

HEMORRAGIES DU POSTPARTUM IMMEDIAT AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, MALI

KASSOUM SIDIBE¹, SEYDOU Z DAO¹, BOUBACAR DENDE KASSAMBARA¹, BAKARY ABOU TRAORE¹, SAKOBA KONATE¹, AMADOU BOCOUM², AHMADOU COULIBALY³, MAMADOU S TRAORE³, MAMADOU SIMA³, ISSA DIARRA⁴, YOUSOUF TRAORE², SY ASSITAN SOW¹, AMADOU INGRE DOLO²

¹*Centre de santé de référence de la Commune II du District de Bamako, Mali

²Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

³Centre hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali

⁴Centre de santé de référence de Mopti, Mali

*Auteur correspondant : Seydou Z DAO, seydouzd@yahoo.fr

Résumé

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et analytique réalisée dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 soit 5 ans. Durant la période d'étude, 16726 accouchements ont été enregistrés dont 329 cas d'hémorragie du postpartum immédiat soit une fréquence de 1,97%. La tranche d'âge de 20 à 24 ans avec 38% a été la plus touchée. Près de la moitié de nos patientes (49,8%) venaient des structures de premier niveau parmi lesquelles 47,4% étaient évacuées des centres de santé communautaires et 2,4% des structures privées. Les principales causes ont été l'atonie dans 76,0% des cas, la rétention placentaire dans 29,8% des cas, les lésions traumatiques des parties molles dans 21,9% des cas et les troubles de la coagulation dans 3,9% des cas. L'hystérectomie d'hémostase a été effectuée chez 17 patientes soit 5,2%. Dans 86,1% des cas le pronostic maternel a été favorable. Nous avons enregistré 9 cas de décès maternel soit un taux de 2,7%.

Mots clés : hémorragie, postpartum immédiat, causes, décès maternel.

Abstract

This is a retrospective, cross-sectional and analytical study carried out in the gynecology and obstetrics department of the reference health center of commune II of Bamako from 1st January 2007 to 31st December 2011, ie 5 years. During the study period, 16726 deliveries were recorded, of which 329 cases of immediate postpartum hemorrhage were 1.97%. The 20 to 24 age group with 38% was the most affected. Nearly half of our patients (49.8%) came from first-level structures, of which 47.4% were evacuated from community health centers and 2.4% from private structures. The main etiologies were uterus atony in 76.0% of cases, placental retention in 29.8% of cases, traumatic soft tissue injuries in 21.9% of cases and coagulation disorders in 3.9% of cases. Hemostasis hysterectomy was performed in 17 patients, ie 5.2%. In 86.1% of cases the maternal prognosis was favorable. We recorded 9 cases of maternal death at a rate of 2.7%.

Key words: hemorrhage, postpartum, immediate, causes, maternal death.

1. Introduction

La mortalité maternelle reste très élevée dans le monde et l'hémorragie en est la principale cause (Saucedo M et al, 2001). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'annuellement 20 millions de femmes présentent une hémorragie liée à la grossesse et que 585000 en meurent (OMS, 1999). Les causes obstétricales directes représentent les trois quarts des décès maternels dans le monde, et parmi celles-ci, l'hémorragie du postpartum est à l'origine de plus de la moitié des cas de décès. La fréquence des hémorragies du postpartum s'élevait à 1,71% entre janvier 2004 et mai 2010 à la maternité de Thionville de Nancy (Goffinet F et al, 2004 et Julie J, 2004).

En Afrique, la première cause de décès maternels est liée à l'hémorragie du postpartum immédiat (HPPI) avec une fréquence de 24% (OMS, 1999). Au Maroc, elle est responsable de 227 décès pour 100000 naissances, soit 30 % de la mortalité maternelle (Jeddi YM, 2013).

Au Mali comme dans le monde, elle demeure la première cause de mortalité maternelle. Sa fréquence est diversement appréciée dans les différentes études. Ainsi, Yalcouye Y a trouvé en 2008 au CHU du Point G une fréquence de 4,80% avec un taux de décès de 13,9%. Quant à Ongoiba IH, il a rapporté en 2006 au centre de santé de référence de la commune V, 1,85% avec un taux de décès de 2%. Maïga SI en 2009 au centre de santé de référence de la commune I, a eu une fréquence de 4,23% avec 6% de décès. Diawara CO en 2008 a rapporté une fréquence de 2,49% avec un taux de décès de 2,8% au centre de santé de référence de Koutiala et Guindo I en 2012 a rapporté 2,63% d'HPPI au centre de santé de référence de Kati avec un taux de décès de 2,13%. Son pronostic dépend de la rapidité de sa prise en charge. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire impliquant sage-femme, obstétricien, anesthésiste réanimateur. L'absence de données sur cette pathologie au centre de santé de référence de la commune II nous a motivé à initier ce travail.

2. Matériels et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective, transversale descriptive et analytique allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 soit 5 ans dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence des hémorragies du postpartum immédiat, de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes, d'identifier les causes des HPPI, de préciser les modalités thérapeutiques et de déterminer le pronostic maternel.

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant accouché dans le service et qui ont présenté une hémorragie du postpartum immédiat et toutes les patientes évacuées dans notre centre pour HPPI. N'ont pas été retenues, les cas d'hémorragie du postpartum tardif, d'hémorragies d'origine gynécologique et des hémorragies non génitales. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif portant sur les tous cas d'HPPI pendant la période d'étude. Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 19. Le test statistique utilisé pour a été le χ^2 de Pearson. La différence était significative si $P < 0,05$.

3. Résultats

Fréquence : du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011, sur 16726 accouchements, nous avons enregistré 329 cas d'hémorragie du postpartum immédiat, soit une fréquence de 1,97%.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Nous avons présenté dans le tableau 1, la répartition des patientes en fonction des années

Tableau 1 : répartition des patientes selon l'année

Année	Nombre d'accouchement/an	Nombre d'HPPI/an	Fréquence (%)
2007	3680	56	1,52
2008	3197	82	2,56
2009	3249	70	2,15
2010	3301	73	2,21
2011	3299	48	1,45
Total	16726	329	1,97

La fréquence la plus élevée a été enregistrée en 2008 avec 2,56% d'HPPI.

Nous avons présenté dans le tableau II, la répartition des patientes selon l'âge.

Tableau 2 : répartition des patientes selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Fréquence (%)
≤19	52	15,8
[20-25[125	38,0
[25-30[87	26,4
[30- 35[34	10,3
[35-40[27	8,2
≥40	4	1,2
Total	329	100,0

La tranche d'âge entre 20 et 24 ans était la plus représentée avec 38% avec des extrêmes de 14 et de 47 ans.

Nous avons présenté dans le tableau 3, la répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Tableau 3 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisée	140	42,6
Primaire	161	49,0
Secondaire	20	6,1
Supérieur	8	2,4

Total	329	100,0
-------	-----	-------

Près de la moitié de nos patientes (49 %) avaient un niveau primaire.

Nous avons présenté dans le tableau 4, la répartition des patientes selon la profession.

Tableau 4 : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Femme au foyer	221	67,2
Elève-étudiante	29	8,8
Médecin	2	0,6
Vendeuse-commerçante	41	12,5
Aide-ménagère	21	6,4
Infirmière/aide-soignante	5	1,5
Enseignante/monitrice	4	1,2
Autres	6	1,8
Total	329	100,0

La majorité des patientes étaient des femmes au foyer soit 67,2% des cas.

Nous avons présenté dans le Tableau V, la répartition des patientes selon la résidence.

Tableau 5 : répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Commune I	79	24,0
Commune II	215	65,3
Commune III	7	2,1
Commune IV	2	0,6
Commune V	11	3,3
Commune VI	7	2,1
Hors Bamako	8	2,4
Total	329	100,0

Nous avons noté 2,4% d'HPPI chez des patientes résidents hors de Bamako.

Nous avons présenté dans le tableau VI, le délai moyen entre la survenue de l'hémorragie et l'admission des patientes dans notre service.

Tableau 6 : répartition des patientes entre la survenue de l'hémorragie et son admission dans notre service.

Délai moyen de survenue de l'hémorragie et admission dans notre service	Effectif	Fréquence (%)
<1h	34	20,7
[1h- 2h]	82	50,0
>2h	35	21,3
Non précisée	13	8,0
Total	164	100,0

Le délai moyen entre la survenue de l'hémorragie et l'admission des patientes dans notre service était compris entre 1 et 2 heures dans 50% des cas.

Nous avons présenté dans le tableau 7, la répartition des patientes selon la parité.

Tableau 7 : répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Primipare	75	22,8
Paucipare	130	39,5
Multipare	76	23,1
Grande multipare	48	14,6
Total	329	100,0

Les paucipares étaient les plus représentées avec 39,5% des cas.

Nous avons présenté dans le tableau 8, la répartition des patientes selon l'antécédent d'HPPI.

Tableau 8 : répartition des patientes selon l'antécédent d'HPPI

Antécédent d'HPPI	Effectif	Fréquence (%)
Oui	6	1,8
Non	323	98,2
Total	329	100,0

Dans notre étude, 1,8 % des patientes avaient un antécédent d'HPPI.

Nous avons présenté dans le tableau 9 la répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Tableau 9 : répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Fréquence (%)
Voie basse	294	89,4
Césarienne	35	10,6
Total	329	100,0

L'accouchement a été effectué par voie basse dans 89,4% des cas

Nous avons présenté dans le tableau 10, la répartition des patientes selon la cause de l'HPPI.

Tableau 10 : répartition des patientes selon la cause de l'HPPI

Causes	Effectif	Fréquence (%)
Atonie utérine	250	76,0
Retentions placentaires	117	35,6
Traumatismes des parties molles	74	22,4
Troubles de la coagulation	13	4,0
Total	329	100,0

L'atonie utérine a été la cause la plus retrouvée avec 76%

Nous avons présenté dans le tableau 11, la répartition des patientes selon les facteurs de risque d'atonie utérine.

Tableau 11 : répartition des patientes selon les facteurs de risque d'atonie utérine

Facteurs de risque d'atonie	Effectif	Fréquence (%)
Hydramnios	9	3,6
Gémellaire	8	3,2
Macrosomie	35	14,0
Grande multipare	48	19,2
Travail prolongé	17	6,8
Fibrome sur grossesse	2	0,8
Utilisations des utérotoniques	23	9,2
Aucun facteur de risque	108	43,2
Total	250	100,0

La majorité de nos patientes soit 43,2% n'avait aucun facteur de risque d'atonie

Nous avons présenté dans le tableau 12, la répartition selon de lésions traumatiques.

Tableau 12 : répartition des patientes selon les types de lésions traumatiques

Lésions traumatiques	Effectif	Fréquence (%)
Déchirure périnéale	18	24,3
Déchirure vaginale	15	20,3
Déchirure périnéale et vaginale	7	9,5
Déchirure du col	30	35,1
Déchirure du col et du vagin	4	5,4
Rupture utérine	4	5,4
Total	74	100,0

La déchirure du col avec 35,1% était la lésion traumatique la plus rencontrée

Nous avons présenté dans le tableau 13, la répartition des patientes selon les types de déchirure périnéale.

Tableau 13 : répartition des patientes selon les types de déchirure périnéale

Déchirure périnéale	Effectif	Fréquence (%)
Incomplète	7	28
Complète	17	68
Complète-complicquée	1	4
Total	25	100,0

La déchirure complète avec 68% était le type de déchirure périnéale le plus rencontré

Nous avons présenté dans le Tableau 14, la répartition des patientes selon le traitement obstétrical effectué.

Tableau 14 : répartition des patientes selon le traitement obstétrical effectué

Traitement obstétrical	Effectif	Fréquence (%)
Délivrance artificielle	19	5,8
Massage utérin	329	100
Révision utérine	321	97,6
Administration d'ocytocine	285	86,6
Administration de méthergin en IM	7	2,1
Misoprostol	13	4,0
Ocytociques+misoprostol	35	10,6
Suture des déchirures des parties molles	74	22,5
Hystérorraphie	4	1,2
Hystérectomie d'hémostase	17	5,2

L'hystérectomie d'hémostase a été réalisée dans 5,2% des cas

Nous avons présenté dans le tableau 15, la répartition des patientes selon le pronostic maternel.

Tableau 15 : répartition des patientes selon le pronostic maternel

Pronostic maternel	Effectif	Fréquence (%)
Favorable	320	97,3
Décès maternel	9	2,7
Total	329	100,0

Nous avons noté 2,7% de décès maternel

Nous avons présenté dans le tableau 16, la répartition des décès maternels en fonction de la cause par année.

Tableau 16 : répartition des décès maternels en fonction de la cause par année

Causes du décès	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Rupture utérine	2	0	1	0	0	3
Troubles de la coagulation	2	2	0	1	0	5
HRP	0	1	0	0	0	1
Total	4	3	1	1	0	9

Les troubles de la coagulation ont été la 1^{ère} cause de décès par hémorragie

4. Discussion

En 5ans, nous avons enregistré au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, 329 cas d'HPPI sur un nombre total d'accouchements de 16726, soit une fréquence de 1,97%. Cette fréquence est nettement inférieure à celles rapportées par Maïga SI en 2009, Zafari AS en 2002 et Saucedo M et al en 2010 qui ont respectivement rapporté 4,23%, 4,72% et 5%. Elle est supérieure à celles rapportées par Ongoïba IH en 2006, Jédi YM en 2013 et Aouina Y en 2007, qui ont noté respectivement 1,85%, 1,71% et 1,35%.

La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée avec 64,4% des cas avec des extrêmes de 14 et 47 ans. Ce taux est comparable à celui de Keita S en 2003 qui a trouvé 63,04% mais inférieur à celui de Pambou O et al en 1996 qui ont trouvé 68,75%. La fréquence élevée dans cette tranche d'âge s'explique par le fait qu'elle correspond à la période de fécondité accrue de la femme dans notre pays. Toutes les couches socioprofessionnelles sont représentées. Parmi elles, les femmes au foyer étaient les plus fréquentes avec 67,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Keita S en 2003 et de Jeddi YM en 2013 qui ont rapporté respectivement 81,2% et 95,98% d'HPPI chez les femmes au foyer. Dans notre étude, 47,4% des patientes provenaient des CSCOM et 2,4% des structures privées. Notre taux est nettement inférieur à ceux rapportés par Yalcouye Y en 2008 et de Jeddi YM en 2013 qui ont noté 90,9% et 82% de patientes évacuées. Par contre, il est supérieur à celui rapporté par Keita S en 2003 qui est de 42%. Le retard à l'évacuation, les accouchements à domicile et les mauvaises conditions d'évacuation des patientes sont des facteurs qui influent négativement sur le pronostic maternel.

Sur le plan clinique, l'hypertension artérielle a été la pathologie la plus retrouvée avec un taux de 9,7%. Dans la littérature, l'antécédent de curetage et de césarienne peuvent être causes d'HPPI par placenta accréta ou prævia (Coombs CA et al, 1991). Coombs CA et al en 1991 et Keita S en 2003, ont retrouvé 1,72% et 4,30% d'utérus cicatriciel. Ce taux est proche du nôtre qui est de 3,3%. Nous avons noté 0,6% de patientes qui avaient un fibrome associé à la grossesse et qui ont développé une HPPI. La rétention placentaire et les anomalies de la rétraction du muscle utérin pourraient expliquer les HPPI en cas de fibrome associé à la grossesse.

Les paucipares et les multipares étaient les plus nombreuses avec respectivement 39,5% et 23,1%. Les primipares et les grandes multipares ont représenté respectivement 22,8% et 14,6%. Alihonou et al en 2002 ont rapporté 39,74% de primipares et 60,26% de multipares et de grandes multipares. Ces taux sont supérieurs aux nôtres. Dans notre étude 93,3% des patientes avaient réalisé au moins une CPN. Ce taux est proche des 88,9% de Keita S en 2003 et supérieur à celui de Zafari AS en 2002 qui a trouvé 65,85%. Notre résultat est supérieur à ceux de Jeddi YM en 2013 et Aouina Y en 2007 qui ont trouvé respectivement que 70,35% et 77% de patientes n'avaient pas réalisé de CPN.

La majorité des patientes soit 89,4% avaient accouché par voie basse. Les cas de césariennes représentaient 10,6% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Jeddi YM qui est de 19,6%. Nous avons enregistré 6,4% de délivrance naturelle et 5,8% de délivrance artificielle. Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux rapportés par Jeddi YM qui a trouvé 34,17% de délivrance naturelle et 23,61% de délivrance artificielle.

L'atonie utérine représente la première cause des HPPI dans le monde, elle complique 2 à 5% des accouchements (Dreyfus M et al, 2004). Elle a été retrouvée dans 76,0% des cas dans notre étude. Notre taux est nettement supérieur à ceux rapportés par Goffinet et al en 2005 et de Jeddi YM qui ont trouvé 59% et 39,7% d'HPPI par atonie utérine. Les causes d'atonie utérine retrouvées ont été la macrosomie (14,0%), la grossesse gémellaire (3,2%), l'hydramnios (3,6%), le fibrome (0,8%), l'utilisation des utérotoniques au cours du travail d'accouchement (9,2%), la grande multiparité (19,2%). Dans notre étude, il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre la parité et la survenue de l'atonie utérine ($P=0,589$). La durée du travail était longue chez 7,0% des cas avec une différence statistiquement significative ($P=0,000027$). Plus le travail est long et laborieux plus le muscle utérin s'épuise, ce qui entraîne après l'accouchement un défaut de rétraction utérine, d'où la

survenue de l'hémorragie. Comme dans la littérature, la rétention placentaire représente la 2^e cause d'HPPI après l'atonie utérine dans notre étude. Nous avons trouvé 35,6% d'HPPI par rétention placentaire. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par Jeddi YM et Aouina Y qui ont trouvé 45,7% et 41% de retentions placentaires, mais il est supérieur à celui rapporté par Julie J en 2011 qui a noté 18%. Les lésions de la filière génitale font parties des étiologies connues d'HPPI. Leur prévalence est faible variant entre 2% et 9% (Coombs CA, 1991). Dans notre étude, elles ont représenté la 3^e cause des HPPI avec une fréquence de 22,5%. Ce taux est inférieur aux résultats de Jeddi YM et de Yalcouye Y qui ont trouvé 31,64% et 40,5% de lésions traumatiques. Par contre, il est supérieur aux 9,3% trouvés à l'hôpital Lariboisière de Paris (Dreyfus M et al, 2004). Toute hémorragie du postpartum, quelle qu'en soit sa cause, entraîne à moyen terme une coagulopathie de consommation et des troubles de l'hémostase qui aggravent le pronostic maternel. Au cours de notre étude, 4% de nos patientes ont présenté un tableau de coagulopathie intra-vasculaire disséminée (CIVD). Ce taux est proche de celui rapporté par Alihonou E et al en 2002 qui ont trouvé 3,33% et de Julie J en 2011 qui a trouvé 5,10%. Cependant, notre taux est inférieur à celui de Lankoande J et al en 1998 qui ont trouvé 21%. La survenue de la coagulopathie pourrait s'expliquer par la présence des facteurs préexistants tels le placenta prævia, l'hématome rétroplacentaire (HRP) et la mort fœtale in-utéro (MFIU) mais aussi les saignements excessifs. Le taux d'HRP était de 4% des cas ; ce taux est inférieur à celui de Yalcouye Y en 2008 et de Guindo I en 2012 qui ont noté 13,9% et 19,15% d'HRP. Notre taux d'HPPI par placenta prævia était de 3,6%, ce qui est inférieur à ceux rapportés par Yalcouye Y et par Guindo I qui sont de 8,5% et 6,39%. Le rôle du placenta prævia dans la survenue des hémorragies du postpartum après accouchement par voie basse est classique. L'HPPI par placenta prævia s'explique par les difficultés de clivage utéro-placentaire et surtout des difficultés d'hémostase spontanée, le segment inférieur étant pauvre en fibres musculaires. Dans notre étude nous avons noté 3 cas de placenta accréta soit un taux de 0,9% ce qui est inférieur à ceux trouvés par Jeddi YM en 2013 et de Marpeau L et al en 1992 qui ont trouvé 2,01% et 2% de placenta accréta.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical en urgence : prise de voie veineuse, remplissage vasculaire avec des solutés (ringer lactate, sérum salé). Une transfusion sanguine avec du sang total a été faite dans 31,5%. Ce taux de transfusion sanguine est superposable à celui de Maïga SI qui a trouvé 31,5%, mais inférieur à ceux de Lankoande J et al qui ont trouvé une fréquence de 54,1%. La disponibilité dans notre centre d'une mini-banque de sang a contribué à faciliter l'accès au sang. Nous avons fait recours au misoprostol en intra-rectal chez 10,5% de nos patientes devant l'inefficacité de l'ocytocine. Dans notre étude 5,8% des patientes ont bénéficié d'une délivrance artificielle suite à une rétention complète du placenta. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par Jeddi YM et Keita S qui ont trouvé 23,61% et 13%. La quasi-totalité de nos patientes ont bénéficié d'une révision utérine soit 99,7%. Notre taux est supérieur à ceux trouvés par Jeddi YM et Keita S qui ont noté 85,42% et 56,5%. L'objectif de la délivrance artificielle et de la révision utérine est d'obtenir et de vérifier la vacuité complète de l'utérus, condition préalable à la bonne rétraction du myomètre. Seize patientes avaient une déchirure périnéale du 1^{er} degré et 9 une déchirure périnéale du 2^e degré. Ce résultat s'explique par le nombre important des accouchements faits dans les structures périphériques (CSCOM) et par des accouchements à domicile non assistés. Notre taux est similaire à celui rapporté par Jeddi YM qui est de 7,04%.

Nous avons eu recours au traitement chirurgical chez 91 patientes soit 27,6%. Ce taux est proche de ceux rapportés par Guindo I et de Jeddi YM qui ont effectué 27,56% et 25,62% de traitement chirurgical. Par contre, il est inférieur à celui rapporté par Diawara CO en 2008 qui a trouvé 33,33%. Nous avons enregistré 5,2% d'hystérectomie d'hémostase. Cette fréquence

est supérieure aux 3,2% trouvées au CHU de Treichville à Abidjan et au 1,96% de l'hôpital Lariboisière de Paris (Koné et al, 2009 ; Dreyfus M et al, 2004). Par contre, elle est inférieure à celles rapportées par Jeddi YM et par Keita S qui ont trouvé 7,53% et 6,30%. Le recours à l'hystérectomie dans la prise en charge des hémorragies graves postpartum est une solution ultime pour interrompre l'hémorragie. Cette fréquence élevée d'hystérectomie pourrait s'expliquer par la persistance de l'atonie malgré le traitement ocytotique, les cas de placenta accréta et les cas de déchirure cervicale étendue au segment inférieur. Dans les pays développés, le faible taux de cette intervention s'explique par les meilleures conditions de prise en charge des patientes notamment par l'utilisation de nouvelles méthodes thérapeutiques telles que l'embolisation artérielle, le tamponnement intra-utérin et le capitonnage.

Nous avons enregistré un taux de décès maternel de 2,7% dont la majorité par CIVD avec une fréquence de 55,6% des décès maternels. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par Jeddi YM, Maïga SI et Yalcouye Y qui ont trouvé respectivement 4,52%, 6% et 13,9% de décès maternel dans leurs études. L'évacuation tardive, les mauvaises conditions d'évacuation, l'absence de service de réanimation dans notre centre sont entre autres les facteurs de risque les plus importants ayant un impact sur le pronostic maternel.

5. Conclusion

L'hémorragie du postpartum immédiat est une extrême urgence obstétricale. Elle met en jeu le pronostic vital maternel et parfois compromet l'avenir obstétrical de la patiente en l'absence de traitement précoce et approprié. Sa prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire composée de gynécologue obstétricien, de sage-femme, d'étudiant, d'anesthésiste réanimateur et de biologiste. Le respect des normes et procédures en matière de suivi de la grossesse, de référence-évacuation et d'accouchement permet de réduire la fréquence des HPPI et par conséquent celle des décès maternels liées à cette pathologie.

Références

Alihonou E et al. 2002: *Les hémorragies de la délivrance, étude statistique et étiologique à propos de 151 cas recensés en 5ans*. Publication médicale africaine, 121: 8-11.

Aouina Y. 2007 : *Hémorragie du postpartum immédiat au CHU IBN ROCHD de Casablanca (Maroc)*. Thèse médecine Casablanca, Maroc; N°181, 212 pages.

-Coombs CA. Murphy EL. et Lanos RK Jr. 1991: *Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth*. *Obstet Gynecol*, 77 (1): 69-76

Diawara CO. 2008: *Hémorragies du postpartum immédiat au centre de santé de référence de Koutiala*. Thèse médecine, Bamako. N°396, 78pages

Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B. 2004: *Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum*. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33(8 Suppl): 57-64.

Goffinet F et al. 2005: *Postpartum haemorrhage: recommendations for clinical practice by the CNGOF (December 2004)*. *Gynecol Obstet Fertil*, 33(4): 268-274.

Guindo I. 2012: *Etude épidémiologique et thérapeutique des hémorragies du postpartum immédiat au centre de santé de référence de Kati*. Thèse médecine Bamako, N°51, 120pages.

Jeddi YM. 2013: *Hémorragie de la délivrance à propos de 199 cas*. Thèse médecine, Fès, N°088, 206 pages.

-

ulie J. 2011: *Prise en charge de l'hémorragie grave du post-partum : impact des recommandations nationales de 2004 dans une maternité de niveau II*. Thèse médecine, Nancy, N°3752, 110 pages.

Keita S. 2003: *Etude des hémorragies du postpartum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G*. Thèse médecine, Bamako, N°47, 89 pages.

Koné M et al. 2009: *Ligature des artères iliaques internes face aux hémorragies obstétricales graves en milieu africain*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 37: 476-480.

Lankoande J et al. 1998 : *Hémorragies de la délivrance dans la maternité de Yalgado Ouedraogo du CHU de Ouagadougou*, Burkina Faso. Dakar médical, 43(1): 57-59.

Maïga SI. 2009 : *Hémorragies du postpartum immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako*. Thèse médecine, Bamako, N°145, 125 pages.

Marpeau L. Rhimi Z. Larue L. Guettier X. Jault T. et Barrat J. 1992: *Place de l'embolisation artérielle pelvienne dans le traitement des hémorragies graves de la délivrance*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 21: 233-5.

OMS. 1999 : *Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/ UNICEF/Banque mondiale (1999)*, 49 pages.

Ongoiba IH. 2006 : *Hémorragies du postpartum immédiat au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako*. Thèse médecine, Bamako, N°224, 77pages.

Pambou O et al. 1996: *Hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville*. Méd Afr Noire, 43(7) : 418- 422.

Saucedo M. Deneux-Tharoux C. et Bouvier-Colle M.H. 2010 : *Epidémiologie des morts maternelles en France, 2001-2006*. Bull Epidémiol Hebd; (2-3): 10-4.

Yalcouye Y. 2008 : *Etude épidémiologique-clinique des hémorragies du postpartum dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G*. Thèse médecine Bamako, N°90,103 pages.

Zafari AS. 2002 : *Étude de la prévalence des étiologies et des facteurs de risque des hémorragies de la délivrance à la MIG de Niamey*. Thèse médecine, Niamey, 78 pages.