



# Prévalence et Etiologies des Hémorragies Tardives Du Post-partum

Vendittelli F, Barasinski C,  
Debost-Legrand A, Guiguet-Auclair C

**Les auteurs déclarent n'avoir  
aucun conflit d'intérêt**

# Introduction (1)

- **HPP Tardives (HPPT):** Saignements provenant de la filière génitale de la femme vaginal et/ou péritonéal, >24 heures et avant 42 jours après l'accouchement.
- Peu d'études et certaines étiologies mal connues des praticiens.

# Introduction (2)

- **Fréquence ? : 0,2 à 3,0 % des accouchements**
- **Mais études :**
  - **ne portant que sur femmes réhospitalisées**
  - **ne portant que sur examens anapath**
  - **rétrospectives**
  - **de petits tailles**
  - **monocentriques (pas en population)**

**Methods:** *This is a historical cohort study covering the period from January 1, 2004, through February 13, 2013, in a level III maternity ward. Women were eligible if they were treated for severe secondary PPH during their postpartum hospitalization or were admitted for it after discharge but before the 42nd day postpartum, regardless of the type of delivery. Women were excluded if they gave birth before 22 weeks of gestation or if they had experienced only an immediate PPH ( $\leq 24$  hours after delivery). Eligible patients were identified by the hospital's administrative software. Primiparas and multiparas were*

The women were initially identified through the hospital discharge summaries, by looking for all women who were readmitted during the first 42 days postpartum or who had a medical, interventional radiology or surgical procedure during their postpartum hospitalization.

During the study period, there were 20,025 deliveries at the Clermont-Ferrand University Hospital Center level III maternity ward. We identified 60 patients with severe secondary PPH, for an incidence of 23 per 10,000 deliveries (0.23%). This incidence was 0.28 percent for vaginal deliveries and 0.08 percent for cesarean deliveries.



# **Prévalence et étiologies HPPT en population**

# Introduction (3)

- **Hypothèse de notre étude d'incidence N° 2 :**  
  
L'incidence dans notre type 3 ne devrait pas être similaire en population générale.
- **Etude de cohorte prospective en population du 01 Avril 2019 au 31 Mars 2021.**

# Introduction (4)

- **Objectif principal :**

Incidence des HPPT en population.

- **Objectif secondaire:**

Décrire les différentes causes d'HPPT au sein de la cohorte et selon la parité.

# Patientes et méthode (1)

- **Critères d'inclusion :**
  - Voie basse ou par césarienne dans une des 10 maternités du RSPA,
  - Toujours hospitalisées en suites de couches ou ré hospitalisées dans le post partum pour HPPT
- **Critères d'exclusion :**
  - Accouchée < 22 SA (ou poids foetal < 500g),
  - HPP précoce isolée,
  - HPPT non ré hospitalisée

# Patientes et méthode (2)

- **Repérage prospectif des femmes par les prof du RSPA.**
- **IRB 2018-CE 41, 5 December 2018**
- **ClinicalTrials.gov : NCT 03840889**

# Résultats (1)

- **22 759 accouchements** : 7 362 en type 3, 12 892 en type 2 et 2 505 en type 1.
- **50 femmes avec HPPT** :
  - **Incidence globale** = 22 pour 10 000 accouchements (0,22%).
  - **Incidence selon type** : 26 pour 10 000 en type 3 (0,26%), 23 pour 10 000 en type 2 (0,23%), et 4 pour 10 000 en type (0,04%).
- **Sur les 50 HPPT** : 82,0% avaient 1 seul épisode HPPT (n=41), 12,0% avaient 2 épisodes (n=6), et 6,0% avaient 3 épisodes (n=3).

## Résultats (2) : données socio-démographiques

	Total	Primipares	Multipares	
	N=50	N=18 ; 36,0%	N=32 ; 64,0%	
	Médiane [IQR] (%)	Médiane [IQR] (%)	Médiane [IQR](%)	<i>P</i> -value
Age	31,5 [28,0 – 36,0]	29,5 [26,0 – 33,0]	<b>33,0</b> [30,0 – 36,0]	<b>0,025</b>
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,6 [19,1 – 25,6]	23,6 [20,4 – 25,0]	21,5 [19,1 – 25,8]	0,62
≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	15/50 (30,0)	4/18 (22,2)	11/32 (34,4)	0,37
Tabac	10/50 (20,0)	6/18 (33,3)	4/32 (12,5)	0,14
Gestité	2,0 [2,0 – 4,0]	1,5 [1,0 – 2,0]	<b>3,0</b> [2,0 – 4,0]	<b>&lt;0,001</b>

## Résultats (3) : données obstétricales

	Total	Primipares	Multipares	
	N=50	N=18	N=32	
	Médiane [IQR] (%)	Médiane [IQR] (%)	Médiane [IQR](%)	P-value
<b>Terme</b>	<b>39,3 [38,6–39,9]</b>	<b>39,6 [39,3–40,6]</b>	<b>39,1 [38,0 –39,6]</b>	<b>0,035</b>
<b>Accouchement :</b>				
<b>Spontané</b>	<b>32/50 (64,0)</b>	<b>11/18 (61,1)</b>	<b>21/32 (65,6)</b>	<b>0,59</b>
<b>Instrumental</b>	<b>1/50 (2,0)</b>	<b>1/18 (5,6)</b>	<b>0/32 (0)</b>	
<b>Césarienne</b>	<b>17/50 (34,0)</b>	<b>6/18 (33,3)</b>	<b>11/32 (34,4)</b>	
<b>Poids nné (kg)</b>	<b>3,20 [2,94–3,46]</b>	<b>3,17 [2,85–3,34]</b>	<b>3,23 [2,96–3,48]</b>	<b>0,60</b>
<b>DA/RU</b>	<b>6/49 (12,2)</b>	<b>1/18 (5,6)</b>	<b>5/31 (16,1)</b>	<b>0,39</b>
<b>HPP &lt;24h</b>	<b>15/48 (31,3)</b>	<b>4/17 (23,5)</b>	<b>11/31 (35,5)</b>	<b>0,39</b>

## Résultats (4) : Diagnostics

Différentes étiologies des HPPT	Cohorte n = 50 ; (%)
<b>Diagnostic d'entrée</b>	
Indéterminé	4/50 (8,0)
Rétention placentaire (RP)	22/50 (44,0)
Endométrite avec RP	3/50 (6,0)
Endométrite sans RP	2/50 (4,0)
Retour de couche hémorragique	1/50 (2,0)
Subinvolution lit placentaire	4/50 (8,0)
Pseudo anévrismes artère utérine	0
Hématome pariétal	2/50 (4,0)
Hémorragie sans matériel placentaire	6/50 (12,0)
Malformation artério-veineuse corne utérine	1/50 (2,0)
Hémopéritoine post-césarienne	2/50 (4,0)
Autre diagnostic d'entrée (plaie/désunion, anticoagulant)	2/50 (4,0)

<b>Différentes étiologies des HPPT</b>	<b>Cohorte n = 50 ; (%)</b>
<b>Résultat anatomopathologique (n=17)</b>	
Rétention Placentaire	12/17 (70,6)
Retard à l'involution du lit placentaire	3/17 (17,6)
Endométrite avec RP	1/17 (5,9)
Pas de matériel placentaire	1/17 (5,9)
<b>Diagnostic final</b>	
Rétention placentaire	18/50 (36,0)
Endométrite hémorragique sans RP	1/50 (2,0)
Endométrite hémorragique avec RP	3/50 (6,0)
Retard d'involution du lit placentaire	11/50 (22,0)
Pseudo anévrysme de l'artère utérine	0
Retour de couches hémorragiques	1/50 (2,0)
Hématome pariétal	4/50 (8,0)
Plaie ou désunion	1/50 (2,0)
Autre diagnostic final	11/50 (22,0)
Indéterminé	3/50 (6,0)

# Facteurs prédictifs HPPT

**ABSTRACT: Background:** *The predictive factors of secondary postpartum hemorrhage (PPH) are little known. Our principal objective was to determine if immediate PPH is a risk factor for severe secondary PPH. We also sought to identify other factors associated with severe secondary PPH. Methods:* Our historical cohort study included all women who gave birth ( $\geq 22$  weeks) in our level III hospital from 2004 through 2013. The hospital discharge database enabled us to identify all women readmitted during the 42-day postpartum period or who underwent a surgical, medical, or interventional radiology procedure during their immediate postpartum hospitalization. We then examined all medical records to identify the cases involving severe secondary PPH. We studied the known risk factors of secondary PPH and assessed other potential ones: maternal age, multiple pregnancy, induction of labor, cesarean birth, preterm birth, and stillbirth. **Results:** *The study included 63 women with a severe secondary PPH and 25,696 women without a secondary PPH. Immediate PPH (aOR 2.7 [95% CI 1.3–5.6]) and maternal age  $\geq 35$  years (aOR 2.0 [95% CI 1.1–3.7]) were the only factors associated with severe secondary PPH. Discussion:* *This cohort study confirms that immediate PPH is a risk factor for severe secondary PPH and reports for the first time an association between secondary PPH and advanced maternal age. It is likely that risk factors for immediate PPH are also risk factors for severe secondary PPH and thus that immediate PPH may be an intermediate factor between its own known risk factors and secondary PPH. (BIRTH 2015)*

**Table 4. Identification of Predictive Factors of Secondary PPH Among Women Who Gave Birth at Clermont-Ferrand University Hospital Center, France, 2004–2013**

	<i>Crude OR (95% CI)</i>	<i>aOR (95% CI)*</i>
Maternal age		
≤ 21 years	0.5 (0.2–1.7)	0.9 (0.3–2.8)
21.1–35 years	1	1
> 35 years	2.1 (1.2–3.6)	2.0 (1.1–3.8)
Multiple pregnancy	4.9 (2.3–10.4)	2.1 (0.8–5.1)
Induction of labor	1.2 (0.7–2.1)	0.9 (0.5–1.8)
Active management of third stage of labor	1.5 (0.7–3.1)	1.8 (0.9–3.8)
Smoked during pregnancy	1.1 (0.6–2.0)	1.3 (0.7–2.5)
Manual removal of the placenta	1.5 (0.7–3.1)	0.2 (0.02–1.2)
Cesarean	1.2 (0.5–2.5)	1.5 (0.6–3.6)
Immediate PPH	2.9 (1.6–5.6)	2.7 (1.3–5.6)
Preterm birth	1.6 (0.9–2.8)	1.7 (0.8–3.6)
Stillbirth	5.2 (1.3–21.5)	3.8 (0.8–17.3)

\*No interaction identified.

# Discussion (1)

- **La prévalence en population est comparable à l'étude monocentrique rétrospective de cohorte en type 3 :**  
**22 pour 10 000 vs. 23 pour 10 000 femmes**
- **Facteurs de risque : (étude manque de puissance et rétrospective)**
  - Age femme
  - HPP < 24 h
  - Même facteurs risque que HPP < 24h et donc HPP >24 h serait facteur intermédiaire

# Discussion (2)

- **Pas exactement même étiologies entre 2 études mais manque de puissance (50 femmes vs. 60).**
- **On ne travaille que sur les HPPT sévères (femmes avec réhospitalisation).**
- **Entre les 2 études d'incidence : changement dans la connaissance des professionnels de la région.**

Différentes étiologies des HPPT	Cohorte monocentrique n=60 ; %	Cohorte en population n=50 ; %
<b>Diagnostic d'entrée</b> Rétention placentaire (RP) Endométrite hémorragique avec RP Endométrite hémorragique sans RP Retour de couche hémorragique Subinvolution du lit placentaire Pseudoanévrisme artère utérine	60,0 3,3 11,7 5,0 0 0	44,0  6,0 4,0 2,0 8,0  0
<b>Résultat anatomopathologique</b> Rétention Placentaire Retard à l'involution du lit placentaire Autres résultats	n=28 53,6 28,6 17,8	n=17 70,6 17,6 11,8

## Différentes étiologies des HPPT

Cohorte  
monocentrique  
n = 60 (%)

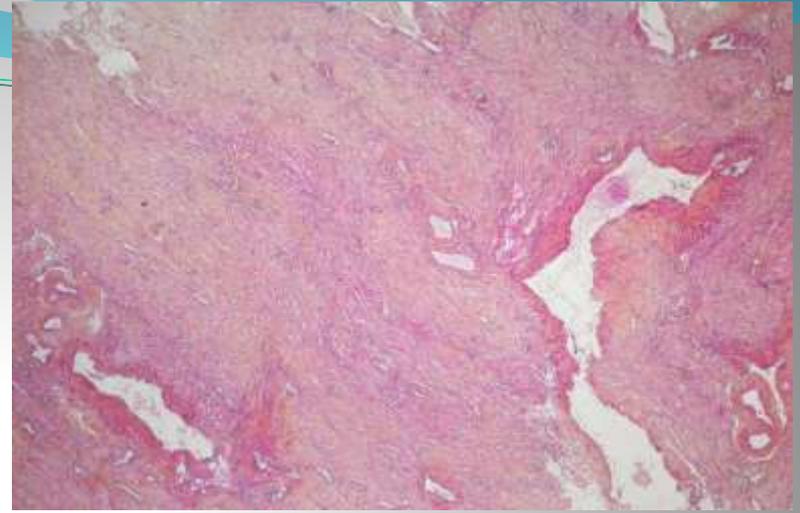
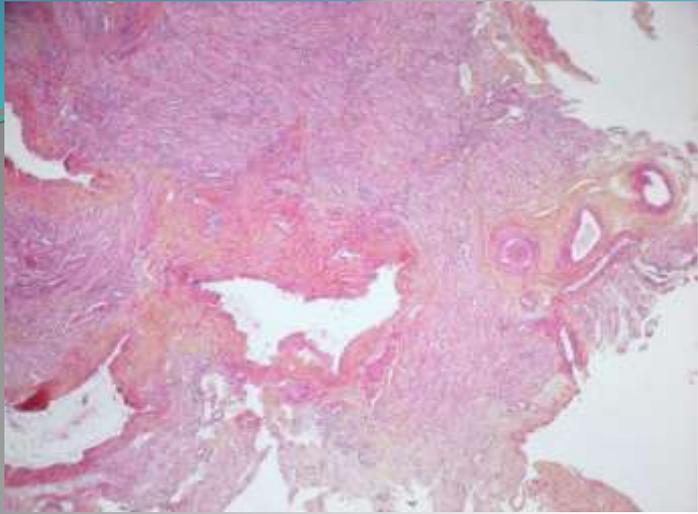
Cohorte en  
population  
n = 50 (%)

### Diagnostic Final

Rétention placentaire	30,0	36,0
Endométrite hémorragique sans RP	3,3	2,0
Endométrite hémorragique avec RP	6,7	6,0
Retard d'involution du lit placentaire	13,3	22,0 
Pseudo anévrisme de l'artère utérine	3,3	0
Retour de couches hémorragiques	3,3	2,0
Autre diagnostic final	23,3	32,0 
Indéterminé	16,7	6,0 

# Conclusion

- **L'incidence de l'HPPT est autour de 0,22%.**
- **Les caractéristiques des ♀ et les causes d'HPPT ne diffèrent pas selon la parité.**
- **L'échographie est insuffisante pour porter le diagnostic étiologique.**
- **Savoir évoquer les diagnostics autres que rétentions placentaires.**
- **L'examen anatomopathologique +++ .**
- **Les facteurs de risques semblent les mêmes que les HPP < 24 heures.**



**MERCI**

