

La délivrance dirigée systématique : analyse d'une série de 200 cas recrutés à l'hôpital général d'Abobo (Abidjan, Côte d'Ivoire).

A. Touré Ecra (1), A. Horo (1), M. Fanny (1), H. Ouattara (2), S. Adjoussou (1) & M. Koné (1)

(1) Centre hospitalier universitaire de Yopougon BP 816 Abidjan 08, Côte d'Ivoire. E-mail : anaecra@yahoo.fr

(2) Hôpital général d'Abobo, Côte d'Ivoire.

Manuscrit n° 3036. "Santé publique". Reçu le 21 novembre 2006. Accepté le 9 janvier 2007.

Summary: Systematic controlled placenta birth: analysis of 200 cases recruited at the general hospital of Abobo (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Haemorrhage of placenta birth is one of the main reasons of maternal mortality in developing countries.

The control of this third stage of delivery remains one of the means to stem the scourge. This survey shows that controlled placenta birth is a safe mean to reach this objective: 200 women who had normal vaginal deliveries at the Abobo North hospital were included in the survey.

Among them, one hundred women had a controlled placenta birth whereas 100 had a normal one.

The analysis of the results showed that:

– the haemorrhage rates during placenta birth slightly decrease in the group with controlled placenta birth and are clearly lower in the group of patients with risks factors of haemorrhage in 10% of the cases;

– the delay of placenta birth is twice shorter in the group having a controlled placenta birth than in the group with normal placenta birth;

– blood loss in the group with controlled placenta birth is three times less important than in the other group.

This study speaks in favour of a systematic controlled placenta birth during the third stage of labour as it is already performed elsewhere.

Résumé :

L'hémorragie de la délivrance, complication grave de l'accouchement, est l'une des principales causes de mortalité maternelle, aussi bien dans les pays développés qu'en voie de développement.

De nombreuses études ont montré qu'en raccourcissant la durée de cette troisième phase du travail d'accouchement, on peut réduire l'incidence de cette complication.

Nous avons voulu montrer par cette étude que la délivrance dirigée est un moyen sûr d'atteindre cet objectif. Cette étude a porté sur 200 parturientes ayant accouché par les voies naturelles à l'hôpital d'Abobo nord.

Cent d'entre elles ont subi une délivrance dirigée, tandis que les 100 autres ont été délivrées naturellement.

L'analyse des résultats a montré que :

– il y a une réduction sensible du taux d'hémorragie de la délivrance dans le groupe des délivrances dirigées ; cette réduction apparaît de façon plus nette dans le groupe des patientes à risques ;

– le délai de la délivrance est deux fois plus court dans le groupe des délivrances dirigées, comparativement à celui des délivrances naturelles ;

– la quantité de sang perdue dans le groupe des délivrances dirigées est trois fois moindre que dans l'autre groupe ;

– la pratique de la délivrance dirigée dans cet échantillon a contribué à une réduction de 10 % de la fréquence de l'hémorragie de la délivrance.

Ces résultats plaident pour un recours systématique à la délivrance dirigée, telle qu'elle se pratique déjà dans de nombreuses maternités en occident.

placenta birth
haemorrhage
hospital
ocytocine
mortality
childbirth
Abobo
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub Saharian Africa

délivrance
hémorragie
hôpital
ocytocine
mortalité
accouchement
Abobo
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale

Introduction

Je vais à la mer chercher un bébé; c'est un voyage dangereux, il se peut que je ne revienne pas. (proverbe tanzanien). Mourir en donnant la vie est une injustice.

Si la mort maternelle est devenue rare dans les pays industrialisés (7 à 15/100 000 naissances vivantes) (1), elle reste une préoccupation majeure dans nos pays en développement (500 à 1 000/100 000 naissances vivantes) et 20,34 % des morts

maternelles sont liées aux anomalies de la délivrance (enquête MOMA 1994-1996).

La 3^e phase de l'accouchement qu'est la délivrance est une période particulièrement sensible : une surveillance active et dynamique, débutée dès le début du travail, doit être maintenue, afin d'anticiper la survenue des complications.

L'hémorragie de la délivrance est l'une des principales étiologies des décès maternels dans les pays en voie de développement ; elle se place, selon les pays, au 1^{er} ou au 2^e rang des causes (2, 3).

L'évolution, parfois foudroyante, de ces hémorragies de la délivrance invite les équipes à agir le plus rapidement possible dans une course de vitesse où tout retard est difficile à compenser. Les équipes doivent reprendre l'avantage par la prévention qui requiert des gestes simples, mais adéquats, tels que la délivrance dirigée à l'ocytocine. Il ne s'agit certes pas d'une technique originale, mais l'étude qui suit prétend confirmer que cette délivrance dirigée, simple et peu onéreuse, peut assurer un accouchement sécurisé aux patientes des pays en développement, si elle est faite systématiquement : en effet, elle réduit le délai de délivrance et la quantité des pertes sanguines du *post partum*. Elle contribue ainsi efficacement à baisser la prévalence de l'hémorragie de la délivrance.

Patientes et méthodes

C'est une étude de cohorte qui s'est déroulée à l'hôpital général d'Abobo nord, de septembre 2001 à mars 2002, soit une période de sept mois.

Elle a concerné 200 parturientes ayant eu un accouchement par les voies naturelles.

Critères d'inclusion

- grossesse de plus de 28 semaines ;
- présentation du sommet ;
- accouchement dans la dite maternité.

Critères d'exclusion

Toutes les femmes ne répondant pas simultanément aux trois critères d'inclusion.

Échantillonnage

Il a été de type systématique sur le mode 1/1 et a permis de constituer deux bras :

- bras A (100 délivrances naturelles) ;
- bras B (100 délivrances dirigées).

Pour des raisons éthiques, nous avons systématiquement exclu de l'étude les parturientes chez qui on retrouvait un antécédent d'hémorragie de la délivrance.

Cependant, nous en avons retrouvé 4 *a posteriori*, après un interrogatoire repris au décours de l'accouchement, à l'occasion d'une hémorragie que rien ne semblait justifier.

Méthodologie

Cette délivrance dirigée a consisté en l'injection de 10 unités internationales (UI) d'ocytocine, dès le dégagement de l'épaule antérieure.

Après la section du cordon, chaque accouchée a été installée sur un bassin de lit et maintenue dans cette position jusqu'à vingt minutes après la délivrance, ceci afin de recueillir et de comptabiliser les pertes sanguines.

Après ce délai, le bassin était remplacé par une garniture propre, maintenue en place pendant 4 heures d'observation.

La quantité de sang contenue dans les garnitures a été obtenue par la différence de poids de la garniture avant et après utilisation, le volume total de sang a été obtenu en ajoutant les quantités recueillies dans le bassin à celles de la garniture.

La conversion des masses sanguines en volume a été effectuée en utilisant comme coefficient le chiffre 1 correspondant à la densité de l'eau. Pour les caillots, ce coefficient était de 1,6. Avant la sortie, chaque patiente était sensibilisée sur le fait qu'elle devait revenir à la maternité dès qu'elle estimait que l'hémorragie vulvaire était anormale.

Analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel Epi-info version 6.

Les tests utilisés étaient les risques relatifs, les proportions, le test Z à 5 % et la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats

Âge

Moyenne : 26,74 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans (médiane 27,5 ans).

Parité

Moyenne : 1,98 avec des extrêmes de 0 et 13 (médiane 1)

Hémorragie de la délivrance

La prévalence de l'hémorragie de la délivrance dans notre population générale d'étude est de 18 % (36/200).

Elle est de 28 % (28/100) dans le bras A et de 8 % (8/100) dans le bras B ($p < 0,05$).

Influence de la délivrance dirigée sur le risque hémorragique

En cas de délivrance naturelle, le risque relatif (RR) est de 2,1. Si la délivrance est dirigée, ce risque d'hémorragie passe à 0,93 ~ 1.

Majoration de l'apport de la délivrance dirigée dans la population à risque

Dans la population sans risque hémorragique, le RR est de 0,44.

Dans la population à risque hémorragique, le RR passe à 0,2.

La fraction étiologique du risque

C'est le rapport du risque attribuable dans la population globale sur le risque dans la population à risque $0,28 - 0,08/0,28 = 0,71$.

Commentaires

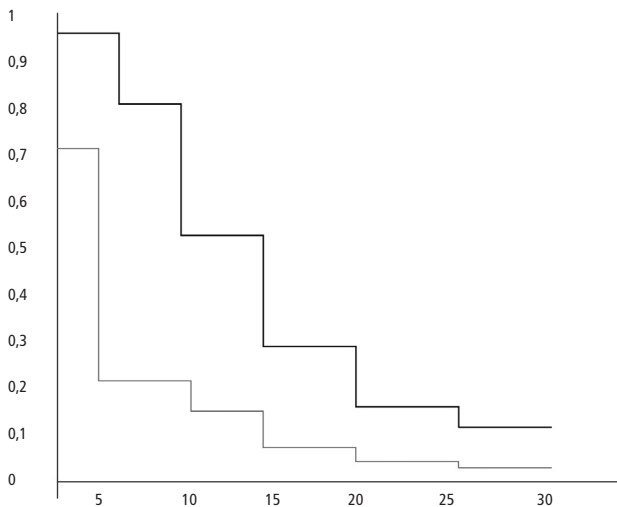
Prévalence de l'anémie

La fréquence de l'hémorragie de la délivrance dans notre étude est de 18 % (figure 1).

Elle est nettement supérieure aux chiffres des séries européennes. En effet, GOFFINET, en France, retrouve une hémorragie de la délivrance dans 2 à 9 % des accouchements (4), tandis que GILBERT *et al.*, en Angleterre et au Pays de Galles, citent des variations allant de 1,5 à 11 % (5). Ils évoquent l'existence probable d'un problème d'estimation de l'hémorragie qui est sous-jacent aux disparités constatées. Nous soulignons ici le rôle non négligeable de l'anémie chronique par carence

Figure 1.

Comparaison des délais de délivrance dans les deux bras selon le modèle de Kaplan-Meier.
Comparison of placenta birth delays in the two columns according to Kaplan-Meier model.



En gris : la délivrance dirigée; en noir : la délivrance naturelle.
Les courbes sont significativement différentes : les délais de délivrance sont plus courts dans la délivrance dirigée. $\chi^2 = 28,58 / p < 0,001$

martiale chez les gestantes de nos pays en général. Une autre explication de nos chiffres relativement élevés pourrait être donnée par la taille de notre échantillon : les séries européennes évoquées plus haut sont beaucoup plus importantes.

Les hémorragies graves sont définies comme des pertes sanguines supérieures à 1000 ml lors d'un accouchement par les voies naturelles et nécessitant une réponse thérapeutique (médicale ou chirurgicale) intense et/ou une transfusion sanguine ou ayant entraîné des troubles de la coagulation ou le décès de la patiente. La prévalence des hémorragies graves dans notre échantillon est de 5 % (10/200) ; elles sont toutes issues du groupe de la délivrance naturelle. Ces hémorragies graves sont de 23 pour 10000 dans la série de REYAL *et al.*, soit 0,23 % (6). Selon eux, ces hémorragies graves seraient le fait d'un défaut de surveillance, d'un retard et/ou d'un défaut de prise en charge.

Étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance

Un autre élément qui plaide en faveur de la délivrance dirigée systématique dans notre pratique est la prévalence élevée du risque hémorragique : en effet, 55 % de notre population d'étude (110/200) présente un facteur de risque.

De plus, 26 % des patientes présentant une hémorragie grave dans la série de SIBONY (8) n'avaient aucun facteur de risque, posant ainsi un problème de dépistage et de prévention, ce qui expliquerait les difficultés suscitées dans la prise en charge des hémorragies même dans des maternités de haut niveau. Dans notre étude, 14 % des patientes n'ayant aucun facteur de risque ont pourtant saigné.

De la supériorité de la délivrance dirigée sur la délivrance naturelle

Quand la délivrance se fait de façon naturelle, les patientes ayant un risque hémorragique ont deux fois plus de risque de saigner que celles qui n'ont pas de risque hémorragique; si on applique une délivrance dirigée à ces deux populations, ce risque avoisine 1, ce qui signifie que la délivrance dirigée fait passer les parturientes d'un statut de « patientes à risque élevé » à un statut de « patientes à bas risque ». Cette réduction

du risque hémorragique est encore plus sensible parmi les parturientes à risque : celles qui subissent la délivrance dirigée ont un risque 5 fois inférieur à celles qui subissent la délivrance naturelle (0,20), alors que, dans une population sans risque hémorragique, ce risque est diminué de moitié environ (0,44).

La fraction étiologique du risque, qui est de 71 %, représente l'impact maximum que l'on peut espérer dans l'échantillon étudié, si le facteur de risque étudié (la délivrance naturelle) est éliminé. Autrement dit, 71 % des hémorragies dans le groupe des délivrances naturelles sont dues au mode de délivrance. Du point de vue épidémiologique, ceci veut dire que, si la délivrance dirigée systématique était une attitude consensuelle, le bénéfice maximum attendu dans le groupe des délivrances naturelles aurait été : 28 hémorragies \times 0,71 \approx 20 hémorragies (au lieu des 28).

Une méta-analyse a montré que l'administration d'ocytocine de façon prophylactique, quel que soit le moment de l'administration, entre le dégagement de l'épaule antérieure et la délivrance du placenta réduit de 50 % le taux d'hémorragie de la délivrance (3). La plupart des auteurs reconnaissent les bienfaits de la délivrance dirigée : 40 à 60 % de réduction de l'hémorragie de la délivrance.

La délivrance dirigée permet de raccourcir les délais de la délivrance d'environ 10 minutes et de réduire les pertes de sang (6). Le modèle de Kaplan-Meier (figure 1) représente le nombre de patientes délivrées en fonction du temps.

Le temps médian représente le temps auquel la moitié de la population d'étude est délivrée. Il est de 5 minutes dans la délivrance dirigée et de 10 minutes dans la délivrance naturelle ($p < 0,001$). PRENDIVILLE confirme que l'administration systématique d'ocytocine au moment de l'accouchement diminue la quantité de l'hémorragie de la délivrance de plus de 500 ml (7). Dans notre étude, les quantités de pertes sanguines sont données dans le tableau I. La différence des moyennes entre les 2 groupes est de 270 ml ($p < 0,05$).

Tous les arguments développés ci-dessus plaident en faveur d'une mise en œuvre active par le personnel de santé, d'un plan de gestion du 3^e temps de l'accouchement; sans la prise en compte de la délivrance dirigée systématique, l'accouchement de nos patientes dans un contexte désécurisé (biologique, médical, transfusionnel), sous la responsabilité d'équipes soignantes en effectif insuffisant, sera une perte de chances de survie.

Aspects économiques

Le coût de l'accouchement normal dans les maternités périphériques est de 1500 F CFA, soit 2,29 euros. Si la patiente présente une hémorragie de la délivrance, au coût de l'accouchement normal s'ajoute celui du kit d'hémorragie qui s'élève à 8050 F CFA, soit 12,27 euros.

Tableau I.

Pertes sanguines selon le type de délivrance ($p < 0,05$).
Blood losses according to type of delivery ($p < 0,05$).

pertes sanguines (ml)	effectifs	
	délivrance naturelle	délivrance dirigée
[0 - 100[	10	28
[100 - 200[	34	43
[200 - 300[	20	16
[300 - 400[	7	5
[400 - 500[	1	0
[500 - 600[	0	5
[600 - 700[	0	2
[700 - 800[	4	0
[800 - 900[	2	0
[900 - 1000[	9	1
> = 1000	13	0

Quand la transfusion sanguine est indiquée, à ces différents frais s'ajoute celui de la transfusion, qui est de 12 500 F CFA, soit 19 euros.

Au total, une femme qui accouche sans HDD débourse 1 500 F CFA.

Si elle présente une hémorragie de la délivrance, elle paie 1 500 F CFA et 8 050 F CFA, soit 9 550 F CFA (14,55 euros) ; si la transfusion est nécessaire, elle paiera un supplément de 12 500 F CFA, soit 22 050 F CFA (33,61 euros).

Dans le groupe des délivrances naturelles, il y a eu :

- 3 transfusées 22 050 F CFA x 3 = 66 150 F ;

- 25 hémorragies 9 550 F CFA x 25 = 238 750 F ;

- 72 accouchements normaux 1 500 F CFA x 72 = 108 000 F.

Soit un total de 412 900 F CFA (629 euros), ce qui représente, en moyenne, une somme de 4 129 F CFA (6,29 euros) par patiente.

Dans le groupe des délivrances dirigées, il y a eu :

- 8 hémorragies 9 550 F CFA x 8 = 76 400 F ;

- 92 accouchements normaux 1 500 F CFA x 92 = 138 000 F.

Soit un total de 214 400 F CFA (326,90 euros), ce qui représente une somme moyenne de 2 144 F CFA (3,27 euros) par patiente.

Nous observons donc une réduction de 48 % du coût de l'accouchement, lorsqu'on pratique une délivrance dirigée systématique.

BESINGER relève 24 % d'économie sur les accouchements, lorsqu'on pratique une prophylaxie de l'hémorragie de la délivrance par administration d'ocytocine après expulsion du placenta (3).

Conclusion

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale et anesthésique qui constitue une cause importante de

mortalité maternelle. Elle est souvent évitable, car les patientes à risque peuvent être identifiées avant ou pendant le travail. C'est pourquoi ce travail se veut un véritable plaidoyer pour l'adoption de la délivrance dirigée dans nos salles de travail. Elle a un double intérêt épidémiologique et économique : la délivrance dirigée systématique permet de réduire la mortalité maternelle et le coût économique des accouchements dans des pays où le revenu par habitant est bas.

Références bibliographiques

1. AFLAK N, GREBILLE A-G, ANQUETIL C, BOUQUET DE JOLINIÈRE J & LEVARDON M – Hémorragies de la délivrance. In: *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*, Paris 1998, p 278.
2. BERKANE N, MAILLET M & SIMON B – Critères de gravité et organisation de la prise en charge d'une hémorragie sévère de la délivrance. In: *Urgences vitales maternelles en Obstétrique*. Masson, Paris, 2002, p 68.
3. BESINGER R – Hémorragies du *post-partum* : perspectives aux États-Unis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, **26**, 34-38.
4. GOFFINET F – Hémorragies de la délivrance. *Gynecol Obstet Fertil*, 2000, **28**, 141-151.
5. GILBERT L, PORTER W & BROWN VA – Postpartum haemorrhage: a continuing problem. *Br J Obstet Gynecol*, 1987, **94**, 67-71.
6. REYAL F, DEFFARGES J, LUTON D, BLOT P, OURY JF & SIBONY O – Hémorragie grave du *post partum*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002, **31**, 358-364.
7. PRENDIVILLE WJ, ELBOURNE D & MC DONALD S – *Active versus expectant management in the third stage of labour*. In: *The Cochrane Library*, 2, 2001, Oxford: Update Software.
8. SIBONY O, REYAL F, DEFFARGES J, LUTON D, BLOT P & OURY JF – Les hémorragies du *post partum*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002, **31**, 4.