



Article original

Prise en charge anesthésique des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Anesthetic management of obstetric hemorrhages at the Nianankoro Fomba hospital in Ségou

CA Yoroté¹, B Traoré¹, MKT Touré², A Traoré*¹, MB Dao¹, SA Beye³, B Diallo⁴, OS Coulibaly⁵,
M Dembélé⁵, T Traoré⁶, K Sidibé⁶, M Keita⁷, D Dakouo⁷, K Niambélé⁸

Résumé

Introduction : La prise en charge anesthésique des hémorragies obstétricales est un défi pour les anesthésistes réanimateurs par le pronostic vital maternel sombre. Cette entité est fréquente, elle constitue une urgence qui nécessite la collaboration multidisciplinaire entre les anesthésistes-réanimateurs, les gynéco-obstétriciens, les biologistes, le centre de transfusion et la radiologie interventionnelle.

Objectif : Était d'évaluer la prise en charge anesthésiologique des hémorragies obstétricales.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 18 mois (1er janvier 2023 au 30 juin 2024). Les patientes incluses ont été celles ayant bénéficié d'une anesthésie pour une hémorragie obstétricale.

Résultats : Durant la période d'étude 2573 actes anesthésiques pour pathologies obstétricales ont été réalisés parmi lesquels 238 cas d'anesthésie pour hémorragie obstétricale soit 9.2%. La moyenne d'âge de nos patientes était de 27.9 ± 28 ans avec des extrêmes de 15 et de 45 ans. La tranche d'âge de 17-29 ans représentait 50.4% (n=120). Les femmes au foyer

et les élèves/étudiantes représentaient respectivement 56.3% et 15.1% des cas. L'hémorragie obstétricale concernait dans 46.2 % (n= 110) les paucipares. Un antécédent d'hypertension artérielle gravidique était retrouvé chez 7.6% et de césarienne chez 4.2% des patientes. Les causes des hémorragies étaient : l'hématome rétro placentaire (HRP), le placenta prévia (PP) respectivement dans 59.2% (n=141) et 23.5% (n=56) suivis de la rupture utérine 10.1% (n=24) de la déchirure du col et du périnée dans 5.1% (n=12). L'anesthésie générale a été la technique de choix dans 77.3 % des cas. Le type d'induction était à séquence rapide avec utilisation de célocurine dans 82.6%.

La kétamine était l'hypnotique de choix dans 79.3 % des cas suivie du propofol dans 12.0% des cas. L'hypotension artérielle (0.9%), la tachycardie (12.6%) et l'arrêt cardiorespiratoire étaient les événements indésirables en peropératoire chez 5 patientes. Dans le but de prévenir et de traiter l'hypotension artérielle, l'éphédrine était utilisée en bolus avec une moyenne de 5.6 ± 3.0 mg et des extrêmes de 3 et 30 mg. Le recours aux catécholamines pour rétablir et

maintenir la pression de perfusion, la noradrénaline et l'adrénaline étaient utilisées en perfusion continue à la pousse sériq ue électrique (PSE) respectivement chez 18 et 12 patientes. La transfusion de produits sanguins labiles était réalisée en peropératoire dans 24.4 % (n=58). Le besoin transfusionnel n'était pas couvert dans 49.6% (n=118) des cas. Deux (2) patientes sont décédées en peropératoire soit une mortalité de 0.8%. Le transfert en réanimation après l'intervention avait concerné 28.2% (n=67) des patientes. La létalité en réanimation était de 13 patientes soit 19.4%.

Conclusion : L'anesthésie pour l'hémorragie obstétricale est fréquente dans notre structure. La gestion de ces hémorragies obstétricales nécessite une collaboration multidisciplinaire.

Mots-clés : Anesthésie, Hémorragie Obstétricale, Ségou.

Abstract

Introduction: The anesthetic management of obstetric hemorrhages is a challenge for resuscitation anesthetists due to the poor maternal vital prognosis. This entity is common, it constitutes an emergency which requires multidisciplinary collaboration between anesthetists-intensivists, gyneco-obstetricians, biologists, the transfusion center and interventional radiology.

Objective: Was to evaluate the anesthesiological management of obstetric hemorrhages.

Methodology: This was a retrospective, descriptive study over a period of 18 months (January 1, 2023 to June 30, 2024). The patients included were those who received anesthesia for obstetric hemorrhage.

Results: During the study period, 2573 anesthetic procedures for obstetric pathologies were performed, including 238 cases of anesthesia for obstetric hemorrhage, or 9.2%. The average age of our patients was 27.9 ± 28 years with extremes of 15 and 45 years. The age group of 17-29 years represented 50.4% (n=120). Housewives and pupils/students represented 56.3% and 15.1% of cases, respectively. Obstetric hemorrhage concerned 46.2% (n=110) of pauciparians. A history of pregnancy-related hypertension was found in 7.6% and of cesarean

section in 4.2% of patients. The causes of hemorrhages were: retroplacental hematoma (RPH), placenta previa (PP) respectively in 59.2% (n=141) and 23.5% (n=56) followed by uterine rupture 10.1% (n=24) tearing of the cervix and perineum in 5.1% (n=12). General anesthesia was the technique of choice in 77.3% of cases. The type of induction was rapid sequence with use of celocurin in 82.6%. Ketamine was the hypnotic of choice in 79.3% of cases followed by propofol in 12.0% of cases. Arterial hypotension (0.9%), tachycardia (12.6%) and cardiorespiratory arrest were intraoperative adverse events in 5 patients. In order to prevent and treat arterial hypotension, ephedrine was used as a bolus with a mean of 5.6 ± 3.0 mg and extremes of 3 and 30 mg. The use of catecholamines to restore and maintain perfusion pressure, norepinephrine and adrenaline were used in continuous infusion with electric serum boost (ESP) in 18 and 12 patients respectively. Transfusion of labile blood products was performed intraoperatively in 24.4% (n=58).

The transfusion need was not covered in 49.6% (n=118) of cases. Two (2) patients died intraoperatively, representing a mortality of 0.8%. The transfer to intensive care after the intervention concerned 28.2% (n=67) of patients. The lethality in intensive care was 13 patients or 19.4%.

Conclusion: Anesthesia for obstetric hemorrhage is common in our structure. The management of these obstetric hemorrhages requires multidisciplinary collaboration.

Keywords: Anesthesia, Obstetric Hemorrhage, Ségou.

Introduction

La prise en charge anesthésique des hémorragies obstétricales vise à rendre possible les gestes chirurgicaux tout en préservant le pronostic vital maternel et/ou foetal. L'hémorragie obstétricale demeure une des principales causes de décès maternel [1]. L'anesthésie pour hémorragie obstétricale pose des problèmes liés au retentissement du saignement

sur les organes, mais également la morbidité liée à l'anesthésie dans la gestion des hémorragies sur grossesse [2]. La fréquence des actes anesthésiques pour une hémorragie obstétricale reste élevée [2]. Aux États-Unis les complications anesthésiques représentent la sixième cause de mortalité maternelle du péripartum [3]. Au Mali, la fréquence des hémorragies obstétricales dans les services de réanimation est de 58.5% [4]. Cette mortalité maternelle au cours de la prise en charge anesthésiologique des hémorragies obstétricales au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G (CHU-Point G) serait de 13.9% au Mali [2]. L'objectif de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, les modalités d'anesthésies, les aspects thérapeutiques et la morbi mortalité au cours de l'anesthésie pour hémorragie obstétricale à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur une période 18 mois allant du 1er janvier 2023 au 30 juin 2024 dans le service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Etaient incluses dans notre étude toutes les patientes ayant bénéficié d'anesthésie pour la prise en charge d'une hémorragie obstétricale. Les patientes prises en charge sous anesthésie pour un geste d'hémostase en dehors de la grossesse n'ont pas été incluses dans notre étude. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, la parité, les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, la notion de référence, la résidence, les paramètres cliniques à l'installation (conjonctive, la pression artérielle, le score de Glasgow, la fréquence cardiaque, la saturation pulsée en oxygène), la technique d'anesthésie, les effets indésirables anesthésiques, la durée d'anesthésie, les causes de l'hémorragie, les paramètres biologiques (la numération formule sanguine (NFS), le groupe sanguin, le taux de prothrombine (TP), le temps de céphaline activateur (TCA), la créatininémie, la protéinurie), les aspects thérapeutiques (le volume de soluté perfusé, le type de produit sanguin, le nombre

de poche sanguin transfusé, le besoin transfusionnel, les traitements médicamenteux) et le pronostic. La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Excel 2013, et l'analyse a été faite à l'aide du logiciel Epi info 3.5.4.

Résultats

Durant la période étude nous avons réalisé 238 actes anesthésiques pour hémorragie obstétricale sur un total de 2573 actes anesthésiques pour pathologies obstétricales soit une fréquence de 9.2 %. La moyenne d'âge de nos patientes était de 27.9 ± 28 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. La tranche d'âge 17-29 ans représentait 50.4% (n=120). Dans 56.3 % des cas, il s'agissait de patientes résidentes en dehors de la ville de Ségou et évacuées sur l'hôpital. Les femmes au foyer et les élèves/étudiantes représentaient respectivement 56.3% et 15.1% des cas. L'hémorragie obstétricale concernait dans 46.2 % (n= 110) les paucipares. Un antécédent d'hypertension artérielle gravidique et de césarienne étaient retrouvées respectivement chez 7.6% et 4.2% des patientes. Les causes de l'hémorragie obstétricale étaient : l'hématome rétro placentaire (HRP) et le placenta prévia (PP) respectivement dans 59.2% (n=141) et 23.5% (n=56) suivi de la rupture utérine 10.1% (n=24) puis la déchirure du col et du périnée dans 5.1% (n=12). Dans notre série 228 patientes soit 95.8% avaient un groupage rhésus parmi lesquels le groupe O représentait 59.2% et rhésus positif représentait 87.4%. 95.4 % avaient réalisé une numération formule sanguine avec un taux moyen de 7.7 ± 8.0 g/dl (avec des extrêmes de 2.1 et 12.0 g/dl). Le bilan d'hémostase (TP et TCA) était réalisé chez 80.7% des patientes. Les autres examens biologiques réalisés avant l'acte anesthésique étaient la protéinurie dans 32.4 %, associée à la créatininémie dans 40.5 %. Le monitoring à l'installation la moyenne de pression artérielle systolique était de 125.8 ± 125 mm hg avec des extrêmes de 55 et 190 mm hg, la moyenne de fréquence cardiaque était de 99.8 ± 97.0 battements par minute avec des extrêmes de 56 et 176 battements par minute. Vingt-huit (28) patientes soit

8.4% avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à 14/15. Dans notre série 115 patientes soit 48.3 % étaient classées ASA IIU et 34.0% classée ASA IIIU. Les actes étaient réalisés dans 72.3% (n=172) des cas pendant les jours ouvrables et 58.1% (n=100) des cas pendant la permanence. L'anesthésie générale était la technique de choix dans 77.3 %. Le type d'induction était une induction à séquence rapide dans 82.6%. La kétamine était l'hypnotique de choix dans 79.3 % suivie du propofol dans 12.0%. La célocurine était le choix des curares pendant l'induction dans 82.6%. En peropératoire l'apport hydroélectrolytique et le remplissage vasculaire étaient faits par le sérum salé isotonique dans 99.2%, le ringer lactate (55.0%) et les macromolécules dans 26.1%. L'hypotension artérielle (0.9%), la tachycardie (12.6%) et l'arrêt cardiorespiratoire étaient les événements indésirables en peropératoire chez 5 patientes. L'éphédrine était indiquée pour traiter l'hypotension artérielle, elle était utilisée en bolus avec une moyenne de 5.6 ± 3.0 mg (extrêmes de 3 et 30 mg). Les catécholamines étaient utilisées pour rétablir et maintenir la pression de perfusion, la noradrénaline et l'adrénaline étaient

utilisées respectivement chez 18 et 12 patientes. La moyenne de spoliation sanguine était de 1306.8 ± 1100.0 ml (extrêmes de 500.0 et 3800 ml). La transfusion de produits sanguins labiles était réalisée en peropératoire dans 24.4 % (n=58). Soixante-quatorze (74) patientes soit 31.1 % avaient reçu de l'acide tranexamique. Le besoin transfusionnel n'était pas couvert dans 49.6% (n=118) des cas. Le temps moyenne d'anesthésie était de 50.2 ± 46.0 minutes (extrêmes de 20 et 143 minutes). Deux patientes sont décédées en peropératoire soit une mortalité de 0.8%. 28.2% (n=67) des patientes ont été admises en réanimation après l'acte anesthésique. La thérapeutique en réanimation était motivée par la prise en charge de défaillance multiviscérale dans 68.7% des admissions en réanimation, un retard de réveil dans 3.0% des cas, la transfusion dans 17.9 %. En réanimation, l'évolution était marquée par des complications chez 26.9% (n=18), il s'agissait une défaillance multiviscérale dans 4.5% et un sepsis sévère dans 3.0%. La létalité en réanimation était de 19.4% soit 13 patientes.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patientes prises en charge des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	Fréquence	
Age	≤16	5	2.1
	17-29	120	50.4
	≥30	113	47.5
Profession	Femme au foyer	173	72.7
	Elève/étudiante	36	15.1
	Elève/étudiante	36	15.1
Statut matrimonial	Marie	187	78.6
	Célibataire	49	20.6
	Veuve	2	0.8
Résidence	Hors de la ville de Ségou	134	56.3
	Ville de Ségou	104	43.7

La moyenne d'âge de nos patientes était de 27.9 ± 28 ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans.

Causes de l'hémorragie obstétricale

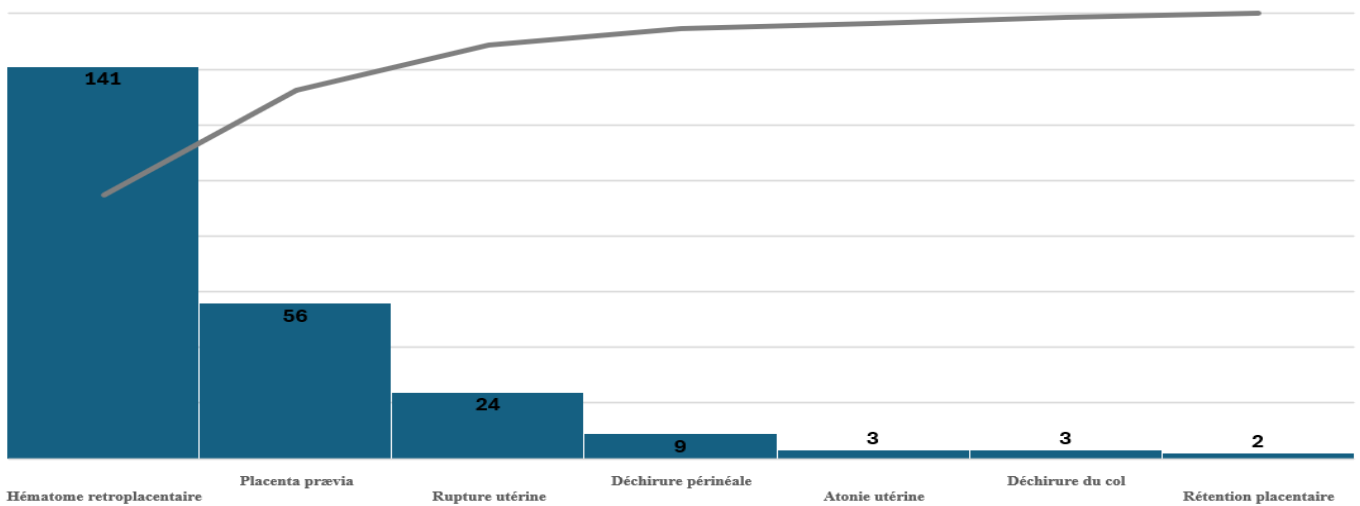


Figure 1 : Causes de l'hémorragie des patientes prises en charge des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou

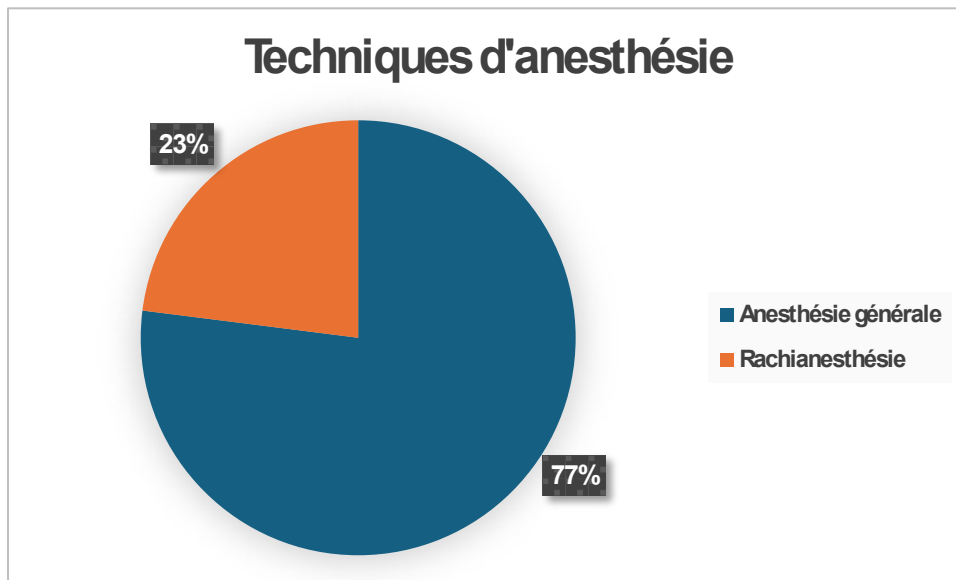


Figure 2 : La technique d'anesthésies des patientes prises en charge des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou

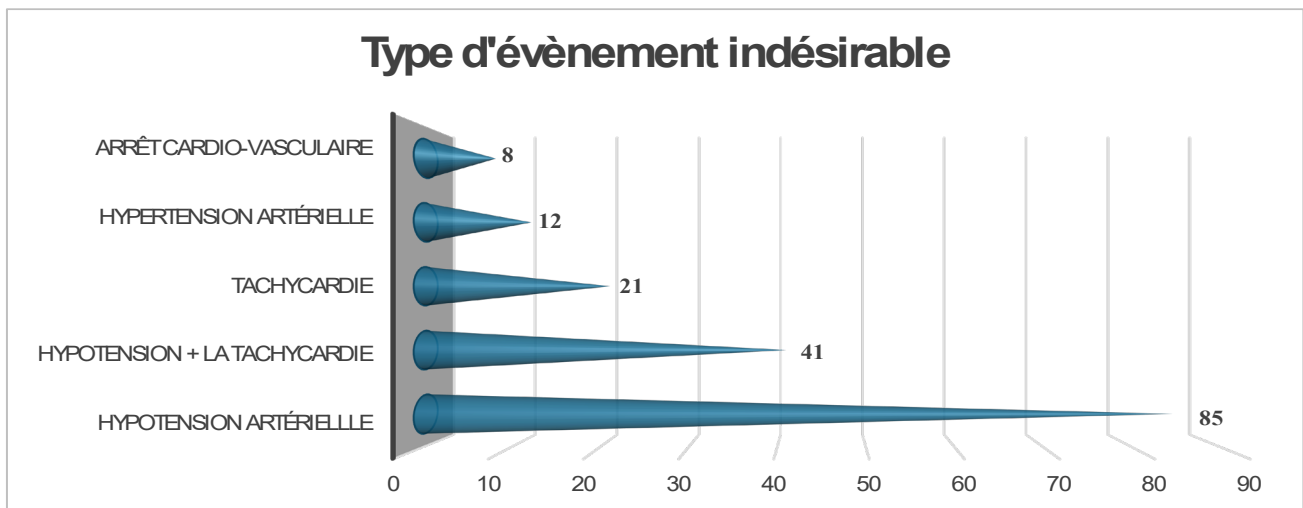


Figure 3 : Type d'évènement indésirable des patientes prises en charge des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou

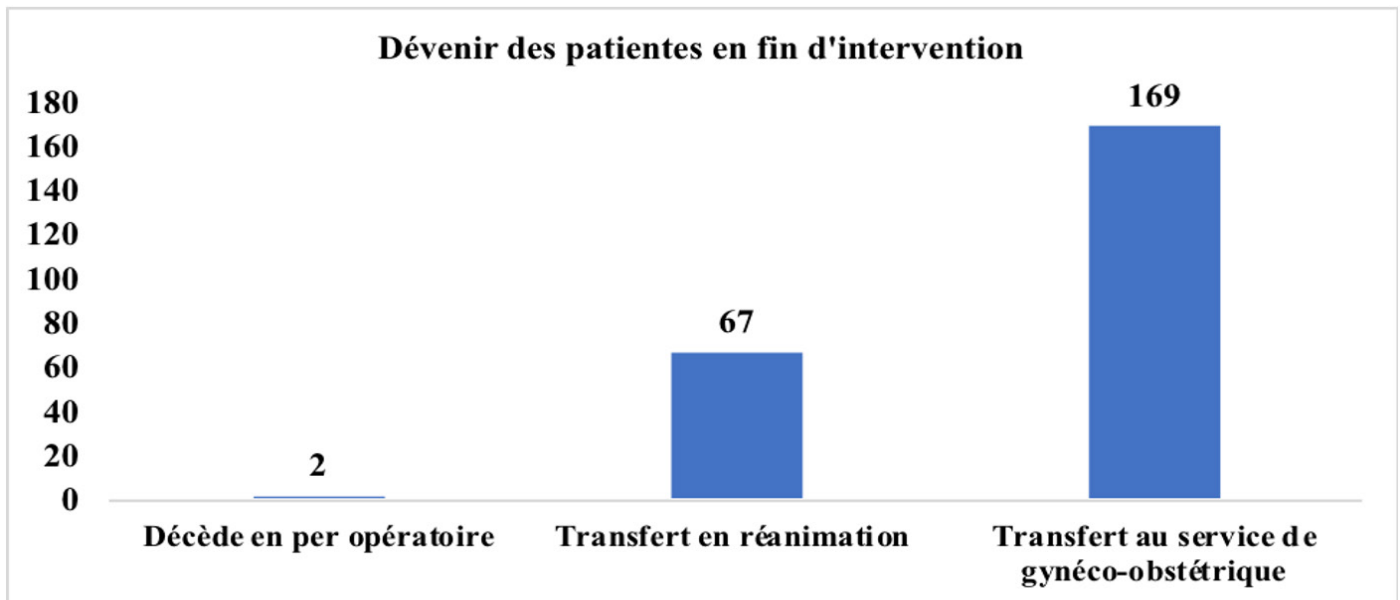


Figure 4 : pronostic des patientes prises en charge des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Discussion

Durant notre étude, nous avons réalisé 238 actes anesthésiques pour hémorragie obstétricale sur un total de 2573 actes anesthésiques pour des pathologies obstétricales soit une fréquence de 9.2%. Cette fréquence était supérieure à celle rapportée par Mobio MP en Côte d'Ivoire qui était de 5.9% [5]. Cette différence s'expliquerait par le fait que notre structure est un hôpital de 2ème référence, qui est le seul disposant un service de réanimation dans la région. La moyenne d'âge de nos patientes était de 27.9 ± 28 ans avec des extrêmes de 15 et de 45 ans. Nos résultats sont proches de ceux de plusieurs études africaines [6]. Les mariages précoces et le manque de suivi prénatal qui sont des facteurs prédisposant à la prééclampsie pourraient expliquer la fréquence élevée des jeunes dans notre série. L'absence de bloc opératoire et de service de réanimation dans certaines structures de la région de Ségou expliquerait la fréquence élevée des patientes évacuées sur notre structure avec 59.2% des cas. Les patientes étaient majoritairement mariées (78.6%), les femmes au foyer représentaient 72.7 % des cas, nos résultats sont proches de ceux de Sandra Sagboze Zalambo au Congo avec 92.5% de femmes mariées et la majorité était des ménagères soit 87.5% [7].

Les patientes classées ASA IIU représentaient 48.3% des cas, celles de la classe \geq ASA IIIU représentait 47.5%. Dans la population d'étude de Mobio.MP et al, les patientes classées ASA IIIU étaient de 74% [5]. Les causes de l'hémorragie ont été dominées par l'hématome retro placentaire dans 59.2% des cas, suivi de placenta prévea et de la rupture utérine qui représentaient respectivement 23.5 % et 10.1% des cas. Cette prédominance des complications de la prééclampsie peut être expliquer non seulement par la prédominance des primipares et par la présence significative d'un antécédent d'hypertension artérielle gravidique et chronique chez nos patientes. Dans d'autres série, les causes de l'hémorragie ont été dominées par l'atonie utérine post- césarienne (31.0%) et l'HRP (22.0%) chez Nasr et al en Tunisie, Camara et al au Mali ont rapporté la responsabilité de ces deux étiologies dans respectivement 65,5% et 47,5% [8]. Les actes anesthésiques ont été réalisés pendant les jours ouvrables dans 72.3% des cas soit majoritairement le matin pendant la permanence dans 58.1% des cas. Dans les séries de Mobio MP.al [5], les interventions ont été réalisées pendant la journée dans 35,8% des cas et pendant la nuit dans 64,2% des cas. Pendant l'évaluation anesthésie la moyenne de pression artérielle systolique était de 125.8 ± 125 mm hg avec des extrêmes de 55 et de 190 mm hg.

La moyenne de la fréquence cardiaque était de 99.8 ± 97.0 battements par minute avec des extrêmes de 56 et de 176 battements par minute. Par ailleurs, 28 patientes soit 11.8% avaient un Glasgow inférieur ou égal à 14/15. Nos résultats sont similaires à ceux de Bonkougou P.Z et Mahoungou-Guimbi KC [9,10]. 95.8% des patientes avaient réalisé un groupage sanguin, le bilan d'hémostase dans 80.7% des cas et un bilan de la fonction rénale dans 33.2% des cas. Le taux élevé de la réalisation des bilans biologiques dans notre étude pourrait s'expliquer par la gratuité des bilans de la césarienne dans notre pays. Le taux moyen d'hémoglobine était de 7.7 ± 8.0 g/dl avec des extrêmes de 3,6 et de 9,2g/dl. Dans notre série l'anesthésie générale a été la technique utilisée chez 184 patientes soit 77.3%. La kétamine a été l'hypnotique de choix dans 61.3% des cas à cause de son effet bénéfique sur l'hémodynamie. Le propofol et le thiopental ont été utilisés respectivement chez 9.2% et 6.7% des patientes. Toute la majorité de nos patientes avaient un estomac plein, d'où l'induction à séquence rapide avec la célocurine dans 82.6% des cas.

La Rachianesthésie a été pratiquée uniquement avec la marcaine dans 22.7% des cas mais associée au fentanyl dans 92.6% des cas. Contrairement à l'étude faite par Mobio MP.al [5], l'anesthésie générale était réalisée dans 100.0% des cas, et la narcose était assurée par la kétamine dans 98.2% des cas et du thiopental dans 1,8% [5]. L'entretien anesthésique était assuré avec des halogénés (Sevoflurane dans 28.2% et d'isoflurane dans 23.9%). Dans l'étude d'Essola, l'entretien anesthésique était assuré avec de l'halothane dans 51,2% des cas, de l'isoflurane dans 35,7 % des cas [11]. En peropératoire la restauration volémique et la correction de l'hypotension artérielle passent par le remplissage vasculaire. Le choix de l'utilisation des cristalloïdes ou colloïdes est laissé à l'appréciation des praticiens. Dans tous les cas, le volume total de solutés de remplissages doit être modéré, leur indication étant de maintenir la perfusion et l'oxygénation tissulaire [12]. Dans notre étude, les solutés utilisés étaient du sérum salé isotonique chez

99.2% des patientes, du ringer lactate chez 55.0% des patientes et de la gélofusine chez 26.1% des patientes. Dans l'étude de AR N Ramarolahy et al, la restauration volémique a été effectuée avec du sérum salé isotonique (100.0%) associé au gélofusine (65.2%) [8]. Les mêmes constats ont été faits par Boubacar. M [2]. Les vasoconstricteurs étaient utilisés pour soutenir la pression artérielle au cours de l'hémorragie obstétricale. Si l'éphédrine et la phényléphrine sont considérées comme les agents de première ligne, le recours à la noradrénaline et l'adrénaline est indiqué en cas de choc hémorragique. Dans notre étude l'éphédrine a été utilisée chez 55.5% des patientes, la noradrénaline chez 7.6% et l'adrénaline chez 5.0%. Dans les séries de A. Matsanga et al, la noradrénaline a été administrée chez 65.0% des patientes [13]. La transfusion était envisagée sur la base des signes cliniques de gravité du saignement. L'indication de la transfusion était double dans notre étude : restaurer un taux d'hémoglobine conséquent afin d'assurer le transport d'oxygène et restaurer l'hémostase biologique. Compte tenu de l'impossibilité de la séparation des produits sanguins labiles, 58 patientes soit 24.4% ont été transfusées avec du sang total. L'acide tranexamique a été utilisé chez 74 patientes soit 31.1%. Dans l'étude de A. Matsanga et al, l'acide tranexamique a été utilisé chez 9.0% des patientes [13]. Le besoin transfusionnel était couvert dans 50.4% des cas dans notre étude, contrairement aux études faites par Boubacar. M [2], les besoins transfusionnels n'étaient couverts que dans 24.8% des demandes transfusionnelles [2]. Dans le contexte obstétrical, plusieurs études ont été consacrées à l'évaluation de l'acide tranexamique, qui ont fait l'objet d'une revue récente [15]. L'acide tranexamique a été administré en préventif pour réduire le saignement, principalement après un accouchement par césarienne [12]. La dose administrée était de 1g ou 10mg/kg, ou 2g avant la césarienne. Ces études montrent de manière constante la réduction du volume du saignement péripartum, pour certaines la réduction de l'incidence de l'hémorragie [12]. Il n'y avait pas de complication thromboembolique rapportée [12]. L'hypotension,

la tachycardie et l'arrêt cardiorespiratoire étaient les effets secondaires observés respectivement dans 50.9%, 12.6% et 4.7% des cas, il s'agissait d'une association d'hypotension artérielle et de tachycardie dans 24.6%. Chez Boubacar. M [2], l'arrêt cardiorespiratoire était noté chez 6 patientes (4.4%) [2]. Selon le profil évolutif, après l'intervention, 67 patientes soit 28.2% ont été admises en réanimation avec une durée de séjour moyenne de 4.1 ± 4.0 jours et des extrêmes de 1 et de 10 jours. Au sein du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, l'hémorragie du péripartum grave représentait le 1er motif d'admission en réanimation (44.9%) et la 2ème cause de mortalité maternelle (28.1%) après le sepsis [16].

Dans l'étude de Bennani, la durée de séjour moyenne en réanimation pour choc hémorragique était de 6 jours [17]. Dans notre étude l'évolution en réanimation a été marquée par des complications chez 18 patientes soit 26.9% à type de : défaillance multiviscérale chez 16 patientes, sepsis sévère à point de départ pulmonaire chez 2 patientes. Nous avons enregistré 13 décès en réanimation soit une létalité de 19.4%. Nos résultats sont superposables à ceux de Kouamé qui a rapporté 11 cas décès soit une létalité de 25,13% [17]. La gravité du tableau clinique à l'admission justifie la fréquence élevée du taux de décès en réanimation.

Conclusion

La prise en charge anesthésique pour arrêter le saignement est une étape importante dans la gestion des hémorragies obstétricales. L'anesthésie pour une hémorragie obstétricale reste fréquente dans les pratiques anesthésiques dans notre milieu. L'anesthésie générale demeure le schéma anesthésique le plus utilisé. La mortalité liée à la prise en charge des hémorragies obstétricales sous anesthésie et en réanimation reste non négligeable. Sa réduction passe par un suivi prénatal de qualité, l'amélioration du système de référence-évacuation, la disponibilité des produits sanguins labiles.

*Correspondance

Traoré Abdoulaye

abdoulayetraore1005@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 Janvier 2025

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 2 : Hôpital de Dermatologie, Bamako (Mali)
- 3 : Service d'anesthésie Réanimation Polyclinique Périnatale Mohamed VI, Bamako (Mali)
- 4 : Département d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences, CHU Point G, Bamako (Mali)
- 5 : Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 6 : Service Gynéco-Obstétrique, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 7 : Service de Chirurgie générale, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 8 : Centre de Santé de Référence, Fana (Mali)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:1432-7. *South Med J.* 1985;78:1168-9.
- [2] Boubacar M. Hémorragies obstétricales graves : prise en charge anesthésiologique au CHU du Point G. Thèse médecine, FMPOS. 2008; n° 14/164.
- [3] Norris MC. Anesthesia for emergency cesarean delivery. In: ASA, eds. 49th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program. Hagerstown: Lippincott-Raven; 1998. p. 1-7.
- [4] Diallo AK, Maiga B, Dolo A, Traoré J, Kane

- M, Touré MKT, Mounkoro N, Samaké S. La mortalité maternelle au Mali. Club d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone. Recueil de communications. Septembre 2003; p. 2-10.
- [5] Mobio MP, Bekoin Abhe CM, Olama MC, Ouattara A. La prise en charge anesthésique de la patiente en état de choc hémorragique au cours des urgences gynéco-obstétricales au CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Rev Afr Anesthésiol Med Urgence*. 2018;23(3):1-9.
- [6] Mobio MP, Abhe CM, Ouattara A. Pratique anesthésique pour urgences gynécologiques et obstétricales au CHU de Cocody. *Mali Médical*. 2021;36(1):45-50.
- [7] Zalamboze S, Mbombo Dibue W, Iteke Fefe R, et al. Prise en charge anesthésique des urgences obstétricales dans la ville de Lubumbashi en RD Congo. *IJRDO - Journal of Health Sciences and Nursing*. 2022;8(4):12-18.
- [8] Ramarolahy ARN, Razafindrainibe T. Choc hémorragique au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana. *Rev Anesth Réanim Med Urg Toxicol*. 2021;13(2):16-20.
- [9] Bonkougou PZ, Kinda B, Kafando Y. La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2013;18(2):17-21.
- [10] Mahougou-Guimbi KC, Odzebe ASW, Massamba Miabaou D. Anesthésie au cours des urgences chirurgicales au CHU de Brazzaville, Congo. *Rev Afr Anesth Med Urg*. 2011;16:16-22.
- [11] Essola L, Obame R, Mandji Lawson JM. Pratique anesthésique au bloc opératoire de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2012;14(1):3-7.
- [12] Aya AG, Ducloy-Bouthors A-S. Prise en charge anesthésique d'une hémorragie du post-partum sévère ou résistant au traitement médical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014;43:221-9.
- [13] Matsanga A, NZE Obiang PC. Aspects cliniques et évolutifs du choc hémorragique obstétrical en réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon. *Rev Anesth Réanim Med Urg Toxicol*. 2022;14(2):12-16.
- [14] Bonkougou PZ, et al. Les besoins transfusionnels non couverts en obstétrique; la prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au CHU-YO. *RAMUR*. 2012;17(4):4, 19.
- [15] Sentilhes L, Lasocki S, et al. Tranexamic acid for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. *BJA*. 2014. [2014-00635-JH033. R1 (sous presse)].
- [16] Ben Nasr L, Ben Marzouk S. L'hémorragie grave du péripartum en milieu de réanimation dans un centre universitaire tunisien de niveau 3: épidémiologie et facteurs de risque de mortalité maternelle. *Pan Afr Med J*. 2015;21:277. doi: 10.11604/pamj.2015.21.277.6147.
- [17] Bennani Houda. Le choc hémorragique en obstétrique. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca - Doctorat en Médecine. 2002.

Pour citer cet article :

CA Yoroté, B Traoré, MKT Touré, A Traoré, MB Dao, SA Beye et al. Prise en charge anesthésique des hémorragies obstétricales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 82-90
<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.003L023101>