

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

EN SCIENCE DE LA SANTE (UFR /SDS)

SECTION MEDECINE

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice



Année universitaire : 2011-2012

Thèse n° :003

**LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES DIRECTES DU POST
PARTUM A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO :**

*Aspects épidémiologique, clinique et pronostic à propos de 507 cas
colligés du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010*

Thèse présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Janvier 2012 à 7heures

Par

Awa SAWADOGO Epouse SAWADOGO

Née le 01 février 1985 à Ouagadougou

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Directeur de thèse

Pr. Blandine BONANE / THIEBA

JURY :

Président: Pr Jean LANKOANDE

Co Directeur

Dr Ali OUEDRAOGO

Membres: Dr Ali OUEDRAOGO

Dr Boureima KINDA

Dr Djénèba SANON/ OUEDRAOGO

DEDICACES

Je dédie ce travail

❖ A « **ALLAH** » pour son amour et sa miséricorde. Merci d'avoir défait les nœuds de l'échec. Nous te rendons grâce pour tes bienfaits.

❖ A ma mère, **SAWADOGO/DERA Aguiratou**

Tu es une femme d'honneur, tu m'as toujours soutenu jour et nuit par tes prières, ton sens de l'éthique et tes encouragements sans lequel je ne serais parvenue à ce résultat. Tu as fait de ma réussite un combat personnel. Aucune parole ne saurait traduire ce que je ressens pour toi. Ce travail est le tien. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Que Dieu te bénisse et te donne longue vie pour que je puisse te prouver ma gratitude. Je t'aime.

❖ A mon père **SAWADOGO P. ALASSANE**

Tu as toujours voulu que tes enfants réussissent dans leur étude. Ta patience et ton indulgence n'ont pas eu de limite. Pour tout l'amour paternel dont tu ne cesse de me combler, trouve ici le fruit des efforts et l'endurance que tu t'es imposé. En témoignage, reçois toute mon affection et ma gratitude. Que Dieu te bénisse et te donne longue vie. Je t'aime.

❖ A mon époux **SAWADOGO INOUSSA**

Ce chemin difficile, jonché d'angoisse, d'échecs, de succès et de joies, a davantage raffermi nos liens et nous a muris dans les moments durs de notre vie. Merci pour l'appui dans la conduite de mes recherches. Puisque nous sommes un, c'est notre travail. Que Dieu nous donne d'en jouir des fruits et nous garde un pour toujours. Qu'il nous guide sur un chemin parsemé d'amour, de tolérance, de sagesse et qu'il fasse de nous des parents exemplaires pour nos enfants. Je t'aime.

❖ A mon fils chéri, **SCHADRAK**

Tu es l'amour de ma vie. Tu es la petite fleur qui a embelli notre maison. Voici le fruit de mes absences, le fruit des longues nuits que tu as passées sans maman. J'espère que ce travail te poussera à chercher le meilleur de dans ta vie. Tu es ma plus grande fierté. Je t'aime.

❖ A mes sœurs **SALIMATA, ALIMATA** et **FEROUSE**.

Merci pour votre soutien constant. Ce travail est également le votre. Je vous aime.

❖ A mes beaux parents **SAWADOGO HAMADO** et **SAWADOGO ASSETA**

Profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A mes maitres du service de gynécologie obstétrique du CHUYO. Les professeurs LANKOANDE Jean, AKOTIONGA Michel, BONANE Blandine/THIEBA, MILLOGO Françoise, Docteur OUEDRAOGO Ali, Docteur ZAN Mariam pour leur sollicitude, leur disponibilité et leur dévouement pour notre encadrement en gynécologie obstétrique.

Au Professeur Blandine BONANE/THIEBA, votre simplicité, votre accessibilité et votre dévouement au travail font de vous un exemple pour toutes les femmes. Merci infiniment et trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur Ali OUEDRAOGO, pour votre simplicité, votre patience, votre indulgence, votre compréhension, votre disponibilité et votre dévouement manifesté pour l'encadrement de notre travail. Merci infiniment et trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur Abdoulaye SAWADOGO, merci infiniment pour tout le soutien apporté au cours de notre formation.

Aux Docteurs Youssouf OUEDRAOGO, Armand GUIGUEMDE, pour leur contribution et encouragement

A la famille ZIDA particulièrement à Madame ILBOUDO/ZIDA Sandrine, merci infiniment.

A Monsieur KOAMA Rasmané, OUEDRAOGO Yacouba et OUEDRAOGO ABIBA, merci infiniment

A tous mes cousins et cousines particulièrement à Safi SINON/DERA, Feu Orokia RABO/DERA, merci infiniment.

A Monsieur SAWADOGO Hamado et Madame SAWADOGO/BELEM Assita, merci infiniment.

A tous mes parents et à toute ma Belle-famille, pour leur conseil, disponibilité, assistance et encouragement.

A tout le personnel du service de gynécologie obstétrique, pour leur collaboration.

A tous mes promotionnaires, surtout à Josette Somé, Zida Sandrine, Natacha , Lydie , Carine ,Rolande, Diane, Orokia , Lynda, Issa, Harouna ,Arnaud, Amed, Aziz , Patéo, Abdoul , Gisèle Nikièma, Gisele Ouédraogo, Ella, Sonia Somé, Sonia Ouédraogo , Inoussa et Bouda Ghislain.

A la famille MEDRU : Ludo, Mamadou, Abou, Aziz, Amed Sountoura et Ghislain.

A tout le personnel la bibliothèque de l'unité de formation et de la recherche en science de la santé de l'université de Ouagadougou. Merci infiniment.

A tous ceux qui ont communiqué expérience et savoir au cours de notre formation.

A NOS MAITRES ET JUGES

Les complications obstétricales directes du post partum à la maternité du CHUYO : aspects épidémiologique, clinique et pronostic à propos de 507 cas colligés du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010

A notre Maitre et président du jury

Pr Jean LANKOANDE

Vous êtes :

- **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS ;**
- **Chef du département de Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS ;**
- **Chef de service de Gynécologie obstétrique au CHUYO ;**
- **Coordonnateur du DES de Gynécologie obstétrique ;**
- **Officier de l'ordre national.**

Cher maitre, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples occupations, de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité tant théorique que pratique pendant nos études médicales.

Homme de sciences aux connaissances immenses, votre modestie, votre constante disponibilité et votre rigueur dans la pratique médicale forcent l'admiration. Autant de qualité que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération. Permettez nous de vous rendre ici hommage mérité.

Que Dieu le tout puissant vous aide à mener à bien vos projets, qu'il vous donne longue vie et qu'il vous bénisse, vous et votre famille.

A notre Maitre et directrice de thèse

Pr Blandine BONANE épouse THIEBA

Vous êtes :

- **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS ;**
- **Gynécologue obstétricienne au CHU-YO ;**
- **Directrice exécutive de la SOGOB ;**
- **Coordonnatrice de l'Alliance du Ruban Blanc ;**
- **Chevalier de l'ordre national.**

Cher maitre, c'est un grand honneur que vous nous faites en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider malgré vos multiples occupations et déplacements.

La qualité de vos enseignements et votre haute culture scientifique font de vous un grand maitre aimé et admiré de tous. Honorable maitre, la prodigalité, l'honnêteté, le souci du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur et la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez faisant de vous un grand médecin.

Gynécologue renommée, bonne épouse, mère de famille attentionnée ; vous êtes un modèle pour beaucoup d'étudiantes. Cher maitre, veuillez trouver l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu le tout puissant vous aide à mener à bien vos projets, qu'il vous donne longue vie et qu'il vous bénisse, vous et votre famille.

A notre Maitre et codirecteur de thèse

Dr Ali OUEDRAOGO

Vous êtes :

- **Maître-assistant en Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;**
- Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou ;**
- Médecin Gynécologue obstétricien au service de Gynécologie Obstétrique du CHU-YO.**

Cher Maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez faites en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider pas à pas dans sa réalisation et ce, malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et vos connaissances scientifiques font de vous un maitre admiré de tous.

Votre simplicité, votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos cotés. Cher maître, vous êtes un modèle pour beaucoup d'étudiants. Nous espérons avoir mérité votre confiance.

Que Dieu le tout puissant vous aide à mener à bien vos projets, qu'il vous donne longue vie et qu'il vous bénisse, vous et votre famille.

A notre Maitre et juge

Dr Boureima KINDA

Vous êtes :

- **Assistant à l'UFR / SDS ;**
- **Médecin anesthésiste-réanimateur au CHU-YO ;**
- **Ancien élève de l'école de santé navale à Bordeaux.**

Cher maitre, nous sommes très touchés par l'insigne honneur et le privilège que vous nous avez faits en acceptant d'être membre de ce jury.

Vous avez répondu favorablement lorsque nous vous avons approché pour juger ce modeste travail.

Trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde gratitude.

Que Dieu le tout puissant vous aide à mener à bien vos projets, qu'il vous donne longue vie et qu'il vous bénisse, vous et votre famille.

A notre Maitre et juge

Dr Djénèba SANON / OUEDRAOGO

Vous êtes :

- **Directrice de la santé de la mère et de l'enfant ;**
- **Médecin spécialiste en santé publique.**

Permettez nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations accepté de siéger pour juger ce travail.

Nous sommes sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites à travers votre présence dans ce jury de thèse. Vos apports combien riches sont indispensables pour l'amélioration de ce travail. Trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu le tout puissant vous aide à mener à bien vos projets, qu'il vous donne longue vie et qu'il vous bénisse, vous et votre famille.

Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Table des matières

1. Introduction et énoncé du problème.....	2
2. Revue de la littérature.....	5
2.1. Définitions.....	5
2.2. Epidémiologie des complications obstétricales directes du post partum.....	8
2.3. Classification des complications obstétricales.....	9
2.4. Etude clinique.....	11
2.5. Le traitement	28
3. Objectifs	47
3-1-Objectif général	47
3-2-Objectifs spécifiques	47
4. Méthodologie.....	49
4 -1 Cadre de l'étude	49
4-2- Type et période d'étude	52
4-3-Population d'étude.....	52
4-4-Collecte des données	52
4-5-Saisie et analyse des données	53
4-6-Considérations éthiques.....	53
4-7-Définition opérationnelle.....	53
5. Résultats	55
5-1-La fréquence	55
5-2-Les caractéristiques sociodémographiques	56

5-3- Les antécédents.....	58
5-4- Aspects cliniques	60
5-5- Le traitement.....	67
5-6- Le pronostic maternel	68
6. Discussion	71
6. 1. Les limites et biais.....	71
6.2. La fréquence.....	71
6.3. Les caractéristiques socio-démographiques.....	73
6.4. Les aspects cliniques	75
6.5. Le traitement	79
6.6. Le pronostic maternel.....	80
Suggestions	85
Références bibliographiques.....	88
Annexes.....	xxviii
Résumé	xl
Summary	xlii

Liste des abréviations et sigles

ACOG	: American college of obstetricians and gynecologists
AQUASOU	: Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence
Coll.	: Collaborateurs
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FIGO	: Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
HTA	: Hypertension artérielle
INSD	: Institut National de la Statistiques et de la Démographie
MMR	: Maternité à Moindre Risque
MOMA	: Mortalité Maternelle en Afrique de l'Ouest
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiales de la Santé
PNDS	: Plan National du Développement Sanitaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAGO	: Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
URF/SDS	: Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé

Liste des tableaux

Tableau I : Définition des complications obstétricales directes	6
Tableau II: Répartition des patientes selon la profession.....	53
Tableau III : Répartition des patientes selon la parité	54
Tableau IV : Répartition des antécédents chirurgicaux.....	56
Tableau V : Répartition des cas de transfert selon la structure d'origine.....	57
Tableau VI : Répartition des patientes selon les motifs consultation.....	58
Tableau VII : Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes du post partum	60
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les complications associées....	61
Tableau IX : Répartition des patientes selon le traitement médical	63
Tableau X : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	64
Tableau XI : Répartition des taux de létalité des causes de décès.....	65

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge	52
Figure 2 : Répartition des patientes selon le nombre de geste.....	55
Figure 3 : Répartition des patientes selon l'état de conscience	59
Figure 4 : Répartition des patientes selon les étiologies des hémorragies de la délivrance.....	62

1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

1. Introduction et énoncé du problème

La grossesse est un état normal et sain auquel aspire la plupart des femmes à un moment ou à un autre de leur existence [69]. Ce processus normal et créateur de vie, peut s'avérer très « coûteux » dès lors que dans certaines circonstances la femme donnera vie au détriment de la sienne [67].

Le décès d'une femme au cours de la période gravidopuerpérale est un événement redouté par la société. C'est un événement affligeant qui engendre des veufs et des orphelins, et qui influe défavorablement sur la vie socioéconomique [44]. Selon l'OMS, dans le monde environ 500000 femmes meurent chaque année des suites de leur grossesse. Chaque jour 1500 femmes meurent de complications liées à la grossesse [26, 68].

Au Burkina Faso, le ratio de mortalité maternelle s'élevait à 484 pour 100000 naissances vivantes selon l'EDS 2003, 307,3 pour 100000 naissances vivantes selon RGPH 2006 et 560 pour 100000 naissances vivantes selon les dernières estimations de l'OMS en 2008 [29, 36, 62].

Les décès maternels et périnataux, tragédie familiale et communautaire restent fréquents dans les pays en développement alors qu'ils sont rares dans les pays développés [26].

La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est une préoccupation universelle qui implique un nombre important d'organisation et de décideurs.

Des programmes internationaux, régionaux et nationaux soutenus par la recherche se succèdent ou mieux s'intègrent pour relever les défis [93].

Deux des huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés par les membres de l'ONU en 2000 ciblent la santé des mères et des enfants [26]. Malgré l'engagement politique et les efforts de tous les acteurs, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale demeurent élevés.

Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont considérés comme des indicateurs sensibles du système de soin global. Ce sont des indicateurs de la qualité et de la surveillance des soins obstétricaux dans un pays. A l'échelle d'un service hospitalier, elle peut être le témoin de la qualité de la surveillance avant, pendant et après accouchement [38].

Selon l'OMS, Les causes de la mortalité maternelle se distinguent en causes obstétricales directes et indirectes [69, 70]. Les causes obstétricales directes représentent environ 80 % des causes [39, 41,91].

Selon l'AMA et la FIGO, on distingue aussi des causes non obstétricales [60]. Ce sont des facteurs contributifs qui sont d'une importance capitale tels que le bas niveau socio-économique des familles, la rupture des kits opératoires pour les interventions d'urgence, la pénurie de sang due à la pandémie du virus de l'immunodéficience humaine, insuffisance de couverture sanitaire et les conditions socio-économiques défavorables [45 ; 46, 71].

Au Burkina Faso, selon l'annuaire statistique de 2006 et de 2007, les hémorragies étaient responsables de 23,6% de décès maternels [61 ; 62]. Les complications obstétricales directes spécifiquement les hémorragies de la période de la délivrance représentent la principale cause de décès. Environ un quart des décès maternels est lié à l'hémorragie grave qui survient généralement dans le post partum.

Face à ce problème et vu l'absence d'étude antérieure cumulée, nous avons mené ce travail afin d'étudier les aspects épidémiologique, clinique et pronostic des complications obstétricales directes du post partum dans le service de gynécologie et obstétrique du CHUYO.

2. REVUE DE LA LITTERATURE

2. Revue de la littérature

2.1. Définitions

Les complications obstétricales directes : Ce sont des complications qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. L'une des caractéristiques est leur survenue brutale et soudaine très souvent sans aucun signal d'avertissement. Lorsqu'elles ne sont pas d'emblée efficacement traitées, elles deviennent de graves urgences avec des risques élevés de décès maternel et fœtal [69, 90, 92].

Les sept principales complications obstétricales directes qui causent 85% des décès maternels sont :

- ✓ l'hémorragie anté-partum et post-partum,
- ✓ le travail prolongé/dystocie,
- ✓ l'infection puerpérale,
- ✓ les complications de l'avortement (les complications hémorragiques, infectieuses et toxiques),
- ✓ la pré-éclampsie sévère –éclampsie,
- ✓ la grossesse extra-utérine et
- ✓ la rupture utérine [69, 90, 92].

Le tableau I donne les différentes définitions de ces complications.

Tableau I : Définition des complications obstétricales et néonataux

Complications obstétricales directes	Définitions tirées de IMPAC/OMS et des projets Save the Mothers de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
Hémorragie Ante-partum Post-partum	<p>Tout saignement avant et durant le travail : placenta praevia, hématome rétro placentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement qui nécessite un traitement (administration de fluides intraveineux et/ou transfusion sanguine) • Rétention placentaire ; • Saignement sévère dû aux déchirures (du vagin ou du col)
Travail prolongé/dystocie	<p>Il s'agit de dystocie (travail anormal) qui comprendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une première étape prolongée, établie du travail >12 heures) • Une deuxième étape prolongée du travail (>1 heure d'une deuxième étape active • Une DCP (disproportion céphalo-pelvienne), position transversale, présentation du front/de la face. <p>Si une femme ayant eu une césarienne a eu une mauvaise cicatrisation et si elle nécessite encore une césarienne, la complication est alors une DCP. Si une femme a eu une césarienne en raison d'une souffrance fœtale, elle est enregistrée comme un cas de césarienne mais ne représente pas de complication maternelle.</p>
Infection puerpérale	<p>Une femme qui a de la fièvre (température de 38 degrés centigrade ou plus) survenant plus de 24 heures après l'accouchement (avec au moins deux prises de température parce que le travail seul peut causer une certaine fièvre). D'autres signes et symptômes pouvant être présents incluent : une douleur abdominale du bas, des pertes vaginales purulentes et fétides (lochies), un utérus douloureux à la pression. (exclure la malaria).</p>

Complications obstétricales directes	Définitions tirées de IMPAC/OMS et des projets Save the Mothers de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
Complications de l'avortement	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie due à l'avortement, qui requiert la ressuscitation avec des fluides IV et/ou une transfusion sanguine • Infection due à l'avortement (ceci inclut la perforation et l'abcès pelvien) • Toxiques • Note : l'avortement peut être spontané ou provoqué.
Pré-éclampsie sévère	Pression diastolique 110mm HG ou plus après 20 semaines de gestation protéinurie 3+ ou plus. Divers signes et symptômes : maux de tête, hyperexcitation, vision floue, oligurie, douleur épigastriques, œdèmes pulmonaires.
Eclampsie	Convulsion s. pression diastolique 90mmHG ou plus après 20 semaines de gestation. Protéinurie 2+ ou davantage. Divers signes et symptômes : coma et autres signes et symptômes de pré-éclampsie sévère.
Grossesse extra-utérine	Saignement interne d'une grossesse hors de l'utérus. Douleurs abdominales du bas et choc éventuel dû au saignement interne. Antécédents de grossesse.
Rupture utérine	Rupture utérine avec des antécédents de travail prolongé/dystocie lorsque les contractions utérines se sont soudainement arrêtées. Abdomen douloureux. La patiente pourrait être en état de choc en raison du saignement interne et/ou vaginal.
Souffrance néonatale	Score d'Apgar inférieur ou égal à 7 (Etat de mort apparente, état intermédiaire). De façon opérationnelle l'enfant ne crie pas, ne bouge pas, ne respire pas, pouls lent. Cet état requiert une réanimation néonatale. A l'opposé le nouveau-né normal crie, bouge, respire et est rose.

Les complications obstétricales indirectes : ce sont les complications qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. [10, 76,77]

Les complications obstétricales directes du post partum: Ce sont les complications obstétricales directes qui surviennent après l'accouchement et dans les 42 jours suivant celui-ci. Elles regroupent :

- ✓ l'hémorragie du post partum immédiat
- ✓ l'infection puerpérale
- ✓ l' HTA du post partum et ses complications (éclampsie, le HELLP syndrome).

2.2. Epidémiologie des complications obstétricales directes du post partum

Selon l'OMS, Les causes de la mortalité maternelle se distinguent en causes obstétricales directes et indirectes [69, 70]. Les causes obstétricales directes représentent environ 80% des causes [39, 41,91].

De nos jours, les estimations de l'incidence de l'hémorragie du post partum oscillent entre 0,4 et 10% dans les différentes séries africaines avec une moyenne comprise entre 4 et 5% [7, 42].

Certains auteurs trouvent que cette fréquence est sous estimée et pensent que la fréquence des hémorragies supérieur à 500ml est de 18 à 26%, et celle des hémorragies sévères (plus de 1000ml) de 3 à 4,5% voire jusqu'à 6% après césarienne [12, 49].

La mortalité par hémorragie maternelle est passée de 1 pour 1000 naissances dans les années 1930 à 1 pour 20000 naissances dans les années 1950, au Pakistan rapidement après l'utilisation des ocytociques. Dans les années 1980, elle était de l'ordre de 1 pour 60000 naissances [80].

L'éclampsie du post partum est rencontrée chez les primipares jeunes. En Afrique, les différentes séries rapportent des taux de 2 à 20% [9, 25, 55].

Le taux de létalité maternelle par éclampsie est estimé à 15% environ et le taux de mortinatalité de 40 à 50%.

2.3. Classification des complications obstétricales

La pathologie obstétricale a été structurée par de nombreux ouvrages [5, 9, 13, 15, 17]. Par commodité, nous proposons la classification suivante par rapport aux données de la littérature.

2.3.1. Les complications gravidiques

Les complications gravidiques sont :

- les grossesses extra-utérines,
- les vomissements gravidiques graves,
- les avortements,
- la menace d'accouchement prématuré,
- les syndromes vasculo-rénaux : toxémie, éclampsie, prééclampsie,
- l'hématome retro placentaire,
- le placenta praevia

2.3.2. Les complications du travail et de l'accouchement

Les complications du travail et de l'accouchement sont :

- les dystocias dynamiques
- les dystocias mécaniques:
 - Maternelles : osseuses, parties molles,
 - Fœtales : présentations dystociques, gros fœtus
 - Mixtes : disproportion fœto-pelvienne
 - Diverses : procidence du cordon, diaphragme vaginal, obstacle praevia
- les complications traumatiques de l'accouchement que sont la rupture utérine et la déchirure des parties molles.

2.3.3. Les complications du post partum

La pathologie puerpérale se répartit en

- Pathologies cardio-vasculaires : éclampsie du post partum, les hypertensions artérielles du post partum, les thrombophlébites
- Pathologies infectieuses : endométrites, septicémies, pelvipéritonite, suppuration pariétale
- Pathologies hématologiques : anémie du post partum
- Pathologies hémorragiques : hémorragies du post partum
- Pathologies psychiatriques : psychoses puerpérales

2.4. Etude clinique

2.4.1. Les hémorragies de la délivrance

➤ Définition

L'hémorragie de la délivrance est

- une hémorragie d'origine utérine,
- venant exclusivement de l'aire d'insertion placentaire,
- survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement,
- d'abondance supérieure à 500 ml (chiffre représentant l'hémorragie physiologique).

L'hémorragie grave de la délivrance c'est-à-dire supérieure à 1000 ml entraîne un retentissement important sur l'état général maternel et impose un traitement d'urgence parfaitement bien codifié sinon s'installe un syndrome de défibrination qui expose la parturiente au risque vital [59,78].

➤ Signes cliniques

○ Signes fonctionnels

Il s'agit le plus souvent d'une hémorragie externe très brutale et très abondante survenant immédiatement après l'accouchement. Elle représente le signe d'alarme. Elle peut être :

- brutale sous forme d'un flot de sang rouge ou noir, liquide ou en caillot qui inonde les draps ;
- simplement abondante, le sang s'écoule dehors en gouttes pressées ou en filet continu ;
- abondante mais discontinue avec des caillots s'échappant à chaque contraction de l'utérus [6].

○ **Les signes généraux**

Ils reflètent la tolérance maternelle à la spoliation sanguine et dépendent de l'état hémodynamique préalable ainsi que de l'importance de l'hémorragie. On observe toute une gamme de signes cliniques depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique. Ce sont les signes de choc hémorragique, qu'ils soient latents ou patents :

- l'accouchée est agitée, se plaint de soif, de vertiges, de lipothymie ;
- les muqueuses sont souvent très pâles, le nez et les extrémités sont froids ;
- le pouls jusque-là calme, devient petit, rapide, mal frappé ;
- la tension artérielle baisse avec un pincement de la différentielle ; il s'y associe une polypnée superficielle, une oligurie.

La rapidité de constitution de l'hémorragie est parfois impressionnante. Les altérations hémodynamiques peuvent conduire jusqu'à un choc hypovolémique où la pression artérielle est effondrée, le pouls très accéléré, la pâleur cutanée très importante associée à des sueurs, une sensation de soif intense et une angoisse. En somme, les conséquences générales de l'hémorragie sont l'anémie, le collapsus et parfois le choc [49, 59].

Dès lors, il convient d'établir une feuille de surveillance, de s'assurer d'une ou de deux voies périphériques, ou mieux d'une voie centrale qui permet d'administrer du sang isogroupe-isorhésus ou à défaut, des macromolécules en attendant les résultats du groupage. Une sonde à demeure sera mise en place pour apprécier la diurèse [6].

○ Les signes physiques

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, ce qui signe l'absence de clivage placentaire.

Après l'expulsion du placenta

Il s'agit du tableau d'inertie utérine.

Il faut vérifier la vacuité de l'utérus pour affirmer 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 dernière, le globe utérin de sécurité n'existe pas alors qu'il est le témoin habituel d'une rétraction utérine satisfaisante.

Une vérification du placenta doit être faite parallèlement pour affirmer que ce dernier 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 surtout au cours de manœuvres facilitant l'expulsion (ventouse ou forceps).

Signes locaux

- **L'hémorragie externe évidente :**

L'hémorragie est évidente si l'on regarde et que l'on surveille comme il se doit sa survenue possible, car parfois elle est dissimulée sous des champs, dans le bassin, au milieu des compresses ou au fond du lit.

La quantité de sang épanchée s'évalue grossièrement à la vue, et par le retentissement général. Pour la préciser, il faudrait peser les caillots, sachant qu'ils ne représentent que 40 à 50% de la spoliation sanguine [59]

L'hémorragie externe est indolore, la femme en perçoit en général l'écoulement chaud mais le saignement pourrait passer inaperçu.

Elle est tantôt brutale sous forme d'un flot de sang liquide ou en caillots qui inondent les draps ; tantôt simplement abondante, le sang s'écoule au-dehors en gouttes pressées ou en filet continu ; tantôt abondante mais discontinue, des caillots s'échappant à chaque contraction de l'utérus [59]

Lorsque l'hémorragie est purement externe, l'utérus non distendu reste cependant trop gros, mou et atone. Après l'expulsion du placenta, le palper ne perçoit pas le globe dur qui est la marque d'une bonne hémostase [59]

- **L'hémorragie intra-utérine non extériorisée :**

Elle entraîne des modifications de la morphologie, de la situation et de la consistance de l'utérus [59]. L'utérus n'est pas rétracté. Il augmente de volume, s'incline à droite ; son fond remonte vers l'hypochondre droit.

Il s'étale transversalement vers les flancs. Ces modifications ne doivent pas être confondues avec celles de l'ascension physiologique due à la migration placentaire dans le segment inférieur. Dans celle-ci, l'utérus aplati d'avant en arrière est ferme et bien modelé. Dans l'hémorragie intra-utérine, il est au contraire mou et flasque [59]

➤ **Particularités des troubles de l'hémostase**

○ **Manifestations cliniques**

Les troubles de l'hémostase en obstétrique se manifestent, une fois sur deux, uniquement par un syndrome biologique. Ils se traduisent sur le plan clinique par l'apparition au niveau des points de ponction vasculaire, dans la sphère ORL (épistaxis, gingivorragies) mais surtout par la majoration du saignement génital avec lyse rapide des rares caillots présents puis, en l'absence de traitement, de sang incoagulable [59].

○ **Diagnostic biologique des troubles de l'hémostase**

Il est effectué dans le cadre du syndrome de défibrination, dont les anomalies sont d'abord purement biologiques. Ce diagnostic comprend :

- un allongement du temps de Quinck ;
- une baisse du taux de prothrombine ;
- une diminution du taux de fibrinogène (<3g/l) ;
- une diminution de la numération plaquettaire (<100 000/mm³) ;
- une augmentation du temps de céphaline activé (TCA) qui est supérieur à 2 fois le témoin ;
- une diminution des facteurs de la coagulation, surtout le facteur V qui est inférieur à 80%.
- Augmentation des produits de dégradation de la fibrine (PDF et D. dimères). Ces éléments guident les indications de la transfusion de produits de substitution, leur évolution sous traitement afin d'évaluer l'efficacité du traitement [49].

➤ Evolution et pronostic

La réparation de la spoliation sanguine est rapide lorsque l'hémorragie, même abondante a été unique. Mais sans traitement, le choc hémorragique pourrait conduire à la mort, surtout lorsque l'hémorragie survient chez une femme qui a déjà saigné comme dans le placenta praevia. Mais le pronostic est toujours fonction du traitement, c'est dire que le pronostic des hémorragies de la délivrance dépend de l'organisation obstétricale [59].

Outre le choc hypovolémique, le pronostic des hémorragies de la délivrance peut être aggravé par une certaine morbidité due à :

- une insuffisance rénale qui peut découler du collapsus. Elle devra être recherchée systématiquement dans les troubles de la coagulation ;
- des manœuvres endo-utérines et aux modifications sanguines entraînées par les hémorragies de la délivrance qui rendent plus fréquentes l'infection et les thromboses des suites de couches ;
- l'anémie qui est une conséquence générale de l'hémorragie, et l'hémorragie est d'autant mal tolérée que la patiente est déjà anémiée ;
- enfin on peut relever la morbidité due aux complications de la thérapeutique (transfusion sanguine en urgence) que sont l'immunisation, les contaminations virales (hépatite virale, VIH...) [59].

2.4.2. Les complications traumatiques de l'accouchement

➤ Définition

Les complications traumatiques de l'accouchement regroupent :

- les déchirures périnéales
- les déchirures vulvaires
- les déchirures vaginales
- les déchirures cervicales
- les déchirures mixtes

▪ Signes cliniques

✓ Déchirures périnéales

Les déchirures du périnée n'ont guère de signes fonctionnels : peu ou pas hémorragique, pas de douleur.

Seule l'inspection permet d'apprécier le degré des lésions, la femme étant mise en position gynécologique.

Déchirures incomplètes :

Les déchirures incomplètes ont trois degrés :

- Le premier degré : est la déchirure de la commissure, elle est bénigne
- Le deuxième degré : intéresse le bulbo caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes et reste sous-tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.
- Le troisième degré : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter de l'anus reste intact. On le voit dans la plaie comme une virole musculaire et il faudrait donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement [59].

Déchirures complètes et compliquées

La rupture du sphincter de l'anوس fait communiquer la vulve et l'anوس, une sorte de cloaque se constitue. Lorsque la déchirure est complète, par le toucher rectal le doigt ne soulève plus que la muqueuse anale, tout tissu musculaire ayant disparu.

Lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale. Les deux canaux communiquent largement ; la déchirure anale à la forme d'un V à pointe supérieure [59].

Déchirures centrales

Cette forme automatique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement, qui vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anوس en laissant en avant un pont de tissu. Cette déchirure se voit surtout dans les présentations du bregma et quelquefois de la face. Elle n'est pas verticale, mais oblique [59].

➤ Lésions vulvaires

Les déchirures du périnée sont toujours associées à des lésions vulvaires basses dont elles ne se différencient pas. Mais les lésions vulvaires peuvent être isolées. Ce sont :

- Les déchirures hyménales

Les lésions hyménales sont constantes chez la primipare. Le premier accouchement achève de détruire l'hymen non encore disparue après la défloration, ce que l'on remarque par l'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement [59].

- Les Lésions antérieures clitoridiennes

Les lésions vulvaires antérieures sont péri clitoridiennes. Le gland du clitoris est rarement atteint, ce sont ses deux branches latérales qui sont étirées où effilochées. Ces lésions sont le plus souvent unilatérales avec la particularité d'être hémorragiques [59].

- Lésions latérales nymphéales

Ce sont de petits éclatements vulvaires, qui saignent moins que les lésions antérieures ; plus rarement on peut observer la désinsertion d'une petite lèvre ou sa perforation comme à l'emporte-pièce, dont la cicatrisation ne se fait pas toujours spontanée.

➤ Déchirures vaginales

Le diagnostic se fait sur les signes physiques.

Pas de signes fonctionnels : pas de douleur, peu d'hémorragie

Le toucher et l'examen sous valves permettent de reconnaître ces déchirures toujours latérales, d'un seul côté ou souvent des deux côtés ; bilatérales [59].

A la vue, dans l'interstice d'une déchirure toujours irrégulière, on peut apercevoir la graisse jaune de la fosse ischio-rectale, et quelquefois en arrière les fibres musculaires de la paroi rectale.

Au toucher, le doigt accède aux espaces périvaginaux [59].

➤ **Déchirures du col utérin**

○ **Signes fonctionnels et généraux**

Les symptômes sont le plus souvent discrets ; il faut une déchirure importante pour qu'apparaissent des symptômes d'abord uniquement fonctionnels, essentiellement une hémorragie. Cette hémorragie a des caractères particuliers qui permettent de la distinguer des hémorragies de la délivrance ou des déchirures de la vulve.

Cette hémorragie vient de la profondeur, elle est faite de sang rouge, émise comme un filet qui tranche sur le fond noir de la nappe sanguine provenant des sinus utérins. Quelquefois même, l'émission de ces filets rutilants est pulsatile, l'abondance est variable, habituellement légère, mais parfois importante, entraînant alors des signes généraux, pâleur et accélération du pouls, chute tensionnelle, et nécessite la mise en œuvre du traitement général des hémorragies [59].

○ **Signes physiques**

Inspection :

Si la déchirure paraît importante, la femme est mise en position gynécologique, sous anesthésie générale ou locorégionale. On met en place deux valves vaginales maintenues par un aide. Des pinces de Pozzi ou de museaux prennent les deux lèvres de la brèche cervicale et sont déplacées vers le haut jusqu'à ce que l'on voie l'angle supérieur de la déchirure. C'est le seul moyen d'en apprécier l'étendue et de savoir si elle dépasse l'insertion vaginale.

La déchirure est presque toujours longitudinale et latérale, en V à bord irrégulier, souvent déchiqueté. Un lambeau violacé se détache parfois du col, voué au sphacèle et à l'élimination dans les suites de couches.

La déchirure circulaire « en bobèche » est très rare et ne se rencontre guère que sur un col pathologique [59].

Palper : alors que dans les hémorragies de la délivrance, l'utérus est inerte, ici le corps reste bien rétracté.

Toucher : le repérage des bords de la déchirure est habituellement difficile, sur ces tissus mous et fuyants.

➤ Ruptures utérines

- Rupture spontanée

Signes fonctionnels et généraux

La rupture utérine est précédée d'un syndrome de prérupture marqué par la rétraction utérine qui s'accroît. Le corps de l'utérus devient de plus en plus dur. L'hypertonie utérine est permanente, le segment inférieur s'allonge et s'étire : c'est le syndrome de bandl frommel . Les ligaments ronds sont tendus ; le fœtus succombe ; l'élongation du segment inférieur s'accroît, l'utérus prend la forme sablier ou en brioche.

Le tableau clinique de la rupture utérine est dominé par la douleur abdominale soudaine en coup de poignard, localisée en un point généralement à gauche ; sensation d'eau chaude s'écoulant dans le ventre ; puis une syncope avec pâleur et accélération du pouls. Ces signes sont inconstants.

Lorsque le fœtus s'échappe de l'utérus qui est libéré. Une sensation de bien être apparent peut survenir. Mais rapidement apparaissent des tendances à la syncope, des lipothymies, des bâillements, des signes de choc latent ou patent.

Signes physiques

A l'inspection : si le fœtus est encore dans l'utérus, l'abdomen conserve sa forme. Mais si le fœtus a quitté l'utérus, l'abdomen perd sa saillie oblongue pour prendre des contours diffus et irréguliers.

Au palper : on réveille une douleur exquise sur le bord rompu et l'on perçoit le fœtus sous la peau, étalé et superficiel. A côtés du fœtus, situé à gauche en générale, se trouve une masse ferme, qui correspond à l'utérus gravide débarrassé du fœtus.

A l'auscultation : les bruits du cœur fœtal ont disparu.

Au toucher : on voit que la femme perd un peu de sang noirâtre, d'aspect sirupeux, que Tarnier comparait au jus de réglisse.

La présentation, sauf dans le cas où le fœtus est resté dans l'utérus, a disparu. Si le toucher insistant davantage encore, on aurait une sensation désagréable d'anses intestinales directement perçues. Ces examens trop approfondis trop répétés, aggravent l'état de choc et doivent être évités [59].

➤ **Hématomes périgénitaux**

L'apparition de l'hématome est imprévisible. Parfois seuls existent les signes physiques, d'autres fois, ce sont les signes fonctionnels et généraux qui attirent l'attention.

- Signes fonctionnels et généraux

La femme se plaint d'une douleur, d'une sensation de pesanteur localisée à vulve ou au rectum, de ténesme, d'une envie d'expulser aussi bien rectale que vaginale, alors que la délivrance est parfois déjà faite.

D'autre fois, elle est pâle, sujette à des tendances syncopales et même à des phénomènes de choc [59].

- Signes physiques

Si l'hématome est vulvaire

On voit une tuméfaction qui s'est vite constituée et qui déforme l'orifice devenu excentrique. La fente vulvaire est repoussée latéralement par la collection. De volume variable, la tuméfaction est de forme oblongue, de couleur aubergine ; à sa surface, la muqueuse est amincie et comme prête à se fissurer puis apparaissent des ecchymoses qui gagnent le périnée, la fesse et souvent la région supérieure de la cuisse correspondante.

A la palpation, ces tumeurs sanguines donnent une sensation de crépitement neigeuse, mal limitée en dehors, où elles infiltrent le tissu cellulaire, alors que leur limite interne est nette [59].

Dans les formes vaginales

Les signes d'inspection sont absents. Les touchers vaginal et rectal reconnaissent facilement l'hématome qui emplit et déforme la cavité du vagin, refoulant la paroi opposée. Le volume est assez difficile à apprécier car les contours externes, vers le tissu cellulaires, sont imprécis. La base a une surface et la quantité de sang épanché est souvent plus grande qu'elle ne le paraît [59].

2.4.3. Les complications de l'HTA

2.4.3.1. L'éclampsie du post partum

➤ Définition

L'éclampsie du post partum est un accident aigu paroxystique à expression neurologique dominante liée aux lésions cérébrales observées dans les syndromes vasculaires graves : œdèmes, hémorragies, infarctus qui se manifeste dans les suites de couches. C'est une encéphalopathie hypertensive et convulsive et une urgence médico-obstétricale

L'éclampsie survient pendant la grossesse (le plus souvent au cours du troisième trimestre), parfois pendant l'accouchement ou rarement dans les 48 heures après la délivrance [18, 34, 46, 52, 55, 59].

➤ Signes cliniques

Les prodromes de la crise d'Eclampsie sont : céphalées d'installation brutale en casque ; la baisse de l'acuité visuelle ou une amaurose brutale (cécité transitoire) ou une diplopie ; des troubles digestifs à type de nausées, de vomissement mais surtout la douleur en barre épigastrique de Chaussier pathognomonique de la crise d'éclampsie, la douleur est brutale, transfixiante. La crise d'Eclampsie évolue en 4 phases :

-Phase d'invasion = qui dure une minute est faite de petites contractions fibrillaires localisées à la face et au cou et aux membres supérieurs.

-Phase de contractures toniques : qui dure 30 secondes, Avec trismus et opisthotonos. C'est la contracture de tous les muscles du corps réalisant une raideur totale du corps en opisthotonos.

-Phase de convulsions cliniques qui dure quelques minutes. Elle débute par une inspiration profonde. Puis l'on observe des mouvements saccadés de la face, de

la tête, des membres supérieurs sans propagation aux membres inférieurs ; sans perte d'urine (diagnostic différentiel avec l'épilepsie)

-Phase résolutive dite de coma qui dure une demi-heure à plusieurs heures ou jours de profondeur et de durée variable .C'est un état d'hébétude simple après la première crise. C'est un coma complet qui s'installe après plusieurs crises.

L'éclampsie peut se compliquer d'asphyxie ; de défaillance cardiaque ; d'un œdème aigu du poumon ; d'un hématome retro placentaire ; d'un décollement rétinien ; d'une rupture hépatique [18, 34, 46, 55, 59 ,76].

2.4.3.2. Le HELLP syndrome

➤ Définition

Le HELLP syndrome (H= Hémolysis, EL = Elevated liver enzymes, LP = Low Platelet Count) est un syndrome qui associe une cytolysé hépatique, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie.

Le Hellp Syndrome complique 2 à 12% des pré éclampsies sévères et peut n'apparaître que dans le post- partum.

Il témoigne d'une souffrance hépatique dont la complication extrême est la rupture d'un hématome sous capsulaire du foie, responsable d'une hémorragie massive ; souvent fatale dans un contexte de CIVD .On observe une mortalité maternelle élevée et une mortalité fœtale très importante [52].

➤ Signes cliniques

Le syndrome associe des douleurs épigastriques ou dorsales hautes ; une hypertension artérielle et une protéinurie [52].

➤ Signes paracliniques

Le bilan para clinique est caractérisé par des transaminases élevées ; une thrombopénie ; une hémolyse massive ; une uricémie normale ou élevée ; une hyper bilirubinémie ; une hyper créatininémie [52].

2.4.4. Les infections puerpérales

➤ Définition

L'infection puerpérale ou infection du post partum est celle survenant après l'accouchement et dans les 42 jours suivant celui – ci et dont la porte d'entrée est l'aire d'insertion placentaire.

On distingue :

- les infections loco régionales constituées essentiellement par l'endométrite ; la pelvipéritonite ; l'abcès collecté pelvien ; les péritonites du post partum
- les infections générales telles que les septicémies [20,78].

➤ Les signes cliniques

Les signes cliniques sont fonction de la pathologie :

○ Endométrite puerpérale

Le tableau clinique est fait de douleurs pelviennes ; un syndrome infectieux avec hyperthermie ; accélération du pouls. Au toucher vaginal : le col est ouvert, l'utérus est gros, mou et douloureux avec des lochies malodorantes ou métrorragies [20, 59 ,73]

○ La pelvipéritonite :

Le tableau clinique associe la douleur pelvienne diffuse, un syndrome infectieux fait d'hyperthermie, d'accélération du pouls et une langue saburrale. Les signes d'irritation péritonéale sont faits de nausées, vomissements, défense pelvienne. Au TV très douloureux ; on a un gros utérus mou très douloureux à la mobilisation, un empatement des culs de sac et des lochies fétides [20, 59].

- **L'abcès collecté pelvien**

Le tableau clinique associe des douleurs pelviennes intenses ; un syndrome infectieux (hyperthermie, accélération du pouls, langue saburrale) et une masse pelvienne molasse très douloureuse [20]

- **Les péritonites du post partum**

On a un syndrome infectieux (hyperthermie, accélération du pouls, langue saburrale) et une défense abdominale/contracture abdominale associés à un cri de l'ombilic [20]

- **Les septicémies**

Ce sont les septicémies et les septico pyohémies. On retrouve des douleurs pelviennes, des polyarthralgies ; un syndrome infectieux très sévère (hyperthermie ou hypothermie ; pouls petit filant ; langue saburrale, subictère) ; une défense Pelvienne. Au TV ; on retrouve un gros utérus mou douloureux à la mobilisation avec empatement des culs de sac des lochies fétides. Leur foyer d'origine est veineux [20 ,73]

- **Les signes paracliniques**

Les examens biologiques sont constitués par : Le groupage sanguin / rhésus; la numération formule sanguine ; la culture des lochies + antibiogramme ; hémoculture + antibiogramme ; la CRP ; l'azotémie ; la créatininémie ; les transaminases

La radiologie : l'échographie pelvienne explore l'utérus ; ses annexes et le cul de sac de Douglas [20,73].

2.5. Le traitement

2.5.1. Le but

- Prévenir la survenue de l'hémorragie,
- Rétablir une situation hémodynamique correcte,
- Arrêter rapidement l'hémorragie ;
- Supprimer la cause de l'hémorragie
- Normaliser les chiffres tensionnels
- Juguler l'infection
- Eviter l'évolution vers des complications [17].

2-5-2-Moyens

2-5-2-1-Gestes obstétricaux

➤ Délivrance artificielle (DA)

La DA concerne le cas où le placenta est encore dans l'utérus. Ce geste obstétrical sera effectué dans des conditions d'asepsie (badigeonnage péri vulvaire, champs stériles, lavage des mains, gants). La main « opératrice » est induite doucement dans la cavité utérine en position de « main d'accoucheur ». L'opérateur est guidé par le cordon ombilical et place la main au niveau du fond utérin. La main controlatérale ou abdominale est capitale car elle maintient fermement le fond utérin et permet de corriger l'antéflexion utérine. Le placenta peut déjà être complètement libre dans la cavité utérine et il ne s'agissait alors que d'un défaut de migration le plus souvent associé à une atonie utérine. En cas de non décollement, le clivage du placenta commence à sa partie la plus distale par rapport au col de façon à le ramener dans la main ; ce clivage est effectué avec le bord cubital de la main et du bout des doigts. Il doit être complet pour pouvoir extraire le placenta sans traction. L'issue du placenta doit se faire par glissement sur l'avant-bras, si possible sans que la main soit retirée de la cavité utérine. Les doigts repliés en crochet refoulent le placenta vers l'avant-bras.

La délivrance artificielle est terminée et elle doit être suivie d'une révision utérine systématique, d'un massage utérin et de l'administration d'utérotoniques. Ainsi, une fois la masse placentaire passée dans le vagin, la main intra-utérine explore toutes les faces de la cavité utérine pour s'assurer que rien n'est resté dans l'utérus [11, 59].

➤ **Révision utérine**

Les temps de la révision utérine sont les mêmes que ceux de la délivrance artificielle. La différence entre les deux opérations réside dans le fait que dans la révision utérine, le placenta est déjà expulsé, et que le col est plus ou moins rétracté. On parcourra méthodiquement toutes les faces de la cavité utérine avec la face palmaire des doigts opérateurs à la recherche de fragments ovulaires dont le relief est souvent minime. L'exploration manuelle de l'utérus devra toujours se terminer par une étude des parois elles-mêmes, en particulier au niveau du segment inférieur [59].

➤ **Désinvagination utérine**

La réduction par taxis : le traitement est une urgence car elle n'est possible que si elle est réalisée dans les minutes suivant sa survenue, secondairement l'apparition d'un œdème tissulaire la rend impossible [12]

La technique du « parachute » peut être alors essayée pour désinvaginer le fond utérin en combinant les tractions par voie abdominale et le taxis par voie vaginale. En cas d'échec la seule solution est alors l'hystérectomie. Lorsque la réduction de l'inversion est réussie, que ce soit par voie vaginale ou par voie abdominale, l'utilisation large d'ocytociques, éventuellement en intramurale, s'impose pour prévenir une possible récurrence immédiate [12].

➤ **Massage utérin**

Elle fait suite à la délivrance artificielle et/ou à la révision utérine : introduire la main droite gantée dans l'utérus, empaumer le fond utérin avec la main gauche également gantée, et masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité [12, 59].

➤ **Compression bimanuelle de l'utérus**

Elle consiste à comprimer fortement l'utérus entre le poing vaginal et la main abdominale. Il faut maintenir cette compression jusqu'à ce que l'utérus se contracte et que le saignement soit maîtrisé [12, 59].

➤ **Compression de l'aorte abdominale**

Cette technique consiste à comprimer fortement l'aorte abdominale à travers la paroi abdominale juste au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic avec le poing fermé d'une main et en même temps à palper le pouls fémoral avec l'autre main : la compression de l'aorte est efficace lorsque le pouls fémoral n'est pas perceptible. Il faut maintenir cette compression jusqu'à ce que l'hémorragie soit contrôlée [12, 59].

2-5-2-2- Moyens médicamenteux

➤ Les ocytociques

Le seul ocytocique utilisé dans cette indication est l'analyse synthétique de l'ocytocine post hypophysaire ou naturelle. C'est l'ocytocique le plus utilisé en première intention et il se présente en ampoule de 5UI.

L'injection intraveineuse directe de produit non dilué est déconseillée en raison du risque de vasodilatation et de collapsus. En revanche on peut utiliser :

- la perfusion intraveineuse à fort débit de 10 à 20 UI d'ocytocique dans 500ml de solution de ringer lactate ou du glucosé à 5% ;
- l'injection intramyométrale directe de 10UI à travers la paroi abdominale et sous contrôle d'une main intra-utérine ;
- ou l'injection intra musculaire de 2 à 5 UI, dont l'action est retardée.

Ce traitement peut être renouvelé si besoin. L'action de la dose de charge est immédiate et dure 45 minutes. Cependant, il n'est pas souhaitable ni utile de dépasser la dose maximale de 80 UI [11, 12, 59].

➤ Les dérivés de l'ergot de seigle

Le seul dérivé de l'ergot de seigle utilisé dans cette indication est le méthylergométrine qui est un puissant ocytocique. Cependant, il a des contre – indications qui limitent son emploi (toxémie gravidique, hypertension artérielle (HTA), cardiopathie, affection vasculaire oblitérante). Il est présenté en ampoule de 0,2 mg et s'utilise uniquement par voie intramusculaire ou intramymétrale. Le délai d'action est de 2 à 5 minutes et la durée d'action est de 4 à 6 heures. La posologie est de 0,2 mg à renouveler en cas de besoin [11, 12, 59].

➤ **Les prostaglandines**

Les prostaglandines (PGE2) et (PGF2a) sont des utérotoniques puissants mais leurs effets secondaires sont importants, en particulier ceux de la PGE2. Des cas d'hypotension grave et d'un arrêt cardiaque ont été rapportés récemment après utilisation de la PGE2. L'utilisation des prostaglandines suppose le respect strict de leurs contre-indications, ainsi que la correction préalable d'une hypovolémie pour limiter le risque de collapsus et de spasme coronaire.

Au plan clinique, l'action des prostaglandines sur le myomètre est plus puissante et plus précoce que celle de la méthylergomètre et de l'ocytocine. La principale prostaglandine utilisée dans cette indication est la PGF2a.

Le sulprostone est présenté en ampoule de 500 microgrammes (ug). Il doit être gardé au frais pour préserver son efficacité. On l'utilise par voie ou intramyométrale, la voie IM est interdite, de même que les bolus IV. La posologie est de 500 microgrammes dilués dans 250 ml de sérum physiologique à un débit de 20 gouttes par minute en moyenne, jusqu'à obtention d'une bonne rétraction utérine. Son efficacité est excellente si le délai d'administration est inférieur à 30 minutes. Il faut respecter les contre-indications du produit : HTA, cardiopathie, asthme, troubles graves de la fonction hépatique, antécédent de trouble comitial.

Le misoprostol est utilisé par voie rectale (600 mg, 1000 mg), vaginale (1000 mg). Il peut également être utilisé en intra-utérin en cas d'inertie utérine et l'effet est remarquable entre 30 secondes et 3 minutes.

Le dinoprost : diluer une ampoule de 5 mg dans un flacon de 500ml pour obtenir une concentration de 10 ug/ml ; administrer en perfusion intraveineuse à la pompe en commençant par débit de 4 gouttes/minute [11, 12, 59].

- **Les antihypertenseurs**
- **Les anticonvulsivants**
- **Les antibiotiques**
- **Les traitements médicaux des troubles de l'hémostase**

Traitement substitutif des facteurs manquants

Il doit toujours être appliqué car il permet d'apporter les facteurs de la coagulation consommés ou déficitaires :

- le plasma frais congelé qui contient tous les facteurs de la coagulation et les inhibiteurs naturels,
- le fibrinogène

Héparine : elle est peu utilisée à l'heure actuelle, à des doses très faibles (1mg/kg/jour), en injection continue et sous surveillance stricte des paramètres de la coagulation.

Les antifibrinolytiques : ils doivent être utilisés avec prudence, car les CIVD s'accompagnent de thromboses capillaires, et la fibrinolyse est alors un moyen de défense qu'il ne faut pas supprimer. On peut cependant les utiliser dans les situations où la fibrinolyse est prédominante.

Transfusion iso groupe iso rhésus de sang testé [49].

➤ Anesthésie et réanimation maternelle

Solutés de remplissage

Après la pose de voies d'abord de calibre suffisant, le choix des solutés est le suivant :

❖ **Solutés cristalloïdes** (ringer) en perfusion rapide de 500 ml en 15 minutes ; faire passer 1 à 2 litres ; il faut cependant craindre l'accident de surcharge et leur effet d'hémodilution et d'accentuation des troubles de la coagulation primaire.

❖ **Solutés colloïdes** (albumine, gélatine) : perfuser une fois et demie le volume perdu [12]

❖ Produits sanguins :

- **concentré globulaire** : 10 ml/kg (si taux d'hémoglobine < 7 g/dl); ils sont préférés au sang total car ils diminuent le volume perfusé. La quantité est fonction des pertes, si celles-ci n'ont pas pu être chiffrées de façon précise, la quantité à perfuser est contrôlée par la tension artérielle centrale, pour éviter d'induire une défaillance cardiaque par surcharge et un œdème aigu des poumons ;

- **plasma congelé décongelé** : 20 ml/kg (si taux de prothrombine < 50%);

- **concentré plaquettaire** : 1 unité/10 kg (si taux de plaquette < 60000/mm³), une unité plaquettaire augmente de 5000 à 10000 ml le nombre de plaquettes ;

- **sang total** : 20 ml/kg ; la transfusion reste indispensable dans les cas graves participant au maintien de la volémie; elle est indiquée au-delà de 60 ml/kg de remplissage inefficace. Le risque associé à la transfusion sanguine (contamination par la VIH, l'hépatite virale, le cytomégalovirus...) reste présent et justifie l'attitude de la prudence consistant à limiter le plus possible toute transfusion sanguine. L'utilisation de l'autotransfusion proposée par certains auteurs pour parer à ce problème, se heurte en pratique à la difficulté

d'identification des patients à risques et expose au risque d'erreur d'identification des poches [11, 12, 59].

❖ **Agent anesthésiques**

Les agents utilisés sont fonction des indications

Pour l'anesthésie générale en cas d'HTA ou d'éclampsie, le fentanyl, l'étomidate et le propofol sont utilisés.

L'Halotane, le protoxyde d'azote et le Xénon peuvent être utilisés comme agents inhalatoires.

L'anesthésie locorégionale (rachianesthésie et péridurale) peut aussi trouver ses indications en post partum.

En cas d'hémorragie, d'hypovolémie et d'état de choc, l'étomidate peut être utilisée.

La kétamine serait un traitement de choix dans les HTA.

2-5-2-3- Les moyens mécaniques

❖ **Traction rotation sur le col (procédé de Malinas)**

A l'aide de ces pinces de Museux, on exerce une traction progressive sur le col utérin qui abaisse l'utérus. Une torsion de l'utérus de 180° sur axe, ferme l'angle de la crosse de l'artère utérine et réalise une hémostase provisoire [49].

❖ **Clampage des artères utérines (procédé de Henkel)**

Henckel associe au procédé précédant le clampage des artères utérines en pinçant directement les paramètres par une pince Museux de chaque côté du col, comme on place la pince de Jean-Louis Faure dans l'hytéréctomie vaginale. Ces pinces sont laissées en place pendant 12 à 24 heures [49].

❖ **Tamponnement intra-utérin ou <packing intra-utérin>**

Il s'agit d'une méthode ancienne qui peut encore rendre service dans nos régions. Elle assure l'hémostase par compression intra-utérine à l'aide de mèche à prostate ou de compresses abdominales stériles parfois imbibées d'une solution de thrombase et de calcium. Récemment, certains auteurs ont proposé de réaliser ce tamponnement à l'aide d'une sonde de Blackemore. Cette méthode permet d'éviter certaines interventions ou du moins de diminuer l'hémorragie et le risque de coagulopathie surajoutée. Elle mérite d'être tentée en attendant l'évacuation de l'accouchée vers un centre plus équipé [43].

2-5-2-4- Moyens chirurgicaux

➤ **Les mesures chirurgicales conservatrices**

Elles visent à interrompre la continuité artérielle :

❖ **La ligature des artères hypogastriques**

Elle nécessite une laparotomie à faire en urgence. L'artère hypogastrique est repérée au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, et est liée avec un fil résorbable de façon bilatérale. Cette ligature a pour but de diminuer la pression vasculaire de 85% et de la transformer en pression veineuse [84]

❖ **La triple ligature artérielle**

Elle consiste à lier les artères utéro-ovariennes, les artères utérines et le ligament rond. La ligature des artères utérines est faite au niveau de la branche ascendante un peu au-dessus de la crosse. Celle des artères utéro-ovariennes se fait dans le méso-ovarium près de la zone d'anastomose avec l'artère utérine qui est repérée à l'ouverture du péritoine. Pour lier l'artère du ligament rond, on lie en masse le ligament rond. Cette technique peut préserver la fertilité ultérieure [6].

❖ **La chirurgie castratrice**

Il s'agit de hystérectomie d'hémostase qui peut selon les difficultés être totale ou subtotale, c'est la solution la plus sûre mais elle sacrifie évidemment l'avenir obstétrical de la femme [11]. Il est toujours difficile psychologiquement pour l'accoucheur, après une naissance normale, d'annoncer au mari, à la famille ou aux amis que le pronostic vital maternel est jeu et qu'il est nécessaire d'avoir recours à la chirurgie [12].

2-5-2-5- L'embolisation artérielle sélective

L'embolisation artérielle sélective est une technique de radiologie interventionnelle, peu invasive. Elle consiste à monter un cathéter fémoral de façon sélective au niveau des artères iliaques internes et des artères utérines. On injecte alors un produit de contraste qui permet de repérer la zone responsable de l'hémorragie et de réaliser l'embolisation (occlusion) de l'artère grâce à l'injection de particules de Spongel ou d'Ivalon. L'embolisation préserve les chances de fertilité ultérieure. Elle est, malheureusement, difficile à mettre en œuvre, car elle nécessite l'existence d'un équipement radiologique à proximité du bloc obstétrical et la présence d'un radiologue entraîné [24].

2.5.3. Indications

➤ Les hémorragies de la délivrance

Deux grandes circonstances cliniques sont à individualiser en fonction de l'étiologie du saignement :

• Rétention placentaire

Deux circonstances peuvent se rencontrer :

Le placenta est encore dans l'utérus ; il faut alors :

- faire une délivrance artificielle suivie de la RU pour évacuer l'utérus et vérifier l'absence de rupture utérine ;
- vérifier la bonne rétraction de l'utérus et faciliter cette rétraction par le massage utérin et l'administration de 5UI d'ocytocique en IVD ;
- faire un examen sous valves pour rechercher toutes les lésions traumatiques génitales ; qu'il faudra traiter systématiquement ;
- suturer une éventuelle épisiotomie ;
- mettre en place une perfusion de 20 UI d'ocytocines diluées dans 500 ml de sérum glucosé 5% ;
- si à l'issue de ces traitements l'hémorragie persiste, faire une nouvelle révision utérine pour s'assurer de la vacuité utérine et de l'absence de rupture utérine, et faire un nouvel examen sous valves pour vérifier l'absence de lésions génitales traumatiques ;
- si l'hémorragie persiste, faire une compression bimanuelle de l'utérus ou un clampage des artères utérines jusqu'à ce que l'hémorragie soit contrôlée ;
- parfois la délivrance artificielle est impossible ; il s'agit d'un placenta accreta, à traiter par hystérectomie d'hémostase [6].

Le placenta n'est plus dans l'utérus

Le placenta a déjà été expulsé ; il peut s'agir probablement soit d'une inertie utérine, soit d'une rétention placentaire partielle ou une lésion traumatique des voies génitales ; il faut alors :

- vérifier l'intégrité du placenta ;
- faire une révision utérine pour s'assurer de la vacuité utérine et de l'absence de rupture utérine ;
- faire un examen sous valves pour éliminer toute lésion traumatique génitale ;
- suturer une éventuelle épisiotomie ;
- masser l'utérus ;
- faire une compression bimanuelle de l'utérus ou clamper les artères utérines ;
- injecter 10 UI d'ocytocique en intramyométrale par voie transabdominale ;
- injecter 5 UI d'ocytocine en IVD ;
- placer une perfusion de 20 UI d'ocytocine avec un débit de 40 gouttes/minute ;
- si, malgré ces traitements l'hémorragie persiste, refaire une révision utérine et l'examen sous valves, et si possible administrer des prostaglandines par les voies et aux doses indiquées ci-dessus ou soit 500 ug dans 50 ml de sérum salé isotonique à la seringue électrique. La perfusion est commencée à un débit de 10 ml/h et on augmente par palier de 10 ml/heure toute les 15 minutes jusqu'à l'amélioration clinique. La perfusion est arrêtée progressivement sur 12 heures.
- si, malgré ces traitements l'hémorragie persiste, il faut penser aux troubles de la coagulation [6].

• Inertie utérine

Malgré un traitement bien conduit (utérus vide - perfusion de Syntocinon), le muscle utérin reste atone.

Il faut absolument assurer une rétraction utérine permanente pour arrêter l'hémorragie et éviter l'apparition des troubles de coagulation par fuite des facteurs.

Au traitement de réanimation, on adjoint, le plus rapidement possible, en moins de 30 minutes, un autre utérotonique à savoir les Prostaglandines que l'on perfuse très rapidement (30 minutes) et que l'on renouvelle secondairement.

En cas d'échec de cette prise en charge (moins de 1 % des hémorragies graves de la délivrance) c'est l'indication des autres moyens mis à notre disposition.

- Soit l'état hémodynamique est précaire et il faudra recourir aux moyens chirurgicaux,
- soit l'état hémodynamique est conservé et l'embolisation artérielle doit être réalisée.

- **Conduite d'urgence**

Devant une hémorragie de la délivrance, il faut les gestes suivants en extrême urgence, et dans un ordre méthodique et rigoureux, en sachant que la rapidité n'a rien à voir avec la précipitation :

- crier pour obtenir de l'aide : il s'agit de mobiliser l'équipe obstétricale (sage femmes, internes, obstétriciens, anesthésistes ainsi que le personnel de soutien (garçon de salle, brancardiers),
- faire une évaluation initiale de l'accouchement : pouls, tension artérielle, coloration des conjonctives et des muqueuses, respiration, température, état de conscience ;
- conduire l'accouchée au bloc opératoire, température, état de conscience ;
- conduire l'accouchée au bloc opératoire (si applicable) ;
- mettre l'accouchée en décubitus dorsal et en Trendelenburg ;
- lui donner l'oxygène au masque ou par sonde nasale (6 à 8 l/minute) ;
- mettre en place deux voies veineuses de bon calibre (cacheter de 16-18 gauges) avec du ringer ou tout soluté disponible ;
- poser une sonde urinaire à demeure ;
- établir une fiche de surveillance (pouls, tension artérielle, hémorragie, température, diurèse, traitement) ;
- évaluer le plus exactement possible les pertes sanguines ;
- commander du sang frais iso groupe, iso rhésus ;
- administrer des antibiotiques à large spectre en prenant soin de couvrir les anaérobies et les bacilles Gram négatif, le syndrome de défibrination pouvant être déclenché par une infection non contrôlée ;
- faire un remplissage vasculaire en première intention avec des cristalloïdes (ringer lactate, serum salé), puis avec des colloïdes (plasmion) plus efficace ;
- transfuser plus ou moins abondamment selon la gravité de l'hémorragie [6].

➤ **Correction des troubles de la coagulation**

Les indications du plasma frais congelé (PFC) sont larges dans les hémorragies massives du post partum, souvent même avant d'avoir pris connaissance des résultats des examens de l'hémostase. Le PFC sur la base de 20 ml/kg apporte les facteurs de coagulation consommés (I, II, V, VII, VIII, X, fibrinogène) et les inhibiteurs (antithrombine III, protéine C, protéine S).

L'apport complémentaire de fibrinogène est indispensable si sa concentration plasmatique est inférieure à 1 g/L.

L'apport de plaquettes est justifié en présence d'une thrombopénie inférieure à 50000 plaquettes/ml associée à des manifestations hémorragiques diffuses malgré l'apport de PFC et de fibrinogène.

L'administration des facteurs coagulants de type PPSB (prothrombine, proconvertine, facteur stuart, facteur anti-hémophilique B) est prohibée.

L'administration d'antithrombine III pourrait être bénéfique et réduirait la durée de la CIVD. On administre initialement une dose de charge de 1500 à 2000 unités, puis des doses de 500 à 1000 unités toutes les 24 heures, jusqu'à normalisation des taux [50].

➤ **Traitement des lésions génitales traumatiques**

- **Déchirures vulvo-périnéales**

Le traitement consiste à faire une suture en trois plans en fonction des lésions (vagin-plan musculaire-plan cutanée) [59]

- **Déchirures vaginales**

Le traitement consiste en une suture simple par points séparés ou par surjets de vicryl 0 ou 1 [59].

- Déchirures du col utérin

- ❖ **En cas déchirure sus vaginale ou sous péritonéale**, on procède à une suture simple par voie basse ;
- ❖ **En cas de déchirure intra péritonéale**, on rejoint le cas de la rupture utérine : il faut réaliser une laparotomie exploratrice et pratiquer, selon l'âge, la parité, la durée et/ou l'étendue des lésions soit une suture simple avec ou sans ligature des trompes, soit une hystérectomie [11].

- Rupture utérine

En fonction de l'âge, de la parité, du siège et de l'importance des lésions, on réalise soit une suture simple avec ou sans ligature des trompes ou une hystérectomie [59].

- Hématomes périgénitaux

- ❖ **Hématome péri vulvaire ou péri vaginal de faible volume** ; c'est l'abstention chirurgicale ;
- ❖ **Hématome péri vulvaire et péri vaginal très abondante** : faire une compression intra vaginale serrée ;
- ❖ **Hématome pelviabdominal** :

- s'il résulte d'une déchirure du segment inférieur : il faut pratiquer une laparotomie exploratrice systématique et souvent une hystérectomie ;

- en absence de lésion utérine et si l'hématome n'entraîne pas d'état de choc, il faut observer une abstention chirurgicale provisoire mais <armée> [6].

➤ **L' HTA et ses complications**

Une hospitalisation est nécessaire si complication . Puis une prise d'une voie veineuse sûre avec une intranule G18. La correction de la volémie se fait avec du Ringer lactate 500 ml à raison de 2 à 3 l/24 h.

Placer une sonde urinaire à demeure pour mesurer la diurèse.

L'administration de plasma frais congelé au besoin (en cas de trouble de coagulation)

Oxygénothérapie si nécessaire

Le traitement médicamenteux est constitué par :

- **Les antihypertenseurs** tels que la Clonidine (Catapressan), injectable à raison 1 ampoule en sous-cutané (S/C) toutes les 4 à 6 heures ou par la Nicardipine (Loxen) injectable. Ce sont des ampoules de 1mg/1ml

Traitement d'attaque = 2 cc toutes les 30 mn jusqu'à atteindre une TA de 14/9

Traitement d'entretien = 1,5 à 2 mg/h

- **Sulfate de Magnésium** à 50%

Dose de charge : injecter 5 g en IVL (lente) en 15 mn + 5 g en IM profonde sur chaque fesse (+ 1 ml de lidocaïne à 2% pour l'IM)

Dose d'entretien = 5 g en IM toutes les 4 heures

Le traitement obstétrical

Si la grossesse > 35 semaines d'aménorrhée, il faut faire un déclenchement artificiel du travail d'accouchement si le score de BISHOP est favorable.

Césarienne si l'évolution est défavorable (pour sauvetage maternel) [4, 16, 23].

➤ Infection puerpérale

Prendre une voie veineuse sûre avec intranule G18, puis administrer une antibiothérapie associative en 1^{ère} intention avec pénicilline, aminoside et imidazolé ; puis adaptée aux résultats de la culture, des utérotoniques (syntocinon ou méthergin), des anti inflammatoires en suppositoire, des anti pyrétiques. Faire une vessie de glace sur l'hypogastre et placer une sonde urinaire à demeure avec poche (si nécessaire).

Chirurgie dans les abcès du cul de sac de douglas et les péritonites.

3. OBJECTIFS

3. Objectifs

3-1-Objectif général

Etudier les complications obstétricales directes du post partum à la maternité du CHU-YO.

3-2-Objectifs spécifiques

1- Décrire le profil socio-démographique des patientes présentant une complication obstétricale directe du post partum au CHUYO.

2-Déterminer la fréquence des complications obstétricales directes du post partum au CHUYO.

3-Décrire les aspects cliniques des complications obstétricales directes du post partum au CHUYO.

4-Déterminer le taux de létalité des complications obstétricales directes du post partum au CHUYO.

4. METHODOLOGIE

4. Méthodologie

4 -1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est effectuée dans le service gynécologie et obstétrique du CHUYO situé dans la ville de Ouagadougou.

La ville de Ouagadougou est la capitale politique et administrative du Burkina Faso .Elle a une superficie de 217,5Km² et une population estimée à 1475223 habitants.

Elle est située dans la région du centre et est composée de :

- Deux centres hospitaliers universitaires qui sont le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo(CHUYO) et le Centre Hospitalier Universitaire Charles De Gaulle (CHU-CDG)
- Cinq districts sanitaires : Bogodogo, Boulmiougou, Kossodo, Baskuy et Paul VI.
- 175 formations sanitaires privées.

4-1-1-Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

Le Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo a été érigé en Centre Hospitalier Universitaire depuis 1995.

Cette structure sanitaire a été construite en 1961 pour une population de 59120 habitants.

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo est le centre de référence de la région du centre. Il reçoit également les évacuations des structures sanitaires des provinces environnantes.

Cet établissement a en outre une vocation d'enseignement et de recherche.

4-1-2-Le service de gynécologie et obstétrique

Le service de gynécologie et obstétrique reçoit la majorité des urgences gynécologiques et obstétricales en provenance des provinces environnantes et des formations sanitaires de la ville de Ouagadougou.

Il a une capacité de quatre vingt douze (92) lits et dispose de :

- d'une salle d'accouchement avec six (06) boxes ;
- d'une unité d'aspiration manuelle intra utérine ;
- d'un bloc opératoire avec trois (03) salles d'intervention ;
- d'une unité de puériculture ;
- d'une unité de planification familiale
- un service d'hospitalisation disposant de quatre vingt six lits (86) lits comportant :
 - une unité de soins intensifs
 - une unité d'hospitalisation pour les pathologies gynécologiques et les suites de couches
 - une unité de post-opérés
 - une unité de réanimation
 - une unité de grossesse pathologique
- un service de consultation externe
- une salle d'échographie
- un service administratif comprenant
 - un service d'état civil
 - un secrétariat
 - un hall et une paillote d'attente pour les accompagnants des malades
- un dépôt pharmaceutique SONU
- un service financier (caisse)

➤ un service de recouvrement

❖ Le personnel

Le personnel est multi disciplinaire et est composé de :

- douze gynécologues obstétriciens dont deux professeurs titulaires ; deux professeurs agrégés ; deux maitres assistants
- un médecin anesthésiste réanimateur
- 34 attachés de santé en chirurgie
- trente cinq sages femmes et maïeuticiens d'état
- quinze infirmiers et infirmières d'état
- une accoucheuse auxiliaire
- un personnel de soutien composé de vingt trois garçons et filles de salle
- une secrétaire
- un agent d'état civil
- un agent comptable.
- Il faut noter également la présence de 33 médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique
- Le service accueille les étudiants stagiaires de 7^{ème} année et de 4^{ème} année de médecine de l'université de Ouagadougou et de l'université Saint Thomas d'Aquin (USTA), des élèves sages femmes ; maïeuticiens et infirmiers d'état de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et Sainte Edwige

4-2- Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO de Ouagadougou allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010 soit une période d'un an.

4-3-Population d'étude

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude toutes les patientes ayant présenté une complication obstétricale directe du post partum au cours de la période de l'étude. Les complications obstétricales directes du post partum retenues étaient :

- ✓ Les hémorragies du post-partum
- ✓ l'infection puerpérale
- ✓ l'hypertension artérielle du post partum
- ✓ l'éclampsie
- ✓ le HELLP Syndrome [10, 76]

Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans l'étude celles dont le dossier était inexploitable.

4-4-Collecte des données

4-4-1-Les sources des données

Les données ont été recueillies à partir des registres d'admission et d'accouchement et des dossiers cliniques des patientes

4-4-2-Les modalités et recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte.

Les variables étudiées ont été les suivantes:

- Les caractéristiques socio-démographiques : âge, la situation matrimoniale, la profession, le nombre de pare.
- Les antécédents : gynéco-obstétriques, médicaux et chirurgicaux.
- Les aspects cliniques : mode d'admission, motif de consultation, état général, diagnostic retenu et étiologie présumée.
- La prise en charge : traitement médical ou chirurgical
- Le pronostic maternel

4-5-Saisie et analyse des données

La saisie et analyse des données ont été effectuées sur un microordinateur à l'aide du logiciel d'analyse EPI INFO Version 3.5.1.

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableau Excel version 2007.

4-6-Considérations éthiques

La considération éthique prise en compte a été le respect de l'anonymat des patientes dans le traitement des données.

4-7-Définition opérationnelle

Le mauvais état général : Sont en mauvais état général, toutes les femmes étant dans le coma ou présentant un état de conscience obnubilée.

5. RESULTATS

5. Résultats

5-1-La fréquence

Du 01 janvier au 31 décembre 2010, dans le service de gynécologie-obstétrique du CHUYO, nous avons enregistré 8349 admissions, 5241 accouchements dont 3020 accouchements eutociques et 2221 accouchements dystociques.

Nous avons colligé 507 cas de complications obstétricales directes du post partum soit une moyenne mensuelle de 42,3 cas. Ces complications représentent 6,07% des admissions et 9,67% des accouchements.

5-2-Les caractéristiques sociodémographiques

5-2-1- L'âge

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 25,8 ans \pm 6,4 avec des extrêmes de 15 et 44 ans.

La répartition des patientes par tranche d'âge est illustrée par la figure 1.

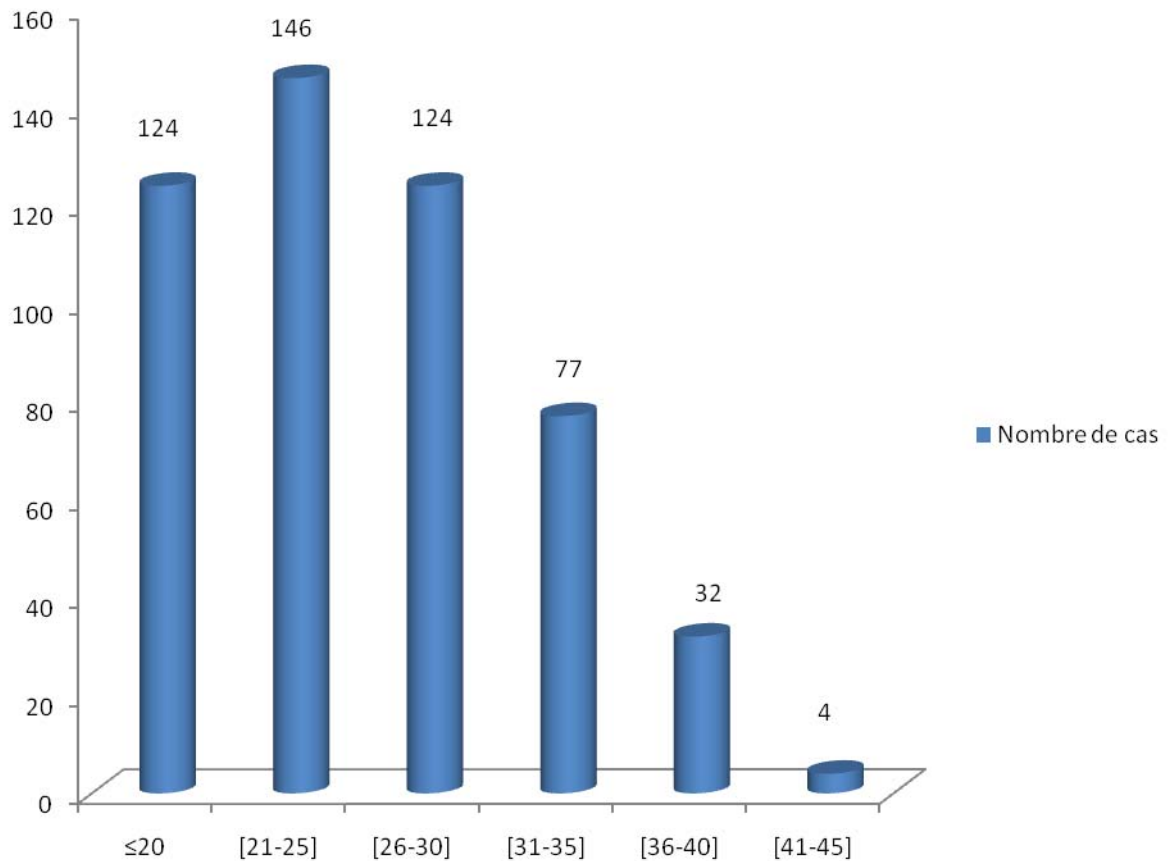


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge (n=507)

La tranche d'âge de 21 à 30 ans a représenté 53,25%.

5-2-2-La situation matrimoniale

Parmi les 507 patientes reçues, 389 étaient mariées (76,73%), 93 vivaient en concubinage (18,34%) et 25 étaient célibataires (4,93%).

Les femmes menaient dans 95,1% (482 cas) une vie maritale.

5-2-3- La profession

La répartition des patientes selon la profession est rapportée dans le tableau II.

Tableau II : répartition des patientes selon la profession (n=507)

Profession	Nombre de cas	%
Femme au foyer	389	76,7
Secteur informel	54	10,7
Fonctionnaire	33	6,5
Elève/étudiante	31	6,1
Total	507	100

Les femmes menant une activité lucrative représentaient 17,2% (87 cas)

5-3-Les antécédents

5-3-1-Les antécédents obstétricaux

✓ Le nombre de grossesse

Les patientes ont été regroupées en primigeste , paucigeste, multigeste et grande multigeste comme l'illustre la figure 3.

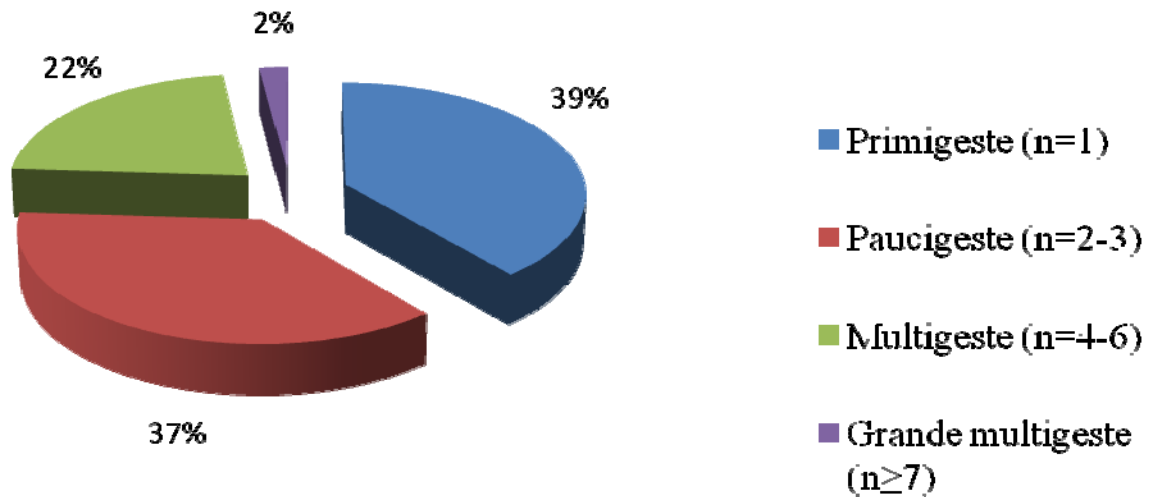


Figure 2 : répartition des patientes selon le nombre de geste (n=507).

Le nombre moyen de grossesse était de $2,6 \pm 2,5$ avec des extrêmes allant de 1 à 12 grossesses.

5-3-2-La parité

Les patientes ont été regroupées selon leur parité en primipare (1), en paucipare (2-3), en multipare (4-6) et en grande multipare (≥ 7) dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité (n=507)

Parité	Nombre de cas	%
Primipare	211	41,6
Paucipare	194	38,2
Multipare	95	18,8
Grande multipare	7	1,40
Total	507	100

La parité moyenne était de $2,3 \pm 1,7$ avec des extrêmes de 1 à 12 accouchements.

✓ Antécédent de mortinaissance

Vingt sept (27) femmes soit 5,3% avait un antécédent de mortinaissance

✓ Antécédent d'avortement

Cinquante cinq (55) femmes soit 10,8% avait un antécédent d'avortement

5-3-3-Les antécédents médicaux

Chez quatorze femmes, nous avons retrouvé des antécédents médicaux dont 12 cas d'HTA, 1 cas de diabète et 1 cas d'asthme.

5-3-4-Les antécédents chirurgicaux

Deux cent dix neuf (219) patientes soit 43,2% ont présenté un antécédent chirurgical, répertoriés dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux (n=219)

Antécédent	Nombre de cas	%
Césarienne	207	94,52
Laparotomie	9	4,1
Myomectomie	2	0,9
kystectomie	1	0,46

5-4-Aspects cliniques

5-4-1- Le mode d'admission

Quatre cent (400) patientes ont été admises après évacuation sanitaire soit 78,9% des femmes. Pour ces cas de transfert, la structure d'origine est rapportée dans le tableau V.

Tableau V : Répartition des patientes transférées selon la structure d'origine (n=400)

Structure d'origine	Nombre de cas	%
CMA/CM	258	64,5
CSPS	97	24,3
Maternité rurale	37	9,3
CHR	8	2,0
Total	400	100

Cent sept (107) patientes ont été admises selon le mode direct (21,1%).

5-4-2-La provenance

Les patientes provenaient dans 81,6% (413 cas) du milieu urbain et dans 18,4% (93cas) du milieu rural.

5-4-3-La symptomatologie clinique

Les hémorragies et les symptômes de l'HTA représentaient 77,72% des motifs de consultation comme le rapporte le tableau VI.

Tableau VI: répartition des patientes selon les signes cliniques présentés à l'admission

Signes	Nombre de cas	%
Pâleur conjonctivale	255	50,30
Hémorragie	226	44,58
Chiffres tensionnels élevés ($\geq 140/100$ mmHg)	168	33,14
Fièvre (≥ 38)	142	28
Douleurs pelviennes	101	19,92
Céphalées	62	12,23
Ecoulement purulent de la plaie opératoire	43	8,48
Lochies fétides	39	7,69
Convulsions	36	7,10
Vertiges	17	3,35
Coma	5	0,99
Brûlures mictionnelles	3	0,59
Autres*	5	0,99

* : dyspnée (01 cas), pyurie (01 cas), éviscération postopératoire (01 cas), hématome d'épisiotomie (01 cas), hématome du ligament large(1)

5-4-4-L'état de conscience

La répartition des patientes selon l'état de conscience est illustrée par la figure 4.

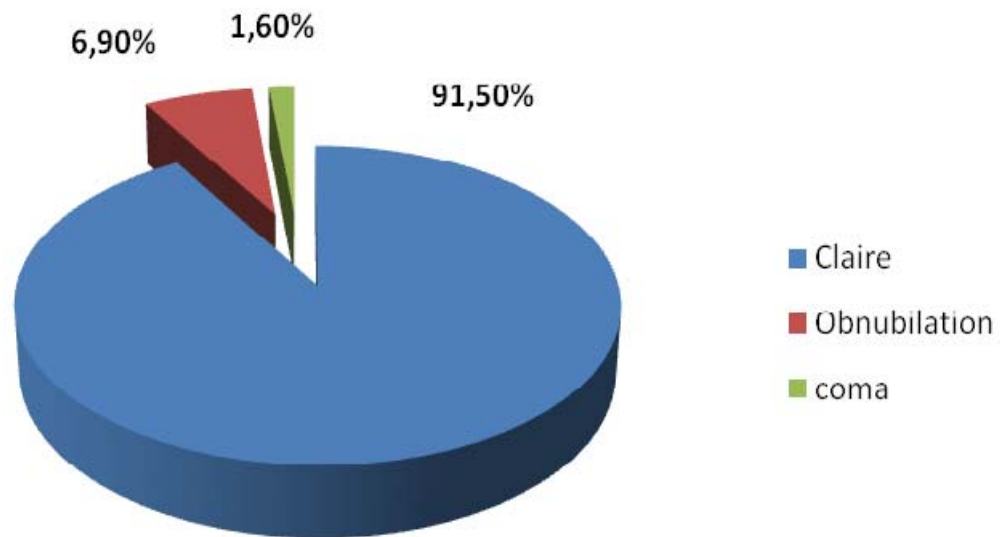


Figure 3 : Répartition des patientes selon l'état de conscience (n=507)

Les patientes avaient un mauvais état général dans 43 cas (8,5%).

5-4-5- Les complications obstétricales directes du post partum

Les complications obstétricales directes du post partum retrouvées au cours de notre étude sont représentées dans le tableau VII.

Ces complications étaient parfois associées et le tableau VIII présente la répartition des patientes selon l'association des complications.

Quant à l'hémorragie de la période de la délivrance, nous avons résumé dans la figure 4 les principales étiologies.

Tableau VII: Répartition des patientes selon les complications obstétricales directes du post partum (n=507)

Complications	Nombre de cas	%
Hémorragie de la période de la délivrance	226	44,58
HTA post-partum et ses complications	168	33,14
Endométrites	99	19,53
Suppurations post-césarienne	43	8,48
Septicémie	5	0,99
Autres*	5	0,99

* : Péritonite (02 cas), hématome du ligament large (01 cas), hématome post-épisiotomie (01 cas), éviscération (01 cas)

Parmi les complications de l'HTA, 36cas (7,1%) d'éclampsie et 3cas (0,9%) de Hellp syndrome ont été répertoriés.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les complications associées (n=507)

Complication associée	Nombre de cas	%
Hémorragie de la période de la délivrance+Anémie	179	35 ,3
Infection* +Anémie	59	11,64
HTA +Infection*	18	3,6
HTA +Anémie	17	3,35
Hémorragie de la période de la délivrance+HTA	12	2,37
Hémorragie de la période de la délivrance+Infection	9	1,78

*=Endométrite ou suppuration pariétale ou septicémie

Les patientes ayant présenté des complications associées représentaient 57,99% soit 294 cas.

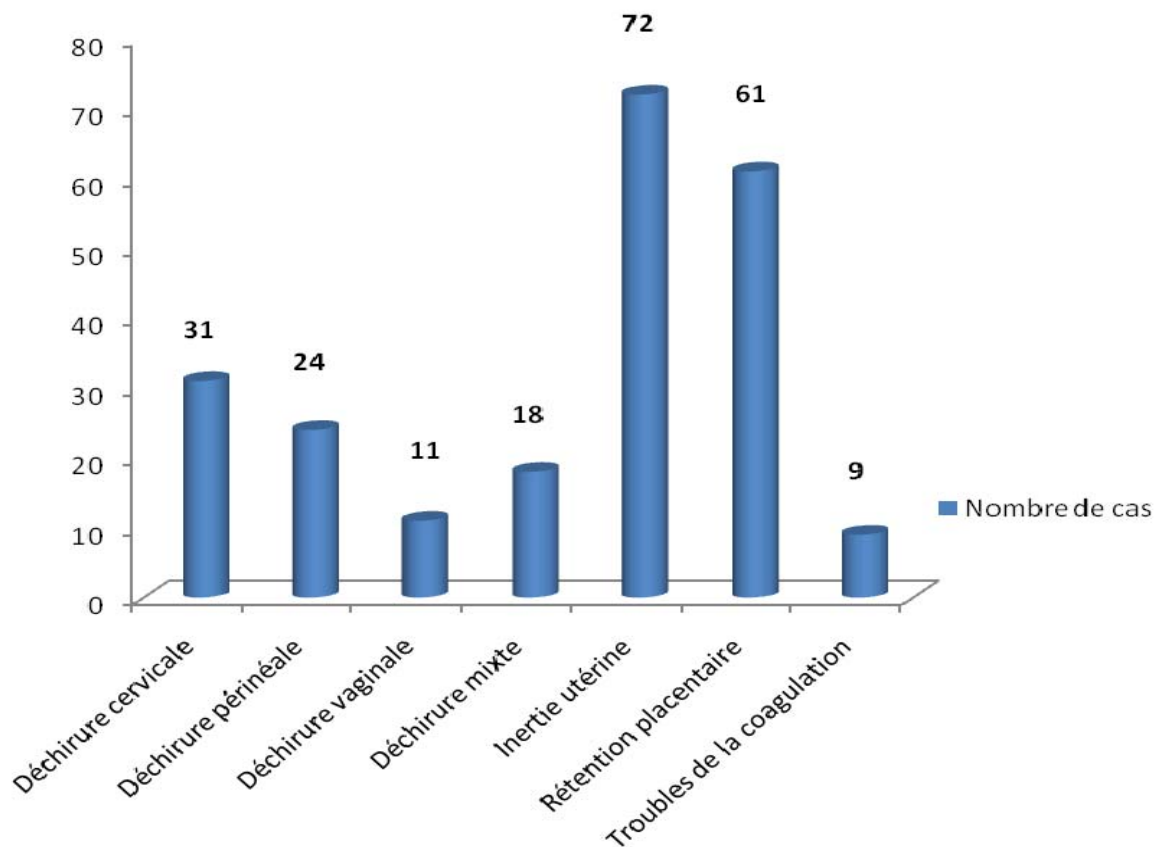


Figure 4 : Répartition des patientes selon les étiologies des hémorragies de la délivrance (n=226).

Les déchirures génitales représentaient 37,17% des étiologies de la délivrance.

5-5- Le traitement

5-5-1- Le traitement médical et obstétrical

Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement médical (les soins du post partum). Le tableau IX rapporte les classes thérapeutiques utilisées.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le traitement médical (n=507)

Classe thérapeutique	Nombre de cas	%
Utéro toniques	507	100
Antibiotiques	507	100
Antianémique	507	100
Antipaludéens	507	100
Transfusion sanguine	62	12,23
Antihypertenseur	168	33,14
Antalgique/AINS	90	17,7
Anticonvulsivant	52	10,3
Ions(SuMg)	36	7,1
Anticoagulant	7	1,38
Anxiolytiques	6	1,2
Corticoïdes	5	1

- Chez 28 patientes, il a été administré du misoprostol par voie intrarectale.
- 193 patientes ont bénéficié d'une révision utérine.
- Trois (03) patientes ont subi une rééducation fonctionnelle.

5-5-2- Le traitement chirurgical

Les gestes chirurgicaux réalisés chez les patientes au cours de notre étude se répartissaient en :

- ✓ trois cas d'hystérectomie d'hémostase
- ✓ 84 cas (15,57%) de réparations de lésions traumatiques
- ✓ deux cures de péritonite
- ✓ cinq cas (0,99%) de drainage de suppuration pariétale
- ✓ une cure d'éviscération
- ✓ une évacuation d'hématome et
- ✓ une réparation de brèche vasculaire

5-6- Le pronostic maternel

✓ Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude était de 6,3 jours avec des extrêmes allant de 3 à 27 jours. La répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation est rapportée par le tableau X.

Tableau X : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation (n=507)

Durée d'hospitalisation	Nombre de cas	%
[3 -6]	335	66,08
[7 -10]	155	30,57
[11 -14]	10	1,97
≥15	7	1,38

✓ La mortalité maternelle

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 10 décès soit une létalité de 1,97%.

Les étiologies de ces décès étaient représentées par : 07 cas d'hémorragie de la délivrance soit 70% des décès, 02 cas d'éclampsie du post-partum soit 20% des décès 01 cas de septicémie soit 10% des décès.

Le tableau XI rapporte les taux de létalité des causes de décès.

Tableau XI : Répartition des taux de létalité des causes de décès.

Causes de décès	Nombre de cas	Nombre de décès	Taux de létalité (%)
Hémorragie de la période de la délivrance	226	7	3,09
HTA et ses complications	168	2	1,19
Septicémie	5	1	20

Parmi les facteurs liés à cette mortalité, nous avons noté :

- Le retard à la prise en charge (07 cas)
- Le diagnostic tardif (03 cas)
- Le manque de moyens financiers pour honorer les ordonnances (5)
- Le manque de sang (3)

6. DISCUSSION

6. Discussion

6. 1. Les limites et biais

Lors de la collecte des données, nous avons été confrontées aux limites inhérentes aux études rétrospectives :

- Informations incomplètes,
- Dossiers médicaux égarés.

Dans la revue de la littérature ; nous n'avons pas retrouvé des travaux regroupant toutes les complications. Les études ont été spécifiques à quelques types de complications.

La restriction de notre étude à la maternité du CHUYO ne permet pas de rapporter nos résultats à la population générale. Cependant, elle nous a permis de mieux préciser quelques aspects épidémiologiques, cliniques et le pronostic des complications obstétricales directes du post partum à la maternité du CHUYO.

6.2. La fréquence

Les complications obstétricales directes du post partum représentaient 6,07% des admissions et 9,67% des accouchements. Le mode d'exéat précoce dans le post partum en raison du nombre réduit des lits d'hospitalisation dans l'unité des suites de couches pourrait contribuer à réduire la fréquence des complications obstétricales directes du post partum trouvée dans notre étude.

Les hémorragies de la période de la délivrance représentaient 3,41% des accouchements. Ce taux est similaire à celui de Leguelegue [51] qui était de 3,6%. Il est inférieur au 5,21% de Telly et coll. [83] en Guinée et au 4,6% d'Adisso [1] au Bénin.

D'autres auteurs Européens comme Boisseau et coll., Henry et coll. en France ont retrouvé une fréquence de 5%. En France, sa fréquence varie de 2% à 9% [60]. Cependant notre taux est nettement supérieur à celui de Reyal et coll. [74] en France qui retrouvait une prévalence de 23 pour 10000 accouchements.

Cette différence peut être due au fait que son étude a concerné uniquement les hémorragies graves du post partum alors que notre travail a concerné sans distinction aussi bien les hémorragies modérées que celles graves du post partum .

Les hémorragies de la période de la délivrance représentaient 2,71% des admissions. Ce chiffre est supérieur à celui de Shaheen [80] au Pakistan qui retrouvait 1,6% des admissions. Il est inférieur à celui de Bang et al [10] en Inde ou de Bais en Allemagne [7] qui trouvaient respectivement 3,2% et 4,2% des admissions.

Cela pourrait être dû aux critères d'inclusion de l'hémorragie qui est ≥ 1500 ml dans l'étude de Shaheen et al [80]. Par ailleurs, l'estimation de la perte sanguine est subjective car basée sur les critères visuels qui souvent la sous-évaluent.

Nous sommes du même avis que Palot lorsqu'il avance que les difficultés de définitions de l'hémorragie au sens large, ainsi que la mesure précise de la déperdition sanguine, sont des raisons de la grande fluctuation entre les différentes estimations [51]. Néanmoins nous ne pouvons qu'approuver Boisseau lorsqu'il affirme que l'incidence de l'hémorragie du post partum reste nettement élevée dans les pays en développement, du fait de l'existence dans les pays du nord d'une meilleure surveillance et une prise en charge de la femme enceinte au cours des consultations prénatales , lors de l'accouchement dans la salle de travail et surtout des conditions optimales du plateau technique(équipe obstétricale rodée et complète, salle d'intervention) [51].

Les anémies du post partum représentaient 4,87% des accouchements. Ce chiffre est inférieur à celui de Simoes [82] en Allemagne qui retrouvait 12,2% en 1998 et 15,6% en 2003. Cette différence de chiffre s'expliquerait par le fait que le diagnostic des anémies dans notre étude a essentiellement été clinique. Alors que les critères d'estimation visuels sont subjectifs.

Les patientes ne bénéficiant pas systématiquement d'un bilan para clinique, beaucoup d'anémies biologiques légères sont passées inaperçues.

6.3. Les caractéristiques socio-démographiques

➤ Age

Dans notre étude, l'âge moyen des patients a été de 25,8ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 21à 30ans (53,25%). Nos données sont comparables à ceux de Telly et coll. [83] en Guinée qui retrouvait une moyenne d'âge de 25,84ans avec une prédominance de la même tranche d'âge dans 44,8% des cas. Si dans la série des pays en voie de développement les mêmes constats sont faits [1, 2], les séries européennes, l'âge moyen est plus élevé : 30,27 ans dans celle de Laloux [43] et 30,2 ans pour Reyal [74]. Matthys [58] aux Etats-Unis retrouvait 26,8 ans.

L'âge moyen de survenue des complications dans les pays sous développés est inférieur à celui des pays développés. La nuptialité et la maternité précoce, favorisées par la pauvreté et le caractère pro nataliste des femmes au Burkina Faso, peuvent en être la raison. Au Burkina Faso, la moitié des femmes entre en union dès l'âge de 18 ans et plus d'une femme sur deux donnent naissance à son premier enfant à 20ans [35].

➤ **Le statut matrimonial**

Les patients mariés ont représenté 76,7% .Ce résultat est superposable à celui de Sanou [79] et de Bamba [8] qui ont retrouvé respectivement 84,5% et 86% de femmes mariées.

Cela pourrait être lié à la nuptialité précoce au Burkina Faso. En effet, selon l'INSD [35], 64% des femmes sont mariées déjà à l'âge de 18 ans.

Par ailleurs ; il faut associer le fait qu'en Afrique, c'est le plus souvent après le mariage qu'il ya procréation.

➤ **La profession**

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses. Elles ont représenté 76,7% des patientes. Nos résultats sont comparables au 74,14% de ménagère dans l'étude de Telly [83] en Guinée.

Cette prédominance s'explique par le fait que les ménagères soient les plus nombreuses au sein de la population africaine féminine. Il s'agit d'une catégorie socio-économique à revenu faible ou inexistant, qui fréquentent le plus souvent les structures publiques.

Cette prédominance des patientes à faible revenu serait un reflet de notre population dont 46 ,4% vit en dessous du seuil de pauvreté ; cette situation de pauvreté rime avec l'accès difficile aux services sociaux de base, analphabétisme, le chômage et autres conditions défavorables rendant difficile l'épanouissement de la femme [36].

➤ **La parité**

La parité moyenne a été de 2,3 ; elle est comparable à celle retrouvée par Leguelegue [51] qui était de 2,6. La proportion des primipares était de 41,6% et comparable au 42,6% de Leguelegue [51] ou au 45,5% de Reyal [74].Dans

notre étude, nous avons inclus d'autres complications du post partum. Malgré cela, nous constatons que la survenue des complications du post partum reste plus fréquente chez les primipares.

La proportion des grandes multipares était de 1,40%. Ce taux est plus bas que celui retrouvé par Leguelegue [51] en 2007 qui était de 3,5%. Cette différence peut s'expliquer par l'augmentation progressive de la prévalence contraceptive moderne en ville qui est passée de 17% en 1993 à 29% en 1999 puis à 46,6% en 2005 ainsi que l'augmentation de la prévalence contraceptive du pays qui est passée de 6,3% en 1991 à 21,9% en 2005. Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 5 en 1993 à 4,1 en 1999[36].

6.4. Les aspects cliniques

➤ Le mode d'admission

Dans notre étude, 78,9% des patients ont été admis par évacuation contre 21,1% sous le mode direct. Nos résultats corroborent avec ceux de Sanou [79] qui retrouvent un taux de référence de 74%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le CHUYO constitue un centre de référence pour les structures sanitaires périphériques. Par ailleurs, les complications sont imprévisibles et peuvent survenir chez toute gestante. Pour celles qui ont été admises sous le mode direct, ignorent-elles le circuit sanitaire habituel ou sont-elles à la recherche de soins de qualité en se rendant directement au centre de référence ?

➤ La symptomatologie clinique.

Dans nos pays, la plupart des patientes ne consultent que si le trouble fonctionnel devient invalidant.

La principale symptomatologie était représentée par les hémorragies avec 44,58% des signes. L'hémorragie constitue également la première cause de

décès maternel dans le monde. La survenue de ces hémorragies impose la mise en place de mesures thérapeutiques énergiques afin d'éviter la survenue de décès maternel ou la conséquence des hémorragies que sont l'anémie.

L'élévation des chiffres tensionnels qui survient de façon inopinée se retrouvait dans 33,14% des cas. Elle constituait ainsi le deuxième signe fonctionnel le plus retrouvé.

L'anémie clinique a été retrouvée chez 50,3% des patientes. Ce chiffre est superposable à celui de Naushaba [66] au Pakistan qui retrouvait 48,8%. Ces taux élevés seraient dû à la fréquence élevée des anémies par carence martiale, des infections puerpérales et surtout des anémies compliquant la plupart des hémorragies.

Les convulsions représentaient 7,1% de la symptomatologie. Ce chiffre est inférieur à celui de Naushaba [66] au Pakistan qui retrouvait 11% de convulsions.

Une surveillance adéquate du post partum permettrait le diagnostic précoce des complications.

➤ **Les complications obstétricales directes du post-partum**

L'OMS évalue à environ 15% la proportion des femmes enceintes qui subissent des complications obstétricales [90].

Dans notre étude, les hémorragies de la délivrance ; les plus fréquentes des complications représentaient 44,58%. L'hémorragie de la délivrance est un accident non négligeable au cours de l'accouchement et il convient de la prévenir par la gestion active de la troisième phase de l'accouchement chez toutes partenaires.

L'HTA et ses complications ont représenté 33,14% .L'HTA déjà diagnostiqué en anté et perpartum devrait bénéficier d'une surveillance prolongée dans le post

partum afin d'éviter une aggravation secondaire. Cependant, le relâchement de la surveillance de l'accouchée dans le post partum pourrait être incriminé dans la détection précoce des HTA apparus dans le postpartum. C'est à dire que la période du post partum nécessite une surveillance rigoureuse du fait des différentes complications qui mettent en jeu le pronostic maternel. Approximativement 30% des troubles hypertensifs du post partum sont due à des HTA chroniques et 70% à la grossesse [28]. La période du post partum constitue toujours une période à risque de l'HTA.

Quant à l'infection puerpérale, elle représentait 29% des complications. L'infection est souvent liée aux mauvaises conditions d'hygiène dans nos hôpitaux aussi bien en perpartum que dans le post partum mais aussi aux accouchements dystociques.

Dans notre étude ; 7,14% des patientes hypertendues avaient une hémorragie de la période de la délivrance associée. Ce chiffre est supérieur à celui de Mathys [58] aux Etats-Unis qui retrouvent 1,9% l'hémorragie de la période de la délivrance associée aux troubles hypertensifs dans le post partum.

Parmi les patientes ayant présentées une hémorragie de la période de la délivrance ; 79,20% avait une anémie associée. Au Népal, Tuladhar et al [89] dans son étude retrouvait 71,6% des patientes.

L'anémie reste la principale complication de ces hémorragies. Elle nécessite une prise en charge adéquate pour éviter l'évolution vers un état de choc puis la mort maternelle.

➤ **Les étiologies des hémorragies de la période de la délivrance**

Les déchirures génitales étaient la principale étiologie des hémorragies avec 37,17%. Des résultats similaires ont été obtenus par Leguelegue [51], Telly en

Guinée [83] et Reyal à Paris [74] qui notaient respectivement 54,4% et 37,9% et 18,2%.

La prédominance des traumatismes du tractus génital comme étiologie de l'hémorragie du post partum pourrait trouver son explication dans la mauvaise gestion de la phase d'expulsion et la pratique abusive de l'épisiotomie chez les primipares.

Le faible taux de Reyal [74] à Paris s'explique par le fait que sa population d'étude comportait peu de facteurs de risque pour les lésions de la filière génitale. On pourrait noter également que son étude a concerné uniquement les hémorragies graves du post partum alors que les lésions cervico-vaginales isolées sont généralement peu hémorragiques et celles qui sont graves sont associées à un taux élevé de transfusion sanguine en raison d'un diagnostic souvent tardif mais aussi à des erreurs diagnostiques conduisant à la prescription de misoprostol [11].

Une surveillance rigoureuse des parturientes lors de l'expulsion permettra de réduire les complications traumatiques de l'accouchement. L'excision qui concerne 65% des femmes au Burkina Faso est un facteur non négligeable de dystocie de la phase expulsive et de traumatisme. La prévention des déchirures du périnée au cours de l'accouchement devrait donc se faire par la lutte contre les mutilations sexuelles.

Les résultats obtenus devraient inciter le praticien, devant une hémorragie du post partum, à réaliser un examen de la filière cervico-vaginale sous valves au moindre doute (macrosomie fœtale, expulsion rapide, présentation du siège, extraction instrumentale, épisiotomie semblant hémorragique) et surtout systématiquement, de principe, lorsque l'indication du misoprostol se pose [11].

La proportion de l'atonie utérine dans notre étude qui était de 31,86% est inférieure à celle de Shaheen [80] au Pakistan et Rizvi [77] qui ont retrouvé

l'atonie utérine comme principale étiologie avec respectivement 41,33% et 76%. D'où l'intérêt d'éduquer les femmes ou les accompagnants au massage utérin post partum.

6.5. Le traitement

Dans notre étude toutes les patientes ont bénéficié des soins du post partum constitués d'utéro-toniques, d'antibiotiques, d'antianémique et d'antipaludéens.

La révision utérine a été réalisée chez 85,4% des patientes ayant présenté une hémorragie du post partum. Ce taux est proche de celui de Colas en France [19] qui a retrouvé 90%. Ceci s'explique par la simplicité de cette pratique qui ne nécessite aucun cout financier.

Notons que huit patientes ont été référées pour rétention placentaire totale hémorragique alors que la délivrance artificielle fait partir des SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence) qui doivent être réalisé au niveau périphérique. Cet état de fait suscite des interrogations sur la qualification des agents de santé référant. Dans tous les cas, le recyclage du personnel de santé sur la technique de la délivrance artificielle serait d'un intérêt certain.

Toutes les patientes ayant présenté une éclampsie soit 15,93% des patientes ont bénéficié d'un traitement à base de sulfate de magnésium. Ceci s'explique par le fait que le sulfate de magnésium reste le traitement de choix dans le traitement de ces pathologies.

L'hystérectomie a été pratiquée chez 3 patientes (1,33%) après échec du traitement médical. L'atonie utérine a été l'indication dans 2 cas (66,67%) et la coagulation intraveineuse disséminée chez une patiente (33,33%). Ces résultats sont comparables à ceux de Leguelegue [19] dans le même service qui notait 4 cas d'hystérectomie (1,7%) dont 3 (75%) par atonie utérine.

La décision de pratiquer une hystérectomie reste très difficile psychologiquement pour l'accoucheur [12] surtout dans notre contexte socioculturel où la fonction de procréation pour la femme est primordiale.

Cette difficulté était d'autant plus marquée que l'âge de la patiente concernée est jeune et que sa parité est faible. L'enjeu de l'avenir obstétrical de la patiente, peut inciter l'obstétricien à retarder l'échéance de l'hystérectomie.

6.6. Le pronostic maternel

➤ La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation dans notre étude était de 6,3 jours avec des extrêmes de 3 et 27 jours.

Les patientes qui ont fait moins de 6 jours sont celles ayant accouché par voie basse et présenté une complication dans les 48 heures du post partum.

La durée d'hospitalisation normale après une césarienne était de 4 à 5 jours. Celles qui ont fait plus de 6 jours sont celles qui ont le plus souvent été césarisées et qui ont présenté une complication en cours d'hospitalisation (suppuration pariétale, HTA du post partum ou septicémie).

Ceci témoigne de l'importance de la durée d'hospitalisation à la maternité du CHUYO dans le passé qui était de 6 jours.

L'amélioration des conditions d'hospitalisation devrait permettre une prolongation de l'hospitalisation dans le post partum afin de détecter les complications et de prendre en charge correctement les patientes.

➤ la mortalité maternelle

Au cours de notre étude, nous avons enregistré un taux de létalité de 1,97% avec comme étiologie prédominante les hémorragies de la délivrance. Koubi [40] en 2010 dans son étude retrouvait un chiffre similaire au notre qui était de 2%.

Même si ce taux a baissé, des efforts restent encore à faire car il est supérieur aux normes de l'OMS qui est de 1%. Le taux de mortalité demeure élevé en Afrique. Beaucoup d'auteurs confirment qu'ils sont les plus élevés [86]. Matthys [58] aux Etats-Unis retrouvait un taux de létalité de 0,65%.

La cause la plus fréquente était similaire à celle rapportée par Bouvier-Colle et al [14], Ould et al [55], Li et al [56] et Kwast [42] dans leur étude. Les autres étiologies se répartissaient en éclampsie (20%) et en septicémie (10%).

L'hémorragie de la délivrance est un accident non négligeable dans la contribution des décès maternels. Sa prise en charge adéquate réduirait considérablement le taux de mortalité maternelle dans nos contrées.

Les facteurs liés à cette mortalité étaient

- Le retard à la prise en charge lié au manque d'équipement
- Le diagnostic tardif lié également au manque d'équipement
- Le manque de sang et
- Le manque de moyens financiers pour honorer les ordonnances.

Les facteurs favorisants étaient presque identiques à ceux de l'étude de Koubi [40] et Bamba [8].

La disponibilisation des kits complets SONU ; la couverture des besoins transfusionnels ; l'affectation en nombre suffisant d'un personnel compétent en soins obstétricaux d'urgence à tous les niveaux du système de santé et la mise en place d'une unité sociale fonctionnelle à la maternité sont indispensables pour une prise en charge adéquate et précoce des complications pour éviter une issue fatale.

7. CONCLUSION

Conclusion

Notre étude a permis d'identifier quelques aspects des complications obstétricales directes du post-partum à la maternité (CHUYO) au cours de l'année 2010.

La fréquence de ces complications est non négligeable. Les femmes avaient été référées ou évacuées des 1^{er} et 2^{ème} échelons du système de santé.

Le profil épidémiologique de la femme sujette à ces complications est celui d'une femme jeune, au foyer, paucipare et ayant un antécédent de césarienne.

La symptomatologie clinique était faite de métrorragies, de pâleur, d'élévations des chiffres tensionnels, de douleurs pelviennes, de convulsions ; de suppuration pariétale post césarienne.

Les complications obstétricales directes du post partum retrouvées étaient les hémorragies de la délivrance; l'hypertension artérielle du post partum et ses complications; les endométrites ; les suppurations pariétales post césarienne. Ces complications constituent les premières causes de décès dans le monde.

Malgré la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, le pronostic des femmes restent réservé. Le taux de létalité est encore élevé et reste supérieur aux normes respectées par l'OMS. Le taux de létalité était de 1,97%.

Fort de ce constat, nous pouvons émettre les suggestions suivantes.

8. SUGGESTIONS

Suggestions

La lutte contre les complications obstétricales du post partum constitue aujourd'hui une nécessité si l'on veut réduire la mortalité maternelle. C'est pourquoi au terme de notre étude, pour réduire l'incidence des complications obstétricales directes du post partum et améliorer la prise en charge des cas, nous suggérons :

❖ Au ministre de la sante

- Renforcer en personnel médical les CMA afin qu'il puisse assurer une prise en charge adéquate des urgences obstétricales.
- Assurer la formation continue et le recyclage périodique des prestataires de santé en soins obstétricaux.
- Poursuivre et améliorer la subvention nationale des SONU en y incluant une prise en charge complète du post partum.
- Doter les structures sanitaires en banque de sang.

❖ Au directeur de l'hôpital

- Améliorer les infrastructures du CHU-YO afin qu'il réponde aux normes d'un centre hospitalier universitaire.

❖ Au directeur du CNTS

- D'améliorer le système de collecte, de stockage et d'approvisionnement en sang du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO.

❖ Aux prestataires de la maternité du CHUYO et aux étudiants en médecine

- Améliorer le suivi des soins par des visites quotidiennes avec des gynécologues dans les unités de suites de couches et de post-opérés
- Remplir correctement les dossiers médicaux
- Améliorer le suivi de soins des patientes et la surveillance des femmes en post partum afin de réduire les complications imputables aux agents de santé.

❖ A la communauté

- Fréquenter les centres de santé à temps avant ; pendant et après la grossesse.
- Donner bénévolement et régulièrement son sang

9. REFERENCES

Références bibliographiques

1. **Adisso S, Ajade J, Alihonou E.** Stratégie de réduction du taux de létalité des hémorragies du post partum à la maternité du Centre Hospitalier départemental et universitaire de Borgou à Parakou (Bénin). Fondation genevoise pour la recherche médicale. 2006 : 11.
2. **Aguessy E, Alihonou E.** Les hémorragies de la délivrance : étude statistique et étiologique (A propos de 151 cas recensés en 5 ans). publications médicales Africaines, 1990 ; 121 :20
3. **Akpadza K, Tete V, Agholi K, Douaguibe B, Attignon A, Adabra K, Baeta S.** Les hémorragies de la délivrance à la Clinique de gynécologie et obstétrique du CHU Tokoin- Lomé (Togo) de 1998 à 2000. Médecine d'Afrique noire, 1998 ; 41 (11) : 601-3
4. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Acog Practice Bulletin 33 Washington 2002
5. **Avohou C.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente : étude réalisée à propos de 1485 cas recensés en milieu hospitalier à Cotonou. Th med. Université de Cotonou (Benin). 1980 ; n °16 : 170.
6. **Baeta S, Kolan K.** Hémorragie de la délivrance, journal de la SAGO, 2002 ; 3 (2) : 28-39.

- 7. Bais JM, Eskes M, Pel M, Bonsel GJ, Bleker OP.** Post partum haemorrhage in nulliparous women: Incidence and Risk factors in low and high risk women. A Dutch population based cohort study on Standard (\geq or = 500 ml) and severe (\geq or = 1000 ml) post partum haemorrhage. Eur J Obstet gynecol Reprod biol 2004; 115: 166-72.
- 8. Bamba M.** Retard de prise en charge des urgences obstétricales à la clinique gynécologique et obstétricale du centre hospitalier universitaire Aristide le DANTEC de Dakar (Sénégal). Th med. Université de Ouagadougou (BF). 2007; n° 66: 54.
- 9. Bang Faye/EO, Moreira IV, Bah MD, Diadhiou F.** Aspects épidémiologiques et obstétricaux de la gravido puerpéralité d'adolescentes en milieu hospitalisé. Dakar Médical, 1998 ; 43 (2) : 191-193.
- 10. Bang RA, Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD, Baitule SB, Filipi V.** Maternal morbidity during labour and puerperium in Gadchiroli, India. BJOG2004; 111: 231-8
- 11. Berland M.** Une hémorragie de la délivrance : conduite à tenir In ; LANSAC J ; BODY G eds. Pratique de l'accouchement 2^e édition Paris : Simep, 1992 : 239-247.
- 12. Berthert J.** Les accidents de la délivrance. Revue Fr. gynécol. Obstét 1994 ; 89 (10) : 489-494.
- 13. Bf Laisch J., Taurelle R.** Urgences en gynécologique obstétrique. 1^{ère} édition Paris, Doin, 1992 : 78.

14. Bouvier- Colle M-H, Ouédraogo C, Dumont A, Vangeender Huysen C, Salanave B, Decam C, MOMA Group. Maternal mortality in West Africa rates, causes and substandard care from a prospective survey. Acta obstet Gynecol scand 2001;80:113-9.

15. Carles G, Jacquelinx, Raynal P. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Etude de 150 cas en Guyane française. J Gyn-obs biol reprod 1998; 27 : 508-513.

16. Chames Mc, Livingston Jc, Ivester T et Al. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? Am J obstet gynecol 2002: 186: 1174-7.

17. Cisse Cheick T, Faye O, De Bernis L, Duj'ardin B, Diadhiou F. Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualité des services. Cahier santé 1998 ; 8 : 369-377.

18. Cohen A. Cardiologie et pathologie vasculaire. 1^{ère} édition. Paris : Estem , 1997 : 1113.

19. Colas AC. Etude rétrospective dans 8 hôpitaux de l'Ouest de France des hémorragies obstétricales graves du post partum. Th med. Université de Renne(France). 2002 ; n°1 : 122.

20. Contamin R, Bernard P, Ferrieux J. Gynécologie générale.2ème édition .Paris : Vigot, 1990 : 273.

21. Coulibaly G. Association HTA et grossesse. A propos de 708 cas hospitalisés à la maternité du CHNYO. Th med. Université de Ouagadougou(BF). 1998 ; n°14: 123

22. Cox SM, Charpentier RJ, Cotton DB. Placenta percreta: Ultrasound diagnosis and conservative surgical management. Obstet gynecol 1988;71: 454-6.

23. Dao B. L'éclampsie : Aspects actuels et particularités au CHU de Dakar. Th Med. Université Cheick Anta Diop de Dakar (Sénégal).1990 ; n°68: 80.

24. Deux FJ ; Bazot M, Bertkane N, Matilet M, Boudghene F, Uzans.

Hémorragie du post partum : traitement par embolisation , gynécol Obstét Fertil 2000 ; 28 :711-8.

25. Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldem A, Diallo Y, Diallo MS. Grossesse extra utérine: Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynéco- Obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire, 1999 ; 46 (10) : 442-445.

26. Disease Control Priorities Project. La mortalité maternelle, un manque de progrès inacceptable, mars 2007 : 5.

27. Edin, Diallo F.F Vangeen Derhuysenc, Sevec. La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey. Médecine d'Afrique Noire, 2000 ; 45 (6) : 355-360.

- 28. Education Program Working Group On High Blood Pressure Pregnancy.** Report of the national High Blood Pressure. Am j obstet Gynecol 2000: 183 S₁-22
- 29. Estimates Of Maternal Mortality Ratio (MMR).** Deaths per 100 000 live births, number of maternal deaths, and lifetime risk by United Nation MDG region, 2008.
- 30. Eyenda Dooh AC.** La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente : A propos de 464 cas recensés à la maternité lagune de Cotonou. Th med. Université de Cotonou(Benin). 2000 ; n° 892:110.
- 31. Fanny M.** Audit des décès maternels au CHU de Yopougon. Mémoire CES. UFR des Sciences médicales d'Abidjan (Cote d'Ivoire). 2003 ; n°9: 73.
- 32. Gazoby IL.** Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente à la maternité Issaka Gazoby de Niamey: Aspect épidémio- cliniques prise en charge et pronostic materno-fœtal. Etude prospective à propos de 608 cas. Th med. Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger). 2002; n° 37:164.
- 33. Graber BB, Vanderwal TB, Stiller MRJ, Werdmann MJM.** Late postpartum eclampsia as an obstetric complication seen in the ED, the American journal of Emergency Medecine, 2005:23 (2): 168-170.
- 34. Idrissa H.** Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente de moins de 17 ans. A propos de 952 observations. Th med. Université Abdore Moumouni de Niamey(Niger).1988 ; n°7 : 88.

- 35. Institut National de la Statistique de la Démographie du Burkina Faso.** Recensement général de la population 2006 et projections démographiques de 2007 à 2010 : 73
- 36. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Et Orc Macro.** 2004. Enquête Démographie et de Santé du Burkina Faso 2003 : 325
- 37. Issa M.** Adolescence et gravido puerpéralité en zone urbaine Ouest africaine: Bobo Dioulasso. Th med. Université de Ouagadougou (BF). 1993 ; n°212:97.
- 38. Keyta N, Hizazy Y, Diallo MS.** Etude de la mortalité maternelle au CHU de Donka (Conakry- Guinée). J Gynecol Obstét Biol Reprod, 1989 ; 18 :849-855.
- 39. Khan A, Khalid S, et Al.** “Who Analysis of causes of Maternal Deaths: A systematic Review, lancet 2006; 367(9516): 1066-1074.
- 40. Koubi L.,** La mortalité maternelle au centre médical avec antenne chirurgicale du secteur 30 de Ouagadougou (Burkina Faso) : Analyse de la fréquence, de la létalité, des causes et des déterminants de 2003 à 2009. Th med. Université de Ouagadougou (BF) n°94:102.
- 41. Künzel W, Herero J, Onwuhafua P; Staub T, Hornung C.** Maternal and perinatal health in Mali, Togo and Nigeria. Eur J obstét Gynecol Reprod Biol 1996: 69: 11-7.
- 42. Kwast BE.** Postpartum haemorrhage: its contribution to maternal mortality. Midwifery 1991:7:64-70.

43. Laloux C. Prise en charge des hémorragies sévères du post partum immédiat : étude retrospective sur 4 années à l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille II ; 2001.

N°50375/2001/194. Randomised double blind clinical trial. BNJ october 2005; 331: 723-25.

44. Lankoandé J, Ouédraogo Ch, Touré B, Ouédraogo A, Dao B, Koné B.

La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso). A propos de 123 cas colligés en 1995 Médecine d'Afrique Noire 1998 ; 45 (3) : 187.

45. Lankoandé J, Ouédraogo Chr, Ouédraogo A, Bonané B, Touré B, Dao B, Sondo B, Koné B. Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto -maternelle au Burkina Faso. Med Trop 1997, 57 (3) : 311.

46. Lankoandé J, Sondo B, Ouédraogo Cmr, Ouédraogo A, Koné B. La mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso). A propos de 123 cas colligés en 1995. Revue epidemiol santé publique, 1997, 2 : 174-6.

47. Lankoandé J, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo Cmr, Ouattara T, Bonané B, Koné B. Les éclampsies à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso): aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Med d'Afr Noire 1998 ; 45 (6) : 399-402.

48. Lansac J, Berger C, Magnin G, Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} édition. Paris : Simep, 1990 :424.

49. Lansac J, Chevilot M. L'hémorragie du post partum : le point de vue de l'obstétricien. Journal de la SAGO, 2005, 6(1) : 48-59.

50. Larcan A. Fibrinolyse et situation aiguës observées en réanimation. In Caen J, TOBELEC G, SORIA C; eds. Fibrinolyse et thrombolyse. Paris : Masson, 1986: 57-69.

51. Leguelegue M. Hémorragie du Post Partum immédiat dans le service de gynécologie et obstétrique du CHUYO : Aspects diagnostique et pronostique à propos de 237 cas colligés en 2007. Th Med. Université de Ouagadougou. 2008; n°045:127.

52. Le « HELLP Syndrome ». Complications de l'Hypertension gravidique. Sem. Hosp. Paris 1988; 64; 21 ; 1433-6.

53. Leitch CR, Cameron AD, Walker JJ. The changing pattern of eclampsia over a 60 years period. BJOG 1997: 104: 917-22.

54. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The post partum period: the key to maternal mortality, Gynaecol obstet 1996:54:1-10.

55. Lompo TK. Evacuation sanitaire dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHN Souro SANOU. Th med. Université de Ouagadougou(BF).1994 ; n°23: 53.

56. Lubarsky SL, Barton JR, Friedman et Al. Late postpartum eclampsia revisited. Obstet Gynecol 1994; 83:502-5.

57. Lucas MJ, Leveno K, Cunningham FG. A comparison of Magnesium sulfate with phenytoin for the prevention of eclampsia; Nengl J Med 1995; 333: 201-5.

58. Matthys LA, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Delayed postpartum preeclampsia: an experience of 151 cases, American Journal of obstetrics and gynecology, 2004: 190 (5): 1464-66.

59. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique 5ème édition. Paris : Masson, 1989 : 740 .

60. Ministère de la Santé Publique de la République Tunisienne/ Direction des soins de santé de base. Table ronde : les décès maternels. Les XVème journées nationales de santé publique 25-26 Octobre 2007.

61. Ministère de la Santé. Annuaire Statistiques Santé ; Direction des études et de la planification ; Burkina Faso 2007 : 45.

62. Ministère de la Santé. Tableaux de Bord, Santé ; Direction des études et de la planification, Burkina Faso 2006 : 42.

63. Ministère de la Santé. Direction de la Santé et de la famille. Document de l'analyse de la situation sanitaire nationale Juin 2010 : 45.

64. Ministère de la Santé/Direction de la santé et de la famille. Plan stratégique pour une maternité à moindre risque (2004-2008) ; Ouagadougou ; Burkina Faso Mars 2004 : 43.

65. Napon AM. Mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994. Th Med. Université de Ouagadougou (BF). 1996; n°43: 36.

66. Naushaba R, Razia M A, Nasreen J. Retained placenta still a continuing cause of maternal morbidity and mortality. Journal of the Pakistan Medical Association, 2009; 59 (12): 812-14.

67. Nikièma B. Facteurs de risque associé à la mortalité maternelle en milieu rural au Burkina Faso. Mémoire Montréal (Canada) 1996, n° 12 : 96.

68. OMS. Pour une grossesse à moindre risque : mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève, 2007.

69. OMS. Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2004, 154.

70. OMS. Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM 10).Genève Suisse OMS. 1993 ; 11995 ; 2.

71. Ouédraogo C, Ouédraogo A, Ouattara T, Akotonga M, Thiéba B, Lankoandé J, Koné B. La mortalité maternelle au Burkina Faso: Evolution et stratégie nationale de lutte. Med d’Afr Noire 2001 ; 48 (11) : 453-56.

72. Ould El, Joud D, Prunal A, Vangeenderhuysen C, Bouvier-Colle M-H, MOMA Group. Epidemiological features of uterine rupture in West Africa (MOMA Study). Paediatr Perinatal Epidemiol 2002: 16:108-14.

73. Prual A et Al. Severe maternal morbidity and mortality from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78: 593-602.

74. Reyat F, Deffarges J, Luton D, Blot P, Oury J-F, Sibon O. Hémorragies grave du post partum : étude descriptive à la maternité de l'hôpital Robert Debré (Paris) J gynécol Obstét et biol Reprod, 2002 ; 31 (4) : 358-364.

75. RHL The WHO Reproductive Health Library. Purwar MB: injection into umbilical vein for management of retained placenta (electronic) 2002 (cited Jan 15). Available from URL: <http://www.apps.who.int/entity/mhl/pregnancy-childbrth/.../index.html> accédé le 26 octobre 2011.

76. Richer A, Richer E, Mouligner A, Dilouya A, Vige P, De Recondo J. Eclampsie tardive du post partum, mythe ou réalité ? J gynécol Obstét Biol Reprod 1991 ; 20 : 979-84.

77. Rizvi F, Mackey R, Barrett T, Mckenna P, Geary M. Successful reduction of massive post-partum haemorrhage by use of guidelines and staff education. BJOG2004, 111: 495-8.

78. Sanou AS. Hémorragie de la délivrance. Th Med. Université de Ouagadougou (BF). 2003 ; n°31 : 112.

79. Sanou P. Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du CHNYO : Aspects épidémiologiques, cliniques et coût de leur prise en charge. Th med. Université de Ouagadougou(BF) .2001; n°39:101.

80. Shaheen B, Hassan L. Postpartum haemorrhage: a preventable cause of maternal mortality. Journal of the college of physicians and surgeons, Pakistan: JCPSI, 2007, 17(10): 607-610.

81. Sibai BM, Hypertension In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 4 th ed. Philadelphia (Pa Churchill Livingstone; 2002: 945-1004.

82. Simoes E., Kunz S. Maternal post partum anaemia – Tendencities and variability, considering different hospital categories – research on the basis of perinatology in baden–Wuttemberg, Zeitschrift Fur Geburtshilfe und Neonatologie, 2004, 208 (5): 184-189.

83. Telly S, Hyjazi, Diallo FB, Balmou, Keita N Diallo MS. L'hémorragie du post partum immédiat à la Clinique de gynécologie obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. Annale de l'université de Ouagadougou série D, Juin 2006, 004 : 15.

84. Templeton A. Misoprostol for all? Br J, 1998, 105:937-939.

85. Thiéba B, Ouédraogo A, Ouattara T, Akotionga M, Lankoandé J, Koné B. Adolescentes et urgences gynéco-obstétricales à la maternité du CHN-YO de Ouagadougou. Journal de la SAGO, 2002, 1(1) : 7-11.

86. Thonneau P, Djanhan Y, Tran M, Weleens- Ekra C, Bohossou M, Papier Nick P. The persistence of a high maternal mortality rate in the Ivory Coast. Am J. Public Health 1996: 86: 1478-9.

- 87. Thonneau PF, Matsudai T, Alihonou E, De Souza J, Faye O, Moreau JC, Djanhan Y, Welffens-Ekra C, Goyaux N.** Distribution of causes of maternal mortality during delivery and post partum: Results of an African multicentre hospital based study. *European journal of obstetrics, gynecology, and Reproductive Biology*, 2004, 114 (2): 150-154.
- 88. Toé ADL.** Audit des décès maternels dans le service de gynéco. *Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : A propos de 61 cas.* Th Med. Université de Ouagadougou (BF) 2008; n° : 80.
- 89. Tuladhar H, Dali SM, Pradhanangv.** Complications of home delivery: a retrospective analysis. *J Nepal Med* 2005 ; 44: 87-91.
- 90. UNFPA.** Etat de la population mondiale 2004, le consensus du Caire dix ans après : La population, santé en matière de reproduction et d'effet mondiale pour éliminer la pauvreté.
- 91. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C,** Maternal Mortality in rural Gambia: Levels, causes and contributing factors, *Bull World Health Organ* 2000, 78:603-13.
- 92. WHO:** « Monitoring emergency obstetric care » handbook, geneva, 2009.
- 93. WWW.** Santé tropicale. Com/ club/pdf/ 0908/5509-06. Pdf accédé le 28 juin 2011.

10. ANNEXES

Annexes

Annexe I

Thème : Les complications obstétricales directes du post partum a la maternité du CHUYO du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010 : aspects épidémiologique ; clinique et pronostic

Fiche de collecte

Fiche N°=

A-Identité

Dossier N°=

Age (En Année) |_|_|

Année=

Secteur |_|_|

Ville=

Province=

Situation Matrimoniale =Célibataire|_| Marié |_|Divorcé |_|5=Veuve|_|

Niveau D'instruction

Non Scolarisé|_|

Primaire|_|Secondaire|_|Supérieur|_|

Profession=Ménagère|_|Fonctionnaire|_| Commerçante |_| Etudiants Et

Elèves|_|Autres|_|.....

B-Mode D'admission

Direct Transfert Si Oui Préciser La Provenance

C- Motif De Consultation

Métrorragie Douleurs Pelviennes Céphalées

Brulures Mictionnelles Vomissements

Autres

.....

D-Antécédents

1-Gynéco-Obstétricaux

Contraception Gestité Parité Avortement Si Oui Préciser

Le Nombre Mort-Né Si Oui Préciser Le Nombre

2-Médicaux

HTA Diabète Drépanocytose Asthme Hépatite Préciser

Le Type

Autre.....

3-Chirurgicaux

Césarienne Laparotomie Myomectomie Autres A Préciser

E-Surveillance De La Grossesse

1-Prophylaxie

Sulfadoxine Pyriméthamine |__| Fer |__| Vat |__| Autres|__| A Préciser

2-Examens Complémentaires

Gs-Rh |__| Vdrl |__| Electrophorèse De L'Hb |__| Echographie
Obstétricale |__|

F-Signes Cliniques de la mère à l'admission

1- Signes Fonctionnels

Métrorragies|__| Douleurs Abdomino-Pelviennes |__| Céphalées|__| Brulures
Mictionnelles|__| Vomissements |__| Convulsions |__| Autres|__| A
Préciser

2- Signes Généraux

Etat Général = Bon |__| Altéré |__|

Etat De Conscience = Claire |__| Obnubilé |__| Coma |__|

Fièvre |__| Autres|__| A Préciser

3-Signes Physiques

Métrorragies Autres A Préciser

G-Type de complication et étiologies présumées

Complication (A Préciser)	Etiologies (A Préciser)

H-Durée d'hospitalisation

(en jours)

I-Etat de la mère à la Sortie

Vivante Décédé

Si Vivante, Guérie Séquelles (Préciser Le Type)

Si Décédée ; Préciser Causes

Facteurs Associés

Annexe II: Résumé des critères internationaux pour une gestion optimale

I	Critères standards pour une prise en charge optimale d'une complication obstétricale
1	L'histoire médicale de la patiente doit être documentée dans le dossier médical d'admission (âge, parité, complications des grossesses précédentes et de la grossesse actuelles)
2	L'examen clinique à l'admission (pouls, tension artérielle) doit figurer dans le dossier d'admission
II.	Critères standards pour une prise en charge optimale des hémorragies obstétricales
1	Du personnel médical qualifié (médecine sénior ou obstétricien) doit être impliqué dans la prise en charge d'une hémorragie obstétricale dans un délai de 10 minutes après la pose du diagnostic
2	Prise d'une voie veineuse
3	Détermination de l'hématocrite et de l'hémoglobine de la patiente
4	Détermination et vérification du groupe sanguin et test de compatibilité
5	Tests de coagulation si nécessaire (temps de coagulation, temps de saignement, numération des plaquettes)
6	Administration intraveineuse de cristaalloïdes jusqu'à ce que du sang compatible soit disponible

7	Dans les cas d'hémorragie persistante, et après perfusion d'un maximum de 31 de liquide, administration de sang (test de compatibilité)
8	Monitoring clinique, toutes les 15 minutes au moins, pendant 2 heures afin de déterminer rapidement tout début de détérioration (pouls, tension artérielle)
9	Mesure de la diurèse toutes les heures
10	Utilisation d'ocytociques pour le traitement de l'hémorragie du post-partum
11	Examen du tractus génital en cas d'hémorragie prolongée du post-partum
12	Ne pas pratiquer un examen vaginal chez les patientes présentant une hémorragie ante partum sauf si un placenta prævia a été exclu par échographie ou si l'examen vaginal est effectué dans une structure ou un prise en charge chirurgicale est possible
III	Critère standards pour une prise en charge optimale de l'éclampsie
1	Responsabilité du personnel médical senior pour la mise en œuvre d'un plan de prise en charge de la patiente
2	Une patiente souffrant l'hypertension sévère doit recevoir un traitement anti- hypertenseur
3	Le sulfate de magnésium doit être utilisé pour le traitement et pour la prévention des convulsions

4	La fréquence respiratoire et les réflexes tendineux doivent être surveillés en cas d'utilisation du sulfate de magnésium
5	Une feuille de suivi ante et intra-partum de la balance hydrique doit être remplie
6	Des examens hématologies et de la fonction rénale doivent être réalisés au moins une fois (temps de saignement, temps de coagulation, numération des plaquettes, albuminurie)
7	L'accouchement doit être fait endéans les 12-24 heures qui suivent la première convulsion
8	Suivre la tension artérielle et la diurèse pendant au moins 48 heures après l'accouchement
IV.	Critères standard pour une prise en charge optimale des infections du tractus génital associées à une grossesse
1	Déclenchement de l'accouchement dans le cas d'une chorioamniotite quelque soit l'âge gestationnel
2	Prélèvement sanguin pour l'hémoculture
3	Traitement des infections du tractus génital par des antibiotiques à large spectre
4	Inclure le métronidazole dans le cocktail antibiotique

5	Remplissage d'une feuille d'observation (débit urinaire, pouls, tension artérielle, température)
6	Exploration et évacuation de l'utérus si l'on suspecte une rétention de débris placentaires

Annexe III : La subvention nationale des accouchements et soins obstétricaux d'urgence

Dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité financière aux services obstétricaux l'Etat Burkinabé a voté à l'Assemblée nationale dans le budget 2006, une subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui a pris effet le 1^{er} Octobre 2006 (Encadré 1).

Les modalités de subvention décidées visent à mobiliser les financements de l'Etat, des collectivités locales et des comités de gestion pour supporter 80% des coûts des accouchements eutociques dans les districts sanitaires 60% des coûts des accouchements eutociques dans les hôpitaux nationaux et régionaux et 80% des coûts des SONU de 2006 à 2015.

Avec cette subvention nationale, le prix officiel d'une césarienne (acte, médicaments et consommables, examens complémentaires, hospitalisation et transport) a été décrété à 11 000FCFA dans tous les hôpitaux publics du pays et un accouchement (acte, médicaments et consommables, mise en observation) à 900FCFA dans un CMA et 1 800FCFA dans un CHU.

Encadré 1. Prestations concernées par la subvention nationale (Ministère de la santé, 2005)

- Les accouchements eutociques
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence
 - Césarienne
 - Laparotomie pour GEU et rupture utérine
 - Accouchement dystocique : tout accouchement par voie basse nécessitant l'utilisation des produits (solutés, ocytociques, antispasmodiques, transfusion sanguine etc) les parages de déchirures compliquées du col et ou du périnée sous anesthésie générale, la révision utérine, l'usage de la ventouse/forceps et les manœuvres internes
 - Prise en charge de pré-éclampsie et des crises d'éclampsies
 - Soins intensifs (souffrance cérébrale aigue, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère, hypothermie) au nouveau-né (inférieur ou égal à 7j)
 - Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) pour les complications d'avortement
 - Le transport/évacuation des parturientes des villages vers les centres de santé d'une part et des centres de santé vers les centres de référence d'autre part

SERMENT D'HYPOCRATE

« En présence des maitres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promet d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.»

11. RESUME

Résumé

Titre : Les complications obstétricales directes du post partum à la maternité du CHUYO : aspects épidémiologique, clinique et pronostic

Objectif : Etudier les aspects épidémiologique, clinique et le pronostic des complications obstétricales directes du post partum à la maternité du CHUYO

Méthodologie : il s'est agit d'une étude rétrospective descriptive. Elle s'est déroulée sur un an du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010 et a porté sur 507 patientes ayant présenté une complication obstétricale directe dans la période du post partum

Résultats : dans la période de notre étude, la maternité du CHUYO a enregistré 507 cas de complications obstétricales directes du post partum sur 5241 accouchements soit une fréquence de 9,67%. Les patientes d'âge compris entre 21 et 30 ans représentaient 53, 25%. Les ménagères représentaient 76,7% et les primipares 41,6%. Les complications obstétricales directes du post partum étaient réparties en 44,58% d'hémorragie de la période de la délivrance ; 33,14% d'HTA du post partum et ses complications ; 19,53% d'endométrites ; 8,48% de suppurations pariétales post césarienne. Le taux de létalité maternelle a été estimé à 1,97% avec 70% des décès ayant pour cause l'hémorragie de la délivrance.

Conclusion : l'éviction de la survenue et la meilleure prise en charge des complications obstétricales passent par une meilleure collaboration interpersonnelle ; une réorganisation du système de prise en charge et un renforcement du plateau technique de toutes les structures sanitaires.

Mots clés : Complications- obstétricales- directes- post-partum- Epidémiologie- clinique-pronostic.

Auteur : SAWADOGO AWA

Email : awasaw 100@yahoo.fr

S/C UFR/SDS 03 BP 7021 Ouagadougou03

Tel: 00226 70 56 99 50

12. SUMMARY

Summary

Title : direct obstetric complications at the postpartum maternity CHUYO: epidemiological, clinical and prognostic

Objective : To study the epidemiological, clinical and prognosis of direct obstetric complications of post partum maternity of CHUYO

Methodology : he acts in a retrospective descriptive. It ran for one year from January 1 to December 31, 2010 and involved 507 patients who experienced a direct obstetric complications in the postpartum period

Results : In the period of our study, the maternity CHUYO recorded 507 cases of direct obstetric complications postpartum on 5241 deliveries a frequency of 9.67%. Patients aged between 21 and 30 years represented 53, 25%. The household represented 76.7% and 41.6% primiparous. The direct obstetric complications postpartum were divided into 44.58% of bleeding in the period of issue, 33.14% of hypertension and postpartum its complications, 19.53% of endometritis, and 8.48% of parietal suppurations. The case fatality rate was estimated at K 1.97% with 70% of the deaths due to postpartum hemorrhage.

Conclusion: The eviction of the occurrence and better management of complications go through better collaboration interpersonal reorganization of the system of care and strengthening the technical support of all health facilities.

Keywords : Complications, obstetric-direct-postpartum-epidemiology-clinical-outcome.

Author : AWA SAWADOGO
S / C UFR / SDS Ouagadougou03 03 BP 7021

Email : awasaw 100@yahoo.fr
Tel : 00 226 70 56 99 50

