



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
Volume 16 Issue 2 Version 1.0 Year 2016
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals Inc. (USA)
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

Management of Bleeding Occuring on the Last Three Months before Delivery at the University Hospital Center of Brazzaville

By Mbongo Jean Alfred, Haba Foromo, Aloumba Gilius Wilhem & Iloki Léon Hervé

Summary- Objective: to Identify différent problems encountered in the Management of bleeding the last trimester of pregnancy

Methods: This is a retrospective descriptive study over a period of 12 months.

This study involved pregnant women with a minimum term of 28 weeks of gestation, with an antepartum haemorrhage of pregnancy.

Those with incomplete data, and none obstetric genital bleeding were not included.

Results: The frequency was 1.27% of deliveries of 98 patients, 3% had a poor condition upon admission; they consulted for bleeding (57.1%) and / or to the lumbosacral pelvic pain (33.7%); the birthing work was initiated in 47.9% of cases, 63.3% of fetuses were alive at admission.

Bleeding causes were placenta previa (56.1%); the retro-placental hematoma (37.5%), uterine rupture (5.1%), and undetermined causes 3%.

Keywords: bleeding, pregnancy, brazzaville, congo.

GJMR-E Classification : NLMC Code: WJ 140



Strictly as per the compliance and regulations of:



Management of Bleeding Occuring on the Last Three Months before Delivery at the University Hospital Center of Brazzaville

Prise En Charge Des Hémorragies Du Troisième Trimestre De La Grossesse Au Centre Hospitalier Et Universitaire De Brazzaville

Mbongo Jean Alfred ^α, Haba Foromo ^σ, Aloumba Gilius Wilhem ^ρ & Iloki Léon Hervé ^ω

Résumé- Objectif: Cerner la Prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse

Méthodes: Il s'est agit d'une étude descriptive rétrospective, sur une période de 12 mois.

Cette étude a concerné les femmes enceintes avec un terme minimal de 28 semaines d'aménorrhée, présentant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

Celles ayant les dossiers incomplets, et les cas hémorragies génitales non obstétricales n'ont pas été incluses.

Résultats: La fréquence des hémorragies du 3^e trimestre a été de 1,27 % des accouchements

Sur 98 patientes, 3% avaient un mauvais état général à l'admission; elles consultaient pour des hémorragies (57,1%) et/ ou pour des douleurs lombo-pelviennes (33,7%); le travail d'accouchement était amorcé chez 47,9% des cas, 63, 3% des foetus étaient vivants à l'admission.

Les causes hémorragies ont été le placenta prævia (56,1%); l'hématome retro-placentaire (37,5%), la rupture utérine (5,1%), et les causes indéterminées 3%.

La transfusion sanguine a été effectuée chez 16,3% des patientes; 80,6% ont bénéficié de la césarienne; l'hystérorraphie a été pratiquée chez 5,1% des patientes.

Le pronostic maternel a été satisfaisant chez 83,6% des cas; malgré une anémie résiduelle dans 73,4 % des cas, et 11 % de complications infectieuses. Le pronostic foetal a été sombre: La prématurité a concerné 39,8% des nouveau-nés, avec 45,9% de faibles poids de naissance et 28,7% de mort-nés frais.

Conclusion: La prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre est encore mitigée: si le pronostic maternel paraît satisfaisant, le pronostic foetal est encore très sombre.

Mots clés: Hémorragies, grossesse, Brazzaville-Congo.

Summary- Objective: to Identify différent problems encountered in the Management of bleeding the last trimester of pregnancy

Methods: This is a retrospective descriptive study over a period of 12 months.

This study involved pregnant women with a minimum term of 28 weeks of gestation, with an antepartum haemorrhage of pregnancy.

Those with incomplete data, and none obstetric genital bleeding were not included.

Author α σ ρ ω: Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Brazzaville BP 32, Brazzaville. e-mail: mbongojalff@gmail.com

Results: The frequency was 1.27% of deliveries of 98 patients, 3% had a poor condition upon admission; they consulted for bleeding (57.1%) and / or to the lumbosacral pelvic pain (33.7%); the birthing work was initiated in 47.9% of cases, 63.3% of fetuses were alive at admission.

Bleeding causes were placenta previa (56.1%); the retro-placental hematoma (37.5%), uterine rupture (5.1%), and undetermined causes 3%.

Blood transfusion was performed in 16.3% of patients; 80.6% received caesarean section; the hystérorraphie was performed in 5.1% of patients.

Maternal prognosis was satisfactory in 83.6% of cases; despite a residual anemia in 73.4% of cases and 11% of infectious complications. The fetal prognosis was grim: Prematurity has affected 39.8% of newborns, with 45.9% of low birth weight and 28.7% of stillbirths costs.

Conclusion: The Management of the third trimester bleeding is still mixed, if maternal prognosis seems satisfactory, fetal prognosis is uncertain.

Keywords: bleeding, pregnancy, brazzaville, congo.

I. INTRODUCTION

L'hémorragie du troisième trimestre ou hémorragies anténatales, sont des saignements vaginaux qui surviennent à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée [1]. Ces hémorragies peuvent être causées par une implantation anormale du placenta, telle que le placenta prævia, le décollement prématuré du placenta normalement inséré et aussi la rupture utérine [2]. Quelque soit leurs étiologies, les hémorragies anténatales peuvent avoir des conséquences déplorables. En effet, pour Mercier et al. [2], les hémorragies anténatales, avec une incidence basse (environ 5 à 6%), constituent une cause importante de la mortalité maternelle et périnatale. Selon Fumulu au Cameroun, le placenta prævia, l'abruptio placentae et la rupture utérine représentent 40,9 % des causes des causes de décès maternel liés à l'hémorragie [3].

Au Congo Brazzaville, le risque de mourir au cours de la grossesse est élevé, car chaque année, environ une femme sur mille en âge de procréer risque de décéder du fait d'une grossesse, et l'hémorragie reste la cause dominante de décès de femmes [4]. Le placenta prævia reste une pathologie grave de la

grossesse, parmi les éléments de l'amélioration du pronostic, est citée la pratique à temps de la césarienne dès que la maturité pulmonaire est acquise [5]. L'hématome retro-placentaire étant une complication de l'hypertension artérielle ; au Congo-Brazzaville, particulièrement, le pronostic materno-fœtal de l'hypertension artérielle associée à la grossesse demeure mauvais [6]. En Plus, le pronostic des prématurés à Brazzaville n'est meilleur qu'à partir de 33 semaines d'aménorrhées, avant ce terme la prudence est de mise surtout en cas d'extraction par césarienne [7].

Parmi les causes identifiées pour la réduction de la mortalité maternelle à Brazzaville, la dotation des hôpitaux en matériel permettant de juguler les urgences est citée [4]. Ainsi, des efforts en été faits dans ce sens. Nous avons voulu cerner les problèmes de prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre.

II. PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective, sur une période de 12 mois, allant du janvier 2015 au 31 décembre 2015, qui s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Brazzaville.

Nous avons pris en compte les dossiers des patientes de la période allant de 1 janvier au 31 décembre soit un total de 98 cas.

Nous avons inclus les femmes enceintes avec un terme minimal de 28 semaines d'aménorrhée, présentant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse.

Les dossiers incomplets, et les dossiers des femmes ayant des hémorragies génitales non obstétricales n'ont pas été retenus.

Les variables analysées ont été l'état clinique des patientes à l'admission, les causes des hémorragies du 3^e trimestre, les modalités de prise en charge, les complications maternelles, caractéristiques des nouveau-nés à la naissance.

Pour apprécier l'état général des patientes, nous avons utilisé la classification de l'American Society of Anesthesiologist (ASA).

ASA I : Patiente en bonne santé, sans autre affection que celle motivant l'intervention.

ASA II : Perturbation modérée d'une grande fonction.

ASA III : Perturbation sévère d'une grande fonction

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.4.

III. RÉSULTATS

Sur 7705 accouchements, nous avons noté 98 cas d'hémorragies du 3^e trimestre d'origine obstétricale soit une fréquence de 1,27 %.

L'analyse du tableau I fait noter que la plupart des patientes avaient un bon état général à l'admission ; elles consultaient pour des hémorragies et/ou des douleurs lombo-pelviennes ; le travail d'accouchement souvent amorcé et les fœtus dans la majorité des cas étaient vivants.

Les causes de ces hémorragies ont été le placenta prævia 55/98 (56,1%) ; l'hématome retro-placentaire 35/98 (37,5%), la rupture utérine 5/98 (5,1%), et les causes indéterminées (hémorragie après maturation cervicale au misopristol) 3/98 (3%).

La prise en charge médicale a été souvent indispensable quelque soit l'étiologie, pour le rétablissement et le maintien de la volémie. Dans la majorité des cas nous avons pratiqué une oxygénation, la perfusion de macromolécules, la transfusion sanguine, puis le traitement obstétrical (tableau II).

Sur le tableau III, nous avons résumé l'évolution des hémorragies du 3^e trimestre. la satisfaction a été souvent observée, mais souvent l'anémie persistait et quelques rares cas d'infections ont été notés.

Plus du tiers des nouveau-nés étaient prématurés, et souvent avec de faibles poids de naissance. Après réanimation, l'amélioration du score d'Apgar était nette. Le nombre de mort-nés frais a été considérable (tableau IV).

IV. DISCUSSION

Sur 7705 accouchements, la fréquence des hémorragies du troisième au CHU de Brazzaville a été de 1,27 %. Elle est en dessous de celle rapportée par Issa Keita [8] à Bamako en 2008, de 2,7% pour 3028 accouchements ; et Baba Dior Diop [9] à Dakar, avec un taux plus important de 5,1 %.

L'état général à l'admission était mauvais chez 3% de nos patientes, des taux similaires sont rapportés par d'autres auteurs [8, 10]. Les patientes venaient d'elles mêmes, ou étaient référées pour l'hémorragie génitale, et/ou des douleurs lombo-pelviennes pour celles qui étaient en travail avec ou sans l'hématome retro placentaire. D'autres auteurs retrouvent comme motif d'évacuation sanitaire l'hémorragie [11]. Le placenta prævia venait en tête de étiologies des hémorragies du 3^e trimestre avec 56,1%, suivi par l'hématome retro-placentaire (37,5%), la rupture utérine (5,1%) puis les causes non indéterminées (3%). D'autres auteurs [8,10], rapportent les mêmes étiologies, mais avec une primauté de l'hématome retro placentaire et des taux élevés de rupture utérine : Soit 13,3% de ruptures utérines pour Issa Keita et 9,5% pour Moussa Fane, dans la même ville et pendant la même année 2008. Pour ce dernier, la couverture sanitaire insuffisante est la cause, tandis que Dolo et al [8] incriminent le niveau socio-économique des pays. Dans

la littérature [12], l'hémorragie de Benkiser et l'hématome décidual marginal sont aussi retenues comme cause des hémorragies du 3^e trimestre. Sépou et al [13], dans une étude qui concernait les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance, constatent que les hémorragies en période de la délivrance sont plus fréquentes avec 79,2% de cas, et elles sont dominées par les lésions des parties molles, qui sont la conséquence de mauvaise pratique obstétricale.

Nous avons pratiqué 80,6% de césariennes, contre 14,3 % d'accouchements par voie basse. une étude ultérieure dans le même service [5], ayant concerné le placenta prævia hémorragique, donne un résultat similaire. Moussa Fane [10], rapporte une étude ayant concerné 55,4% de césarienne et jusqu'à 35,1% de préférence à l'accouchement par voie basse, en le justifiant par les principales causes des hémorragies qui sont toutes pourvoyeuses de césariennes.

En raison du type lésion, souvent linéaire et d'installation récente, afin de préserver la procréation de nos patientes, nous avons privilégié le traitement conservateur de la rupture utérine par Hystérorraphie. A Madagascar [14], sur une étude ayant concerné la prévalence des ruptures utérines, le traitement conservateur prédomine sur le traitement radical.

Le pronostic maternel été bon dans l'ensemble, en effet, avec 83,6% d'évolution favorable, en dépit de 73,4 % de cas d'anémie résiduelle et de 11,1 % de complications infectieuses, aucun décès maternel n'a été observé. Cela peut être du à la référence rapide des patientes des centre périphériques qui maîtrisent les signes de danger, mais aussi à une bonne organisation dans le centre de référence. En effet, le CHU de Brazzaville est doté de Kit d'urgence et la présence d'une équipe de garde pluridisciplinaire (Gynécologue obstétricien, anesthésiste réanimateur, Pédiatre), concourent à cette performance. Pour certains auteurs [15], les gestantes supportent De façon surprenante, les hémorragies importantes. Pourtant dans la littérature, plusieurs études ayant concernées les étiologies des hémorragies du 3^e trimestre rapportent un pronostic maternel sombre [16, 17, 18], en contradiction avec l'étude réalisée antérieurement dans notre service [5]. Pour certains auteurs [16,18], l'amélioration du pronostic materno-fœtal passe par un meilleur niveau socio-économique et sanitaire une bonne prise en charge des patientes. Concernant le pronostic fœtal, dans notre travail, avec 39,8% de prématurité, 45,9% de faible poids de naissance, et 28,7% de mort-nés frais le Pronostic fœtal a été considéré comme mauvais. L'amélioration de la prise en charge dans le service paraît plus bénéfique pour les patientes que pour leur progéniture. En effet, les étiologies des hémorragies du 3^e trimestre, souvent de manifestations cliniques imprévisibles, et entraînant une hypoxie fœtale grave et brutale sont souvent non

maitrisables. En effet, selon Colan et al [19], le taux décès fœtal en cas d'hématome retro-placentaire est fonction du degré du décollement du placenta qui progresse avec l'augmentation de l'hématome, ainsi, l'HRP est très fœticide. En plus de la mortalité fœtale engendrée par les hémorragies, les nouveau-nés prématurés ou de petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante [10].

V. CONCLUSION

Malgré l'impression de l'amélioration du pronostic maternelle, la prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre, n'est pas encore parfaite au CHU de Brazzaville. L'amélioration du pronostic fœtal, passera par un diagnostic précoce, la rapidité et l'efficacité des soins, une meilleure disponibilité des produits sanguins et surtout la maîtrise des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

1. Charasson T, Fournié A. Hemorrhage during the 3d trimester of pregnancy. Rev Fr Gynecol Obst 1994; 89(11): 560-9.
2. Mercier FG, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. Anesth Clin 2008; 26 (1) 53-66.
3. Fumulu JN, Ngassa PN, Nong T, Nana P, Nkwabong E. Mortalité maternelle à la maternité du Centre hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Cameroun : Etude rétrospective de 5 ans (2002 à 2006). Healt Sc Dis 2009; 10 :11-6.
4. Iloki LH, Gbala Sapoulou MV, Kpékpédé F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993 - 1994). J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997, 26; 2: p 163.
5. Buambo-Bamanga SF, Oyéré -Moké P, Makoumbou P, Ekoundzola JR, Mayanda HF. Placenta prævia hémorragique : pronostic maternel et fœtal. Cahiers d'études et de Recherche francophones / santé 2004,14; 3.
6. Itoua C, Ngounda Monianga AS, Elenga-Mbolla BF, Mbemba-Mountounou GM, Gombet Koulimaya, Gombet T, Iloki LH. Hypertension artérielle et grossesse : Epidémiologie et pronostic materno-fœtal au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo). Med Afr Noire 2013, 6001; 21-29.
7. Pambou O, Ntsika-kaya P, Ekoundzola JR, Mayanda F. Naissance avant terme au CHU de Brazzaville. Cahiers d'Etudes et de Recherche Francophone/ santé 2006,16; 3.
8. Issa Keita. Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse Doctorat Bamako 2008.



9. Baba Dior Diop .Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et du travail au CHU A Le Dantec. Thèse Doctorat. Dakar 2005.
10. Moussa Fane .Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako. Thèse Doctorat, 2008-2009.
11. Dolo A, Keita B, Diabaté FS, Maiga B. Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Point G. Dakar Med 1990; 35: 61-4.
12. Ayoubi JM, Pons J-C. Hémorragies génitales : hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse. Corpus. Médical-Faculté de médecine de Grenoble. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/>.
13. Sepou A, Nguembi E, Koyazegbé TD, Ngalé R, penguele A et al. Les hémorragies du 3^e trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance. Med 2002 ; 4 ,185 p.
14. Rasolonjatovo JDC, Randaoharison PG, Randrianirina JBS, Randrianarison P, Rasolofondraïble A. Prévalence des ruptures utérines à Antsirabé-Madagascar. Med Afr Noire 2005, 52 (10).
15. Lansac J et coll. Obstétrique pour le praticien 1990 SIMEP 2,7226 7227; 413 P
16. Lankouandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotiong M, Sano D et al. A Propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso.J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997;26 :715-19.
17. Touré Coulibaly K, Assi G, Tano N, Kouyaté S, Guié P, Doumbia Y. Le décollement Prématuro du placenta normalement inséré, pronostic foeto-maternel. A propos de 1062 cas colligés à la Clinique obstétricale du CHU de Treichville. Med Afr Noire 1995; 42, 10: 540-47.
18. Akpadza K, Baeta S, Neglo Y, Tété V, Hodonou AKS.L'hématome retro- placentaire (HRP) à la Clinique de gynécologie obstétrique du CHU de Tokoin-Lomé (Togo) de 1988à 1992. Med Afr Noire 1996 43(6); 342-47.
19. Colan JC, Uzan S. Encycl Méd Chir Obstétrique Paris 1985; 6,5071 A10.

Tableau I : Etat clinique à l'entrée

	Effectif N=98	%
Etat général		
ASA I	62	63,2
ASA II	33	33,6
ASA III	3	3,0
Motif de consultation :		
Hémorragie génitale	56	57,1
Douleurs lombo-pelviennes et hémorragie génitale	33	33,7
Parturientes	47	47,9
Gestantes	19	19,4
BDCF Présents	62	63,3
BDCF Absents	36	36,7

Tableau II : Prise en charge des hémorragies du 3^e trimestre

	Effectif N=98	%
Accouchement par voie basse	14	14,3
Césarienne	79	80,6
Hystérorraphie	5	5,1
Hystérectomie d'hémostase	-	
Transfusion sanguine	16	16,3

Tableau III : Pronostic maternel

	Effectif	%
Evolution satisfaisante	82	83,6
Morbidité		
Hémorragie de la délivrance	1	1,0
Choc hypovolémique	2	2,0
Suppuration pariétale	2	2,0
Endométrite	5	5,1
Endométrite + suppuration pariétale	4	4,0
Anémie	72	73,4

Tableau IV : Pronostic foetal

	Effectif N=98	%
Enfant vivant		
Prématuré	39	39,8
Né à terme	31	31,6
Mort né frais	28	28,7
Réanimé	23	23,5
Non réanimé	47	47,9
Apgar		
à 1 minute		
de 1 à 4	5	5,1
de 5 à 6	16	16,3
de 7 à 10	77	78,5
à 5 minute		
de 1 à 4	1	1,0
de 5 à 6	3	3,0
de 7 à 10	94	95,9
à 10 minute		
de 1 à 4	1	1,0
de 5 à 6	2	2,0
de 7 à 10	95	96,9
Poids		
1000 à 2500 g	45	45,9
2600 à 3500 g	34	34,7
<3600 g	19	19,4
Transfert en néonatalogie	6	6,1
Mort intra-partum	28	28,5