

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

Jean Alfred Mbongo

*Received: 10 December 2015 Accepted: 2 January 2016 Published: 15 January 2016*

---

## Abstract

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

---

**Index terms**— bleeding, pregnancy, brazzaville, congo.

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<sup>e</sup> 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 praevia (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 nouveaunés, avec 45,9% de faibles poids de naissance et 28,7% de mort-nés frais.

Conclusion: La prise en charge des hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre est encore mitigée : si le pronostic maternel paraît satisfaisant, le pronostic foetal est encore très sombre. This study involved pregnant women with a minimum term of 28 weeks of gestation, with an antepartum haemorrhage of pregnancy.

## 1 Mots clés: Hémorragies, grossesse, Brazzaville-Congo.

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

## 2 I. Introduction

L'hémorragie du troisième trimestre ou hémorragies anténatales, sont des saignements vaginaux qui surviennent à partir de la 28<sup>eme</sup> semaine d'aménorrhée [1]. Ces hémorragies peuvent être causées par une implantation anormale du placenta, telle que le placenta praevia, 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 praevia, 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 praevia 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

45 ; au Congo-Brazzaville, particulièrement, le pronostic materno-foetal de l'hypertension artérielle associée à la  
46 grossesse demeure mauvais [6]. En Plus, le pronostic des prématurés à Brazzaville n'est meilleur qu'à partir de 33  
47 semaines d'aménorrhées, avant ce terme la prudence est de mise surtout en cas d'extraction par césarienne [7].

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

### 3 II. Patientes et Méthodes

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

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

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

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

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

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

### 4 Résultats

66 Sur 7705 accouchements, nous avons noté 98 cas d'hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre d'origine obstétricale soit  
67 une fréquence de 1,27 %. L'analyse du tableau I fait noter que la plupart des patientes avaient un bon état  
68 général à l'admission ; elles consultaient pour des hémorragies et /ou des douleurs lombo-pelviennes ; le travail  
69 d'accouchement souvent amorcé et les foetus dans la majorité des cas étaient vivants.

70 Les causes de ces hémorragies ont été le placenta praevia 55/98 (56,1%) ; l'hématome retroplacentaire 35/98  
71 (37,5%), la rupture utérine 5/98 (5,1%), et les causes indéterminées (hémorragie après maturation cervicale au  
72 misopristol) 3/98 (3%).

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

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

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

### 5 IV. Discussion

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

85 L'état général à l'admission était mauvais chez 3% de nos patientes, des taux similaires sont rapportés par  
86 d'autres auteurs [8, ??0]. Les patientes venaient d'elles mêmes, ou étaient référées pour l'hémorragie génitale,  
87 et/ou des douleurs lombo-pelviennes pour celles qui étaient en travail avec ou sans l'hématome retro placentaire.  
88 D'autres auteurs retrouvent comme motif d'évacuation sanitaire l'hémorragie [11]. Le placenta praevia venait en  
89 tête de étiologies des hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre avec 56,1%, suivi par l'hématome retro-placentaire (37,5%),  
90 la rupture utérine (5,1%) puis les causes non indéterminées (3%). D'autres auteurs [8, ??0], rapportent les mêmes  
91 étiologies, mais avec une primauté de l'hématome retro placentaire et des taux élevés de rupture utérine : Soit  
92 13,3% de ruptures utérines pour Issa Keita et 9,5% pour Moussa Fane, dans la même ville et pendant la même  
93 année 2008. Pour ce dernier, la couverture sanitaire insuffisante est la cause, tandis que Dolo et al [8] incriminent  
94 le niveau socio-économique des pays. Dans la littérature [12], l'hémorragie de Benkiser et l'hématome décidual  
95 marginal sont aussi retenues comme cause des hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre. Sépou et al [13], dans une étude  
96 qui concernait les hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse jusqu'à la période de la délivrance, constatent que  
97 les hémorragies en période de la délivrance sont plus fréquentes avec 79,2% de cas, et elles sont dominées par les  
98 lésions des parties molles, qui sont la conséquence de mauvaise pratique obstétricale.

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

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

108 Le pronostic maternel été bon dans l'ensemble, en effet, avec 83,6% d'évolution favorable, en dépit de 73,4  
109 % de cas d'anémie résiduelle et de 11,1 % de complications infectieuses, aucun décès maternel n'a été observé.  
110 Cela peut être du à la référence rapide des patientes des centre périphériques qui maitrisent les signes de danger,  
111 mais aussi à une bonne organisation dans le centre de référence. En effet, le CHU de Brazzaville est doté de  
112 Kit d'urgence et la présence d'une équipe de garde pluridisciplinaire (Gynécologue obstétricien, anesthésiste  
113 réanimateur, Pédiatre), concourent à cette performance. Pour certains auteurs [15], les gestantes supportent De  
114 façon surprenante, les hémorragies importantes .Pourtant dans la littérature, plusieurs études ayant concernées les  
115 étiologies des hémorragies du 3 e trimestre rapportent un pronostic maternel sombre [16,17,18], en contradiction  
116 avec l'étude réalisée antérieurement dans notre service [5]. Pour certains auteurs [16,18], l'amélioration du  
117 pronostic materno-foetal passe par un meilleur niveau socio-économique et sanitaire une bonne prise en charge  
118 des patientes. Concernant le pronostic foetal, dans notre travail, avec 39,8% de prématurité, 45,9% de faible  
119 poids de naissance, et 28,7% de mort-nés frais le Pronostic foetal a été considéré comme mauvais. L'amélioration  
120 de la prise en charge dans le service paraît plus bénéfique pour les patientes que pour leur progéniture. En effet,  
121 les étiologies des hémorragies du 3 e trimestre, souvent de manifestations cliniques imprévisibles, et entraînant  
122 une hypoxie foetale grave et brutale sont souvent non maitrisables. En effet, selon Colan et al [19], le taux décès  
123 foetal en cas d'hématome retro-placentaire est fonction du degré du décollement du placenta qui progresse avec  
124 l'augmentation de l'hématome, ainsi, l'HRP est très féticide. En plus de la mortalité foetale engendrée par les  
125 hémorragies, les nouveau-nés prématurés ou de petits poids de naissance sont sujets à une morbidité importante  
126 [10].

## 127 6 Conclusion

128 Malgré l'impression de l'amélioration du pronostic maternelle, la prise en charge des hémorragies du 3 e trimestre,  
129 n'est pas encore parfaite au CHU de Brazzaville. L'amélioration du pronostic foetal, passera par un diagnostic  
130 précoce, la rapidité et l'efficacité des soins, une meilleure disponibilité des produits sanguins et surtout la maitrise  
des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. <sup>1</sup>



Figure 1:

131

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.

Figure 2:

| Tableau IV : Pronostic foetal  |  |               |
|--|--|---------------|
| Effectif   |  |               |
| N=98   |  |               |
| Enfant vivant  |  |               |
| Prématuré  | 39   |               |
| Né à terme   | 31   |               |
| Mort né frais  | 28   |               |
| Réanimé  | 23   |               |
| Non réanimé  | 47   |               |
| Apgar  |  |               |
| à 1 minute   |  |               |
| de 1 à 4   | 5  |               |
| de 5 à 6 de 7 à 10 à 5 minute  | 16   |               |
| Year 2016  | 77   |               |
| de 1 à 4   | 1  |               |
| de 5 à 6   | 3  |               |
| de 7 à 10  | 94   |               |
| Tableau I : Etat clinique à l'entrée 62 33 3 Effectif N=98 1 2 95 45 34 19 Transfert en néonatalogie Et. |  |               |
| XVI  |  |               |
| Is-  |  |               |
| sue  |  |               |
| II   |  |               |
| Ver-   |  |               |
| sion   |  |               |
| I  |  |               |
| ( D  | Motif de consultation : Hémorragie génitale      | 56            |
| D  |  |               |
| D  |  |               |
| D )  |  |               |
|  | Douleurs lombo-pelviennes et hémorragie génitale | 33            |
|  | Parturientes                                     | 47            |
|  | Gestantes  | 19            |
|  | BDCF Présents                                    | 62            |
|  | BDCF Absents                                     | 36            |
| Tableau II : Prise en charge des hémorragies du 3 e trimestre  |  |               |
|  |  | Effectif N=98 |
|  | Accouchement par voie basse                      | 14            |
|  | Césarienne                                       | 79            |
|  | Hystérorraphie                                   | 5             |
|  | Hystérectomie d'hémostase                        | -             |
|  | Transfusion sanguine                             | 16            |
| Tableau III : Pronostic maternel   |  |               |
|  |  | Effectif      |
|  | Evolution satisfaisante                          | 82            |
|  | Morbidité  |               |
|  | Hémorragie de la délivrance                      | 1             |
|  | Choc hypovolémique                               | 2             |
|  | Suppuration pariétale                            | 2             |
|  | Endométrite                                      | 5             |
|  | Endométrite+suppuration pariétale                | 4             |
|  | Anémie   | 72            |



- 
- 132 [Colan and Uzan ( )] , J C Colan , S Uzan . *Encycl Méd Chir Obstétrique Paris* 1985. 6 p. .
- 133 [Lankouandé et al. ( )] ‘A Propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National  
134 de Ouagadougou’. J Lankouandé , Cmr Ouédraogo , B Touré , A Ouédraogo , M Akotionganga , D Sano . *J*  
135 *Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997. 26 p. .
- 136 [Charasson and Fournié ( )] ‘Hémorragie during the 3d trimester of pregnancy’. T Charasson , A Fournié . *Rev*  
137 *Fr Gynecol Obst* 1994. 89 (11) p. .
- 138 [Itoua et al. ( )] ‘Hypertension artérielle et grossesse : Epidémiologie et pronostic maternofoetal au’. C Itoua ,  
139 Ngounda Monianga , A S Elenga-Mbolla , B F Mbemba-Mountounou , GM , Gombet Koulimaya , T Gombet  
140 . *Med Afr Noire* 2013. 6001 p. . Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo)
- 141 [Baba Dior ( )] *Hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et du travail au CHU A Le Dantec*, Diop Baba  
142 Dior . 2005. Dakar. (Thèse Doctorat)
- 143 [Ayoubi and Pons] *Hémorragies génitales : hémorragies du 3 e trimestre de la grossesse. Corpus. Médical-Faculté*  
144 *de médecine de Grenoble*, J M Ayoubi , J-C Pons . <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/>
- 145 [Akpadzha et al. ( )] ‘L’hématome retro-placentaire (HRP) à la Clinique de gynécologie obstétrique du CHU de  
146 Tokoin-Lomé (Togo) de’. K Akpadzha , S Baeta , Y Neglo , V Tété , Aks Hodonou . *Med Afr Noire* 1988à  
147 1992. 1996. (6) p. .
- 148 [Coulibaly et al. ( )] ‘Le décollement Prématuro du placenta normalement inséré, pronostic foetomaternel. A  
149 propos de 1062 cas colligés à la Clinique obstétricale du CHU de Treichville’. Touré Coulibaly , K Assi ,  
150 G Tano , N Kouyaté , S Guié , P Doumbia , Y . *Med Afr Noire* 1995. 42 p. .
- 151 [Sepou et al. ( )] ‘Les hémorragies du 3 e trimestre de la grossesse jusqu’à la période de la délivrance’. A Sepou ,  
152 E Nguembi , T D Koyazegbé , R Ngalé . *Med* 2002. 4.
- 153 [Issa Keita ( )] *Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse dans le service de gynécologie obstétrique*  
154 *du Centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako*, Issa Keita . 2008. Bamako. (Thèse  
155 Doctorat)
- 156 [Dolo et al. ( )] ‘Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de gynécologie  
157 obstétrique de l’Hôpital de Point G’. A Dolo , B Keita , F S Diabaté , B Maiga . *Dakar Med* 1990. 35 p. .
- 158 [Mercier and Van De Velde ( )] ‘Major obstetric hemorrhage’. F G Mercier , M Van De Velde . *Anesth Clin* 2008.  
159 26 (1) p. .
- 160 [Iloki et al. ( )] ‘Mortalité maternelle à Brazzaville (1993 -1994)’. L H Iloki , Gbala Sapoulou , M V Kpékpédé ,  
161 F Ekoundzola , JR . *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997. 26 p. 163.
- 162 [Fumulu et al. ( )] ‘Mortalité maternelle à la maternité du’. J N Fumulu , P N Ngassa , T Nong , P Nana ,  
163 E Nkwabong . *Cameroun : Etude rétrospective de 5 ans*, 2002 à 2006. 2009. 10 p. . Centre hospitalier et  
164 Universitaire de Yaoundé
- 165 [Pambou et al. ( )] *Naissance avant terme au CHU de Brazzaville. Cahiers d’Etudes et de Recherche Francophone/*  
166 *santé*, O Pambou , P Ntsika-Kaya , J R Ekoundzola , F Mayanda . 2006. 3 p. 16.
- 167 [Lansac] *Obstétrique pour le praticien 1990 SIMEP 2,7226 7227*, J Lansac . 413.
- 168 [Buambo-Bamanga et al. ( )] *Placenta praevia hémorragique : pronostic maternel et foetal. Cahiers d’études et de*  
169 *Recherche francophones / santé*, S F Buambo-Bamanga , P Oyéré -Moké , P Makoumbou , J R Ekoundzola  
170 , H F Mayanda . 2004. 3 p. 14.
- 171 [Rasolonjatovo et al. ( )] ‘Prévalence des ruptures utérines à Antsirabé-Madagascar’. Jdc Rasolonjatovo , P G  
172 Randaoharison , Jbs Randrianirina , P Randrianarison , A Rasolofondraïble . *Med Afr Noire* 2005. (10) p.  
173 52.