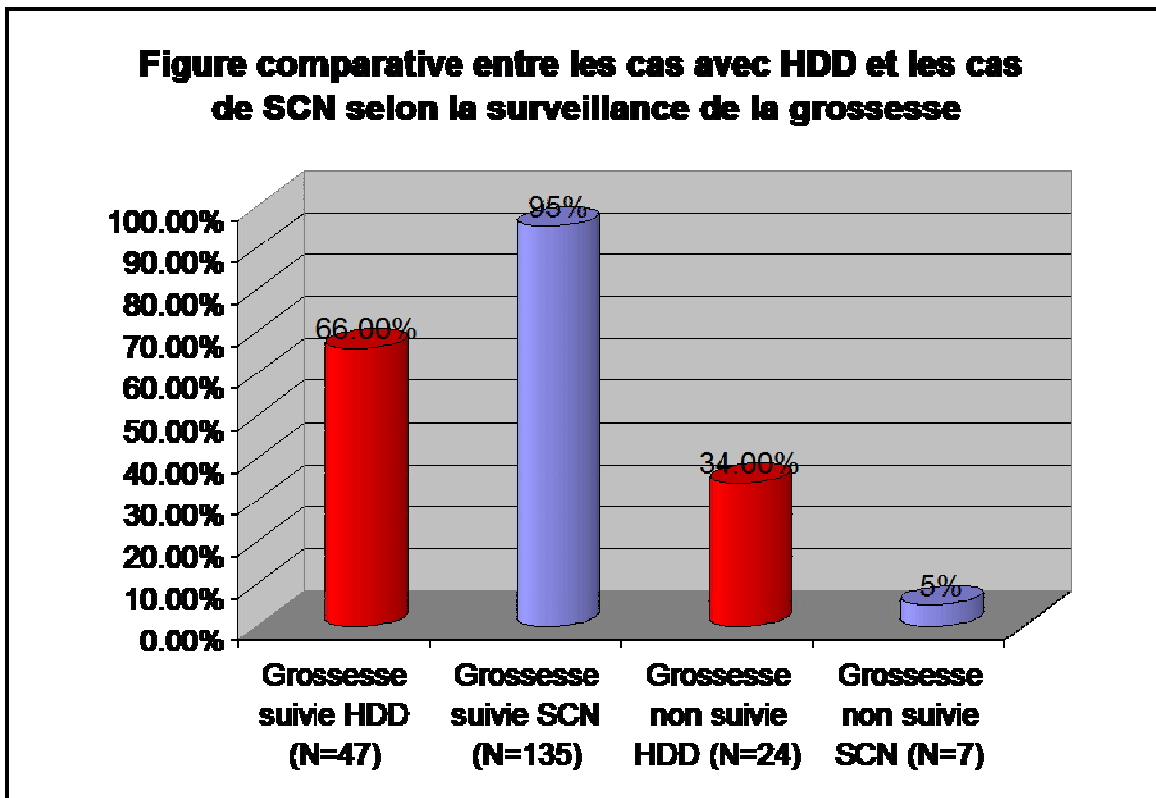


Figure 23 : graphique comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon la surveillance de la grossesse.

Donc, d'après les données de figure (23) on peut conclure que 34% des femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance n'ont pas été suivies au cours de leurs grossesses.

Tandis que 5% des femmes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques ont connu des grossesses non suivies ($p=0.7$)(NS).

Lieu de suivi	HDD (N=47)	SCN (N=135)
Santé publique	95.8% (n=45)	90.4% (n=122)
Privé	4.2% (n=2)	9.6% (n=13)

Tableau 15 : répartition des patientes selon le lieu de suivi

Le lieu de surveillance était au privé dans 9.6 % des cas des SCN contre 4.2% des cas d'HDD.

9.3) Evolution de la grossesse :

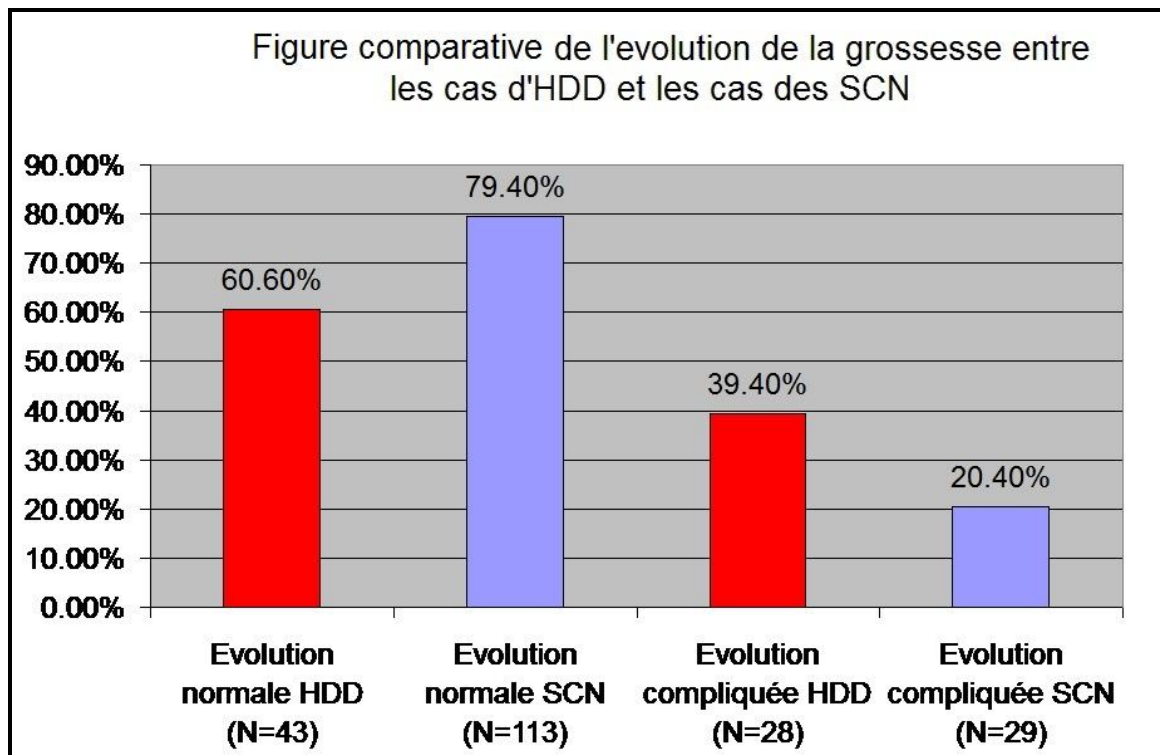


Figure 24 : graphique comparatif de l'évolution de la grossesse entre les cas d'HDD et les cas des suites de couches non hémorragiques .

On constate que 39.4 % des femmes ayant présenté une HDD ont montré une évolution compliquée de la grossesse qui est plus élevée par rapport aux femmes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques avec un taux de 20.40% de grossesse d'évolution compliquée .

Complication	HDD (N=71)	SCN(N=142)
Macrosomie	8.5% (n=6)	8.5% (n=12)
RPM	7% (n=5)	5% (n=7)
HTAG	9.8% (n=7)	2.1% (n=3)
Pré-éclampsie	2.8% (n=2)	0% (n=0)
Diabète gestationnel	2.8% (n=2)	0% (n=0)
Chorioamniotite	4.2% (n=3)	0.7% (n=1)
MFIU	2.8% (n=2)	0.7% (n=1)
MAP	4.2% (n=3)	1.4% (n=2)
Placenta praevia	0% (n=0)	2.1% (n=3)

Tableau 16 : répartition des patientes selon le type de complication

RPM : rupture prématurée des membranes.

HTAG : hypertension artérielle gravidique.

MFIU : mort foetale in utero.

MAP : menace d'accouchement prématuré.

Il est à signaler également que la macrosomie s'avérait la complication la plus fréquente dans notre série des cas d'hémorragie de la délivrance avec un taux de (8.5%) .

L'hypertension artérielle gravidique représente (9.8 %) des cas d'HDD dont le taux est supérieur à celui des cas des SCN (2.1%) (NS)

10. Le déroulement du travail:

10-1) La durée du travail :

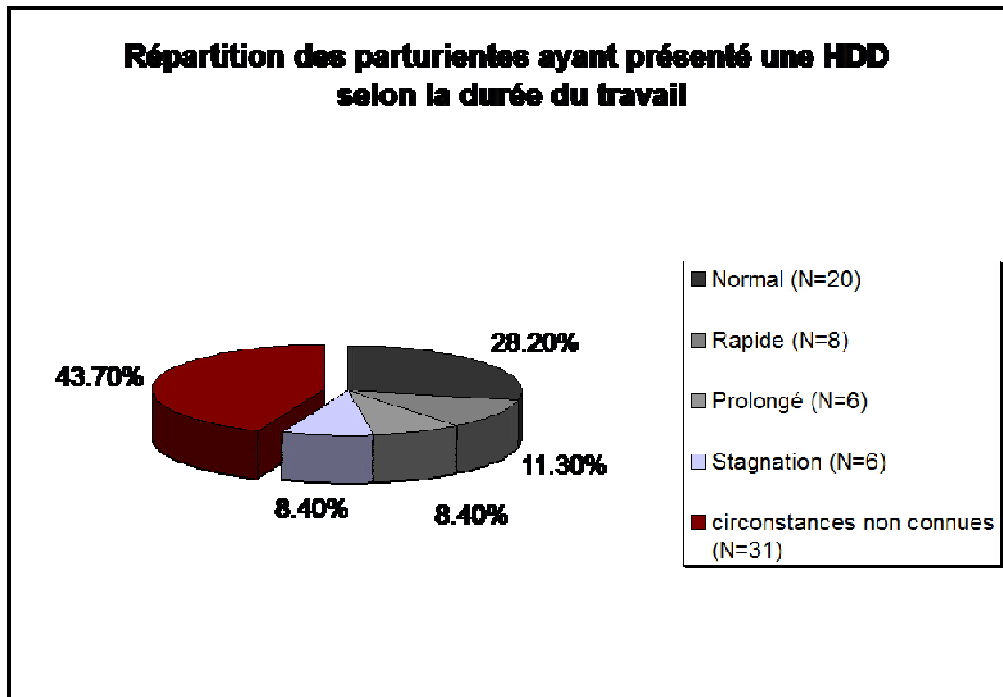


Figure 25 : répartition des patientes ayant présenté une HDD selon la durée du travail

Travail	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Normal	28.2% (n=20)	78.2% (n=111)
Rapide	11.3% (n=8)	2.1% (n=3)
Prolongé	8.4% (n=6)	0.7% (n=1)
Stagnation	8.4% (n=6)	6.3% (n=9)
Circonstances non connues	43.7% (n=31)	12.7% (n=18)

Tableau 17: tableau représentatif de la durée du travail

On remarque que dans la majorité des cas d'hémorragie de la délivrance les circonstances du déroulement du travail restent inconnues, d'où une durée de travail qui demeure imprécise.

Par contre on note une augmentation du taux du travail rapide et du travail prolongé dans les cas d'HDD par rapport aux cas des suites de couches non hémorragiques (NS) .

10-2) Le traitement reçu au cours du travail:

Dans 8.4% des cas d'hémorragie de la délivrance (6 patientes) ont bénéficié d'une activation du travail par utilisation d'ocytocique en perfusion lente

Traitement reçu	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Ocytocine	7% (n=5)	3.5% (n=5)
Ocytocine + Spasfon	1.4% (n=1)	2.8% (n=4)
Spasfon	2.8% (n=2)	0% (n=0)

Tableau 18 : tableau représentatif du traitement reçu au cours du travail

11. L'accouchement :

11-1) Le lieu d'accouchement :

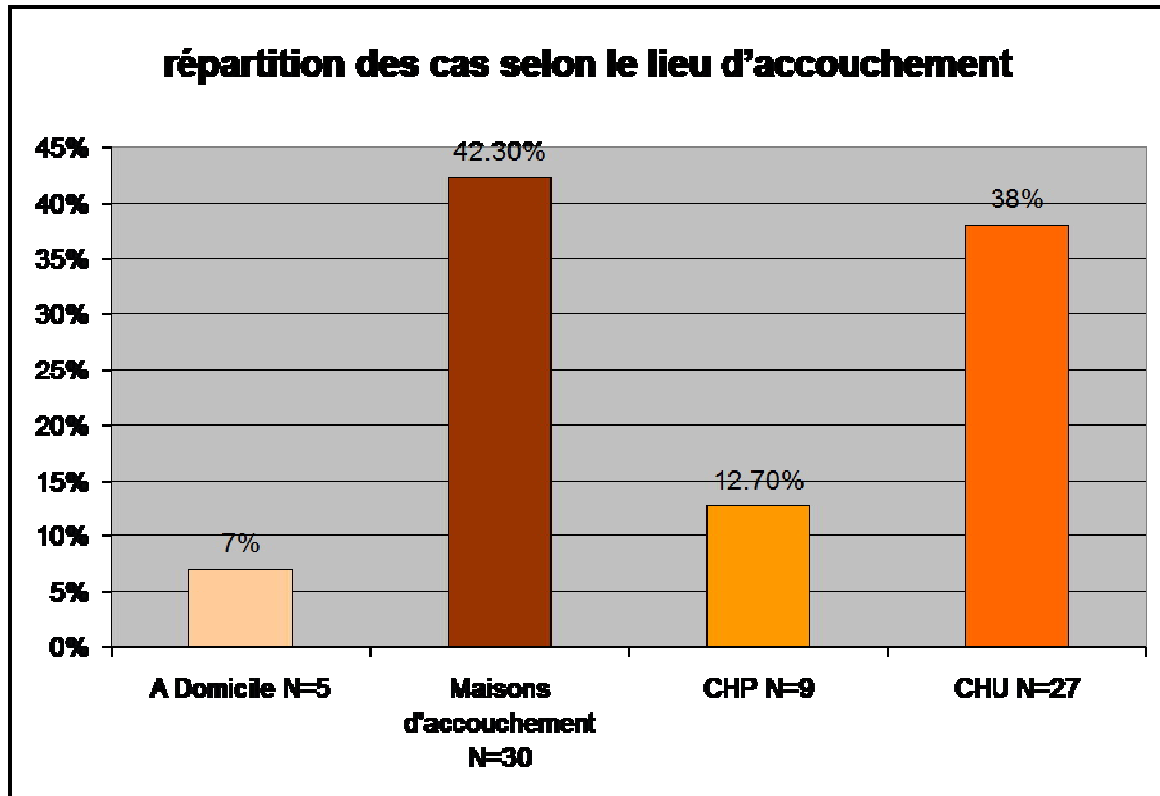


Figure 26 : graphique montrant la repartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon le lieu d'accouchement.

On constate que les patientes ayant accouché en maisons d'accouchement puis référées au CHU représentent la majorité des cas.

Alors que les patientes des suites de couches non hémorragiques ayant accouché à la Maternité Souissi de Rabat avec un taux de 100%.

11-2) Le mode d'accouchement

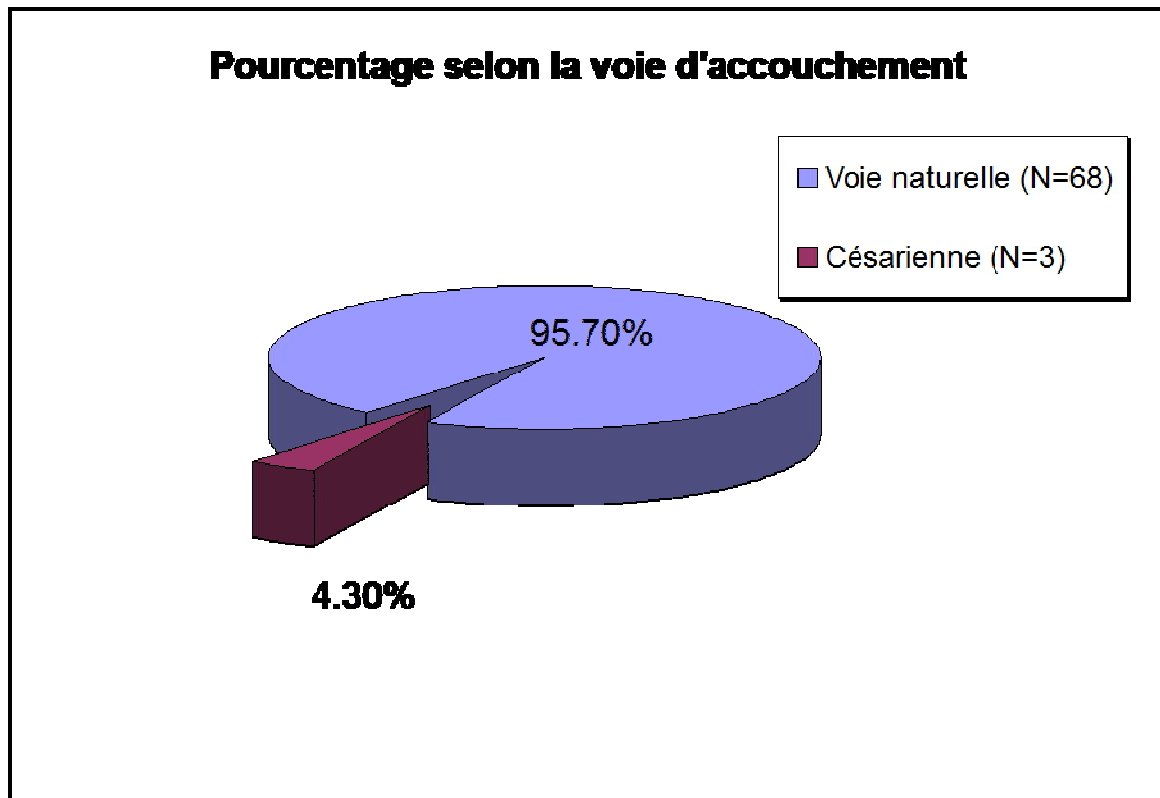


Figure 27 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon la voie d'accouchement .

On constate que seulement 4.3% des femmes ayant présenté une HDD ont accouché par césarienne et 95.7% par voie basse dont 18% ont bénéficié d'une extraction instrumentale.

Mode d'accouchement	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Voie naturelle	95.7% (n=68)	93% (n=132)
-Instrumentale	18% (n=12)	16.7% (n=22)
-Épisiotomie	44% (n=30)	60% (n=79)
-Spontanée	38% (n=26)	23.3% (n=31)
Césarienne	4.3% (n=3)	7% (n=10)

Tableau 19 : tableau comparatif entre les cas d'hémorragie de la délivrance et les cas des suites de couches non hémorragiques selon le mode d'accouchement.

4.3 % de nos patientes d'HDD ont accouché par voie haute, taux qui s'avère inférieur à celui des patientes des SCN 7% ($p=0.01$).

On remarque que 44% de nos patientes d'HDD ayant accouché par voie basse avaient subi une épisiotomie contre 60% des patientes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques, (NS) ($p=0.6$) .

L'extraction instrumentale utilisée dans 18% des cas d'HDD (AVB) contre 16.7% des cas des SCN (AVB) ,(NS)($p=0.1$)

11-3) L'accoucheur :

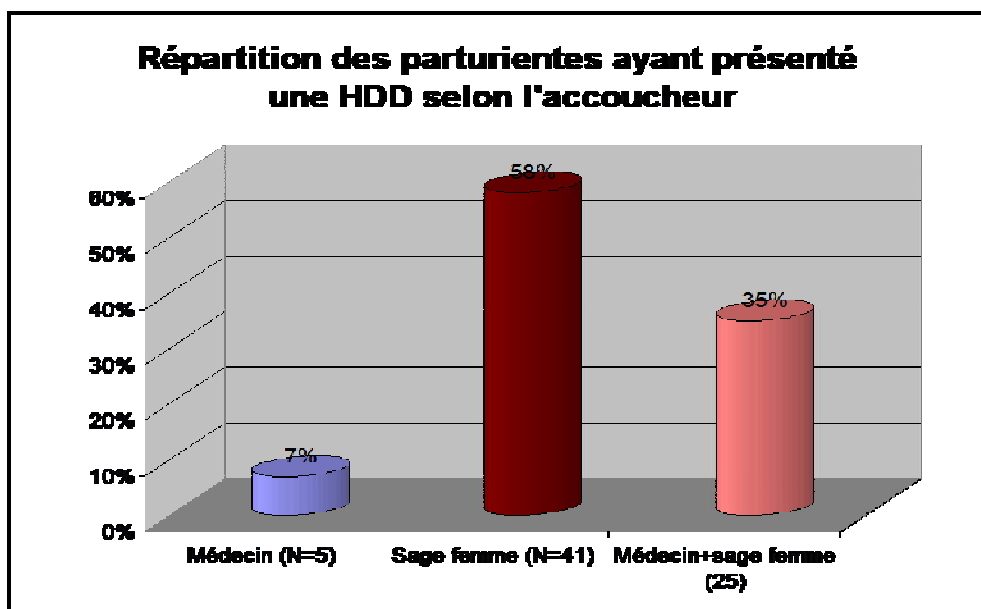


Figure 28 : la répartition des cas ayant présenté une HDD selon l'accoucheur.

On remarque que la majorité des cas ayant présenté une hémorragie de la délivrance ont accouché par une sage femme avec un taux de 58%

Accoucheur	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Médecin	7% (n=5)	9.2% (n=13)
Sage femme	58% (n=41)	46,4% (n=66)
Médecin+sage femme	35% (n=25)	44.4% (n=63)

Tableau 20 : la répartition des cas selon l'accoucheur

On note que 44.4% des cas des suites de couches non hémorragiques ont accouché par un médecin assisté par une sage femme et ce à l'opposé de 35 % des cas d'hémorragie de la délivrance.

12. Le mode de délivrance :

La délivrance dans la majorité des cas était dirigée, chez les 71 patientes qui étaient délivrées.

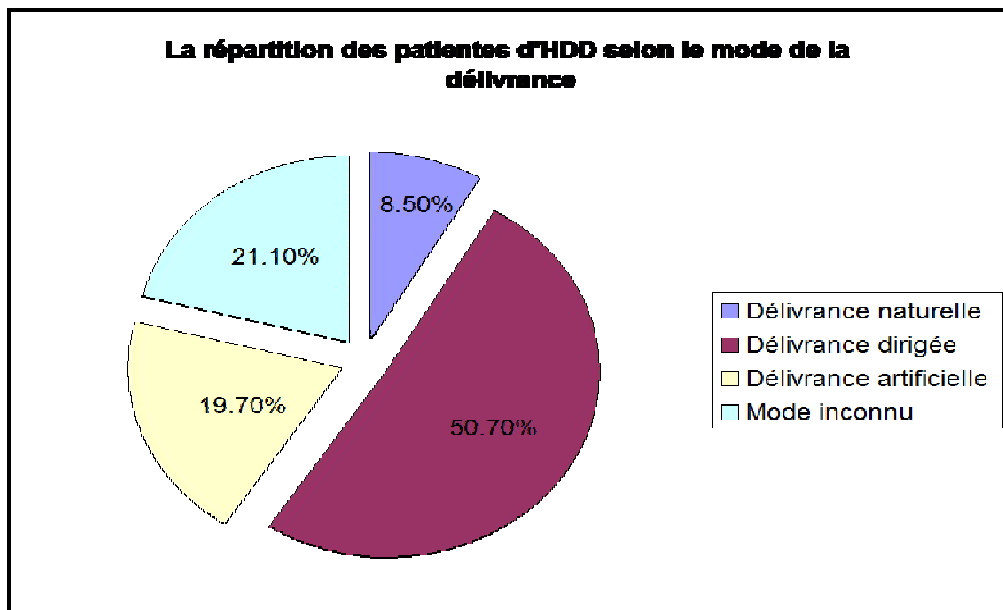


Figure 29 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon le mode de délivrance.

Mode de délivrance	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Délivrance naturelle	8.5% (n=6)	7.8% (n=11)
Délivrance dirigée	50.7% (n=36)	85.2% (n=121)
Délivrance artificielle	19.7% (n=14)	7% (n=10)
Mode inconnu	21.1% (n=15)	0% (n=0)

Tableau 21 : répartition des patientes selon le mode de délivrance .

On constate que le mode de la délivrance était inconnu dans 21.1% des cas d'hémorragie de délivrance .

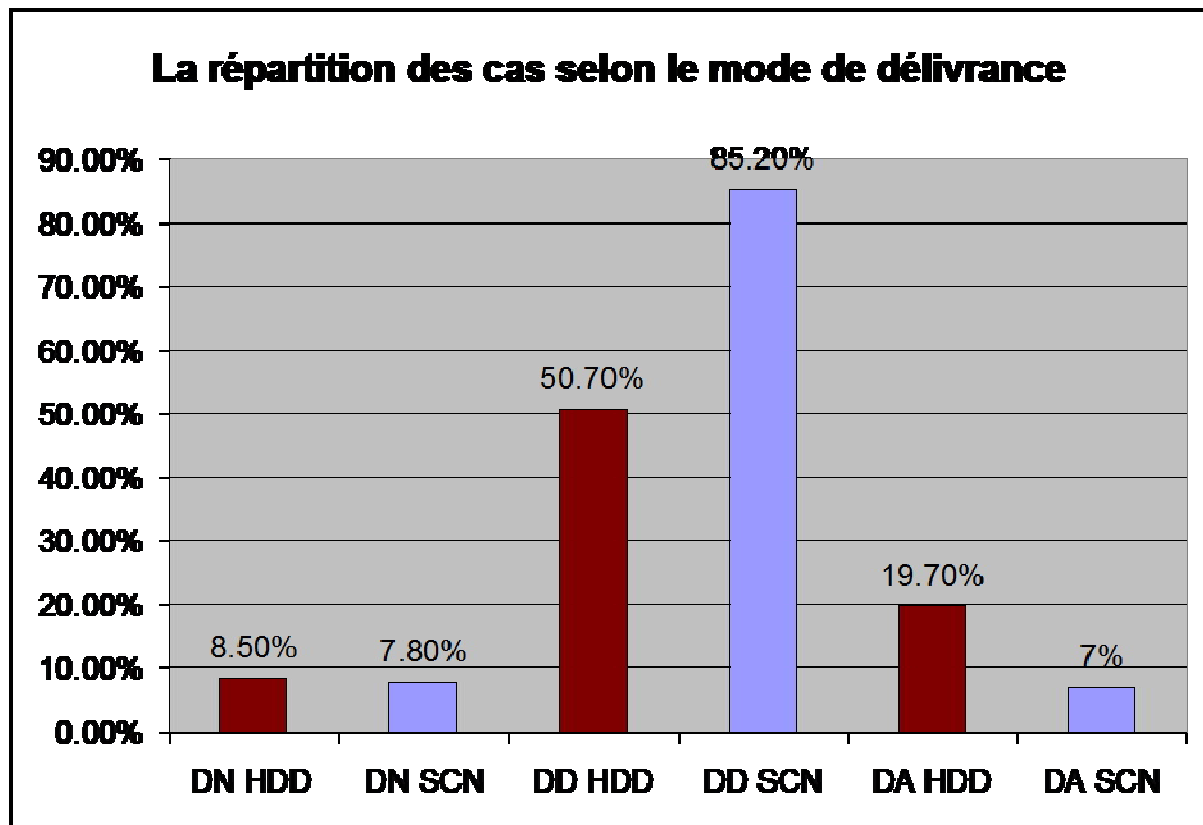


Figure 30 : la répartition des patientes selon le mode de délivrance.

DN : délivrance naturelle DD : délivrance dirigée DA :
délivrance artificielle

Dans 85.2% des cas des suites de couches non hémorragiques la délivrance était dirigée, ce taux est supérieur à celui dans les cas d'HDD 50.7%,(NS) ($p=0.1$) .

Dans notre série 14 cas d'HDD ont bénéficié d'une délivrance artificielle dont 3 patientes dans le cadre d'accouchement par voie haute .

13. Examen du placenta :

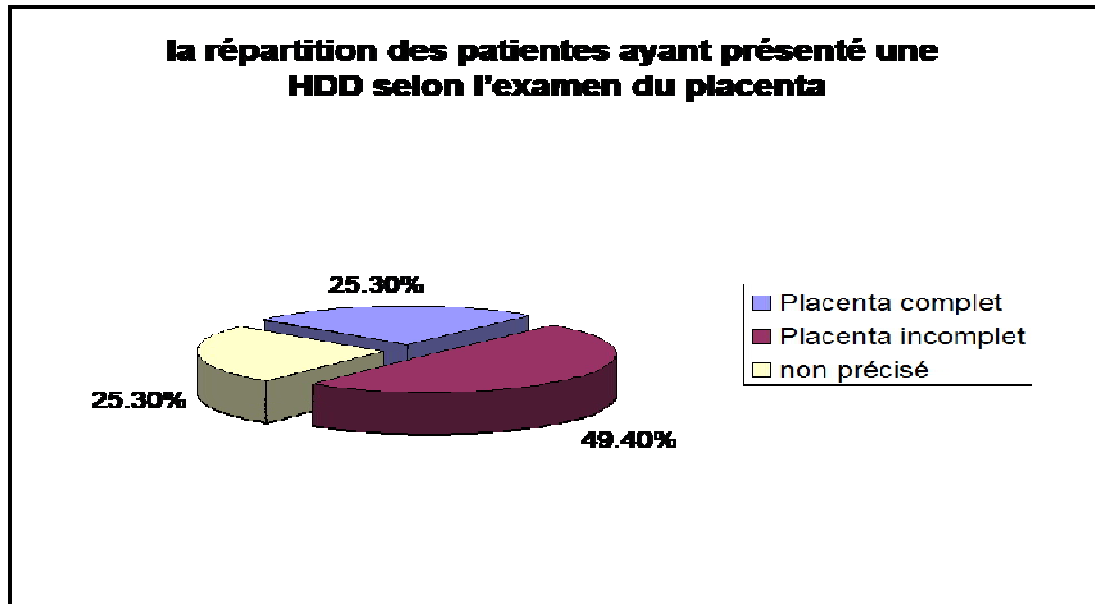


Figure 31: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon l'examen du placenta

Examen du placenta	HDD (N=71)	SCN (N=142)
Placenta complet	25.3% (n=18)	98% (n=139)
Placenta incomplet	49.4% (n=35)	0% (n=0)
non précisé	25.3% (n=18)	2% (n=3)

Tableau 22 : la repartition des patientes selon l'examen du placenta

Le taux du placenta incomplet représente 49.4% dans les cas d'hémorragie de la délivrance contre 0% chez les femmes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques .

III. LE DIAGNOSTIC POSITIF :

1) Clinique :

1-1) La quantité du sang et le retentissement sur l'état maternel :

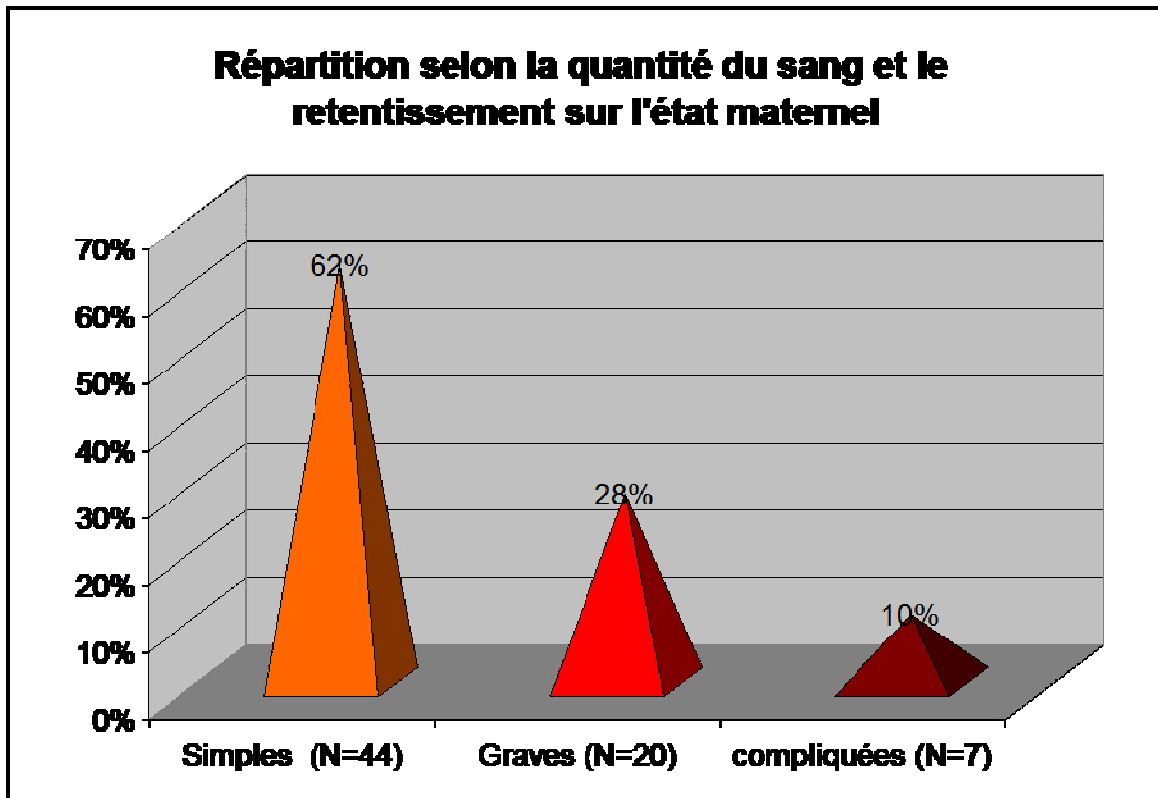


Figure 32 : répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la quantité du sang et le retentissement sur l'état maternel

La quantité du sang n'a pas été objectivement quantifiée ; de ce fait on a classé cliniquement les HPP simples, graves et compliquées selon le retentissement sur l'état hémodynamique [19].

L'évaluation du retentissement sur l'état général a été basée surtout sur la clinique : pouls, diurèse, TA, pâleur, soif, trouble de conscience.

- Simple : le saignement est soit abondant, accompagné ou non de caillots, soit distillant mais persistant avec présence de caillots à l'expression d'un utérus augmenté de volume sans signes généraux.
- Grave : le caractère de gravité peut découler soit de l'évolution négligée de la forme précédente, soit apparaître d'emblée lors d'une hémorragie majeure.
- L'état de choc domine le tableau avec pâleur, voire cyanose des extrémités, pouls rapides et filant, TA basse et pincée, polypnée.
- Complicée : le saignement devient diffus, conséquences plus souvent du retard mis à appliquer un traitement adapté aux autres formes.

L'atteinte poly-viscérale est la règle notamment : insuffisance rénale aiguë, avec oligurie, atteinte de la fonction hépatique, pulmonaire et neurologique avec état confusionnel.

1-2) Les signes généraux :

Signes cliniques	Nombre	Pourcentage
Hypotension	19	27%
TA imprenable	1	1.40%
Tachycardie	20	28%
Pâleur	11	15.50%
Trouble de conscience	2	2.80%
Lipothymie	2	2.80%
Oligurie	2	2.80%

Tableau 23 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon les signes cliniques

Dans notre série des cas d'HDD ,la tachycardie était le signe général le plus fréquent avec un taux de 28 % suivie par l'hypotension 27% .

2) Biologique :

2-1) L'hémogramme (dès le diagnostic):

Il a été mentionné chez 31 parturientes, soit un taux de 44% , dans 31 cas l' NFS non demandée et 9 cas demandée mais le résultat non mentionné.

• **Hémoglobine:**

Hémoglobine (g/dl)	Nombre	Pourcentage(N=31)
3.7	1	3.20%
5	1	3.20%
6.8	1	3.20%
7-8	2	6.40%
8-9	4	13%
9-10	8	26%
10-11	8	26%
11-12	4	13%
>12	2	6.40%

Tableau 24 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon le taux d'hémoglobine. 93.6% de nos patientes ayant bénéficié d'une NFS ont une anémie (Hb<12 g/dl) .

• **Hématocrite :**

Il est mentionné chez 26 parturientes dont la moyenne est de 28.95%, avec des extrêmes allant de 16.1 à 37%

• **Plaquettes :**

Il a été mentionné chez 31 parturientes, soit un taux de 44% , dans 31 cas l'NFS non demandée et 9 cas demandée mais le résultat est introuvable.

29% de nos patientes d'HDD ayant bénéficié d'une NFS ont une thrombopénie.

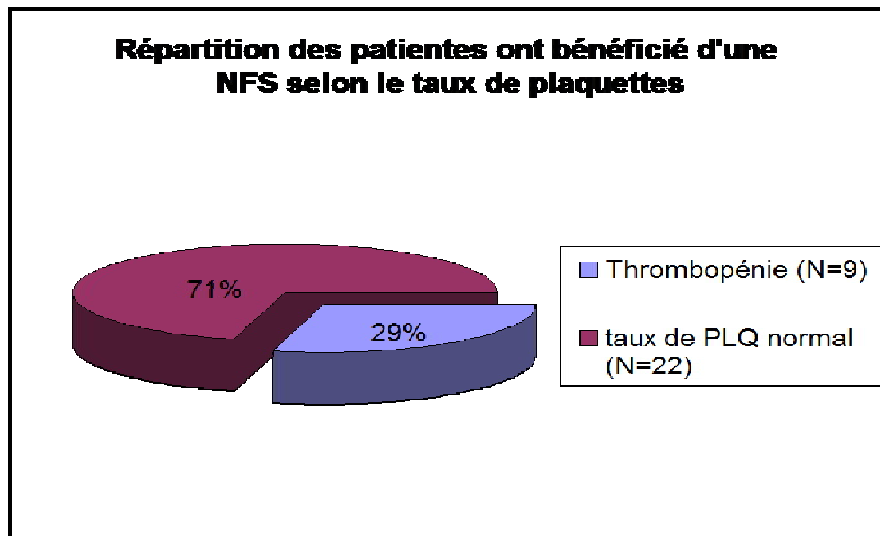


Figure 33 : la répartition des patientes ont bénéficié d'une NFS selon le taux des plaquettes .

2-2) Groupage :

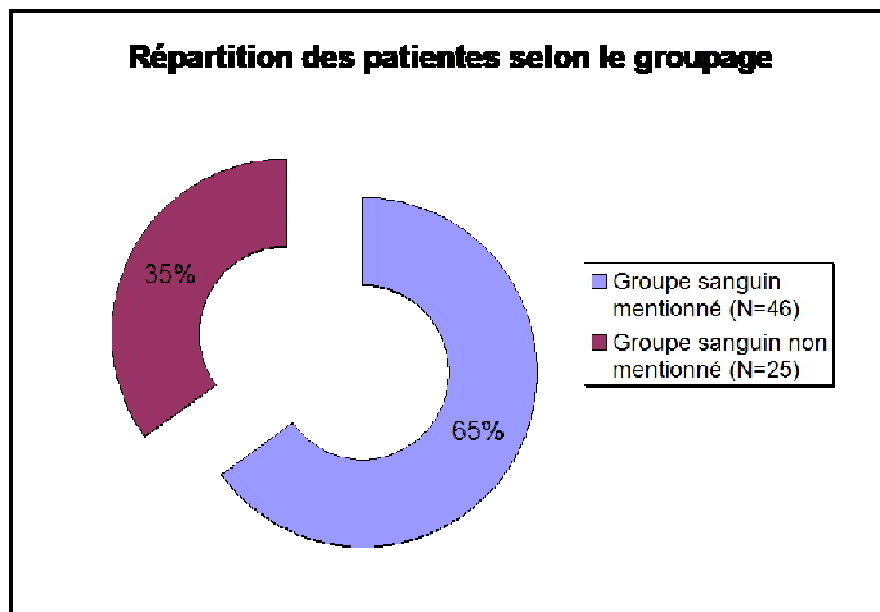


Figure 34 : répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon la présence du groupage sanguin sur le dossier médical .

Dans 35 % des cas le groupe sanguin n'était pas mentionné sur le dossier.

2.3 Bilan d'hémostase (TP, TCA, FG) :

Il a été pratiqué chez 17 parturientes (24%) et non demandé chez 46 patientes soit un taux de 65% .

Chez 8 patientes, (11%) le bilan d'hémostase était demandé mais le résultat n'était pas noté sur le dossier médical.

Le TP moyen 94.35 % avec des extrêmes allant de 41 à 100%.

TCA moyen 24.4 sec avec des extrêmes allant de 10.4 à 30.6 sec.

Fibrinogène pratiqué chez 11 parturientes (15.5%) dont le taux moyen 2.7 g (extrêmes allant de 0.6 à 3.9 g).

2.4 Bilan rénal :

Dans notre série le dosage de la créatininémie et de l'urée sanguine a été réalisé chez 12 parturientes (25.3%), mais dans 7 cas , on n'a pas trouvé les résultats.

Nous avons objectivé l'absence des cas d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.

IV. LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Etiologie	Nombre	Pourcentage (N=71)
Rétention placentaire partielle (RPP)	28	39.4%
Retention placentaire complète(RPC)	11	15.5%
Inertie utérine	18	25.4%
Lésion du vagin (LV)	6	8.5%
Lésion du col (LC)	3	4.2%
Lésion du périnée (LP)	3	4.2%
Hématome périnéal	1	1.40%
Episiotomie non suturée	1	1.40%

Tableau 25 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon l'étiologie.

Dans notre série la rétention placentaire (complète et partielle) représente un taux de 54.9%, suivie par l'inertie utérine avec un taux de 25.4%.

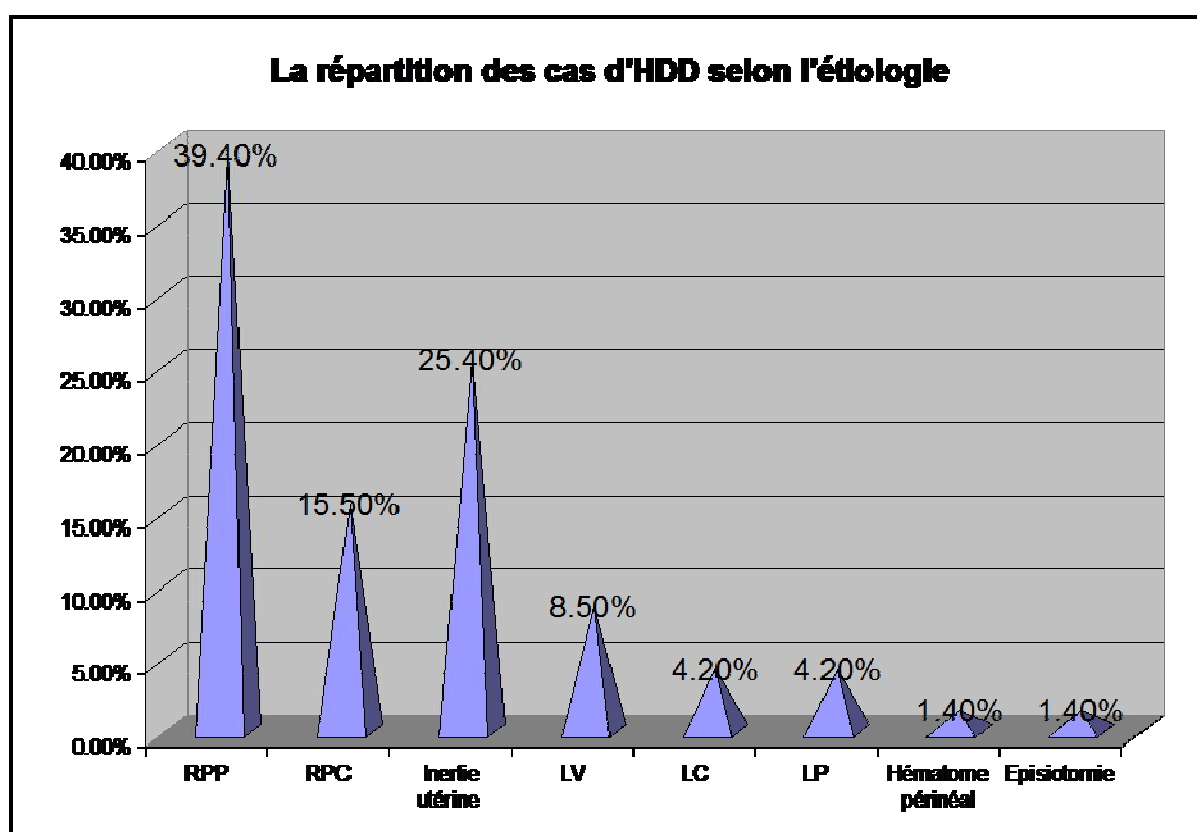


Figure 35: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon l'étiologie

V. LA PRISE EN CHARGE :

1) Les gestes pratiqués

Gestes pratiqués	Nombre	Pourcentage (N=71)
Révision utérine	61	86% (n=61)
Cotylédons	30	49%
Membranes	5	8%
Caillots de sang	8	13%
Intégrité utérine	18	30%
Ex.sous valves	43	61% (n=43)
Plaie cervico-vaginale (suturée)	25	58%
Pas de lésion	18	42%
Tamponnement vaginal	6	8.50%
Examen du périnée	43	58% (n=43)
Hématome périneale	1	2.30%
Plaie périnéale (suturée)	9	21%
Normale	33	76.70%
Délivrance artificielle	14	19.7%
Massage utérin externe	22	31%
Sac de sable	4	5.60%

Tableau 26 : répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon les gestes obstétricaux pratiqués.

Dans un but diagnostique, étiologique et thérapeutique, on a eu recours à l'appel au renfort dans 64 cas (90%) avec pratique de certains gestes obstétricaux présentés dans le tableau précédent.

Une fois le diagnostic est fait, certains gestes associés aux mesures de réanimation ont été instaurés :

- Massage utérin avec expression contre la symphyse pubienne: 22 cas (31 %).
- Sac de sable : 4 cas (5.6%).
- Tamponnement vaginal : 6 cas (8.5%).

2) Les mesures de réanimation :

Mesures de réanimation	Nombre	Pourcentage (N=71)
Oxygénothérapie	49	69%
2 VVP	67	94.30%
Remplissage vasculaire	67	94.30%
Transfusion	10	14%
Sondage urinaire	20	28.2%
Monitorrage	71	100%
Position de Trendelenburg	9	12.70%
Réchauffement	60	84.50%

Tableau 27 : répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon les mesures de réanimation pratiquées.

Presque la totalité de nos patientes ont bénéficié d'un remplissage et 14 % d'une transfusion.

Transfusion	Nombre	Pourcentage (N=10)
Culots globulaires	10	100%
-2 CG	9	90%
-3 CG	1	10%
Plasma frais congelé	1	10%

Tableau 28 : répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion selon le type et le nombre du produit sanguin

Dans notre série 9 patientes ont bénéficié d'une transfusion des culots globulaires seulement et une patiente des culots globulaires et plasma frais congelé.

3) Le traitement médical :

Le traitement médical était essentiellement à base d'ocytociques dans 59 cas soit un taux de 83% ; les doses variaient entre 10UI et 50UI :

Traitement médical	Nombre	Pourcentage (N=71)
Ocytocique	59	83% (n=59)
IVD	6	10.20%
Perfusion	54	91.50%
IM	10	17%
Méthylergométrine en IM	9	12.7%(n=9)
0.1 mg	8	89%
0.2 mg	1	11%
Prostaglandine (misoprostol IR - 5 cp)	23	32.40%

Tableau 29 : répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon le traitement médical.

Association thérapeutique	Nombre	Pourcentage (N=26)
Ocytocique+Méthylergométrine	4	15.40%
Ocytocique+Prostaglandine	17	65.40%
Ocytocique+Méthylergométrine+Prostaglandine	5	19.20%

Tableau 30 : répartition des patientes ayant présenté une hémorragie selon l'association thérapeutique.

On remarque que l'association des médicaments était réalisée dans 26 cas soit un taux de 37%, dont l'association ocytocique et prostaglandine représente 65.4% des cas ayant bénéficié d'une association thérapeutique .

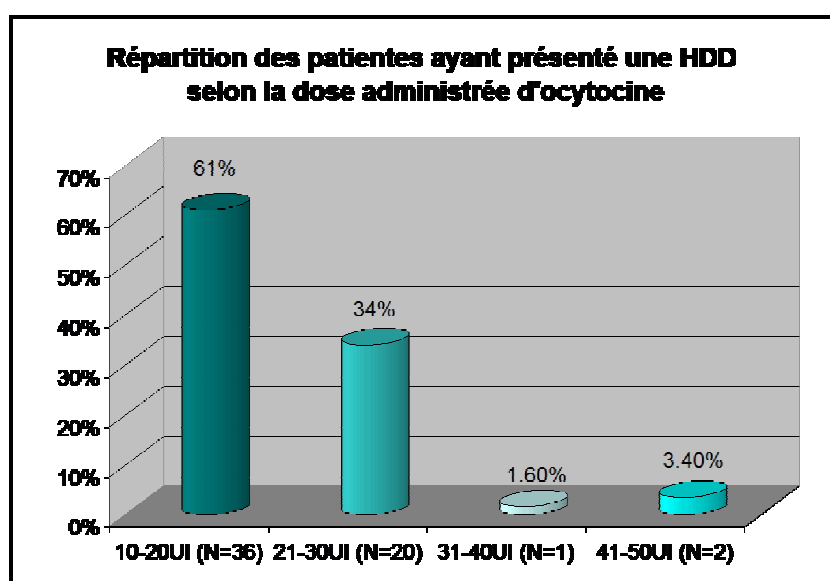


Figure 35 : la répartition des patientes ayant bénéficié d'un traitement ocytocique selon la dose administrée.

- (10-20UI) : 36 patientes.
- (21-30UI) : 20 patientes.
- (31-40UI) : 1 patiente.
- (41-50UI) : 2 patientes.

4. L'antibioprophylaxie :

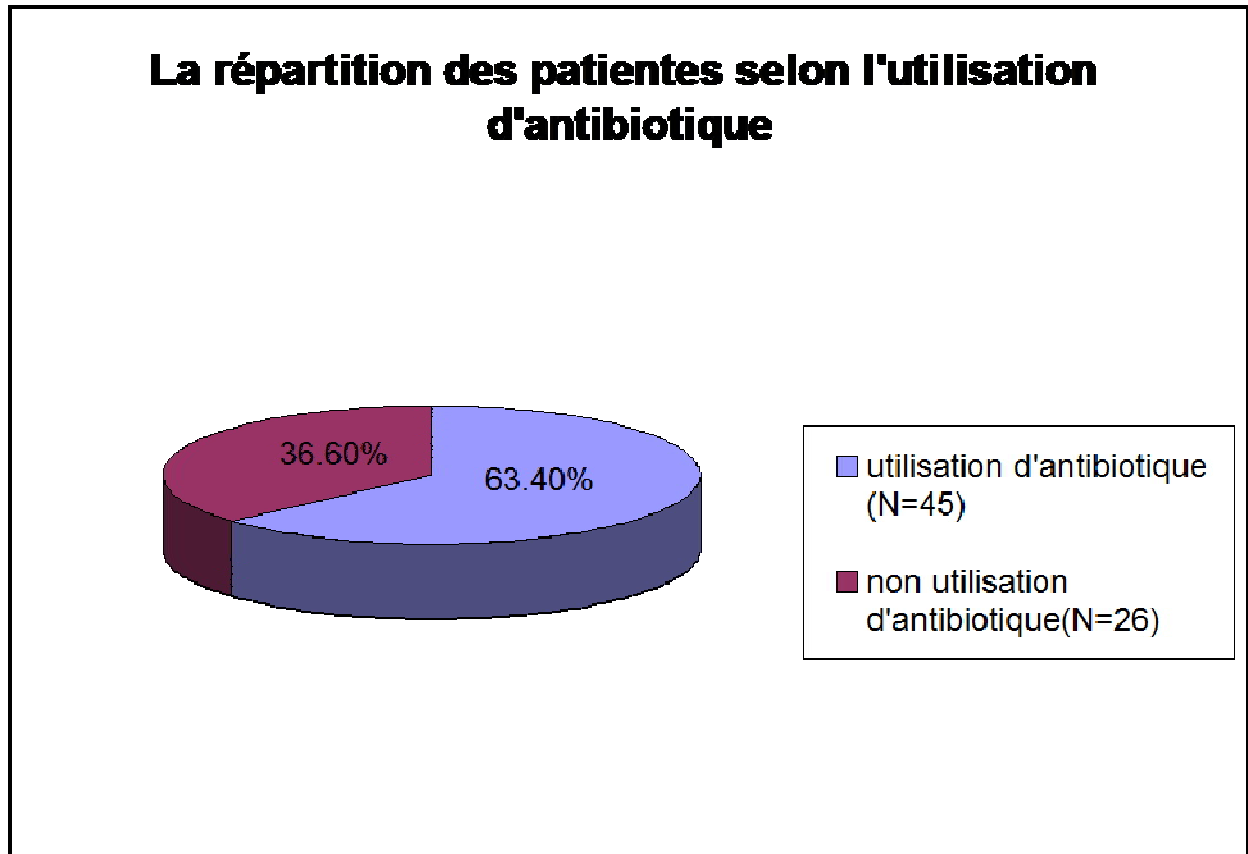


Figure 37 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon l'antibioprophylaxie.

36.6% des cas d'HDD n'ont pas bénéficié d'une antibioprophylaxie.

5. Le traitement chirurgical :

Dans notre série aucun cas n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ce qui est peut être expliqué par la prise en charge médicale adaptée et suffisante dont l'évolution était favorable et aussi parce que la majorité des cas d'hémorragie de la délivrance était simple.

VI. PRONOSTIC MATERNEL:

Evolution	Nombre	Pourcentage (N=71)
Favorable	60	84.50%
Anémie	9	12.70%
Anémie+Thrombopénie	2	2.80%

Tableau 31 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon le pronostic maternel.

L'évolution était favorable dans 84.5% des cas avec une morbidité maternelle de 15.5%

Aucun décès n'a été déploré dans notre série.

VII. L'ETAT DU NOUVEAU NE :

L'état du nouveau-né n'a pu être évalué que chez les parturientes qui ont accouché à la Maternité de Souissi et celles qui étaient référées et qui ont ramené leurs nouveaux-nés qui étaient au nombre de 69 (3 grossesses gémellaires)

1) Mortalité :

On a noté 2 cas de mort-nés, avec un taux de 2.7% des naissances étudiées chez les patientes ayant présenté une HDD, dans les 2 cas, la cause de mortalité non mentionnée et 1 cas de mort né chez les patientes avec suites de couches non hémorragiques avec un taux de 0.7% ($p=0.9$) (NS).

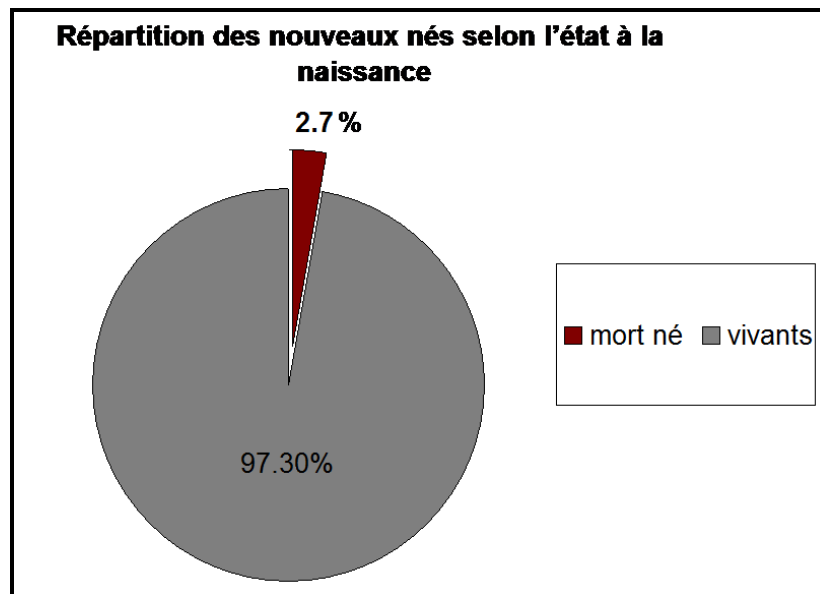


Figure 38 : La répartition des nouveaux nés chez les mères ayant présenté une HDD selon l'état à la naissance.

2) Morbidité :

Score d'Apgar (1min)	Nombre (69)	Pourcentage
0	2	3%
3	2	3%
8	2	3%
10	63	91%

Tableau 32: La répartition des nouveaux nés des mères ayant présenté une HDD selon le score d'Apgar

3) Poids de naissance:

Le poids de naissance des nouveaux nés des femmes d'HDD était en moyenne de 3384 g.

Les extrêmes allaient de 2300 g à 4500 g.

	Patientes ayant présenté une HDD		Patientes ayant présenté une SCN	
Poids (grammes)	Effectif (N=69)	%	Effectif (N=142)	%
2300-2400	5	7.30%	2	1.4%
2500-2900	5	7.30%	19	13.3%
3000-3400	26	37.70%	61	43%
3500-3900	27	39%	48	33.8%
4200-4500	6	8.70%	12	8.5%

Tableau 33 : la répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance

Il y a plus d'hypotrophes dans la série d'HDD 7.3% contre 1.4% dans les suites de couches non hémorragiques.

4) Sexe :

Sexe	Nombre (69)	Pourcentage
Masculin	36	52%
Féminin	33	48%

Tableau 34 : la répartition des nouveaux nés des mères ayant présenté une HDD selon le sexe.

5) Evolution :

Réa néonatale	Nombre (69)	Pourcentage
Oui	4	5.8%
Non	63	94.2%

Tableau 35 : pourcentage des cas des nouveaux nés des mères d'HDD ayant nécessité une réanimation

4 nouveaux nés ont nécessité une réanimation néonatale pour détresse respiratoire.

Evolution	Nombre (69)	Pourcentage
Favorable	67	97%
Décès	2	3%

Tableau 36 : pourcentage des nouveaux nés des mères d'HDD selon l'évolution



Discussion

I. LA FREQUENCE :

Durant notre période d'étude, du 1er mai 2015 au 30 septembre 2015, on a colligé 83 cas d'HDD sur 7460 patientes admises pour accouchement et celles référées à la Maternité Souissi de Rabat soit une fréquence de 1.12%.

Cette fréquence est inférieure par rapport à celles rapportées au Bamako-Mali 4,23% en 2010 [3], au Niger 4,72% [20], en France 5% [21], supérieure par rapport la fréquence rapportée à Tlemcen – Algérie 0,42% [22] et proche de la fréquence rapportée au centre de maternité et néonatalogie de Tunis 1.19% [23].

Une comparaison de nos résultats avec ceux publiés sur le plan national semble plus judicieuse; à cet effet, l'étude de prévalence du CHU Ibn Rochd (Casablanca) d'une étude menée en 2005 a révélé un taux de prévalence de 1.13% qui est proche de celui de notre étude [24].

Au (CHU) Hassan II de Fès une étude sur 4 ans révélait un taux de prévalence de 2,13 %[25].

Ce qui signifie que notre taux est inférieur mais nous estimons qu'il ne reflète pas la réalité, vu que certaines hémorragies de faible abondance passent inaperçues, et parfois ne sont pas toutes signalées dans les dossiers médicaux des patientes, ainsi 13 cas dans notre étude avaient des dossiers inexploitable; qu'on interprète par le manque de temps des médecins qui travaillent dans une ambiance de stress à cause du flux quotidien important des parturientes.

Ajoutons aussi l'insuffisance de l'information des patientes référées, parfois inconscientes et non accompagnées d'où l'impossibilité de remplir correctement leurs dossiers.

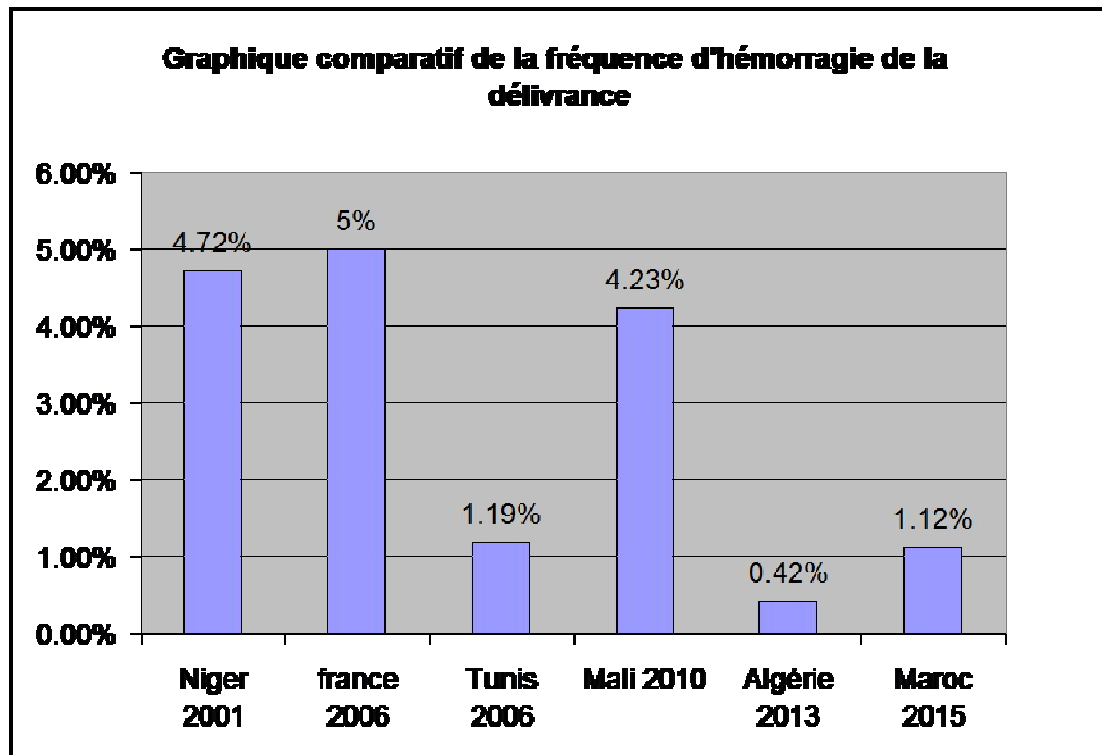


Figure 39 : graphique comparatif de la fréquence rapportée d'HDD aux différents pays.

II- REPARTITION DES PATIENTES SELON :

1) L'âge maternel:

1-1) L'âge moyen:

Il est classiquement admis que l'âge constitue un facteur de risque de la survenue de l'HDD [26], dans notre étude l'âge maternel variait entre 15 et 49 ans, dont l'âge moyen est de $28,44 \pm 6,46$ ans ce qui concorde avec les résultats de l'étude faite au CHU Hassan II Fès dont l'âge moyen est de $28,30 \pm 5,99$ [25] supérieur à celui rapporté au Bamako (25ans) [3], et inférieur à ceux mentionnés dans l'étude faite en France dont l'âge moyen est de 33,2 ans [27].

1-2) Tranches d'âge :

La tranche d'âge la plus fréquente dans les cas d'hémorragie de la délivrance et des suites de couches non hémorragiques est située entre 20 et 39ans, ce qui correspond grossièrement à la période d'activité génitale, on en déduit que l'âge ne permet pas de sélectionner les femmes à risque d'hémorragie de la délivrance.

Ainsi s'impose la surveillance de toute accouchée pendant 2 heures (chaque 15 minute) en salle d'accouchement et 24 heures dans un service de gynéco-obstétrique pour prévenir la survenue d'une HDD et éventuellement la traiter très précocement.

On note ainsi que les adolescentes représentent 9.8% des cas d'HDD et 3.5% des suites de couches non hémorragiques (NS) , ce qui s'explique par l'âge du mariage précoce au Maroc.

2) La parité :

Dans 28.2% des cas, nos patientes étaient des primipares et dans 36.6% des cas des paucipares. Ce taux est supérieur à celui de Tlemcen qui avait atteint 19.4% de primipares et 18% de paucipares [22]

Les multipares représentaient 35.2% dans notre série, taux inférieur à celui de Tlemcen 80.8% [22] et de Fès 44,72% [25].

Notre étude ainsi que les autres résultats montrent que la majorité des parturientes ayant eu une HDD sont des multipares, ce qui est expliqué par la mauvaise rétraction du muscle utérin.

Par contre on trouve dans notre série que le taux des multipares chez les patientes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques (26%) est inférieur à celles ayant connu des suites de couches hémorragiques ; ce qui confirme le rôle de la multiparité comme un facteur de risque dans la survenue d'hémorragie de la délivrance .

Auteurs	Pays	Année	Primip	Paucp	Multip
M. Nayama	Niger	2001	12,19 %	29%	58,84 %
MAIGA Sagaïdou Ibrahim	Mali	2010	31%	32.5	38.5
Dr.OUALI	Algérie	2013	19.40%	-----	80.60%
M. JEDDI YOUSSEF	CHU Fès	2013	37,69%	17%	44,72%
Notre série	Maternité Souissi Rabat	2015	28.20%	36.6%	35.20%

Tableau 37 : la fréquence de l'HDD selon la parité rapportée par différentes séries

3) Le niveau socio-économique (NSE):

Dans notre série, un recensement a permis d'évaluer le niveau socio-économique des patientes. Il en résulte que 84.6% des femmes d'HDD appartiennent à un milieu social bas : résultat inférieur à ce d'une étude effectuée au CHU de Fès où la même classe sociale constituait 98% [25]. Telle situation s'explique par le fait que la Maternité Souissi de Rabat et la santé publique au Maroc en général, connaît un afflux considérable de cette catégorie sociale où la plupart des patientes se trouvent privées de consultation prénatale et d'une grossesse bien suivie.

Par contre, on peut noter que 24.7% de nos patientes avec des SCN sont de niveau socio-économique aisé ou moyen, taux qui est supérieur à celui des cas d'HDD 15.4% ($p < 0.001$) et dont l'accessibilité à la surveillance et aux consultations prénatales s'avère plus facilement à leur portée.

4) Statut matrimonial :

Les femmes mariées viennent au premier rang avec un taux de 94.40% des cas d'HDD, résultat approximatif à celui de Bamako 95% [3].

Alors que le taux des femmes célibataires présentant une hémorragie de la délivrance 4.2% est plus élevé par rapport à celui trouvé chez les patientes avec des suites de couches non hémorragiques 0.7% ($p = 0.04$). Le facteur de l'illégitimité associé le plus souvent aux mauvaises conditions de vie dans les deux sens physique et psychique favorise le risque d'hémorragie de la délivrance.

5) Le lieu de résidence :

Dans notre série , 41% des femmes ayant présenté une hémorragie de la délivrance sont issues d'un milieu rurale . Alors que 59 % proviennent d'un milieu urbain .

Par contre 89% des patientes avec des suites de couches non hémorragiques appartiennent au milieu urbain (NS).

6) La référence :

6-1) Le lieu de référence :

Dans 62 % des cas d'HDD , les patientes présentant une hémorragie de la délivrance étaient référées sur des distances atteignant jusqu'à 193 km , des maisons d'accouchement et des CHP à la Maternité Souissi de Rabat ; vu que cette dernière est dotée d'une formation spécialisée et plus apte à les prendre en charge .

La région de Khémisset étant la plus courante avec 45.5 % de fréquence.

6-2) Le transport :

Les patientes référées étaient transportées dans 79.5 % des cas par une ambulance sans assistance ni équipement médical et dans 20.5% des cas d'HDD par une voiture personnelle ce qui pourrait aggraver le pronostic maternel.

6-3) Le délai d'arrivée

Dans la majorité des cas le délai d'arrivée était reconnu long, atteignant 4 h. Aussi est-il à noter que toutes nos patientes avaient marqué , non fortuitement , au cours de leur transport , un retard arrivant jusqu'à 1h45 ; chose qui influence la prise en charge des patientes. Dans certains cas ,l'heure de référence non mentionnée sur la fiche d'information.

7) Les antécédents :

Dans notre série ,46.5% des cas ayant présenté une hémorragie de la délivrance avaient eu un ou plusieurs antécédents qui est plus élevé par rapport aux cas des suites de couches non hémorragiques avec un taux de 27%.

- L' avortement : A été l'antécédent le plus fréquent avec un taux de 15.5% de nos patientes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance ,ce taux est supérieur à celui de Bamako 4.5%[3].

L'avortement se trouve dans 9.15 % des cas des suites de couches non hémorragiques , par conséquent on peut affirmer que l'avortement peut être un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance par une lésion utérine .(p=0.01)

- L'épisiotomie : Dans 13 % des cas d'HDD, le risque des lésions périnéales augmente par la fragilisation du périnée due à une cicatrice d'episiotomie.

La cicatrice utérine :9.8% des cas d'HDD dans notre série avaient une cicatrice utérine , alors que dans le CHU Hassan II de Fès et au Bamako , la fréquence était respectivement de 4.02% et 6.5%.De telles cicatrices peuvent être le siège d'adhérences placentaires étant responsables de rétention placentaire et de placenta accreta [25]

- Les antécédents de mort-nés : Dans notre série 2.8% de nos patientes ont eu un antécédent de mort-né .Le taux est inférieur à celui de CHU Hassan II 19,59%.[25]

- La grossesse gémellaire et la macrosomie : Dans 2.8% des cas d'HDD , le résultat n'a pu être comparé aux données de la littérature.

- placenta praevia - hematome rétroplacentaire- présentation transverse- présentation du siège - malformation utérine –dystocie dynamique: Ces antécédents sont trouvables dans 1.4% de nos patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance .

- Les cardiopathies : Elles existent dans 4.2% des cas d'HDD , d'où le risque de décompensation cardiaque , dont 2 cas étaient des valvulopathies mitrales et un cas de trouble du rythme .

- L'intervention chirurgicale : Se trouve dans 4.2% des cas d'HDD

- Le diabète , l'asthme et la tuberculose pulmonaire : Trouvables dans 1.4% des cas d'HDD.

Le reste des antécédents(à part d'avortement) , la comparaison des résultats des cas d'HDD avec les résultats des SCN étaient statistiquement non significatifs.

8) Les 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 .

Plusieurs facteurs de risque ont été décelés chez 87.3% de nos patientes d'HDD contre 59% des patientes aux suites de couches non hémorragiques

facteur de risque	Notre série	CHU Hassan II	Bamako-Mali
Extraction instrumentale	18.3% (n=13)	5.02%	13,5%
Travail prolongée	8.4% (n=6)	12.56%	2.50%
Travail rapide	11.2% (n=8)	7.03%	----
Stagnation	8.4% (n=6)	----	----
Pré-éclampsie	2.8% (n=2)	0.50%	----
Grossesse gémellaire	4.2% (n=3)	7.03%	----
La multiparité	35.2% (n=25)	44.7%	38.5%
Lésions col/périnée/vagin	49.2 % (n=35)	21%	49.5%
Chorioamniotite	4.2% (n=3)	----	----
Cicatrice corporeale	9.8% (n=7)	6.5%	7%
L'âge maternel > 40 ans	4.2% (n=3)	2.51%	----
Obésité maternelle	14% (n=10)	----	----
PN> 4000 g	8.4% (n=6)	9.55%	1.50%
Mort fœtale in utero	2.8% (n=2)	----	32,87%

Tableau 38 : les facteurs de risque chez les patientes ayant présenté une HDD aux différentes séries

Les lésions de la filière génitale semble être le principal facteur de risque qui touche 49.2% des patientes présentant une HDD . Ce taux est élevé par rapport à celui signalé au CHU Hassan II de Fès 21% [25] ,cependant proche de celui de Bamako 49.5%[3].

on a objectivé plusieurs facteurs responsables de surdistension utérine :

- multiparité : dont le taux est de 35.2% qui est proche de ceux objectivés par les résultats des études faites au Mali 38.5% [3] mais inférieur du taux au CHU Hassan II de Fès 44.7% [25], et au Niger 58.84% [20].

La multiparité se trouve dans 26% des cas des suites de couches non hémorragiques ce qui démontre l'effet de la multiparité dans la survenue d'HDD ($p=0.01$)

- grossesses gémellaires, soit un taux de 4.2 %, ce dernier est inférieur à celui montré par les résultats de l'étude réalisée au CHU Hassan II de Fès 7.03% [25] mais proche de celui objectivé à l'hôpital Lariboisière 4% [28]

- poids de naissance >4000g : dont le taux est de 8.4% qui est inférieur à celui montré par les résultats de l'étude faite au CHU Hassan II de Fès 9.55% [25] mais supérieur à celui mentionné par l'étude faite à Bamako qui est de 1.5 %.[3]

Les facteurs de risque repérables au cours du travail:

- Le travail prolongé : se trouve dans 8.4% ,des cas d'HDD , ce taux est supérieur à celui objectivé au Bamako 2.5% [3] mais inférieur à celui du CHU Hassan II de Fès 12.56%[25].

- Le travail rapide : 11.2% de nos patientes ayant présenté une HDD avaient connu un travail rapide ce taux est supérieur de celui de CHU Hassan II de Fès 7.03% [25].

- Stagnation : trouvable dans 8.4% de nos patientes d'HDD.

Les facteurs de risque repérables au cours de l'accouchement :

- Extraction instrumentale : avec un taux de 18.3% des cas d'HDD qui est supérieur à celui trouvé au CHU Hassan II de Fès 5.02 % [25] et au Bamako 13.5% [3] .

Les facteurs du risque liés à la mère :

- Cicatrice corporelle : affecte 9.8% de nos patientes d'HDD, nombre qui est supérieur à celui de Fès 6.5% [25], et du Bamako 7%.[3]

- L'âge maternel > 40 ans : 4.2% de nos patientes ayant présenté une HDD sont âgées de plus de 40 ans .

- Obésité maternelle : 14% de nos patientes d'HDD ont une obésité , ce taux est le double de celui trouvable dans les cas des SCN 7% (p=0.007).

Les facteurs du risque liés au placenta :

- hypertension artérielle gravidique : elle est repérée dans 9.8% des cas d'HDD.

- Pré-éclampsie : un taux de 2.8 % dans notre série qui est supérieur à celui de Fès 0.5% [25]

•Chorioamniotite : représente 4.2% des facteurs de risque trouvables chez nos patientes ayant présenté une HDD

Le Mort fœtale in utero : ce facteur affecte 2.8% des cas d'HDD dans notre série, taux qui est inférieur à celui de Fès 32,87%.[25]

La comparaison entre les facteurs de risque trouvables dans les cas d'HDD et les cas des suites de couches non hémorragique était statistiquement non significative hormis en ce qui concerne l'obésité maternelle et la multiparité.

9) La grossesse actuelle:

9.1) L'âge gestationnel :

Nos résultats : dans 57.8% des cas d'HDD, l'accouchement suivait une grossesse estimée à terme et dans 15.4% des cas , l'âge gestationnel n'était pas précisé, en comparaison avec l'étude des cas des suites de couches non hémorragiques pour 54.2% des patientes , l'accouchement était à terme.

Dans 4.2% des cas d'HDD l'accouchement était prématuré contre 2.8% des cas de SCN.

Alors qu'au CHU Hassan II de Fès la majorité des parturientes ayant présenté une HDD soit un taux de 85,42%, se disaient à terme [25] .

9.2) Le suivi de la grossesse :

On remarque que 34% des parturientes ayant présenté une HDD ont eu une grossesse non suivie , ce taux est supérieur à celui chez les patientes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques 5% (NS)

Dans notre série , le taux de grossesse non suivie chez les cas d'HDD est supérieur à celui mentionné par le résultat de l'étude faite au Mali 18% [3] , proche de celui du Niger 34,15%[20] et inférieur de celui de Fès 70% [25].

Les consultations prénatales permettent de surveiller l'état de la mère et de son fœtus, de dépister les grossesses compliquées et de préciser les facteurs de risque .

9.3) lieu de suivi de la grossesse :

95.8 % des cas de l'HDD, la grossesse était suivie dans les structures publiques qui sont majoritairement représentées par les centres de santé, un taux approximatif à celui des patientes des suites de couches non hémorragiques 91%.

Cela montre également l'absence de l'influence du lieu de suivi sur le risque d'hémorragie de la délivrance.

9.4) Evolution de la grossesse :

Dans notre série , 39.4% des cas d'HDD ont connu une grossesse compliquée, ce taux est supérieur à celui objectivé chez les patientes des suites de couches non hémorragiques 20.4 %, et dont la principale complication était la macrosomie 8.5% des cas d'HDD et le même taux dans les cas des SCN .

L'HTAG se trouve dans 9.8% cas d'HDD et la rupture prématurée de membrane chez 7% des cas des SCN.

La chorioamniotite présente dans 4.2% des cas d'HDD d'où elle est l'un de ses facteurs de risque.

La pré-éclampsie, La mort fœtale in utero, la menace d'accouchement prématuré, le diabète gestationnel chacun de ces complications se trouve chez 2.8% des patientes ayant présenté une HDD..

La comparaison avec les cas des SCN était statistiquement non significatif .

10) Le déroulement du travail:

10-1) La durée du travail :

Malheureusement, dans notre étude 43.7% des cas d'HDD, les circonstances de déroulement du travail des parturientes étaient méconnues, étant donné que l'accouchement fut à domicile pour certaines et la non précision du déroulement du travail pour d'autres dans les fiches de références.

Dans 11.3% des cas d'HDD le travail était rapide, ce taux est supérieur à celui objectivé dans les cas des suites de couches non hémorragiques 2.1%(NS).

Les patientes ayant nécessité un déclenchement du travail dans 8.4% des cas d'HDD contre 6.3% des cas des SCN (NS).

Le travail prolongé représente 8.4% des cas d'HDD contre 0.7% des cas des suites de couches non hémorragiques (NS).

MAIGA Sagaïdou Ibrahim a rapporté le taux des cas ayant présenté un travail prolongé de 2.5% [3] .

Au CHU Hassan II de Fès M. Jeddi Youssef a rapporté 30.48%des cas ayant présenté un travail prolongé [25].

En effet plus le travail est long et laborieux, plus le muscle utérin s'épuise, ce qui entraîne après l'accouchement un défaut de rétraction utérine, d'où la survenue de l'hémorragie [29].

Ceci souligne l'intérêt de la surveillance du travail et du diagnostic précoce de la disproportion foeto-pelvienne et des dystocies dynamiques. [25]

10-2) Le traitement reçu au cours du travail:

Dans notre série 8.4% de nos patientes ayant présenté une HDD ont bénéficié d'une activation du travail par l'ocytocine contre 3.5% des patientes avec des suites de couches non hémorragiques.

Ce taux est inférieur à celui objectivé au Tlemcen 25.37% [22].

1.4 % des patientes d'HDD étant activé par ocytocine et soulagées par spasfon au cours du travail.

Ce taux ne représente pas la réalité car un nombre important de nos patientes ont accouché soit au CHP soit aux maisons d'accouchement d'où elles étaient référées sans que les circonstances du travail et de l'accouchement ne soient détaillées.

11) L'accouchement :

11-1) Le lieu d'accouchement :

On remarque que 42.3% des parturientes ayant eu une HDD, ont accouché dans des maisons d'accouchement puis étaient référées à la maternité Souissi de Rabat.

Dans notre étude 7 % de nos parturientes ont accouché à domicile, nombre qui est inférieur à celui mentionné par les résultats de l'étude faite au Mali (47%)[3] ,à l'échelle nationale ce taux est inférieur par rapport à ceux mentionnés par les résultats des études faites au CHU Hassan II de Fès 20.61%[25] et au CHU de Casablanca 38.46%.[32]

Ce taux semble être un bon signe de développement de l'éducation des parturientes, et s'accompagne d'une augmentation des accouchements dans les hôpitaux et les maisons d'accouchement.

Dans les cas des suites de couches non hémorragiques l'accouchement se déroulait à la Maternité Souissi dans 100 % des cas.

11-2) Le mode d'accouchement :

On remarque que la majorité des femmes ayant présenté une HDD dans notre étude ont accouché par voie basse 95.7% et 4.3% par voie haute ce taux est concordant avec celui obtenu à Bamako 90% [32] et à Fès 80, 4%[25] des cas ont accouché par voie basse .

Ce qui est discordant avec la littérature qui affirme que le risque d'HDD est plus élevé lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse [33, 34].

Par contre on trouve le taux de césarienne dans les cas des SCN dans 7% des cas et qui est supérieur à celui trouvable dans les cas d'HDD (p=0.01)

Dans les deux études de Combs 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 [33, 34].

Saunders, trouve 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) [35].

Ceci pourrait être expliqué par une sous estimation du sang au cours de la césarienne et la non disponibilité de l'hématocrite de référence avant la césarienne chez la grande majorité des femmes .

11-3) Les manoeuvres utilisées :

On remarque que 44 % des parturientes ayant présenté une HDD ont bénéficié d'une épisiotomie, 18 % d'une ventouse .

Une étude au CHU Tlemcen montre que 38.8% des patientes ont bénéficié d'une épisiotomie et 4.47% d'une ventouse [22].

L'HDD peut être produite par les plaies cervicovaginales ou utérines en rapport avec une extraction instrumentale difficile.

Dans notre série 18% de nos parturientes ont nécessité une extraction instrumentale. Taux qui est supérieur par rapport à celui mentionné par M. Jeddi Youssef qui a retrouvé un taux d'extraction instrumentale de 4.52%[25].

Dans les cas des SCN 60% des patientes ont bénéficié d'une épisiotomie et 16.7% des cas d'extraction instrumentale et les renseignements sont notés sur les dossiers, par contre la majorité de nos patientes ayant présenté une HDD ont accouché dans d'autres structures sanitaires dans lesquelles les renseignements ne sont pas toujours bien notés sur les fichiers de référence (NS).

11-4) L'accoucheur :

Dans notre série 58% de nos patientes ayant présenté une HDD ont accouché par une sage femme , 35% des cas par un médecin assisté par une sage femme et seulement 7% des patientes ont accouché par un médecin .

Ce taux est proche de celui objectivé chez les femmes ayant présenté des suites de couches non hémorragiques et qui ont accouché par des sages femmes 44,4% .

Donc on peut conclure que la majorité des accouchements sont assurés par les sages femmes d'où l'importance de la formation et de l'éducation continue des sages femmes pour la prévention et la prise en charge rapide et suffisante de l'hémorragie de la délivrance .

12) Le mode de délivrance :

Malheureusement, 21.1% des cas d'HDD ont eu une délivrance inconnue, expliquée par le manque d'information sur les fiches de référence.

Dans notre série 50.7% de nos patientes ayant présenté une HDD ont bénéficié d'une délivrance dirigée, ce taux est supérieur par rapport à celui mentionné par l'étude faite au CHU Hassan II de Fès dont le taux est de 42.21% [25].

Il est clairement démontré que l'administration d'ocytociques par voie intramusculaire ou intraveineuse diminue significativement la durée de la délivrance et l'abondance de l'hémorragie [36, 37, 38].

Elle peut être administrée soit au dégagement des épaules ou rapidement après la naissance, soit après la délivrance si non réalisée précédemment [30].

Dans notre série , 19.7% des cas d'HDD la délivrance était artificielle, contre 7 % des cas des SCN (dans le cadre d'accouchement par voie haute) .

Par contre dans les cas des suites de couches non hémorragiques 85.2% de nos patientes ont bénéficié d'une délivrance dirigée (NS).

13) Examen du placenta :

Dans notre série 49.4% de nos patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance , le placenta était incomplet , ce taux est nettement supérieur à celui trouvable chez les cas des suites de couches non hémorragiques , en effet , aucune patiente n'a présenté un placenta incomplet , ce qui attire l'attention sur l'importance de l'examen du placenta et de qualité de la délivrance dans la prévention de l'hémorragie du post- partum.

Dans 25.3% des cas d'HDD l'examen du placenta non précisé, ce qui rend l'estimation du vrai taux de l'examen du placenta un peu difficile.

III- PREVENTION DE L'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE : [2]

L'hémorragie de la délivrance peut être évitable dans la majorité des cas, puisqu'elle peut être prévenue tout d'abord par la lutte contre les accouchements à domicile grâce à l'éducation des populations et la facilité des accès hospitaliers.

Par ailleurs dans le milieu hospitalier, on doit respecter certaines règles [39], ainsi les accouchements doivent se passer dans les meilleures conditions :

- Respectant la physiologie de l'accouchement ainsi que celle de la délivrance : l'attente peut durer 30minutes pendant lesquelles toute manoeuvre d'expression utérine ou traction sur le cordon est interdite jusqu'à décollement placentaire, c'est après cet intervalle qu'on peut recourir à la délivrance artificielle, sauf en cas d'hémorragie importante
- La délivrance dirigée: dont le principe est la qualité et l'intensité de la contraction utérine comme étant les agents essentiels du décollement placentaire, de la migration et surtout de l'hémostase, on propose de la renforcer par une médication utérotonique dès l'accouchement.
- L'examen du placenta après son expulsion pour s'assurer de son intégrité.
- La surveillance de la parturiente, en observant la teinte du visage et des téguments, en prenant souvent le pouls et la tension artérielle, et en quantifiant le sang à l'aide d'un sac de recueil.
- La vérification de l'état de l'utérus après la délivrance (globe de sécurité).

- ❖ Les modalités de la délivrance dirigée sont variables:
 - Injection en intramusculaire d'ocytocines (2 à 5UI) lors du dégagement des épaules.
 - Mise en route ou accélération d'une perfusion d'ocytocine déjà instaurée.
 - Injection d'ocytocine (10 à 20UI) dans la veine ombilicale.
 - Injection intraveineuse : une ampoule de 5 UI d'ocytocine injectée en intraveineux direct lors du dégagement de l'épaule foetale antérieure.
- ❖ Recommandation de l'OMS 2012 [40]: TIQUES ET ACTIONS D'INTÉGRATION DES ANDATIONS
 - Administration d'un utérotonique, de préférence de l'ocytocine, à raison de 10 UI par voie IM immédiatement après tous les accouchements, y compris les césariennes (recommandé).
 - Si l'ocytocine n'est pas disponible, elle peut être remplacée par, l'ergométrine injectable ou le misoprostol par voie orale (600 mcg).
 - Clampage tardif (de 1 à 3 minutes après l'accouchement) du cordon (recommandé).
 - Traction contrôlée du cordon pour l'expulsion du placenta (optionnel).
 - Massage du fond utérin (optionnel).
 - Évaluation régulière et fréquente du tonus utérin par palpation du fond utérin après expulsion du placenta (recommandé).

❖ En cas d'accouchement par césarienne Il n'y a pas d'argument pour privilégier une technique de césarienne à une autre pour prévenir l'HPP .La délivrance par traction contrôlée du cordon est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle. Une injection en IV lente sur au moins une minute de 5 à 10 UI d'oxytocine est recommandée sauf en cas de risque cardiovasculaire avéré où la durée d'injection doit être d'au moins 5 minutes afin de limiter les effets hémodynamiques.

Un traitement d'entretien systématique par une perfusion IV d'oxytocine peut être entrepris sans dépasser 10 UI/h .Le traitement peut être interrompu au bout de deux heures si la tonicité utérine est satisfaisante et en l'absence de saignement anormal.

L'oxytocine constitue le traitement préventif de référence pour la prévention de l'HPP pour les césariennes. L'estimation des pertes sanguines est essentielle lors de la césarienne et doit apparaître dans le compte-rendu opératoire. [30].

Dans notre série la délivrance dirigée a été utilisée chez 50.7% de nos patientes ayant présenté une HDD et 85.2% des cas des SCN.

IV. LE DIAGNOSTIC POSITIF :

1) Clinique :

1.1) La quantité du sang et le retentissement sur l'état maternel :[32]

Que le placenta soit ou non sorti, il existe une hémorragie externe, une hémorragie intra-utérine, ou l'association des deux.

- **L'hémorragie externe** est indolore, le plus souvent sournoise, masquée par l'épisiotomie (aggravée par elle). Parfois cependant, c'est un flot de sang rapide et brutal, avec caillots, ou bien une aggravation brutale d'une hémorragie moyenne survenant par un flot de sang. Écoulement sournois et hémorragie brutale peuvent s'associer.

Son volume doit être apprécié de façon exacte, Le sac est pesé et comme la densité du sang est voisine de 1, on obtient directement la quantité de sang perdue. [12]

- **L'hémorragie intra-utérine** modifie la morphologie et la situation de l'utérus.

Il y a « perte du globe de sûreté » ; l'utérus devient mou et flasque. Le fond utérin remonte, et cette remontée est différente de l'ascension du fond observée lors de la descente du placenta, ou de l'ascension utérine due à un globe vésical, par conséquent l'expression utérine fait venir un flot de sang.

Dans notre série La quantité du sang n'a pas été objectivement quantifiée ; de ce fait on a classé cliniquement les HPP simples, graves et compliquées selon le retentissement sur l'état hémodynamique. [2].

L'évaluation du retentissement sur l'état général a été basée surtout sur la clinique : pouls, diurèse, TA, pâleur, soif, trouble de conscience.

Dans notre série tous les cas d'HDD présentaient une hémorragie externe, dont 62 % des cas étaient simples, 28% graves et 10% compliquées.

Notre taux 28% pour les formes graves est inférieur par rapport à ceux mentionnés par les études faites au CHU Hassan II de Fès [25] et au CHU Ibn Rochd de Casablanca [31] dont les taux sont respectivement 37,17% et 55%.

1.2). Signes généraux : [13]

Les signes cliniques débutent depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique. Les altérations hémodynamiques peuvent conduire à un choc hypovolémique où l'on dégage les symptômes suivants :

- 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
- Oligurie-anurie

Dans notre série 27% des cas ont une hypotension artérielle arrivante jusqu'à 70 mmHg de PAS

Sur 30 mmHg de PAD dont un seul cas de tension artérielle imprenable soit un taux de 1.4% des cas.

La tachycardie représente 28% des cas et la pâleur 15.5% des cas .

Le trouble de conscience, la lipothymie et l'oligurie chacun de ces signes représente 2.8% des cas.

2) Examen clinique: [42]

• Origine placentaire

A - Avant l'expulsion du placenta

Il existe une rétention totale du placenta avec un utérus mou, dépourvu de toute activité contractile et perçu très largement au-dessus de l'ombilic.

La remontée du corps utérin provoque une ascension du cordon ombilical, signalant l'absence de clivage placentaire.

B - Après l'expulsion du placenta

Il faut vérifier la vacuité de l'utérus pour pouvoir assurer que ce dernier est l'unique responsable de la survenue de cette hémorragie.

A l'examen, l'utérus est mou, peu contractile, avec un fond utérin nettement au-dessus de l'ombilic.

Lors de l'expression utérine, de nombreux caillots sont expulsés et, à l'arrêt de cette opération, le globe utérin de sécurité n'existe plus alors qu'il est le témoin habituel d'une rétraction utérine satisfaisante.

Une vérification du placenta doit être effectuée parallèlement , afin d'affirmer qu'il est strictement complet.

• Eliminer un traumatisme de la voie génitale

Des lésions de la voie génitale basse peuvent être associées à un accouchement normal mais elles surviennent surtout au cours de manoeuvres facilitant l'expulsion (ventouse ou forceps).

Aussi faut-il explorer, sous anesthésie, très soigneusement tout la voie génitale basse par l'examen sous valves.

Dans notre série 61% de nos patientes ayant présenté une HDD ont bénéficié d'un examen sous valve

3) Les signes biologiques : [2]

Andrew et Edwad [43, 44] de l'université de Californie aux USA, proposent l'utilisation de l'hématocrite pour calculer les pertes sanguines et définissent l'HDD par une baisse de l'hématocrite de 10% entre les chiffres d'avant l'accouchement et du post-partum.

Sarfati, du CHU de Poitiers [45], définit aussi l'HDD par une diminution de 10% de l'hématocrite entre le bilan d'anesthésie fait avant l'accouchement et le bilan fait au 3ème jour du post-partum.

3-1) L'hémogramme (dès le diagnostic):

Il a été mentionné chez 31 parturientes, soit un taux de 44%.

•Hémoglobine :

93.6% de nos partientes qui ont bénéficié d'une NFS présentaient une anémie ($< 12\text{g/dl}$), ce taux est proche de celui mentionné à l'étude faite au CHU Hassan II de Fès 91,61% [25].

•Hématocrite :

Il est mentionné chez 26 parturientes dont la moyenne est de 28.95% ,avec des extrêmes allant de 16.1 à 37%

En effet, dans notre contexte le diagnostic de l'HDD a été souvent basé sur la clinique et d'autant plus que la majorité des femmes n'ont pas d'hématocrite de référence, et la recherche des causes de l'HDD fut rapidement entamée .

•Plaquettes :

Dans 29 % des parturientes ayant bénéficié d'une NFS présentaient une thrombopénie ($< 150000 \text{ elmt/mm}^3$) ce taux est proche des résultats relevés à l'étude faite au CHU Hassan II de Fès 32.25%[25].

3-2) Bilan d'hémostase (TP, TCA, Fibrinogène) :

Il a été pratiqué chez 17 parturientes (24%) et demandé chez 8 patientes (11%) mais le résultat non mentionné sur le dossier médical,

Le TP moyen 94.35 % avec des extrêmes allant de 41 à 100%.

TCA moyen 24.4 sec avec des extrêmes allant de 10.4 à 30.6 sec.

Le fibrinogène demandé chez 11 parturientes 15.5% dont le moyen 2.7 g avec des extrêmes allant de 0.6 à 3.9 g.

3-3) Groupage :

Dans 65% des cas d'HDD le groupage était signalé sur le dossier alors que dans 35 % il était introuvable.

Certes, la demande systématique du groupe sanguin au cours des consultations prénatales ou à l'admission pour l'accouchement joue un rôle primordial dans la prise en charge rapide des cas d'HDD en cas d'indication de transfusion et par conséquence l'amélioration du pronostic maternel.

3-4) bilan rénal :

Dans notre série le dosage de la créatininémie et de l'urée sanguine a été réalisé chez 12 parturientes (25.3%) et dans 7 cas, manquaient les résultats.

Aucun cas d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle n'a été révélé.

IV .DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Le diagnostic de l'hémorragie de la délivrance étant posé, il va falloir donc préciser l'étiologie de celle-ci pour pouvoir entreprendre une thérapeutique adéquate. Dans ces directives , on doit être méthodique [46] :

- Délivrance non faite : il faut recourir à la délivrance artificielle.
- Délivrance faite :
 - Examen du délivre.
 - Examen sous valve
 - Révision utérine

Au cas où le bilan resterait négatif , il faudrait vérifier s'il n'y a pas lieu de trouble d'hémostase.

❖ **Causes utérines et causes non utérines : [3-47]**

1) causes utérines :

1. L'atonie utérine : elle est incriminée dans 2 à 5% des accouchements par voie basse.

Les facteurs de risque sont les suivants [48] :

- Les antécédents d'hémorragie pré ou post-partum,
- La surdistension utérine : hydramnios, macrosomie, grossesse multiple,
- La grande multiparité,

- L'utérus polomyomateux,
- Les chorioamniotites,
- Un accouchement trop rapide ou à l'inverse un accouchement laborieux qui entraîne épuisement de l'utérus,
- Le globe vésical,
- Une anomalie placentaire : insertion au niveau du segment inférieur.
- Une anomalie utérine : malformation,
- Certaines interférences médicamenteuses ;
 - Les anesthésiques volatiles, halogènes (halothane) [46]
 - Les tocolytiques : les bêtamimétiques (terbutaline : Bricanyl® ; salbutamol : Ventoline®) ;
 - L'anesthésie péridurale
 - Arrêt brutal des ocytociques en fin de travail.

Habituellement, l'inertie utérine entraîne une hémorragie ,indolore, continue, à bas bruit, qui peut atteindre plus de 2 L en quelques minutes.

L'utérus peut également se remplir de sang qui se caillote sans qu'il y ait de sang extériorisé.

La palpation manuelle de l'abdomen permet de découvrir un utérus mou dont la hauteur augmente lors des examens successifs dont l'expression permet d'extérioriser les caillots sanguins [49].

Dans notre étude l'inertie utérine représente la deuxième cause de l'HDD après la rétention placentaire, avec un taux de 25.4%, dont notre taux est inférieur à celui de l'étude faite au CHU Hassan II de Fès [25] dont le taux est de 39,7% ,au CHU de Tlemcen 31.34%[22] , et discordant avec la littérature où l'inertie utérine représente la première cause de l'HDD [30] .

2. Rétentions placentaires :

➤ La rétention placentaire partielle :

Il s'agit d'une délivrance incomplète avec persistance dans l'utérus de fragments membranaires ou placentaires. Son diagnostic repose sur l'examen immédiat du délivre, son traitement se base sur la révision utérine.

Le retard de prise en charge expose dans l'immédiat à une inertie utérine et/ou à des complications hémorragiques, secondairement à une endométrite du postpartum.

➤ Rétention placentaire complète:

Elle correspond à un non décollement total ou partiel du placenta de son insertion utérine plutôt qu'à un défaut de migration dans la filière génitale [50].

On considère habituellement qu'il y a retard à la délivrance au-delà de 30 min après la naissance, en l'absence d'hémorragie, il vaut mieux attendre 30-60 minutes avant de réaliser une délivrance artificielle [30].

❖ Facteurs de risque:

- Atteinte de la muqueuse endométriale d'origine infectieuse ou traumatique.
- Anomalies de la contraction utérine spontanées ou iatrogènes.
- Hypotonie utérine.
- Anomalies placentaires.
- L'accouchement prématuré est un facteur de risque démontré de rétention placentaire.

Dans notre série, on a objectivé que la rétention placentaire totale ou partielle est la première cause d'HDD avec un taux de 54.9%.

Ce taux est supérieur à ceux cités dans les études faites au CHU Hassan II de Fès 45,7% [25] , à Casablanca 41% [32] , et au CHU de Tlemcen dont le taux est 38.3% [22].

Cependant dans la littérature la rétention placentaire représente la 2ème cause d'HDD avec un taux de 29% après l'inertie utérine [51].

Ceci devrait attirer notre attention sur la qualité de la délivrance et l'intérêt du respect de sa physiologie.

3. Les anomalies placentaires.

1-Insertion segmentaire du placenta .

2-Insertion angulaire du placenta : responsable de l'enchâtonnement pathologique du placenta et l'empêche d'être expulsé.

3-anomalies de conformation du placenta : dues

- A l'excès de volume et de surface du placenta (grossesse gémellaire, placenta étalé).
- Aux masses aberrantes (placenta accreta).
- Les anomalies de la placentation : on en distingue:
 - Placenta accreta vrai caractérisé par une simple soudure à la paroi musculaire utérine.
 - Placenta increta défini par la pénétration des villosités au sein même de la musculature.
 - Placenta percreta dans lequel cette pénétration est si profonde qu'elle peut aller jusqu'à la séreuse et même l'effondrer.

Le placenta accreta est souvent diagnostiqué au cours de l'accouchement après un échec de la délivrance.

Tenter d'obtenir une délivrance complète peut entraîner à une hémorragie de la délivrance grave nécessitant une hystérectomie d'hémostase et expose à des complications maternelles sévères.

Dans notre série ,aucun cas de placenta accreta n'a été signalé.

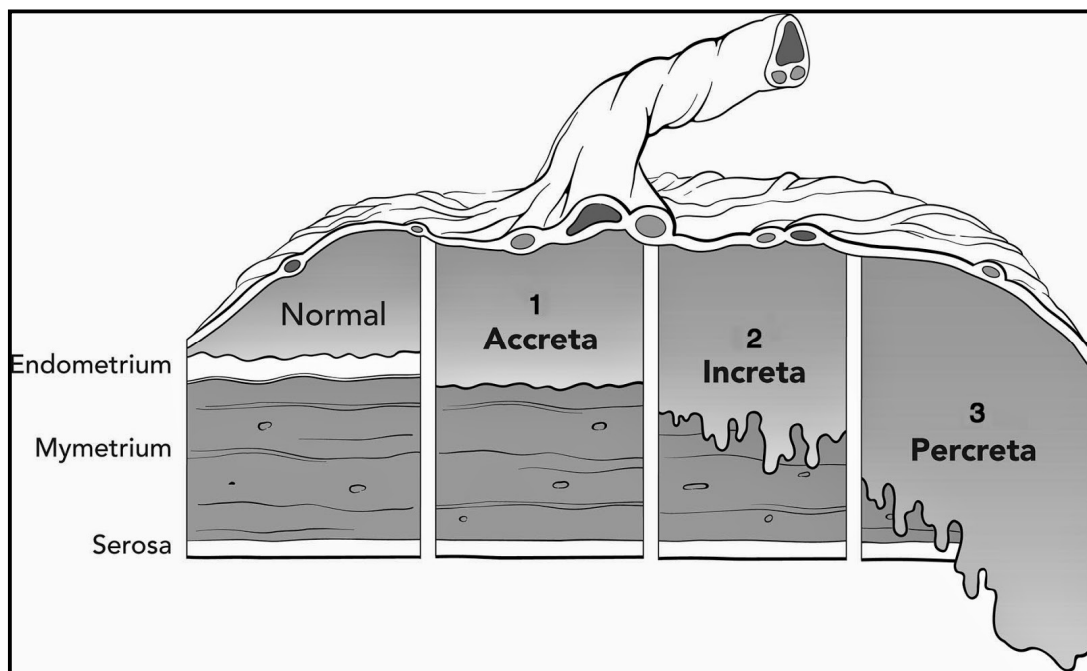


Figure 40: Les trois variétés anatomiques de placentas accreta. [52]

3. Rupture utérine (RU):

La rupture utérine est définie par une déchirure de la paroi utérine survenant au niveau du corps ou du segment inférieur, ou les deux à la fois, pendant la grossesse ou au cours du travail.

Cependant les déchirures isolées du col sont exclues ainsi que les plaies de l'utérus au cours d'un traumatisme abdominal ou les plaies compliquant un avortement [52, 53, 54].

Le diagnostic est quelquefois porté pendant le travail devant des modifications cardio-tocographiques, au cours d'une césarienne ou après un accouchement par voie basse lors de la révision utérine.

Le diagnostic d'une rupture au cours d'une révision utérine impose la laparotomie, et le traitement, en fonction du siège et de l'importance des lésions, soit par une suture simple ou par une hystérectomie.

Dans la littérature la rupture utérine représente 2% des causes de l'HDD [51].

Dans notre série , aucun cas n'a présenté une RU.

4. Inversion utérine :

Accident presque disparu dans la pratique obstétricale actuelle, sauf dans son premier degré (1/100 000 en France).

La symptomatologie associe, à des degrés divers, une douleur violente et brutale, une hémorragie d'abondance variable et un état de choc, qui est fonction de L'importance de l'inversion et n'est pas toujours proportionnel à l'hémorragie.

En effet, ce choc s'explique par la spoliation sanguine, mais aussi et surtout par la traction exercée sur les nombreux filets nerveux apportée à l'utérus par ses différents pédicules.

À ce tableau s'associe parfois une envie de pousser, de grande valeur sémiologique lorsqu'elle réapparaît après la délivrance.

Les constatations de l'examen sont en fonction du degré de l'inversion, on décrit 4 degrés :

- Premier degré : le fond utérin est simplement déprimé en cupule.
- Deuxième degré : l'utérus retourné, franchit le col.
- Troisième degré : l'utérus descend dans le vagin et s'extériorise.
- Quatrième degré : les parois vaginales participent au retournement.

Dans notre étude aucun cas d'inversion utérine trouvable.

2) Lésions de la filière génitale :

Dans notre série, les lésions de la filière génitale représentent la 3ème cause des HDD avec une fréquence de 19.7%. Ce taux est inférieur à ceux mentionnés par l'étude faite au CHU de Tlemcen [22] et de Hassan II de Fès [25], dont les taux sont respectivement 28.35 % et 31.64% mais supérieurs à celui objectivé par les résultats de l'étude réalisée à l'hôpital Lariboisière de Paris [28], dont le taux est de 9,3%.

2.1).Dilacération des parties molles:

1.1. Les déchirures cervicales :

a) Déchirures sous vaginales : n'intéressent que la portion du col libre dans le vagin. Elles ne menacent aucun viscère et siègent dans les culs- de- sac latéraux et sont le plus souvent bilatérales [55].

b) Déchirures sus vaginales : La déchirure remonte sur le segment inférieur en haut, c'est une rupture utérine et menace la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les côtés.

❖ Etiologies des déchirures cervicales :

- Les efforts expulsifs avant dilatation complète.
- Les manoeuvres obstétricales : forceps ou extraction de la tête dernière avant dilatation complète.
- Les pathologies du col (lésion inflammatoire, cancer).
- Les dystocies de tout ordre peuvent être à l'origine.
- Thérapeutique (électrocoagulation endocervicale, conisation)

Dans notre serie 4.2% de nos patientes ont présenté une déchirure cervicale.

1.2. Les lésions vaginales : Il existe trois (3) grandes formes :

- a) Déchirures de la partie basse du vagin.
- b) Déchirures moyennes du vagin.

c) Déchirures de la partie profonde du dôme vaginal : (Déchirures hautes).

❖ Mécanismes et circonstances de survenue :

- La prédisposition maternelle : (primipare âgée, malformation congénitale vaginale : aplasie, cloison, brides)
- vagin cicatriciel (traumatisme, infections chroniques).
- Le mobile foetal : par ses dimensions et par certaines présentations.
- La dynamique de l'accouchement et les traumatismes obstétricaux
- 6 de nos patientes soit un taux de 8.5% ont présenté une déchirure vaginale.

1.3. Déchirure périnéale :

La primiparité, l'épisiotomie mal faite constituent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum. La fréquence a été estimée à 0,6% des accouchements par voie basse en France en 1998 [27].

❖ Classification des déchirures périnéales : anglo-saxonne [28-29-30]

- **Le 1^{er} degré** correspond à une déchirure périnéale isolée (lésions cutanéomuqueuses) .
- **Le 2nd degré** correspond à une atteinte du noyau fibreux central du périnée c'est donc une lésion du 1^{er} degré compliqué par une atteinte du noyau fibreux central du périnée.
- **Le 3^{ème} degré** correspond à une déchirure complète c'est-à-dire avec une atteinte du sphincter externe de l'anus

- Le 4^{ème} degré correspond à une déchirure complète compliquée. On observe donc une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure.

3 de nos patientes soit un taux de 4.2% avaient présenté une déchirure périnéale et 1 cas soit un taux de 1.4 % a une épisiotomie non suturée .

2. Hématomes pelviens et périnéaux :

2.1. Les thrombus vulvo-vaginaux :

Il existe trois types :

- L'hématome vulvo-vaginal
- L'hématome vaginal proprement dit
- L'hématome pelvi-abdominal ou supra-péritonéal ou sub-péritonéal.

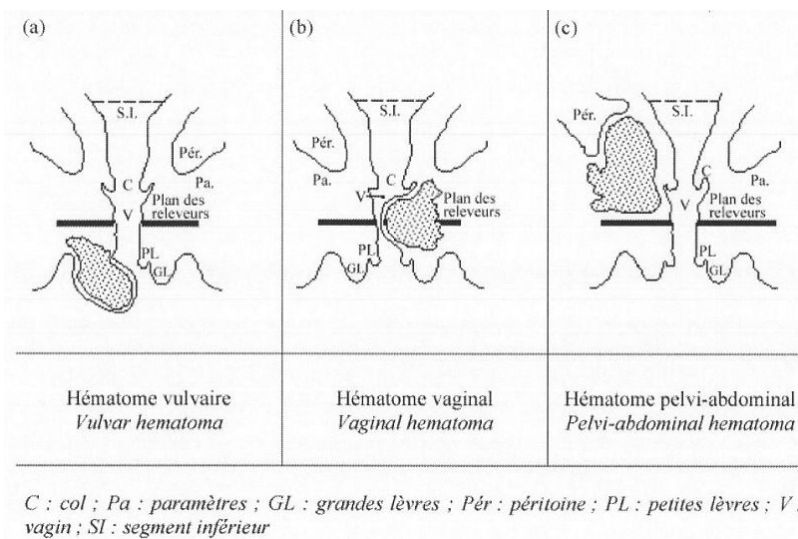


Figure 41: Classification anatomique des hématomes génitaux[56].

Dans notre série, un seul cas a présenté un hématome vulvaire soit 1.4% de cas.

2.2. Les ruptures de varices vulvo-vaginales :

Plus fréquentes au niveau de la vulve qu'au niveau du vagin.

2.3. Les tumeurs et les anomalies vasculaires du vagin :

Les angiomes, les communications artério-veineuses, les anévrysmes cirsoïdes exceptionnels.

3) Troubles de la coagulation (coagulopathies) [25]

Il peut s'agir :

❖ D'une pathologie préexistante congénitale (maladie de von Willebrand, hémophilie A, etc.) ou acquise (purpura thrombopénique idiopathique, thrombopénie du lupus, insuffisance hépato-cellulaire, etc.), éventualité rare mais grave si elle est méconnue, chez ces patientes, la naissance doit impérativement être programmée, les traitements indispensables demandant généralement un certain délai de préparation (plaquettes fraîches, facteurs de la coagulation, globules lavés ou irradiés...) [50].

❖ D'une pathologie induite par la grossesse :

- HELLP syndrome, hémorragie par coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD)
- Stéatose hépatique aiguë gravidique (hémorragie par insuffisance Hépato-cellulaire et CIVD) [50]

❖ D'une modification de la coagulation induite par un traitement :

- Héparines de bas poids moléculaire dont l'utilisation au voisinage du terme est peu souhaitable, en raison de leur longue durée d'action (supérieure à 24 heures).
- Héparine standard qui en dehors des accouchements programmés, doit être interrompue dès les premières contractions,
- Aspirine, qui reste fixée sur les plaquettes pendant 8 à 10 jours [50].

❖ D'une urgence imprévisible:

- - CIVD de l'hématome rétroplacentaire et de l'embolie amniotique [50].

Toute hémorragie du post-partum, quelle qu'en soit la cause, qui perdure, entraîne à moyen terme une coagulopathie de consommation et des troubles de l'hémostase qui aggravent la situation [50].

Dans notre série aucun cas de trouble de crase sanguine n'a été objectivé.

V- LA PRISE EN CHARGE : [2-57]

Si le diagnostic établi, la communication entre les acteurs doit être immédiate, Une information aussi rapide que claire doit être apportée à la patiente et/ou à son conjoint selon la situation clinique.

L'évaluation de l'état clinique de la patiente (pouls, pression artérielle, état de conscience) doit être faite en parallèle à la mise en route des premières mesures de réanimation.

Dès le début de la prise en charge, il est fondamental de noter l'horaire du diagnostic de l'hémorragie car les actions entreprises sont chronophages et les délais de réponses aux différents traitements peuvent influencer les stratégies thérapeutiques.

Une feuille de surveillance simple comportant les différentes phases de la prise en charge et le recueil des constantes sera débutée et complétée ultérieurement.

La phase initiale de la prise en charge de l'hémorragie ne devrait pas dépasser 30 minutes à partir du moment de la survenue de celle-ci [58].

1) Les buts :

I	Arrêter le saignement - Traitement médicamenteux (ocytocique, prostaglandine..etc) - Assurer la vacuité utérine - Massage utérin - +/- Recours à l'embolisation - +/- Recours à la chirurgie d'hémostase
II	Optimiser le transport artériel en oxygène - Transfusion de concentré globulaire - Monitorer les conséquences de l'hypoxie tissulaire (dosage de troponine I, des lactates, etc) - Maintenir la perfusion des organes (remplissage, recours aux vassopresseurs)
III	Maintenir une crase adéquate -Plasma frais congelé, unités plaquettaires -Place des nouveaux produits (en particulier facteur VII activé)
IV	Prévenir l'hypothermie : - Favoriser par la transfusion massive, le choc hémorragique en lui-même - Favorise ou aggrave les troubles de la coagulation

Figure 42 : les buts de la prise en charge de l'hémorragie [2].

2) Mesures de réanimation :

Elles sont indispensables, dès le diagnostic d'hémorragie de la délivrance, il faut :

- mettre en place une ou deux voies veineuses de bon calibre (au moins 16 Gauge) :

Dans notre série 94.3% de nos patientes ont bénéficié de deux voies d'abord vasculaires périphériques avec remplissage au sérum salé.

- débuter une surveillance régulière du pouls, de la tension et d'un oxymètre de pouls, on note que toutes nos patientes ont bénéficié d'une surveillance.

- la surveillance de la diurèse avec une quantification précise de celle-ci par un sondage vésical à demeure [16] en cas de choc hémorragique, on a une oligurie voire une anurie, sondage vésical réalisé chez 28.2% de nos patientes.

- demander un bilan en urgence : recherche d'agglutinines irrégulières (obligatoire avant toute transfusion), numération sanguine (hématocrite, hémoglobine et plaquettes) et bilan d'hémostase complet à la recherche d'une CIVD, c'est le cas d'un bilan demandé chez 56.3% de nos patientes.

- bien oxygéner la patiente_ (6L/min) par voie nasale voire masque à haute concentration avec réservoir, le retour veineux peut être amélioré par la position de Trendelenbourg ,en présence de troubles de la conscience et en présence d'un état hémodynamique instable, l'intubation oro-trachéale avec ventilation mécanique est nécessaire pour optimiser la FiO2 et assurer la protection des voies aériennes.

L'oxygénation par voie nasale a été réalisé chez 69% de nos patientes et la Position de Trendelenburg chez 12.7% des cas.

- La lutte contre l'hypothermie : par (couverture chauffante, réchauffeur de perfusion) contribuera à l'efficacité hémodynamique et à la prévention des complications infectieuses.

84.5% de nos patientes avaient bénéficié d'un réchauffement.

- Les pertes sanguines sont compensées en fonction des paramètres par des cristalloïdes type Ringer®, puis par des colloïdes type gélatine fluide modifiée.

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, intéressants pour leur pouvoir d'expansion volémique.

Dans notre série 94.3% de nos patientes ont bénéficié d'un remplissage par des cristalloïdes.

- Transfusion sanguine :

Le maintien d'un taux d'hémoglobine >8 g/dl [30]. , tant que l'hémorragie est active, justifie la transfusion de culots globulaires idéalement isogroupes, iso-Rhésus, déleucocytés et phénotypés [59, 60].

Chez l'adulte, on considère que le nombre d'unités de globules rouges nécessaires est en première approximation d'une unité de concentré globulaire pour élever l'hémoglobine de 1 g/100 ml.

Les indications du plasma frais congelé (PFC) sont larges dans les hémorragies massives du per- et post-partum, souvent même avant d'avoir pris connaissance des résultats des examens de l'hémostase.

Dans tous les cas, il s'agit de plasma viro-atténué ou sécurisé.

Quant aux plaquettes, il est impératif d'utiliser des concentrés CMV négatifs chaque fois que possible.

Dans certaines situations (isolement géographique, difficulté d'approvisionnement en produits sanguins labiles ou patientes possédant un groupe sanguin rare...), l'utilisation de récupérateur de sang peut être discutée, cependant dans cette situation elle reste très controversée [61].

Dans des cas d'extrême urgence, une transfusion hétérogroupe est de nécessité suivie d'une administration d'immunoglobulines.

Dans notre série, on a transfusé 14 % des patientes d'HDD : (10 patientes ont reçu des culots globulaires, 1 des plasmas frais congelés).

- Traitement des troubles de la coagulation :

La survenue de troubles de la coagulation est fréquente lors de l'HDD.

Ces coagulopathies sont rarement à l'origine de l'hémorragie (CIVD sur mort foetale in utero ou embolie amniotique), mais sont plutôt la conséquence de l'hémorragie qui persiste et/ou d'une dilution importante.

La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) se définit par l'association de perturbations biologiques, avec ou sans manifestations cliniques témoins de la consommation excessive de plaquettes et de facteurs de la coagulation (syndrome hémorragique), et de la formation exagérée de thrombine et de fibrine (syndrome thrombotique).

Le syndrome hémorragique prédomine largement dans les CIVD obstétricales.

Le diagnostic de CIVD biologique est théoriquement retenu si les D-dimères sont augmentés (témoin indirect de la formation excessive de thrombine mais peu spécifique au cours de la grossesse) et s'il existe un critère majeur ou deux critères mineurs de consommation (tableau ci-dessous).

Tableau I Critères de consommation (d'après la XXII^e conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence : CIVD en réanimation. SRLF 2002 [21]).
Consumption criteria (according to the XXIIth consensus conference on resuscitation and emergency medicine [21]).

Paramètre (unité)	Majeur	Mineur
Numération plaquettaire (G/L)	≤ 50	$50 < \leq 100$
Taux de Prothrombine (%)	< 50	$50 \leq < 65$
Concentration en Fibrinogène (g/L)	—	≤ 1

Tableau 39: critères de consommation [62]

Le diagnostic clinique de CIVD dans le cadre de l'HDD repose essentiellement sur la présence de signes hémorragiques (saignements diffus en nappe, saignements au niveau des muqueuses et/ou des points de ponction).

Dans cette situation, le traitement de la cause de la CIVD est fondamental. Parmi les autres moyens thérapeutiques de nature « substitutive » ou « spécifique », seuls les traitements substitutifs sont recommandés en obstétrique.

Dans notre série on n'a rencontré aucun cas d'hémorragie de la délivrance compliquée de CIVD.

3) Les gestes obstétricaux pratiqués

Ce traitement doit être réalisé avec une asepsie chirurgicale, une analgésie de qualité, un bon éclairage, et avec l'aide d'un ou de deux assistants.

Devant un accouchement hémorragique, on doit réaliser une délivrance artificielle si le placenta n'a pas encore été expulsé naturellement, puis il s'agira d'une révision utérine et d'un examen sous valve .

3.1) La délivrance artificielle :

Cette technique consiste à aller chercher le placenta à l'intérieur de la cavité utérine. Cela demande des conditions à respecter: vessie vide, asepsie soignée de la parturiente et de l'opérateur.

la main intra-vaginale suit le cordon pour pénétrer à l'intérieur de la cavité utérine ,l'autre main abdominale appuie sur le fond utérin pour maintenir l'utérus dans le pelvis et éviter qu'il remonte.

La main intra-utérine décolle le placenta de sa zone d'insertion puis le retire.

Son objectif est d'obtenir la vacuité de l'utérus, condition préalable à la rétraction du myomètre.

Si les conditions le permettent, la délivrance artificielle sera naturellement réalisée sous anesthésie. En revanche, si l'urgence l'impose, elle doit être réalisée sans anesthésie. Dans les conditions habituelles ; le plan de clivage utéro-placentaire est net.

Lorsque le placenta est bas inséré, la DA ne suffit pas toujours à obtenir l'hémostase mais elle reste facile à réaliser [63 ,64].

Si les doigts intra-utérins ne parviennent pas à identifier le plan de clivage et que les tentatives de décollement du placenta se soldent par une aggravation cataclysmique de l'hémorragie, il s'agit alors vraisemblablement d'un placenta accreta qui impose une laparotomie immédiate.

Dans notre série 19.7% des cas d'HDD ont bénéficié d'une délivrance artificielle taux qui est inférieur à celui trouvable au CHU Hassan II de Fès [25], et de CHU Ibn Rochd de Casablanca [32], dont les taux sont respectivement de 23.6 % et 29% mais supérieur à celui trouvable à Tlemecen 15.7% [22].

3.2) La révision utérine :

Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins. Elle s'effectue dans les mêmes conditions que la délivrance artificielle.

La technique est la même sauf qu'il n'y a pas le guide du cordon pour pénétrer à l'intérieur de la cavité utérine [65].

61 de nos patientes soit un taux de 86% ont bénéficié d'une révision utérine, ce qui concorde avec les résultats de l'étude faite au CHU Hassan II de

Fès [25], dont le taux est de 85.42%, et inférieur à celui de l'étude faite au Mali [3] et au CHU de Tlemecen dont le taux est de 100%[22].

Les cotylédons ont été trouvés dans 49% des révisions utérines ,les membranes dans 8 % et les caillots sanguins dans 13%.

3.3) Examen sous valve :

Une vérification précise, à l'aide de valves vaginales, de l'intégrité du col et du vagin, la présence de troubles évidents de l'hémostase ne doit jamais dispenser de la recherche de lésions associées, chirurgicalement curables.

L'examen sous valve du vagin et du col permet de repérer les brèches vaginales ignorées, et les délabrements vaginaux.

La mise en évidence de ces lésions sera suivie de réparation immédiate par des points séparés ou en surjet [32].

Il faut toujours compléter par un examen soigneux de la vulve et du périnée.

Dans notre série 61 % de nos patientes ont bénéficié d'un examen sous valve.

Dans 58% des femmes ont bénéficié de cet examen , des lésions cervico vaginales ont été diagnostiquées et de suturées , taux qui est supérieur à celui de CHU Hassan II de Fès 44%[25] et de Tlemecen 28.35% [22].

3.4) Examen du périnée :

L'examen du périnée était réalisé chez 58% des patientes , dans 23.3% de ces patientes , les résultats de l'examen étaient anormaux, dont une patiente avait présenté un hématome périnéal et 9 autres une déchirure.

la suture rapide de ces lésions et d'une épisiotomie ,la mise en place d'une pince sur un vaisseau à fort débit permet de contrôler l'hémorragie et de constater que le saignement ne provient pas de la filière génitale.

3.5) Le massage utérin :

Le massage utérin se pratique après la délivrance complète, vessie vide, il a pour objectif de stimuler l'utérus pour qu'il se contracte.

Il est recommandé d'une durée d'au moins 15 secondes et doit être répété fréquemment juste dans le post-partum immédiat sans qu'aucune étude ne permette d'émettre une recommandation précise sur la fréquence de sa réalisation.

Une main empaume le fond utérin et permet d'apprécier sa position et sa consistance.

En cas d'inertie utérine, le massage utérin procède par mouvements circulaires fermes exercés sur le fond et le corps de l'utérus.

Dans notre étude on a eu recours au massage utérin dans 31% des cas d'HDD ,ce taux est inférieur à celui mentionné par l'étude faite au CHU Hassan II de Fès [25],dont le taux est de 48.75 %.

3.6) Le Sac de sable:

Durant notre étude , le sac de sable a été utilisé chez 4 patientes, soit un taux de 5.6%.

3.6) Le tamponnement vaginal :

6 de nos patientes avaient bénéficié d'un tamponnement vaginal soit un taux de 8.5% ce taux est inférieur à celui mentionné au CHU de Tlemcen 16.41% [22].

3.7) Le tamponnement intra-utérin :

Dans les années 50, cette technique a été abandonnée craignant qu'elle ne masque des traumatismes et des saignements continus ou qu'elle provoque des infections.

Une étude a été réalisée sur 17 cas évaluant l'efficacité et précisant les indications du tamponnement intra-utérin par sonde de Blackmore dans le traitement de l'hémorragie grave de la délivrance [67] dans une maternité ne disposant pas de l'embolisation.

Cette méthode a permis l'arrêt transitoire de saignements dans 17,6 % des cas et définitif pour 70,6 %.

La persistance des saignements dans un des cas avait conduit à réaliser une échographie retrouvant un allongement important du segment inférieur. Guidée par ces données, la pose d'une seconde sonde avait permis d'obtenir l'arrêt des saignements [68].

Cette méthode n'a pas été utilisée au cours de notre étude.

3.8) La traction sur le col et la compression utérine bimanuelle :

On a proposé de placer sur les lèvres antérieure et postérieure du col utérin deux pinces pour pouvoir tordre le col utérin par rapport au corps utérin dans le but de réduire le flux sanguin au niveau des artères utérines, avec le développement de moyens médicaux relativement performants, cette technique n'est quasiment plus pratiquée [50].

On a également proposé la 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 [66].

Dans notre étude ces deux méthodes n'ont pas été mises en oeuvre .

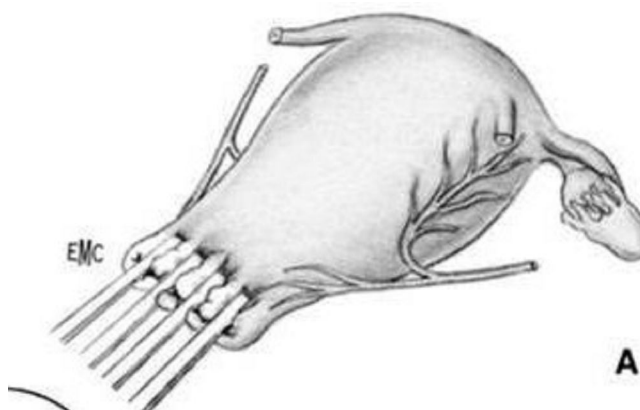


Figure 41 : la traction sur le col. [69]

3.9) La réduction d'une inversion utérine :

La réduction de l'inversion est d'autant plus facile qu'elle est réalisée immédiatement par un obstétricien expérimenté.

À l'inverse, si le traitement est retardé, la contraction en anneau du col 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 utilisée.

4) Le traitement médical :

Il s'agit des utérotoniques :

4.1) L'ocytocine :

L'ocytocique utilisé est le Syntocinon®. Il existe un ocytocique de puissance équivalente, mais de durée d'action prolongée: la carbétocine (Pabal®).

La voie d'administration peut être intraveineuse, intramusculaire ou intramyométriale.

Son emploi est systématique à l'exception du placenta accreta, de la rupture utérine et de l'inversion utérine. [25]

Le Syntocinon® par voie intraveineuse a un délai d'action quasi immédiat et une durée d'action de 45 à 60 minutes.

Une dose de charge de 5 UI suivie d'une perfusion de 10 UI/500cc de sérum glucosé (dose maximale 80UI en tenant compte des doses déjà injectées) [96].

L'utilisation de cette hormone peut exposer au risque d'hypotension artérielle et l'intoxication par l'eau (effet ADH like de l'ocytocine) [76-77]

L'inefficacité de l'ocytocine en 30 minutes sur l'atonie conduit à changer de thérapeutique et proposer le Misoprostol en intra-rectal ou du sulprostone en IV [96]

Dans notre série on a utilisé l'ocytocine (syntocinon) chez 59 patientes soit un taux de 83%, Seul chez 33 de nos patientes soit un taux de 56 % des patientes ont bénéficié d'un traitement médical , en association au cytotec chez 17 patientes 29% % des patientes ont bénéficié d'un traitement médical et en association thérapeutique d'ocytocine , méthylergométrine et prostaglandine dans 5 cas soit un taux de 8.5% % des patientes ont bénéficié d'un traitement médical dont les doses varient de 10UI à 50UI .

On a administré l'ocytocine dans 6 cas en IVD , 54 cas en perfusion, 10 en intra musculaire.

Notre résultat rejoint ceux mentionnés par les études faites au CHU de Tlemcen [22], CHU Hassan II de Fès [25] et au CHU Ibn Rochd de Casablanca [32] dont les taux sont respectivement 88% , 86.93 % et 60,87% .

4.2) Les dérivés de l'ergot de seigle :

La méthylergométrine (Méthergin®) était le seul dérivé de l'ergot de seigle préconisé dans cette indication.

Seule la voie intramusculaire était autorisée en obstétrique à la posologie de 0,2 mg.

Le délai d'action était de deux à cinq minutes et la durée de quatre à six heures.

Le Méthergin® est contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle sévère, de pré-éclampsie, d'affections vasculaires oblitérantes, de cardiopathie ou en association avec les antibiotiques de la famille des macrolides.

Il ne doit pas être utilisé en routine en raison de ses effets secondaires graves: poussée d'hypertension artérielle, nécrose myocardique, oedème aigu pulmonaire, troubles du rythme [70].

Mc Donald [71] montre dans une étude faite en Australie que l'association méthylergotamine-syntocinon est plus efficace que le syntocinon seul dans le traitement de l'HDD.

Lors de notre étude 9 de nos patientes soit un taux de 12.7% ont reçu la méthylergotamine, dans 4 cas elle était en association avec l'ocytocine seule et dans 5 cas en association avec l'ocytocine et la prostaglandine.

Notre taux est supérieur à celui de l'étude faite au CHU Hassan II de Fès [25] dont le taux est de 5,52% .

4.3) Les prostaglandines :

Elles ont une action directe, puissante et précoce sur le myomètre utérin.

Deux molécules de prostaglandines de synthèse sont disponibles: la PGF2 alpha (Prostine F2- α) et la PGE2 ou sulprostone (Nalador®) [78, 79, 80].

- La sulprostone (Nalador®) :

La voie d'administration est la voie intraveineuse en seringue autopulsée.

Les voies : intramusculaire, intramyométriale, ou intraveineuse directe sont à proscrire, des accidents maternels graves ayant été décrits [78,81].

La posologie habituelle est de 100 à 500 μ g/h à la seringue autopulsée[96].

Il est déconseillé de dépasser la posologie de 500 μ g sur une heure sous peine de voir apparaître des effets secondaires indésirables: nausées, vomissements, bronchospasme, ischémie myocardique.

L'hyperthermie supérieure à 39 °C non infectieuse accompagne communément l'administration de Nalador®.

Les contre-indications classiques du sulprostone doivent être respectées: pathologies cardiaques, antécédents d'asthme, troubles graves de la fonction hépatique, diabète décompensé et antécédents comitiaux. Le tabagisme et l'âge supérieur à 35 ans sont des précautions d'emploi.

À condition que la patiente soit sous surveillance monitorisée (scope, tensiomètre automatique, oxymétrie de pouls), le sulprostone peut être utilisé sur ces terrains [78].

Cependant, si après 30 min de perfusion de sulprostone, il n'est pas noté d'amélioration ou si la situation s'aggrave, il faut envisager d'autres solutions (embolisation, chirurgie) [51].

- Le misoprostol (Cytotec ®)

Le misoprostol par voie rectale semble efficace dans les hémorragies graves de la délivrance, après échec du syntocinon.

O'Brein [72] a rapporté en 1998, une première étude sur l'efficacité du misoprostol intrarectal dans les hémorragies par atonie utérine.

Dans notre série, le cytotec est utilisé chez 23 patientes soit un taux de 32.40% en association d'ocytocine, avec un taux de succès de 100% qui est supérieur par rapport à celui mentionné par l'étude faite au CHU Nord de Marseille de France et au CHU Hassan II de Fès [25] dont le taux de succès était respectivement 63% et 42,62%.

La posologie était de cinq comprimés par voie intra rectale, dont les recommandations sont de 4 cp par voie intra-rectale [96].

4.4) Les anti-fibrinolytiques :

Le traitement d'une hémorragie consécutive à une anomalie de l'hémostase consiste d'abord à corriger celle-ci.

Un traitement spécifique n'est cependant pas toujours possible: l'hémorragie peut résulter de plusieurs anomalies de l'hémostase et la cause n'est pas toujours identifiable.

Dans ce cas, des médicaments hémostatiques autres que par transfusion peuvent être indiqués.

De nombreux agents hémostatiques ont été étudiés mais une efficacité clinique n'a été démontrée que pour quelques-uns d'entre eux.

Les hémostatiques à usage local n'ont pas été discutés.

La place des antibrinolytiques dans l'arsenal thérapeutique de l'hémorragie de la délivrance reste à préciser.

Cependant dans les hémorragies associées à une thrombocytopénie, l'efficacité de l'acide aminocaproïque sur le contrôle des saignements des muqueuses du nez, de l'utérus et du tractus gastro-intestinal a été observée dans deux études non contrôlées [82].

Dans notre étude, on n'a pas eu recours à ce type de traitement.

De ce fait son efficacité n'a pas été jugée dans notre série.

4.5) Le facteur VII activé [83]:

Le facteur recombinant VII activé (rFVIIa, Novoseven®), agent hémostatique, a été développé pour traiter les épisodes hémorragiques dans l'hémophilie A et B avec anticorps antifacteur VIII ou IX et dans certaines coagulopathies comme le déficit en facteur VII, la maladie de Von Willebrand et quelques pathologies plaquettaires.

L'analyse de la littérature montre quelques cas d'hémorragie du post-partum « menaçant la vie » ayant été traités avec succès par le rFVIIa après échec des traitements classiques.

La posologie en obstétrique à administrer varie selon les auteurs, de 45 à 120 µg/kg, avec toutefois une certaine efficacité même pour des doses inférieures à 20 µg/kg dans quelques cas. Il faut savoir que l'utilisation du rFVIIa n'est pas sans risque du fait de son action procoagulante avec un risque de thrombose artérielle, voire de coagulation intravasculaire disséminée.

Son efficacité dose dépendante nous suggère un usage prudent et limité pour l'instant à ces impasses thérapeutiques.

Dans notre étude, ce produit n'a pas été utilisé.

5) L'antibioprophylaxie :

Dans ces situations d'hémorragie aiguë, le risque d'une infection préexistante ou secondaire est très important.

Ceci justifie une couverture antibiotique à large spectre couvrant les entérocoques, les streptocoques et les anaérobies est administrée : (amoxicillin et acide clavulanique) 1g en IVD [96] ,et des prélèvements bactériologiques au moindre doute d'une infection préexistante.

Dans notre série 63.4% de nos patientes ont reçu une antibioprophylaxie dans le post-partum immédiat.

6) Le traitement chirurgical :

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien.

Dans notre série aucune patiente n'a présenté l'indication de l'intervention chirurgicale ce qui peut refléter l'amélioration de la prise en charge médicale des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance , de l'efficacité de la formation et de l'éducation des sages femmes et ainsi étant donné que la majorité des cas d'hémorragie de la délivrance dans notre série étaient simples et maîtrisables.

6.1) Le traitement chirurgical conservateur :

a) La suture d'une brèche utérine :

Avec le progrès de la réanimation et l'évolution des traitements anti-infectieux, la suture de la brèche utérine a gagné ses adeptes et représente maintenant le traitement de choix, puisqu'elle préserve la fonction menstruelle et procréatrice de la patiente.

La suture est délaissée au profit de l'hystérectomie d'hémostase devant :

- Un éclatement de l'utérus rendant toute suture aléatoire en raison du risque de désunion ou de péritonite mortelle consécutive.
- En cas d'hémostase pédiculaire incertaine.
- En cas d'infection utérine avancée avec rupture datant de plusieurs jours.
- En cas de déchirure de l'artère utérine.

b) Les ligatures vasculaires :

❖ la Ligature bilatérale des artères hypogastriques :

Après avoir extériorisé l'utérus en le tractant vers l'avant et latéralement par rapport au côté concerné, la technique consiste à aborder par voie transpéritonéale la bifurcation iliaque repérée au doigt.

À gauche, la mobilisation du sigmoïde, le décollement colo-pariétal et du fascia de Toldt facilitent l'exposition des vaisseaux iliaques.

Les uretères sont impérativement identifiés.

La chemise vasculaire des vaisseaux iliaques est largement ouverte et l'artère hypogastrique suffisamment disséquée pour minimiser le risque de plaie veineuse.

La ligature est effectuée 2 cm sous la bifurcation pour éviter de lier les branches postérieures à destinée fessière [84].

La ligature des artères hypogastriques peut être optimisée par la ligature des pédicules lombo-ovariens et des ligaments ronds [85].

Les indications de cette technique sont [86]:

- Les lésions délabrantes obstétricales ;
- Les plaies cervico-vaginales ;
- Les thrombis vaginaux et pelviens ;
- En complément de certaines hystérectomies d'hémostase.

L'efficacité de cette technique dans la littérature varie entre 42% et 100%, soit en moyenne 72% (plus souvent proche des 50% que des 70%) [57].

❖ La ligature bilatérale des artères utérines

Par voie abdominale après décollement du péritoine vésico-utérin et traction vers le haut de l'utérus, elle consiste à lier en masse en s'appuyant sur le myomètre, 2 à 3 cm en dessous du niveau de l'hystérotomie, la branche ascendante des artères utérines avec le paquet veineux qui l'accompagne en profondeur [73].

La section, des ligaments ronds et le décollement du péritoine vésico-utérin, ne sont pas obligatoires mais ils facilitent grandement l'exposition des pédicules. La ligature des artères utérines par voie vaginale a été décrite par deux auteurs [74, 75], cette ligature est possible après incision horizontale sur la lèvre antérieure du col utérin, un centimètre en dessous du pli cervicovaginal juste sous la vessie puis refoulement de celle ci avec un tampon monté ou une valve vaginale.

Elle est principalement indiquée en cas d'inertie utérine.

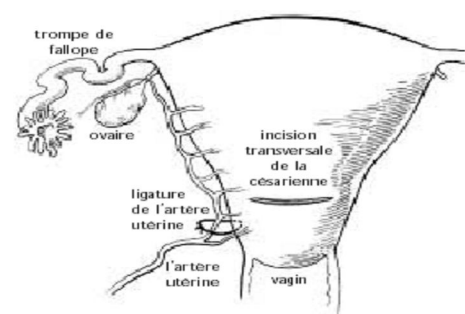


Figure 42: ligature de l'artère utérine [57].

❖ La triple ligature de Tsirulnikov

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 utéro-ovariennes et les artères des ligaments ronds, réduisant ainsi le réseau vasculaire collatéral. (Fig. 43).

Elle est indiquée en cas d'hémorragie du post-partum secondaire à une atonie, à un placenta praevia ou accreta voire même en cas d'afibrinogénémie.

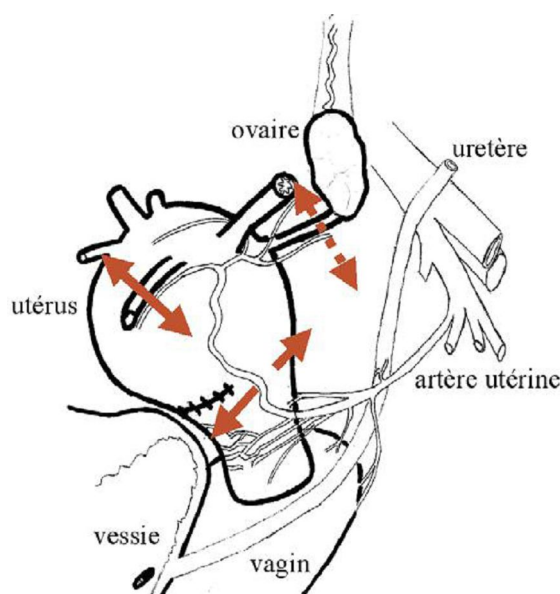


Figure43 Triple ligature de Tsirulnikov : ligature des ligaments ronds (flèche continue), ligature des artères utérines (flèche interrompue), ligature des ligaments utéro-ovariens (flèche pointillée). [87]

❖ La ligature étagée (« stepwise ») :

Il s'agit d'une dévascularisation progressive des pédicules vasculaires afférents de l'utérus.

La procédure comprend cinq étapes facultatives [88].

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

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

L'indication principale est l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

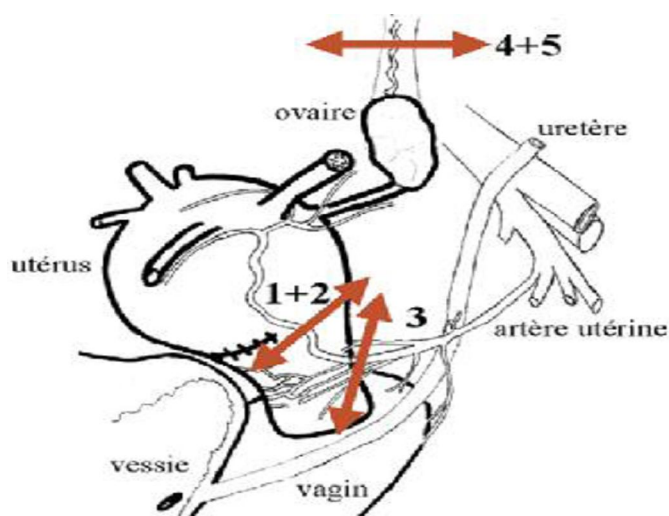


Figure 46 :Ligature étagée ou stepwise : ligature unilatérale puis bilatérale des artères utérines (1 + 2), ligature basse des deux artères utérines (3), ligature unilatérale puis bilatérale des pédicules lombo-ovariens (4 + 5) [87]

➤ Les Risques opératoires

Le risque de créer une plaie du pédicule utérin est faible, si on l'a lié en masse en chargeant le myomètre et son contrôle est aisé par une suture avec des points en X. Une lésion urétérale peut survenir si la préparation latérale et le décollement vésico-utérin ont été insuffisants, notamment en cas de ligature basse [87].

d) Les plicatures ou les compressions utérines :

1) La technique de B-Lynch :

elle consiste à réaliser une suture médio-latérale en bretelle autour du corps utérin ayant pour seul but de comprimer de façon durable l'utérus ,une hystérotomie est nécessaire, Hayman a modifié la technique initiale en substituant à la suture unique deux bretelles médio-latérales, verticales indépendantes sans recours à une hystérotomie.

Dans la technique de B-Lynch ou d'Hayman, les points sont transfixiants, c'est-à-dire qu'ils traversent la cavité utérine.

Nelson et O'Brien ont décrit une technique en « sandwich » utérin à propos de 5 patientes, présentant une atonie utérine non contrôlée après administration d'ocytociques lors d'une césarienne.

Celle-ci consiste à réaliser la technique de B-lynch et en cas d'hémorragie persistante, d'y associer une sonde à ballonnet intrautérine, gonflé à 100 ml de sérum physiologique, et laissée en place 11 heures en moyenne, avec un taux de succès de 100 % [89]

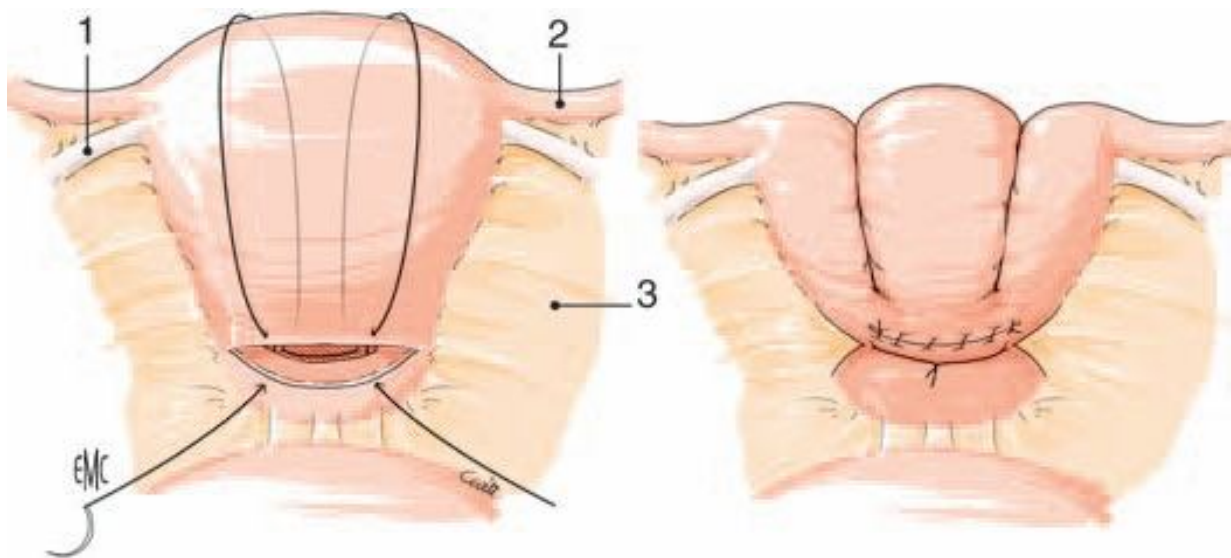


Figure 47 : Technique de plicature utérine selon B-Lynch -1.ligament rond ;2.trompe ;3.ligament large [63]

2) Le capitonnage ou le cloisonnement utérin ou sutures multipoints :

Technique qui consiste à plaquer les parois utérines l'une contre l'autre afin de comprimer l'utérus et de ne plus laisser d'espace dans la cavité utérine.

Ainsi, les saignements sont jugulés par la compression utérine.

- Procédure : l'abord de la cavité abdominale par une incision de Pfannenstiel, l'utérus est extériorisé puis comprimé fortement par les deux mains de l'aide pendant quelques minutes.

Puis une compression bimanuelle est maintenue pendant toute la durée de la procédure avec la réalisation de quatre sutures transfixiantes à l'aide d'un fil résorbable de Vicryl 1, ensuite on fait introduire une aiguille à travers toute l'épaisseur de l'utérus depuis la séreuse de la face antérieure jusqu'à la séreuse de la face postérieure, puis à nouveau elle est réintroduite dans l'utérus 8 cm plus loin, de la face postérieure vers la face antérieure de celui-ci, un double noeud plat est réalisé sur la face antérieure de l'utérus et serré aussi fort que possible.

Ce type de noeud est autobloquant et permet souvent d'éviter les déchirures lors du serrage du noeud. Quatre sutures sont réalisées, une suture transversale au milieu du corps utérin, une autre suture transversale en plein segment inférieur et une suture oblique 2 ou 3 cm en dedans de chaque corne utérine [90].

6.2) Le traitement radical : hystérectomie d'hémostase :

L'hystérectomie d'hémostase représente l'intervention ultime, radicale pour l'avenir obstétrical maternel.

Elle est réservée en cas d'échec du traitement conservateur (chirurgical ou radiologique), ou aux situations où l'état hémodynamique de la patiente est instable ou en cas de lésions utérines définitives.

On réalise classiquement une hystérectomie interannexielle subtotale, laissant le col en place. Les anomalies du placenta 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 indication 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 et/ou ligatures vasculaires).

6.3) Dans le cadre d'une lésion traumatique génitale[15]

Le traitement est la suture de cette lésion par laparotomie s'il s'agit d'une rupture utérine, par la voie vaginale quand les lésions sont cervicovaginales.

À ce propos, une bonne exposition, une aide par une tierce personne, une bonne lumière et une bonne analgésie sont indispensables.

Pour les thrombus, la conduite à tenir dépend de leur taille , de leur localisation et de leur tolérance.

S'ils sont de faible abondance, l'abstention est de mise mais s'ils sont importants, alors une incision, suivie d'un drainage et d'un tamponnement sont nécessaires.

Ce geste peut être précédé d'une embolisation.

7) L'embolisation artérielle :

7.1) Les conditions de réalisation :

L'embolisation se fait dans une salle de radiologie vasculaire, qui doit être convenablement équipée pour faire face à ces situations critiques.

Cette salle doit comporter tout le matériel nécessaire à la surveillance des patientes (scope, oxymétrie de pouls), mais aussi à la réalisation ou à l'entretien d'une anesthésie générale (chariot d'anesthésie, respirateur, matériel d'aspiration, pousse-seringues électriques...).

Même si la réalisation d'une embolisation ne nécessite pas d'anesthésie, la présence d'un membre de l'équipe d'anesthésie-réanimation tout au long de cette procédure est indispensable.

L'embolisation sera réalisée sous anesthésie péridurale, ou locale associée à une légère sédation, et plus rarement, sous anesthésie générale [96].

7.2) La technique :

Après mise en place d'un introducteur artériel de calibre 4 ou 5-French par voie fémorale, les deux artères hypogastriques sont successivement étudiées puis les deux artères utérines cathétérisées, il peut être utile de débiter la procédure par une exploration globale en réalisant une aortographie avec un centrage sur le pelvis [91, 93, 95].

Cette exploration n'a d'intérêt que si la sonde d'angiographie utilisée est positionnée en regard des artères rénales, de façon à ne pas méconnaître la participation des artères ovariennes à l'alimentation du saignement [92].

La visualisation directe du site de l'hémorragie en angiographie varie entre 32 et 52 % selon les séries même en cas d'hémorragie massive extériorisée, en particulier si les artères sont spasmées (choc hémorragique, utilisation de drogues vasoconstrictrices y compris la sulprostone) ou le saignement intermittent [93, 94].

Il est recommandé d'arrêter l'administration intraveineuse de sulprostone à l'arrivée en salle d'angiographie pour permettre l'obtention d'un calibre artériel plus favorable au cathétérisme [93].

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 [30].

L'arrêt de l'hémorragie après une séance d'embolisation artérielle est obtenu dans 73 à 100 % et dans 84 à 100 % des cas après une deuxième embolisation [30].

7.3) Les indications :

La prise en charge d'une hémorragie de la délivrance survenant dans les 24 premières heures après l'accouchement doit faire appel à l'embolisation artérielle comme alternative au traitement chirurgical en cas d'échec des mesures obstétricales initiales et du traitement utérotonique.

Les saignements tardifs, survenant au-delà de la 24e heure et jusqu'à 42 jours après l'accouchement, peuvent parfois nécessiter le recours à l'embolisation.

Selon les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français 2014 (CNGOF) 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 30].

7.4) Les résultats :

Les résultats publiés montrent une efficacité dans 95% des cas avec la possibilité de renouveler l'embolisation en cas d'échec, elle permet de préserver la fertilité.

Son inconvénient est le petit nombre des centres de radiologie interventionnelle disponibles dans tout le monde.

Malheureusement le plateau technique de l'embolisation reste non disponible à la Maternité Souissi de Rabat .

8)-Cas particulier [40]

Chez les femmes présentant une HPP en attente de transfert pour bénéficier des soins appropriés, les mesures suivantes visant à faire gagner du temps sont recommandées :

- ❖ la compression bimanuelle de l'utérus en traitement de l'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse.
- ❖ La compression aortique externe en traitement de l'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse.
- ❖ L'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique : Des recherches sont en cours pour évaluer les effets bénéfiques et les risques potentiels de l'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique dans le traitement de l'HPP.
- ❖ Le transfert médicalisé doit être réalisé après correction des défaillances vitales [30] Une évaluation hémodynamique précise doit être de nouveau réalisée avant le départ. La transfusion sanguine doit être poursuivie pendant le transport avec un objectif de maintenir une Hb > à 8 g/dl .
- ❖ Les traitements spécifiques de l'HPP (oxytocine, sulprostone, ballonnet de tamponnement intra-utérin) initiés dans la maternité d'origine doivent être poursuivis pendant le transport . [30]

9) L'arbre décisionnel :

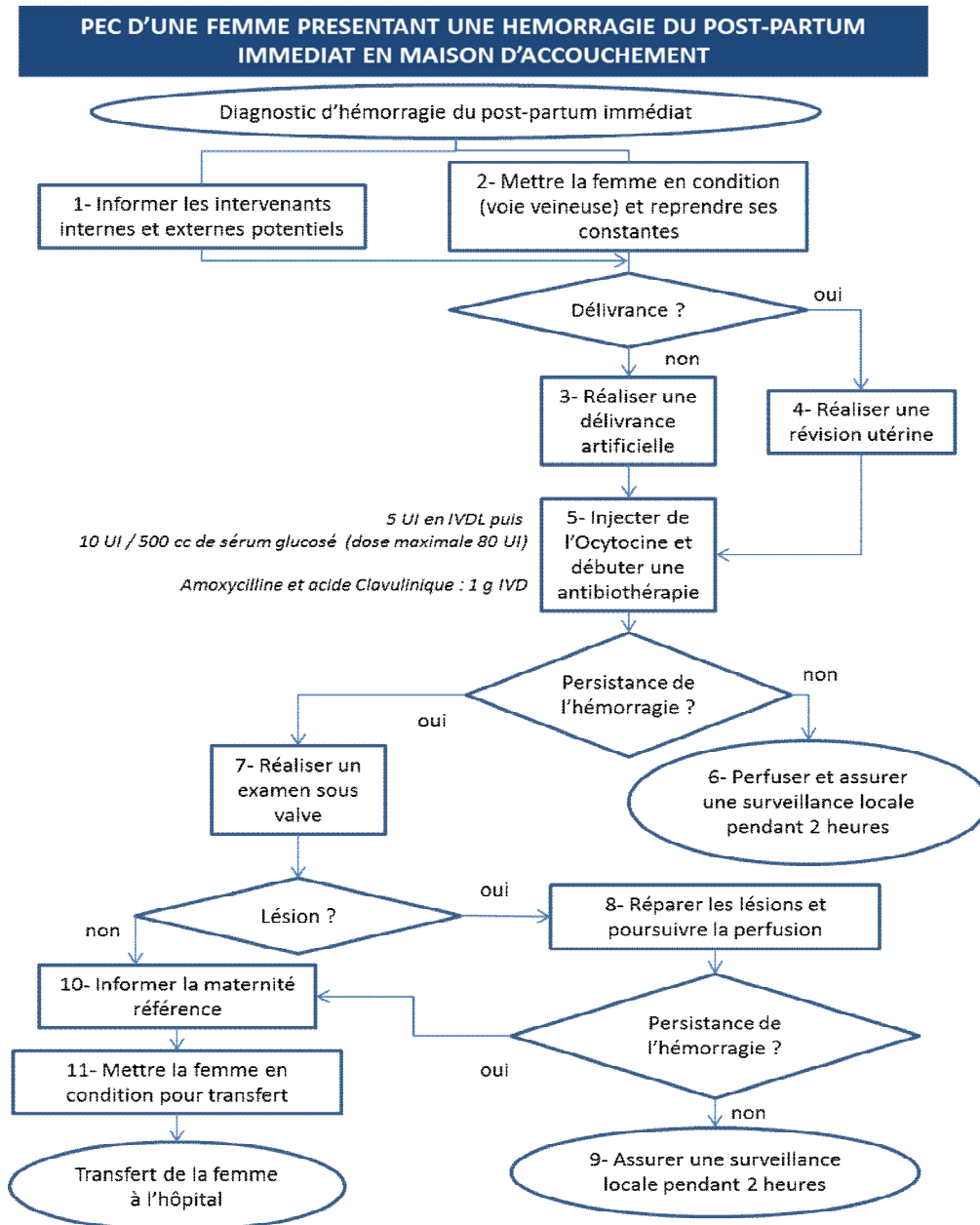


Figure 48 : Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat à l'hôpital.[96]

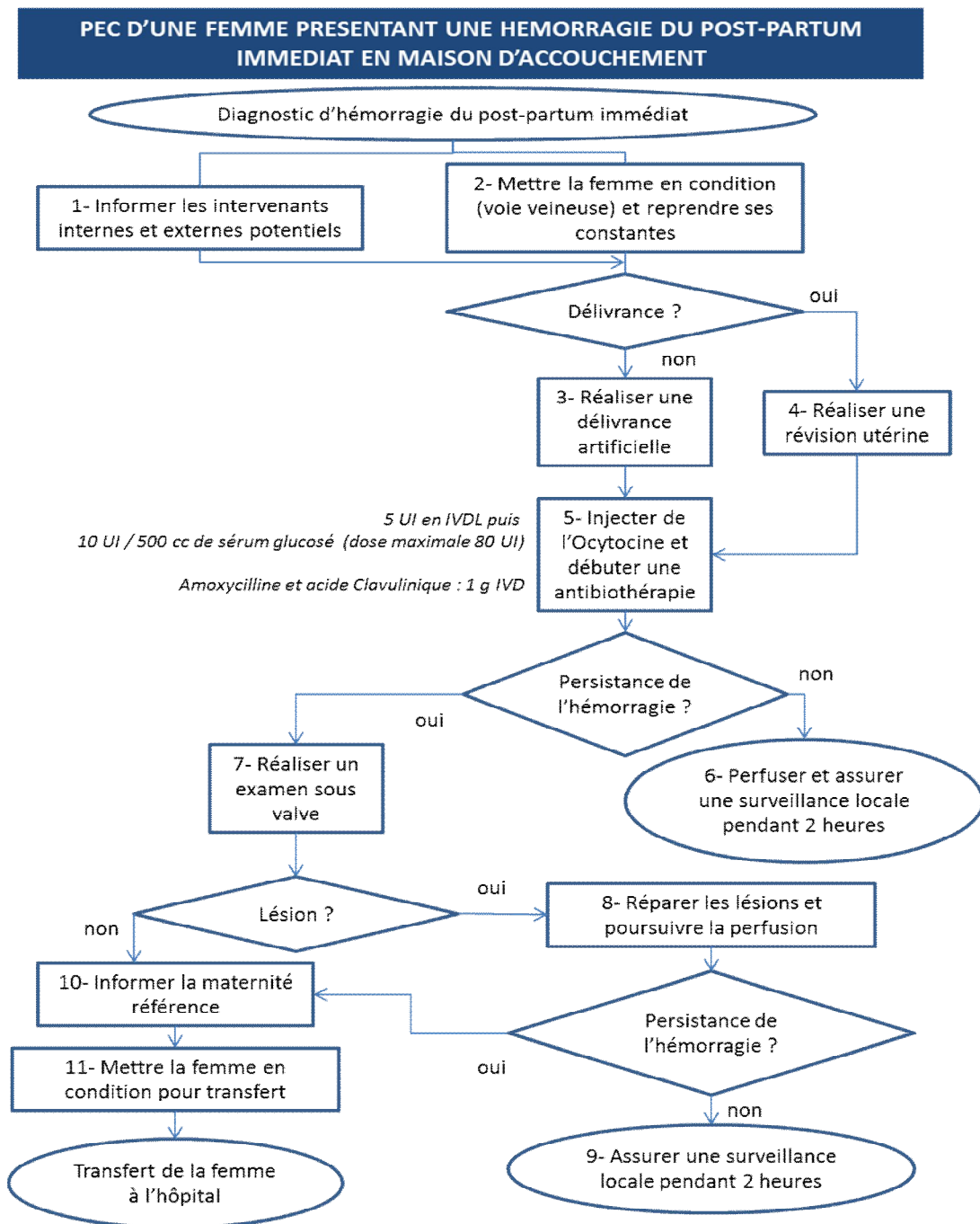


Figure 49: Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste malgré la prise en charge initiale à l'hôpital[96]

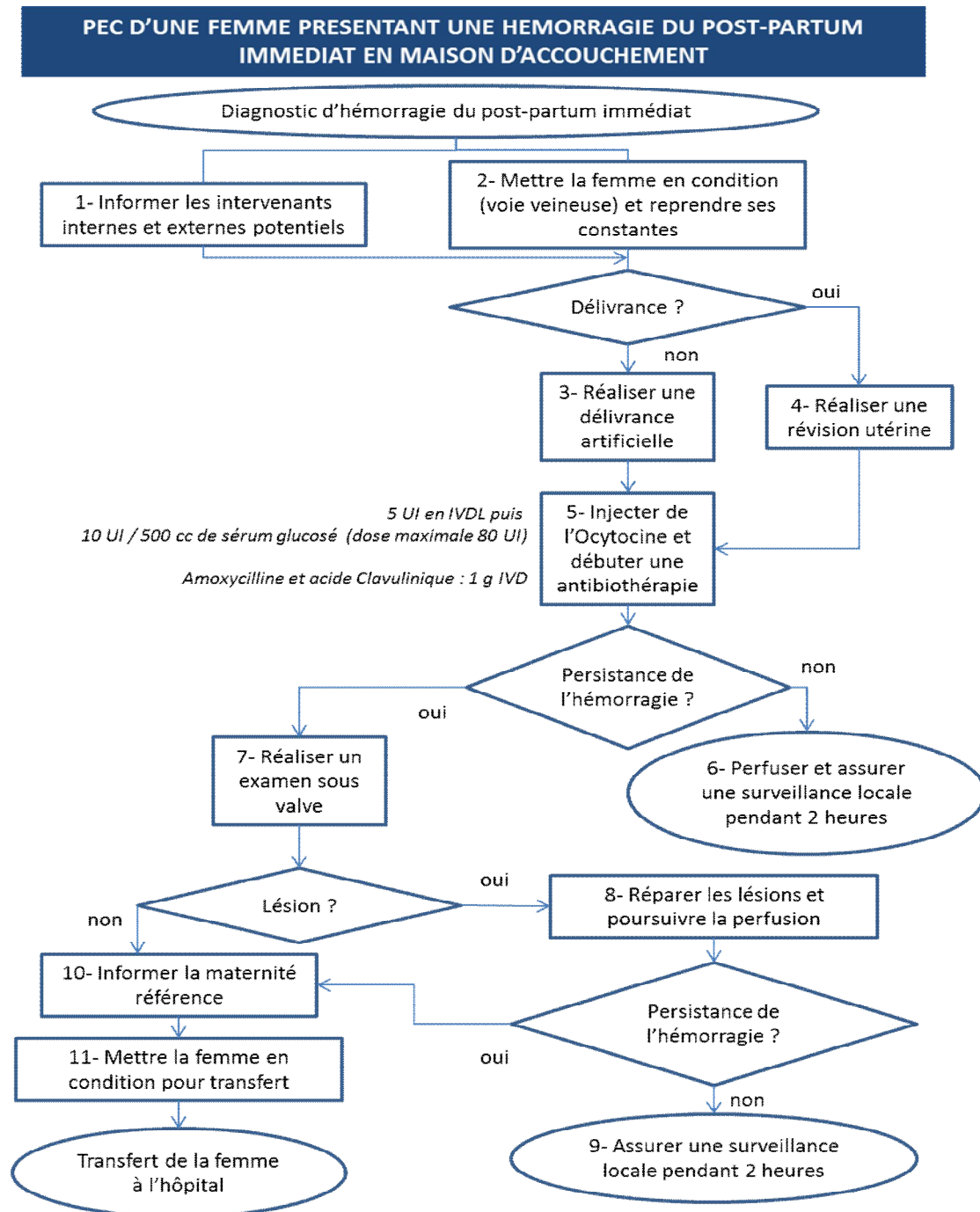


Figure 50 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat en maison d'accouchement [96]

VI- LE PRONOSTIC MATERNEL :

1) La morbidité maternelle.

L'hémorragie de délivrance s'accompagne de morbidité maternelle .En France , l'incidence est estimée à 6,7 pour 1000 naissances (6,0 à 7,5) par : choc hémorragique, anémie sévère, complications des transfusions massives, insuffisance rénale, nécrose hypophysaire [70].

1-1) L'insuffisance rénale :

Dans notre série, heureusement , on n'avait aucun cas d'insuffisance rénale fonctionnelle.

1-2) L'anémie :

15.5% de nos patientes sont sorties avec une anémie bien tolérée, sous traitement martial pendant trois mois.

1.3) Thrombopénie :

2.8% de nos patientes ont présenté une thrombopénie .

2) La mortalité maternelle :

L'Organisation mondiale de la santé estime (27%) des décès maternels sont provoqués par des hémorragies sévères.

En France, une étude récente révèle que les hémorragies du post-partum constituent la première cause de mortalité maternelle selon le CNGOF 2014.

Cette hémorragie en association avec les autres complications de la césarienne et les troubles de la coagulation, constituent les principales causes de décès maternel dans les pays développés [3].

Les quatre principales causes de décès sont: les hémorragies sévères (la plupart du temps des hémorragies post partum), les infections (septicémie surtout), les troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les dystocies.

Heureusement , aucun décès n'a été déploré dans notre série.

VII – PRONOSTIC FOETAL:

1)- morbidité foetale:

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

Le score d'Apgar est mentionné chez 69 nouveaux nés, dans 91% des cas le score d'Apgar était de 10 .

Dans 5.8% des cas les nouveaux nés avaient nécessité une hospitalisation en réanimation néonatale pour détresse respiratoire .

2) Poids de naissance:

Dans 8.7% des cas d'HDD le poids du nouveau né était supérieur à 4000 g ,dont la macrosomie s'avérait un des facteurs du risque d'hémorragie de la délivrance par la surdistension utérine qui augmente le risque d'inertie utérine .

Dans notre série , il y a plus d'hypotrophes dans les cas d'HDD 7.3% contre 1.4% dans les cas des suites de couches non hémorragiques.

3) Mort foetale in-utero

Dans notre étude nous avons colligé 2 cas de morts-nés soit un taux de 2.7% qui est inférieur à celui rapporté par l'étude faite au CHU de Fès dont le taux est de 32.87 %.



1- Sensibiliser les femmes enceintes :

- a. Sur l'importance des consultations prénatales dans la surveillance de la grossesse, la détection et la prise en charge précoce des complications de la grossesse .
- b. Sur l'intérêt de l'accouchement au sein d'une formation sanitaire pour obtenir un accouchement sans complication.

- 2- Détecter les facteurs de risque au cours des consultations prénatales et informer la femme et le mari en cas de facteur de risque pour assurer une surveillance adaptée de la grossesse.
- 3- Élaborer une fiche de surveillance de la grossesse qui contient tous les facteurs de risque et toutes les complications possibles afin de faciliter le travail des médecins et des sages-femmes et d'éviter de passer à côté d'une complication ou d'un facteur de risque.
- 4- Insister sur l'importance de l'enregistrement de toutes les données des examens cliniques et paracliniques dans le carnet de santé de la femme pour détecter le risque maternel et foetal et pour une meilleure prise en charge au moment de l'accouchement.
- 5- Prévoir une formation continue et actualisée sur la prise en charge et la prévention de l'hémorragie de la délivrance chez les sages femmes pratiquantes surtout dans les maisons d'accouchement.
- 6- Mettre à jour dans chaque maternité les modalités de prise en charge de l'HDD qui doit être régulièrement réactualisée, ainsi que de faire figurer la liste téléphonique de tous les acteurs potentiellement impliqués.

- 7- Sensibiliser les médecins et les sages femmes sur l'intérêt du remplissage du partogramme dans la prise en charge des femmes et par conséquent de limiter le risque d'hémorragie de la délivrance .
- 8- Appliquer une surveillance méthodique pour toutes les femmes au cours du travail, de l'accouchement et après l'accouchement pour détecter les facteurs de risque au cours de ces phases .
- 9- Réaliser une délivrance dirigée pour toutes les femmes par l'injection d'ocytocine au moment du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né.
- 10- Utiliser des affiches graphiques dans la salle d'accouchement pour rappeler et sensibiliser l'accoucheur de l'intérêt de la délivrance dirigée .
- 11- Effectuer un examen du placenta afin de vérifier s'il est complet, la rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine, dont la rétention placentaire représente la 1ère cause d'HDD dans notre série.
- 12- Établir un examen de la femme comprenant l'état hémodynamique, le globe de sécurité et l'examen de la filière génitale de façon systématique, méthodique et descendante (conjonctive→fréquence respiratoire→ pouls→TA→globe de sécurité→ filière génitale) pour assurer un examen clinique complet .

- 13- Réaliser une suture rapide des éventuelles lésions au niveau de la filière génitale de la femme .
- 14- Assurer une surveillance de 2h (/15 minute) dans la salle d'accouchement avec l'enregistrement de tous les paramètres dans le dossier médical .
- 15- Pratiquer une délivrance artificielle lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes.
- 16- Mise en place d'un sac de recueil sanguin pour toutes les accouchées afin d'établir un diagnostic positif précoce de l'hémorragie de délivrance et une estimation de la perte sanguine précise .
- 17- Une fois le diagnostic positif établi il faut faire appel à l'aide quelque soit l'importance de l'hémorragie afin d'assurer la prise en charge rapide et adaptée de l'hémorragie .
- 18- En cas de difficulté de la prise en charge à la maison d'accouchement, il faut faire un transfert rapide, adapté , et médicalisé avec l'information préalable de la formation de référence.
- 19- Assurer la disponibilité d'une ambulance médicalisée devant toute maison d'accouchement, et insister sur l'importance de mentionner l'heure de sortie de patiente et l'heure d'arrivée à la structure d'accueil .
- 20- Sensibiliser les ambulanciers à l'importance du facteur temps dans le pronostic maternel et les risques resultants du retard du transport.

- 21- Respecter les contre indications du transfert (un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place si les conditions des lieux le permettent).
- 22- Remplir la fiche de référence (la patiente doit être transférée avec fiche de référence qui contient toutes les informations nécessaires, les mesures de prise en charge réalisées à la maison d'accouchement et les horaires des gestes médicaux réalisés avant et au moment du transfert avec les documents originaux ou des copies de ceux-ci) .
- 23- Insister sur l'importance du respect des étapes du protocole de prise en charge d'hémorragie de la délivrance établi en Juin 2013 au MAROC .
- 24- Assurer l'antibioprophylaxie à large spectre pour toutes les patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance pour éviter les complications infectieuses.
- 25- Assurer les mesures de réanimation initiales en attendant les réanimateurs qui doivent être appelés rapidement pour faire les décisions d'anesthésie –réanimation nécessaires.
- 26- Poser les indications chirurgicales sans retard ni précocité pour un meilleur pronostic maternel .



Conclusion

L'hémorragie reste l'urgence obstétricale la plus redoutée ,en effet, elle représente encore au Maroc et dans le reste du monde, la première cause de mortalité maternelle.

Pour cela elle a fait toujours l'objet de recommandations de pratique clinique récentes.

La detection et la prise en charge adaptée des facteurs de risque permet d'éviter l'hémorragie de la délivrance .

La prévention d'hémorragie de la délivrance par la délivrance dirigée , examen du placenta et la surveillance de la patiente permet de réduire le taux d'hémorragie de la délivrance d'où l'intérêt de diffusion et d'actualisation des techniques et des recommandations préventives de l'hémorragie du post-partum Le diagnostic et la prise en charge précoce de l'hémorragie de la délivrance améliore le pronostic maternel , dont le diagnostic d'abord clinique puis biologique par la demande du bilan d'hémostase .

Des protocoles de prise en charge adéquats partagés au sein des formations sanitaires , garantiront la rapidité et l'efficacité du traitement.

La prise en charge médicale adaptée avec les mesures de réanimation conditionnent la réussite du traitement conservateur.

Dans les circonstances où l'hémorragie s'aggrave ou échappe au traitement médical , le recours à la chirurgie sera le choix , notamment les ligatures vasculaires, associées parfois à un capitonnage des parois utérines, et qui constituent le geste chirurgical de première intention et l'hystérectomie d'hémostase en dernier recours .

Depuis les années 80 , apparut la technique de l'embolisation artérielle, qui semble être le traitement de choix de l'hémorragie de la délivrance avec plus de 90% d'efficacité, mais avec comme inconvénient majeur la nécessité d'un plateau technique adapté à proximité, un radiologue interventionniste disponible et une patiente hémodynamiquement stable dont , toutefois ,ces conditions sont malheureusement indisponibles à la maternité Souissi de Rabat.



Résumé

Résumé

Titre : l'hémorragie de la délivrance à la maternité Souissi de Rabat

Auteur : Noor Farid Manshad

Mots clés: Prévalence-Facteurs de risque-Etiologies-Mesures préventives-traitement

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective, de 71 cas d'HDD à la maternité Souissi de Rabat durant 5 mois et comparés à 142 cas des SCN.

Résultats :

La fréquence de l'HDD est de 1.12 %.

L'âge moyen est de 28,44 ans.

62 % des cas d'HDD étaient référés.

Le niveau socioéconomique était bas dans 84.6% des cas d'HDD et dans 75.3% des cas avec SCN ($p<0.001$)

Les célibataires représentent 4.2% des cas d'HDD contre 0.7% en cas des SCN. ($p=0.04$)

Le principal antécédent était l'avortement 15.5% des cas d'HDD contre 9.15% des cas des SCN ($p=0.01$).

Les principaux facteurs de risque sont :

- Les lésions de la filière génitale 49.2% dans les cas d'HDD contre 9.8% dans les cas des SCN. (NS)
- La multiparité 35.2% des cas d'HDD contre 26% des cas des SCN. ($p=0.01$)
- L'obésité maternelle chez 14% des femmes d'HDD contre 7% chez les femmes des SCN. ($p=0.007$)

La délivrance dirigée a été réalisée dans 50.7% des cas d'HDD ,85.2% en cas des SCN. (NS)

Les étiologies : la rétention placentaire (54.9%), l'atonie utérine (25.4%), les lésions de la filière génitale (19.7%).

Le traitement était médicale pour toutes nos patientes.

Discussion :

Nos résultats concordent avec les résultats des études faites au Mali, en Tunisie, en Algérie et à l'échelle nationale. Les antécédents et les facteurs de risque dans les cas d'HDD étaient plus élevés que dans les cas de SCN. La rétention placentaire est la principale cause..

La prise en charge était médicale avec une bonne évolution maternelle.

Conclusion :

L'hémorragie de la délivrance est un problème de santé publique. Pour cela elle est l'objet des études cliniques.

SUMMARY

Title : postpartum hemorrhage at the maternity Souissi of Rabat

Author : Noor Farid Manshad

Key words : frequency-Risks factors-Causes- preventive measures-treatment

Materials and methods :

It's a retrospective study of 71 cases of postpartum hemorrhage at the maternity Souissi of Rabat during 5 months and compared with 142 normal postpartum cases .

Results :

The frequency of the PPH is 1,12 %.

The median age was 28,44 years.

The referred cases were 62 %

The socioeconomic status was low in 84.6% of cases of PPH and in 75.3% of cases of a normal postpartum period (NPP). (p<0.001)

There was more single mothers in PPH cases 4.2% than of NPP cases 0.7%. (p=0.04)

The main medical history was the abortion 15.5% of the cases of PPH versus 9.15% of cases of NPP.(p=0.01)

The main risk factors :

- Injuries of the birth canal 49.2% of cases of PPH ,9.8% of cases of NPP.(NS)
- Multiparity 35.2% of cases of PPH , 26% of cases of NPP .(p=0.01)
- Maternal obesity 14%of cases of PPH ,7%of cases of NPP. (p=0.007)

The managed placental birth was performed in 50.7% of cases of HPP , 85.2% for NPP (NS)

The causes : retained placenta in (54.9%), uterine atony in (25.4%),injuries of the birth canal(19.7%) .

In our study all the cases were treated by medicals measures .

Discussion :

Our results are consistent with the results of studies in Mali,in Tunis,in Algeria and the nationwide studies ,the finding rate of medical history and the risks factors in PPH cases was more than in the NPP cases . The retained placenta was the main cause .

the treatment was medical with good outcomes.

Conclusion :

The Postpartum hemorrhage is a public health issue , for that reason, it's always the subject of clinical studies .

الملخص

العنوان : نزيف ما بعد الولادة بمستشفى السويسي في الرباط

من طرف : نور فريد منشد

كلمات مفتاحية : المعدل- عوامل الخطورة- الأسباب-وسائل الوقاية-العلاج

المواد و الأساليب :

البحث هو عبارة عن دراسة رجعية لـ 71 حالة نزيف ما بعد الولادة مسجلة في مستشفى السويسي في الرباط لمدة 5 أشهر مصحوبة بمقارنة مع 142 حالة ولادة بدون نزيف .

النتائج :

- معدل نزيف ما بعد الولادة هو 1.12%.
- متوسط العمر هو 28.4 سنة.
- تم تحويل 62% حالة من مستشفيات جهوية و أقليلية .
- المستوى الاجتماعي الضعيف لحالات النزيف 84.6% مقابل 75.3% من حالات بدون نزيف ($p < 0.001$).
- العازبات يمثلن 4.2% (حالات نزيف) أكثر من 0.7% في الحالات بدون نزيف ($p = 0.04$).
- أهم سابقة طبية هو الأجهزة 15.5% في حالات النزيف مقابل 9.15% في الحالات بدون النزيف ($p = 0.01$).
- أهم عوامل الخطورة :
 - جروح قناة الولادة 49% في حالات النزيف مقابل 9.8% في حالات بدون النزيف (NS) .
 - تعدد الولادات للمرأة 35.2% في حالات النزيف مقابل 26% في الحالات بدون نزيف ($p = 0.01$).
 - سمنة الأم 14% في حالات النزيف مقابل 7% في الحالات بدون نزيف ($p = 0.007$).
- التحكم بتسليم المشيمة تم أستعماله في 50.7% في حالات النزيف مقابل 85.2% من الحالات بدون زيف (NS) .
- السبب الرئيسي: المشيمة المحتبسة (54.9%) ونى الرحم (25.4%) جرح قناة الولادة (19.7%).
- في سلسلتنا العلاج كان طبي بحث في جميع الحالات

المناقشة :

نتائجنا تتطابق مع النتائج في مالي , تونس , الجزائر وعلى المستوى الوطني . إن معدل السوابق و عوامل الخطورة في حالات النزيف أعلى من الحالات بدون نزيف , الأحتباس المشيمي هو السبب الأساسي للنزيف , العلاج في سلسلتنا كان طبي مع تطور جيد للحالات .

الخلاصة :

يعد نزيف ما بعد الولادة مشكلة الصحة العمومية الحالية لذلك هو موضوع دراسات عيادية .



Annexes

Annexe I

FICHE D EXPLOITATION

Identité :

- ❖ Nom et prénom :
- ❖ Age :
- ❖ Profession :
- ❖ Niveau socio-économique :
- ❖ Résidence :
 - Urbaine ☐
 - Rurale ☐
- ❖ Statut matrimonial :
 - Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐
- ❖ Mode d admission :
 - D'elle-même ☐
 - Référée : ☐ Lieu de référence :
 - Mode de référence :
 - Motif de référence :
 - Heure de référence :

Antécédents :

- ❖ Médicaux :
 - Cardiopathie ☐ HTA ☐ Diabète ☐
 - Hémopathie ☐
 - Anémie ☐ Troubles de la crase ☐
 - Autres :
 - Prise médicamenteuse ☐
 - Autres :

❖ Gynéco-obstétricaux :

- Troubles du cycle menstruel ☐

.....

- Pathologie gynécologique : ☐

.....

- Pathologie obstétricale :

HTAG ☐ pré-éclampsie ☐

Eclampsie ☐ HRP ☐

Hémorragie de la délivrance ☐

Autres :

- Avortement :

Nombre :

Spontané ☐ Provoqué ☐

- Curetage : ☐

Nombre :

- Gésité : Parité :

- Enfants vivants :

- Morts nés ☐

- Macrosomie ☐

- Travail long ☐

- Accouchement dystocique ☐

- Manoeuvres instrumentales ☐ Type :

- Utérus cicatriciel :

Césarienne ☐ Nombre :

Indications :

Autres :

- Hémorragie de la délivrance ☐ Cause :

❖ Chirurgicaux ☐

.....

Grossesse actuelle :

❖ CPN ☐ Nombre :

Privé ☐

Santé publique ☐

❖ Age gestationnel :

A terme ☐

Pré terme ☐

Post terme ☐

❖ Evolution de la grossesse :

Normale ☐

Complication ☐

MAP ☐

Diabète gestationnel ☐

HTAG ☐

Métrorragies ☐

Anamnèse infectieuse : positive ☐

négative ☐

MFIU ☐

RCIU ☐

Macrosomie ☐

Hydramnios ☐

Oligoamnios ☐

❖ Groupage ABO Rh ☐

.....

❖ Sérologies ☐

Examen physique :

❖ A l'admission :

- Général : GCS : /15 TA : FC : bat/min

Température :

Pâleur cutanéomuqueuse ☐ OMI ☐

Labstix : IMC :

• Obstétrical :

- Hauteur utérine : normale ☐ Excessive ☐

- BCF : Positifs ☐ Négatifs ☐

Rythme :

- CU : / 10min

- Abdomen : Souple ☐ Contracture ☐

- TV :

Col utérin : Présentation :

Poche des eaux : Intacte ☐

Rompue ☐ Couleur du liquide :

Délai :

- Bassin :

❖ Pendant et après l'accouchement :

• Anomalie des CU : hypocinésie ☐ hypercinésie ☐ Contracture ☐

• Traitement reçu au cours du travail : ☐

• RCF : Normal ☐ Anomalie ☐

• Déroulement du travail : normal ☐ rapide ☐ prolongé ☐

Stagnation de la dilatation ☐

• Durée du travail :

• Mode d'accouchement : VB ☐

VH ☐ indication :

Episiotomie ☐

Manoeuvres ☐ instrumentales

- Auteur de l'accouchement : Gynécologue ☐
Sage femme ☐
- Lieu d'accouchement : Domicile ☐ Maternité ☐
- Délivrance : Physiologique ☐ Dirigée ☐ Artificielle ☐
- Examen du placenta : Complet ☐ incomplet ☐
- Modalités de surveillance dans le post partum immédiat :
Durée : h
Mode : prise TA ☐ Rythme :
Quantifier le saignement : usage du sac de recueil ☐
Subjectif ☐

Diagnostic Positif :

- ❖ Signes cliniques et physiques :
Soif ☐ lipothymie ☐ Pâleur cutanéomuqueuse ☐
- ❖ Etat de conscience : GCS : /15 type du trouble :
- ❖ Etat hémodynamique :
Hypotension artérielle ☐cmHg
Tachycardie ☐ bat/min Pouls filant
Diurèse : Oligurie ☐ Anurie ☐
- ❖ Etat respiratoire : Tachypnée ☐ c/min Cyanose
- ❖ Quantifier le saignement : ☐ >500ml ☐ >1000ml ☐ >1500ml
- ❖ Froideur des extrémités ☐ Marbrures ☐
- ❖ Autres :
- ❖ Signes biologiques :
 - NFS : Hb :g/dl Hct :% PLqel/mm³ GB :el/mm³
 - TP% TCA :
 - Fibrinogène : Urée :g/l Creat :

- Groupages ABO Rh:
- Autres :
- ❖ Modalités du diagnostic :
 - Lieu du diagnostic : Salle d'accouchement ☐ Suites de couches ☐
 - Délais entre accouchement et diagnostic : min
 - Délais entre diagnostic et prise en charge : Min

Prise en charge : en étapes

- ❖ Alerte : Appel au renfort ☐
- ❖ Mise en condition : ☐ (mesures de réanimation)
 - Libération VAS ☐
 - Oxygénothérapie : lunettes ☐ masques ☐ débit :
 - Intubation ☐
 - 2VVP ☐ Voie centrale ☐
 - Remplissage vasculaire ☐ cristalloïdes ☐ colloïdes ☐ albumine ☐
 - Transfusion ☐ CG ☐ PFC ☐ CP ☐ nombre de culots reçus :
.....
 - Position : Trendelenburg ☐
 - Réchauffement ☐
 - Sondage urinaire ☐
 - Monitoring : TA ☐ FC ☐ Diurèse ☐
- ❖ Prise en charge obstétricale :
 - Délivrance : Faite ☐
Non faite ☐ Dirigée ☐ artificielle ☐
 - RU ☐ intégrité utérine ☐ cotylédons ☐ membranes ☐ caillots ☐

- Examen sous valves ☐
- Examen du périnée ☐
- Massage utérin externe ☐ sac de sable ☐
- Utéro toniques ☐ Ocytocine ☐ dose :
Prostaglandines ☐ dose :
Methylergometrine ☐ dose :
- Antibioprophylaxie oui ☐ non ☐
- ❖ Arrêt de l'hémorragie : oui ☐ non ☐
- ❖ Persistance de l'hémorragie avec échec du traitement médical : ☐
 - Embolisation ☐
 - Ligature des artères utérines ☐
 - Ligature des artères hypogastriques ☐
 - Ligature étagée ☐
 - Triple ligature ☐
 - Capitonnage ☐
 - Hystérectomie d'hémostase totale subtotale ☐

Etiologies :

- ❖ Inertie utérine ☐
- ❖ Rétention placentaire ☐
- ❖ Rupture utérine ☐
- ❖ Lésions cervico vaginale ☐
- ❖ Placenta accreta ☐
- ❖ Inversion utérine ☐
- ❖ Hématome périnéal ☐
- ❖ Lésions périnéales ☐
- ❖ Episiotomie ☐
- ❖ Troubles de la coagulation ☐

Evolution et complications :

- ❖ Réanimateur avisé ☐
- ❖ Admission en réanimation ☐ non ☐
Oui ☐ nombre de jours :
- ❖ Evolution favorable oui ☐ Sans complications ☐
Avec complications ☐
 - Anémie ☐
 - Thrombopénie ☐
 - CIVD ☐
 - Insuffisance rénale ☐
 - Défaillance multi viscérale ☐
 - Autres
- ❖ Décès maternel : ☐ cause :

Examen du nouveau né :

- ❖ Etat de naissance : vivant ☐ mort né ☐
- ❖ Apgar : 1min/10 ; 5min/10
- ❖ Sexe : masculin ☐ féminin ☐
- ❖ Poids à la naissance :kg
- ❖ Réanimation néonatale Non ☐
Oui ☐ Détresse respiratoire ☐
Autres
- ❖ Evolution favorable ☐ Décès ☐

Annexe 2

LISTE DES FIGURES

Figure1 : causes des décès maternels dans le monde Selon l'OMS.

Figure 2 : cause des décès maternels en Afrique selon l'unicef.

Figure 3 : résultats de l'Audit.

Figure 4 : causes obstétricales directes.

Figure 5 : branches collatérales de l'artère utérine.

Figure 6 : vascularisation vaginale (d'après DESCOMPS).

Figure 7 : migration placentaire selon mode de BAUDELOCQUE.

Figure 8 : migration placentaire selon mode de DUNCAN.

Figure 9 : La manœuvre de refoulement utérin.

Figure 10: Délivrance artificielle.

Figure 11: placenta normal .

Figure 12: graphique de la répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon l'âge des patientes.

Figure 13: graphique de la répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la parité.

Figure 14: graphique de la répartition des cas selon le niveau socio-économique.

Figure 15: graphique comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon le lieu de résidence.

Figure 16: graphique de répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la référence.

Figure 17: graphique de la répartition des cas référés selon le moyen de transport.

Figure 18: Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon leurs antécédents.

Figure 19 : Représentation des cas selon les antécédents.

Figure 20: Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon les facteurs de risque.

Figure 21 : Représentation des cas selon les facteurs de risque.

Figure 22: Représentation des cas d'hémorragie de la délivrance selon l'âge gestationnel.

Figure 23: graphique comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon la surveillance de la grossesse .

Figure 24: graphique comparatif de l'évolution de la grossesse entre les cas d'HDD et les cas des suites de couches non hémorragiques .

Figure 25: répartition des patientes ayant présenté une HDD selon la durée du travail.

Figure 26: graphique montrant la repartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon le lieu d'accouchement .

Figure 27: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon la voie d'accouchement .

Figure 28: la répartition des cas ayant présenté une HDD selon l'accoucheur .

Figure 29: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon le mode de délivrance .

Figure 30 : la répartition des patientes selon le mode de délivrance.

Figure 31: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de deliverance selon l'examen du placenta.

Figure 32: répartition des cas d'hémorragie de la délivrance selon la quantité du sang et le retentissement sur l'état maternel .

Figure 33: la répartition des patientes selon le taux des plaquettes.

Figure 34: repartition des patients ayant présenté une hémorragie de deliverance selon la présence du groupage sanguin sur le dossier médical.

Figure 35: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon l'étiologie.

Figure 36: la répartition des patientes ayant bénéficié d'un traitement ocytotique selon la dose administrée.

Figure 37: la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon l'antibioprophylaxie.

Figure 38: la répartition des nouveaux nés chez les patientes ayant présenté une HDD selon l'état à la naissance .

Figure 39: graphique comparatif de la fréquence rapportée d'HDD aux différents pays.

Figure 40: Les trois variétés anatomiques de placentas accreta.

Figure 41: classification anatomique des hématomes génitaux.

Figure 42: les buts de la prise en charge de l'hémorragie.

Figure 43: la traction sur le col.

Figure 44: ligature de l'artère utérine.

Figure 45: Triple ligature de Tsirulnikov : ligature des ligaments ronds (flèche continue), ligature des artères utérines (flèche interrompue), ligature des ligaments utéro-ovariens (flèche pointillée).

Figure 46: Ligature étagée ou stepwise : ligature unilatérale puis bilatérale des artères utérines (1 + 2), ligature basse des deux artères utérines (3), ligature unilatérale puis bilatérale des pédicules lombo-ovariens (4 + 5).

Figure 47: Technique de plicature utérine selon B-Lynch 1.ligament rond ;2.trompe ;3.ligament large .

Figure 48: Prise en charge initiale d'une hémorragie du post-partum immédiat à l'hôpital.

Figure 49: Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat qui persiste malgré la prise en charge initiale à l'hôpital.

Figure 50 : Prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat en maison d'accouchement .

Annexe 3

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 :pourcentage des tranches d'âge des cas d'hémorragies de la délivrance observés.

Tableau 2 :tableau comparatif de pourcentage des tranches d'âge entre les cas d'hémorragies de délivrance (HDD) et des cas des suites de couches non hémorragiques (SCN).

Tableau 3 :tableau comparatif de parité entre les cas d'hémorragies de délivrance et des cas des suites de couche non hémorragiques.

Tableau 4 :tableau comparatif de NSE entre les patientes des cas d'hémorragies de délivrance et des cas des suites de couches non hémorragiques.

Tableau 5 :Pourcentage des accouchées ayant eu une HDD selon le statut matrimonial.

Tableau 6 :tableau comparatif du statut matrimonial entre les cas d'hémorragies de la délivrance et des cas des suites de couches non hémorragiques.

Tableau 7 :Répartition des référées selon la cause de référence.

Tableau 8 :Répartition des référées selon le lieu de référence.

Tableau 9 :Tableau comparatif entre le délai optimal du transport des patientes et le délai moyen d'arrivée .

Tableau 10 :répartition des cas d'HDD selon les antécédents.

Tableau 11 :Tableau comparatif des antécédants entre les cas d'HDD et les cas des SCN.

Tableau 12 :répartition des patientes selon les facteurs de risque .

Tableau 13 :Tableau comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon les facteurs de risque.

Tableau 14 :Tableau comparatif entre les cas d'HDD et les cas des SCN selon l'âge gestationnel .

Tableau 15 :répartition des patientes selon le lieu de suivi.

Tableau 16 :répartition des patientes selon le type de complication.

Tableau 17 :tableau représentatif de la durée du travail.

Tableau 18 :tableau représentatif du traitement reçu au cours du travail.

Tableau 19 :tableau comparatif entre les cas d'hémorragie de la délivrance et les cas des suites de couches non hémorragiques selon le mode d'accouchement .

Tableau 20 :la répartition des cas selon l'accoucheur.

Tableau 21 :répartition des patientes selon le mode de délivrance .

Tableau 22 :la répartition des patientes selon l'examen du placenta.

Tableau 23 :la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon les signes cliniques.

Tableau 24 :la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon le taux d'hémoglobine.

Tableau 25 : la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de deliverance selon l'étiologie .

Tableau 26 :répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon les gestes obstétricaux pratiqués .

Tableau 27 :répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon les mesures de réanimation pratiqués.

Tableau 28 :répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion selon le type et le nombre du produits sanguins .

Tableau 29 :répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de la délivrance selon le traitement médical .

Tableau 30 :répartition des patientes ayant présenté une hémorragie selon l'association thérapeutique .

Tableau 31 :la répartition des patientes ayant présenté une hémorragie de délivrance selon le pronostic maternel.

Tableau 32 :la répartition des nouveaux nés des patientes ayant présenté une HDD selon le score d'Apgar

Tableau 33 : la répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance .

Tableau 34 la répartition des nouveaux nés des patientes ayant présenté une HDD selon le sexe .

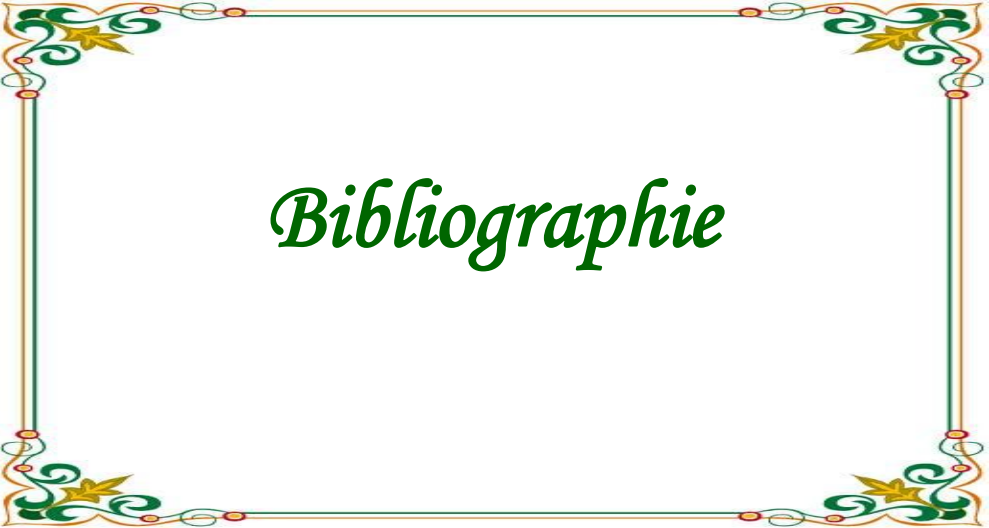
Tableau 35 :pourcentage des cas de nouveaux nés ayant nécessité une réanimation.

Tableau 36 : pourcentage de nouveaux nés selon l'évolution.

Tableau 37 :la fréquence de l'HDD selon la parité rapportée par différentes séries.

Tableau38 :les facteurs du risque chez les patientes ayant présenté une HDD aux différentes séries .

Tableau 39 : critères de consommation CIVD.



Bibliographie

- [1] Trends in maternal mortality : 1990 to 2013”, estimations de l’OMS, l’UNICEF, le Fonds des Nationsunies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et la Division de la population de l’ONU "Santé maternelle", aide-mémoire n°348, Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- [2] L’hémorragie de la délivrance à propos de 170 cas au sein du service de gynéco obstétrique du centre hospitalier universitaire Hassan II de FES.[document électronique] . FES,FMPF 2006-2007 ,(http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/40-09.pdf)
- [3] Maiga Sagaïdou Ibrahim : hémorragie du post partum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako 2009-2010.[document électronique]. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d’Odonto-Stomatologie, Bamako ,2009-2010, (<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M100.pdf>)
- [4] Plan d’action 2012 – 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale .[document électronique]. Ministère de la Santé Royaume du Maroc , Maroc,2015 , (http://www.unicef.org/morocco/french/PA-MMN_Fr.pdf).
- [5] Saloua Abouchadi, Abdelali Belghiti Alaoui, Fatima Zahra Meski, Rachid Bezad, Vincent De Brouwere : Enquêtes confidentielles des décès maternelles au Maroc .[document électronique]. Royaume du Maroc , Ministère de la Santé,Tunis le 25 Novembre 2011 , (http://www.onfp.nat.tn/mm/index_hm_files/enquete_maroc.pdf).
- [6] OMS, Réduire la mortalité maternelle, Déclaration commune OMS/FNUP/UNICEF/Banquemondiale (1999).

- [7] Pigne. A; D Freitel : Déchirures obstétricales, paris, Masson, 1990 (chap 105) : 1353 – 1355
- [8] Reda Willer : Vascularisation utérine 2014 (<http://preparationinternat.blogspot.com/2014/04/vascularisation-de-luterus.html>)
- [9] Moustaide Houda ; Hémorragie du post partum grave à la maternité de l'hôpital Al farabi d'Oujda à propos de 30 cas 2013. .[document électronique].Oujda.FMPF,2013 , (http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/169-13.pdf).
- [10] Kamina P. Vascularisation de l'utérus. EMC 2007.
- [11] .P.Kamina, Anatomie gynécologie et obstétrique, Maloine s.a éditeur Paris.
- [12] Pr Filali : Cours magistral ;Les Hémorragies de la délivrance A FMPT 2012.
- [13] Pr.Francis PUECH ET Pr.Henri-Jean PHILLIPPE. (CNGOF).Le campus de gynécologie et obstétrique ,La délivrance. [en ligne].(<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/mto/poly/19000faq.asp#faq1>)[page consultée le 12/10/2015].
- [14] Comité éditorial pédagogique UVMaF. Troisième période du travail : la délivrance.[en ligne]. (<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/delivrance/site/html/1.html>)[page consultée le 12/10/2015].
- [15] Délivrance artificielle et révision utérine, d'après Lansac J, Marret H, Oury JF. Pratique de l'accouchement, 4e éd. Paris : Masson ; 2006.

- [16] Loïc Marpeau Avec la collaboration du Collège national des sages-femmes et l'Association française des sages-femmes enseignantes . Traité d'obstétrique, Délivrance normale et pathologique .Paris, Elsevier Masson, 2010,655 pages.
- [17] Philippe E. Examen pratique du placenta et du fœtus en salle d'accouchement et au laboratoire. Editions techniques. Encycl Med Chir. Paris-France, Obstétrique, 2006 ; 5070 C20 et C30.
- [18] Knott PD. The current problem of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynecol 1990 ; 102 : 54-6.
- [19] Jouppila P ;Postpartum haemorrhage. Curr Opin Obstet Gynecol 1995 ; 7 : 446-450
- [20] M. Nayama, A.-A. Moulaye, B. Djibrill, M. Garba, N. Idi, M. Boukerrou, (2006) 900–905. Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipé : un geste vital. Étude prospective dans une maternité de référence au Niger.
- [21] Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. Epidémiologie des morts maternelles en France 2001–2006. EH 2012;2–3.
- [22] Ouali. Mokri Amina. Lamari Fadela. Khadir Zahra. Benzazoua Nassima. S Tata Abdelkarim. Moumni Kamel. CHU Tidjini Demerdji-Tlemcen/ Hémorragie de la délivrance.[document électronique]. 2012-2013, (<http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/3746/1/hemoragie-de-la-delivrance.pdf>)
- [23] Rim Ben Hmid; Houssaini Sonia E. L; Sami Mahjoub; Mecheal Mourali; Dorra Zeghal; Faouzia Zouari; El Kamel Moez; Mourad Bouchnek; Hayen Maghrebi : Tunisie médicale, 2006, vol. 84, no5, pp. 286-290 [5 page(s) (article)] (24 ref.).

- [24] [24].Maaroufi, Abdelmouttalib, Hémorragie de la délivrance (A propos de 148 cas) au service de Gynécologie –obstétrique <A> de la Maternité Lalla Meryam du CHU Ibn Rochd de Casablanca / Thèse de Médecine/ 2005.
- [25] [25]. Jeddi Youssef ; Hemorragie de la délivrance (à propos de 199 cas) thèse de Médecine/CHU Hassan II de Fès. [document électronique].Mai 2013.(http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/88-13.pdf).
- [26] .Thèse de médecine.Hémorragie de la délivrance à propos de 190 cas CHU Elghassani Fès 2007
- [27] G. Ducarme, S. Bargy, A. Grossetti, B. Bougeois , M. Levardon, D. (2007) 1209–1214. Prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance : étude Retrospective
- [28] C. Brugier et al. 682 / Gynécologie Obstétrique & Fertilité 39 (2011) 681–686. Etat des lieux des transferts pour hémorragie de la délivrance dans un centre de référence (hôpital Lariboisière) en 2008 et 2009
- [29] Sema Keita. Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Point G – Bamako 1991-2001
- [30] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la Pratique Clinique «Les hémorragies du post-partum». J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014.
- [31] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la Pratique Clinique « La césarienne ». J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 (suppl 2) : 86-95.

- [32] Mr.Y.Aouina thèse en médecine : Hémorragie du post-partum immédiat à propos de 138 cas 2001 à la faculté de médecine et de pharmacie de casablanca
- [33] Coombs CA et AL. Factors associated with the post partum hemorrhage with the vaginal birth. *Obst.gynecol*; 1991; 77, 1: 69-76.
- [34] Schweitzer M. Hémorragies graves de la délivrance. Prévention et principes thérapeutiques. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. 4ème journée nationale Paris: 1980 p 169-178, Vigot ed.
- [35] Saunders NS, Paterson CM. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 381-5.
- [36] Prendiville WJ, Elbourne DR, Chalmers I The effects of routine oxytocic administration in the management of the third stage of labour : on overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1988 ; 95 : 3-16
- [37] Poeschmann RP, Doesburg WH, Eskes TK A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1991 ; 98 : 528-530
- [38] Pierre F, Mesnard L, Body G For a systematic policy of I.V. oxytocin induced
- [39] Sarfati F.Y, Allard H, Deyer J.L. Déperdition sanguine lors des césariennes et des accouchements voie basse. *J. Obstét. Gynécol. Biol. Reprod.*1999, 24 : 337.
- [40] Recommandations de l'oms pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Grandes lignes et principaux messages des nouvelles recommandations mondiales 2012 de l'OMS.

- [41] Knott PD. The current problem of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynecol 1990; 102 : 54-6.
- [42] Hémorragie de la délivrance(item 25) Module De la Conception à la NaissanceFaculté de Médecine ULP F67000 Strasbourg Année 2004-2005 p138
- [43] Toffani V, Fournie A. Hémorragie de la délivrance. Rev Prat (Paris) 1998; 48 :1155-1157.
- [44] Goffinet F. Hémorragies de la délivrance: prise en charge en France et intérêt des prostaglandines J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 (suppl no 2) : 26-33.
- [45] SARFATI F.Y, ALLARD H, DEYER J.L. Déperdition sanguine lors des césariennes et des accouchements voie basse. J. Obstét. Gynécol. Biol. Reprod.1999, 24 : 337.
- [46] Clark SL, Yehsy, Phelan JP et AL: Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage – Obstet Gynécol 1991; 77: 69-76.
- [47] Pelage JP et Coll. : Prise en charge des hémorragies graves du post-partum par embolisation artérielle. J gynecol obstet Biol reprod 1999; 28: 55 – 61
- [48] Barbirino-Monnier. P ; Barbarino A; Bayoument F; Bonnenfirnt - Mекреay V; Judun. P : Hémorragies graves au cours de la grossesse et du postpartum- choc hémorragique ; encyclopédie médico-chirurgicale ; (Elsevier, paris), obstétrique 5-082 A AO, 1998 : 118.
- [49] Gabriel Lévy : Attaché consultant des Hôpitaux. Anesthésie-Réanimation [36-820-A-10].

- [50] Durier M., Grynberg M., Charles C., Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-108-M-10, 2010.
- [51] Soubra SH, Kalapalatha K, Guntupalli MD. Critical illness in pregnancy: an overview. Crit Care Med 2005; 33: 10S248– 10S255
- [52] KONE.M, DIARRA.S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encycl Méd Chi, Obstétrique, 5-080-A-10, 1995, 7p.
- [53] Marret.H, Laffon.M, Calan.L. Urgences chirurgicales au cours de la grossesse. Encycl Méd chir, Gynécologie/Obstétrique, 5-049-D-10, 2000, 13 p.
- [54] Turner.M.J. Uterine rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002 ; 16 : 69-79.
- [55] Husslein; Sinzinger.H.: Concentration of 13,14dihydro- 15- ketoprostaglandin f2 alphas in the maternal peripheral plasma during labour of spontaneous onset. Br.J.Obstet gynaecol 1984 ; 91: 288-31.
- [56] Article Bienstman-Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes puerpéraux. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2009. Vol 38, numéro 3, 203-208.
- [57] Vincent Toffani et Alain Fournié, la revue du praticien gynécologie et obstétrique édition Tsunami -Hémorragies de la délivrance Diagnostic, principes du traitement Fédération de gynécologie-obstétrique, hôpital La Grave, place Lange, 31052 Toulouse cedex P1155-1156-1157

- [58] M. Dreyfus, G. Beucher , A. Mignon, B. Langer. Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction, avenue Clémenceau, CHU de Caen Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° SUP8 -décembre2004 pp. 57-64
- [59] Recommandation AFFSAPS 2002. Transfusion de globules rouges homologues, produits, indications, alternatives (<http://www.affssaps.org/>).
- [60] Table ronde organisée par l'EFS sur : Le traitement des urgences transfusionnelles obstétricales. 26 septembre 2000 (<http://www.sfar.org/>).
- [61] 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 J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004 ; 33 (8 Suppl) : 4S80-4S88
- [62] Olivier R, O'Hana-Duchesne C, Logeay R. Hémostase utérine par procédés métalliques dans les hémorragies graves du postpartum. Rev.fr.gynécol.obstét, 1981,76(3) :245-249.
- [63] Codaccioni X. Hémorragie de la délivrance. Rev.part 1994 ;44 ;9 :2257-9
- [64] Berland. Une hémorragiede la délivrance: CAT. Pratique de l'accouchement, 1993 :325-242
- [65] Faculté de Médecine ULP F67000 Strasbourg Année 2004-2005.
- [66] Fathaoui M. Hémorragie de la délivrance: à propos de 515cas.Thèse de médecine 1995, N°214
- [67] Seror J, Allouche C, Elhaik S. Use of Sengstaken-Blakemore tube in massive postpartum hemorrhage: a series of 17 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84:660–4

- [68] J. Seror , S. Elhaik , C. Allouche. Apport de l'échographie dans le tamponnement intra-utérin par sonde de Blakemore¹ en cas d'hémorragie grave de la délivrance (2008)
- [69] EMC 2007. Iconographie.
- [70] A.-S. Ducloy-Bouthorsa, N. Provost-Héloua, M. Pougeoisea, A.Tournoysb, J.-C. Ducloyd, J. Sicotd, S. Depretc, D. Subtilc, F. Fourriere Prise en charge d'une hémorragie du post-partum/Postpartum haemorrhage management. Science directe , elsvier masson
- [71] Mc.DONALD S, PRENDVILLE WJ, ELBOURNE D. Etude de deux utérotoniques au cours de la délivrance assisté. Rev fr gynecol obstet 1992 ;88(7-9) : 424-426
- [72] Ramsey PS, Ramin KD. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum haemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. Obstet Gynecol 1999; 93 : 157-8.
- [73] O'Leary JL, O'Leary JA. Uterine artery ligation in the control of intractable postpartum haemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1966; 94: 920–4.
- [74] Philippe HJ, d'Oreye D, Lewin D. Vaginal ligation of uterine arteries during postpartum haemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 1997;56:267–70.
- [75] Hebisch G, Huch A. Vaginal uterine artery ligation avoids high blood loss and puerperal hysterectomy in postpartum haemorrhage. Obstet Gynecol 2002;100:574–8.
- [76] Evy G, Dailland P. Hémorragies en obstétrique. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Anesthésie-Réanimation 1998; 36-820-A-10, 16 p.

- [77] Roberts W.E. Obstetric Management of postpartum hemorrhage *Obstetrics Gynecol. Clinics of North America* 1995 ; 22 (2) : 283-302
- [78] Goffinet F. Hémorragies de la délivrance: prise en charge en France et intérêt des prostaglandines J. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1997 ; 26 (suppl no 2) : 26-33.
- [79] Recommandations de pratique clinique Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat J. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2004 ; 33 (8 Suppl)
- [80] American college of obstetricians and gynecologists ACOG Practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, october 2006: post-partum hemorrhage *Obstet. Gynecol.* 2006 ; 108 : 1039-1047.
- [81] Dreyfus M., Beucher G., Mignon A., Langer B. Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum J. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2004 ; 33 (8 Suppl) : 4S57-4S64
- [82] Agnès Lillo-Le Louët¹, Dominique Lasne², Chantal Rothschild³ Bases pharmacologiques à l'utilisation des médicaments hémostatiques Mini-revue : *Sang Thrombose Vaisseaux* 2006 ;18, n° 10 : 529-37
- [83] L. Courtois , P. Becher , S. Miot , Y. Maisonnnette-Escot , J.-L. Sautière , F. Berthier, E. Samain, R. Maillet, D. Riethmuller Hémorragie de la délivrance « menaçant la vie » et utilisation du facteur VII recombinant activé rFVIIa NovoSeven® *Journal de Gynécologie Obstétrique*
- [84] Gautam A. Hypogastric artery ligation: a new perspective. *J Gynecol Surg* 1993;9:35–42.

- [85] Thavarasah AS, Sivalingam N, Almohdzar SA. Internal iliac and ovarian artery ligation in the control of pelvic haemorrhage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1989; 29: 22–5.
- [86] B. Resch, F. Sergent, S. Blanc, M. Baron, L. Sentilhes, C. Trichot, H. Roman, A. Diguët, E. Verspyck, L. Marpeau Clinique gynécologique et obstétricale, CHU Charles-Nicolle, France Reçu le 28 juin 2007 ; accepté le 13 août 2007.
- [87] F. Sergent , B. Resch , E. Verspyck , B. Rachet , E. Clavier L. Marpeau Hémorragies graves de la délivrance : ligatures vasculaires, hystérectomie ou embolisation. *EMC-Gynécologie Obstétrique* 2 (2005) 125–136.
- [88] AbdRabbo SA. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:694–700.
- [89] Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum haemorrhage. *Obstet Gynecol* 2002;99: 502–6.
- [90] J. OUAHBA Maternité, Hôpital Robert Debré, PARIS. Le capitonnage utérin dans l'hémorragie de la délivrance Expérience à la maternité de l'hôpital Robert Debré.
- [91] Merland JJ, Chiras J. Normal angiography. In: Merland JJ, Chiras J, eds. *Arteriography of the pelvis: diagnostic and therapeutic procedures*. Berlin: Springer- Verlag, 1981:5-68.
- [92] Pelage JP, Le Dref O, Soyer P, Jacob D, Kardache M, Dahan H et al. Arterial anatomy of the female genital tract: variations and relevance to transcatheter embolization of the uterus. *Am J Roentgenol* 1999;172:989-94.

- [93] Pelage JP, Walker WJ, Le Dref O, Rymer R. Ovarian artery: angiographic appearance, embolization, and relevance to uterine fibroid embolization. *CardioVasc Intervent Radiol* 2003;26:227-30.
- [94] Pelage JP, Le Dref O, Mateo J, Soyer P, Jacob D, Kardache M et al. Life-threatening primary postpartum hemorrhage. Treatment with emergency selective arterial embolization. *Radiology* 1998; 208:359-62.
- [95] Pelage JP, Soyer P, Le Dref O, Dahan H, Coumbaras J, Kardache M et al. Uterine artery: bilateral catheterization with a single femoral approach and single 5- F catheter. *Radiology* 1999; 210: 573-5.
- [96] Khabouze Samira , Boudak Ahmed , Benjelloun Jaouad, Boubel Omar, Bouhdi Samira , Boukili Bouchra, Chbouk Moustafa, Chouai Maria, El Kharroubi Mohamed Ali, El Jouad Fatine, Hanine Zahra, Laghzaoui Mohamed, Moutaouakil, Souabny Mohammed : Recommandations de bonnes pratiques : conduite à tenir en cas d'hémorragie du post partum immédiat, DHSA/ Maroc Juin 2013

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 العظيم.
- والله على ما أقول شهيد .

نزيف ما بعد الولادة في مستشفى السويسي في الرباط

بصدد 71 حالة من نزيف ما بعد الولادة مقارنة مع 142 حالة ولادة بدون نزيف

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة: نور فريد منشد

المزودة في 28 دجنبر 1989 ببغداد (العراق)

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: المعدل - عوامل الخطورة - الأسباب - وسائل الوقاية - العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة ومشرفة

أعضاء

{

السيدة: عائشة خرباش
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيدة: أمينة لخضر
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: إبراهيم غراب
أستاذ في طب النساء والتوليد
السيدة: نجية زريدي
أستاذة في طب النساء والتوليد