

## **Devenir des grossesses qui saignent au 3<sup>ème</sup> trimestre au centre hospitalo-universitaire de Kamenge au Burundi**

### **What happen to pregnancies that bleed in the third trimester at the Kamenge University hospital in Burundi**

**Ntukamazina D1, Harerimana S1, Ndirahisha E2, Nkurunziza JC3, Niyongabo J C4, Ndayegamiye H5**

1. Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge, département de gynécologie-obstétrique
2. Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Médecine interne, cardiologie
3. Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge, département de Médecine communautaire
4. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida
5. Hôpital militaire de Kamenge

**Auteur de correspondance:** Déogratias Ntukamazina : deomazina598@gmail.com

#### **Résumé**

**But :** Décrire l'aspect épidémiologique et analyser le pronostic maternofoetal en cas d'hémorragie du troisième trimestre de grossesse.

**Matériel et méthodes :** Etude prospective et descriptive réalisée du 1er octobre 2018 au 30 Septembre 2019. Etaient incluse toute gestante ayant une hémorragie provenant de la cavité utérine à partir de la 28<sup>ème</sup>SA. Etaient exclue toute gestante ayant présenté une hémorragie de la délivrance. La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été faits avec Microsoft Word, Excel 2013 et Epi-info 7.2.

**Résultats :** Quatre-vingt-trois patientes avaient eu une hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre sur 4375 accouchements enregistrés, soit 1,89% des cas. L'âge moyen était de 29,21 ans. Les primigestes représentaient 28,9%. La grossesse était à terme chez 20 patientes (24,1%) à l'admission. Les métrorragies associées à des contractions utérines représentaient le principal motif de consultation chez 52 patientes (62,6%). Les principales étiologies étaient le placenta prævia (40,9%) et l'hématome retro placentaire (34,9%). Comme issue de la grossesse, nous avons noté un accouchement à terme (53,1%), un accouchement prématuré (28,9%), une sortie avant l'accouchement (10,8%) et une mort fœtale in utéro (10,8%). Aucun décès maternel n'avait été enregistré mais 18,91% de décès fœtal étaient observés.

**Conclusion :** L'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse est une urgence obstétricale fréquente avec une mortalité fœtale élevée ; le pronostic maternel étant meilleur que le pronostic fœtal. Les principales causes sont un placenta prævia, un hématome retro placentaire ou une rupture utérine.

**Mots clés :** Grossesse, hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre, pronostic

#### **Summary**

**Aim:** To describe the epidemiological aspect and analyze the maternofetal prognosis in case of hemorrhage in the third trimester of pregnancy.

**Material and methods:** Prospective and descriptive study made from 1<sup>st</sup> October 2018 to 30<sup>th</sup> September 2019. Any pregnant woman with hemorrhage from the uterine cavity from the 28<sup>th</sup> week

of amenorrhea was included. Any woman with bleeding from the delivery was excluded. Data entry processing and analysis were done with Microsoft word, Excel 2013 and Epi-info 7.2.

**Results:** Eighty-three patients out of a total of 4,375 deliveries in the study period were recorded (1.89%). The average age was 29.21 years old (18 years old and 39 years old). The prim gravidae represented 28.9%. Pregnancy was at term in 20 patients (24.1%) on admission. Metrorrhagia associated with uterine contactions represented the main reason for consultation in 52 patients (62.6%). The main etiologies were placenta previa (40.9%) and retro placental hematoma (34.9%). For the outcome of the pregnancy, we noted a term delivery (53.1%), a premature delivery (28.9%), a discharge before childbirth (10.9%) and a fetal death in utero (10.8%). No maternal deaths but 18.9% fetal deaths.

**Conclusion:** The bleeding in the 3<sup>rd</sup> trimester of pregnancy remains an obstetric emergency that can mainly suggest a placenta Previa, a retro placental hematoma or a uterine rupture. The maternal prognosis is better but reserved for the fetus.

**Key words:** Pregnancy, 3<sup>rd</sup> trimester hemorrhage, prognosis

## Introduction

L'hémorragie du troisième trimestre correspond au saignement extériorisé par voie génitale à partir de 28 SA jusqu'à l'accouchement. Selon son abondance, elle peut constituer une urgence obstétricale grave mettant en jeu le pronostic vital maternel et foetal. Différentes causes peuvent être à l'origine de cette hémorragie dont le placenta prævia, l'hématome retro placentaire, la rupture utérine et l'hémorragie de Ben Kiser [1, 2]. A la maternité du centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), cette complication de la grossesse constitue une préoccupation quotidienne en pratique courante. Cependant, on s'est toujours posé la question de savoir l'aspect épidémiologique des patientes qui y sont prises en charge pour l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, quelle est l'étiologie et surtout le pronostic materno-foetal?

## Matériel et méthode

L'étude était prospective et descriptive. Elle s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalo-universitaire de Kamenge sur une période d'une année : du 1er octobre 2018 au 30 Septembre 2019.

L'échantillonnage était probabiliste exhaustif et portait sur tous les nouveaux cas hospitalisés pour hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. Etaient incluse dans l'étude toute femme enceinte admise pour une hémorragie provenant de la cavité utérine à partir de la 28<sup>ème</sup> SA. Etaient exclue toute femme présentant une hémorragie de la délivrance. Le consentement éclairé des patientes a été obtenu avant leur inclusion. Un interrogatoire et un examen clinique étaient réalisés pour chaque patiente. Les données étaient notées sur une fiche établie pour cette fin. Le dépouillement des données a été fait manuellement. Le traitement et l'analyse des données ont été respectivement effectués à l'aide des logiciels Microsoft Word, Excel 2013 et Epi-info 7.2.

## Résultats

Au cours de la période d'étude, 83 patientes ont été hospitalisées dans la maternité du CHU de Kamenge pour hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse sur un total de 4375 accouchements, soit une incidence de 1,89%. L'âge moyen des patientes était de 29,21 ans avec une déviation standard de 0,1247. Les extrêmes d'âge étaient

de 18 ans et 39 ans. La tranche d'âge de 25-30 ans était la plus représentée, soit 33,73% des cas. Les primigestes ont été notées dans 28,9%. On a retrouvé 23 patientes (27,71%) avec antécédents de saignement sur la grossesse antérieure. Aucune consultation prénatale n'avait été faite chez 7 patientes, soit 8,4%, 81,9% avaient fait 1 à 3 consultations prénatales et 9,7% en avaient fait plus de 4. L'âge gestationnel à l'admission était compris entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée (SA) chez 27 patientes (32,53%), entre 33 et 36 SA chez 36 patientes (43,37%) et chez 20 patientes, la grossesse était à terme (24,09%). Trente-deux patientes étaient référées par d'autres structures de soins (38,55%). Le motif de consultation était représenté par les métrorragies avec des contractions utérines dans 62,65% des cas, les métrorragies isolées dans 33,73%, les métrorragies avec absence de mouvements actifs du fœtus dans 3,61% des cas. La présentation fœtale était céphalique chez 73 patientes (87,9%), transverse chez 7 patientes (8,4%) et siège chez 3 patientes (3,6%). L'étiologie de l'hémorragie a été précisée chez 77 patientes dont 34 cas de placenta prævia (40,9%), 29 cas d'hématome retro placentaire (34,9%), 11 cas de rupture utérine (13,2%) et 3 cas d'association placenta prævia et hématome retro placentaire (3,6%). L'issue de la grossesse a été marquée par un accouchement à terme chez 44 patientes (53,1%), un accouchement prématuré chez 24 patientes (28,9%); une sortie avant accouchement chez 9 patientes (10,8%) et une mort fœtale in utero chez 6 patientes (7,2%). Sur 74 accouchements, 11 patientes ont accouché par voie basse (14,8%), 63 par césarienne (85,5%). Les indications de la césarienne étaient le placenta prævia hémorragique (36,5%), hématome retroplacentaire (46%), rupture utérine (17,4%). Le pronostic maternel était émaillé par des complications du post partum dont les plus dominantes étaient une hémorragie en per opératoire (27%), un choc hypovolémique

(18,9%), une endométrite (16,2%) et une hémorragie du post partum (16,2%). Aucun décès maternel n'a été noté. Pour le pronostic fœtal, 18,9% de décès fœtal ont été enregistrés et la morbidité fœtale était caractérisée par une hypotrophie fœtale (58,1%), une prématurité (32,4%), Une détresse respiratoire aigüe (17,5%) et une souffrance fœtale aigüe (17,5%).

## Discussion

Au cours de la période d'étude, 83 patientes ayant consulté pour hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse ont été enregistrés dans la maternité du CHU de Kamenge sur 4375 accouchements, soit une incidence de 1,89%. Dans une étude sur l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse réalisée au centre hospitalo-universitaire de Brazzaville, Mbongo J A et al ont trouvé une fréquence de 1,2% [1]. Mutombo K C et al ont trouvé une fréquence de 2,3% de l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse [3]. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Mutombo K C parce que les cas d'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse faisaient partie des urgences reçues en salle de travail. Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 29,21 ans. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Lankoande M et al [4] au Burkina Faso où ils ont trouvé un âge moyen de 27,8% chez les patientes qui avaient présenté une hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. La tranche d'âge de 25-30 ans était la plus représentée dans notre étude, soit 33,73% des cas. L'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse n'augmente pas avec l'âge de la patiente. Par contre, selon le travail d'Ananth CV [5], certaines causes de survenue de cette hémorragie dont le placenta prævia seraient augmentées avec l'âge de la patiente. Dans notre série, les primigestes représentaient 28,9% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de Singhal S et al [6] qui ont trouvé 26,9% des primigestes dans leur série. Pour les consultations prénatales, 81,9% des patientes

de notre série en avaient fait 1 à 3. Lankoande M et al [4] avaient noté dans leur série 75% des patientes ayant fait 3 consultations prénatales et plus. Dans notre étude, l'âge gestationnel à l'admission était compris entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée (SA) chez 27 patientes (32,53%), entre 33 et 36 SA chez 36 patientes (43,37%) et chez 20 patientes, la grossesse était à terme (24,09%). Dans la série de Singhal S et al [6], la grossesse avait plus de 37 SA dans 57,33% des cas. Cette différence de terme serait expliquée par la cause et la période de survenue du saignement génital au cours de la grossesse. Dans notre série, le motif de consultation était représenté par les métrorragies avec des contractions utérines dans 62,65% des cas, les métrorragies isolées dans 33,73%, les métrorragies avec absence de mouvements actifs du fœtus dans 3,61% des cas. Le motif de consultation était le même que dans la série de Mbongo J A et al [1] car ils ont trouvé une hémorragie génitale associée à des contractions utérines dans 33,7%, une hémorragie génitale isolée dans 57,1% et une hémorragie génitale avec absence des bruits du cœur fœtal dans 36,7%.

La présentation fœtale dans notre étude était céphalique chez 73 patientes (87,9%), transverse chez 7 patientes (8,4%) et siège chez 3 patientes (3,6%). Ces résultats sont semblables à ceux de Singhal L et al [6] qui ont trouvé 12,9% de présentations vicieuses dans leur série. L'étiologie de l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse dans notre étude a été précisée chez 77 patientes dont 34 cas de placenta prævia (40,9%), 29 cas d'hématome retro placentaire (34,9%), 11 cas de rupture utérine (13,2%) et 3 cas d'association placenta prævia et hématome retro placentaire (3,6%). La cause de l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse dans la série de Mutombo K C et al [3] était le placenta prævia (68,9%), la rupture utérine (24,1%) et l'hématome retro placentaire (6,9%). Dans la série de Mbongo J A [1], les causes de l'hémorragie ont été le placenta

prævia (56,1%), l'hématome retroplacentaire (37,5%), la rupture utérine (5,1%) et les causes indéterminées (3%). Ces causes constituent normalement les principales étiologies de l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse.

Dans notre étude, l'issue de la grossesse a été marquée par un accouchement à terme chez 44 patientes (53,1%), un accouchement prématuré chez 24 patientes (28,9%); une sortie avant accouchement chez 9 patientes (10,8%) et une mort fœtale in utero chez 6 patientes (7,2%). Onze patientes ont accouché par voie basse (14,8%) et 63 par césarienne (85,5%). Dans l'étude de Mbongo J A [1], ils ont trouvé 31,6% d'accouchements à terme, 39,8% d'accouchements prématurés. Dans le travail de Lankoande M et al [4], 64,8% avaient accouché par césarienne. L'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse constitue une urgence extrême qui se termine souvent par une césarienne pour sauvetage maternel et fœtal.

Dans notre série, Le pronostic maternel était émaillé par des complications du post partum dont les plus dominantes étaient une hémorragie en per opératoire (27%), un choc hypovolémique (18,9%), une endométrite (16,2%) et une hémorragie du post partum (16,2%). Aucun décès maternel n'a été noté. Mbongo J A et al [1] avaient trouvé que les principales complications maternelles en post partum étaient l'anémie (73,4%), une endométrite (5,1%) et une suppuration pariétale associée à une endométrite (4%). Dans la série de Sanghal S et al [6] sur l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, le décès maternel était de 2,2%). Pour le pronostic fœtal, nous avons enregistré 18,9% des cas de décès fœtal et la morbidité fœtale était caractérisée par une hypotrophie fœtale (58,1%), une prématurité (32,4%), Une détresse respiratoire aiguë (17,5%) et une souffrance fœtale aiguë (17,5%). Dans la série de Lankoande M et al [4], ils ont trouvé 18,1% de prématurité et 18,1% de décès fœtal.

## Conclusion

Cette étude nous a montré que l'hémorragie au cours de la grossesse en général et celle du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse en particulier constitue une urgence obstétricale majeure. C'est un accident obstétrical grave et imprévisible. Il peut mettre en jeu le pronostic vital materno-fœtal, raison pour laquelle sa prise en charge précoce et efficace reste désirée.

## Références bibliographiques

1. Mbongo J A, Haba F, Aloumba G W, Iloki L H, Management of bleeding occurring on the last three months before delivery at the University Hospital Center of Brazzaville. Global journal of medical research. 2016, Vol XVI, issue II, version I.
2. Abberescia K, Sheridan B, Complications of second and third trimester pregnancies. Emerg Med Clin North Am. 2003; 21(3):695-710.
3. Mutombo. M K C, Mukandila. M A, Mikenji B. Profil et pronostic des urgences obstétricales en salle de travail de la maternité Bonzola à Mbujimayi. Mali Médical. 2015; 30 (4): 65-73.
4. Lankoande M, Bonkougou P, Ouandaogo S, Dayamba M, Ouedraogo A, Incidence and outcome of severe ante-partum hemorrhage at the Teaching Hospital Yalgado Ouédraogo in Burkina Faso. BMC Emergency Medicine. 2016; 17(1):
5. Ananth C V, Wilcox A J, Savitz D A, Bower J W A, Luther E R, Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy: Obstet Gynecol: 1996; 88(4):511-516.
6. Singhal S, Nymphaea, Nanda S. Maternal and Perinatal Outcome In Antepartum Hemorrhage: A Study At A Tertiary Care Referral Institute. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics.2007 ;9 (2):1-4.