



Article Original

Prise en Charge de l'Hémorragie du Post Partum au Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant de Libreville

Management of postpartum hemorrhage at the mother and child University Hospital of Libreville

Nze Obiang PC¹, Okoué R², Obame ER³, Mouiry Bivigou W¹, Edjo Nkilly G², Matsanga A³, Essola L⁴, Nzoghe P³, Sima Zue A⁴

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE

Ce qui est connu du sujet

L'hémorragie du postpartum (HPP) est la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement et sa prise en charge requiert une multidisciplinarité dans laquelle les mesures de réanimation et d'anesthésie occupent une place importante.

La question abordée dans cette étude

Pratique réanimatoire et anesthésique dans le traitement de l'HPP immédiate au CHUME de Libreville.

Ce que cette étude apporte de nouveau

La prise en charge de l'HPP au CHUME est conforme aux recommandations des sociétés savantes. De ce fait, la mortalité est faible. Elle pourrait encore être réduite par l'acquisition du Sulprostone et du Fibrinogène et l'utilisation d'un manuel des procédures.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Nécessité de la mise en place d'une procédure écrite et de l'acquisition du Sulprostone et du Fibrinogène

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire la pratique réanimatoire et anesthésique dans le traitement de l'hémorragie du post partum (HPP) immédiat. **Patients et méthodes.** Étude rétrospective et descriptive du 01 janvier au 31 décembre 2021 réalisée au CHU Mère-Enfant de Libreville. Quarante-sept dossiers de patientes admises au bloc opératoire pour HPP immédiat sur la période d'étude ont constitué la base des données. Les variables étudiées étaient : l'âge, la classe ASA, l'état hémodynamique, la technique d'anesthésie, les méthodes réanimatoires, le type de chirurgie et le devenir des patientes. **Résultats.** L'âge moyen des 47 patientes était de 28 ans \pm 3. Les patientes ASA 1 représentaient 93,6%. Une hypotension artérielle était retrouvée chez 19,1% des cas dès l'admission. Une anémie et un trouble de l'hémostase étaient respectivement trouvés chez 17,9% et 13,1% des cas. La réanimation a eu recours à l'oxytocine dans 42,6%, à la transfusion sanguine et aux amines vasopressives dans 27,7% des cas. L'anesthésie générale associée au masque facial a été pratiquée chez 54,6% des patientes. La kétamine a été l'hypnotique le plus utilisé (77,3%). Quarante femmes ont bénéficié d'une réparation de la filière génitale et 5 d'une hystérectomie (10,6%). Deux décès maternels (4,3%) ont été enregistrés. **Conclusion.** Les HPP bénéficient d'une prise en charge anesthésique et réanimatoire assez large. La mise en place d'une procédure écrite et l'acquisition du Sulprostone et du Fibrinogène pourraient optimiser ce traitement.

ABSTRACT

Objective. To describe anesthetic and intensive care practice in the treatment of immediate postpartum hemorrhage (PPH). **Patients and methods.** Our retrospective and descriptive study took place from January 1st to December 31st 2021 at Mother and Child University Hospital at Libreville. Forty-seven files of patients who were admitted to the operating room because of immediate PPH during the above period, constituted the data basis. The following variables were taken into account: age, ASA class, hemodynamic state, the anesthetic technique, intensive care methods, type of surgery and the future of patients. **Results.** The average age of patients were about 28years old \pm 3. The ASA 1 patients represented 93.6%. A low blood pressure was found among 19.1% of cases as soon as they were admitted. An anemia and an hemostasis trouble were respectively noted among 17.9% and 13.4% of cases. Reanimation resorted to oxytocin in 42%, to blood transfusion and vasopressives amins in 27.7% of cases. General anesthesia associated to facial mask was used among 54.6% of patients. Ketamine was the most used hypnotic (77.3%). Forty (40) women benefitted from a birth canal repair, 5 of them went through an hysterectomy (10.6%). We registered 2 maternal deaths. **Conclusion.** PPH benefit from an almost wide anesthetic and intensive medical care. The settlement of a written procedure and the acquisition of Sulprostone and Fibrinogen could optimize this treatment.

Affiliation

1. Service d'anesthésie-réanimation, CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori, Libreville, Gabon
2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées OBO, Libreville, Gabon
3. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU d'Owendo, Libreville, Gabon
4. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU de Libreville, Libreville, Gabon

Auteur correspondant : Nze Obiang Pascal Christian

Tél : 00 241 74526820

BP : 7411 Libreville, Gabon

Courriel : nzepascal@gmail.com

Mots-clés : Anesthésie ; Evolution ; Hémorragie du postpartum ; Réanimation

Key words: Anesthesia; Evolution; Postpartum hemorrhage; Reanimation

Article history

Submitted: 17 March 2023

Revision requested: 7 April 2023

Accepted: 17 April 2023

Published: 30 April 2023

INTRODUCTION

L'hémorragie du postpartum (HPP) est définie comme une perte sanguine supérieure à 500 mL dans les 24 heures suivant l'accouchement [3]. Sa survenue est imprévisible et représente 5% des accouchements. C'est une complication obstétricale redoutable, elle est la première cause de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement [10], et une femme meurt toutes les quatre minutes à travers le monde [2]. Sa prise en charge requiert une multidisciplinarité dans laquelle les mesures de réanimation et d'anesthésie occupent une place importante [1,6]. En cas d'HPP, la révision des trois étages de la filière génitale est indispensable. Une fois l'étiologie placentaire ou traumatique écartée, un traitement utérotonique ainsi que des manœuvres obstétricales à visée hémostatique doivent être instaurés. La réanimation volémique et la stratégie transfusionnelle et hémostatique doivent être continues et adaptées. En cas d'échec, l'embolisation sélective des artères pelviennes permet parfois d'éviter la chirurgie. Une laparotomie exploratrice avec sutures hémostatiques est l'autre option, suivie si nécessaire, d'une hystérectomie d'hémostase, traitement de dernière intention [2,8,12,13]. Le but de ce travail était de décrire la pratique réanimatoire et anesthésique dans le traitement de l'HPP immédiate et persistante au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant (CHUME) de Libreville.

PATIENTES ET MÉTHODES

Le bloc opératoire du CHUME de Libreville a constitué le cadre de ce travail. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée du 01 janvier au 31 décembre 2021 portant sur les dossiers des HPP admises au bloc opératoire des urgences obstétricales. La prise en charge des HPP au CHUME est multidisciplinaire, impliquant les obstétriciens, les réanimateurs, le laboratoire et la banque de sang. Dans un premier temps, en fonction de l'état hémodynamique, un remplissage vasculaire, l'administration d'oxytocine et une exploration biologique de l'hémoglobine et de l'hémostase sont réalisées. La deuxième étape consiste à la réalisation des gestes chirurgicaux si persistance de l'hémorragie, tout en poursuivant la réanimation initiale. A ce stade, la patiente va bénéficier d'une anesthésie pour faciliter la prise en charge obstétricale. Parallèlement une stratégie transfusionnelle est adoptée en fonction de la clinique et de la biologie. Au sortir du bloc opératoire, les patientes sont admises soit en réanimation si elles nécessitent encore des soins continus, ou repartent en maternité si leur état clinique est stable. Pour cette étude, nous avons inclus les dossiers de toutes les patientes traitées pour HPP. A l'aide d'une fiche d'enquête, les variables répertoriées et recueillies étaient : l'âge, la classe ASA, l'état hémodynamique, la technique d'anesthésie, les méthodes réanimatoires, le type de chirurgie et le devenir des patientes.

La gestion et l'analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info 20. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives en moyennes.

RÉSULTATS

Incidence de l'HPP

Durant la période de l'étude, 4068 accouchements ont été enregistrés au CHUME et 47 HPP ont été identifiées et prises en charge, soit un taux d'incidence de 1,2% pour cette complication de l'accouchement.

Âge des patientes

L'âge moyen des 47 patientes ayant présenté une HPP était de 28 ans \pm 3. Les patientes de 20-30 ans représentaient 53,0% (n=25) et 21,0% (n=10) pour celles de plus de 35 ans. Les patientes de 30-35 ans et celles de moins de 20 ans représentaient respectivement 15,0% (n=7) et 11,0% (n=5) des HPP (Figure 1).

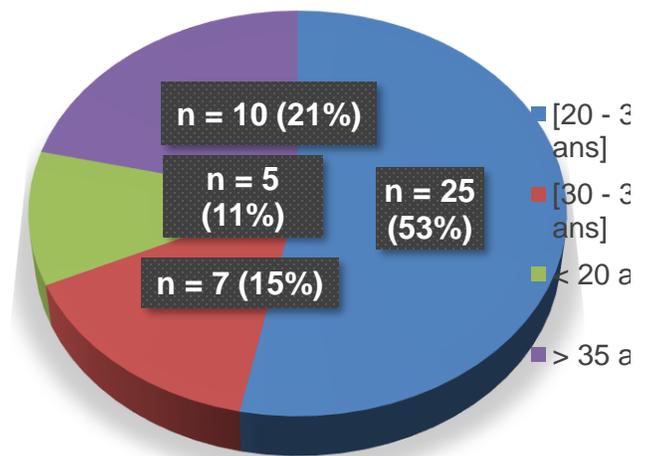


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Caractéristiques clinico- biologiques des patientes

Quarante-quatre patientes (93,6%) étaient de la classe ASA 1 et 3 étaient de la classe ASA 2. Sur le plan hémodynamique, une hypotension artérielle, caractérisée par une pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, était retrouvée chez 9 patientes (19,1%). Sur le plan biologique, les valeurs de l'hémoграмme ont été retrouvées chez 28 patientes. Cinq (17,9%) avaient une anémie avec un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL, et le même effectif chez les patientes présentant une thrombopénie inférieure à 75000/mm³. Les résultats des tests d'hémostase, le temps de prothrombine (TP) et le temps de céphaline activée (TCA) ont été retrouvés seulement chez 15 patientes. Deux patientes (13,1%) présentaient un TP inférieur à 70% et le même taux pour celles qui avaient un TCA allongé (Tableau I).

Tableau I : Données clinicobiologiques des patientes		
Paramètres	Effectif	Pourcentage
Pression artérielle systolique		
< 90 mm Hg	9	19,1
≥ 90 mm Hg	38	80,9
Hémoglobine		
< 9g/dl	5	17,9
≥ 9g/dl	23	82,1
Plaquettes		
< 150 000	5	17,9
≥ 150 000	23	82,1
Taux prothrombine		
< 70%	2	13,3
≥ 70%	13	86,7
Temps de céphaline activée		
Normal	13	86,7
Allongé	2	13,3

Modalités thérapeutiques des HPP

Toutes les patientes ont bénéficié d'une réanimation initiale avec un remplissage vasculaire jusqu'à leur admission au bloc opératoire pour poursuite de la prise en charge. Vingt patientes (42,6%) ont bénéficié d'une perfusion continue d'oxycytocine, avec des quantités de plus de 30 UI chez quatre patientes. Le recours aux amines vasoactives a été retrouvé chez 18 patientes (38,3%), avec 55,5% (n=10) d'utilisation d'éphédrine et 38,8% (n=7) pour la noradrénaline. La transfusion des produits sanguins labiles a été identifiée chez 13 cas d'HPP (27,6%) (Tableau II).

Tableau II : Fréquence d'utilisation des médicaments de réanimation		
Médicaments	Effectif	Pourcentage
Oxycytocine	20	42,6
Amines	18	38,3
Noradrénaline	7	38,8
Éphédrine	10	55,5
Adrénaline	1	5,5
Transfusion sanguine	13	27,6

Afin de faciliter la mise en route des mesures obstétricales de la prise en charge, les techniques d'anesthésie ont porté respectivement sur la réalisation d'une anesthésie générale (AG) avec masque facial (51%, n=24), une AG avec intubation trachéale (43%, n=20) et d'une rachianesthésie (6%, n=3) (Figure 2). La répartition des hypnotiques pour l'induction anesthésique était composée de la kétamine chez 34 patientes (77,3%) et du propofol chez 10 cas (22,7%). Les techniques chirurgicales ont porté sur la réparation de la filière génitale chez 40 patientes (85,1%) et une hystérectomie a été réalisée en dernier recours chez 5 patientes (10,6%).

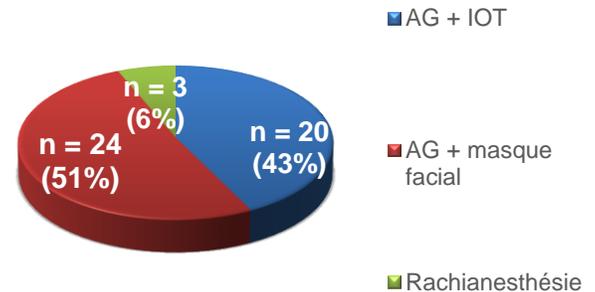


Figure 2 : Fréquence d'utilisation des techniques d'anesthésie
AG = Anesthésie générale
IOT = Intubation orotrachéale

Devenir des patientes

Au sortir du bloc opératoire, 34 patientes (72,4%) ont eu une évolution favorable avec poursuite des soins en maternité. Treize cas (27,6%) ont nécessité un transfert en réanimation et deux patientes (4,3%) sont décédées.

DISCUSSION

L'hémorragie du postpartum demeure un réel problème de santé publique, particulièrement pour la femme jeune et active avec une incidence variant entre 1,2 et 9% [8,9,10,14,19]. Le « shock index » représente aujourd'hui le meilleur indicateur de sévérité clinique de l'HPP [8,18], et l'OMS préconise pour sa prévention une mise en route de l'oxycytocine après un accouchement par voie basse [17]. La multidisciplinarité qu'imposent les recommandations d'experts sur la prise en charge des HPP fixe trois objectifs à l'anesthésiste réanimateur : les moyens de maintien de l'état circulatoire et respiratoire, la correction d'éventuels troubles de l'hémostase et l'aide à la réalisation de l'hémostase définitive [1,2,3,8,11]. Tout ceci autour des procédures ou protocoles écrits et accessibles à tous les praticiens, ce qui est actuellement déplorable au CHUME. Si le remplissage vasculaire est quasi systématique pour garantir une stabilité hémodynamique, le recours aux amines vasoactives est cependant fonction de la sévérité et de la persistance de l'hypotension artérielle. L'Éphédrine a été le vasoconstricteur le plus utilisé chez nos patientes, mais la Noradrénaline reste la molécule de deuxième

intention en cas de choc hémorragique [6,19]. L'atonie utérine est une cause importante d'HPP, sa prévention et son traitement nécessitent l'utilisation cadrée de l'oxytocine. En effet, au-delà d'une quantité de 30 UI le recours au Sulprostone devient indispensable [17]. Cette indication s'est imposée chez 5% des patientes, mais ce médicament n'est pas disponible dans nos officines pharmaceutiques. Le recueil rétrospectif des données ne nous a pas permis d'exploiter de façon optimale l'utilisation de l'Acide tranexamique chez les patientes, dans la gestion des troubles de l'hémostase. En revanche, nous ne disposons pas de Fibrinogène et l'administration des produits sanguins labiles s'est normalement déroulée en fonction des indications en concentrés de globules rouges, plasma frais congelé et concentrés plaquettaires. L'obtention d'une hémostase définitive oblige souvent l'obstétricien à recourir d'abord aux techniques chirurgicales conservatrices, telles que la réparation de la filière génitale, la ligature des artères utérines ou la technique de B-Lynch [12,13]. Le taux d'hystérectomie dans ce travail est bien en deçà de celui rapporté à Madagascar [15]. Très peu de parturientes accouchent sous analgésie péridurale, ceci explique la grande proportion de recours à l'anesthésie générale pour une optimisation précoce de la prise en charge [1,11]. Pour cela, le recours à la Kétamine avec une induction à séquence en cas d'intubation trachéale a été le mode d'induction anesthésique le plus utilisé.

L'évolution des patientes a été plutôt favorable. Le taux de décès dans ce travail est comparable à celui rapporté par Fenomanana [15], mais nettement inférieur à celui d'Ambounda au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville [10] et celui de Mian en Côte d'Ivoire [13]. Cette disparité peut s'expliquer par la spécificité des structures, les hôpitaux dédiés spécifiquement à l'obstétrique ayant des délais de prise en charge raccourcis par rapport aux autres.

CONCLUSION

La prise en charge réanimatoire et anesthésique de l'hémorragie du postpartum au CHUME repose sur les recommandations des sociétés savantes. La mise en place d'une procédure affichée et connue de tous les acteurs aiderait à optimiser le devenir des parturientes. De même, un effort pourrait être entrepris pour l'acquisition des médicaments spécifiques comme le Fibrinogène et le Sulprostone.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et à la réalisation de cette étude. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1- Ducloy-Bouthors AS, Provost-Hélou N, Pougeoise M, Tournays A, Ducloy JC, Sicot J et al. Prise en charge d'une hémorragie du post-partum. *Réanimation*, 2007; 16 : 373-9.

- 2- Ambounda NL, Woromogo SH, Yagata-Moussa F-E, Ossouka LAO, Tekem VNS, Ango EO, et al. (2021) Primary postpartum haemorrhage at the Libreville University Hospital Centre: Epidemiological profile of women. *PLoS ONE* 16(9): e0257544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257544>
- 3- Bischofberger A, Savoldelli GL, Irion O. Prise en charge multidisciplinaire des hémorragies du postpartum : nouvelles stratégies. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 334-9.
- 4- Boulay G, Hamza J. Prise en charge anesthésique en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste ou qui s'aggrave malgré les mesures initiales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004; 33(8) : 80-8. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96650-1](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96650-1) [Get rights and content](#)
- 5- Rossignol M, Figuet S, Benlolo S, Payen D. Prise en charge anesthésique des hémorragies du post-partum. *Société Française d'Anesthésie Réanimation, Conférences d'actualisation 2004*, p. 653-672.
- 6- Escobar MF, Nassar AH, Theron G, and al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynecol Obstet.* 2022 ;157(Suppl. 1):3-50.
- 7- Assoumou Obiang P, Bang NJA, Minkobame ZMUP, Meye JF et al. Traitement chirurgical des hémorragies de la délivrance par la technique de B-Lynch : Expérience du CHUMEFJE de Libreville (Gabon). *Bull Med Owendo.* 2020 : 18 (49) : 34-9.
- 8- Mian DB, Guié P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR et al. Prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP) dans un pays à ressources limitées : ligature ou hystérectomie ? *RAMUR* 2015 ; 20 (2) : 25-30.
- 9- Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J and Campbell OMR. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reproductive Health* (2016) 13:38. DOI 10.1186/s12978-016-0154-8
- 10- Teguede I, Sissoko A, Djiré MY and al. Hémorragie du postpartum au Mali: fréquence, causes, facteurs de risque et pronostic. *CNGOF, gynécologie obstétrique du monde*, 2014 :259-83.
- 11- Matsanga A, Nze Obiang PC, Edjo Nkily G, Okoue Ondo R, Obame ER, Sima Zue A et al. Aspects cliniques et évolutifs du choc hémorragique obstétrical en réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon. *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol.* 2022 (Juillet-Décembre); 14(2): 12-6.
- 12- Bonnet MP. Prise en charge de l'hémorragie du postpartum. *SFAR, Questions fréquentes*, mise en ligne le 1 juin 2015.
- 13- Organisation Mondiale de la Santé. WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of post partum haemorrhage after vaginal birth. *Guidelines*, November 2020.
- 14- Rackelboom T Marcellin Benchetrit D, Mignon A. Prise en charge initiale par l'anesthésiste réanimateur d'une hémorragie du post-partum dans les suites d'un accouchement par voie basse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2014; 13(10) : 1009-18.
- 15- Fenomanana MS, Riel AM, Rakotomena SD, Andrianjatovo JJ, Andrianampalinarivo HR. Les facteurs de risque de mortalité par hémorragies du post-partum à la Maternité de Befelatanana - CHU Antananarivo – Madagascar. *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg.* 2009 (July-August); 1(3): 4-7.