

Sosthène Adisso - Recherche en Santé de la Reproduction

Stratégie de réduction du taux de létalité des hémorragies du postpartum à la
Maternité du CHDU-B Parakou

J. Atade*, S. Adisso**, E. Alihonou**

* Maternité du CHDU-B. PARAKOU, 02 BP 646 Parakou (BENIN)

**Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, 01BP1822 Cotonou

Atade J, Adisso S, Alihonou E. Stratégie de réduction du taux de létalité des hémorragies du postpartum a la Maternité du CHDU-B Parakou. *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales*. 24 Août 2006.

http://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Hemorragies_Adisso_2006.pdf

RESUME

Les hémorragies du post-partum compliquent 4,6% des accouchements effectués à la du CHDU-B (Centre Hospitalier Universitaire du Département du Borgou) dans la période du 1^{er} janvier 2002 au 15 Septembre 2005. Elles occasionnent 36,04% des décès maternels du service avec un taux de létalité de 8,29%. Ce taux de létalité reste nettement inférieur à celui enregistré avant 2002 soit 10,60% des cas. Cette stratégie de prise en charge des hémorragies du post-partum est à encourager dans une organisation des soins obstétricaux dans nos pays.

Mots-clés : Hémorragie du post-partum, Décès maternel, Létalité, Stratégie des soins obstétricaux.

SUMMARY: STRATEGY OF REDUCTION OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE LETHALITY IN THE MATERNITY OF CHDU-B IN PARAKOU

Post partum haemorrhage is Complication of 4.6% deliveries in the teaching maternity in Parakou from 1st of January 2002 to 15th September 2005. Those occur 36,04% of maternal deaths in the service, with lethality rate about 8,29%. That lethality rate is lower than 10,60%, found in 2002. The strategy treatment used is satisfying and must be continue among obstetrics cares in our country.

Key-words: Postpartum haemorrhage, maternal death, lethality, obstetrics care strategy

1. INTRODUCTION

Dans beaucoup de pays en développement les hémorragies du post partum constituent les causes prédominantes de décès chez les femmes en âge de procréer. Moins de 1% [5] de ces décès ont lieu dans les pays développés démontrant ainsi qu'ils pourraient être évités si des ressources et des services suffisants étaient disponibles. Plus de la moitié de tous les décès maternels surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, la plupart dus à un saignement excessif. Depuis l'année 2002 au 15 Septembre 2005 au niveau de la maternité du CHDU-B (Centre Hospitalier Départemental Universitaire du Borgou) plusieurs stratégies de prise en charge des hémorragies du post partum ont été mises en œuvre. Ces stratégies ont-elles contribué à réduire la prévalence et la létalité des hémorragies du post partum dans le service.

2. MATERIEL – METHODES - CADRE

C'est une étude rétrospective concernant 205 accouchées reçues pour hémorragie du post partum et prises en charge dans la période du 1^{er} janvier 2002 au 15 septembre 2005 à la maternité du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou à Parakou – (CHDU-B).

Le service compte 52 agents dont 12 sages femmes, 03 gynécologues, 04 anesthésistes et 04 aides chirurgiens avec environ 110 accouchements par mois. Tous les prestataires sages femmes et médecins intervenant en salle d'accouchement sont formés à la prévention et à la prise en charge des hémorragies du post partum.

Le personnel de la salle d'accouchement est renforcé. Les gardes de 24 h suivies de 48 h de repos compensateur sont assurées quotidiennement par 02 sages femmes d'état, une infirmière et une aide soignante.

Au niveau de la consultation prénatale les femmes enceintes, les accompagnantes en collaboration avec des sages femmes développent des plans de préparation de l'accouchement. Les femmes enceintes ainsi que leur famille sont éduquées sur l'importance

d'avoir un accoucheur qualifié et compétent afin de faire la prévention et éventuellement le contrôle des saignements pendant l'accouchement.

Les femmes à risque d'hémorragie du post partum (cervicite chronique, multiparité, grossesse gémellaire, gros œuf, myome et grossesse etc.) sont détectées au cours des consultations prénatales et soumises à un programme de consultation prévoyant en moyenne 06 consultations dont 02 au moins sont faites par un médecin et ceci tous les mercredis de la semaine.

La salle d'accouchement est aménagée en 04 compartiments et la parturiente peut être assistée par l'accompagnant (e) de son choix au cours du travail d'accouchement.

Tout accouchement est suivi d'une intervention visant à accélérer la délivrance du placenta et la contraction de l'utérus grâce à l'administration de 10 unités d'ocytocine qui contracte l'utérus dans la minute qui suit l'accouchement, l'application d'une traction mesurée du cordon avec contre pression sur l'utérus puis massage du fond de l'utérus à travers l'abdomen. Cette gestion active de la délivrance est enseignée à tout le personnel de la salle d'accouchement du service de même que celui de la maternité de l'arrondissement de Kpébié.

Les médicaments d'urgence, le sang et ses dérivés sont rendus disponibles à 70% au niveau de la pharmacie de l'hôpital et de la banque de sang.

En cas d'urgence, le système de recouvrement des coûts après traitement est utilisé. Un bon d'indigent dûment signé par le médecin de garde est remis à l'accompagnant et les médicaments, le sang et ses dérivés sont retirés de la pharmacie et de la Banque de sang.

Une fois les soins exécutés, une lettre de rétro information à visée formative est adressée au centre de santé référant.

La mise en œuvre de ces différentes stratégies a connu des difficultés qui ont eu une influence négative sur les résultats.

Rupture fréquente de stock de médicaments d'urgence. Le taux de disponibilité avoisine les 70%.

Réception de cas désespérés du fait du retard à l'évacuation. La garde à domicile des médecins constitue un problème majeur dans le retard de mise en route du traitement.

Le système de référence est défaillant : absence du réseau aérien de communication, retard à l'évacuation, compétence limitée du personnel référant.

Dans la majorité des cas, les patients référés sont démunis.

Quelque fois les évacuations des patients sont faites sans abord veineux par conséquent elles sont reçues dans un état critique, avec des veines collabées.

Le sang et ses dérivés font souvent défaut.

Les patientes référées ne sont pas en général groupées, ce qui retarde la prise en charge.

3. RESULTATS

Tableau 1. Prévalence des hémorragies du post partum

	Nombre	Pourcentage
Hémorragie du post partum	205	04,60
Nombre d'accouchement	4.450	

Tableau 2. Taux de létalité des hémorragies du post partum

	Nombre	Pourcentage
Décès Maternels par hémorragie du post partum	17	08,29
Hémorragie du post partum	205	

Tableau 3. Prévalence et létalité des hémorragies du post partum avant et après l'année 2002

	Prévalence	Létalité
Avant 2002	6,80%	10,60%
De 2002 à 2005	4,6%	8,29%

Tableau 4. Place des décès maternels par hémorragie du post partum par rapport aux décès maternels du service.

	Nombre	Pourcentage
Décès Maternels par Hémorragie du post partum	17	36,04
Décès Maternels totaux	477	

Tableau 5. Répartition des causes des accouchements compliqués d'hémorragie du post partum

	Nombre	Pourcentage
Atonie utérine	104	2,33
Rétention placentaire	65	01,46
Déchirure filière génitale	35	0,07
Césarienne	01	0,002
Accouchement non compliqué d'hémorragie du post partum	4245	95,39
Total	4450	100

Tableau 6. Délai moyen entre l'admission de l'accouchée et dans le service et la mise en route du traitement

	Délai Moyen
Examen sous valve	2h 30 mn
Délivrance artificielle + Révision utérine	45 mn
Transfusion iso groupe isoRhésus	1h 30 mn
Prise d'un abord veineux	35 mn

Tableau 7. Répartition des accouchées décédées pour hémorragie du post partum selon leur mode d'admission.

	Nombre	Pourcentage
Accouchées évacuées, décédées, par hémorragie du post partum	13	76,47
Accouchée non évacuées décédée par hémorragie du post partum	04	23,53
Total	17	1000

Tableau 8. Répartition des causes des hémorragies du post partum

	Nombre	Pourcentage
Atonie utérine	104	50,73
Rétention placentaire	65	31,70
Déchirure de la filière génitale	35	17,07
Césarienne	01	0,04
Total	205	100

4. DISCUSSION

Dans la période du 1^{er} janvier 2002 au 15 septembre 2005, la maternité du CHDU-B a effectué 4.450 accouchements dont 205 compliqués d'hémorragie du post partum soit 4,6% contre 5% retrouvé dans l'étude de Boisseau N et Coll. [2]. GOFFINET [3] rapporte que les accouchements se compliquent d'hémorragie de la délivrance dans 4,9% et que les fréquences rapportées en France se situent dans une fourchette comprise entre 2 et 9%. Nous avons enregistré 17 décès maternels sur les 205 cas d'hémorragie du post partum soit un taux de létalité de 8,29%. Ce taux est nettement inférieur à celui enregistré avant l'année 2002 dans

notre service, soit 10,60% des cas. SHUVIS J. [5] et Stéphane [6] rapportent que 4 à 5% des accouchements se compliquent d'hémorragie du post partum et 1% des patients vont en mourir. S'il est vrai que la fréquence des hémorragies du post partum (4,6%) notée dans notre étude se situe dans la fourchette signalée par GOFFINET [3], il est évident que notre taux de létalité est huit fois plus élevé que celui rapporté par SHUVIS et STEPHANE [5,6]. Par ailleurs dans la même période d'étude 47 décès maternels ont été enregistrés dont 17 par hémorragie du post partum soit 36,04%. Ce taux de décès maternel par hémorragie du post partum est estimé à 34% en Zambie dans l'étude de Zarina [8] alors qu'en France ce taux est de 10 à 20% [3] ou 13 à 16% [6]. Dans les pays en développement le retard à la mise en route du traitement adéquat constitue une des raisons principales des taux de létalité élevés par hémorragie du post partum. Dans notre étude le délai moyen entre la mise en route du traitement et l'admission de l'accouchée varie de 35 mn à 2h 30 selon le type d'intervention. Il faut signaler par ailleurs, que le système de référence et de contre référence n'est pas performant, et les ressources nécessaires de prise en charge des urgences ne sont pas suffisamment disponibles.

L'hémorragie du post partum reste la première cause de mortalité et de morbidité maternelle. Quatre grandes causes peuvent être individualisées parfois associées et compliquées par une coagulopathie [2]. Ainsi, dans notre étude l'atonie utérine complique 2,33% des accouchements contre 2 à 5% dans l'étude de Goffinet [3]. La rétention placentaire complique 1,46% des accouchements contre 1% chez SHUVIS [5]. Une plaie du col, du vagin ou du périnée doit être évoquée devant la persistance d'une hémorragie malgré une bonne rétraction utérine et une vacuité utérine dans 0,07% des accouchements. Un cas de décès maternel par hémorragie du post partum après une césarienne a été enregistré soit 0,04% des hémorragies du post partum.

Il est à souligner que 76,47% des femmes décédées des suites d'une hémorragie du post partum sont référées des maternités périphériques.

5. CONCLUSION

Bien que la grossesse et l'accouchement soient des événements naturels, ce sont ces événements qui confèrent le risque de décès les plus élevés chez la femme en âge de procréer. Les hémorragies du post partum occupent la première place des décès maternels 36,95% avec un taux de létalité de 8,29%. Ce taux est nettement inférieur à ceux obtenus en 2001 dans le service. Ce taux de létalité est 08 fois plus élevé que celui observé dans les études faites en France et est justifié par le retard, ou l'insuffisance thérapeutique notée dans la prise en charge des urgences. Les femmes décédées des suites d'une hémorragie du post partum, soit 76,47% des cas, proviennent des maternités périphériques. Il est souhaitable que le personnel de ces maternités soient formés à la prévention et à la prise en charge des hémorragies du post partum, et que les ressources nécessaires soient disponibles au niveau de nos maternités pour réduire, de façon sensible, le taux de létalité par hémorragie du post partum.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 – BERLAN M.

Une hémorragie de la délivrance. Conduite à tenir In Pratique de l'accouchement (J. LANSAC, G. BODY) 2ème Edition, SIMEP, 1992, Paris, p : 239 - 247

2 – BOISSEAU N. LHUBAT E. RAUCOULES A. M.

Hémorragie du post partum immédiat, 1998 Elsevier Paris et SFAR, Conférences d'actualisation 1998. p : 209 - 312

3 – GOFFINET. F. BENIFLA JL. PONS. JC

Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. J. Gynécol Obstet Biol. Rep. 1997 ; 26 (suppl. n° 2) 34 - 38

4 – PALOT M

Hémorragie de la Délivrance : Prise en charge hospitalière initiale. In SFAR Médecine d'urgence 39ème congrès National d'anesthésie réanimation. Paris Elsevier 1997, p : 61 - 67

5 – SHUVIS J

Prévention des hémorragies du post partum : Prise en charge du 3ème stade du travail. In Santé Maternelle et Néonatale. OutLook 2002 Vol 19 N°3 ; 1-8

6 – STEPHANE. S. L.

Les hémorragies de la délivrance. Développement et Santé N° 104 Avril 1998. La Maternité sans risque dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. Studies of health services organisation 8 policy 6, 1997

7 – De BROUWERE V., TONGLET R., LERBERGHE W.V.

La « maternité sans risque » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. Studies in Health Services Organisation and Policy, 6, 1997

8 – ZARINA G.

Divers Facteurs associés à la mortalité maternelle en Zambie. Population Référence bureau 2005, Page 1-6