



Choc hémorragique au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana.

Hemorrhagic shock at the University Hospital for Gynecology and Obstetrics in Befelatanana.

A R N RAMAROLAHY^{(1)*}, T RAZAFINDRAINIBE⁽²⁾, L RAINIBARJAONA⁽²⁾, M ANDRIANIRINA⁽²⁾, R C N RAKOTOARISON⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Réanimation Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 18 février 2021

Accepté le 30 juillet 2021

Disponible en ligne le 30 novembre 2021

RESUME

Introduction : L'état de choc hémorragique au bloc opératoire est une situation fréquente. Sa prise en charge constitue l'une des situations les plus difficiles qui nécessite la collaboration entre les Gynécologues Obstétriciens et Anesthésiste réanimateurs. **Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective descriptive qui se déroulait du 01 Aout au 30 septembre 2019 incluant toutes patientes admises au bloc et présentant un choc hémorragique. La prise en charge pré et peropératoire ainsi que l'évolution ont été décrites. **Résultats :** Durant notre étude, 32 cas de choc hémorragique ont été constatés dans les trois blocs du CHUGOB soit une fréquence de 17,20%. La moyenne d'âge des patientes était de 28 ans. L'HRP (35%) et la GEU rompue (25%) prédominaient. Les principaux signes de choc étaient une tachycardie (100%), polypnée (100%) et la PAM inférieure à 70 mmHg (78,1%). Seul le groupage rhésus a été fait dans 100% des cas. La transfusion a été réalisée chez 15,62% des patientes en préopératoire. Le délai moyen de cette transfusion était de 3heures. L'éphédrine était le vasopresseur le plus utilisé (56%). Le thiopental a été l'hypnotique le plus utilisé (59%) à l'induction anesthésique. Toutes les patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine en peropératoire et le remplissage vasculaire été fait avec le cristalloïde dans 100% des cas. La persistance de choc était la complication la plus constatée. Trois patientes étaient décédées. **Conclusion :** La prise en charge anesthésique des patients en choc hémorragique devrait être réalisée dans un délai le plus bref et suivant un protocole bien défini avec l'aide d'un plateau technique adapté.

Mots clés : Anesthésie - Choc hémorragique - Gynécologie et Obstétrique - Transfusion sanguine.

ABSTRACT

Background: The state of hemorrhagic shock in the operating room is a frequent situation. Its management constitutes one of the most difficult situations which requires the collaboration between the Gynecology-Obstetricians and anesthesiologist resuscitators. **Materials and Methods:** This is a descriptive prospective study that took place from August 01st to September 30th, 2019 including all patients admitted to the block and presenting with hemorrhagic shock. The pre and intraoperative management as well as the evolution have been described. **Results:** Only rhesus grouping was done in 100% of cases. Transfusion was performed in 15.62% of patients preoperatively. The average time for this transfusion was 3 hours. Ephedrine was the most used vasopressor (56%). Thiopental was the most used hypnotic (59%) at anesthetic induction. All patients received intraoperative blood transfusion and vascular filling was done with crystalloid in 100% of cases. The persistence of shock was the most observed complication. Three patients had died. **Conclusion:** The anesthetic management of patients in hemorrhagic shock should be carried out as soon as possible and following a well-defined protocol with the help of an adapted technical platform.

Keywords: Anesthesia - Hemorrhagic shock - Gynecology Obstetrician - Blood transfusion.

INTRODUCTION

L'état de choc se définit par une défaillance aiguë du transport et/ou de l'utilisation d'oxygène qui aboutit à des défaillances d'organes [1]. Le choc hémorragique se caractérise par une diminution du volume sanguin circulant induisant une diminution du retour veineux puis du débit cardiaque dont l'ensemble aboutit à un défaut de transport de l'oxygène aux tissus [2].

L'Organisation Mondiale de la Santé a estimé qu'au moins 585 000 femmes décèdent chaque année de suites de complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement [3]. La majorité de ces décès survient dans les pays en développement notamment en Asie et en Afrique sub-saharienne [4]. L'hématome retro-placentaire est la première cause de décès maternel dans le monde [3].

En gynécologie et obstétrique, les chocs hémorragiques peuvent être causés par plusieurs pathologies dont les plus fréquentes sont la rupture utérine, le décollement prématuré du placenta, la grossesse extra-utérine et l'hémorragie du post-partum [5].

Au Congo Brazzaville, l'hématome rétro-placentaire

vient en tête avec 37,5% suivi de rupture utérine (5,1%) puis les causes indéterminées (3%) [6]. Tandis qu'au Cameroun le problème placentaire et la rupture utérine représentent 40,9% des causes de décès maternels liés à l'hémorragie [7]. Quel que soit leurs étiologies, les gestes d'hémostase ou de radiologie interventionnelle, indissociables de la restauration de la volémie correcte, nécessitent le plus souvent une anesthésie générale [8].

En Afrique, des études ont montré que l'anesthésie générale en contexte de choc hémorragique représente 30% en gynécologie et obstétrique et celle-ci est entre 8 et 12% en Europe [9, 10].

Du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAMAROLAHY Andriatiaray Rija Niaina

Adresse : Service de Réanimation Médicale

Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy

Andrianavalona, Ampefiloha, BP 4150

101 Antananarivo - Madagascar

Téléphone : +261 34 03 917 59

E-mail : andriatiaray@yahoo.fr

La prise en charge chirurgicale de ces hémorragies nécessitent la mise en place d'une équipe coordonnée et pluridisciplinaire constituée principalement de médecin anesthésiste réanimateur, et de gynéco-obstétriciens. Ceci permettrait d'éviter ce cycle infernal : dont un état de choc, des troubles d'hémostase, ainsi que des actes qui pourront être préjudiciable pour le pronostic vital des patientes.

Peu d'études ont été faites à Madagascar concernant la prise en charge du choc hémorragique en gynéco-obstétrique, d'où l'intérêt de notre étude dont l'objectif principal est de décrire la prise en charge des patientes présentant un choc hémorragique au CHUGOB.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée sur une période de 02 mois allant du 01^{er} Août au 30 Septembre 2019 au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Gynéco-Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB) Antananarivo, Madagascar. Elle inclut les patientes admises aux blocs opératoires, en état de choc hémorragique et ayant subi une anesthésie pour geste chirurgical au CHUGOB. Les paramètres étudiés concernaient le profil épidémio-clinique et évolutif des patientes ainsi que les conduites thérapeutiques périopératoires. Les données étaient traitées par le logiciel XLSTAT[®]. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et les variables qualitatives en pourcentage.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 186 patientes ont été opérées dans les trois blocs du Centre Hospitalier Universitaire Gynécologique Obstétrique de Befelatanana, dont 32 patientes qui présentaient un choc hémorragique, soit une fréquence de 17,20%.

L'âge moyen était de $28 \pm 7,35$ ans avec des extrêmes de 18 à 41 ans. Parmi les patientes répertoriées, celles appartenant à la classe ASA II étaient au nombre de 18 soit 56% et celles classées ASA III de 14 soit 44%. L'HTA était l'antécédent le plus noté avec un taux de 47%.

Quarante-quatre pourcent des patientes présentaient une hémorragie active (hémorragie extériorisée en cours) dont 53,2% présentant des signes d'intolérance à l'anémie à type de céphalées, de flous visuels et d'acouphènes. Deux (02) soit 6% des cas avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à huit sur quinze et 47,1% présentaient une pâleur conjonctivale sévère. Nous avons noté une pression artérielle moyenne de $55,7 \pm 15,2$ mmHg avec des extrêmes de 30 mmHg et de 90 mmHg, et une fréquence cardiaque moyenne de $116,96 \pm 10,74$ battements par minute avec un minimum de 100 battements par minute et un maximum 140 battements par minute. La fréquence respiratoire moyenne était de $30,21 \pm 6,10$ cycles par minute avec un minimum de 20 cycles par minute et un maximum de 45 cycles par minute.

Sur les 32 patientes concernées par l'étude, la diurèse moyenne était de $214,84 \pm 199,35$ millilitre par heure avec un extrême de 0 et 700 millilitre par heure. Dans notre étude, toutes les patientes avaient bénéficié du Groupage-Rhésus. Deux (2) patients, soit 6,25%, ont pu réaliser la numérotation de la formule sanguine

et le bilan d'hémostase. Le taux d'hémoglobine moyen était de $6,35 \pm 1,62$ g/dl avec des extrêmes de 5,7 et 7 g/dl, Le taux de prothrombine moyen était de $99 \pm 1,41\%$ avec des extrêmes de 98 et 100%, Le Temps de Céphaline Active (TCA) ratio moyen était de $1,10 \pm 0,04$ avec des extrêmes de 1,07 et 1,13.

Concernant la prise en charge, en préopératoire, 26 patientes soit 81,25% ont reçu un remplissage tandis qu'en peropératoire toutes les patientes ont en reçu. Le remplissage vasculaire moyen en préopératoire était de $478,12 \pm 271,17$ mL et le type de soluté le plus utilisé était le sérum salé isotonique chez 20 patientes soit 76,92%. En peropératoire le remplissage vasculaire moyen était de $642,18 \pm 220,74$ mL et le soluté le plus utilisé était le Ringer Lactate chez 16 patientes soit 50%.

Cinq (5) patients, soit 15,62%, étaient transfusés dès la période préopératoire; le reste étaient transfusés en peropératoire. Le délai de transfusion moyen était de 3 heures 20 minutes \pm 1 heure 47 minutes avec un minimum de 30 minutes et un maximum de 6 heures 15 minutes. En préopératoire, la quantité moyenne de poches transfusées était de $1,4 \pm 0,9$ poche avec des extrêmes de 1 à 3 poches dont le culot globulaire était le plus utilisé avec une fréquence de 100%. Et en peropératoire, la quantité moyenne de poches transfusées était de $2,5 \pm 0,88$ poches avec des extrêmes de 1 et 4 poches. Parmi les 80 poches transfusées, le culot globulaire était fréquemment utilisé au nombre de 63 soit 78,75% puis le plasma frais congelé (PFC) au nombre de 17 soit 21,25%. La fréquence de l'association de culot globulaire et de PFC transfusés dans notre étude était de 50%.

Parmi les 32 patientes, neuf (9) soit 28,12% des patientes avaient reçu des vasopresseurs dont l'Éphédrine était fréquemment utilisé en peropératoire chez 5 patientes soit 56%.

L'hématome retroplacentaire (HRP) était l'indication opératoire le plus constatée dans 35% des cas, suivie de la grossesse extrautérine (GEU) rompue au nombre de 8 soit 25%.

Le délai de prise en charge chirurgicale moyen était de 3 heures 18 minutes \pm 1 heure 45 minutes avec des extrêmes de 45 minutes et 6 heures 10 minutes. Quatorze (14) patientes soit 43,75% avaient le délai de prise en charge chirurgicale supérieur à 3 heures. La durée moyenne de l'intervention était de 1 heure 39 minutes \pm 32 minutes avec un minimum de 55 minutes et un maximum de 3 heures.

Seulement trois (3) patientes, soit 9%, avaient reçu l'acide tranexamique 1g en préopératoire parmi les 32 patientes.

Dans notre étude, le type d'induction le plus utilisé était l'induction à séquence rapide au nombre de 21 soit 65,62%. Dans la majorité des cas (59%), l'hypnotique utilisé était le thiopental. La dose totale moyenne de thiopental administrée par patient était de $568,75 \pm 532$ mg.

Parmi les 32 patientes, onze (11) soit 34,37% des patientes avaient présenté des complications dont un cas d'anurie, un cas de coagulopathie (coagulation intravasculaire disséminée). La persistance du choc en

post opératoire immédiat a été notée dans 54,54% des cas. La durée de séjour en Unité de Soins Intensif (USI) était de 20 heures \pm 24 heures en moyenne avec une durée de séjour minimum de 0 heure et maximum de 126 heures. Trois (3) patientes étaient décédées soit un taux de mortalité de 9,37%

DISCUSSION

Durant notre étude, 186 patientes ont été opérés dans les trois blocs du CHU-GOB, dont 32 patientes présentaient un choc hémorragique soit une fréquence de 17,20%.

Une recherche réalisée en Côte d'Ivoire par Kouamé et ses collègues en 2012 concernant les problèmes liés à la prise en charge anesthésiologique des patientes en état de choc hémorragique au bloc des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody sur une période de 10 mois, allant de janvier au décembre 2010, a découvert 109 cas de choc hémorragique sur 1854 patientes admises au bloc opératoire soit 5,88% admissions [11]. Au Maroc, une étude menée par Bennani Houda en 2002 pendant 2 ans a retrouvé 66 cas de choc hémorragique sur 1500 accouchements. Leur fréquence était de 4,4% [12].

La fréquence élevée de l'état de choc hémorragique dans notre étude peut s'expliquer par un mauvais suivi de la grossesse chez la plupart de nos parturientes, un dépistage tardif des complications, une arrivée tardive au centre hospitalier de référence. En effet, très peu de patientes arrivent à réaliser un nombre de consultation prénatale (CPN) correcte (supérieur à 4CPN) au cours de leur grossesse, ce qui favorise l'apparition de complications car les facteurs de risque ne sont pas détectés précocement afin d'entamer les mesures de prévention.

Concernant le profil épidémiologique, les patientes incluses dans notre étude avaient une moyenne d'âge de $28 \pm 7,35$ ans, avec des extrêmes de 18 à 41 ans. Cinquante-six pourcent (56%) appartenaient à la classe ASA II et 44% appartenaient à la classe ASA III.

L'étude de Mobio et ses collègues de Côte d'Ivoire en 2018 ainsi que l'étude de Houda Bennani au Maroc avaient retrouvé respectivement un âge moyen de 32 ans et de 31 ans [12]. Quant à la classification ASA, dans la population d'étude de Mobio et al, les patientes classées en ASA III étaient de 74% et celle de l'ASA IV était de 26% [13]. L'étude d'Ayey Ikpé Denis et ses collègues au CHU de Yopougon en 2012 au Côte d'Ivoire montrait aussi que l'ASA III représentait 39,7% et 9% ASA IV [14]

Nos résultats retrouvent une population jeune, généralement sans tares. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit ici de la tranche d'âge de procréation. En effet, les jeunes femmes africaines procréent tôt du fait des mariages précoces imposés par leurs coutumes. L'âge jeune stipulerait l'absence de tares. Concernant le profil clinique, en premier lieu les signes fonctionnels, les patientes présentant une hémorragie active dans notre étude étaient au nombre de 14 soit 44%. La présence ou non d'une hémorragie active en cas de choc hémorragique permet d'avoir une orientation sur le protocole de la prise en charge initiale. Selon la SFAR, tant que l'hémorragie active n'est pas contrôlée, il est préconisé de limiter le remplissage vasculaire

afin de limiter la dilution des facteurs de coagulation [15].

Par ailleurs, nous avons noté que 03 cas (10%) avaient présenté un score de Glasgow entre 8 et 13 et 02 cas un score inférieur ou égal à huit soit 6%. Concernant les signes d'intolérance à l'anémie rencontrés chez les 17 patientes soit 53,2%, la pâleur conjonctivale était la plus constatée au nombre de 8 soit 47,1%. L'étude de Mobio et al avait retrouvé aussi dans son étude un taux de 94,5% de pâleur conjonctivale [13]. En effet, physiopathologiquement l'état de choc hémorragique serait dû à une hypovolémie et serait responsable d'une hypoperfusion des organes. La présence de pâleur conjonctivale, marbrures cutanées, céphalées, froideurs des extrémités, flou visuel voire de troubles de la conscience signifieraient donc une hypoperfusion tissulaire. D'où les résultats de notre étude et les constats de la littérature.

En second lieu, en terme de signes généraux, la pression artérielle moyenne était de $55,7 \pm 15,2$ mmHg avec des extrêmes de 30 mmHg et de 90 mmHg et la fréquence cardiaque moyenne de $116,9 \pm 10,7$ battement par minute avec un minimum de 100 battements par minute et maximum 140 battements par minute. A noter que toutes les patientes dans notre étude étaient en tachycardie et 25 patientes soit 78,1% avait une pression artérielle moyenne (PAM) inférieure à 70 mmHg.

Ainsi, l'évaluation de ces 02 paramètres est indispensable dans la prise en charge des patientes en état de choc hémorragique. Cependant, la surveillance de la PAM devrait être faite de façon invasive [16]. Cette PAM invasive nous permettra de suivre en temps réel les variations de la PAM et par la même occasion avoir une idée de l'état de remplissage du patiente.

Quant à la fréquence respiratoire, la moyenne est de 30 ± 6 cycles par minute avec un minimum de 20 cycles par minute et un maximum de 45 cycles par minute. L'évaluation respiratoire s'avère indispensable devant un tableau de choc hémorragique. Cependant, selon la littérature [16] plusieurs autres critères d'évaluation devraient être pris en compte dont l'évaluation clinique par la saturation pulsée en oxygène (SpO₂) et l'évaluation paraclinique par la gazométrie artérielle. L'évaluation devra être périodique et répétée.

En dernier lieu, pour ce qui est de la diurèse, dans notre étude, la diurèse moyenne était de $214,84 \pm 199,35$ millilitres par heure avec des extrêmes de 0 et 700 millilitres par heure avec 2 cas d'anurie. Très peu de littérature mentionne la quantification de la diurèse en cas de choc hémorragique ; or, elle s'avère indispensable dans l'évaluation d'une hypoperfusion rénale due à l'hypovolémie induite par le choc.

Concernant le profil paraclinique, les 32 patientes ont toutes fait un groupage sanguin Rhésus. Parmi elles, deux (2) patientes soit 6,25% avaient pu réaliser une Numération de la Formule Sanguine objectivant un taux d'Hémoglobine moyen de $6,35 \pm 1,62$ g/dl avec des extrêmes de 5,7 et 7 g/dl. De même, 6,25% avaient réalisé un bilan d'hémostase, le taux de Prothrombine moyen était de $99 \pm 1,41\%$ avec des extrêmes de 98 et 100% et le TCA ratio moyen était de $1,10 \pm 0,04$ avec

des extrêmes de 1,07 et 1,13. Selon l'étude de l'équipe de Mobio et al, la Numération de la Formule Sanguine était effectué chez les 28,4% des patientes, et le taux d'hémoglobine moyen observé était de 5,2 g/dl avec des extrêmes de 4 et 6g/dl [13]. Et selon Kouamé et al, Seule la numération de la formule sanguine était réalisée dans 28,44% des cas [11]. Aussi, dans les autres pays africains le groupage Rhésus et la NFS sont les bilans sanguins les plus prescrits et réalisés en cas de choc hémorragique. Par contre dans notre étude le groupage Rhésus est le seul examen réalisé à un taux de 100%. Ce phénomène s'expliquerait par le faible pouvoir d'achat de la population de notre pays. Ainsi, les bilans paracliniques sont très peu accessibles étant donné que tout est à la charge du patient (bilans, médicaments, ...).

Concernant la prise en charge, en préopératoire, 25% des patientes ont reçu un remplissage vasculaire moyen de 478,12 mL \pm 271,17 mL tandis qu'en peropératoire toutes les patientes ont reçu un remplissage vasculaire moyen de 642,18 mL \pm 220,74 mL. Le remplissage a été fait principalement par des cristalloïdes (SSI ou RL). D'après l'étude de Mobio et al, en pré et per-opératoire, la restauration volémique a été effectuée avec de sérum salé isotonique (100%) associé au Geloplasma (65,2%) [38]. Chez les patientes dans l'étude de Boubacar M, en pré et peropératoire, les cristalloïdes (SSI et/ou RL) étaient perfusés avec un taux de 60,6% avec un volume moyen de 1628 ml par patiente et une quantité maximale de 3000 ml [17].

Ainsi, les cristalloïdes étaient les plus utilisés pour le remplissage vasculaire en pré et peropératoire pour le maintien de la stabilité hémodynamique. A noter que l'utilisation des colloïdes dans le choc hémorragique ne doit s'envisager que lorsque le saignement n'est pas contrôlé et/ou l'utilisation des cristalloïdes seuls est jugé insuffisante pour maintenir la volémie et en l'absence de leurs contre-indications. La dose administrée doit être la plus faible possible et la durée d'administration la plus courte possible. [15]

Quant à la transfusion sanguine, en préopératoire, cinq (5) soit 15,62% des patientes étaient transfusées. Par contre, en peropératoire toutes les patientes étaient transfusées.

En préopératoire, la quantité moyenne de poches transfusées était de 1,4 \pm 0,9 poche avec des extrêmes de 1 et 3 poches dont le culot globulaire était le plus utilisé avec une fréquence de 100%. En peropératoire, la quantité moyenne de poches transfusées était de 2,5 \pm 0,8 poches avec un extrême allant de 1 à 4 poches. Parmi les 80 poches transfusées, le culot globulaire était fréquemment utilisé au nombre de 63 soit 78,75% puis le PFC au nombre de 17 soit 21,25%. La fréquence de l'association de culot globulaire et PFC transfusés dans notre étude était de 50%. Dans la littérature, l'étude de Kouamé et al a noté que la transfusion sanguine a été réalisée chez 84 patientes en préopératoire (79,06%) et 89 patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine en peropératoire (81,65%) [11]. Mobio et al avait trouvé dans leur étude la transfusion de culot globulaire dans 77% en préopératoire et dans 81% en peropératoire [13]. Au décours de son étude, Bennani H a noté une quantité moyenne de poches transfusées pouvant atteindre jusqu'à 6 poches [12].

Par rapport aux littératures, malgré les problèmes liées à la banque de sang (absence d'annexe, insuffisance fréquente de stock,...) nos patientes avaient toutes bénéficié de transfusion mais nous avons quand même noté une insuffisance de poche de PSL et un retard de transfusion.

Le délai de transfusion moyen (délai entre l'admission du patient au sein du centre hospitalier et le début de la transfusion) était de 3 heures 20minutes \pm 1 heure 47minutes avec un minimum de 30 minutes et un maximum de 6 heures 15 minutes. Ce délai n'a pas été réellement étudié dans la littérature mais demeure long au sein de notre site d'étude étant donné l'absence d'annexe de la banque de sang en son sein. Les PSL à transfuser sont récupérés à 30 minutes de trajet. A ceci s'ajoute également, l'insuffisance fréquente de stock influençant étroitement le pronostic des patientes.

Pour ce qui est de l'utilisation de vasopresseurs, l'administration de ceux-ci était indiquée lorsque le remplissage vasculaire, après un certain volume, ne corrigeait pas l'hypotension. Dans notre cas, neuf (9) soit 28,12% des patientes avaient reçu des vasopresseurs en peropératoire dont l'Ephédrine était le vasopresseur fréquemment utilisé avec un pourcentage de 56%. L'étude de Mobio et al était similaire avec notre étude car avait utilisé l'Epinephrine (13,7%) et l'Ephédrine (5,5%) comme vasopresseur [13]. En effet, ces résultats peuvent s'expliquer par le faible coût et la disponibilité au bloc opératoire de l'Ephédrine et l'Epinephrine.

Concernant la chirurgie, parmi les 32 patientes admises au bloc opératoire pour un choc hémorragique, l'opération césarienne pour HRP était l'indication opératoire la plus observée soit un taux de 35% suivie de la laparotomie pour GEU avec un pourcentage de 25% et de l'HPP avec un pourcentage de 16%. Le délai moyen de la prise en charge en charge chirurgicale était de 3 heures 18minutes \pm 1 heure 45 minutes avec des extrêmes de 45 minutes et 6 heures 10 minutes. Dans une étude faite par Mobio et al, la GEU était l'indication opératoire la plus observée avec un taux de 38,5% suivie de l'HPP (34,7%) et de l'HRP avec un pourcentage de 2,7% et le délai moyen de prise en charge chirurgicale était de 15 minutes avec des extrêmes de 10 et 35 minutes [38]. Quant à Kouame, la prise en charge chirurgicale de la moitié des patientes de son étude a été effectuée dans les 60 minutes suivant l'admission de la patiente (49,54%) [11].

Cette prédominance de l'HRP marquée dans notre étude s'expliquerait par le fait que la majorité de nos patientes avait comme antécédent une hypertension artérielle (47%), et cette dernière a été confirmée par certaine littérature comme étant l'un des principaux facteurs de survenue de l'HRP pendant la grossesse [18,19]. Et dans notre cas, le délai de prise en charge chirurgicale était un peu plus long par rapport à celui des littératures citées. Cette différence peut s'expliquer à Madagascar par le problème financier rendant le délai de prise en charge chirurgicale plus long. En effet, le manque de moyens financiers ne permet pas aux patientes l'accès immédiat aux kits d'anesthésie et de chirurgie. Cependant, au sein de notre site d'étude, il existe une possibilité de près sous conditions pour les usagers afin d'éviter le retard de prise en charge.

Pendant notre étude, seulement 3 patientes (9%) avaient reçu de l'acide tranéxamique avec une dose de 1g 30 minutes avant l'induction. Ceci s'expliquerait aussi par le faible pouvoir d'achat de nos patientes, tous les médicaments étant à leur charge. A noter qu'une méta-analyse faite par Cid et ses collègues en 2005 sur l'efficacité de l'acide tranéxamique au cours des chirurgies hémorragiques retrouve non seulement une diminution des pertes sanguines mais également une diminution de la transfusion [20]. Toute patiente en état de choc hémorragique est considérée comme étant à estomac plein, d'où la majorité de l'induction à séquence rapide modifiée (induction par Thiopental en titration seul avec réalisation de la manœuvre de Sellick) dans notre cas (65,62%). En effet, aucun curare dépolarisant n'est disponible à Madagascar afin de réaliser dans les normes et selon les recommandations l'induction à séquence rapide. C'est également le cas de l'Etomidate qui permettrait de réduire les modifications hémodynamiques liées aux anesthésiques). En effet, l'hypnotique de choix dans notre étude était le Thiopental pour 19 patientes soit 59% et 12 patientes soit 38% ont été induites avec la kétamine. En outre, la raison pour laquelle, le thiopental était l'hypnotique le plus utilisé dans notre cas malgré l'état de choc était l'existence d'une rupture de stock de kétamine au sein de CHU-GOB pendant notre durée d'étude, d'où cette différence avec la littérature.

Dans l'étude de Mobio et al, la majorité des patientes (98,2%) ont été induites par la kétamine et celle avec le thiopental étaient de 1,8% [13].

Concernant le profil évolutif des patientes, après l'intervention toutes les patientes ont été admises en Unité de Soins Intensifs avec une durée de séjour moyenne de 20 heures \pm 4 heures. Onze (11) patientes avaient présentées une persistance de l'état de choc en post opératoire immédiat. Nous avons déploré 3 décès suites à une défaillance multiviscérale liée au choc soit un taux de mortalité de 9,37%. Dans l'étude de Bennani H, la durée de séjour moyenne des patientes en réanimation pour choc hémorragique était de 6 jours [12]. L'étude de Kouamé a noté 11 cas de mortalité soit 25,13%. Cette différence correspondrait à la taille restreinte de notre population d'étude et la période d'étude plus courte qui entraîneraient des biais dans nos résultats.

CONCLUSION

Le choc hémorragique est une pathologie grave et fréquente en gynécologie et obstétrique, responsable de préoccupation importante tant au sein des services d'accueil des urgences vitales que dans le cadre général de la santé publique. Dans notre étude prospective sur la prise en charge anesthésique des patientes présentant un choc hémorragique au CHUGOB nous avons noté une fréquence de 17,20% de la pathologie avec un taux de mortalité de 9,37%. La jeune femme en âge de procréer est la plus touchée. L'HRP et la GEU rompue sont les deux causes principales responsables de l'état de choc. Seuls les critères cliniques ont pu évaluer la gravité du choc. Les examens paracliniques étant indisponibles et inaccessibles à la majorité de la population. Quant à la prise en charge, la transfusion qui est le pilier de la prise en charge après maîtrise du saignement, a été limitée

chronologiquement par le retard d'obtention des PSL. L'induction anesthésique n'a pas été réalisée selon les recommandations faute de disponibilité des anesthésiques. Ainsi, l'amélioration du plateau technique est de mise pour l'optimisation de la prise en charge des chocs hémorragiques au sein de notre site d'étude. A ceci s'ajoute la nécessité d'établir un protocole de prise en charge bien défini.

REFERENCES

- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V. The STOP the bleeding Campaign. Crit Care. 2013;17:136.
- Spahn D, Bouillon B, Cerny V. Management of bleeding and coagulopathy major trauma. Crit Care. 2013; 17:R76.
- Abouzahr C, Wardlaw T, Stanton C. Maternal mortality. World health stat. 2003; 49: 77-87.
- Report of technical working group. Measuring reproductive morbidity. Kenya: OMS; 2006.
- Mercier F, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. Anesth Clin 2008; 26 (1):53-66.
- Issa K. Les hémorragies de troisième trimestre de la grossesse. Thèse médecine Bamako ; 2008.
- Fumulu J, Ngassa P, Nong T. Mortalité maternelle. Heath Sc Dis 2009;10:11-6.
- Edouard A, Asehnoune K. Anesthésie du patient en état de choc. In : Les Essentiels. Paris: Elsevier Masson; 2006. P. 383-96.
- Tomita K, Mouzou T, Sama H, Chobli M, Ahouangbévi S. Pratique anesthésique au Togo. RevAfr. Anesth Med. Urgence. 2012; 17:16-24.
- Benhamou D. Anesthésie en obstétrique. In Kamram Sami Anesthésie-Réanimation chirurgicale. Flammarion ed. Paris 2003; p 573-599.
- Kouamé KE, Sinali AMF, Pete Y, Koffi N, Ouattara A, Brouh Y. Problèmes liés à la prise en charge anesthésiologique des patientes en état de choc hémorragique au bloc des urgences gynéco-obstétrique du CHU de Cocody. RAMUR. 2012; tome 17: n°4, p20.
- Bennani Houda. Le choc hémorragique en obstétrique. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca - Doctorat en Médecine [1804]. 2002.
- Mobio M, Bekoin A, Abhe C, Olama M, Ouattara A, Tetchi Y et al. Prise en charge anesthésique de la patiente en état de choc hémorragique au cours des urgences gynéco-obstétricales au CHU de cocody. RAMUR.2018;tome 23: n°3, p34.
- Ayé Y, Yayo M, Bouh J, Amonkou A. Implications anesthésiques des Urgences hémorragiques gynéco-obstétricales. RAMUR. 2012; tome 17: n°4, p4.
- SFAR. Recommandation pour le choc hémorragique. Paris; 2014.
- MAPAR. Protocoles 2016. Bicêtre: MAPAR.2016.
- Mahamadou Boubacar. Prise en charge anesthésiologique au CHU de point G des hémorragies obstétricales graves. Thèse Médecine Bamako. 2014.
- Mian D, Angoi V, N'guessan KLP, Aboulet YR, Kouakou F, Boni S. Hématome retro-placentaire et mort foetale in utero (MFIU) : à propos de 70 cas et revue de la littérature. Revue Africaine de Médecine d'Urgence et de Réanimation 2014;19(1).
- Itoua C, Ngounda Mounianga AS, Ellenga Mbolla BF et al. Hypertension artérielle et grossesse : épidémiologie et pronostic materno-fœtal au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo). Med Afr Noire 2013; 60(1): 21-29.
- Carless P, Moxey A, Stokes B, Henry D. Are antifibrinolytic drugs equivalent in reducing blood loss and transfusion in cardiac surgery? A meta-analysis randomized head-to-head trials. BMC Cardiovasc Disord 2005; 5: 19 Africaine de Médecine d'Urgence et de Réanimation 2014;19(1).