

Facteurs pronostiques des decès dans le post partum

Prognostic factors for postpartum death

Mouafo EF, Aye YD, Toure WC, Ahouangansi SER, Koffi L, Njomo KW, Netro D, N'Guessan YF.

Service d'anesthésie- réanimation, CHU d'Angré, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Mouafo E Floriane mail : florianemouafo@gmail.com

Résumé

Objectifs : Déterminer les facteurs associés au décès des patientes admises en réanimation dans le post partum. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, descriptive et analytique réalisée dans le service d'anesthésie réanimation du CHU d'ANGRE du 1er janvier 2022 au 31 juillet 2022. Étaient incluses toutes les patientes décédées en réanimation, dans le post partum et ayant accouché par voie haute ou basse. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, les motifs d'admission en réanimation, la gravité initiale, la pathologie en cause, la charge en soins et le caractère évitable ou non de ces décès. **Résultats :** le nombre total de patientes admises en post partum en réanimation était de 66 et Le nombre de décès était de 25. La mortalité était alors de 37,81%. L'âge moyen était de 27ans. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours. Le délai moyen d'admission en Réanimation était de 2 jours. Le coma était le principal motif d'admission et le deuxième motif était l'état de choc hémorragique. La prééclampsie et ses complications étaient les principales étiologies. 69,57% n'avaient pas de comorbidités. 50,00% et 45,45% étaient classées respectivement ASA 3u et 4u. 61,90% des patientes ont été admises dans une structure hospitalière avant d'être admises à Angré. L'Age gestationnel médian était de 34 SA. 88% des patientes ont accouché par voie haute avec 90,91% ont bénéficié d'une anesthésie générale soit 76,00% au CHU d'ANGRE. 80% ont bénéficié une intubation parmi 72,00% ont eu une intubation à admission. 10 patientes ont reçu des produits sanguins labiles soit 28% du culot globulaire et 12% du PFC. Les facteurs pronostiques étaient : l'intubation et l'utilisation des amines vasoactives. **Conclusion :** les décès dans le post partum sont principalement dus à la prééclampsie et ses complications. **Mots clés :** post partum, décès, prééclampsie, réanimation, facteurs pronostiques.

Introduction

Les pathologies obstétricales sont pourvoyeuses de lourdes complications mettant en jeu le pronostic vital. Selon l'OMS et l'UNICEF, dans le monde 585 000 femmes meurent par an du fait des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit environ un décès maternel par minute [1]. Ces complications aiguës imposent le plus souvent une prise en charge en réanimation avec une lourde mortalité. Il est admis que pour 100 000 grossesses, environ 100 patientes devront être

Abstract

Objectives: To analyze the factors associated with the death of patients admitted to intensive care postpartum. **Materials and methods:** This was an observational, retrospective, descriptive and analytical study carried out in the intensive care anesthesia department of the ANGRE University Hospital from January 1, 2022 to July 31, 2022. All patients who died in intensive care were included, in the postpartum and having given birth by high or low way. The parameters studied were socio-demographic, the reasons for admission to intensive care, the initial severity, the pathology in question, the care load and the preventable or non-avoidable nature of these deaths. **Results:** the total number of patients admitted postpartum in intensive care was 66 and the number of deaths was 25. Mortality was then 37.81%. The average age was 27 years old. The average length of hospitalization was 2 days. The average time to admission to intensive care was 2 days. Coma was the main reason for admission and the second reason was hemorrhagic shock. Preeclampsia and its complications were the main etiologies. 69.57% had no comorbidities. 50.00% and 45.45% were classified ASA 3u and 4u respectively. 61.90% of patients were admitted to a hospital structure before being admitted to Angré. The median gestational age was 34 weeks. 88% of patients gave birth by high route with 90.91% benefiting from general anesthesia or 76.00% at the CHU d'ANGRE. 80% benefited from an intubation among 72.00% had an intubation on admission. 10 patients received labile blood products, ie. 28% red blood cells and 12% PFC. The prognostic factors were: intubation and use of vasoactive amines. **Conclusion:** Postpartum deaths are mainly due to preeclampsia and its complications. **Keywords:** postpartum, death, preeclampsia, resuscitation, prognostic factors.

admises en réanimation quelles qu'en soient les raisons [2]. En Côte d'Ivoire selon l'Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire (EDSCI) 2012, le taux de mortalité maternel est évalué à 614 décès pour 100000 naissances vivantes [3]. Cette mortalité en réanimation serait-elle liée à des facteurs particuliers ? L'objectif de ce travail était donc de déterminer les facteurs associés au décès des patientes admises en réanimation dans le post partum.

Matériels et méthodes

Etude observationnelle, rétrospective, à visée descriptive et analytique portant sur l'ensemble des patientes admises puis décédées dans le service de réanimation polyvalente du CHU d'Angré. Nous avons inclus dans notre étude les patientes décédées dans le post partum d'une voie basse ou haute pendant une période de 7 mois soit du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2022. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives et pronostiques. Les données ont été recueillies à partir des dossiers du service de Réanimation. Les variables sont consignées sur une fiche préétablie individuelle pour

chaque patiente. L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info™ version 7.2.5.0. Les résultats ont été exprimés en moyenne assortie de leurs indices de dispersion. La statistique descriptive a présenté les données sous forme de tableau et de figure avec des pourcentages pour les valeurs qualitatives. La comparaison des pourcentages s'est faite par le test de Fischer. Une valeur de $P \leq 0,05$ a été considérée comme significative. **Résultats** Nous avons colligé 25 décès sur 66 admissions en réanimation soit une mortalité de 37,81%. La principale cause était l'anoxie cérébrale à 33,33% (**Tableau I**).

Tableau I : Repartition selon les causes de décès

Causes de décès	N	%
Anoxie cérébrale	8	33,33
Non connue	5	20
Choc hémorragique	4	16,67
Infections	4	16,67
Autres	4	16,67
Total	25	100%

L'âge moyen était de 27 ans +/- 7,46 ans avec les extrêmes de 16 à 43 ans. Dans notre étude le délai moyen d'admission en réanimation était de 2 jours +/- 13,47 jours avec 92% des patientes qui ont rencontré au moins une structure avant leur admission en réanimation. Les motifs d'admission

étaient le trouble de conscience suivi de l'instabilité hémodynamique à 84% et 12% respectivement. Aucune comorbidité n'a été retrouvée chez 69,57% de nos patientes. Les principales étiologies étaient la prééclampsie et ses complications à 68% suivi des hémorragies du post partum à 12% (**tableau II**).

Tableau II : Répartition selon le diagnostic

Diagnostic	N	%
PE et ses complications	17	68,00
Hémorragies du post partum	3	12,00
Infections	3	12,00
Autres	2	8,00
Total	25	100

PE = prééclampsie

L'Age gestationnel moyen était de 34 semaines +/- 4,69 semaines d'aménorrhée. Nous avons colligé 22 patientes qui ont fait des accouchements par voie haute soit une prévalence à 88%. Parmi elles 50% et 45,45% étaient classées respectivement ASA 3u et 4u. Parmi celles qui ont bénéficié d'une césarienne 90,91% ont bénéficié d'une anesthésie générale et 76% des interventions se sont faites au CHU d'ANGRE. La majorité des patientes a été admise intubée d'emblée ou a été intubée dès l'admission (72%) tandis que d'autres l'ont été en cours

d'hospitalisation (8%). Nous avons dans notre série 40% des patientes qui ont reçu des produits sanguins labiles : 28% du culot globulaire et 12% du plasma frais congelé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours +/- 6,49 jours. La durée de séjour, l'intubation, le diagnostic et l'utilisation des amines vasoactives étaient statistiquement liés au décès des patientes. Quant à l'intubation et l'utilisation des amines vasoactives, elles constituaient des facteurs pronostiques (**Tableau III**).

Tableau III : Récapitulatif des éléments de l'analyse univariée

Les variables	L'évolution		P	OR et IC
	Favorable	Defavorable		
		La durée de séjour		
≤2 jours	13 (19,7%)	14 (21,21%)	0,046	OR= 0,36 IC [0,13-1,02]
>2 jours	28 (42,42%)	11 (16,7%)		
		L'intubation		
Oui	4 (6,06%)	18 (27,7%)	0,00000028	OR= 0,04 IC [0,01 – 0,16]
Non	37 (56,06%)	7 (10,61%)		
		Le diagnostic		
PE et compli	36 (54,54%)	17 (25,76%)	0,05	OR= 3,29 IC [0,94-11,6]
Autres	5 (7,58%)	8(12,12%)		
		L'utilisation des amines vasoactives et remplissage		
Oui	3 (4,55%)	17 (25,76%)	0,01	OR= 0,17 IC [0,04– 0,71]
Non	38 (57,6%)	8(12,12%)		

Discussion

Nous avons enregistré dans notre série 25 décès soit une létalité de 37,81%. Des résultats différents ont été retrouvés par COULIBALY Y et col à Bamako au Mali en 2021 où le taux de mortalité était de 13,08%. Cette discordance de résultat pourrait s'expliquer par un état et un pronostic des patientes mauvais à l'admission dans notre série, comparés à ceux de Bamako [4]. L'âge moyen était de 27 ans avec les extrêmes de 16 à 43 ans et 69,57% étaient sans comorbidités. Ces résultats pourraient s'expliquer par une forte proportion de la jeunesse dans la population ivoirienne. En effet selon le Recensement Général de la Population et l'Habitat (RGPH) de 2021 la proportion de moins de 35 ans était de 75,6%. Et la population jeune selon la littérature ne présente généralement pas de comorbidités notamment les maladies non transmissibles dans la majorité des cas. En opposition des maladies transmissibles et des accidents qui constituent les principales causes de décès dans cette tranche de population [5]. Dans notre étude le délai moyen d'admission en réanimation était de 2 jours avec 92% des patientes ont rencontré au moins une structure avant son admission en Réanimation. Cette errance de nos patientes associée à un délai d'admission de 2 jours repose sur le concept des 3 retards [6]. En effet le premier retard c'est le retard dans la prise de décision pour la recherche des soins à l'hôpital qui s'explique par un taux d'analphabétisation relativement élevé soit 43,70% en 2019 [6]. Le deuxième retard est en rapport avec l'atteinte des services de santé qui repose sur le trafic routier qui est dense à Abidjan d'une part et d'autre part par l'absence de routes dans certains endroits reculés de l'intérieur du pays [6]. Le troisième retard repose sur le retard en rapport avec l'accès aux soins de qualité notamment le manque de plateau technique dans les centres de santé de niveau 1 et 2 d'où une forte proportion de référence dans les centres de niveau 3. Ce troisième

retard expliquerait également la forte prévalence soit 76% des césariennes réalisées au CHU [6]. Nous avons eu comme principaux motifs d'admission le coma suivi de l'instabilité hémodynamique donc les principales étiologies étaient la prééclampsie et ses complications suivit des hémorragies du post partum. Ces résultats sont similaires à ceux de certains auteurs en Afrique qui ont retrouvé une prédominance des toxémies gravidiques à 46,80% suivit des hémorragies à 19,69% [4]. Selon l'OMS en Février 2023 les principales complications responsables de près de 75% de décès maternels sont les Hémorragies du post partum suivit, des infections en suite, l'Hypertension Tension Artérielle sur Grossesse puis, les complications de l'accouchement et en fin les avortements non sécurisés. Une étude en Tunisie avait retrouvé comme principales complications la toxémie gravidique suivit de l'infection [7, 8]. Dans notre série, nous avons répertorié 22 patientes qui ont réalisé des césariennes soit une prévalence de 88%. Ce résultat est identique à celui de COULIBALY à Bamako qui avait retrouvé 34 patientes césarisées sur les 39 admises en Réanimation soit 87,18% [4]. Ces patientes étaient classées ASA 3U et 4U à 50 et 45,45% respectivement. Ce résultat retrouvait son explication sur les différentes indications des césariennes qui étaient les principaux motifs d'admission en réanimation. Ces motifs justifiaient également la forte prévalence de l'anesthésie générale soit 90,91%. En effet parmi les complications retrouvées de la prééclampsie, l'éclampsie était en tête de file associée aux tableaux hémorragiques d'où une forte prévalence de l'anesthésie générale. La principale cause de décès était l'anoxie cérébrale à 33,33%. Cette forte proportion d'anoxie cérébrale résulte du fait que la principale étiologie était la prééclampsie et ses complications dont l'éclampsie. En effet cette dernière est une complication neurologique grave pouvant altérer considérablement l'encéphale.

Une autre explication pourrait être l'errance des patientes avant leur arrivée au CHU (92% dans notre série), donnant le temps aux dommages cérébraux de bien se constituer et même de s'aggraver. L'analyse de cette étude montre la gravité initiale de ces pathologies qui nécessitent une prise en charge lourde. Notamment une mise sur ventilation mécanique dans 80% des cas, une réanimation hémodynamique dans 28% et une réanimation hématologique dans 40% des cas. Des résultats discordants ont été retrouvés par BOLANDARD et COL en France en 2006 ou ils notaient un taux de réanimation hématologique à près de 60% [9]. La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série était de 2 jours avec les extrêmes de 0 à 31 jours. Cette durée était quasiment identique à celle de certains auteurs africains qui avaient trouvé une durée moyenne d'hospitalisation à 3,5 jours avec des extrêmes de 1 à 22 jours [4]. Dans notre série les facteurs pronostiques étaient : l'intubation et la réanimation hémodynamique. En effet dans de nombreuses études l'intubation constitue des facteurs de mauvais pronostiques notamment TOURE WC ET AL à Abidjan qui avait retrouvé que l'incubation était un facteur de mauvais pronostique pour les patientes admises pour éclampsie et décédés

par la suite [10]. Dans notre série elle constitue un facteur protecteur car associée à la neurosédation elle constitue l'un des piliers dans la prise en charge de l'anoxie cérébrale qui est la principale cause de décès. Il est donc évident qu'elle constitue un facteur protecteur de décès. En ce qui concerne la réanimation hémodynamique, elle constitue également un facteur protecteur dans notre série. En effet elle est utilisée d'une part pour assurer une bonne perfusion tissulaire notamment cérébrale chez les patients ayant une neurosédation qui constitue le traitement de l'anoxie cérébrale. Et d'autre part elle constitue avec la réanimation hématologique les grandes lignes de la prise en charge médicale des hémorragies notamment du post partum. **Conclusion** Les pathologies obstétricales sont pourvoyeuses de lourdes complications mettant en jeu le pronostic vital. Dans notre étude nous avons recensé 25 patientes décédés dans le post partum en réanimation donc les principales pathologies étaient la prééclampsie et ses complications et les hémorragies et la principale cause de décès était l'anoxie cérébrale. Comme facteurs pronostiques retrouvés, nous avons eu la durée d'hospitalisation de deux jours et l'utilisation des amines vasoactives et d'un remplissage vasculaire

Références

1. **World Health Organization. (2005).** Rapport sur la santé dans le monde : 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/43132>
2. **Munur U, Karnar D, Gunpun Tally.** Critical obstetric patients in American and Indian Public Hospital. *Intensive Care Med.* 2005 ; 31 : 1087-94.
3. **Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Rapport préliminaire.** Abidjan ; Juillet 2012. 34 p.
4. **Coulibaly Y, Goita G, Dicko H.** Morbidité et mortalité maternelle en réanimation en milieu tropical. *Rev Afr Anesth Med Urg.* Octobre 2011 ; 16(2): 44-50.
5. **Organisation Mondiale de la Santé. Santé des adolescents et des jeunes adultes.** La santé des jeunes. Genève : OMS ; 2023.
6. **Organisation Mondiale de la Santé. Surveillance des Décès Maternels et Riposte : Directives techniques : Prévention des décès** maternels, Informations au service de l'action. Genève : OMS ; 2015.
7. **Benmouhoub N, Toodii A** Mortalité maternelle : analyse des causes. 3ème congrès panafricain d'Anesthésie- Réanimation : AAAC 2005 P84.
8. **Djebli-Mokhtari H, Chouicha B, Mazour F, Addouche H, Goulmane M, Bouyacoub K, et al.** Prise en charge des complications obstétricales en réanimation. 3ème congrès panafricain d'Anesthésie- Réanimation, Mai 2005, P88.
9. **Bolandard F, Ballu, Constantin JM, Storme B, Bonnin M, Venditelli F, et al.** Morbidité maternelle sévère en réanimation en région Auvergne. *Réanimation obstétricale. Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 2006 ; 25 : 158.
10. **Toure WC, Soro L, Bouh KJ, Kouamé KI, Konan KJ et N'guessan YF.** Éclampsie en réanimation polyvalente : facteurs déterminants du décès. *Rev int sc méd Abj - RISM-2023;* 25, 2: 143-50.