



## comparaison de deux stratégies de transfusion massive au cours des hémorragies graves de post-partum: étude rétrospective monocentrique.

**Introduction :** L'hémorragie de postpartum (HPP) sévère est une des principales causes de morbidité et mortalité maternelle. Lorsqu'elle survient, un protocole de transfusion massive (PTM) peut être nécessaire pour traiter et prévenir la coagulopathie induite.

Notre étude porte sur les patientes qui avaient reçu une transfusion massive pour HPP sévère au service de Gynéco-obstétrique du CHU Hedi Chaker de Sfax.

### objectifs principaux :

➤ Décrire notre expérience dans la prise en charge des HPP et nos protocoles de transfusion massive dans une maternité niveau 3.

➤ Comparer l'impact de concentrés de fibrinogène précoce avec un ratio PFC/CGR =1 versus un ratio PFC/CGR =2 sans l'adjonction de fibrinogène sur les résultats maternels.

### Matériel et méthodes :

-une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique

- **Critères d'inclusion :** Age supérieur ou égal à 18ans \*

Terme de grossesse : plus de 24 SA \* Hémorragie majeure du post partum survenant soit avant l'accouchement, soit dans les 12 heures après définie par la survenue d'une perte sanguine supérieure à 2000 millilitres (ml) au cours d'un accouchement quel que soit le mode d'accouchement et nécessitant une transfusion massive .

-**Critères de non-inclusion :** \* Age inférieur à 18 ans \*

Terme de grossesse : moins de 24 SA \* Hémorragie majeure du post partum survenant au-delà des 12 heures après l'accouchement.

- **Critères d'exclusion :** \* Troubles héréditaires de l'hémostase : Hémophilie, thrombophilie , déficit en facteurs de coagulation et thrombopénie . \* Suspicion clinique d'embolie amniotique. Hémorragie du post partum secondaire d'un saignement anormal commençant après les 24 premières heures suivant l'accouchement.

•Patientes ayant déjà bénéficié des sutures des voies génitales, des ballonnements de tamponnement utérin, une intervention radiologique ou une hystérectomie avant la transfusion massive (placenta accréta diagnostiquée en anténatal par exemple),\* Patientes dont les données étaient incomplètes ou qui n'avaient pas respecté le protocole de l'étude.

### Définition des groupes :

-Groupe 1 : les patientes qui ont reçu 2 g de concentrés de fibrinogène pendant la transfusion massive associé à un ratio PFC:CGR=1.

- groupe 2 : les patientes ayant reçu un ratio PFC:CGR=2 sans adjonction du fibrinogène .

### Résultats :

-Les paramètres démographiques étaient comparables entre les deux groupes .

### Discussion et conclusion :

-un ratio élevé de PFC : CGR de 2 était sûr et efficace avec de meilleurs résultats maternels que 2g de fibrinogène qui reste une dose insuffisante suivi d'un ratio de PFC : CGR de 1 .

-Ce résultat peut être expliqué par la concentration plus élevée des procoagulants chez la femme enceinte en cas d'hémorragie et l'importance de la transfusion des PFC dans la lutte de la coagulopathie induite par les hémorragies graves . Cela peut surmonter le problème du coût élevé des concentrés de fibrinogène ou de prothrombine surtout dans les pays en voie de développement .

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur de P
Unités de CGR	5.95±2.4	4.8±1.2	0.078
Unités de PFC	6.9 ± 3.6	10.1 ±6.8	0.060
PFC : CGR ratio	1.1	2.1	
Unités de plaquettes	8.5±7.3	2.1±3.8	0.001

Tableau IV: Transfusion sanguine

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur de p
Durée d'hospitalisation (jours)	5.85±4.2	5.04±3.05	0.995
Durée de séjour en USI (jours)	5.58±2.1	3.07±1.6	0.002
Recours aux catécholamines > 24h	17	8	0.030
Recours à la ventilation mécanique > 24h	6	2	0.095
Embolie pulmonaire	2	0	0.294
Décès maternel	3	0	0.154

Tableau VI : Résultats maternels après une transfusion massive