

LES URGENCES OBSTETRIQUES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE (CUGO) DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES

J.A. TONATO BAGNAN, M.S.H.S. LOKOSSOU, C. TSHABU AGUEMON, M.M.A.O. YESSOUFOU, S. ADISSO, A. LOKOSSOU, R.X. PERRIN

RESUME

Introduction : En dépit des efforts des gouvernements pour la réduction de la mortalité maternelle, le risque de mourir qu'encourt une femme suite aux complications obstétricales est d'environ 1 sur 6 dans les régions les plus pauvres du monde par rapport à 1 sur 30 000 en Europe du Nord. L'objectif est donc d'étudier le profil épidémiologique et clinique ainsi que le pronostic des urgences obstétricales à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective à la CUGO sur une période de 3 ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2014. Elle avait porté sur 261 cas d'urgences obstétricales. Les critères d'inclusion étaient constitués de toutes les patientes admises pour des complications de la gravido-puerpéralité. N'étaient pas incluses les urgences non obstétricales. L'analyse et les tests statistiques étaient effectués sur le logiciel Epi info en comparant les moyennes et les écarts, en utilisant le Chi carré de Pearson pour les variables dichotomiques en acceptant une probabilité significative $p \leq 0,05$. Les considérations éthiques et la confidentialité étaient respectées.

Résultats : La fréquence des urgences obstétricales à la CUGO était de 21,7%. Elles concernaient des femmes jeunes (27,7 ans en moyenne), nullipares (38,8%), aux activités professionnelles peu rémunératrices, référées de la périphérie (72,8%) et dont les grossesses étaient mal suivies (85,4%). La qualité de la référence restait mauvaise. Les urgences hémorragiques, les urgences hypertensives et les souffrances fœtales aiguës avec respectivement 36%, 24,5% et 15,3% étaient les plus fréquentes. Les gestantes et les parturientes admises avaient accouché par césarienne dans 75,6% des cas. Le taux de létalité maternelle était de 2,3% avec comme principale cause de décès les hémorragies. Le taux de décès fœtal était de 15,1%.

Conclusion : L'anticipation des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et une collaboration étroite entre l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur s'avèrent indispensables dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Mots clés : Urgence obstétricale, Anticipation, Décès maternel.

Tirés à part : Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline, Maître de Conférences Agrégé, Gynécologie-Obstétrique, 07 BP 366, Cotonou, Bénin ; Tel 0022997160404 ; angelinetb@yahoo.fr

SUMMARY

Obstetric emergencies at Gynecology and Obstetrics Academic Clinic (CUGO) of the University National Clinical Hubert Koutoucou Maga in Cotonou: Epidemiological and prognostic aspects

Introduction : Despite government efforts to reduce maternal mortality, the risk of dying woman following obstetric complications is about 1 to 6 in the poorest regions of the world compared to 30 000 in North Europe. To study the profile and prognosis of women received for obstetric emergencies at the University Clinic of Gynecology and Obstetrics of CNHU-HKM (CUGO).

Material and method: It was a retrospective cross-sectional descriptive study on (CUGO) over 3 years from January 2012 to December 2014. It covered 261 cases of emergency obstetric care. All patients admitted to the CUGO for complications of gravido-puerperium were included. Analysis and statistical tests were performed on Epi info comparing the means and standard deviations, using the Pearson Chi-square for dichotomous variables by accepting a significant probability $p \leq 0,05$. For considerations ethical, privacy was respected.

Results: The frequency of emergencies obstetric care at CUGO was 21.7%. They concerned young women (27.7 years on average), nulliparous (38.8%), professional activities poorly paid, referred to the periphery (72.8%) and whose pregnancies were poorly attended (85.4 %). The quality of the reference is still bad. Hemorrhagic emergencies, hypertensive emergencies and acute fetal distress with 34.9%, respectively, 21.8% and 14.5% were the most common emergencies. 75.6% of eligible pregnant women in labor and gave birth by caesarean section. Maternal fatality rate was 2.3% with the main cause of death in bleeding. The rate of fetal death was 15.1%.

Conclusion: Anticipation of emergency obstetric care and close collaboration between the obstetrician, the anesthetist and intensivist are essential in the management of obstetric emergencies.

Keywords: Emergency Obstetric, Anticipation, Maternal death

TONATO BAGNAN J.A., LOKOSSOU M.S.H.S., TSHABU AGUEMON C., YESSOUFOU M.M.A.O., ADISSO S., LOKOSSOU A., PERRIN R.X. Les urgences obstétricales à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°2, p. 12-16

INTRODUCTION

Selon le rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2015 et l'analyse des statistiques sanitaires mondiales de 2015, les taux de mortalité maternelle sont en nette diminution ces dernières années [1]. Malgré la mise en œuvre de multiples programmes de lutte contre la mortalité maternelle, environ 830 femmes dans le monde mouraient par jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces décès maternels proviennent dans 99% des cas des pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne [2]. Ainsi la présente étude avait pour but était d'étudier le profil épidémiologique et clinique ainsi que le pronostic des urgences obstétricales à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM.

I. MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective à la CUGO sur une période de 3 ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2014. Elle avait porté sur 261 cas d'urgences obstétricales. Concernant les critères d'inclusion, toutes les patientes admises pour des complications de la gravido-puerpéralité étaient incluses. N'étaient pas incluses les urgences non obstétricales. L'analyse et les tests statistiques étaient effectués sur le logiciel Epi info en comparant les moyennes et les écarts, en utilisant le Chi carré de Pearson pour les variables dichotomiques, en acceptant une probabilité significative $p \leq 0,05$. Au plan éthique, les autorisations administratives étaient obtenues pour mener l'étude et la confidentialité était respectée.

II. RESULTATS

Durant la période d'étude, 32970 consultations obstétricales étaient enregistrées dont 7161 identifiées comme étant des cas d'urgences obstétricales, soit une fréquence de 21,7%. Nous avons retenu 261 cas d'urgences obstétricales.

1. Aspects épidémiologiques

L'âge moyen des patientes était de 27,7 ans avec des extrêmes de 14 et 49 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des patientes de 21 et 30 ans (54,4%).

Elles étaient primigestes et paucigestes dans respectivement 31,7% et 36,4% des cas ; elles n'avaient jamais accouché dans 38,8% des cas.

Les catégories professionnelles les plus représentées étaient les revendeuses, les artisanes et les ménagères avec respectivement 32,9%, 20,7% et 14,9%.

Les antécédents médico-chirurgicaux étaient l'hypertension artérielle (HTA), la drépanocytose et le diabète, l'utérus cicatriciel dans respectivement 42,3%, 15,3%, 15,3% et 14,5% des cas.

2. Aspects cliniques

2.1. Mode d'admission et provenance

Le mode d'admission était une référence dans 72,8% des cas et le transport n'était pas médicalisé dans 72,1%. La moitié des patientes (57,3%) provenait d'une structure sanitaire publique. Le délai de la référence était de 1 à 2 heures dans 38,5% des cas.

2.2. Suivi de la grossesse

Plus de 8 grossesses sur 10 étaient mal suivies (85,4%).

2.3. Aspects étiologiques

Tableau I : Répartition des patientes selon les urgences obstétricales présentées

Urgences obstétricales	Effectif	Pourcentage (%)
Urgences hémorragiques	94	36,0
Urgences hypertensives	64	24,5
Hypoxies fœtales	40	15,3
Dystocies	23	8,8
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	18	6,9
Anémie	11	4,2
Urgences infectieuses	08	3,0
Autres	03	1,9
Total	261	100

Les urgences concernaient 146 gestantes (55,9%), 71 parturientes (27,2%) et 44 accouchées (16,8%). Les signes de gravité cliniques objectivés étaient une hémorragie grave (5,8%), une pâleur des muqueuses (19,5%), des crises convulsives (7,6%), une poussée hypertensive sévère (21,4%), un état de choc (6,5%), un coma (1,1%).

Une fois sur trois, il s'agissait d'une urgence hémorragique (36%). Les étiologies étaient dominées par les hémorragies du post-partum (33/94, soit 35,1%) et les avortements (23/94, soit 24,4%) (tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon les étiologies des urgences hémorragiques

Urgences hémorragiques	Effectif	%
Hémorragies au 1^{er} trimestre		
Avortement	23	24,4
Grossesse extra-utérine	13	13,8
Môle hydatiforme	03	3,1
Hémorragies aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres		
Placenta prævia	11	11,7
Hématome rétroplacentaire	09	9,5
Rupture utérine	02	2,1
Hémorragies du post-partum		
Hémorragie de la délivrance	25	26,5
Déchirures cervicales et des parties molles	08	8,5

L'hypertension artérielle occupait le second rang des urgences obstétricales (24,5%) ; elle était sévère dans 23,4% des cas.

3. Aspects thérapeutiques

La transfusion sanguine concernait 40 patientes (12,5%) pour cause d'anémie grave décompensée. Cent cinquante-deux accouchements étaient effectués ; 115 par césarienne (75,6%) ; 5 hystérectomies d'hémostase (1,5%) ; 13 salpingectomies (4%) pour GEU ; 08 périnéorraphies (2,5%) ; 4 AMIU (1,2%) ; 24 révision utérine (7,5%). La prise en charge des urgences hypertensives et infectieuses respectait les protocoles du service.

4. Aspects pronostiques

4.1. Pronostic maternel

- Morbidité

Les suites de couches étaient compliquées chez 49 patientes, soit un taux de 32,2%.

Les complications étaient dominées par l'HTA (51%), l'hyperthermie (20,4%) et l'anémie (20,4%).

- Mortalité

Dans notre échantillon, nous avons enregistré 6 décès maternels, soit une létalité maternelle de 2,3%. Les patientes décédées étaient toutes référées. Les hémorragies constituaient la première cause de ces décès maternels avec 3 cas dont 2 par hémorragie de la délivrance et 1 par rupture utérine. L'éclampsie avec 2 cas, soit 33,3%, était la deuxième cause de ces décès et l'anémie avec 1 cas (16,6 %) occupait la troisième place.

4.2. Pronostic foetal

- Morbidité

Le nombre de naissances vivantes enregistrées était de 129 (84,8%) avec 27,9% ayant présenté une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine nécessitant une réanimation néonatale et un transfert en néonatalogie.

- Mortalité

La mortalité foetale était de 15,1% et était due dans la moitié des cas à une souffrance foetale aiguë (52,1%).

III. DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

Les urgences obstétricales sont fréquentes dans notre étude avec 21,7% sur une période de 3 ans (7167 cas d'urgences obstétricales pour 32970 consultations obstétricales). En effet, la CUGO est l'une des maternités de référence dans la pyramide sanitaire ; de plus, sa situation géographique en plein cœur de la capitale économique du Bénin favorise l'afflux constant des malades. Une étude réalisée en 2013 par Tchaou et al. au CHU de Parakou retrouvait une fréquence comparable de 31,8% (1231 cas obstétricaux dont 507 cas d'urgences) [3]. Cissé retrouvait en 2003 au Sénégal 46,7% d'évacuations obstétricales, sur une période d'un an [4]. Des fréquences plus basses étaient rapportées par d'autres auteurs notamment Rabenasolo au Madagascar en 2003 (3,5%) et Oliveira et al en 2006 au Brésil (2,1%) [5,6]. Ceci montre que les urgences obstétricales restent un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en développement et témoignent de la qualité du système sanitaire.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et pour Maria Girard et al., il s'agit de causes évitables dans la majorité des cas [7,8].

2. Aspects cliniques

Les causes des urgences obstétricales sont les mêmes d'une étude à l'autre, mais leur classement diffère d'un pays à l'autre. Dans notre série, les urgences hémorragiques, les urgences hypertensives et les souffrances foetales aiguës avec respectivement 36%, 24,5% et 15,3% sont les urgences les plus fréquentes.

2.1. Hémorragies antepartum

- Hémorragies au 1^{er} trimestre de la grossesse

Si leur fréquence a tendance à diminuer, il ne faut pas pour autant les considérer comme banales ; environ 47.000 femmes meurent encore chaque année

des complications des avortements clandestins. Cela représente près de 13 % des morts maternelles. Les causes principales de décès sont l'hémorragie, l'infection et les complications iatrogènes liées aux intoxications graves dues aux différentes substances employées [9]. Dans notre étude, les complications hémorragiques des avortements représentent 24,4% des hémorragies obstétricales. Certes, il faut de la prévention par l'éducation sexuelle (école–associations–parents) et la promotion des méthodes de contraception efficaces mais également un plaidoyer aux acteurs influents de la société civile, organisation non gouvernementale (ONG) et partis politiques et religieux pour une libéralisation progressive de l'avortement.

- Hémorragies en fin de grossesse

Elles sont dominées dans notre étude par le placenta prævia et l'HRP, soit respectivement 11,7% et 9,5% des cas. La fréquence des ruptures utérines (0,7%) se rapproche de 0,3% retrouvée par Ngbale et al. à Bangui (112 cas de ruptures utérines pour 39 514 accouchements) [10]. Nayama et al. retrouvent une fréquence de 1,2% sur une période de 3ans allant de janvier 2010 à décembre 2012 au Niger [11]. Ces ruptures utérines découlent des disproportions foeto-pelviennes et sont évitables lorsque la surveillance du travail d'accouchement par le partogramme est bien faite et la référence précoce. Ceci montre des insuffisances au niveau de la base de la pyramide sanitaire nécessitant des recyclages permanents [4].

- Hémorragies du post-partum

Les hémorragies du post-partum immédiats (HPPI) constituent la 1^{ère} étiologie des urgences hémorragiques dans notre série (35,1%) comme le rapportent plusieurs auteurs. Ngbale et al. retrouvent une fréquence de 1% en 2014 avec comme étiologies, l'hémorragie contemporaine de la délivrance (63,8%) et l'hémorragie de la délivrance (36,2%). Les mêmes étiologies des HPPI sont retrouvées par Sitti et Carbone au Togo qui notent 50% de rétentions placentaires, 14,3% d'atonie utérine et de déchirures cervico-périnéales [12]. Le diagnostic d'une rétention placentaire est simple et sa prise en charge codifiée, c'est la révision utérine. Il se pose alors la question de la compétence des agents de santé dans nos centres de santé primaires. Fouédjio à Yaoundé en 2005 note un niveau insuffisant de connaissance des personnels paramédicaux réalisant des accouchements et des soins d'urgence obstétricale [13].

2.2. Les urgences hypertensives

Les données de la littérature montrent que la prévalence de l'HTA au cours de la grossesse varie entre 10 et 15% [14,15]. Elle constitue un facteur de

risque de mortalité au cours de la grossesse. Le taux de prévalence de l'HTA dans notre série est de 24,5% largement supérieur aux taux retrouvés par Baragou à Lomé en 2012 qui est de 12,3% [16]. L'HTA s'est compliquée d'éclampsie chez 23 patientes (8,8%) avec 2 décès soulevant le problème du suivi des grossesses par des agents qualifiés dans nos pays.

2.3. La souffrance fœtale aiguë

La souffrance fœtale aiguë met en jeu le pronostic vital du fœtus dans les heures voire les minutes qui suivent son installation par l'hypoxie. Elle nécessite une prise en charge rapide et adéquate. Dans notre série, sa prévalence est de 15,3 % comparable à celle de Tchaou (15,2%) [3]. Sur les 38 cas d'hypoxies fœtales, 31 ont bénéficié d'une césarienne et on note une mortalité fœtale de 52,1%.

2.4. Les dystocies

La fréquence des dystocies est de 8,8% dans notre série, taux nettement inférieur aux 26% de Cissé [4]. Il s'agit des anomalies du bassin (2,3%), des disproportions foeto-pelviennes (2,7%) et des présentations dystociques (2,3%). Ces femmes auraient dû faire l'objet d'une référence avant tout début de travail si le dépistage de ces anomalies du bassin était correctement effectué.

3. Aspects pronostiques

Les décès maternels sont enregistrés dans 6 cas soit un taux de létalité maternelle de 2,3%. Ce taux est largement supérieur au 0,4% rapporté par Tchaou en 2013 à Parakou [3]. Les hémorragies constituent la 1^{ère} cause de ces décès (50%) suivies de l'éclampsie (33,3%). L'urgence hémorragique obstétricale constitue une situation spécifique qui impose une prise en charge pluridisciplinaire immédiate où obstétricien, anesthésiste-réanimateur et radiologue interventionnel sont impliqués. Les hémorragies obstétricales présentent plusieurs caractéristiques :

- leur gravité est la principale cause de décès maternel dans le monde, représentant 24% des cas. En France, elle est évaluée à 21% de la mortalité globale ;
- leur évitabilité : si la survenue d'une hémorragie ne semble dans la majorité des cas, ni prévisible, ni évitable, 8 à 9 décès sur 10 semblent directement être liés à une prise en charge inadaptée et inadéquate [17].

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que les soins obstétricaux d'urgence méritent d'être consolidés dans nos régions avec la nécessité de :

- renforcer l'information et la communication par la sensibilisation de toutes les couches sociales notamment des plus jeunes femmes sur le planning familial ;
- renforcer les soins obstétricaux par la présence de personnel qualifié en nombre suffisant.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Nations Unies.** Rapports des Objectifs du Millénaire pour le Développement. New York 2015
2. **Ronsmans C, Graham W.J.** Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368(9542): 1189-1200.
3. **Tchaou B.A, Hounkponou NF, Salifou K, Zoumènou E, Chobli M.** Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal* 2015; 11(9): 1857-7881.
4. **Cissé ML, Raad B, Diouf A, Wade F, Moreau J.C.** Bilan des évacuations obstétricales à l'Hôpital Régional de Kolda (Sénégal). *Médecine d'Afrique Noire* 2010; 57(1): 37-43.
5. Rabenasolo H, Raobijaona H, Rasolondraibe A. Near miss ; épidémiologie et prise en charge de 100 cas vus au CHU de Tananarive. *Médecine d'Afrique Noire* 2006; 53 (11): 623-629.
6. **Oliveira Jr.F.C, Costa M L, Cecatti J.G, Pinto e Silva J.L, Surita F.G.** Maternal morbidity and near miss associated with maternal age: the innovative approach of the 2006 Brazilian Demographic Health Survey. *Clinics* 2013; 68(7): 922-927.
7. **Maria B.** Mortalité maternelle : les complications obstétricales évitables. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001; 30(6): 2S23-2S32.
8. **Girard F, Burlet G, Bayoumeu F, Fresson J, Bouvier-Colle M.-H, Boutroy J-L.** Les complications sévères de la grossesse : état des lieux en Lorraine dans le cadre de l'enquête européenne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001; 30 (6): 2S10-2S17.
9. **World Health Organization (WHO).** Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. World Health Organization (2011), Geneva
10. **Ngbale R.N, Gaunefet CE, Fomssou L, Komangoya N.D, Koïrokpi A.** Evolution des hémorragies du post-partum à l'Hôpital Communautaire de Bangui. *Médecine d'Afrique Noire* 2015; 62(11): 529-535.
11. **Nayama M.** Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence : étude prospective à propos de 104 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2006; 53(12): 687-693.
12. **Sitti N, Carbonne B.** Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo. *La Revue Sage-Femme* 2016; 379.
13. **Fouedjo J.H, Fouelifack Y.F, Leke R.J.I.** Connaissances en urgences obstétricales du personnel paramédical des hôpitaux de districts et des centres de santé de Yaoundé. *Médecine d'Afrique Noire* 2009; 56(9): 472-476.
14. **Regal Cart V.** Hypertension artérielle et grossesse. *AMC Prat.* 2010; 186: 8-14.
15. **Organisation Mondiale de la Santé,** Département pour une grossesse à moindre risque. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. OM [XHO/MSP/07.05] Genève 2007.
16. **Baragou S, Goeh-Akue E, Pio M, Afassinou Y.M, Atta B.** L'hypertension artérielle à Lomé (Afrique sub-saharienne) : Aspects épidémiologiques, diagnostics et facteurs de risque. *Annales de Cardiologie et d'Angéologie* 2014; 63: 145-150.
17. **Bouvier-Colle MH, Hatton F.** Mesure de la mortalité maternelle. Difficultés et évolution depuis vingt ans. In: Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Bréart G eds. Les morts maternelles en France. Analyses et prospective. Paris : INSERM, 1994: 7-22.