



## Caractéristiques des pathologies de l'état puerpéral en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

### Characteristics of the puerperal state pathologies in the intensive care unit of the Cocody teaching hospital, Abidjan, Ivory Coast.

C M J BEKOIN-ABHE<sup>(1)</sup>, M P MOBIO<sup>(1)</sup>, K T COULIBALY<sup>(1)</sup>, E M C OLAMA<sup>(1)</sup>, M COULIBALY<sup>(1)</sup>, Y D TETCHI<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> UFR des Sciences Médicales d'Abidjan, Service de Réanimation, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Soumis le 01 Juin 2022  
Accepté le 05 Juillet 2022  
Disponible en ligne le 10 Août 2022

#### RESUME

**Introduction :** Déterminer les caractéristiques des pathologies de l'état puerpéral en réanimation. **Matériels et méthodes :** Etude longitudinale, prospective, descriptive et analytique de 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 septembre 2021, incluant toute femme admise pour une détresse vitale dans la période du postpartum. **Résultats :** La fréquence des patientes était de 17,9%. L'âge moyen était de 27,6±6 ans. Les analphabètes étaient de 7,1%. Les antécédents médicaux étaient surtout l'asthme (6,2%), la drépanocytose (5,4%), l'HTA (5,4%) et le diabète (2,7%). La parité notait 39,3% de primipares. Le mode d'accouchement était la césarienne (53,6%) et 6,3% n'avaient aucune consultation prénatale. Le délai moyen d'admission était de 42±57,6 heures. Les motifs d'admission fréquents étaient les troubles neurologiques (66,1%) et hématologiques (22,3%). Les complications de la prééclampsie (64,6%) et la pathologie infectieuse (14,3%) étaient essentiellement diagnostiquées. La prise en charge thérapeutique était selon les éléments cliniques et paracliniques. La mauvaise observance du traitement (70,5%) était due à l'indisponibilité des produits sanguins et aux difficultés financières. La durée moyenne de séjour était de 2,3±2,8 jours. Le taux de décès de 41% était lié surtout aux causes directes. La qualité de la consultation prénatale, le délai d'admission, la durée d'hospitalisation étaient des facteurs de risque, significativement liés à la mortalité maternelle. **Conclusion :** Le suivi des grossesses et la prise en charge précoce des pathologies du postpartum sont déterminants pour la réduction de la mortalité maternelle.

**Mots clés :** Pathologie – Etat puerpéral - Réanimation

#### ABSTRACT

**Background:** To determine the characteristics of the puerperal state pathologies in the intensive care unit. **Methods:** Longitudinal, prospective, descriptive and analytical study from October 1, 2018 to September 30, 2021, including any woman admitted for vital distress in the postpartum period. **Results:** The frequency of patients was 17.9%. The average age was 27.6±6 years. The proportion for illiteracy was 7.1%. The main medical history were asthma (6.2%), sickle cell disease (5.4%), hypertension (5.4%) and diabetes (2.7%). Among patients, 39.3% were primiparous. The mode of delivery was cesarean section (53.6%) and 6.3% had no prenatal consultation. The average admission time was 42±57.6 hours. The most frequent reasons for admission were neurological (66.1%) and hematological (22.3%) disorders. Complications of preeclampsia (64.6%) and infectious pathology (14.3%) were the main diagnostics. Therapeutic management was based on clinical and paraclinical elements. Poor compliance with treatment (70.5%) was due to the unavailability of blood products and financial difficulties. The average length of stay was 2.3±2.8 days. The death rate of 41% was mostly related to direct causes. The quality of the prenatal consultation, the time of admission, and the length of hospitalization were significantly related to maternal mortality. **Conclusion:** The pregnancy follow-up and the early management of postpartum pathologies are important factors for the reduction of maternal mortality.

**Keywords:** Pathology - Puerperal state - Critical care

#### INTRODUCTION

Pour répondre à l'une des cibles de l'objectif de développement durable 3 de l'OMS, plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990 [1]. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays en voie de développement où, seules 51% des femmes bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement [2]. Les situations obstétricales compliquées font partie des motifs de consultations urgentes, nécessitant le plus souvent, une prise en charge dans un service de soins intensifs. Devant les taux de la mortalité maternelle encore préoccupants dans le secteur ivoirien de la santé [3] et l'insuffisance des ressources matérielles et humaines de réanimation, le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques des pathologies du postpartum en réanimation polyvalente.

#### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective, descriptive et analytique s'étendant sur une période de 36 mois, allant du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 septembre 2021. Cette étude s'est déroulée dans le service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody. La population d'étude était toutes les patientes admises dans la période du post-

Du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan,  
Côte d'Ivoire

\*Auteur correspondant :

Dr. Chake Maria Josiane BEKOIN-ABHE  
Adresse : UFR des sciences médicales d'Abidjan  
Service de Réanimation, Centre Hospitalier  
Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire  
Téléphone : 00225 0749020025  
E-mail : maria.bekoin@yahoo.fr

partum, quel que soit le contexte. Étaient incluses toute femme sans distinction d'âge, admise pour une détresse vitale dans la période du postpartum. Les patientes arrivées décédées et les dossiers médicaux incomplets étaient exclus.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, provenance, niveau d'instruction, gestité, parité, antécédents médicaux, consultation prénatale ou CPN - dite de bonne qualité si le nombre est supérieure à 3, mode d'accouchement), cliniques (délai d'admission, motif d'admission, diagnostic retenu), thérapeutiques (principes thérapeutiques, observance) et évolutives (durée de séjour, complication survenue, devenir des patientes, causes de décès maternels). Les registres d'hospitalisation de la salle d'accouchement et les dossiers médicaux du service de réanimation ont permis de documenter la fiche de recueil des données préétablie.

Les résultats en valeurs qualitatives ont été exprimés en fréquence et en pourcentage; ceux en valeurs quantitatives en moyenne avec l'écart-type. Les différents paramètres calculés ont fait l'objet d'une analyse univariée avec la comparaison de variables entre le groupe de survivantes et celui des décédées. Les tests statistiques ont permis l'analyse des données à l'aide du test du khi deux de Mantel-Haenszel pour les variables qualitatives et du test t de Student pour les variables quantitatives. Le résultat du test statistique était considéré significatif pour une valeur de p inférieure à 0,05.

## RESULTATS

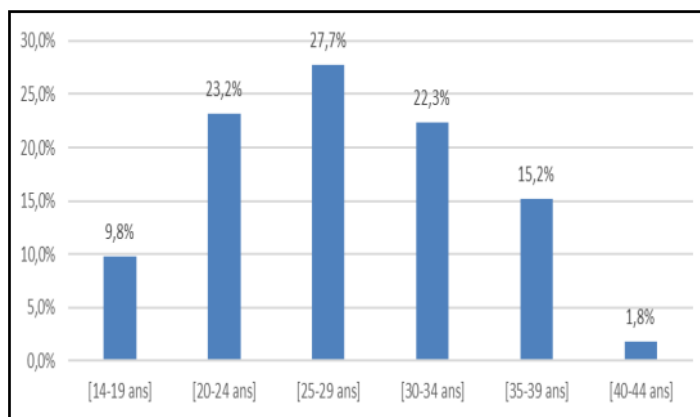
Nous avons colligé 354 patientes accouchées récentes sur 1969 admissions en réanimation, soit une prévalence annuelle de 17,9%.

L'âge moyen des patientes était de 27,6±6 ans (16 – 41) avec une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 29 ans (figure 1).

Les patientes avaient un niveau d'instruction primaire (47,3%), secondaire (37,5%), supérieur (8,1%) et les analphabètes étaient de 7,1%. Les antécédents médicaux notés (20,6%) étaient l'asthme (6,2%), la drépanocytose (5,4%), l'HTA (5,4%), le diabète (2,7%) et la cardiopathie (0,9%). La gestité avait une médiane de 2 et des extrêmes de 1 et 8. La parité avait une médiane de 1 et des extrêmes de 0 et 7. On notait 39,3% de primipares. La moitié des patientes avaient effectué des CPN de bonne qualité, 43,7% avaient moins de 3 CPN et 6,3% n'avaient aucune CPN. Le mode d'accouchement était la césarienne (53,6%) et la voie basse (46,4%). Les patientes provenaient du bloc opératoire (67,8%), de la maternité (17%), des urgences (12,5%) et 2,7% étaient référées d'autres structures hospitalières.

Le délai moyen d'admission était de 42±57,6 heures (1heure – 17 jours) et 82,1% des patientes ont été hospitalisées plus de 6 heures après le début de leur symptomatologie. Les motifs d'admission étaient les troubles neurologiques (66,1%), les troubles hématologiques (22,3%), la détresse respiratoire et le choc septique (tableau I).

Après les investigations cliniques et paracliniques, les diagnostics retenus étaient les complications de la prééclampsie (64,6%), la pathologie infectieuse (14,3%), la pathologie hématologique (11,4%), la pathologie métabolique et la cause iatrogène (tableau II).



**Figure 1 :** Répartition selon les tranches d'âge

**Tableau I :** Répartition selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif n=354	Proportion (%)
<b>Troubles neurologiques</b>		
<i>Etat de mal éclamptique</i>	130	36,7
<i>Troubles de conscience</i>	92	26,0
<i>Retard de réveil</i>	13	03,7
<b>Troubles hématologiques</b>		
<i>Choc hémorragique</i>	66	18,6
<i>Coagulopathie</i>	06	01,7
<i>Crise vaso-occlusive</i>	06	01,7
<b>Choc septique</b>	25	07,1
<b>Détresse respiratoire</b>	16	04,5

**Tableau II :** Répartition selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif n=354	Proportion (%)
<b>Complications de la prééclampsie</b>		
<i>Eclampsie</i>	130	36,7
<i>HELLP syndrome</i>	41	11,6
<i>CIVD</i>	29	08,2
<i>Œdème aigu des poumons</i>	16	04,5
<i>AVC hémorragique</i>	10	02,8
<i>Insuffisance rénale organique</i>	03	00,8
<b>Pathologie infectieuse</b>		
<i>Sepsis d'origine gynécologique</i>	44	12,4
<i>Neuropaludisme</i>	03	00,8
<i>Encéphalite</i>	03	00,8
<b>Pathologie hématologique</b>		
<i>Coagulopathie par HPP</i>	37	10,4
<i>STA / Drépanocytose</i>	03	00,8
<b>Cause iatrogène</b>		
<i>Anoxie cérébrale / ACR post-RA</i>	25	07,1
<b>Cause métabolique</b>		
<i>Acidocétose diabétique</i>	09	02,5

ACR: Arrêt cardiocirculatoire; AVC: Accident vasculaire cérébral; CIVD: Coagulation intravasculaire disséminée; HELLP: Hemolysis elevated liver enzymes and low platelet count; HPP: Hémorragie du postpartum; STA: Syndrome thoracique aigu

La prise en charge thérapeutique consistait en une ventilation mécanique initiale en mode contrôlée (51,8%) sous sédation (48,9%), des séances d'hémodialyse (2,7%) et en l'administration de médicaments (sulfate de magnésium : 30,1%, drogues vasoactives : 27,6%, anticonvulsivant : 25,9%, antihypertenseurs : 20%, albumine : 8%). La transfusion sanguine (33,3%) comportait des unités de culots globulaires (73,4%), de concentrés plaquettaires (16,1%) et de plasma frais congelé (10,5%).

La mauvaise observance du traitement (70,5%) était due à la non disponibilité des produits sanguins (24,1%) et des médicaments prescrits (19,6%) et aux difficultés financières (56,3%).

La durée moyenne de séjour était de  $2,3 \pm 2,8$  jours (4 heures – 16 jours). Les patients avaient séjourné moins de 24 heures (13,4%), entre 1 et 3 jours (38,4%), entre 3 et 7 jours (41,1%) et plus de 7 jours (7,1%). Le taux de décès de 41% était lié aux causes directes (complications de la prééclampsie : 33%, complications hémorragiques : 32%, complications infectieuses : 24%) et aux causes indirectes (causes iatrogènes : 9%, complications du diabète : 2%).

Les facteurs associés à la mortalité maternelle retenus ont été analysés dans le tableau III. Selon l'analyse statistique, l'âge, le niveau d'instruction et l'antécédent médical n'influencent pas le pronostic des patientes admises en réanimation. Par contre, la primiparité, la mauvaise qualité de la CPN, l'accouchement par voie basse, le délai d'admission inférieur à 24 heures, les complications de la prééclampsie (PE), la mauvaise observance du traitement, la durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 24 heures et les causes directes de décès étaient des facteurs significativement liés à la mortalité maternelle.

**Tableau III** : Facteurs associés à la mortalité maternelle

Variable		Patientes vivantes n=208	Patientes décédées n=146	p
CPN	≤ 3	168	86	< 0,0005
	> 3	41	60	
Parité	≤ 1	133	110	0,01
	> 1	75	36	
Accouchement voie basse Césarienne		73	92	< 0,0005
		135	54	
Délai d'admission	≤ 6h	32	0	< 0,0005
	> 6h	176	146	
Complications PE Autres		135	47	< 0,0005
		73	99	
Mauvaise observance Bonne observance		104	105	0,001
		64	41	
Hospitalisation	≤ 24h	03	55	< 0,0005
	> 24h	205	102	
Cause de décès	directe	186	130	0,04
	Indirecte	16	16	

CPN: Consultation prénatale; h: heure; PE; Prééclampsie

## DISCUSSION

Le profil de la patiente admise en réanimation au cours de la période du postpartum était celui d'une femme jeune, souffrant surtout des complications de la prééclampsie. L'admission en réanimation d'une patiente souffrant d'une complication de la grossesse répond à des critères bien codifiés, dans les pays développés, et requiert coordination, multidisciplinarité et habitude. Cette admission concerne moins de 1 % des motifs d'admission en réanimation [4]. La fréquence de patientes admises en postpartum dans notre étude, était supérieure à celle des travaux de Tchoua et al. [5] au Bénin et de Coulibaly et al. [6] au Mali, respectivement de 2,7% et de 5,2%. Cela s'expliquerait par le fait que la maternité du CHU de Cocody couvre les évacuations urgentes des structures sanitaires du Nord d'Abidjan à cause de l'existence du service de réanimation. Les réalités culturelles africaines feraient comprendre que la moyenne d'âge de notre série était inférieure à celle des travaux de Lelong et al. [7] en France.

Pour le niveau d'instruction, notre pourcentage d'analphabètes était très faible, contrairement à la série de Coulibaly et al. [6], qui ont retrouvé un taux de 63,4 %. Par contre presque que la moitié de notre population avait un niveau primaire de scolarisation. Ces femmes en général non instruites ont pour principale activité l'éducation des enfants, les travaux ménagers et champêtres donc sans grand revenu [6] d'où les difficultés d'accès aux soins, les causes d'abandon des consultations prénatales et la survenue de complications de la grossesse liées au stress et des efforts physiques importants [8]. Or le bon suivi prénatal est le premier élément dans la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle grâce au dépistage et à la prise en charge précoce des pathologies obstétricales.

Le délai moyen d'admission rapporté par notre série, se rapprochait de celui des travaux de Beye et al [9] au Sénégal avec une moyenne de 1,35 jours, et était inférieur à celui publié par Tchoua et al. [5] au Bénin avec une moyenne de 10,9 jours. Ces longs délais d'admission seraient liés au manque de lits disponibles en réanimation et aux difficultés de transfert des patientes provenant d'autres structures sanitaires.

Notre travail comparablement aux études de Coulibaly et al. [6] et Lelong et al. [7] montraient les complications de la prééclampsie, étaient le premier motif de transfert des patientes en réanimation, contrairement à la série de Dao et al. [10], dans laquelle l'état de choc était en premier rang. Les examens cliniques et paracliniques effectués dans notre population avaient montré que l'éclampsie était la pathologie la plus retrouvée lors de l'admission d'une patiente au cours la période du postpartum. Selon l'étude de Coulibaly et al. [6], l'éclampsie représentait 94,3% des complications de la prééclampsie en réanimation. Par contre, Kéita et al. [11] trouvaient une fréquence de 22,5% d'éclampsie dans sa série. L'éclampsie est une complication grave de la grossesse engageant le pronostic vital de la mère et de l'enfant. La physiopathologie de l'éclampsie reste encore à ce jour l'objet d'hypothèses et de recherches. Si dans les pays développés, cette pathologie est relativement rare, l'incidence et la mortalité liée à cette pathologie dans les pays en voie

de développement en font un enjeu majeur de santé publique.

Même si un certain nombre de facteurs de risque ont été identifiés, la meilleure prévention à ce jour est la surveillance de la grossesse et le dépistage des patientes présentant une hypertension artérielle gravidique [12]. Notre étude et celle de Dao et al. [10], avaient retrouvé une fréquence considérable du choc infectieux du post-partum. L'endométrite du post-partum est fréquente et représente 2 % des infections du post-partum dans les pays à bon niveau socioéconomique [13]. Les manœuvres obstétricales au cours de l'accouchement par voie basse et la mauvaise observance de l'antibiothérapie après la césarienne seraient incriminées dans la survenue de ces infections, pouvant aller jusqu'au décès maternel.

Les morts maternelles surviennent dans les établissements hospitaliers dans plus de trois quarts des cas, essentiellement dans les unités de réanimations. Les cas démontrent que le début des symptômes peut être insidieux ou trompeur avec une détérioration clinique extrêmement rapide et que le transfert rapide dans une unité de réanimation adulte est essentiel [14]. Notre taux de décès était considérable supérieur à celui retrouvé par Keita et al. [11], qui était de 9,5%. La mortalité maternelle est un indicateur de la qualité des soins obstétricaux.

Les facteurs de risque de mortalité maternelle retrouvés dans notre étude, principalement les conditions socio-économiques défavorables et le mauvais suivi des grossesses, étaient comparables à ceux publiés par Mahboui et al [15] en Tunisie. Balde et al. [16] a constaté dans son étude en Guinée- Conakry, que 56,3% des patientes décédées n'avaient aucune CPN. La liaison statistique des causes directes avec les décès dans notre série, corroborait avec l'étude de Mahboui et al [15], notamment l'hémorragie et la toxémie gravidique. Ce même constat était fait en France, selon les travaux de Deneux-tharoux [17], qui notait que la quasi-totalité des décès par hémorragie restants était jugée évitable, restant la première cause de mortalité maternelle en France (11 % des décès).

## CONCLUSION

La prise en charge médicale des pathologies au cours du postpartum demande une coordination pluridisciplinaire sans faille entre les urgentistes, les équipes obstétricales, les anesthésistes-réanimateurs.

La meilleure sécurité pour la mère et l'enfant dans les pays en voie de développement, repose sur le suivi des grossesses et la prévention des pathologies obstétricales évitables.

## REFERENCES

- Dumont A. Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles sont les interventions efficaces ? *Rev Méd Périnat* 2017; 9 (1) :7 - 14.
- OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Principaux repères [Internet]. Mortalité maternelle. [consulté 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Fonds Français Muskoka. 2019. Santé maternelle et infantile : la Côte d'Ivoire dévoile sa stratégie pour limiter les décès en couche [Internet]. [consulté 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://ffmuskoka.org/sante-maternelle-et-infantile-la-cote-divoire-devoile-sa-strategie-pour-limiter-les-deces-en-couche/>
- Fourrier F. Pathologie obstétricale en réanimation. Des généralités aux principes. *Réanimation*. 2007 ;16(5) :366-72.
- Tchoua BA, Tshabu-Aguemon C, Hounkponou FM, et al. Morbidités obstétricales graves en réanimation à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : à propos de 69 cas. *RAMUR* 2013 ; 18 (1) : 8-14.
- Coulibaly Y, Goita D, Dicko H, et al. morbidité et mortalité maternelles en réanimation en milieu tropical. *RAMUR* 2011 ; 16 (2) : 44-50.
- Lelong E, Pourrat O, Pinsard M et al. Admission en réanimation des femmes en cours de grossesse ou en postpartum : circonstances et pronostic. Une série rétrospective de 96 cas. *Rev Méd Int* 2013 ; 34 : 141-7.
- Attolou V, Takpara I, Avode G, et al. Les différentes formes d'HTA chez les femmes enceintes béninoises au CHNU de Cotonou. *Cahier Santé* 1998 ; 8 : 353-6.
- Bèye MD, Diouf E, Bah MD, et al. Prise en charge du HELLP syndrome en réanimation à Dakar. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006; 25(3): 291-5.
- Dao B, Rouamba A, Ouédraogo D, et al. Transfert de patientes en état gravidopuerpéral en réanimation : à propos de 82 cas au Burkina Faso. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003; 31(2): 123-6.
- Keïta M, Diallo BM, Samaké BM, et al. Épidémiologie et pronostic maternel de l'éclampsie en milieu de réanimation au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G de Bamako. *Mali Méd* 2016 ; 31 (2) : 1-9.
- Raphael V, Levasseur J. Éclampsie. *EMC, Médecine d'urgence* 2007 ; 25-070-B-20.
- Faure K, Dessein R, Vanderstichele S, et al. Endométrites du post-partum. *RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynecol Obstet Fertil* 2019; 47(5): 442-50.
- Baillard C, Rezig K. Sepsis sévère en péri-partum. *Sfar* 2015. Médecins. Conférences d'actualité. 24 p.
- Mahboui S, Basli F, Messaoudi F, et al. la mortalité maternelle : épidémiologie, facteurs de risque et évitabilité. A propos de dix cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(12) : 1018 -23.
- Balde O, Balde IS, Diallo MH, et al. La mortalité maternelle à l'hôpital régional de Kindia : facteurs épidémiologiques et axes stratégiques d'intervention. *Rev int sci méd*. 2016 ;61-5.
- Deneux-tharoux C, Saucedo M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2010–2012. *Gynecol Obstet Fertil* 2017;45 (Suppl 12):S8-S21.