

IIème partie :

Considérations pratiques

MCours.com

CHAP II : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE

II.1 situation géographique des cliniques universitaires de Lubumbashi

Notre étude sera menée aux cliniques universitaires de Lubumbashi, sa situation géographique rend son accès à la population de la commune de Lubumbashi et environnant. Les Cliniques Universitaires de Lubumbashi se situent au croisement des avenues Kasai et Ndjamena, au Sud-est de l'école de Santé Publique, du lycée Tuendelee ; l'avenue Kambove et l'Institut Imara l'encerclent au Nord-ouest.

II.2 Historique de l'hôpital

Les cliniques universitaires de Lubumbashi ex reine Elisabeth ou hôpital des blancs ont été construites en 1928. Cette institution hospitalière appartenait à une congrégation religieuse catholique des sœurs de la Charité de grand, elles ont été construites à l'époque pour les soins des blancs et des évoluées jusqu'en 1975, elles ont été confiée à l'UNAZA (l'actuel UNILU), on les appela dès lors « Cliniques Maman Mobutu » jusqu'en 1990 où elles furent appelées « Cliniques Universitaires de Lubumbashi ».

II.3 organisation des services

Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population, les cliniques universitaires de Lubumbashi comportent : un service de médecine interne, pédiatrie, chirurgie, gynécologie-obstétrique, et les spécialités comme dermatologie, ophtalmologie et stomatologie, et la morgue, dispensaire (réception, réception, P.M.I, C.P.N etc.), neurologie, ORL.

Nous nous attarderons plus dans le service de gynécologie et obstétrique qui concerne notre étude.

CHAP III. METHODOLOGIE

3.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale à collecte des données rétrospective.

3.2 PERIODE D'ETUDE

Notre étude est menée durant la période qui s'étend du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019 soit 12 mois dans le service de gynéco-obstétrique des cliniques universitaires de Lubumbashi, dans la province du haut-Katanga de la RD Congo.

3.3 TYPE D'ECHANTILLONAGE

Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire de convenance exhaustif.

3.4 POPULATION D'ETUDE

Toute femme enceinte admise à la maternité pour hémorragie survenant durant le troisième trimestre de la grossesse.

3.5 ECHANTILLONAGE

3.5.1 Critères d'inclusion

Toute femme admise à la maternité pour saignement d'origine (obstétricale) après 28 SA

- ❖ Etre admise pendant la période d'étude du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

3.5.2 Critères d'exclusion

- ❖ Femme admise pour saignement sur grossesse avant 28SA
- ❖ Femme admise avant ou après la période d'étude.

3.5.3 Taille de l'échantillon : $n = z^2 p(1-p) / m^2$

n = taille de l'échantillon

z = niveau de confiance à 95%

p = proportion estimative, lorsque c 'est inconnue on utilise $p=0.5$

m = marge d'erreur

- ✓ cette formule permet de calculer le nombre de personnes **n** à interroger en fonction de la marge d'erreur **m** que l'on peut tolérer sur une proportion des réponses **p**

Pour trouver l'intervalle nous utiliserons la formule suivante : $I=T/t$

T : l'ensemble de toutes les femmes admises à l'hôpital pendant la période d'étude

t : l'ensemble de toutes les femmes présentant la pathologie

Exemple : pour calculer une proportion avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur à 5% : $n= (1.96)^2 \times (0.5)(1-0.5)/(0.05)^2=384.16$ nous comprenons que la taille réelle de l'échantillon est un compromis entre le degré de précision à atteindre, le budget pour l'enquête et l'ensemble des contraintes opérationnelles (informations disponibles, délais, etc...) cependant pour effectuer une étude de marché suffisamment fiable, on admet le plus souvent une marge d'erreur à 5% ce qui nécessite d'obtenir environ 400 réponses.

N.B : Nous ne disposons pas des données pour le moment mais la première et la dernière étape du calcul, nous le calculerons après notre récolte des données aux cliniques universitaires de Lubumbashi.

3.6 DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019 ; les données étaient collectées au fur et à mesure par lecture des dossiers des malades et des carnets de CPN

3.7 COLLECTE DES DONNEES

5.8.1 Support : les données ont été collectées à partir des fiches d'enquêtes individuelles, des dossiers de suivi des patientes, des registres d'accouchement et d'hospitalisation.

Techniques : technique documentaire.

3.8 VARIABLES ETUDIEES :

- Profession : variable qualitative multichotomique
- Etat matrimonial : variable qualitative multichotomique
- Provenance : variable qualitative multichotomique
- Age (an) : variable quantitative continue

- Sexe : variable qualitative dichotomique
- Formule obstétricale (PGAD) : variable quantitative continue
- Les antécédents gynéco-obstétricaux : variable qualitative suivi des cas
- Age gestationnel (S.A) : variable quantitative continue
- Abondance de l'hémorragie : variable qualitative multichotomique
- Voie d'accouchement : variable qualitative dichotomique
- Issue fœtale : variable qualitative suivi des cas
- Issue maternelle : variable qualitative suivi des cas
- Type de présentation : variable qualitative multichotomique
- Causes de l'hémorragie : variable qualitative multichotomique
- Aspects de saignement : variable qualitative multichotomique
- Traitement : variable qualitative suivi des cas

3.9 ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES :

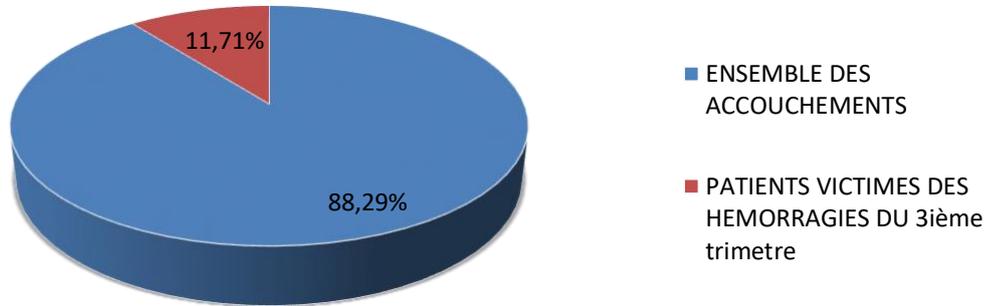
Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPIINFO 7 et Microsoft Excel

CHAPIV. PRESENTATION DES RESULTATS

IV.1 FREQUENCE

La présente étude était effectuée aux cliniques universitaires de Lubumbashi 120 cas sur 1024 gestantes soit 11, 71 % des femmes été victimes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse ; les résultats les plus significatifs sont présentés dans cette étude.

Fig 1. fréquence des hemorragies du troisième trimestre



IV.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

IV.2.1 TABLEAU N° 1 : Répartition des patientes selon l'Age

Age	Effectif	Pourcentage
14-19	1	0,83
20-34	95	79,17
35-45	24	20,00
Total	120	100,00

L'âge des patients de notre série varie entre 14 et 44 La répartition selon l'âge (TABLEAU N°1) montre que 79,17 % de nos patientes avaient un âge compris entre 20 et 34 ans.

IV.2.2 TABLEAU N°2 : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
------------	----------	-------------

Enseignant	2	1,67
Fonctionnaire	74	61,67
Libérale	44	36,67
Total	120	100,00

Il ressort que les patientes qui sont fonctionnaires prédominent avec une fréquence de 61,67% sur 36,67% dont la profession est libérale suivi de 1,67% enseignante.

IV.2.3 TABLEAU N°3 : Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
c/ annexe	37	30,83
Kamalondo	7	5,83
Kampemba	21	17,50
Katuba	4	3,33
Kenya	4	3,33
I'shi	36	30,00
Rwashi	11	9,17
Total	120	100,00

Il ressort que la majorité de nos patientes habitaient dans la commune annexe soit 30,83%, suivi de la commune de Lubumbashi soit 30%, de la commune de Kampemba avec 17,50%, de la commune de Rwashi avec 9,17%, de la commune de Kamalondo avec 5,83% enfin les communes de Katuba et Kenya qui représentaient respectivement 3,33%.

IV. 3. PARAMETRES VITAUX A L'ADMISSION

IV.3.1 TABLEAU N°4 : Répartition des patientes selon la tension artérielle

TA	Effectif	Pourcentage
Basse (<90/60	43	35,83
Normale (90/60-140/90	47	39,17
Elevée 140/90	30	25,00
Total	120	100,00

Ce tableau témoigne que 39, 17% de nos patientes avaient une tension artérielle moyenne ; 35,83% la leur était basse alors que chez 25% de nos patients elle était élevée.

IV.3.2 TABLEAU N°5 : Répartition des patientes selon le poids

Poids	Effectif	Pourcentage
40-50	4	3,33
51-60	34	28,33
sup 60	82	68,33
Total	120	100,00

Il ressort que 68,33% de nos patientes ont un poids supérieur à 60 par rapport aux deux autres classes (28,33% de l'intervalle de 51-60 et 3,33% de 40-50).

IV.4. CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES ET CLINIQUES

IV.4.1 TABLEAU N° 6 : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

âge gestationnel	Effectif	Pourcentage
28-36	33	27,50
37-42	86	71,67
sup 42	1	0,83
Total	120	100,00

La répartition de nos patientes selon l'âge gestationnel nous a montré que 27,50% des cas, la grossesse était à terme ; 71,67 % de cas d'accouchements prématurés et seulement 0,83% de post terme.

IV.4.2 TABLEAU N° 7 : Répartition des patientes en fonction de gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
grande multigeste sup 7	10	8,33
multigeste (4-6)	33	27,50
paucigestes (2-3)	47	39,17
primigeste (1)	30	25,00
Total	120	100,00

Il ressort de ce tableau que les paucigestes qui prédominent avec 39,17% suivi des multigestes avec 27,50% ; des primigestes avec 25% enfin 8,33%.

IV.4.3 TABLEAU N°8 : Répartition des femmes en fonction de l'antécédent avortement

Avortement	Effectif	Pourcentage
0<3	86	71,67
>3	34	28,33
Total	120	100,00

Il ressort de ce tableau que le nombre des patients n'ayant pas avorté soit 71,67% était élevé par rapport à ceux-là qui ont avorté avec une fréquence de 28,33%.

IV.4.4 TABLEAU N°9 : Répartition des femmes selon le motif de consultation

motif de consultation	Effectif	Pourcentage
douleurs lombo-hypogastriques	2	1,67
perte liquidienne	49	40,83
saignement vaginal	69	57,50
Total	120	100,00

Il ressort que la majorité des patientes se plaignaient du saignement vaginal avec une fréquence de 57,50% suivi de la perte liquidienne avec 40,83% enfin les douleurs lombo-hypogastriques avec 1,67%

IV.4.5 TABLEAU N°10 : Répartition des patientes en fonction du diagnostic probable

diagnostic probable	Effectif	Pourcentage
HRP	14	11,67
placenta prævia	44	51,67
rupture utérine	62	36,67
Total	120	100,00

Il ressort de ce tableau que 51,67% de nos patientes le diagnostic le plus probable était le placenta prævia suivi de la rupture utérine avec 36,67% enfin l'hématome retro-placentaire avec 11,67%.

IV.4.6 TABLEAU N°11 : Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	95	79,17
Siège	25	20,83
Total	120	100,00

Le type de présentation ici est dominé par la céphalique avec 79,17% tandis que le siège suit avec 20,83%.

IV.4. 7 TABLEAU 12 Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'APGAR à la cinquième minute

APGAR 5MIN	EFFECTIF	POURCENTAGE
≤3	5	4,17
4 à 6	10	8,33
≥7	105	87,50
Total	120	100,00

Il ressort de ce tableau que les nouveau-nés avaient un score d'APGAR à la 5eme minute de 4 à 6 représentaient 8,33% suivis de 4,17% qui avaient le score inférieur ou égal à 3 et enfin 87,50% de nouveau-nés avaient un score supérieur ou égal à 7

IV.4.9 TBLEAU 13. Répartition des nouveau-nés selon leur pronostic vital

PRONOSTIC VITAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bon	114	95,00
Mauvais	6	5,00
Total	120	100,00

Il ressort de ce tableau que 95% des nouveau-nés avaient un bon prostic vital, tenant compte de certains paramètres vitaux de celui-ci (APGAR, BDCF,...).

CHAPV DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES DES RESULTATS

V.1 fréquence

Pendant la période d'étude nous avons enregistré dans le service 1024 accouchements dont 124 cas de grossesses compliqués d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse soit une fréquence de 11,71% ; cette fréquence est comparable à celle de KEITA (1994) qui montrait que 18,7% ont été victimes des hémorragies du troisième trimestre, ces résultats laissent voir que les hémorragies se vivent toujours d'actualité malgré le progrès dans la santé de la mère et l'enfant.

V.2 la résidence

En ce qui concerne la résidence, la majorité de nos patientes, elles habitaient dans la commune annexe soit 30,83%, suivi de la commune de Lubumbashi soit 30%, de la commune de Kampemba avec 17,50%. Ceci peut s'expliquer par la localisation des cliniques universitaires de Lubumbashi qui est au centre de la ville.

V.3 la profession

Parlant de la profession Les fonctionnaires sont les plus représentés avec 61,67%. Notre taux est supérieur à celui rapporté par Sepou A. (2002), (54,5%). Ce taux est inférieur à celui rapporté par Kane F, (1998) avec 80,5%.

Selon MABOUNGA R. A. (2003), L'explication est que les femmes au travail sont moins suivies en CPN, donc plus exposées aux facteurs de risque non identifiés.

V.4 l'âge

La tranche d'âge ayant été plus victime des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse est de 20 à 34 ans ou 79,17%. La tranche d'âge la plus atteinte était de 20-34 ans (79,17). Elle correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue.

V.5 le poids

En rapport avec le poids 68,33% de nos patientes ont un poids supérieur à 60 par rapport aux deux autres classes (28,33% de l'intervalle de 51-60 et 3,33% de 40-50).

V.6 l'âge gestationnel

En rapport avec l'âge gestationnel, notre étude révèle que la moyenne d'âge gestationnel était de 36 Semaines d'aménorrhée, les extrêmes sont de 28 à 42 semaines d'aménorrhée.

V.7 l'antécédent d'avortement

Parlant de l'avortement, le nombre des patients n'ayant pas avorté soit 71,67% était élevé par rapport à ceux-là qui ont avorté avec une fréquence de 28,33%

V.8 le diagnostic probable

En rapport avec le diagnostic probable, nous avons noté que 51,67% de nos patientes le diagnostic le plus probable était la rupture utérine suivi du placenta prævia avec 36,67% enfin l'hématome retro-placentaire avec 11,67%.

Baba Dior Diop trouve 22,4% placenta prævia, 7 % des ruptures utérines et enfin 62,6% de HRP ; ce qui est diamétralement opposé à notre série. par contre ceux de Keita se rapprochent de Daba Dior Diop avec respectivement 62,6% pour le HRP ; 22,4% pour le PP et 7% pour la RU ; Karembeu, la rupture utérine occupe le 4 ème rang sur 154 cas soit 3,25% ; cette fréquence est inférieure à celle de KANE.F dont l'étude a été menée en milieu hospitalier, elle est supérieure à la fréquence moyenne de 0,7% à 3,5% de BOOG G ; ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la RU est devenu un phénomène rare si exceptionnel dans les pays médicalisés alors qu'elle est trop fréquente dans les pays où la couverture sanitaire est encore faible.

Concernant l'HRP, les études de Karembeu révèlent un taux de 37,66% taux comparable à ceux obtenus par KANE.F et FOOTE qui étaient respectivement de 35,82% et 37% .HOHLFELD avait trouvé 30%. Cependant ce taux est supérieur à ceux obtenus par BARBOTX et J.LANSAC qui étaient respectivement de 15 à 16% et 7,4% des cas. Cette différence entre ces résultats de notre étude pourrait s'expliquer en partie par la prévention précoce dans les pays développés de cette pathologie.

Parlant du PP, nous avons trouvé un taux de 51,67% ce taux presque élevé se rapproche de celui de KAREMBEY qui avait trouvé 55,2%, ce taux élevé pourrait s'expliquer en partie par la multiplicité des facteurs de risque de PP.

V.9 la gestité

En regard de la gestité, Les paucigestes représentaient 39,17% de notre échantillon. La multigestité a été citée comme facteur de risque du PP de l'HRP et de la RU par plusieurs

Auteurs. COULIBALY.F trouve que les multigestes courent trois fois plus de risque de faire un HRP que les paucigestes.

V.10 le motif de consultation

Parlant du motif de consultation, la majorité des patientes se plaignaient du saignement vaginal avec une fréquence de 57,50% suivi de la perte liquidienne avec 40,83% enfin les douleurs lombo-hypogastriques avec 1,67%.

V.11 le pronostic maternel

Le problème de mortalité maternelle se pose essentiellement dans les pays en développement. L'ignorance, l'analphabétisme et la pauvreté en sont les facteurs de risque, Notre taux est supérieur à celui de Sepou (3,6%) et à celui de Diakité R. 1,2% mais quant à ce que nous avons consulté la prise en charge était à la hauteur.

V.12 le pronostic fœtal

Le pronostic fœtal suivant la plupart des cas que nous avons rencontrés, il était appréciable mais malgré les progrès considérables réalisés dans le domaine de la réanimation, la prise en charge des prématurés et la technique de césarienne. SIDIBE A., K. (1991), les hémorragies du troisième du trimestre de la grossesse restent un rival de toujours.

V.13 le type de présentation

Le type de présentation ici est dominé par la céphalique avec 79,17% tandis que le siège suit avec 20,83%. Dans une étude menée par les hautes autorités de santé (HAS) publiée en 2012, on note une fréquence des accouchements en présentation céphalique de 94,7%. Cette différence de pourcentage peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui est de 15187 parturientes pour HAS contre 2095 parturientes.

CONCLUSION

Les hémorragies du troisième trimestre de la grossesse demeurent l'une des principales urgences en pratique médicale. Elles représentent une cause importante de mortalité et de morbidité maternelle, néonatale et fœtale dans les pays en voie de développement ; elles nécessitent un diagnostic précis et rapide, une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic materno-fœtal.

Il nous a semblé alors plus t de mener une étude pour connaître le profil épidémiologique, évaluer la qualité de la prise en charge et le pronostic. Notre travail est une étude dont l'échantonnage est aléatoire de convenance exhaustive portant sur 120 patientes ayant été victimes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse aux cliniques universitaires de Lubumbashi dans la province du Haut-Katanga en république démocratique du Congo.

La fréquence des hémorragies du troisième trimestre est de 11,71 % des accouchements, l'âge moyen était 32 ± 8 ans avec un minimum de 14 et un maximum de 45 ans, les fonctionnaires sont plus représentés avec 61,67% ; la moyenne d'âge gestationnel était de 36 SA alors que les extrêmes sont de 28 à 42 SA. Concernant le diagnostic probable, nous avons noté que 51,67% de nos patientes le diagnostic le plus probable était la rupture utérine suivi du placenta prævia avec 36,67% enfin l'hématome retro-placentaire avec 11,67% ; En regard de la gestité, Les paucigestes représentaient 39,17% de notre échantillon. La multigestité a été citée comme facteur de risque du PP de l'H R P et de la R U par plusieurs Auteurs, Parlant du motif de consultation, la majorité des patientes se plaignaient du saignement vaginal avec une fréquence de 57,50% suivi de la perte liquidienne avec 40,83% enfin les douleurs lombo-hypogastriques avec 1,67%, Le type de présentation ici est dominé par la céphalique avec 79,17% tandis que le siège suit avec 20,83% en fin par rapport au pronostic materno-fœtal, Le problème de