

**TRANSFUSION SANGUINE EN MILIEU GYNÉCOLOGIQUE ET
OBSTÉTRICAL À LUBUMBASHI EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU
CONGO : ÉTAT DE LIEUX ET PERSPECTIVES.**

**BLOOD TRANSFUSION IN GYNECOLOGICAL AND OBSTETRICAL
SETTINGS IN LUBUMBASHI IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO:
CURRENT SITUATION AND PROSPECTS.**

**Ilunga Ngwej Hugues*^{1,4}, Iteke Fefe Rivain^{3,5,6}, Momat Kitenge Félix^{1,2}, Kasongo Kitungwa Olivier²,
Kakisingi Ngama Christian³, Kitoko Herman⁷, Mapatano Shem Christian², Monga Mande Delvaux⁴,
Kakinga Thinyemba Bernard², Munan Mwazaz Roger², Amani Maleya^{2,4}, Kinenkinda Kalume
Xavier², Kakoma Sakatolo Zambèze Jean-Baptiste^{1,2}**

Département de Gynécologie Obstétrique, Université de Kolwezi, République Démocratique du Congo¹

Département de Gynécologie Obstétrique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo²

Département de Médecine Interne, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo³

*Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe, République Démocratique du
Congo⁴*

Service d'Anesthésie et Réanimation, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo⁵

*Service d'Anesthésie et Réanimation, Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe, République Démocratique
du Congo⁶*

Département de Santé Publique, Université de Likasi, République Démocratique du Congo⁷

***Corresponding Author :- pythngwej@gmail.com**

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La transfusion sanguine est un acte médico-obstétrical majeur et urgent. Elle est devenue une pratique courante dans la prise en charge des hémorragies génitales et de déficit des composants sanguins en gynécologie et obstétrique. En obstétrique sa fréquence varie de 1 à 3% de grossesse. Cette étude a pour objectifs de déterminer la fréquence, les indications et les principales complications majeures de la transfusion sanguine en milieu gynéco-obstétrical, d'analyser les mesures de sécurité transfusionnelles ainsi que les conditions d'accessibilité à la transfusion sanguine et de démontrer la proportion des transfusions évitables à Lubumbashi.

MÉTHODOLOGIE : étude prospective, transversale à visée descriptive avec un volet analytique sur une période de 12 mois (1^{er} juin 2019 au 30 Juin 2020) dans trois hôpitaux de Lubumbashi, en RD Congo. Les paramètres sociodémographiques et cliniques sont analysés par le logiciel SPSS 22,0 ayant permis de calculer la moyenne et l'écart-type, ainsi que l'odds ratio et son intervalle de confiance avec une signification fixée à 5%.

RÉSULTATS : La prévalence est de 16%, avec un âge moyen de $31,25 \pm 7$ ans. Les femmes ménagères sont majoritaires (75%), et la plupart a un niveau d'étude secondaire (60%). Quant à l'environnement gynéco-obstétrical, une proportion élevée des patientes sont évacuées (36%), les paucipares représentent 26,6%, et plus de la moitié des gestantes sont à terme (52,3%). Parmi elles, plus de la moitié (67%) sont admises avec un état général altéré dont 73% sont des urgences obstétricales. Quant aux principaux diagnostics ayant conduit à la transfusion on note : la grossesse extra-utérine rompue (7,7%) et décollement prématuré du placenta normalement inséré (12,8%). Le choc hémorragique (37,4%) était l'indication majeure et les prurits (2%) sont la seule complication observée. Il ressort une corrélation significative entre la polytransfusion et les paramètres suivants : état général altéré, pâleur des conjonctives et hémoglobine < 8 g %. Dans un cas sur dix (10,8%), la transfusion était évitable. Le taux de mortalité spécifique après transfusion était de 4%. **Conclusion :** il ressort de notre étude que l'hémorragie génitale surtout du troisième trimestre de la grossesse est le motif principal de la transfusion. La surveillance au cours de la transfusion est souvent délétère, le suivi post transfusionnel est difficilement réalisable à cause des ressources limitées de patientes et l'inefficacité du système d'hémovigilance.

MOTS CLÉS : *Transfusion sanguine, Gynécologie, Obstétrique, État des lieux, Lubumbashi*

Summary

INTRODUCTION: Blood transfusion is a major and urgent medico-obstetric act. It has become common practice in the management of genital haemorrhage and blood component deficiency in gynecology and obstetrics. In obstetrics, its frequency varies from 1 to 3% of pregnancy. The objectives of this study are to determine the frequency, the indications and the main major complications of blood transfusion in the gynecological-obstetrical environment, to analyze the transfusion safety measures as well as the conditions of accessibility to blood transfusion and to demonstrate the proportion of avoidable transfusions in Lubumbashi.

METHODOLOGY: prospective, cross-sectional descriptive study with an analytical component over a period of 12 months (June 1, 2019 to June 30, 2020) in three hospitals in Lubumbashi, DR Congo. The sociodemographic and clinical parameters are analyzed by the SPSS 22.0 software which made it possible to calculate the mean and the standard deviation, as well as the odds ratio and its confidence interval with a significance fixed at 5%.

RESULTS: The prevalence is 16%, with an average age of 31.25 ± 7 years. Housewives are in the majority (75%), and most have a secondary education (60%). As for the gynecological-obstetrical environment, a high proportion of patients are evacuated (36%), pauciparae represent 26.6%, and more than half of pregnant women are at term (52.3%). Among them, more than half (67%) are admitted with an altered general condition, 73% of which are obstetrical emergencies. As for the main diagnoses leading to the transfusion, we note: ruptured ectopic pregnancy (7.7%) and premature detachment of the normally inserted placenta (12.8%). Hemorrhagic shock (37.4%) was the major indication and pruritus (2%) was the only complication observed. There is a significant correlation between polytransfusion and the following parameters: impaired general condition, pallor of the conjunctiva and hemoglobin < 8 g%. In one out of ten cases (10.8%), the transfusion was avoidable. The specific mortality rate after transfusion was 4%.

CONCLUSION: our study shows that genital bleeding, especially in the third trimester of pregnancy, is the main reason for transfusion. Monitoring during transfusion is often deleterious, post-transfusion monitoring is difficult to achieve because of the limited resources of patients and the inefficiency of the haemovigilance system.

KEYWORDS: *Blood transfusion, Gynecology, Obstetrics, State of play, Lubumbashi*

INTRODUCTION

Le milieu gynéco-obstétrical prédispose à la transfusion sanguine en raison de la fréquence des hémorragies et des pathologies associées qui restent une cause encore importante de morbi-mortalité maternelle aussi bien dans les pays développés que sous – développés [1].

La transfusion sanguine sécurisée est une composante capitale des soins de santé modernes. Si cette transfusion est utilisée correctement, elle sauve des vies et améliore l'état de santé des malades.

La fréquence de la transfusion sanguine va de plus en plus croissante en Afrique. Kouakou F et al ont mené une étude sur la pratique transfusionnelle en milieu gynécologique et obstétrical au CHU de Cocody (Côte d'Ivoire) en 2006 et rapportaient 5,7% de transfusion sanguine [2].

Selon une autre étude réalisée par Azanhoué en 2008 au service de gynécologie et obstétrique à l'Hôpital Mère et Enfants Lagune (HOMEL) de Cotonou ; sur 524 admissions au service de gynécologie et obstétrique le nombre total de patientes transfusées était de 137 soit un taux de 26,1% [3].

Depuis que la transfusion sanguine existe elle a suscité bien des passions, des controverses, mais elle a sauvé aussi d'innombrables vies humaines. Elle a diminué de façon significative la morbi - mortalité en milieu gynécologique et obstétrical [4].

La transfusion sanguine comporte cependant un risque de complications immédiates ou tardive [1,5]. Le service de Gynécologie et d'Obstétrique est l'un des services où la demande de sang est l'une des plus élevées et cela à cause : des hémorragies liées aux anomalies de la grossesse notamment le placenta prævia et l'hématome retro placentaire et des interventions programmées en particulier les myomectomies [5,6]. Les hémorragies obstétricales sont et restent les causes majeures sinon la première cause de mortalité et de morbidité grave, 80% des décès maternels dans le monde résultent directement des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches et un quart de tous ces décès, est dû aux hémorragies graves au cours du post partum soit 25% dans le monde [5,6,7,8].

En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de fil les hémorragies [9]. D'après une étude menée en Afrique, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon Ongoiba, Dembele et Muzama, sur 585 000 femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement un quart succombe à l'hémorragie génitale [6,9,10]. Dans l'arsenal thérapeutique, le recours à la transfusion sanguine reste un événement fréquent et survient toujours après l'échec des premières manœuvres ou devant une hémorragie d'emblée cataclysmique [8].

Alors l'on se demande, dans le milieu gynécologique et obstétrical, quelles sont les indications, les transfusions évitables et quelles sont les complications qui en découlent. L'on se demande également de l'accessibilité du sang surtout en milieu obstétrical où les urgences transfusionnelles sont de plus en plus fréquentes.

C'est pour contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie du couple mère-enfant par la maîtrise des mesures de sécurité transfusionnelle dans notre environnement que nous avons mené une étude prospective transversale à visée analytique au niveau des trois formations hospitalières de Lubumbashi pour faire l'état des lieux de ces dernières.

Patientes et Méthodes

Notre travail est une étude prospective, transversale et analytique des patientes ayant reçu une transfusion sanguine du 1^{er} Juin 2019 au 30 Juin 2020 dans le service de gynécologie et obstétrique de 3 formations hospitalières différentes de la ville de Lubumbashi.

Notre population d'étude (n = 1212) était constituée par toutes les patientes hospitalisées dans les différents services de gynécologie obstétrique au cours de notre période d'étude. Les données recueillies ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.2.6. et le logiciel SPSS version 23 a servi de support d'analyse.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et graphiques. Les fréquences absolues et relatives ont été calculées à l'aide des statistiques descriptives et les indices de position et de dispersions pour les variables quantitatives. Le seuil de signification retenue était le risque alpha à 5% et l'intervalle de confiance à 95%. Le test de khi carré de Pearson ou le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions observées.

Le test de Mantel-Haenszel nous a permis d'estimer les rapports de côtes (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% pour évaluer les associations entre les variables indépendantes et la variable dépendante ainsi que leur signification statistique.

Résultats

1. Prévalence

Au cours de la période de cette étude, 195 cas de transfusion ont été enregistrés au sein d’une population de 1212 patientes, soit une prévalence de 16 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Âge

L’âge moyen était de 31,25 ± 7,04 ans, avec les extrêmes allant de 16 à 51 ans. La majorité des cas (71,3 %) était représentée par les patientes âgées de 18 à 35 ans (Tableau I).

2.2. Niveau d’instruction

La plupart (60 %) de nos patientes avaient un niveau d’étude secondaire.

2.3. Résidence

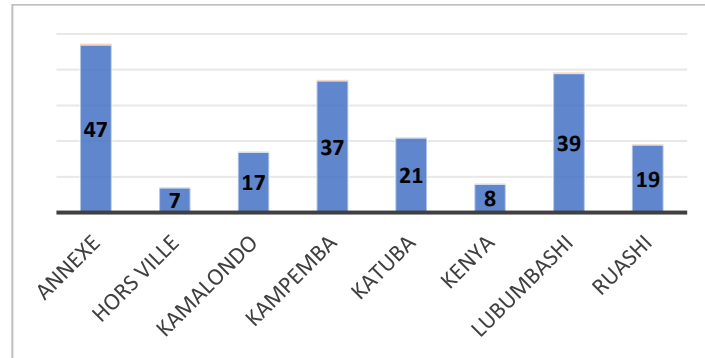


Figure 2. Répartition des patientes selon la résidence

2). La commune la plus représentée dans cette étude était la commune annexe avec 24,1% des patientes transfusées (Figure

3. Caractéristiques médicales et obstétricales

3.1. Mode d’admission

L’évacuation (36 %) était le principal mode d’admission, 29% étaient référées et 35% admises spontanément.

3.2. Parité

Les paucipares (26,7%) et les primipares (25,1%) avaient représenté plus de la moitié des cas, les multipares (18,5%), les grandes multipares (17,9%) et les nullipares (11,8%).

3.3. Gestité

Tableau III. Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Nulligeste	5	2,56
Primigeste	29	14,87
Paucigeste	61	31,28
Multigeste	44	22,56
Grande multigeste	56	28,72
Total	195	100
Médiane	4	

Les paucigestes (31,3 %) étaient les plus représentées suivies de grandes multigestes (28,7%), multigestes (22,6%), primigestes (14,9%) et nulligestes (2,6%).

3.4. Âge gestationnel

Plus de la moitié des patientes (52,3 %) étaient à terme (Tableau IV).

3.5. État général à l’admission

La plupart des patientes (67%) étaient admises avec un état général altéré (Figure 4).

3.6. Index de choc

Tableau V. Répartition des patients selon l'index de choc

Index de choc	Effectif (n)	Pourcentage (%)
< 0,9	76	38,9
0,9 - 1	28	14,4
> 1	91	46,7
Total	195	100

Près de la moitié des patientes (46,6%) avaient un index de choc supérieur à 1.

3.7. Urgences gynécologiques et obstétricales

La plupart (73 %) des urgences étaient obstétricales.

3.8. Diagnostic à l'entrée

Tableau VI. Répartition des patientes selon le motif d'admission au premier trimestre

Diagnostic à l'entrée	Effectif (n=195)	Pourcentage
Mole hydatiforme	2	1,03
Grossesse extra utérine rompue	15	7,69
Choriocarcinome	3	1,54
Avortement incomplet	7	3,59
Pelvipéritonite du post abortum	1	0,51
Anémie sur grossesse	2	1,03

Quinze patientes soit 7,7% étaient admises pour une grossesse extra-utérine pendant le premier trimestre de la grossesse.

Tableau VII. Répartition des patientes selon le motif d'admission aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres

Diagnostic à l'entrée	Effectif (n=195)	Pourcentage
DPPNI compliqué d'anémie décompensée	24	12,82
Menace d'accouchement prématuré	5	2,56
Pré éclampsie	7	3,59
Placenta prævia hémorragique	38	19,5
Éclampsie	11	5,64
Mort fœtale in utero	8	4,10

Trente-huit patientes soit 19,5% ont été admises pour placenta prævia hémorragique au cours du deuxième et troisième trimestre de la grossesse.

Tableau VIII. Répartition des patientes selon le motif d'admission à l'accouchement et au cours du postpartum

Diagnostic à l'entrée	Effectif (n=195)	Pourcentage
Déchirure du col	1	0,51
Épaule négligée	5	2,56
Disproportion fœto-pelvienne	5	2,56
Bassin rétréci	4	2,05
Macrosomie	1	0,51
Anémie du postpartum	1	0,51
Travail prolongé	1	0,51
Déchirure des parties moles	2	1,03
Souffrance fœtale aiguë	6	3,08
Procidence du cordon	3	1,54

Présentation de siège	4	2,05
Utérus cicatriciel	4	2,05
Rétention placentaire	3	1,54
Rupture utérine	12	6,15
Pré rupture utérine	4	2,05
Défaut d'engagement	8	4,10
Hémorragie du postpartum	3	1,54

Douze patientes soit 6,2% ont été admises pour rupture utérine pendant le travail d'accouchement.

Tableau IX. Répartition des patientes selon la pathologie intercurrente à l'admission

Pathologie intercurrente à l'admission	Effectif (n=195)	Pourcentage
Crise vaso-occlusive sur grossesse (Drépanocytaire)	3	1,54
Paludisme sur grossesse	3	1,54
Cardiopathie décompensée sur grossesse	2	1,03
Ulcère gastro duodénal sur grossesse	1	0,51

Le paludisme sur grossesse (1,5 %) et les crises vaso-occlusives (1,5 %) ont été les pathologies intercurrentes les plus observées (deux tiers des cas) à l'admission.

3.9. Sévérité de l'anémie

Tableau X. Degré de sévérité de l'anémie

Taux d'Hb (g/%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
11 – 12,9 (légère)	21	10,8
8 – 10,9 (modérée)	72	36,9
< 8 (sévère)	102	52,3
Total	195	100
Moyenne	7,84 ± 2,01	

Plus de la moitié (52,3 %) des patientes avaient une anémie sévère (Tableau X).

3.10. Indications de la transfusion

Tableau XI. Répartition des patientes selon les indications de la transfusion

Indication de la transfusion	Effectif	Pourcentage
Anémie	35	17,9
DPPNI	9	4,6
Prévention	21	10,8
Hémorragie peropératoire	15	7,7
Hémorragie du post partum	7	3,6
Myome prævia	3	1,5
Choc hémorragique	73	37,4
GEUR	5	2,6
Rupture utérine	13	6,7
Placenta prævia hémorragique	4	3,1
Disproportion fœto-pelvienne	2	1,0
Tumeur génitale géante	1	0,5
Éclampsie	1	0,5

Défaut d'engagement	1	0,5
Déchirure des parties molles	1	0,5
Hystérectomie	1	0,5
Rétention placentaire	1	0,5
Hémorragie du post opératoire	5	2,6

Les principales indications de la transfusion étaient : le choc hémorragique (37,4%), l'anémie (17,9%) et l'hémorragie peropératoire (7,7 %). Dans 10,8% des cas, la transfusion était faite pour prévenir l'imminence d'un choc hémorragique (Tableau XI).

3.11. Complications liées à la transfusion sanguine

Le prurit généralisé, qui avait constitué la seule complication liée à la transfusion, était observé dans 2 % des cas.

3.12. Volume moyen du sang transfusé

Tableau XIII. Répartition des patientes selon la quantité d'unités transfusées

Quantité d'unités transfusées	Effectif	Pourcentage
1	64	32,8
2	90	46,2
3	29	14,9
4	7	3,6
5	3	1,5
6	2	1,0
Total	195	100,0

Près de la moitié (46,2 %) des patientes avaient reçues deux unités de sang, soit 900 ml.

3.13. Issue maternelle post-transfusionnelle

Le taux de mortalité spécifique chez les patientes transfusées était de 4%, toutes dans un tableau de choc hémorragique réfractaire.

4. Polytransfusion et caractéristiques sociodémographiques

Tableau XIV. Association polytransfusion et caractéristiques sociodémographiques

Paramètres	Polytransfusion			p
	n	oui	non	
Âge				
<18	2	0(0,0)	2(100,0)	0,248
18-35	139	27(19,4)	112(80,6)	
>35	54	14(25,9)	40(74,1)	
Parité				
Nullipare	23	5(21,7)	18(78,3)	0,784
Primipare	42	8(19,0)	34(81,0)	
Paucipare	52	9(17,3)	43(82,7)	
multiparte	35	10(28,6)	25(71,4)	
grande multiparte	43	9(20,9)	34(79,1)	
Gestité				
Primigeste	28	7(25,0)	21(75,0)	0,163
Paucigeste	63	7(11,1)	56(88,9)	
multigeste	43	11(25,6)	32(74,4)	
grande multigeste	56	14(25,0)	42(75,0)	

Il y avait dans notre série une augmentation de la fréquence de polytransfusion avec l'âge, mais sans différence statistique significative (p=0,248). En rapport avec la parité, on a noté une fréquence plus élevée des cas de polytransfusion chez les multipartes (28,6%) sans différence statistique significative (p=0,784). La même observation a été faite chez les multigestes (25,6 %) en ce qui concerne la gestité.

5. Polytransfusion et environnement clinique et paraclinique

Tableau XV. Association polytransfusion et environnement clinique et paraclinique

Paramètres	N	Polytransfusion		P	OR[IC95%]
		Oui	Non		
Hémoglobine					
<10	138	38(27,5)	100(72,5)	0,003	5,1[1,5-17,7]
≥10	44	3(6,8)	41(93,2)		
État général					
Non Conservé	130	34(26,2)	96(73,8)	0,013	2,9[1,2-7,0]
Conservé	65	7(10,8)	58(89,2)		
Conjonctives palpébrales					
Pâles	125	32(25,6)	93(74,4)	0,036	2,3[1,0-5,2]
Colorées	70	9(12,9)	61(87,1)		
Rupture utérine					
Oui	12	5(41,7)	7(58,3)	0,070	2,9[0,8-9,7]
Non	183	36(19,7)	147(80,3)		
DPPNI compliqué d'anémie décompensée					
Oui	6	3(50,0)	3(50,0)	0,109	3,9[0,7-20,4]
Non	189	38(20,1)	151(79,9)		
Placenta prævia					
Oui	30	4(13,3)	26(86,7)	0,335	0,5[0,1-1,6]
Non	165	37(22,4)	128(77,6)		
Mort fœtale in utéro					
Oui	8	3(37,5)	5(62,5)	0,368	2,3[0,5-10,2]
Non	187	38(20,3)	149(79,7)		
Avortement incomplet					
Oui	7	3(42,9)	4(57,1)	0,163	2,9[0,6-13,7]
Non	188	38(20,2)	150(79,8)		

Une hémoglobine basse a multiplié par 5 le risque d'une polytransfusion, la différence statistique étant hautement significative (OR 5,1[1,5-17,7]). Un mauvais état général a aussi multiplié par 3 le risque d'une polytransfusion avec une différence statistique hautement significative (OR 2,9[1,2-7,0]). Il en était de même pour les conjonctives palpébrales pâles, qui avaient multiplié ce risque par 2, la différence statistique étant significative (2,3[1,0-5,2]). Le DPPNI, la MFIU et l'avortement incomplet ont multiplié respectivement par 4, par 2 et par 3 le risque d'une polytransfusion, mais la différence statistique n'était pas significative.

Discussion

1. Données Sociodémographiques et modes d'admission

Dans notre étude, l'âge des patientes s'étendait de 16 à 51 ans et l'âge moyen des femmes transfusées était de 31,25 ± 7 ans. La tranche d'âge de 18-35 ans représentait 71,3 %.

La moyenne d'âge de notre série était similaire à celle rapportée par Andriamandranto et al, qui était de 31,53 ans à Madagascar [8]. Par contre, elle était supérieure à celles trouvées par : Goita A [11] au Mali, soit 26,49 ± 6,01 ans ; Konsam S [12] au Burkina Faso et Bonkougou [13] au Burkina Faso dont l'âge moyen des patientes était de 27,7 ans ; ainsi que Bonkougou [14] au Burkina Faso et Belem [15] au Burkina Faso qui avaient trouvé respectivement 26,6 et 26,1 ans. Dans notre série, c'est la tranche de 18-35 ans qui était la plus représentée (71,3 %), tandis que pour Goita A, c'est la tranche d'âge de 20-29 ans, qui était la plus concernée avec 42,37% des cas, les extrêmes étant de 15 et 45 ans [11]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité obstétricale active.

Dans notre 60% des cas, les patientes transfusées dans notre série étaient du niveau d'instruction secondaire tandis que Goita A [11] a rapporté que la majorité des patientes transfusées étaient non alphabétisées, soit 83,1% des cas.

La commune la plus représentée en zone urbaine dans cette étude était la commune annexe, qui est en fait une commune urbano-rurale, avec un effectif de 47 patientes, soit 24,1% des cas, tandis que les patientes provenant de la périphérie de la ville (zone rurale) étaient les moins représentées (3,6%). Nos résultats sont différents de ceux de Eddakhche Hicham du Maroc qui a rapporté 70,7% des patientes référées des zones rurales [17].

L'évacuation constituait la principale mode d'admission chez 36% des patientes et secondairement 29% étaient des cas de référence. Ceci s'explique par le fait que l'HGPR Sendwe et les CUL constituent les centres de référence du niveau 3 de notre système sanitaire.

Notre résultat était similaire à ceux trouvés dans la série de Goita A [11] dont l'évacuation était le mode d'admission le plus fréquent (53,8% contre 46,2% venues d'elles-mêmes) et celle de Moctar S [16] qui avait 71,7% de patientes évacuées contre 23,7% venues d'elles-mêmes.

Dans notre étude, la parité s'est étendue de 0 à 14, avec une grande représentativité des paucipares (26,7%). Nos résultats étaient similaires à ceux rapportés par Azanhoué [3] au Bénin et Souleymane [18] au Mali, à savoir 38% et 38,7% des paucipares. En outre, ils étaient différents de ceux trouvés par Goita A [11] où prédominaient les multipares (39,8 %) et Moctar S [16] en 2008 au Mali rapportant la prédominance des multipares et grandes multipares, soit respectivement 33,8% et 29,3%.

2. Données obstétricales

La parité moyenne dans notre série (de $3,49 \pm 3,06$) était supérieure à celle de Konsam S [12] au Burkina Faso, qui était de 2,3, et à celle de Bonkougou [13] au Burkina Faso, qui était de 2,7.

Les paucigestes ont représenté 31,3% des patientes de notre série, nos résultats étant similaires à ceux de Azanhoué [3] qui avait rapporté 47,4%, mais différents de ceux rapportés par Adama [11] et Moctar S [16] avec la prédominance des multigestes qui ont respectivement représenté 49,6% et 35,4% des cas.

3. Données transfusionnelles

Dans notre étude, 67% des patientes étaient admises avec un état général altéré. Cette situation s'explique par le retard de transfère des malades vers les centres de niveau 3. Pour Konsam S [12] au Burkina Faso, la majorité des patientes transfusées avaient un état général bon.

Dans notre étude, 46,6% des patientes transfusées avaient un index de choc > 1 . Ce qui corrobore avec les résultats de Dembele au Mali, dont 41,3% des patientes avaient un IC $> 0,9$ [19].

Le taux moyen de l'Hémoglobine dans cette étude est de 7,84 g% avec une déviation standard ou un écart type 2,01 g%. Dans notre étude plus de la moitié de nos patientes 52,3%, avaient un taux d'Hb $< 8g\%$, soit une anémie sévère. Nos résultats sont similaires avec ceux trouvés par Konsam S [12] 60,7% des cas d'anémie sévère (taux d'Hb $< 6g\%$ à l'admission), Bonkougou P [14] 80% des cas d'anémie sévère (Hb $< 5,9\%$). Tandis que Tshisuz et Nguz [20] en RD Congo avaient trouvés 69,66% des transfusées dont le taux d'hémoglobine était compris entre 7 et 10 g%. Pour Kourouma et al [21] en Guinée, le taux d'Hb $< 7g\%$ constituée une indication de transfusion chez les gestantes programmées pour une césarienne.

l'hémorragie du post-partum constituée l'indication majeure de la transfusion dans notre étude ce qui corrobore les résultats de Hicham E [17] au Maroc avec 36,6%. Certains auteurs en Afrique ont trouvé la même indication mais à des taux élevés (voire le tableau ci-après)

Auteur	Pays	Année	HPP (%)
Notre étude	RD Congo	2020	37,4
Hicham E [17]	Maroc	2019	36,6
Goita A [11]	Mali	2018	54,7
Konsam S [12]	Burkina Faso	2012	74,8
Andriamandranto et al [8]	Madagascar	2015	84,8

4. Données évolutives

Dans notre étude, le prurit généralisé avait constitué la seule complication liée à la transfusion (2 %). Ce résultat est similaire à celui de Konsam S [12] au Burkina Faso qui avait trouvé 3% des cas de prurit post-transfusionnel.

Dans 4% des cas l'issue maternelle post-transfusionnelle était fatale (décès), au Mali Goita A [11] en 2018 et Moctar S [16] en 2008 avaient trouvé respectivement 2,1% et 1% des décès maternel post-transfusionnel.

Conclusion

La transfusion sanguine en milieu gynécologique et obstétrical, reste un problème de majeure santé publique dans notre environnement. La gestion efficace des hémorragies du post-partum est un facteur de réduction du taux de transfusion en milieu obstétrical.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt tout au long de la réalisation de ce travail.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de cette étude. Les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale de ce travail.

REFERENCES

- [1] Ickx B E. Fluid and blood transfusion management in obstetrics: *European Journal of Anaesthesiology*. déc. 2010;27(12):1031-5.
- [2] Kouakou F, Effoh D, Loué V et al. La pratique transfusionnelle en milieu gynéco-obstétrical. A propos de 753 transfusions réalisées au CHU de Cocody (Abidjan). *RAMUR*. 2011 ;16(1).
- [3] Azanhoue A. Gestion de la transfusion sanguine en milieu obstétrical à l'Homel de Cotonou. Thèse Benin. 2008;130.
- [4] Adjoby R, Konan K , Nguessan Y et al. Urgences transfusionnelles et décès maternels en Afrique noire: à propos de 16 cas au CHU de Cocody (Abidjan). *RAMUR [Internet]*. 2014 [cité 12 nov. 2021] ;19(1).
- [5] Genetet B, Mannoni P. La transfusion. Paris : Flammarion Médecine-sciences ; 1978.
- [6] Ongoiba I H. Les hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. Thèse Mali. 2006;
- [7] Bouvier-Colle M, Varnoux N, Costes PH et Hatton F. Mortalité maternelle en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1991 ;885-91.
- [8] Andriamandranto H, Rajaonarison T, Rakoto A et Randriambelomanana J. La transfusion sanguine en pratique obstétricale au CHU de gynécologie et obstétrique de Befelatanana. Thèse Madagascar. 2015 ; 2 :4.
- [9] Dembele S, Diassana M, Macalou B et al. Les Évacuations Obstétricales à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Health Sci Dis. Health Sci. Dis*. 2021 ;90-4.
- [10] Muzama T, Kizonde K, Kinenkinda X et Kimbala J. La transfusion sanguine en chirurgie gynéco-obstétricale. Évolution du comportement du personnel soignant face à la transfusion sanguine à l'hôpital Sendwe de Lubumbashi (R.D.C.) de 1995 à 1999. *Médecine d'Afrique Noire*. 2006 ;53(7) :393-6.
- [11] Goita A. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse Mali. 2018 ;108.
- [12] Konsam S. Pratique de la transfusion sanguine dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). Thèse Burkina Faso. 2012;(185) :119.
- [13] Bonkougou P, Lankoandé M, Kinda B et al. Indications de la transfusion et pronostic des femmes transfusées au Département de Gynécologie Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *RAMUR*, 2014
- [13] Bonkougou P, Sanou J, Dayamba L et al. Les besoins transfusionnels non couverts en obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) : analyse des indications et du pronostic. *RAMUR*. 2012
- [14] Belem I. Pratique transfusionnelle dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo : étude prospective à propos de 116 cas. Thèse de médecine. 2012;(23) :120
- [15] **Moctar S**. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie - obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako : A propos de 198 cas. Thèse Mali. 2008 ;81.
- [16] Hicham E. La transfusion sanguine en milieu gynécologique et obstétrique dans la région d'Agadir. Thèse Maroc. 2019;(137) :105.
- [17] Souleymane S. Place de la transfusion sanguine dans la prise en charge des urgences obstétricales dans le service de gynécologie - obstétrique de l'hôpital de gao : à propos de 93 cas. Thèse Mali. 2011 ;79.
- [18] Soungalo D. Index de choc obstétrical au CHU Gabriel Toure de janvier 2019-juin 2019. *DES Mali*. 2020 ;99.
- [19] Tshisuz N, Nguz K. Fréquence et causes de transfusions sanguines au cours des césariennes en urgence : Étude rétrospective menée à la maternité de l'hôpital Sendwe/Lubumbashi. *RAMUR*, 2014
- [20] Kourouma K, Diallo M, Diallo F et Kamano M. Transfusion autologue différée chez les femmes enceintes programmées pour césarienne : Analyse préliminaire des facteurs d'économie. *Médecine d'Afrique Noire*, 2008