



Les facteurs de risque de mortalité par hémorragies du post-partum à la Maternité de Befelatanana - CHU Antananarivo - Madagascar

The risk's factors of mortality by post-partum hemorrhage at the Maternity of Befelatanana - University Hospital of Antananarivo Madagascar

M.S FENOMANANA ^{(1)*}, A.M RIEL ⁽²⁾, S.D RAKOTOMENA ⁽³⁾, J.J ANDRIANJATOVO ⁽⁴⁾, H.R ANDRIANAMPANALINARIVO ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie - Obstétrique. CHUA-Maternité Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service de Réanimation Chirurgicale. CHUA- JRA, BP 4150 Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service de Chirurgie Viscérale. CH Layné, Avenue Pierre de Courbetin, 40000, Mont-de-Marsan, France

⁽⁴⁾ Service des Urgences Chirurgicales. CHUA-JRA, BP 4150 Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

RÉSUMÉ

L'hémorragie du post partum (HPP) reste la principale cause de mortalité maternelle dans les pays en développement, elle représente un problème majeur de santé publique.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs de risque de mortalité par HPP, à partir des cas de décès observés au Service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, CHU Antananarivo.

Méthode : Une étude rétrospective a été réalisée au Service de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana pendant une période de deux ans (du 1^{er} Septembre 2006 au 1^{er} septembre 2008) sur la mortalité maternelle par HPP.

Résultats : 34 décès maternels sur 24 636 accouchements ont été recrutés pendant la période d'étude, soit un taux de létalité par HPP de 1,38%. La moyenne d'âges de ces décédées est de 27 ans, avec des extrêmes de 16 et 44 ans. L'atonie utérine était la principale cause d'HPP dans 51% des cas. L'hystérectomie d'hémostase a été le traitement chirurgical de choix : 52,94%.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les facteurs de risque de décès maternels significativement associés à l'HPP : l'âge supérieure à 35 ans, la multiparité, les mauvaises conditions socio-économiques, le mauvais suivi de la grossesse, le retard à l'évacuation, un travail long plus de 15 heures, l'atonie utérine et un retard de prise en charge.

Mots clés : Mortalité maternelle ; Hémorragie post-partum ; Facteur de risque.

SUMMARY

The bleeding of the post partum remain the main cause of maternal mortality, particularly in developing countries, and it represents a major problem of public health.

Objective: Our aim is to identify the risk's factors of mortality by post-partum haemorrhage at the Gynaecological and Obstetrical service of the University Hospital of Befelatanana Antananarivo Madagascar.

Methods: A two year duration retrospective study was accomplished at the service of gynaecology and obstetrics of Befelatanana (1st September 2006 to 1st September 2008), from files of maternal deceased because of post partum haemorrhage.

Results: 34 maternal deaths among 24636 childbirths (deliveries) were recruited during the period of study, making a rate of mortality as 1,38%. The mean age of these deceased is 27 years old, with extremes as 16 and 44 years. The uterine atonia was the main cause of bleeding of the post partum, in 51 % of all cases. Haemostasis' hysterectomy was the first choice as surgical treatment, so in 52.94 % of all cases.

Conclusion: This study had exposed the risk's factors of maternal deaths which are significantly associated with the bleeding during the post partum: the age over 35ans, the multiparity, the bad socioeconomic conditions, the bad following of the pregnancy, the delay of evacuation and coverage.

Keywords: Maternal mortality; Post partum haemorrhage; Risk's factors..

INTRODUCTION

L'incidence de mortalité maternelle est estimée à 536000 en 2005 dans le monde. La forte mortalité s'observe dans les pays peu développés [1]. Les causes sont multiples : parmi elles, il y a l'hémorragie du post partum. L'hémorragie du post partum (HPP) se définit par une perte sanguine de plus de 500 millilitres dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. L'HPP est une urgence, sa prise en charge doit être rapide afin d'éviter le décès du patient [2]. Elle reste la principale cause de mortalité maternelle dans de nombreux pays en voie de développement [3].

L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs de risque de mortalité par HPP au Service de Gynécologie Obstétrique du CHU d'Antananarivo.

Du Service de Gynécologie et Obstétrique, Maternité de Befelatanana, CHU Antananarivo, & de l'Université d'Ambohitsaina Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. FENOMANANA Maminirina Sonia

Adresse: Service de Gynécologie - Obstétrique
CHUA Maternité de Befelatanana
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 04 186 83

E-mail: maminirinasonia@yahoo.fr

MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et transversale, au service de gynécologie-obstétrique du CHU d'Antananarivo, du 1^{er} Septembre 2006 à 1^{er} Septembre 2008, soit une période de deux ans.

Ont été sélectionnés les dossiers des patientes décédées identifiées dans le registre de décès pendant la période d'étude. Cette enquête identifie les morts maternelles telles qu'elles sont définies dans la Classification Internationale des Maladies.

Nous avons inclus tous les dossiers des patientes décédées à la suite d'une hémorragie du post partum. Ont été exclus de cette étude les dossiers incomplets. Les tests statistiques ont été faits avec le logiciel starta 8.0 utilisant le test de Chi² (p<0,05) de Pearson et le test exact de Fischer.

Les paramètres à étudier sont l'incidence de la mortalité, l'âge des décédées, leur parité, leur mode d'admission (référé ou non), le délai de prise en charge, les étiologies de l'HPP et leur prise en charge.

RESULTATS

Parmi 108 décès maternels constatés durant la période d'études, l'HPP a été la principale cause, avec 34 cas, soit 31,48%, suivie des infections post-abortum et puerpérales, avec 26 cas soit 24,07%, puis de la dysgravidie avec 16 cas soit 14,81% (Tableau I).

Tableau I: Nombre de décès par HPP

Décès maternels	N	%
Hémorragie du post-partum	34	31,48
Autres causes (totale)	74	68,51
- Hémorragie du pré-partum	11	10,18
- Dysgravidie et complications	16	14,81
- Infections post-abortum et puerpérales	26	24,07
- Dystocie	02	1,85
- Insuffisance rénale	02	1,85
- Cardiopathie	04	3,70
- Causes non obstétricales	13	12,03
Total	108	100

Notre population d'étude est alors composée de 34 patientes. Leur âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans (Tableau II). La tranche d'âges supérieure à 35 ans représente 12 fois plus de risque (p=0,0001) (Tableau II).

Tableau II: Répartition selon l'âge

Age	Nombre	Odds Ratio	p
< 18 ans	2	1,833	0,5109
19 - 34 ans	12	1,000	0,001
> 35ans	20	12,222	0,001

Dix neuf cas, soit 55,88%, étaient des multipares. La multiparité représente 5,5 fois plus de risque

(p=3.10⁻⁴). L'évacuation sanitaire exposait significativement à un état de choc à l'admission (Tableau III), avec un Odds Ratio égale à 5,83 (p=0,04).

Tableau III: Evacuation sanitaire et état hémodynamique à l'entrée

	Choquées	Non choquées	
Evacuées	14	6	20
Non évacuées	4	10	14
	18	16	34

Le retard de prise en charge de plus de 1 heure influençait de façon significative la survenue d'un décès maternel, avec un Odds Ratio égale à 30,54 (p=0,0001). La principale cause était l'atonie utérine, observée dans 15 cas parmi les 34, soit 44,11% (Tableau IV). Les autres principales causes étaient la rupture utérine dans 17,64%, la déchirure cervicale dans 11,76%, la césarienne dans 11,76% et la rétention placentaire dans 2,94% (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des causes des HPP

Causes	Décédées	%
Atonie utérine	15	44,11
Rétention placentaire	1	2,94
Déchirure cervicale	4	11,76
Placenta accreta ou percreta	2	2,94
Rupture utérine	6	17,64
Césarienne	4	11,76
Total	34	100

Dix huit cas sur 34, soit 52,94%, ont subi une hystérectomie d'hémostase. Bref, les facteurs de risque sont par ordre décroissant : l'âge supérieure à 35 ans, la multiparité, un travail long supérieur à 13 heures et le retard de prise en charge plus de 1 heure (Tableau V).

Tableau V: Les facteurs de risque de mortalité maternelle par l'HPP

Variable	Odds Ratio	p>chi2	IC à 95%
Age > 35 ans	12,22	0,0001	0,29-11,483
Parité > 4	5,57	0,0003	1,94-15,95
Durée du travail > 13 heures	32,93	0,0001	4,63-234,20
Transfusion < 1 poche	10	0,002	1,6-68,87
Délai de PEC > 1 heure	30,54	0,0001	3,92-237,53
Atonie utérine	8,18	0,009	1,84-36,24
Rupture utérine	36	0,001	1,62-799,32

DISCUSSIONS

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud ont représenté 86 % de l'ensemble des décès maternels toutes

causes confondues dans le monde en 2005 [3,4]. Le décès maternel était de 108/24000 naissances vivantes en 2 ans dans notre étude, soit 0,45%. Le risque est corrélé à l'âge maternel. Il est minimum entre 20 et 24 ans et reste très faible jusqu'à 29 ans. Il augmente très nettement à partir de 35 ans puisqu'il est trois fois plus élevé de 35 à 39 ans et douze fois plus élevé à 45 ans par rapport au groupe de 20 à 24 ans [4]. Dans notre série, l'âge supérieure à 35 ans représentait 12,22 fois plus de risque de mortalité ($p=0,0001$) par rapport au groupe de 18 à 34 ans. Ceci s'explique par le fait que la multiparité est souvent associée à une atonie utérine et un âge avancé (>30 ans) dans ces pays. Au Bangui Centrafrique, la multiparité est retrouvée comme facteur de risque dans 5,1% [5]. Dans notre étude, 19 cas (55,88%), étaient des multipares. En Centrafrique, les causes obstétricales représentent 27,3% des évacuations sanitaires [5]. Parmi nos parturientes, 20 sur 34 ont été évacuées. Elles provenaient d'un rayon de 50 kilomètres, démunies et défavorisées, évacuées dans de mauvaises conditions (sans voie veineuse, transport non médicalisé). Dans les pays en voie de développement, l'HPP est la première cause de décès maternel, et touche environ 1 % des femmes enceintes [1]. En Bangui (Centrafrique), l'HPP est responsable de 30% des décès maternels [5]. Elle constitue la première cause de mortalité maternelle en France [6]. Les principales causes sont la rétention placentaire, l'atonie utérine, et surviennent chez une femme sans facteur de risque particulier [6]. Dans les pays développés, la mortalité maternelle par HPP est faible, estimée à 2 à 10 pour 100 000 naissances vivantes [5]. Dans notre série, les facteurs de risque sont : une mauvaise surveillance de la période du post partum, un retard de prise en charge hospitalière. Mais il y a aussi des problèmes liés au système de santé, comme les mauvaises organisations du travail, le déficit en matière de plateau technique, une insuffisance en ressources humaines (effectifs du personnel), les compétences, problèmes logistiques : ambulance et communication. L'atonie utérine constitue la première cause d'HPP [7, 8]. Elle était retrouvée chez 41,66% de nos cas. Elle est due à un antécédent d'HPP, à l'administration d'hydroxyzine ou de phloroglucinol et à un travail long [8]. Le problème de mauvais état général après une évacuation sanitaire est fréquent en Afrique [9]. Dans notre série, 14 patientes (41,17%) étaient un état de choc à l'arrivée à la maternité, au terme d'une évacuation sanitaire. Selon la recommandation pour la pratique clinique, l'ocytocique doit être prescrit en première intention [10], suivi en cas d'échec de sulprostone 500 microgramme en 30 minutes intraveineuse [2]. En cas de persistance de l'hémorragie, on procède à une embolisation artérielle si la patiente accouche par voie basse, ou à une ligature vasculaire en cas de césarienne [11], dans un contexte de prise en charge multidisciplinaire. Selon Salva J et al, la ligature selon le procédé de Tsurulnikov connaît un taux de réussite avoisinant 80 à 90%. Les taux de succès sont de 9%

après ligature d'une artère utérine, de 83% après ligature des deux, de 87% après ligature basse des pédicules utérins, de 94% après ligature d'un pédicule utéro-ovarien et de 100% après ligature des 2 pédicules utéro-ovariens [12]. L'hystérectomie d'hémostase est envisagée en dernier recours en cas d'échec des traitements conservateurs. Elle reste le geste ultime de sauvetage maternel [13]. Les indications les plus fréquentes sont l'atonie utérine, la rupture utérine, le placenta accreta et les hémorragies rebelles au traitement médical bien conduit. Le choix du type de traitement est à adapter selon le cas, au plateau technique et à l'expérience de l'équipe [13]. Dix huit parmi nos 34 patientes (soit 52,9%) ont subi une hystérectomie d'hémostase. L'état de nos patientes à l'entrée et nos plateaux techniques ne permettait pas de pratiquer d'autres alternatives à l'hystérectomie hémostatique de sauvetage. Le retard de prise en charge constitue des facteurs de risque majeur à la mortalité maternelle [5]. Le délai d'une prise en charge multidisciplinaire (Obstétriciens, anesthésistes réanimateurs et radiologues) doit être inférieur à 30 minutes [2]. Dans notre série, il était de 90 minutes en moyenne. Les causes de ce retard de prise en charge sont l'éloignement géographique et du déficit de ressources pour permettre une intervention obstétricale majeure.

CONCLUSION

Nous avons identifié les facteurs de risque de décès maternels qui sont : l'âge supérieure à 35 ans, la multiparité, les mauvaises conditions socio-économiques, le retard de prise en charge par retard d'évacuation sanitaire, un travail long plus de 13 heures et un délai de prise en charge supérieur à une heure. La cause la plus fréquente est représentée par l'atonie utérine. Cette mortalité pourrait être diminuée par une meilleure évaluation des facteurs de risque, une meilleure estimation des pertes sanguines à l'accouchement et un traitement rapide du saignement.

REFERENCES

1. Prual A. Réduction de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : Théorie et pratique. *Med Trop* 2004; 64 : 569-575.
2. Lévy G, Gouffinet F, Courtois F, Carbonne B, Mercier F. Hémorragie du post-partum immédiat. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2004; 33: 451-45136.
3. Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle dans les pays en développement : Données statistiques et améliorations des soins obstétricaux. *Médecine Tropicale* 2003 ; 81 : 358-365
4. Bouvier-Colle MH, Ouédraogo C, Dumont A, Vangeenderhuysen C, Salanave B, Decam C for the MOMA group. Maternal mortality in West Africa: rates, causes and substandard care from a prospective survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 : 113-119.
5. Sepou. A, Yanza MC, Nguembi E. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui Centrafrique. *Médecine d'Afrique noire* 2000 ; 6 : 399-405.

6. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Group MOMS-B. Maternal mortality and severe morbidity in 3 French regions : results of MOMS, an European multicenter investigation. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 5-9.
7. Deneux-Tharoux C, Dreyfus M, Goffinet F, Lansac J, Lemery D, Parant O . Prevention and early management of immediate postpartum hemorrhage :policies in six perinatal network in France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 37: 237-245.
8. Chevillot M, Marret H, Jonville-Bera A.P, Perrotin F. Facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance par atonie supérieure à 1000millilitres au CHU de Tours. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 : 346-347.
9. Ouédraogo C, Bouvier-Colle MH Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 80-89.
10. O'Brien P, El Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol* 1998; 92 : 212-214.
11. Salvat J, Schmidt MH, Guilbert M, Martino A. Ligature vasculaire en obstétrique dans les hémorragies sévères de la délivrance : revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 629-639.
12. Salva J, Nah Manovic C, Raciinet C. Indication et technique de la ligature des artères hypogastriques dans les grandes hémorragies obstétricales. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991; 25 : 368-371
13. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 971-975.