



Aspects cliniques et évolutifs de l'hémorragie du post-partum à la maternité de Befelatanana, Madagascar.

Clinical aspects and outcome of postpartum hemorrhage in the Maternity Hospital of Befelatanana, Madagascar.

T P RANDRIANAMBININA ^{(1)*}, T A RAFANOMEZANTSOA ⁽²⁾, F A RAKOTOMAVO ⁽³⁾, M C RAKOTOARISON ⁽¹⁾, M ANDRIANIRINA ⁽¹⁾, R C N RAKOTOARISON ^(4,5)

- (1) Service de Réanimation Adulte, Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie—Obstétrique Befelatanana, Antananarivo, Madagascar
- (2) Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire Analakinina, Toamasina, Madagascar
- (3) Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar
- (4) Service des Urgences Chirurgicales, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar
- (5) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Soumis le 18 Février 2021

Accepté le 20 Juillet 2021

RESUME

Introduction: L'hémorragie du postpartum (HPP) demeure la première cause de mortalité maternelle obstétricale dans le monde. L'objectif principal de cette étude était de décrire les aspects cliniques et évolutifs de l'HPP chez les patientes admises au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique Befelatanana. **Méthodes:** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, rétrospective et analytique, monocentrique sur une durée de quatre ans (01 Janvier 2016 au 31 Décembre 2019) réalisé à la maternité de Befelatanana. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel EpiInfo[®] 7.2.2.6 ; pour la mesure d'association entre deux variables, le test statistique Chi carré a été utilisé. **Résultats:** La prévalence de l'HPP était 1.24% (295 cas sur 23789 accouchements). L'âge moyen des patientes était de 29 ±6 ans. L'accouchement par voie basse représentait 81,70% (n= 170) des cas ; 48,00% (n= 100) étaient des cas référés. L'étiologie a été dominée par l'atonie utérine (45,70%) ; 86 patientes (41,30%) étaient dans un état de choc hypovolémique au moment du diagnostic de l'HPP ; l'évaluation de la perte était estimative dans 74,00% (n= 154) des cas, le taux d'hémoglobine était inconnu dans 78,80% (n= 164). Une hémostase chirurgicale a été nécessaire chez 27,90% (n= 61) des patientes ; et 30 patientes (14,40%) étaient décédées. Les facteurs associés aux complications étaient respectivement : l'âge maternel, la qualité des CPN, la voie basse, et les accouchements en dehors de la maternité qui ont été référés. **Conclusion:** L'HPP reste encore une source de morbi-mortalité maternelle majeure.

Mots-clés : Accouchement; Atonie utérine; Choc; Hémorragie; Hystérectomie.

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) remains the leading cause of maternal obstetric mortality worldwide. The aim of this study was to describe the clinical aspects and outcome of PPH in patients admitted to the University Hospital of Gynecology and Obstetrics Befelatanana. **Methods:** This was a descriptive, retrospective and analytical cross-sectional study, over a period of four years (January 1, 2016 to December 31, 2019) conducted at the maternity hospital of Befelatanana. Data analysis was performed with EpiInfo[®] 7.2.2.6 software; for the measurement of association between two variables, the Chi-square statistical test was used. **Results:** The prevalence of PPH was 1.24% (295 cases out of 23 789 deliveries). The mean age of the patients was 29 ±6 years. The vaginal delivery represented 81.7% (n= 170) of cases; 48% (n= 100) were referred cases. The etiology was dominated by uterine atony (45.7%); 86 patients (41.3%) were in a hypovolemic shock state at the time of diagnosis of PPH; loss assessment was estimated in 74% (n= 154) of cases, hemoglobin level was unknown in 78.8% (n= 164). Surgical hemostasis was required in 27.9% (n= 61) of patients; and 30 patients (14.40%) had died. The factors associated with complications were respectively: maternal age, quality of antenatal Consultation, vaginal delivery, and referred deliveries outside the maternity hospital. **Conclusion:** PPH remains a major source of maternal morbidity and mortality.

Keywords: Delivery; uterine atony; hemorrhage; hysterectomy; shock.

INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum reste la principale cause évitable de maladie et de décès maternels dans le monde [1,2,3]. Dans le monde, l'hémorragie du post-partum représente 8 % des décès maternels dans les pays développés du monde et 20 % des décès maternels dans les pays en développement [2]. Elle constitue la complication la plus fréquente de l'accouchement et donc une question de pratique courante en obstétrique, c'est une urgence obstétricale [4]. L'objectif principal de cette étude était de décrire les aspects cliniques et évolutifs de l'HPP chez les patientes admises dans notre centre hospitalier.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, rétrospective et analytique, monocentrique, pendant

Du Service de Réanimation Adulte
Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie—Obstétrique
Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

*Auteur correspondant :

Dr. Thierry Pierre RANDRIANAMBININA

Adresse : Service de Réanimation Adulte
CHU de Gynécologie—Obstétrique Befelatanana
Antananarivo, Madagascar

Téléphone : + 261 34 25 304 95

E-mail : drrandrianambinina@gmail.com

une période de quatre ans allant du 01 Janvier 2016 au 31 Décembre 2019, basée sur le recueil systématique des cas d'hémorragie du post partum immédiat enregistré au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie-Obstétrique Befelatanana.

Toutes parturientes admises directement, référées ou transférées par un centre publique ou privé ou personnels de santé, diagnostiquées d'HPP au cours de son hospitalisation au CHU-GO Befelatanana pendant la période d'étude, et ayant des dossiers suffisamment remplis, ont été incluses dans notre étude. Ont été exclus d'emblée, tous dossiers incomplets ou dossiers des parturientes admises au CHU-Maternité Befelatanana pour autres causes non liées à l'HPP. Les paramètres étudiés étaient : l'âge maternelle ; le mode d'admission : entrée directe, ou a été référée ou transférée par un personnel de santé, par un centre publique ou privée ou une maternité ; l'histoire de la grossesse et de l'accouchement : nombre de parité, lieu et nombre de CPN suivies, lieu d'accouchement, opérateur ; la quantification de la perte sanguine : quantifiée ou non par un sac de recueil, ou évaluée à partir d'un simple jugement des pertes sanguines extériorisées ; la valeur de l'hémoglobine au moment du diagnostic : $\leq 8\text{g/dL}$, $>8\text{g/dL}$, ou inconnue ; l'état hémodynamique au moment du diagnostic ou à l'arrivée à l'hôpital : stable (avec tous les paramètres vitaux sont préservés), ou état de choc (tachycardie, tension artérielle systolique $<80\text{mmHg}$) ; la prise en charge médicale et/ou chirurgicale ; les étiologies de l'HPP et l'évolution de la patiente.

La nature rétrospective de l'étude constitue la principale limite, malgré que la période d'étude était de 4ans, le nombre de dossier exclus était assez nombreux. Les données ont été traitées avec le logiciel Excel 2010 ; les mesures de tendances utilisées étaient la moyenne plus ou moins écart-type (ET) pour les variables quantitatives normales et les variables catégorielles étaient représentées en pourcentage (%). L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel EpiInfo 7.2.2.6. Pour la mesure de la relation entre deux variables, nous avons utilisé le test statistique Chi carré, et une valeur de $p < 0,05$ était considéré significative. Le respect de l'anonymat des patientes était assuré durant et après l'étude.

RESULTATS

Durant la période de notre étude, sur 23789 accouchements, 295 (1,24%) cas d'HPP ont été recensés, dont 208 ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 29 ± 6 ans, avec un âge minimal de 16ans et un maximal de 47ans. La survenue de l'HPP était plus fréquente chez les multipares, $n = 156$ (75%), que chez les nullipares. Quarante-trois patientes (20,70%) n'ont pas eu de consultation prénatale durant leur grossesse, elle a été réalisée moins de 4 fois dans 53,40 % des cas ($n = 111$), et 68,26% ($n = 142$) des consultations prénatales étaient réalisées au niveau des centres de santé de base. Dans notre étude, plus de la moitié des femmes

ayant présenté une HPP ont accouché à la maternité (113 patientes soit 54,3%), 38 patientes dans un Centre de Santé de Base, soit 18,3%, 25 patientes dans un centre privé, soit 12% 30 patientes ont accouché à domicile, soit 14,4%, et 2 patientes (1%) chez les tradipraticiens (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques descriptives des patientes présentant une hémorragie du postpartum

Variables	Effectif n=208	Proportion (%)
Age moyen (année)	29 +/- 6	-
Tranche d'âge (année)		
< 21	32	15,4
[21—31]	86	41,3
[31—41]	81	38,9
≥ 41	9	4,3
Parité		
Nullipare	52	25
Multipare	156	75
Consultation prénatale		
Absente	43	20,6
< 3	111	53,4
≥ 3	54	26
Lieu de la CPN		
Absent	43	20,6
CSB	142	68,3
Centre privé	16	7,7
Domicile	7	3,4
Lieu de l'accouchement		
CHU GOB	113	54,3
CSB	38	18,3
Centre privé	25	12
Domicile	30	14,4
Tradipraticien	2	1
Voie d'accouchement		
Voie basse	170	81,7
Césarienne en urgence	38	18,3

CHU GOB: Centre hospitalier universitaire de Gynécologie—Obstétrique; CPN : Consultation prénatale; CSB: Centre de santé de base

L'état hémodynamique de la patiente a été évalué au moment du diagnostic de l'HPP pour celles qui ont accouché au CHU-GOB, et l'état hémodynamique à l'entrée pour celles référées et/ ou transférées, venant d'un autre centre de santé ; 120 patientes (58,7%) avaient un état hémodynamique stable et 86 patientes (41,3%) étaient dans un état de choc hémorragique. L'évaluation quantitative de la perte sanguine par le sac de recueil n'était pas réalisée chez toutes les patientes. L'évaluation de la perte sanguine a été réalisée de façon subjective par simple jugement de l'agent de santé dans 94,70% ($n = 197$) des cas, par pesée des compresses ou des garnitures dans 5,30% des cas ($n = 11$). Les étiologies de l'HPP étaient : l'atonie utérine ($n = 98$ (47,1%), la rétention placentaire ($n = 32$ (15,4%), les anomalies d'insertion placentaire

(placenta previa et accreta) (n= 35 (16,8%), l'hématome rétro-placentaire (n= 5 (2,4%), la déchirure vaginale (n= 21 (10%) et la déchirure cervicale (n= 17 (8,3%). Chez cent soixante-quatre patientes (78,8%), le taux d'hémoglobine au moment du diagnostic était inconnu, cela concerne surtout les patientes qui ont accouché en dehors de la maternité, 7,2% (n= 15) des cas, le taux d'hémoglobine était supérieur à 8g /dl et 13,3% (n= 29), le taux d'hémoglobine était inférieur à 8g/dl (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques cliniques et paracliniques des patientes présentant une HPP

Variables	Effectif n=208	Proportion (%)
Etat hémodynamique au moment du diagnostic		
<i>Stable</i>	120	57,7
<i>Choc hypovolémique</i>	88	42,3
Quantification de la perte sanguine		
<i>Simple jugement</i>	197	94,7
<i>Pesée de garniture ou de compresses</i>	11	5,3
Etiologie de l'HPP		
<i>Atonie utérine</i>	98	47,1
<i>Rétention placentaire</i>	32	15,4
<i>Anomalie d'insertion Placentaire</i>	35	16,8
<i>HRP</i>	5	2,4
<i>Déchirure cervicale</i>	17	8,3
<i>Déchirure vaginale</i>	21	10
Taux d'hémoglobine (g/dl)		
<i>≤ 8</i>	29	13,9
<i>> 8</i>	15	7,2
<i>Non connu</i>	164	78,8

HPP: Hémorragie du postpartum; HRP: Hémorragie rétro-placentaire

Chez 27,9% (n= 61) des patients ayant présenté une HPP, la prise en charge médicale et obstétricale n'ont pas été suffisantes, n'étaient pas apte à arrêter l'hémorragie imposant une intervention chirurgicale en urgence. La moyenne de transfusion sanguine était de 6±2 poches pour le culot globulaire, 4±1,5 pour le plasma frais congelé. Un traitement conservateur, qui consiste en une ligature vasculaire, ou une plicature utérine a été effectué chez 3 patientes (1,4%) et un traitement non conservateur, consistant à une hystérectomie subtotal ou totale a été effectué chez 59 (28,4%) patientes ayant subi une intervention chirurgicale.

Parmi le 208 cas d'HPP, 59 (28,4%) patientes étaient admises en service de réanimation et 30 (14,4%) patientes étaient décédées. Les facteurs associés aux complications (hystérectomie d'hémostase et décès maternel) étaient : l'atonie utérine (p=0,0011 ; OR=5,07[1,7997-14,2798]), l'état de choc hypovolémique (p=0,009 ; OR=2,11[1,20-3,71]), l'opération

césarienne (p=0,001 ; OR=3,25[1,57-6,73]).

DISCUSSION

Dans notre étude, sur 23789 accouchements, nous avons recensé 295 cas d'HPP, soit une prévalence de 1,24%, dont 208 ont été inclus, soit une incidence de 0,87%. Aux Etats-Unis, 2,8% des accouchements étaient compliqués d'hémorragie du postpartum [5]. En France, 9400 cas d'hémorragie du post-partum avaient été trouvés sur 146 871 accouchements soit une incidence de 6,4% [6]. Cependant, puisqu'il s'agit d'une étude monocentrique, notre prévalence ne reflète pas la prévalence nationale de l'HPP. Dans notre étude, la majorité des patientes ayant présenté une HPP était des multipares (75%). En 2013, Ramanantsoa [7] au CHUGOB avait constaté une prédominance des primipares pour l'HPP (43,7%) par rapport aux multipares (10,6%). Bonnet MP [8], la multiparité constitue un des facteurs de risque d'atonie utérine qui est de loin la cause la plus fréquente d'hémorragie du post-partum. Cela s'expliquerait par la fragilisation et le vieillissement des muscles utérins qui n'assurent plus une bonne rétraction utérine pour une bonne hémostase [9]. Le taux d'hémoglobine au moment du diagnostic n'était pas connu dans 78,8%, étant donné que 45,4% ont accouché en dehors de la maternité, dans des centres ne possédant pas un laboratoire. Et même si les prélèvements ont été faits, les résultats n'étaient pas reçus dans l'immédiat. Pour celles, qui ont accouché à la maternité, ou dans des centres possédant un laboratoire, le bilan a été fait dans l'immédiat, 13,3% avait un taux d'hémoglobine inférieur à 8g /dl et 7,2% avaient un taux supérieur à 8g /dl. Coombs et al [10] ont rapporté un taux moyen de 7,7g/dl lors d'une HPP, également, Shojai et al [11] ont rapporté un taux de 7g/dL. L'estimation visuelle et subjective, ou le simple jugement des pertes sanguines extérieures, associés aux signes cliniques présentés par la patiente ont permis de faire le diagnostic d'HPP. Cela souligne la nécessité d'améliorer l'estimation clinique des pertes sanguines, via la quantification systématique par des méthodes précises des mesures de perte, tel que les sacs de recueil ou sac gradué [12]. Dans notre série, l'étiologie a été dominée par les causes utérines dans 47,1%. Ramanantsoa [7] avait rapporté que dans 57,5% de cas, l'atonie serait la principale cause d'hémorragie du post-partum. En France, selon l'enquête de l'Institut National de Santé Et Recherche Médicale (INSERM), l'atonie est la cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum (42%) [13]. Le recours à l'hystérectomie d'hémostase était de 28,4% dans notre série. En France, l'étude Pithagore montrent une incidence de l'hystérectomie d'hémostase de 5/10 000 accouchements, soit environ 1% des HPP [14]. Le choix thérapeutique est souvent en fonction de la compétence, des connaissances acquises de l'opérateur mais aussi de matériel disponible. Dans notre cas, nous n'avons pas eu recours à l'embolisation artérielle par défaut de moyens techniques. Le taux de mortalité dans notre étude était de 14,4% ; ce taux a augmenté

comparé aux résultats de l'étude trouvés par Razafindraibe [15] en 2010, qu'il a mené au sein même du même établissement, a rapporté un taux de 7,5% de décès maternel. Dans notre série, les facteurs associés aux décès maternelle étaient : l'atonie utérine, la présence d'un état de choc hypovolémique et la césarienne en urgence. Au Burkina Faso, l'hémorragie du post-partum à elle seule engendre 24% des décès maternelles [16].

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons pu observer un manque de précision en matière de recueil des pertes sanguines et aussi la prise en charge spécialisée tardive par défaut de transport adéquat pour les référées et transférées. L'atonie utérine étant la première cause, la prise en charge médicamenteuse n'a pas été suffisante dans la majorité des cas et un recours aux techniques chirurgicales a été jugé nécessaire; et l'hystérectomie reste la sanction pour l'hémostase chirurgicale. Le taux de mortalité maternelle par HPP n'était pas en effet élevé, du fait de la présence d'un protocole bien établie, dont chaque sait ce qu'il a à faire et ne retarde pas la prise en charge.

REFERENCES

- World Health Organization. Making pregnancy safer. Geneva 2007. Url: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newsletter/mps_newsletter_issue4.pdf. opens in new tab. Consulté le 20 Décembre 2017.
- Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): e323—e333.
- Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. *N Engl J Med* 2021; 384: 1635—1645.
- Morau E, Ducloy JC, Roux S. Mortalité maternelle par hémorragie, résultats de l'ENCMM, France 2010-2012. *Anesth Reanim*. 2018; 4: 39—46.
- Berg KM, Caruli A, Ted W. Incidence, risk factors, temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209: 449.
- Zerbo A. Conférence pour la prise en charge et identification de stratégie efficace de la prévention d'hémorragie du post-partum. Ouganda. *Afr J Med*. 2006; 14: 352—9.
- Ramanantsoa CI. Les facteurs de risque des hémorragies du post-partum vus à l'HUGOB [Thèse de Médecine]. Antananarivo: Faculté de Médecine, 2013.
- Bonnet MP, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Critical care and transfusion management in maternal deaths from postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynecol Biol Reprod* 2011; 158: 183—8.
- Adekanmi OA, Purmessur S, Edwards G, Barrington JW. Intrauterine misoprostol for the treatment of severe recurrent secondary postpartum hemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 541—2.
- Coombs CA, Murphy EL, Laros LK. Factors associated with postpartum haemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 69—76.
- Shojai R, Desbriere R, Dhifallah S, Courbière B, Ortega D, D'Ercole E, et al. Le misoprostol par voie rectale dans l'hémorragie de la délivrance. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 703—7.
- Larsson C, Saltvedt S, Wiklund I, Pahlen S, Andolf E. Estimation of blood loss after cesarian section and vaginal delivery has low validity with a tendency to exaggeration. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1448—52.
- Bouvier-Colle MH, Ould El, Joud D, Varnoux N. Evaluation of the quality of care for severe obstetrical hemorrhage in three French regions. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108: 898—903.
- Tourné G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. Usefulness of a collecting bag for the diagnosis of post-partum hemorrhage. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 229—34.
- Razafindraibe NS. Les hémorragies du post-partum immédiat: Etiologies et PEC au CHU/GOB [Thèse de Médecine]. Antananarivo: Faculté de Médecine 2010.
- Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4,5kg : an analysis by parity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 92: 229—33.