

Facteurs de risque et qualité de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djaména

Risk factors and quality of management of immediate postpartum hemorrhage in N'djaména mother and child hospital

Saleh AS^{1,2}, Foumsou L^{1,2}, Hissein AM^{1,2}, Fatime MSY¹.

1. Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Université de N'Djaména

2. Centre Hospitalier Universitaire de N'Djaména.

Correspondances : Saleh Abdel Salam, Maître – assistant à l'université de N'Djaména, Tchad. Adresse mail :

salehibnabdel@yahoo.fr

Reçu : le 19 mai 2020 - Accepté : le 18 mars 2021 - Publié : le 3 juin 2021

RESUME

Introduction : Les hémorragies du post partum immédiat (HPPI) constituent la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Cette étude avait pour but d'améliorer leur prise en charge.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective analytique menée à la maternité de l'HME sur une période de 6 mois portant sur l'analyse des facteurs de risque et de la qualité de la prise en charge de l'HPPI. Toute accouchée ayant développé une HPPI et qui a accepté de participer à l'étude était incluse. Les variables étudiées étaient d'ordre épidémiologique, clinique, biologique, thérapeutique et évolutif. Elles ont été analysées avec le logiciel SPSS 18.0.

Résultats : Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 2776 accouchements, parmi lesquels 98 cas avaient développé l'HPPI, soit une fréquence de 3,5%. La tranche d'âge de 20-24 ans (29,6%) était la plus touchée. La parité était dominée par la grande multiparité dans 43,9% des cas (RR=1,55 ; p = 0,009). L'atonie utérine, la rétention placentaire et les traumatismes de la filière pelvi-génitale étaient les principales étiologies des HPPI respectivement dans 44,9%, 34,7% et 30,6% des cas. La grande multiparité, la macrosomie fœtale et un antécédent de HPPI augmentaient le risque de HPPI. L'atonie utérine multipliait de 2,8 fois le risque (p=0,00) ; la grande multiparité par 3,8 fois (p=0,01) et la macrosomie par 2,4 fois (p=0,04) respectivement. Un antécédent d'avortement augmentait de 9,4 fois le risque d'HPPI par rétention placentaire (p = 0,009). L'hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans 4,1% des cas. Le taux de létalité maternelle était de 6,1%.

Conclusion : il ressort de cette étude que la grande multiparité, la macrosomie et un antécédent de HPPI ainsi qu'un antécédent d'avortement constituent les facteurs de risque de survenue d'HPPI. La qualité de sa prise en charge est tributaire d'une approche multidisciplinaire.

Mots clés : Hémorragies, post-partum Immédiat, qualité des soins, pronostic N'Djaména, Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

ABSTRACT

Introduction: Immediate post-partum haemorrhages (IPPH) are the leading cause of maternal mortality in the developing countries as well as in the developed ones. The objective of this study was to improve the management of IPPH.

Patients and method: Our study was a forward-looking descriptive and analytical on risk factors and management quality of Immediate post-partum haemorrhages in Gynaecology-Obstetrics Department of Mother and Child Hospital in N'Djaména for six months. Any woman that has recently given birth, developed an IPPH complication and consented to participate to the study has been welcomed. The studied variables were epidemiological, clinical, biological, therapeutics and prognosis and have been analysed through SPSS 18.0 Software.

Results: A total of 2776 deliveries have been performed during this period and from which 98 cases (3.5%) have developed IPPH complication. The age mean 20-24 (29.6%) was the most concerned. Parity has involved large multiparity with a rate of 43.9% (RR=1.55, p=0.009). Uterine atony, retained placenta and other genital trauma during delivery were the main causes of IPPH with respectively 44.9%; 34.7% and 30.6% of rates. Large multiparity, fetal macrosomia and a history of IPPH in the past would increase the risk of developing IPPH due to uterine atony by 2.8 times (p=0.00); 3.8 (p=0.01) and 2.4 (p=0.04) times respectively. A personal history of abortion in the past would increase the risk of developing IPPH due to retained placenta by 9.4 times (p=0.009). Emergency hysterectomy to stop bleeding has been done in 4.1% of cases. Maternal mortality rate was about 6.1%.

Conclusion: Large multiparity, fetal macrosomia, primiparity, a history of IPPH as well as an abortion are the main risk factors of developing an IPPH.

Key Words: haemorrhages, immediate postpartum, quality of cares, prognosis, N'Djaména, MCH

L'accouchement qui devrait être toujours un événement heureux peut se transformer dans nos régions en un drame à cause du fort taux de décès maternel. En effet, Dans nombre de pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les causes prédominantes de décès chez la femme en âge de procréer. L'hémorragie du post partum est la première cause de mortalité dans les pays à revenu faible et la cause principale de près d'un décès sur quatre dans le monde.

La plupart des décès imputables à l'hémorragie du post partum surviennent pendant les premières 24 heures après l'accouchement. La majorité de ces décès sont évitables grâce à l'administration prophylactique d'utéro toniques au cours de la délivrance et une prise en charge approprié en temps opportun de la crise hémorragique [1].

Dans les séries africaines, la première cause des décès maternel est l'hémorragie du postpartum 65,4% [2] parmi lesquelles l'hémorragie du post partum immédiat occupe le premier rang avec une fréquence de 24%, faisant du post partum immédiat un moment critique « aussi bien aux Etats Unis que dans les pays en développement [3]. Ainsi, malgré les progrès réalisés pour la prise en charge de l'HPPI dans la gestion active de la troisième partie de l'accouchement (GATPA), cette entité nosologique demeure un problème de santé publique au Tchad. La gravité de cette pathologie nous a motivé à initier cette étude afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des hémorragies du post partum immédiat à l'Hôpital de Mère et l'Enfant à N'Djamena.

PATIENTES ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique menée à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de N'Djaména, réalisée sur une période de six (6) mois portant sur l'analyse des facteurs de risque et de la qualité de la prise en charge de l'HPPI. Etaient inclus dans l'étude, tout accouchement dont l'âge gestationnel est supérieur à 28SA, toute hémorragie du post-partum survenue dans les 24 premières heures suivant l'accouchement et qui avait accepté de participer à l'étude. Les variables étudiées étaient : l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession, le mode d'admission, et, motif de référence, la parité, le suivi de la grossesse (CPN), le lieu et la voie d'accouchement, la qualité du personnel, le poids des nouveau-nés à la naissance, la prise en charge et le pronostic maternel.

La spoliation sanguine était mesurée à l'aide d'une poche en plastique graduée mise sous les fesses de la parturiente. Le taux d'hémoglobine pour chaque

parturiente était déterminé avant et après l'accouchement pour en connaître la variation. Toute variation du taux d'hémoglobine supérieure ou égale à 2g/dl était considérée comme une hémorragie du postpartum.

Les outils de la collecte des données étaient une fiche d'enquête, les registres d'entrée et de sortie, le registres de la salle d'accouchement, le registre de décès maternels et le registre du bloc. Les données étaient analysées avec les logiciels Epi Info version 3.5.1, SPSS 18.0 version française et Excel 2013.

RESULTATS

Fréquence

Nous avons enregistré 2776 accouchées parmi lesquelles 98 avaient développé une Hémorragie du Post Partum Immédiat (HPPI), soit une fréquence de 3,53%.

Age

L'âge moyen était de 23,54 ans $\pm$ 1,21 avec des extrêmes allant de 15 à 38 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20-24 ans, 29 cas (29,6%) avaient présenté un risque de 1,2 de développer l'HPPI comme l'indique le tableau I.

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âges

Age (ans)	Accouchements	HPPI	%	RR	IC 95%	p
15-19	623	24	24,5	0,87	3,3 - 6,9	0,61
20-24	864	29	29,6	1,20	5,7 - 10,4	0,07
25-29	505	20	20,4	0,96	2,4 - 5,9	0,89
30-34	603	23	23,5	0,28	1,8 - 4,7	0,96
= 35	181	02	2	0,29	1,8 - 4,7	0,96
Total	2776	98				

Parité et niveau d'instruction

La majorité des accouchées qui avaient présenté une HPPI était des femmes mariées (99%), non instruites (44,9%) et multipares (43,9%). Le risque relatif était plus élevé chez les accouchées grandes multipares (RR=2,7) et non instruites (1,5) avec des différences statistiquement significatives respectivement de p=0,004 et p=0,009.

Facteurs de risque d'atonie utérine

Sur les 98 patientes qui avaient présenté l'HPPI, 44 cas étaient dus à l'atonie utérine, soit 45%. Les facteurs de risque de l'atonie utérine, principale cause d'hémorragie, étaient la grande multiparité (R=2,83), l'antécédent d'HPPI (RR=2,45) et la macrosomie fœtale (RR=3,37) avec des différences statistiquement significatives. Enfin, dans notre série, un antécédent d'avortement augmentait de 9,41 fois le risque d'HPPI comme le montre le tableau II.

Tableau II : Répartition des parturientes selon les facteurs de risque d'atonie utérine

Facteur de risque	Atonie utérine		RR	P
	Oui	Non		
Primiparité	3/44	15/54	0,30	0,28
Pauciparité	5/44	9/54	0,68	0,54
Multiparité	6/44	17/54	0,61	0,03
Grande multiparité	30/44	13/54	2,83	0,00
Antécédent d'HPPI	6/44	3/54	2,45	0,04
Césarienne	5/44	5/54	1,22	0,73
Travail prolongé (>12h)	19/44	19/54	1,22	0,41
Macrosomie	11/44	4/54	3,37	0,01
Grossesse multiple	5/44	6/54	1,02	0,96
Rupture prématurée des membranes	15/44	10/54	1,84	0,07

Mode d'accouchement

Parmi les 98 accouchées ayant présentée une HPPI, 88 cas avaient accouché par voie basse (88,8%) contre 10,2% par césarienne. Quel que soit le mode d'accouchement, la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,9$).

Prise en charge

La prise en charge médicale des accouchées avait fait appel aux cristalloïdes (93 cas soit 94,9%), aux antibiotiques (97cas soit 99%) et à la transfusion sanguine (36 cas soit 36,7%) comme décrite dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patientes selon la nature du traitement médicamenteux

Nature du traitement	n	%
Syntocinon	98	100
Cristalloïde	93	94,9
Transfusion sanguine	36	36,7
Macromolécules	80	81,6
Antibiotiques	97	99
Supplémentation en fer	50	51

Létalité maternelle

Nous avons enregistré 06 cas de de décès maternels, soit une létalité de 6,1%.

La létalité maternelle appréciée en fonction du

mode d'admission et de la quantité de sang perdue figure dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'évolution en fonction du mode d'admission et de la quantité du sang perdu

Mode d'admission	Létalité maternelle	RR	P
n	décès	%	
Venue d'elle-même	47	02	4,2 0,54 0,48
Référée/évacuée	51	04	7,8 1,84 0,03
Quantité du sang perdu	Létalité maternelle		
500 – 1000 ml	11	01	9 0,25 0,29
1000 – 1500 ml	43	01	2,32 2,15 0,51
1500 – 2000 ml	40	02	7,5 10 0,00
>2000 ml	04	02	50 0,18 0,09
Total	98	06	6,12

DISCUSSION

La fréquence des HPPI était de 3,53%. Elle est proche de celles de certains auteurs qui rapportent un taux allant de 4,5 à 5,1 [4,5]. D'autres par contre rapportent des taux inférieurs au notre de l'ordre de 1,47 à 2,1% [6,7]. Cette différence s'expliquerait par la qualité des moyens utilisés pour la mesure de la quantité du sang perdu, du plateau technique, du niveau de la structure sanitaire.

L'âge moyen des patientes était de 23,54 ans $\pm$ 1,21 avec des extrêmes allant de 15 et de 38 ans. La tranche d'âge de 20 à 24 ans était la plus touchée par l'HPPI avec 29,6% des cas. La prédominance des HPPI dans cette tranche d'âge et dans celle de 15 à 19 ans est rapportée par les données de la littérature [7,8, 9]. La moyenne d'âge est comparable à celles d'autres séries africaines qui obtiennent respectivement 24,98 et de 24,5 ans d'âge moyen [8,10]. Le mariage et la maternité précoces associés au caractère pronataliste des régions en Afrique en général et particulièrement au Tchad pourraient expliquer ce résultat.

La grande multiparité avec 43,9% des cas représentait un facteur de risque (RR = 1,55). Ce résultat corrobore ceux d'autres séries africaines qui rapportent une prédominance des hémorragies du post – partum chez les grandes multipares de l'ordre de 31,9% et de 42,3% [8,10]. En effet la grande multiparité est la cause principale d'atonie utérine par mauvaise rétraction utérine due à la perte d'élasticité utérine ne pouvant assurer une bonne

hémostase.

Plus de la moitié de nos patientes étaient référée, soit 52% (n=5). Le risque d'avoir une HPPI était 2 fois plus élevé chez une parturiente référée par rapport à celle venue d'elle-même dans cette série. Cela pourrait s'expliquer par le travail prolongé responsable de l'atonie utérine principale cause d'HPPI. Toutes les données de la littérature soulignent que l'atonie utérine par épuisement du myomètre, une surdistension utérine et un arrêt brutal des ocytociques après accouchement est la première cause des hémorragies du post-partum immédiat. Les facteurs risque d'atonie utérine étaient la grande multiparité, l'antécédent d'HPPI et la macrosomie fœtale qui multipliaient le risque de développer cette hémorragie du post-partum immédiat par 2,83 ; 2,45 et 3,37 respectivement, avec une différence statistiquement significative. Plusieurs auteurs s'accordent que la multiparité, l'antécédent d'HPPI et la macrosomie fœtale constituent les principaux facteurs de risque d'hémorragie du post – partum immédiat [8, 10, 11].

Dans ce travail l'antécédent d'avortement multipliait par 9,41 le risque d'HPPI par rétention placentaire (p = 0,009). Enfin, la primiparité et la macrosomie fœtale présentaient respectivement 18,13 et 2,59 fois le risque de développer l'HPPI par traumatisme de la filière pelvi génitale (p = 0,00 et 0,03).

La prise en charge médico-chirurgicale était classique de l'HPPI par révision utérine dans 81,63% (n=80) des cas, et, administration d'utérotoniques à base d'ocytocique, soit en intramusculaire, soit en perfusion (100%). Les cristaalloïdes, un antibiotique et une transfusion sanguine avaient été utilisés respectivement chez 94,9% (n=93) 99% (n=97) et (n=36) 36,7% des cas. Enfin, 40,8% des accouchées avaient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale avec 4,1% de cas d'hystérectomie d'hémostase pour atonie utérine [8, 9, 11, 12]. Les indications chirurgicales des HPPI étaient liées aux états cliniques et aux causes des HPPI.

La létalité maternelle évaluée en fonction du mode d'admission et de la quantité de sang perdue a été de 7,8% et 6,1% respectivement. Ce taux de létalité est proche de celui de Ngbalé et al. [9] qui est de 7,6%. Cependant Gabkika et al. [7] et Randriatsarafara et al. [12] obtiennent des faibles taux de létalité maternelle respectivement de 2% et 1,6%. Ce résultat élevé dans cette série s'expliquerait la perte sanguine massive et l'insuffisance des produits sanguins pour compenser les pertes sanguines.

Nous avons rapporté 7,8% de décès chez les patientes référées ou évacuées représentant plus de la moitié des décès dus à l' HPPI. Ce taux est la résultante des longs délais entre la référence et la prise en charge due, soit à une prise de décision tardive de fréquenter la formation sanitaire, soit à la distance à parcourir pour atteindre le centre de référence ou des accouchements à domicile dont le diagnostic d'HPPI est posé tardivement.

CONCLUSION

Le plus souvent imprévisible, l'hémorragie du post partum est une urgence obstétricale majeure. L'HPPI demeure un problème de santé publique dans nos régions aux moyens limités. Elle reste la première cause de décès maternel dans le monde L'atonie utérine, les rétentions placentaires et les traumatismes de la filière génitale sont les principales étiologies. Une prise en charge rapide, adéquate et multidisciplinaire permettra de réduire le taux des décès maternels.. prévention de l'hémorragie du post partum immédiat en particulier de la délivrance et la disponibilité du sang dans les services de la maternité pour assurer une prise en charge rapide et efficace en cas de saignement important nécessitant une transfusion sanguine.

REFERENCES

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandation de l'OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies du post-partum 2014.
2. **Gabkika BM, Damtheo S, Mansgar K, Tchoubou BM, Adoum T, Boyannet BM.** Analysis of maternal deaths in southern N'Djamena district hospital (Chad). *Borno Med J.* 2015;12(2):80-7.
3. **United Kingdom Department of health.** Report of confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-1996. London HMSO-INT. *J Gynecol Obstet.* 1998;3:10-5.
4. **Bonnet MP, Basso O, Bouvier-Colle MH, Dupont C, Rudigoz RC, Fuhrer R et al.** (2013) Postpartum Haemorrhage in Canada and France: A Population-Based Comparison. *PLoS ONE* 8(6): e66882. doi: 10.1371/journal.pone0066882.
5. **Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Tognifode V, Aboubakar M, Guynley K, Gandonou F et al.** Facteurs de risque d'hémorragie du post-partum immédiat dans un hôpital de district du nord Bénin. *JS de Biol Clin Bénin.* 2017;27:78-83.
6. **Mimi LMI.** Les hémorragies graves du post partum : ?Étude rétrospective sur 5 ans [Thèse : Med]. Marrakech: Université Cadi Ayyad; 2017.
7. **Gabkika BM, Djongali S, Oumarou GS, Atade**

SR, Adoum T. Immediate post-partum haemorrhage: Epidemiological aspects and maternal prognosis at South N'djamena District Hospital. *South Sudan J Med.* may2015;8(2):28-32.

8. **Foumsou L, Mahamat P, Gabkiga BM, Dlinga D, Damthéou S, Djongali S et al.** Immediate Post-Partum Haemorrhage: epidemiological aspects and maternal prognosis at N'Djamena Mother and Child Hospital (Chad). *Clinics mother child health* 12(2):182doi:10.4172/2090-7214.1000182.

9. **Ngbalé RN, Koirokpi A, Goddot NMJ, Gaunefet CE, Songo-KetteT, Heredeibona LS et al.** Les hémorragies du post – partum immédiat à l'Hôpital Régional Universitaire de Bossangoa, Centrafrique. *Méd.Afr Noire.* 2012;59(1):39–43.

10. **Fenomanana MS, Riel AM, Rakotomena SD, Andrianjatovo JJ, Andrianampanalinarivo HR.** The risk's factors of mortality by post-partum

hemorrhage at the Maternity of Befelatanana - University Hospital of Antananarivo Madagascar. *Rev d'Anest-Réa Méd Urgence.* 2009;1(3):4-7.

11. **Nikiéma PD.** Hémorragies de la période de la délivrance dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo [Thèse : Med]. Ouagadougou : Université Joseph Kizerbo I; 2011.

12. **Randriatsarafara FM, Tomeba FCM, Rafamatanantsoa JF, Ranjalahy RJ, Andrianampanalinarivo RH et Randrianarimanana VD.** Complications obstétricales et échappées belles vues à l'hôpital universitaire de gynécologie obstétrique de Befelatanana. *J Malgache de Gynecol Obstét.* 2015;1:12-6.