

MORTALITE ET MORBIDITE LIEES AUX REFERENCES OBSTETRIQUES A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU BORGOU (CHDB) (BENIN)

K. Salifou (1), B. Hounkpatin (2), J. Agossou (3), D. Komongui (2), A. Lokossou (2)

(1) Service de gynécologie et d'obstétrique CHDB, Parakou, BENIN

(2) Hôpital de la mère et de l'enfant lagune (HOMEL), Cotonou.

(3) Service de pédiatrie CHDB, Parakou, BENIN

Correspondance et tirés à part: Dr. SALIFOU K, Assistant Chef de Clinique à l'adresse ci-dessus

Résumé

Titre : mortalité et morbidité liées aux références obstétricales au centre hospitalier départemental du Borgou (CHD/B) à Parakou : Bénin

Objectif : Décrire la morbidité et évaluer la mortalité maternelle et périnatale rattachées aux références obstétricales au centre hospitalier départemental du Borgou

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale ayant porté sur les références obstétricales reçues en 2008 au CHDB.

Résultats : La moyenne d'âge des femmes référées est de 26,46 ans avec des extrêmes allant de 12 ans à 48 ans. A 72,05%, les évacuées proviennent des centres de santé situés dans un rayon de 5 km par rapport à l'hôpital de référence. Les dystocies (41,06%) ont été les motifs d'évacuation dominants, suivies des hémorragies (15,41%) et des souffrances fœtales aiguës (13,93%). Dans 14,88%, il n'y a pas de conformité entre le diagnostic de référence et celui du centre de référence. Les différences observées ont porté par défaut sur les ruptures utérines (77,77%), les grossesses extra

utérines dans (54,54%) des cas, et les grossesses arrêtées (42,85%) avant l'évacuation. Les erreurs de diagnostic par excès ont concerné les dépassements de terme (25%), les souffrances fœtales aiguës (17,79%), et les dystocies (11,79%). Parmi ces évacuées 12 décès maternels et 92 décès périnataux ont été observés. Les complications de l'hypertension artérielle associée à la grossesse totalisent 23,07% des décès suivies des hémorragies du post-partum immédiat et des ruptures utérines avec 16,67% chacun.

Conclusion : il faut améliorer la connaissance des prestataires des centres de santé sur les ruptures utérines, les grossesses extra-utérines, les dystocies et les souffrances fœtales aiguës.

Mots-clés : *références obstétricales, morbidité et mortalité maternelle, Bénin.*

Summary

Title: Mortality and morbidity due to obstetric referrals at hospital departmental Borgou (CHD / B) in Parakou: Benin

Objective: To describe and evaluate the morbidity and perinatal mortality related to obstetric referrals at hospital departmental Borgou

Method: This is a descriptive study with cross-examined the obstetric referrals received in 2008 CHDB.

Results: The average age of women referred was 26.46 years with extremes ranging from 12 years to 48 years. A 72.05%, the evacuees from health centers located within a radius of 5 km from the referral hospital. Dystocia (41.06%) were the dominant reasons for evacuation, followed by bleeding (15.41%) and acute fetal distress (13.93%). In 14.88%, there is no conformity between the reference diagnosis and that of the reference center. The differences focused by default on uterine rupture (77.77%) in ectopic

pregnancies (54.54%) cases, and arrested pregnancies (42.85%) before discharge. Diagnostic errors by excess overruns were for term (25%) and acute fetal distress (17.79%) and dystocia (11.79%). Among those evacuated 12 maternal deaths and 92 perinatal deaths were observed. Complications of hypertension associated with pregnancy account for 23.07% of deaths followed by postpartum hemorrhage and uterine rupture Now with 16.67% each.

Conclusion: we must improve the knowledge of providers of health centers on uterine rupture, ectopic pregnancy, obstructed labor and fetal distress.

Keywords: *obstetric referrals, maternal morbidity and mortality, Benin.*

Introduction.

Au Bénin, le ratio de mortalité maternel est de 372 pour 100000 naissances vivantes en 2006. 75% de ces décès surviennent dans des contextes de complications gravido-puerpérales [1,2,3]. Ces complications débutent souvent dans les formations sanitaires de premier échelon. Elles sont évacuées vers les hôpitaux de référence supposés disposer de ressources adéquates. Dans nos conditions de services aux ressources limitées, il est nécessaire d'établir une cartographie des urgences admises en référence afin d'assurer une disponibilité permanente des soins. L'objectif de cette étude est de recenser toutes les urgences obstétricales référées au CHD/B et d'identifier les principales causes de décès maternels.

I- Cadre et méthode de travail.

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier départemental du Borgou a servi de cadre à ce travail. C'est un hôpital de référence de 2^{ème} niveau qui dessert une population estimée à 180 000 habitants regroupés autour de 7 hôpitaux de

zones (hôpitaux de référence de 1^{er} niveau). C'est une étude descriptive transversale qui a porté sur tous les cas de référence en obstétrique pour la période allant du 1janvier 2008 au 31 décembre 2008. Les documents utilisés pour répertorier ces références sont : les registres de référence et de contre référence, les dossiers des patientes, les registres d'admission ainsi que les comptes rendus opératoires. Les critères d'inclusion étaient les suivants : toutes les femmes admises dans le service pour des pathologies obstétricales et qui ont été transférées des formations sanitaires de premiers échelons. Celles qui ne répondaient pas à ces critères sont exclues.

Ainsi, 811 cas de références obstétricales ont été étudiés.

Les variables étudiées étaient : la fréquence des références, l'âge, la parité, la provenance, le motif de référence le diagnostic posé au centre de référence, le pronostic.

Les données ont été traitées sur le logiciel Excel le test de chi2 a été utilisé pour apprécier les différences avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats

1- Fréquence des références

Pour 8248 admissions, il a été dénombré 896 références soit 10,86%. Parmi ces références, 811 cas (90,51) relève de l'obstétrique ; 722 cas (89,05%) ont été reçues en urgence. Des 811 références obstétricales, 659 cas l'ont été pour la parturition, soit 81,26%.

2- Provenance des références.

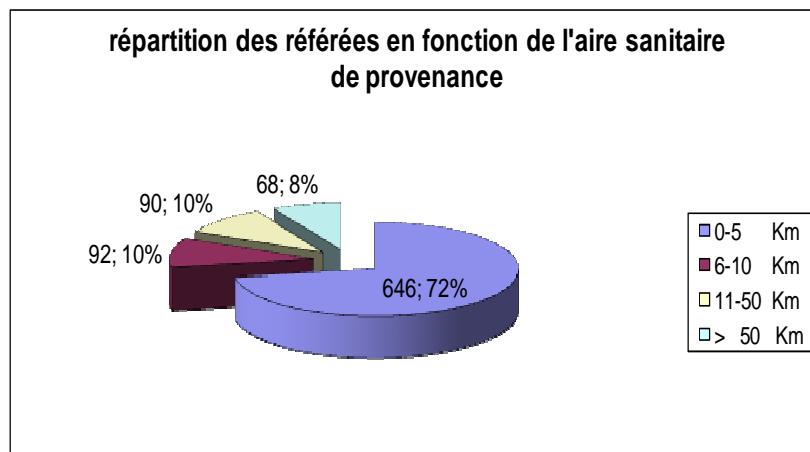


Figure 1 : Répartition des références en fonction de l'aire sanitaire de provenance

Diagramme N°1 : Provenance des référées.

3- Répartition en fonction de l'âge et de la parité

Tableau I : répartition des référées en fonction de l'âge et de la parité

Age (ans)	Effectif	%
10-14	04	0,50
15-19	136	16,75
20-24	238	29,34
25-29	217	26,83
30-34	124	15,24
35-39	67	08,20
40-44	19	02,39
45-49	06	0,75
Total	811	100

Parité (nombre d'acc.)	Effectif	%
Nullipare (0)	293	36,13
Primipare (1)	150	18,49
Pauci pare (2-3)	199	24,53
Multipare (4-5)	135	16,65
Grande multipare > 5	34	04,20
Total	811	100

ACC : accouchement.

4-Morbidity maternelle

Les erreurs diagnostiques étaient soit par excès (+), soit par défaut (-) comme indiqué au tableau II

Tableau II : conformité de diagnostic entre les centres référents et de référence

	Diagnostic porté au CHD B	Motif de référence	Différence par excès: +; défaut :-	Taux de non-conformité en %
Dystocies	336	372	+36	11,76
S.F.A.	113	133	+20	17,70
Pré éclampsie	50	53	+03	06,00
Anémie et grossesse	57	48	-09	15,79
M.A.P	38	33	-05	10,42
H.P.P.I.	37	373	00	00
Avortement	35	27	-08	17,78
Placenta prévia	32	26	-06	18,75
Grossesse arrêtée	21	12	-09	42,85
R U	18	04	-14	77,77
Eclampsie	13	13	00	00
Dépassement de terme	08	10	+02	25
Paludisme et grossesse	12	20	+08	66,66
Procidence du cordon	08	08	00	00
G.E.U.	11	05	-06	54,54
Infection urinaire et grossesse	08	00	-08	100
HRP	06	02	-04	66,66
VIH et grossesse	06	06	00	00
Endométrite du post partum	02	02	00	00
Total	811	811		

Les dystocies, les urgences hémorragiques et les souffrances fœtales aiguës ont été les motifs de référence les plus fréquentes avec un taux respectif de 41,06%, 15,41% et 13,93%.

S.F.A. : souffrance fœtale aiguë.

M.A.P : menace d'accouchement prématuré.

H.P.P.I. : hémorragie du post-partum immédiat.

G.E.U. : grossesse extra-utérine.

R. U. : Ruptures utérines

H.R.P. : hématome rétro placentaire.

V.I.H : virus de l'immunodéficience humaine.

4- Pronostic périnatal

Le pronostic fœtal était mauvais en cas de référence

Tableau IV : état des nouveau-nés en fonction du mode d'admission.

	Apgar > 7	4 < Apgar < 7	1 < Apgar < 4	Apgar = 0
Référées	326(49,47%)	203(30,80%)	56(08,50%)	74(11,23%)
Non référées	814(69,99%)	204(17,54%)	103(08,86%)	42(03,61%)

CH2 = 99,85 P 0,0000000

- Mortalité maternelle

Sur les 811 référées, 6 urgences obstétricales totalisant 450 cas ont été à l'origine des décès maternels comme indiqué au tableau V.

Tableau V : Répartition des décès maternels par diagnostic

Diagnostiques	Nombre de cas	Décès par diagnostic	Létalité (%)
éclampsie	13	03	23,07
HPPI	37	02	5,40
Avortements	35	02	5,71
Ruptures utérines	18	03	16,67
G.E.U.	11	01	09,09
Dystocies	336	01	00,28
Total	450	12	0,30

Pour période, la maternité a enregistré 19 décès maternels dont 12 parmi les référées (63,15). Les urgences hémorragiques (G.E.U., HPPI, Avortement), et l'éclampsie ont été les plus mortels avec respectivement 6 et 3 décès maternels pour un total de 12 ; 50% et 25%.

III Discussion

La fréquence des références dans notre étude (10,86%) est inférieure à celle de 27,3% relevée à Bangui (Sépou *et al.*, 2000). Des auteurs

africains ont noté des fréquences plus élevées allant de 50 % à Abidjan à 62% à Casablanca (Diarra *et al.*, 1999 ; Boutaleb *et al.*, 1982). Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le niveau de décentralisation des structures sanitaires de référence.

Soixante douze pour cent des références admises au CHD/B provenait des formations sanitaires situées dans un rayon de 5 km contre 40% et 91% respectivement à Bobo-dioulasso (Diarra *et al.*, 1999) et à Bangui (Sépou *et al.*, 2000). La situation urbaine de la maternité du CHDB, l'amène donc à fonctionner de fait comme une maternité de référence de premier niveau. Le système d'orientation recours n'est pas respecté. Le même constat est fait au Ghana (Albrecht *et al.*, 2001) et toutes les mesures prises pour y remédier n'ont pas abouti.

L'âge moyen des référées est de 26,46% ans avec des extrêmes allant de 12 ans à 48 ans. Les référées de 15 ans à 29 ans constituent 56,17% des références obstétricales. A Bangui (Sépou *et al.*, 2008), les parturientes de moins de 25 ans totalisent 56,1%. 17% des référées de 10 ans à 19 ans viennent témoigner de l'importance de la maternité précoce comme dans d'autres études (Bationo *et al.*, 2008).

Les dystocies et les souffrances fœtales sont les motifs de référence les plus fréquents. Au Burkina et en Côte d'Ivoire (Graham, 2006 ; Diarra *et al.* 2000), les dystocies avec respectivement 48,5 % et 56,2 %, viennent en tête des motifs de référence. En Afrique, les risques de la gravido-puerpéralité sont accrus par l'immaturité des bassins chez les parturientes plus jeunes (17% de moins de 19 ans et 36,13% de nullipares), les accouchements à domicile et les retards de diagnostic (Diarra *et al.*, 1999 ; Albrecht *et al.*, 2001 ; Batiano *et al.*, 2008). Dans notre étude, les motifs d'évacuation ne sont pas conformes au diagnostic du centre de référence dans 14% des cas contre 45,5% en Côte d'Ivoire. Les erreurs par excès sont rencontrées dans les dystocies et les souffrances fœtales aiguës. A cet effet, le score de risque de dystocies proposé par Papa N'diaye *et al.*, (2001) au Sénégal pourrait être d'un aide certain. Les erreurs par défaut sont les plus graves car elles ont portés sur les urgences responsables d'une forte mortalité maternelle. GEU, HRP,

Ruptures utérines. Ces erreurs viennent accentuer le troisième retard aggravant ainsi la létalité de ses affections.

Quinze pour cent des références obstétricales sont dus à la souffrance fœtale aigue. 39,30% des nouveaux-nés ont été réanimés à la naissance avec un score d'Apgar compris entre 2 et 7 contre 30,7% pour Sépou (2000). La référence apparaît comme un facteur de mauvais pronostic fœtal (Sépou *et al.*, 2000 ; Diarra *et al.*, 1999).

Sur 19 décès, 12(63,16%) sont enregistrés parmi les femmes référées. Pour Sépou, 94,9% des décès sont enregistrés parmi les évacuées. Le taux de létalité globale pour les références est de 0,3%. Il est de 3,6% en Côte d'Ivoire (Diarra *et al.*, 1999). Les premières causes de décès restent les hémorragies comme rapporté dans plusieurs pays africains (OMS, 2004 ; Graham, 2006 ; Diarra *et al.*, 1999 ; Batiano *et al.*, 2008 ; Nadiaye *et al.*, 2001 ; Lankoandé *et al.*, 1998). Les plus fortes létalités sont observées avec les éclampsies et les ruptures utérines. Pour les ruptures utérines, il y avait le retard au diagnostic, et pour les éclampsies, une insuffisance dans la prise en charge.

Conclusion :

La référence assure le continuum de soins et permet une complémentarité entre les différents niveaux du système de santé. Le service de gynécologie et d'obstétrique du CHD/B fonctionne de fait comme un hôpital de référence de premier niveau en raison du non respect du circuit d'orientation-recours par les usagers. Le circuit lui-même est dépendant de la proximité avec les usagers et de leur perception. Les dystocies et les souffrances fœtales sont les premières causes de référence. Les erreurs diagnostiques sont causes de retard en cas de Ruptures utérine, d'HRP, et de GEU. Les pronostics maternel et fœtal sont plus sombres parmi les référées.

Références

Albrecht J. ; Vincent De B., 2001, La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies. *Studies in HSO&P*, 18,

Batiano B. F. , Ouattara F., 2008, Etude exploratoire sur les références et contre-références. Districts sanitaires de Boulmiougou et Bogodogo Burkina Faso. *EuropeAid /120804/C/G/Multi*

Boutaleb Y, Mesbahi M, Lahlou D, Aderdour M., 1982, Mortalité maternelle et mortalité prénatale. *J Gynecol Obst Repro*; 11 : 99-102

Diarra Nama A.J., Angbo O., Koffi M.N., Koffi M.K., Yao T.K.,

Graham W. J. Mortalité maternelle : Qui, où, quand et pourquoi ? *Lancet* 2006 ; 368(95460) : 1187-200.

Khan K. S. Wojdyla D., Say L. Gülmeroglu A. M., Van P.F. Analyse des causes de décès maternel: Une revue systématique. *Lancette* 2006, 367(9516) ; 1066-74

Lankoandé J., Ouegraogo C., Touré B, Ouedrogo A., Dao B, Koné B. La mortalité maternelle à l'hôpital du centre hospitalier départemental national de Ouagadougou (Burkina-Faso). A propos de 183 cas colligés en 1995. *Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45 (3)

Ndiaye P., Diallo I., Wone I., Cheikl F. Un nouvel outil d'aide à la décision médicale dans la lutte contre la mortalité maternelle : le score de risque dystocique. *Cahier d'étude et de recherche francophone/ santé* 2001, 11, 2 133-8.

OMS Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004

Sépou A., Yanza M.C., Nguembi E., Dotte G.R. , Nali M.N. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie-obstétrique à Bangui, Centrafrique *Cahiers études et de recherche francophone/ santé*. Novembre – Décembre 2000 , 10, 6 , 399-405

Wellfens Ekra C. Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire *Santé publique* 1999, 11, 2, 193-201