

**Les hémorragies du dernier trimestre de la grossesse : aspects sociodémographiques, cliniques, prise en charge et pronostic à la maternité de l'hôpital préfectoral de Coyah.**  
*Hemorrhages in the last trimester of pregnancy: epidemiological, clinical aspects, management and prognosis at the maternity ward of the Coyah prefectural hospital.*

Diallo MH<sup>1,4</sup>, Diallo A<sup>2,4</sup>, Diallo FB<sup>2,4</sup>, Diallo H<sup>3,4</sup>, Barry AB<sup>2,4</sup>, Baldé IS<sup>2,4</sup>, Sy T<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital national Donka CHU Conakry-Guinée

<sup>2</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital national Ignace Deen CHU Conakry-Guinée

<sup>3</sup> Maternité Hôpital préfectoral Coyah.

<sup>4</sup> Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

**Correspondances :** Dr Mamadou Hady DIALLO, Maître de Conférences Agrégé

Gynécologue-obstétricien Hôpital National Donka CHU Conakry BP : 234

Email: [hadydiallo2002@yahoo.fr](mailto:hadydiallo2002@yahoo.fr) Tel : 00224628037115

## RESUME

Les objectifs de cette étude étaient de calculer la fréquence des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, la prise en charge et d'évaluer pronostic maternel et fœtal.

**Malades et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif qui s'est déroulée à la maternité de l'Hôpital préfectoral de Coyah du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2021.

**Résultats :** Nous avons enregistré pendant la période d'étude 4151 accouchements dont 225 cas d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence 5,42%.

Le profil sociodémographique était celui d'une femme de la tranche d'âge de 25-29 ans (30,67%), paucipare (39,11%) de provenance rurale (82,67%), mariée (76,89%), ménagère (76,89%), non scolarisée (73,78%), évacuée (83,78%).

Les signes cliniques étaient dominés par la métrorragie retrouvée chez toutes les patientes (100%), la douleur abdominopelvienne à type de contractions utérines (82,22%), suivie de la pâleur conjonctivale (59,56%) et d'une altération de l'état général (50,22%) Les causes de ces hémorragies étaient dominées par l'hématome rétro placentaire (52%), suivies du placenta prævia (31,56%) et de la rupture utérine (16,44%).

Sur le plan thérapeutique la prise en charge a reposé essentiellement sur la césarienne (88%) et l'administration de produits sanguins (43,5%).

Les complications maternelles étaient dominées par l'anémie (43,56%) suivies du choc hémorragique (13,78%) et celles fœtales par l'asphyxie fœtale aiguë (33,33%). Le taux de létalité maternelle était de 1,78% et celle fœtale de 50,67%.

**Conclusion :** Les hémorragies du dernier trimestre constituent une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale. L'amélioration du pronostic passe par l'accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.

**Mots clés :** grossesse, hémorragies, dernier trimestre, maternité- Coyah.

## SUMMARY

The objectives of this study were to calculate the frequency of bleeding in the third trimester of pregnancy, to describe the sociodemographic, clinical, therapeutic and prognostic characteristics.

**Patients and method:** This was a prospective descriptive study that took place at the maternity ward of the Coyah Prefectural Hospital from January 1, to December 31, 2021.

**Results:** We recorded during the study period 4151 deliveries including 225 cases of hemorrhage in the third trimester of pregnancy, a frequency of 5.42%.

The socio-demographic profile was that of a woman in the age group of 25-29 years (30.67%), poor (39.11%) of rural origin (82.67%), married (76.89%), housewife (76.89%), uneducated (73.78%), evacuated (83.78%).

The clinical signs were dominated by metrorrhagia found in all patients (100%), abdominopelvic pain like uterine contractions (82.22%), followed by conjunctival pallor (59.56%) and an alteration of general condition (50.22%)

The causes of these haemorrhages were dominated by retroplacental hematoma (52%), followed by placenta previa (31.56%) and uterine rupture (16.44%).

Therapeutically, management was based mainly on caesarean section (88%) and the administration of blood products (43.5%).

Maternal complications were dominated by anemia (43.56%) followed by hemorrhagic shock (13.78%) and fetal complications by acute fetal asphyxia (33.33%). The maternal lethality rate was 1.78% and that of the fetus 50.67%.

**Conclusion:** Last trimester hemorrhage is an important source of maternal and fetal morbidity and mortality. Improving the prognosis requires access to comprehensive emergency obstetric and neonatal care.

**Keywords:** pregnancy, bleeding, last trimester, maternity- Coyah.

## INTRODUCTION

L'hémorragie génitale du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse est définie par la survenue d'un saignement génital (quelle que soit son abondance) à partir de 28 semaines d'aménorrhée (SA) et avant l'accouchement [1]. On considère que 5 % des grossesses peuvent être concernées par une hémorragie génitale au 3<sup>ème</sup> trimestre [2] et ce motif de consultation est fréquent. Parmi les différentes étiologies, il faut savoir diagnostiquer un placenta praevia (PP) ou un hématome rétroplacentaire (HRP) ou une rupture utérine (RU) dont les conséquences en termes de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale peuvent être particulièrement graves. Néanmoins, même en l'absence d'étiologie retrouvée, une hémorragie génitale au 3<sup>ème</sup> trimestre ne doit pas être négligée, puisque cette situation est associée à un risque augmenté de prématurité [3].

Baldé et al en Guinée ont rapporté dans une étude que ces hémorragies du dernier trimestre occupent une part importante parmi les causes obstétricales directes de mortalité maternelle alimentant un ratio élevé de mortalité [4]. La fréquence élevée de ces hémorragies et la gravité des complications qu'elles entraînent ont motivé la réalisation de cette étude dont les objectifs étaient de calculer la fréquence des hémorragies du dernier trimestre, de décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes concernées, d'identifier les causes, de décrire la prise en charge et d'évaluer le pronostic maternel et fœtal.

## METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif qui s'est déroulée à la maternité de l'Hôpital préfectoral de Coyah du 1<sup>er</sup> Janvier 2021 au 31 décembre 2021.

La population cible était constituée de toutes les gestantes admises à la maternité de l'Hôpital préfectoral de Coyah et la population d'étude était constituée de toutes les femmes enceintes admises pour hémorragies du dernier trimestre qu'elles soient ou non en travail d'accouchement durant la période d'étude.

### Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude toutes les gestantes admises et ayant présenté une hémorragie au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et qui ont accepté de participer à l'étude.

### Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de cette étude les patientes n'ayant pas accepté de participer à l'étude et celles décédées à l'admission.

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de l'ensemble des gestantes qui répondaient à nos critères de sélection.

Les variables étudiées étaient quantitatives et qualitatives. Elles concernaient l'âge, la profession, le niveau d'instruction, la parité, la provenance, le mode d'admission, les aspects cliniques, la prise en charge et le pronostic. Une fiche d'enquête préalablement établie nous a servi de support pour la collecte des données.

**Considérations éthiques :** l'accord des autorités hospitalières a été obtenu ainsi que le consentement éclairé des patientes. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

## RESULTATS

### Fréquence

Nous avons colligé au cours de notre période d'étude 225 cas de grossesses compliquées d'hémorragie du dernier trimestre sur un total de 4151 accouchements soit une fréquence de 5,42%.

### Aspects socio-démographiques

**Age :** l'âge moyen des patientes était de 27,1 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans. Les femmes de la tranche d'âge 25-29 ans étaient les plus concernées (30,67%).

**Profession :** les ménagères représentaient 76,89%.

**Statut matrimonial :** les gestantes mariées représentaient 79,56% dans cette série.

**Niveau d'instruction :** la majorité des gestantes étaient non scolarisées (73,78%).

**Parité :** les paucipares et les multipares étaient les plus concernées avec respectivement 39,11% et 32,44%.

**Provenance :** la plupart des gestantes provenaient des zones rurales soit 82,67% contre 17,33% des patientes venant des zones urbaines.

**Mode d'admission :** les évacuées représentaient 83,78%.

### Aspects cliniques

**Nombre de consultation prénatale (CPN) :** la plupart des gestantes avaient bénéficié entre 1 et 3 CPN soit 74,23%, celles ayant bénéficié de 4 CPN et plus représentaient 15,11% et 10,67% n'avaient bénéficié d'aucune CPN.

**Tableau I :** Age gestationnel de survenue de l'hémorragie

Age de la grossesse	Effectif	%
28-32	68	30,22
33-36	34	15,11
<b>37-42</b>	<b>123</b>	<b>54,67</b>
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Signes cliniques associés : Les signes fonctionnels et physiques ont permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic clinique.

Les métrorragies considérées comme principal signe fonctionnel étaient présentes chez la totalité des patientes (100%). La plupart de ces métrorragies étaient déclenchées par les contractions utérines de fin de grossesse (82,22%). Spécifiquement, le signe clinique associé le plus fréquemment retrouvé était la douleur abdominopelvienne vive comme un coup de poignard dans l'hématome retro placentaire (100%) et la rupture utérine (100%). L'utérus était souple (31,56%), dur (50%), une déformation de l'utérus était notée dans 5,33%, une palpation des fœtales sous la peau était retrouvée dans 5,33% des cas. Les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perceptibles au stéthoscope de Pinard dans 55% des cas. La présentation fœtale n'était pas perceptible et une brèche segmentaire était retrouvée au toucher

vaginal dans 5,33% des cas.

Par rapport à l'échographie seulement 15,11% des patientes avaient bénéficié d'une échographie et 84,89 % n'avaient pas bénéficié de cet examen d'imagerie à l'admission.

**Tableau II :** Répartition des cas d'hémorragie du

Diagnostic	Effectif	%
<b>Hématome Retro - Placentaire</b>	HRP Grade 1 de Sher	7 3,11
	HRP Grade 2 de Sher	33 4,67
	HRP Grade 3a de Sher	75 33,33
	HRP Grade 3b de Sher	2 0,89
	<b>S/Total</b>	<b>117 52,00</b>
<b>Placenta prævia</b>	PP recouvrant	60 26,67
	PP non recouvrant	11 4,89
	<b>S/Total</b>	<b>71 31,56</b>
<b>Rupture utérine</b>	RU franche	12 5,33
	RU sous péritonéale	25 11,11
	<b>S/Total</b>	<b>37 16,44</b>
	<b>Total</b>	<b>225 100</b>

### Prise en charge :

La prise en charge était initialement médicale accès sur la réanimation (cristalloïdes, colloïdes, produits sanguins, oxygénothérapie).

S'agissant de l'HRP la césarienne a été réalisée dans 88,03% contre 11,97 % pour la voie basse, l'hystérectomie a été réalisée dans 2,56%. La transfusion sanguine a été réalisée dans 46,15%.

Concernant le PP le taux de césarienne était de 81,69%, l'accouchement par les voies naturelles a été réalisé dans 18,31% et la transfusion dans 22,54%.

Par rapport à la RU la laparotomie a été réalisée dans tous les cas (100%), l'hystérectomie réalisée dans 2,7% et la transfusion dans 75,68%.

### Pronostic

Les complications maternelles étaient dominées pour l'HRP par l'anémie dans plus de la moitié des cas (50,42%), le choc hémorragique (12,82%), la CIVD (1,71%) et la suppuration (1,71%).

Dans le cas du placenta prævia l'anémie était la principale complication (23,94%).

Par rapport à la RU les complications étaient représentées par l'anémie (59,46%), le choc hémorragique (35,14%), la CIVD (2,7%) et une lésion vésicale (2,7%).

Nous avons enregistré 4 décès maternels soit une létalité maternelle de 1,78%.

L'asphyxie fœtale aigüe était retrouvée dans 33,33% des cas. Plus de la moitié des nouveau-nés étaient des mort-nés (50,67%).

## DISCUSSION

La fréquence des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre est élevée dans cette série et les étiologies étaient dominées par l'HRP, le PP et la RU. Abdelkader F et al ont rapporté dans une étude réalisée au centre hospitalier de Nouakchott que plus de la moitié des patientes (56.70%) avait un HRP grade III de SHER[5].

Une fréquence élevée de PP est également rapportée également par Adam I et al au Soudan [6]. Geuye M et al et Diallo M H et al respectivement au Sénégal et en Guinée ont révélé dans leur étude une part non négligeable de la RU dans la survenue des hémorragies du troisième trimestre [7,8]. Cette fréquence élevée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que la maternité de l'Hôpital préfectoral de Coyah est une structure de recours des centres de santé ruraux et urbains de Coyah ainsi que les cliniques exerçant en zone urbaine destinée à recevoir les complications obstétricales survenant dans ces structures périphériques.

Par rapport à l'âge les femmes jeunes étaient les plus concernées. La fréquence élevée dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'existence chez ces femmes jeunes des facteurs de risques liés à certaines pathologies notamment les syndromes vasculorénaux et leurs complications et les dystocies. Ce constat est partagé par Thiam O et al qui ont rapporté dans leur étude un âge moyen de 29,84 ans [9].

La prédominance des femmes au foyer reflète la structure de notre société où ces femmes sont les plus nombreuses en majorité analphabètes avec un faible revenu pour couvrir les frais de santé. [10].

La fréquence élevée des femmes mariées pourrait s'expliquer par 2 raisons :

- d'une part la précocité du mariage et l'attachement de cette population aux coutumes et à la religion et
- d'autre part une grossesse contractée hors mariage est considérée comme un sentiment de déshonneur familial.

La prédominance des gestantes non scolarisées dans notre série ( 90,57%) est en rapport avec le niveau d'étude de la population générale guinéenne où l'on note 74% d'analphabètes dont 85,3% pour le sexe féminin selon l'EDS 2018[10].

Par rapport au nombre de CPN, la plupart des gestantes avaient bénéficié entre 1 et 3 CPN soit 74,23% et 10,67% n'avaient bénéficié d'aucun CPN. La politique sanitaire de notre pays prévoit au minimum 4 consultations prénatales. Pour la plupart ces CPN étaient de mauvaise qualité (TA non prise, protéinurie non réalisée, aucune échographie réalisée). Pourtant des CPN de bonne qualité jouent un grand rôle dans le dépistage et la

prise en charge des facteurs de risque de survenue des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre. Une bonne surveillance prénatale permet de retrouver les causes insurmontables de dystocies nécessitant la réalisation d'une césarienne programmée (césarienne avant le début du travail). Par ailleurs la réalisation des échographies recommandées permet de diagnostiquer précocement le placenta prævia. Les difficultés d'accès à l'échographie pourraient s'expliquer par la faiblesse du plateau technique et l'accès limité le plus souvent pour des raisons financières [10]

S'agissant des causes l'HRP occupait la 1<sup>ère</sup> place. Ce constat est partagé par Haidara M et al qui ont rapporté dans leur étude que l'HRP était la première cause d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse avec 50% des cas [11] Le PP représentait la 2<sup>ème</sup> cause dans cette série.

Contrairement à Mbongo J A et al et Lankoandé M et al ont rapporté le PP comme étant la 1<sup>ère</sup> cause d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre avec respectivement 56,1% et 50,22% [12,13].

Quant à la RU elle occupe la 3<sup>ème</sup> place dans notre étude. Ce constat est partagé par Lankoandé et al au Burkina Faso qui ont rapporté une fréquence de 24,6%. La rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés alors qu'elle est encore d'actualité dans nos pays où la couverture sanitaire est encore insuffisante d'une part et d'autre part, la multiparité, le travail dystocique chez ces parturientes et le statut socio- économique défavorable, le retard à la prise en charge constituant les facteurs favorisant essentiels pour la survenue de la rupture utérine.

La prise en charge était basée sur la réanimation, la réalisation de la césarienne, la laparotomie, l'hystérorraphie et l'hystérectomie. Ce constat est partagé par plusieurs auteurs. Dans une étude réalisée au Congo Brazzaville la prise en charge médicale a été souvent indispensable quelque soit l'étiologie, pour le rétablissement et le maintien de la volémie et dans la majorité des cas ils avaient pratiqué une oxygénation, la perfusion de macromolécules, la transfusion sanguine puis le traitement obstétrical. Mbongo et al. ont rapporté également dans la même étude un taux de 80,6% de césariennes [12, 13].

Notre taux élevé de césarienne pourrait s'expliquer par la gravité des complications hémorragiques nécessitant une extraction fœtale urgente et impérative.

S'agissant du pronostic, les complications maternelles étaient dominées par l'anémie et le choc hémorragique. Dans la littérature, plusieurs études ayant concerné les étiologies des hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre rapportent un pronostic maternel sombre



[14,15,16]. Le pronostic fœtal était aussi mauvais, les hémorragies du dernier trimestre étaient fœticides dans notre série. Plus de la moitié des nouveau-nés était des mort-nés. Mbongo et al ont rapporté le même constat 39,8% de prématurité, 45,9% de faible poids de naissance, et 28,7% de mort-nés frais [12]. La létalité maternelle observée était élevée dans notre étude (1,78%). La sévérité du pronostic pourrait s'expliquer par le retard diagnostique, de prise en charge et la faiblesse du plateau technique.

## CONCLUSION

Les hémorragies du troisième trimestre occupent une place non négligeable dans les complications obstétricales pendant le troisième trimestre de la grossesse.

L'hématome retro placentaire était la première cause de ces hémorragies. L'amélioration du pronostic maternel et fœtal passe par un diagnostic précoce, une prise en charge rapide, efficace et adaptée.

Il faut également assurer la disponibilité des produits sanguins et la réorganisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

## REFERENCES

1. **Sentilhes L, Schmitz T, Lansac J.** Chapitre 11 : HTA et grossesse, Obstétrique pour le praticien. 7<sup>ème</sup> édition Paris Elsevier-Masson 2022. 197-212.
2. **Obstetricians RCo, Gynaecologists.** Antepartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 63). 2011.
3. **Bhandari S, Raja EA, Shetty A, et al.** Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of unknown origin. *BJOG* 2014 ;121(1):44–50.
4. **Baldé IS, Balde O, Diallo MC, Diallo MH, Bah IK, Barry A et al.** Mortalité maternelle: Aspects sociodémographique, étiologique et facteurs de risque au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Régional de Mamou (Guinée Conakry). *Rev int sc méd -RISM-* 2017;19,2:100-104.
5. **Abdelkader F, Abdelkader N, Malek MV.** Hématome retro placentaire aspects épidémiologiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques au centre hospitalier national à propos de 97 cas. *Int. J. Adv. Res.* 2019.7(12), 785-789.
6. **Adam I, Haggaz A D, Mirghani O A, Elhassan E M .** Placenta previa and pre-eclampsia: analyses of 1645 cases at Medani Maternity Hospital, Sudan. *Front Physiol.* 2013 Feb 28;4:32. |
7. **Gueye M, Diouf. A, Wade M., Mbodji A, Ndiaye M D, Cisse A et al** Mise à jour sur l'épidémiologie de la rupture utérine en Afrique à partir de données hospitalières au Sénégal. *Journal de la SAGO*, 2020, vol.21, n°2, p.20-28.
8. **MH Diallo, IS Baldé, MN Mamy, BS Diallo, O Baldé, AB Barry, N Keita.** Rupture utérine : aspects sociodémographique, étiologique et prise en charge à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Guinée. *Médecine et Santé Tropicales.* 2017;27(3):305-309. doi:10.1684/mst.2017.0695.
9. **Thiam O, Mbaye M, Diouf AA, Touré F B, Gueye M, Niang M.** Aspects épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques de l'hématome retro placentaire (HRP) dans une maternité de référence en zone rurale. *Pan African Medical Journal.* 2014; 17:11 doi:10.11604/pamj.2014.17.11.3554.
10. **Ministère du plan et du développement économique :** Enquête démographique et Santé (EDS). Guinée Conakry 2018 page 40-1.
11. **Hai'dara M, Mariko S, Dao SZ, Samaké A, Traoré O, Guindo I et al.** Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de Kalaban-Coro, Mali 2020. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 114-120.
12. **Mbongo J A, Haba F , Aloumba GW, Iloki L H.** Management of Bleeding Occuring on the Last Three Months before Delivery at the University Hospital Center of Brazzaville . *Global Journal of Medical Research: 2016E Gynecology and Obstetrics.* Volume 16 Issue 2 1-6.
13. **Lankoande, M., Bonkougou, P., Ouandaogo, S. et al.** Incidence and outcome of severe ante-partum hemorrhage at the Teaching Hospital Yalgado Ouédraogo in Burkina Faso. *BMC Emerg Med* 17, 17 (2016) . <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0128-3>.
14. **Lankouandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotonga 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.
15. **Touré Coulibaly K, Assi G, Tano N, Kouyaté S, Guie P, Doumbia Y.** Le décollement Précoce du placenta normalement inséré, pronostic fœto-maternel. A propos de 1062 cas colligés à la Clinique obstétricale du CHU de Treichville. *Med Afr Noire* 1995; 42, 10: 540-47.
16. **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 1988 à 1992. *Med Afr Noire* 1996 43(6); 342-47.