

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 26 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## Directeur de publication

Namory Keita

## Rédacteur en chef

Telly Sy

## Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamya  
Tel: +224 664289196  
Site web : [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX

- Les facteurs associés à l'accouchement prématuré en milieu urbain africain: à propos d'une étude cas témoins au CHU-YO et au centre médical Saint Camille de Ouagadougou**  
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 5
- Efficacité comparée de la nifedipine et de l'alpha méthyldopa dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : à propos d'un essai randomisé ouvert dans la ville de Bamako**  
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 6- 13
- La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est-elle efficace dans nos hôpitaux? Une étude longitudinale de janvier 2013 à décembre 2014 dans une maternité du nord-est Bénin.**  
Tshabu Agumon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....14 - 19
- La subvention des accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence : analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso**  
Dembélé A, Zamané H, Somé DA, Ouattara S, Sanon BG, Ouédraogo C, Sawadogo L, Bicaba I, Bambara M, Thieba B, Lankoandé J.....20 - 24
- Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement à terme dans les utérus unicatriciels de césarienne dans une maternité universitaire CHU de Cotonou au Bénin**  
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Agumon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....25 - 30
- Prise en charge des hémorragies du post-partum dans les pays à revenus limités: lier ou hystérectomiser?**  
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S..... 31 - 36
- Fibromes ovariens: aspects cliniques et anatomo-pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée**  
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

## CAS CLINIQUE

- Avortements spontanés répétés chez une patiente présentant une intervillite chronique histiocytaire placentaire.**  
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS..42 - 44

# CONTENTS

## ORIGINAL PAPERS

- Factors associated with preterm birth in african urban: about a case-control study at the university teaching hospital of Ouagadougou (UTH) and saint camille medical center***  
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A , Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 4
- Compared efficiency between nifedipine and alpha methyl dopa in the management of high blood pressure during pregnancy: an opened randomized trial in bamako.***  
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 5 - 12
- Is the elimination of the transmission of the HIV from the mother to child (eTME) efficient in our hospitals? A longitudinal study from january 2013 to december 2014 in a maternity of the north-eastern Benin***  
Tshabu Aguemon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....13 - 17
- The grant of deliveries and emergency obstetric and neonatal care: an analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso***  
A Dembélé, H Zamané, DA Somé, S Ouattara, BG Sanon, C Ouédraogo, L Sawadogo, I Bicaba, M Bambara, B Thieba, JLankoandé.....18 - 22
- Maternal and perinatal prognosis of full term birth in uteruses with a cesarean section scar at the university maternity of CHU in Cotonou-Benin***  
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....23 - 28
- Management of severe postpartum haemorrhage in less developed countries: conservative or radical surgery?***  
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S .....29 - 34
- Ovarian fibroids: clinical and anatomo-pathological aspects at the university teaching hospital of Conakry, Guinea***  
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

## **CASE REPORT**

- Spontaneous abortion repeated at a patient with a chronic chronic intervillitis histiocytic of the placenta***  
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS....39 - 41

# PRISE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM DANS LES PAYS À REVENUS LIMITÉS: LIER OU HYSTÉRECTOMISER?

## MANAGEMENT OF SEVERE POSTPARTUM HAEMORRHAGE IN LESS DEVELOPPED COUNTRIES: CONSERVATIVE OR RADICAL SURGERY?

MIAN DB\*, DIA JML\*\*, DIOMANDÉ FA, N'GUESSAN KLP\*, ABAULETH YR\*, KOUAKOU F\*, BONI S\*

\*Service de gynécologie et d'obstétrique CHU de Cocody (Abidjan, RCI)

\*\* Service de gynécologie et d'obstétrique CHU de Treichville (Abidjan, RCI)

**Correspondances:** Dr Mian Dehi Boston, BPV 13 Abidjan  
Email : bostondehimian@yahoo.fr

Cél : +(225)07963911/41399454

**RESUME: Objectifs :** Préciser l'efficacité du traitement chirurgical conservateur des HGD et d'en déterminer les facteurs de succès ou d'échec.

**Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui a concerné 108 patientes. Ces patientes avaient bénéficié d'une chirurgie pour HGD ; consistant soit en un traitement conservateur (ligature bilatérale des artères iliaques internes ou triple ligature de Tsurulnikov), soit en un traitement chirurgical radical (hystérectomie d'hémostase). L'étude s'est étendue sur une période de dix ans de janvier 2004 à décembre 2014. Tous les cas de traitement chirurgical devant une HGD ont été retenus. Nous avons ainsi comparé les patientes qui avaient bénéficié du traitement conservateur (n=51) à celles chez qui il avait été réalisé un traitement radical (n=57). Nous avons considéré comme succès, l'arrêt de l'hémorragie après l'acte chirurgical avec survie de la patiente ; l'échec traduisait la persistance du saignement et le décès de la patiente malgré le traitement chirurgical. Le test statistique utilisé était le khi deux et le t Fisher pour les petits effectifs au seuil de signification fixé à 5% (p<0,05).

**Résultats et discussion:** Dans la prise en charge des HGD, le traitement chirurgical conservateur était statistiquement plus efficace sans que cela ne soit significatif par rapport au traitement radical (66,7 Vs 33,3%; p=0,3). Les résultats étaient d'autant plus meilleurs si ces méthodes conservatrices étaient appliquées précocement (p=0,00016), bien avant la survenue du choc hypovolémique (t=0,0009). Le pronostic était davantage meilleur lorsque les pertes sanguines avaient pu être compensées par une transfusion de sang et dérivés (t=0,0496).

**Conclusion :**

Les hémorragies graves de la délivrance sont trop souvent la conséquence d'un retard ou d'une insuffisance thérapeutique. Le traitement conservateur par ligatures vasculaires reste une alternative aux mesures radicales mais doit garder des indications précises (atonie utérine). Ce sont donc de bonnes alternatives chirurgicales à l'hystérectomie d'hémostase et à l'embolisation artérielle dans les pays pauvres d'Afrique.

**Mots clés :** Hémorragie du post-partum ; Artère hypogastrique ; Ligature vasculaire ; hystérectomie d'hémostase

**SUMMARY: Objectives:** the goal of the study was to clarify the effectiveness of conservative surgical treatment of SDH and determine its success or failure factors.

**Patients and methods:** This was a retrospective and descriptive study involving 108 patients. These patients had undergone surgery for SDH; consisting either of conservative treatment (bilateral ligation of the internal iliac arteries or Tsurulnikov's triple ligation), or radical surgical treatment (haemostasis hysterectomy). The study was carried out over ten-year (January 2004 to December 2014). All cases of surgical treatment for SDH were retained. We compared both patients who received conservative treatment (n = 51) to those who received radical one (n = 57). We considered successful, the cessation of hemorrhage after surgical procedure with patient survival and failure reflected persistence of bleeding and patient's death despite surgical treatment. The statistical test used was chi two and Fisher t for small numbers at 5% significance level (p < 0.05).

**Results and discussion:** In management of SDH, conservative surgical treatment was statistically more effective without being significant compared to radical treatment (66.7 vs 33.3%, p = 0.3). The results were even better when conservative methods were applied early (p = 0.00016), well before hypovolemic shock (t = 0.0009). Maternal prognosis was better when blood loss could be compensated by transfusion of blood and derivatives (t = 0.0496).

**Conclusion:**

Serious delivery haemorrhages are consequence of delayed or therapeutic insufficiency. Conservative treatment with vascular ligation remains an alternative to radical measures but must retain some indications (uterine atony). These are therefore good surgical alternatives to hemostasis hysterectomy and arterial embolization in less African countries.

**Keywords:** Postpartum hemorrhage; Hypogastric artery; Vascular ligation; hemostasis hysterectomy

## INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum (HPP) est communément définie comme une perte sanguine d'au moins 500 ml survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. L'HPP sévère correspond à une perte sanguine de 1 000 ml ou plus dans le même intervalle de temps. L'HPP touche environ 2 % des femmes qui accouchent et est responsable de près d'un quart des décès maternels dans le monde. Il s'agit de la première cause de mortalité maternelle dans la plupart des pays à revenu faible [1-3]. L'HPP est une situation d'urgence, qui impose une décision rapide, un diagnostic étiologique exact afin de pouvoir mettre en route en temps utile les mesures thérapeutiques correctes en équipe interdisciplinaire [4]. Le traitement d'une HPP comprend des mesures générales d'une part (stabilisation circulatoire), et de l'autre un traitement causal médicamenteux et/ou chirurgical, qui doivent être entrepris de manière rapide et coordonnée [4]. Malgré le développement des techniques médicales, obstétricales ou de radiologie interventionnelle, les techniques chirurgicales doivent être apprises et connues car elles représentent parfois la solution ultime mais indispensable face à une HPP, lorsque la vie de la mère est en jeu. L'indication de l'intervention chirurgicale et du type d'intervention (radicale ou conservatrice) doit se discuter en fonction de plusieurs paramètres : la cause de l'hémorragie, le degré d'urgence lié à l'état hémodynamique de la patiente, les moyens techniques et humains disponibles et la situation obstétricale (césarienne ou voie basse). De façon générale, le recours à la chirurgie doit être de dernier recours. Les techniques de conservation utérines doivent être réalisées en priorité. Elles paraissent plus simples à réaliser et moins agressives, mais cependant leur évaluation est encore faible [5]. L'objectif de ce travail est de faire la mise au point sur les méthodes chirurgicales utiles dans la prise en charge des HPP, préciser leurs techniques, résultats et limites afin de faire un plaidoyer pour le traitement chirurgical conservateur (TCC).

## PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui avait eu pour cadre la maternité du CHU de Cocody (République de Côte d'Ivoire). L'étude s'était déroulée sur une période de 10 ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2004 à décembre 2014 et avait concerné 108 Patientes qui avaient bénéficié d'un traitement chirurgical pour une HPP. Ont été inclus dans l'étude toutes les patientes qui avaient bénéficié d'une

chirurgie pour une HPP non contrôlée par le traitement médical (ocytocine et méthylergométrine), ni par les mesures obstétricales (massage utérin, révision utérine, tamponnement utérin), quelque soit le mode d'accouchement. Non pas été retenus les cas de chirurgie pour lésions traumatiques utérines, vaginales et vulvopérinéales. Au plan de la technique chirurgicale, deux types d'intervention ont été réalisés :

- Le traitement chirurgical conservateur (TCC): Soit par ligature bilatérale des artères iliaques internes (LBAII), appliquée depuis 40 ans [6,7] et consiste à aborder les vaisseaux iliaques, à individualiser les artères iliaques internes qui seront liés au fil résorbable [8,9]. Soit de la triple ligature de Tsiulnikov (TLT), qui permet de lier à la fois les ligaments ronds, le pédicule utéro-ovarien et les pédicules utérins [10].

- Le traitement chirurgical radical : l'hystérectomie d'hémostase (HH) le plus souvent extra-annexielle et subtotal.

L'étude avait consisté à comparer l'efficacité des deux techniques chirurgicales. L'évaluation des résultats de chacune des techniques a été jugée sur des critères qui comprenaient : l'arrêt des saignements après chirurgie et survie de la patiente (Succès) ; ou la poursuite du saignement après la chirurgie ou décès de la patiente (échec). Les paramètres étudiés avaient concerné les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques et thérapeutiques ainsi que le pronostic maternel. La collecte des données et leur analyse avaient requis l'usage des logiciels Epi-info version 7, Excel et Word 2011. Les variables qualitatives avaient été comparées grâce au test statistique du Chi<sup>2</sup> ou t Fisher au seuil de signification fixé à 5% (p<0,05).

## RÉSULTATS

### 1. Incidence du traitement chirurgical

Durant la période d'étude nous avons enregistré 108 cas de chirurgie pour une HPP sur un total de 48.900 accouchements soit 0,22%.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes

Les données relatives aux caractéristiques épidémiologiques avaient mis en exergue un âge moyen de 33 ans avec des extrêmes de 19 et 45 ans. L'hémorragie avait pour principales étiologies l'atonie utérine (76,9%), une anomalie d'insertion placentaire dans 23,1% (Tableau I). Le délai moyen entre l'indication et l'intervention était de 78 minutes (min). Dans les groupes succès et échec, les délais moyens étaient, respectivement, de 45 et 145 minutes (Tableau II).

**Tableau I :** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes

Paramètres étudiés	Effectif (n=108)	%
<b>Age (années)</b>		
- 30-34	55	50,9
- >35	32	29,6
<b>Parité</b>		
- Multipares	57	52,8
<b>Profession</b>		
- Sans	50	46,3
- Libérales	19	23,1
<b>Mode d'admission</b>		
- Evacuées	76	70,4
<b>Mode d'accouchement</b>		
- Voie basse	72	66,7
- Césarienne	36	33,3
<b>Etiologies de l'HD</b>		
- Atonie	83	76,9
- Anomalie d'insertion placentaire (AIP)	25	23,1

**1. Traitement**

La chirurgie était radicale (HH) dans 52,8% et conservatrice (TCC) dans 47,2%. Le TCC comportait une LBAIL (35,3%) et une TLT (64,7%). La durée de l'intervention après laparotomie variait entre 10 et 15 minutes pour les TLT et l'HH contre

20 à 25 minutes pour la LBAIL. Trente neuf patientes n'ont pu bénéficier d'une transfusion sanguine (36,1%).

**2. Résultats de la chirurgie et facteurs de pronostiques****Tableau II :** Facteurs pronostiques

Facteurs pronostiques	Vivantes		Décédées		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Mode d'admission	(n=90)		(n=18)		
- Evacuées	66	73,3	10	55,6	0,01 (S)
- Non évacuées	24	26,7	8	44,4	
Etiologies de l'HD	(n=90)		(n=18)		
- Atonie utérine	74	82,2	12	66,7	0,12 (NS)
- AIP	21	17,8	6	33,3	
Mode d'accouchement	(n=90)		(n=18)		
- Voie basse	60	66,7	12	66,7	0,599 (NS)
- Césarienne	30	33,3	6	33,3	
Delai de prise en charge	(n=90)		(n=18)		
- <60 minutes	65	72,2	4	22,2	0,0001 (S)
- > 60 minutes	25	27,8	14	77,8	
Etat hémodynamique	(n=55)		(n=18)		
- Choc	20	36,4	14	77,8	0,002 (S)
- Pas de choc	35	63,6	4	22,2	
Transfusion sanguine	(n=52)		(n=8)		
- Oui	35	67,3	2	11,1	0,000035 (S)
- Non	17	32,7	16	88,9	
Traitement chirurgical	(n=90)		(n=18)		
- Conservateur*	45	50,0	6	33,3	0,15 (S)
- Radical**	45	50,0	12	66,7	
Type de TCC	(n=45)		(n=6)		
- LBAIL	14	33,1	4	66,7	0,27 (S)
- TLT	31	66,9	2	33,3	



\*Traitement chirurgical conservateur (TLT : n=33 ; LBAIL : n=18)

\*\*Traitement chirurgical radical (HH : n=57)

Après la chirurgie, 18 décès maternels ont été déploré soit une létalité globale de 16,7%. La survenue du décès maternel n'était pas significativement liée au type de chirurgie ( $p=0,15$ ). Elle était par contre significative en cas de long délai de prise en charge ( $p=0,0001$ ), de choc hypovolémique ( $p=0,002$ ) et d'absence de transfusion sanguine ( $t=0,000035$ ). Parmi les 90 patientes qui avaient survécu, les suites opératoires étaient simples dans 88,1 %. Vingt trois patientes (25,6 %) ont eu des complications simples à type d'anémie modérée.

## DISCUSSION

L'HPP reste encore un drame à l'échelle mondiale et plus particulièrement dans nos pays pauvres. En cas d'échec du traitement médical et des procédures obstétricales, l'option du traitement chirurgical est clairement indiquée en urgence et doit obéir à des procédures bien connues de tous et rapidement mises en route. La pratique de la chirurgie devant une HPP repose dans les pays à ressources limitées sur deux options principales : les ligatures vasculaires ou l'hystérectomie d'hémostase [11,12]. En dehors du contexte de césarienne, l'embolisation des artères utérines constitue le traitement de choix des HPP dans la plupart des pays industrialisés et a longtemps fait la preuve de son efficacité [12,13]. Dans nos pays, en cas d'échec des procédures médicales, obstétricales, l'indisponibilité de la radiologie interventionnelle fait s'opposer, en dernier recours, les deux attitudes chirurgicales suscitées. La première prônant le traitement radical (HH) et l'autre insistant sur la conservation de l'utérus. Dans la présente étude, plus de la moitié des interventions chirurgicales étaient des HH (52,8%). L'apprentissage de ce type de chirurgie est depuis plusieurs décennies bien transmis dans notre pratique. La TLT avait constitué l'essentiel du traitement chirurgical conservateur (66,9%) en raison de sa rapidité et sa simplicité de réalisation. Les LBAIL, méthodes chirurgicales très complexes n'ont été introduites dans notre pratique que très récemment. Dans le même pays, Koné et al dans une étude récente sur les hémorragies obstétricales avaient recensé 159 cas de LBAIL contre 117 cas d'HH [14]. L'étude de Koné et al s'inscrivait dans un cadre tout à fait expérimental pour la promotion de la LBAIL devant toutes sortes d'hémorragies obstétricales.

**Paramètres socio-démographiques, cliniques et**

## thérapeutiques

Dans notre étude, l'analyse du profil de patientes montrait un âge jeune (33 ans en moyenne), une nette prédominance de multipares (50,6 %) en raison de grossesses précoces et trop rapprochées. C'est une constance de nos sociétés où vivent des individus aux conditions socio-économiques modestes (32,6 %), le plus souvent évacuées d'un centre médical périphérique (70,4%). Un constat similaire avait déjà été rapporté dans certaines études africaines [13-17], mettant ainsi en exergue l'homogénéité de nos populations. A l'admission, le choc hypovolémique était moins présent chez les patientes (25,32 %) par rapport aux données rapportées par Koné et al [14]. Les causes des HPP étaient surtout dominées par l'atonie utérine (76,9%) comme illustré au **Tableau I**. Ces mêmes causes d'hémorragies avaient été observées dans l'étude de Koné et al [14] même si les objectifs des deux études différaient énormément.

## Facteurs pronostiques

Nous n'avons observé aucune différence en terme de pronostic maternel en cas de TCC ou de chirurgie radicale ( $t=0,15$ ). Cependant, nous avons observé deux fois plus de décès maternels en cas de chirurgie radicale par rapport au TCC (33,3% *Vs* 66,6%) sans que cela ne soit statistiquement significatif ( $p=0,15$ ). En comparant les deux types de chirurgie conservatrice réalisés, nous avons également constaté un nombre relativement élevé de décès maternels en cas de LBAIL par rapport à la TLT (66,7% *Vs* 33,3%) sans que cela ne soit significative ( $t=0,27$ ). La survenue de ces décès était surtout en rapport avec les longs délais d'intervention et l'absence de soins post-opératoires par déficit en compensation des pertes sanguines. En effet les longs délais de prise en charge ( $p=0,0001$ ) et à la présence d'un choc hypovolémique ( $p=0,002$ ) avaient de façon importante grevés le pronostic maternel. Ainsi plus les délais étaient long plus grands étaient les risques d'échec de la technique conservatrice ( $p=0,0001$ ). Les échecs observés dans l'étude étaient liés aux désordres hémodynamiques critiques notamment le choc hypovolémique ( $p=0,002$ ) et l'absence de transfusion sanguine ( $p=0,000035$ ). La pratique de la LBAIL devant des HPP remontait à 40 ans déjà [5] avec des taux de réussite variant entre 83% et 100% pour de nombreux

auteurs [14,16-19]. La complexité de sa réalisation limitait son choix dans les indications opératoires dans notre service quoique qu'elle commence à être de plus en plus pratiquée. Le caractère proximal de ce type de ligature expliquerait, pour certains, son efficacité inconstante sur l'atonie utérine et les anomalies d'insertion placentaire [14]. C'est la raison pour laquelle nous lui avons préférée la triple ligature vasculaire dont le taux de succès devant l'atonie était de 100% [10]. Cependant, à l'heure actuelle il n'existait pas encore pour Marpeau et al [15] de niveau de preuve suffisante pour affirmer la supériorité d'une méthode conservatrice par rapport à l'autre, ce qui fonde l'essentiel de notre pratique. En effet nous n'avons pas observé de différence significative entre le traitement radical, car son taux de succès était identique à celui des techniques conservatrices dans cette étude ( $t=0,15$ ). Cette chirurgie radicale consistait en une HH encore dont la fréquence reste encore importante dans nos pays pauvres [14,17,18] alors quelle est divisée par 10 dans les pays développés [6,20,21]. Ses principales indications sont le placenta accreta, les hémorragies après échec du traitement conservateur, la rupture utérine étendue, la multiparité [15]. Dans la présente étude, nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre la survenue du décès maternel et le type de chirurgie ( $t=0,15$ ). L'analyse n'a pas montré de lien entre la qualité de l'utérus, le mode d'admission, le mode d'accouchement et le risque d'échec de la méthode chirurgicale conservatrice. Les trois facteurs de mauvais pronostic identifiés étaient : la présence d'un choc hypovolémique ; l'absence de transfusion sanguine et le long délai de prise en charge. Le choc hypovolémique et la coagulopathie sont des facteurs d'échec du traitement conservateur pour de nombreux auteurs car ils sont la traduction de l'abondance et de la durée des pertes sanguines [6,14,24]. Notre étude a effet permis de confirmer ces faits d'une importance assez capitale pour la réduction des taux d'échecs. On observait en effet dans 77,8% des cas un échec en rapport avec un délai de prise en charge de plus d'une heure comme l'avait effectivement rapporté Koné et al [14]. Le retard de la prise en charge était principalement lié aux difficultés d'acquisition du matériel opératoire dont le cout n'était pas accessible aux familles. Il faut également incriminer l'indisponibilité du seul bloc opératoire, de certains médicaments opératoires nécessaires à l'intervention.

Nos maternités n'étaient pas dotées de réserves en produits sanguins ou dérivés ce qui a davantage

grevé le pronostic maternel et les chances de succès du traitement conservateur.

Malgré tous ces facteurs péjoratifs, nous pensons qu'il serait important d'intégrer les techniques chirurgicales conservatrices en alternatives à l'HH et l'embolisation. En effet elles sont rapides et simples d'exécution et s'inscrivent dans la droite ligne des dernières recommandations pour la pratique clinique du collège des gynécologues et obstétriciens français [6]. Par ailleurs, le type d'hystérectomie, qu'elle soit totale ou subtotale, est laissé libre à l'appréciation de l'opérateur par un accord professionnel [6]. La fécondité après le traitement chirurgical conservateur n'a pu encore être vérifié dans notre contexte en raison du nombre élevé de perdues de vue. Elle était cependant bien documentée pour certains qui ne rapportaient pourtant aucuns effets néfastes ni sur la fécondité, ni sur le cycle menstruel [24,25,26].

La LBaII et la triple ligature vasculaire selon de Tsrulnikov (TLT) représentent deux techniques chirurgicales conservatrices simples et rapides à exécuter pour un praticien entraîné et expérimenté. Elles doivent être enseignées au cours du cycle de formation des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique comme alternative à la chirurgie radicale pour certaines indications, dans les pays qui ne disposent pas de technique de radiologie interventionnelle [25,27].

## CONCLUSION :

Les décès par HPP sont liés au retard leur prise en charge dans notre contexte dont les causes sont multifactorielles. Il importe une décision d'intervention précoce afin d'assurer l'hémostase et éviter les complications graves. Le traitement chirurgical conservateur par ligatures vasculaires reste dans notre contexte une alternative aux hystérectomies d'hémostase car simples et rapides à réaliser avec des résultats similaires.

## Déclaration d'intérêt :

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.*

## RÉFÉRENCES

1. **Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF.** WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet.* 2006;367 (9516): 1066–74.
2. **Campbell OM, Graham WJ.** Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet.* 2006;368 (9543): 1284–99.

- 3. World Health Organization.** World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2012
- 4. Dietmar Schlembach, Manfred G. Mörtl, Thierry Girard.** Traitement de l'hémorragie du post-partum. Forum Med Suisse 2013;13(50):1033–1038.
- 5. D'Ercole C, Shojai R, Desbriere R, Cravello L, Boubli L.** Hémorragies du post-partum immédiat : techniques et indications de la chirurgie. Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 (suppl. au n° 8) : 4S103-4S119.
- 6. Sagarra M, Glasser ST, Stone ML.** Ligation of the internal iliac vessels in the control of postpartum hemorrhage. Report of a case. Obstet Gynecol 1960; 15: 698-701.
- 7. Reich WJ, Nechtow MJ.** Ligation of the internal iliac arteries: a life saving procedure for uncontrollable gynecologic and obstetric hemorrhage. J Intern Col Surg 1961; 36: 157-68.
- 8. Cravello L.** Hystérectomies d'hémostase. In Blanc B. Techniques chirurgicales et interventionnelles en obstétrique et médecine fœtale. Arnette, Paris. 1997.?
- 9. Sergent F, Resch B, Verspyck E, Rachet B, Clavier E, Marpeau L.** Les hémorragies graves de la délivrance : doit-on lier, hystérectomiser ou emboliser ? Gynecol Obstet Fertil 2004 ; 32 : 320-29.
- 10. Tsirulnikov MS.** La ligation des vaisseaux utérins au cours des hémorragies obstétricales : résultats à court et à long terme. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1979 ; 8 : 751-3.
- 11. Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M.** Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipés : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:900–5.
- 12. Pelage JP, Limot O.** Place actuelle de l'embolisation artérielle dans la prise en charge des hémorragies graves du post partum immédiat. Gynecol Obstet Fertil 2008; 36:714–20.
- 13. Burchell RC.** Internal iliac artery ligation: hemodynamics. Obstet Gynecol 1964;24:605–10.
- 14. Koné M, Konan Blé R, Séni K, Adjoussou S, Fanny M, et al.** Ligation des artères utérines face aux hémorragies obstétricales graves en milieu africain. Gynécol. Obstet. Fertil ; 37 (2009) : 476-480.
- 15. Marpeau L, Sentilhes L.** Capitonages utérins pour hémorragie de la délivrance : techniques et devenir. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique –TOME XXXII publié le 3.12.2008.
- 16. Zoumenou E, Denakpo J, Tchaou B, Assouto B, Lokossou TH, Chobli M.** Hémorragies graves du post partum immédiat : particularités épidémiologiques et prise en charge dans les pays en développement. Médecine d'Afrique noire 2009 ; 56(13):43-45
- 17. Wagaarachchi PT, Fernando L.** Fertility following ligation of internal iliac arteries for life-threatening obstetric hemorrhage: case report. Hum Reprod 2000;15:1311–3.
- 18. Lédée N, Ville Y, Musset D, Mercier, Frydman R, Fernandez H.** Management in intractable obstetric hemorrhage: an audit study on 61 cases. Eur J Gynecol Obstet Reprod Biol 2001;94:189–96.
- 19. Fernandez H, Pons JC, Chambon G, Frydman R, Papiernik E.** Internal iliac artery ligation in postpartum hemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988;28:213–20.
- 20. Salvat J, Schmidt MH, Guilbert M, et al.** Ligatures vasculaires en obstétrique dans les hémorragies sévères de la délivrance : revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 629-39.
- 21. Ochoa M, Allaire AD, Stitely ML.** Pyometria after hemostatic square suture technique. Obstet Gynecol 2002 ; 99 : 506-9.
- 22. Fenomanana MS, Riel AM, Rakotomena, Andrianjatovo JJ, et al.** The risk's factors of mortality by post partum hemorrhage at the maternity of Befelatanana-university hospital of Antananarivo Madagascar. Revue d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence 2009; 1(3):4-7
- 23. Ngbale NR, Koïrokpi A et coll.** Les hémorragies du post partum immédiat à l'hôpital régional universitaire de Bossange Centrafrique. Médecine d'Afrique noire 2012 ; 59(1):39-43.
- 24. Nizard J, Barrinque L, Frydman R, Fernandez H.** Fertility and pregnancy outcomes following hypogastric artery ligation for severe postpartum hemorrhage. Hum Reprod 2003; 18:844–8.
- 25. Sziller I, Hupuczi P, Papp Z.** Hypogastric artery ligation for severe hemorrhage in obstetric patients. J Perinat Med 2007;35:187–92.
- 26. Sergent F, Resch B, Verspyck E, Marpeau L.** Surgical management of intractable postpartum hemorrhage. Ann Chir 2006; 131:236–43.
- 27. Nandanwar YS, Jhalam L, Mayadeo N, Guttal DR.** Ligation of internal iliac arteries for control of pelvic hemorrhage. J Postgrad Med 1993; 39:194–6.