



**LES CAUSES DES DECES MATERNELS LIES AUX REFERENCES
OBSTETRIQUES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET
D'OBSTETRIQUE DU CNHU-HKM**

TSHABU AGUÈMON C*, ADISSO S*, TCHAOU B, HOUNKPONOU F**.
HOUNDEFFO T.*, TONATO BAGNAN A***, DE SOUZA J*, PERRIN R*****

*Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du Centre National Hospitalier et
Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM)/Bénin, 01 BP 336,
Cotonou

**Service de réanimation du Centre hospitalier départemental du Borgou

***Hôpital mère enfant Lagune /Cotonou-Bénin (HOMEL)

Correspondance : Docteur Tshabu Aguemon Christiane. E-mail : caguemon@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Evaluer le pronostic maternel à l'issue de la prise en charge des femmes référées pour cause obstétricale à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM.

Patientes et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective avec un volet prospectif allant du 1^{er} Janvier 2011 au 30 Avril 2012. Elle a porté sur 1633 cas de références obstétricales. Les logiciels Word 2007 et Epi Data version 3.0 ont été utilisés pour le traitement des données.

Résultats : La prise en charge des références obstétricales représentait 24,45% des activités aux urgences de la CUGO. Pour 81 décès maternels enregistrés dans le service au cours de la période d'étude, 64 soit 79,01% concernaient les femmes référées. Des 64 décès maternels, 43 soit 67,19%, provenaient des centres de santé publique et 40 soit 59,38% n'avaient pas bénéficié d'un transport approprié. 51 femmes soit 79,69% n'avaient pu bénéficier d'une assistance médicale lors de leur référence. 64,06% des femmes référées décédées avaient moins de 30 ans et 9,38% entre 15 et 19 ans. L'âge moyen était de 28,44 ans avec comme extrêmes 15 et 42 ans. Les paucigestes représentaient 39,06% et les paucipares 40,63%. Les hémorragies du post-partum venaient en tête des causes de décès maternel avec 25% des cas, suivies de l'éclampsie 21,06%. La plupart des femmes (62,5%) étaient décédées le jour même de leur admission. Le taux de létalité maternel était de 3,92%. La ratio de mortalité maternelle était de 1447,31 pour 100 000 naissances vivantes.

Conclusion : La qualité de la référence reste mauvaise et représente dans nos conditions un élément péjoratif pour le pronostic maternel.

Mots clés : référence/ évacuation obstétricale ; mortalité maternelle.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prognosis after breast care for women obstetric referred to the University Clinic of Gynecology and Obstetrics (CUGO) of CNHU-HKM.

Patients and method: This was a retrospective cross-sectional descriptive study with a prospective component from 1 January 2011 to 30 April 2012. She focused on 1633 cases of obstetric referrals. Word 2007 software and Epi Data version 3.0 were used for data processing.

Results: The treatment of obstetric referrals accounted for 24.45% of the activities of the emergency CUGO. For 81 maternal deaths in service during the study period, 64 or 79.01% were women referred. Of the 64 maternal deaths, 43 or 67.19% came from public health centers and 40 or 59.38% had not received appropriate transport. 51 women or 79.69% were unable to receive medical assistance during their reference. 64.06% of women referred had died less than 30 years and 9.38% between 15 and 19 years. The average age was 28.44 years with extremes as 15 and 42 years. The paucigeste represented 39.06% and 40.63% paucipare. Bleeding postpartum were the leading causes of maternal death with 25% of cases, followed by 21.06% eclampsia. Most women (62.5%) had died the same day of admission. Maternal fatality rate was 3.92%. The maternal mortality ratio was 1447.31 per 100 000 live births.

Conclusion: The quality of the reference remains poor and is an element in our conditions pejorative prognosis breast

.Keywords: referral / evacuation obstetric, maternal mortality.

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont en général source de bonheur pour la famille. Toutefois ils font courir à la femme un risque important

en raison des complications imprévisibles auxquelles ils l'exposent. Dans les pays en développement, la grossesse et l'accouchement sont encore trop souvent des épreuves fatales

à la femme [1]. Plus d'un demi-million de femmes dans le monde meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de quatre millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur naissance. Des millions d'autres souffriront de divers handicaps, maladies, infections, et traumatismes [2]. La majorité de ces décès a lieu en Afrique sub-saharienne et en Asie du sud. Selon l'OMS [3], la tragédie de ces décès maternels est évitable, si seulement la femme enceinte pouvait être assurée de bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié pendant l'accouchement et de soins d'urgence lorsque les complications en rapport avec la grossesse et l'accouchement, estimées à 15% des grossesses, se présentent.

Selon différentes études, les références obstétricales à partir des structures périphériques représentent 3 à 66% des activités des hôpitaux de référence et seraient associées à des taux importants de morbidité et de mortalité du couple mère-enfant [4,5]. DOSSOU-TOGBE [6] en 1983 avait signalé que le taux de mortalité périnatale qui était de 5,6% toutes naissances confondues chutait à 2,51% lorsqu'on ne prend en compte que les décès de nouveau-nés de mères suivies et accouchées à la CUGO. Cette même tendance fut mentionnée deux ans plus tard en 1985 par les travaux de DOSSOU YOVO [7] puis par DJEDJE en 1997 [8].

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), le ratio de mortalité maternelle avait atteint 890 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 et 1.085 pour 100.000 en 1998. Environ 64% des décès maternels qui y sont enregistrés surviennent chez des femmes évacuées des centres périphériques. Le nombre de décès néonataux y est cinq fois plus élevé parmi les nouveau-nés évacués. Ce constat a amené à l'identification des causes de ces taux élevés de décès fœtaux et maternels dans le rang des référées. Parmi les causes qui ont été identifiées, on peut noter la mauvaise préparation de la référence et de son exécution [9, 10-11].

Qu'en est-il des décès maternels liés aux références obstétricales à la CUGO, un centre de référence au Bénin en matière de prise en charge des urgences obstétricales ?

L'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic materno-fœtal au terme de la prise en charge des femmes référées pour cause obstétricale à la CUGO.

PATIENTES ET METHODE

Cette étude a été effectuée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Il s'agit d'une étude descriptive transversale comportant deux volets couvrant 16 mois avec un volet rétrospectif couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2011 et un volet prospectif du 1^{er} janvier au 30 Avril 2012.

Les patientes étaient des femmes référées pour cause obstétricale et décédées au cours de la période d'étude. L'aspect contre-référence n'a pas été exploité dans notre étude.

1001 femmes référées étaient retenues sur les 2496 référées pour cause obstétricale de la période du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2011 et 632 femmes référées pour cause obstétricale du 1^{er} janvier au 30 Avril 2012. Un effectif total de 1633 référées sur l'ensemble des deux périodes était donc retenu.

Étaient incluses dans l'étude toutes les gestantes, parturientes et accouchées référées pour cause obstétricale de toutes formations sanitaires vers la CUGO et décédées durant la période d'étude.

N'étaient pas incluses les femmes référées sur la CUGO pour cause non obstétricale.

Les données étaient collectées à partir d'une fiche de collecte préalablement établie, testée et corrigée à cet effet et dont les sources d'information comprenaient : le registre d'admission et des évacuations disponibles à la salle de réception des urgences, les registres des comptes rendus opératoires, les registres d'accouchement, les dossiers obstétricaux disponibles aux archives de la CUGO, les rapports annuels d'activités de la CUGO et le personnel soignant de la CUGO.

Il convient de noter que pour les patientes référées pendant la phase prospective de notre étude, les fiches ont été remplies au fur et à mesure.

Après leur collecte, les données ont été vérifiées manuellement afin de limiter les risques d'erreurs. Le codage du questionnaire, la confection du masque de saisie, la saisie des questionnaires, le nettoyage de la base des données ont été réalisés à l'aide de Word 2007. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel EPI DATA version 3.1.

RESULTATS

Sur 6680 admissions aux urgences, 1633 dossiers de référence obstétricale (24,45%) étaient retenus parmi lesquels 64 décès maternels soit 3,92% des référées et 79,01% des 81 décès enregistrés au cours de la période d'étude. Des 64 décès maternels, 43 (67,19%) provenaient des centres de santé publics et 21 (32,81%) des centres de santé privés. Parmi elles, 40 soit 59,38 % n'ont pas bénéficié de transport médicalisé (Tableau I) et 51 femmes soit 79,69 % n'ont pas reçu d'assistance médicale.

Tableau I : Répartition des référées décédées selon le moyen de transport

Moyen de transport	(n)	(%)
Ambulance	24	37,50
Sapeurs pompiers	03	04,69
Taxi	11	17,19
Voiture personnelle	10	15,62
Moto	16	25
Total	64	100,00

Tableau II: Répartition des décès maternels selon le diagnostic à l'admission

Cause de décès	(n)	(%)
Hémorragie post partum	16	25,00
Eclampsie	14	21,88
Infections	05	07,81
Anémies	10	15,63
Hématome retro placentaire	02	03,13
Rupture utérine	02	03,13
Insuffisance cardiaque	01	01,56
Embolie pulmonaire	01	01,56
Infection à VIH	06	09,38
Lupus érythémateux systémique	01	01,56
OAP	01	01,56
GEU	01	01,56
Syndrome vasculo-rénal	03	04,68
Péritonite aigue généralisée	01	01,56
Total	64	100,00

DISCUSSION

Les femmes référées des structures périphériques, dans notre étude à la CUGO sur une période de seize mois ont représenté 24,45% des admissions. Cette fréquence est quasiment le double de celles rapportées par DOS-SOU-YOVO [7] en 1985, ALIHONOU [13] en 1987 soit respectivement 11,05%, 11,20%.

Cet accroissement pourrait s'expliquer par le fait que la CUGO est l'ultime centre de référence sur le plan national, mais aussi à cause de la poussée démographique et de la densité de la population dans les départements du Littoral et de l'Atlantique. Ce taux de 24,45%, comparé à d'autres études effectuées dans

Les femmes référées décédées avaient moins de 30 ans, la tranche d'âge la plus concernée (40,62%) était comprise entre 25 et 29 ans. L'âge moyen était de 28,44 ans avec comme extrêmes 15 et 42 ans. Les paucigestes représentaient 39,06% et les multigestes 28,13%. Par contre les primigestes et la grande multigeste représentaient respectivement 23,44% et 7,81%. La nulliparité était retrouvée dans 21,87% des cas et on comptait 40,63% de paucipares. La grande multiparité était retrouvée dans 6,25% des cas.

Les hémorragies du post-partum représentaient la première cause de décès maternel (Tableau II) et la plupart des femmes (62,5%) étaient décédées le jour même de leur admission (Tableau III). Le taux de létalité maternelle est de 64/1633 soit 3,92%. Le ratio de mortalité maternelle est de 64x100000/4422 soit 1447,3 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Tableau III : Répartition des décès maternels selon la durée de séjour

Durée de séjour	(n)	(%)
<1 jour	40	62,50
1-3 jours	10	15,63
4-7 jours	09	14,06
> 7 jours	05	07,81
Total	64	100,00

d'autres pays africains, se rapproche des résultats de DIALLO F. B. [14] qui retrouve 20,37% d'évacuations obstétricales à la maternité Ignace DEEN de Conakry en Guinée. Pendant la même période d'étude, 81 décès maternels ont été enregistrés à la CUGO dont 64 cas soit 79,01% parmi les femmes référées. Le taux de létalité est donc de 3,92% et le ratio de mortalité maternelle de 1447,31 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. Ce taux de létalité est élevé par rapport à ceux enregistrés par ALIHONOU [13] qui est de 2,4%. Par contre CISSE [14] rapporte un taux de létalité supérieur au nôtre, soit 8,8%. Le taux de létalité élevé s'expliquerait par les références tardives à la CUGO et la difficulté

d'agir sur les trois retards. Ces décès maternels liés aux références obstétricales sont aussi remarquables dans la plupart des pays africains : SEPOU [15] note 37 référées sur un total de 39 décès maternels soit 94,87% au Centrafrique ; SOLOFOMALALA G.D. et Coll. [16] trouvent 5 sur 6 soit 83,33% à Madagascar.

Les références obstétricales représentent un facteur péjoratif du pronostic maternel lorsqu'elles sont réalisées tardivement. Les hémorragies ont constitué la première cause de décès maternel dans notre étude avec 16 cas sur 64, soit 25%. Elles constituent la première cause de décès dans la plupart des pays africains au sud du Sahara comme le témoignent les travaux de CISSE [14] en 2010, GANDZIEN [17] en 2005, et GBANGBADE et col en 2006 [18]. Ces décès liés aux hémorragies surviennent principalement à cause du retard dans le transfert et de la fréquente pénurie de produits sanguins. L'éclampsie avec 14 cas, soit 21,88% était la deuxième cause puis viennent les infections avec 11 cas soit 17,19%. Nous constatons que l'anémie, quand elle est sévère, fait courir 5,19 fois plus de risque de décès maternel ($p=0,004$), que l'hémorragie de la délivrance 2,64 fois plus ($0,001 > p$) et l'éclampsie 2,90 fois plus ($p=0,002$). Certains auteurs tels que N'GUESSAN [19] et ANDRIAMADY RASOARIMAHANDRY C.L. et Coll. [20] trouvent par contre comme première cause de décès les

complications infectieuses dans les proportions respectives de 36,67% chez les adolescentes de Treichville en Côte d'Ivoire et de 65,8% à la maternité de Befelatanana à Madagascar.

Les décès maternels concernent une population jeune avec une moyenne d'âge de 28,44 ans (extrêmes 15 ans et 42 ans). Dans notre étude, 41 femmes décédées, soit 64,06%, avaient un âge inférieur à 30 ans. Par ailleurs nous avons noté que 9,38% des référées décédées avaient entre 15 et 19 ans. N'GUESSAN [19] souligne dans ses travaux que « la grossesse chez l'adolescente doit être considérée comme une grossesse à risque qui nécessite une surveillance particulière en raison des risques liés à la fragilité du terrain » ; GANDZIEN P.C. [17] à Brazzaville au Congo, évoque aussi le jeune âge parmi les facteurs de risque de la mortalité maternelle.

Nous avons noté une mortalité maternelle plus élevée chez les grandes multipares dans une proportion de 12,90% des 31 reçues. Quoique la différence soit non significative, la grande multiparité est considérée comme un facteur de risque de la mortalité maternelle [18,20]. Le délai entre l'admission et le décès a été relativement court. 40 référées soit 62,50% sont décédées le jour même de leur admission. TRAORE B. [21], dans une étude rétrospective sur la mortalité maternelle au Mali constate que 111 sur 138 femmes décédées, soit 81% ont fait moins de 24 heures à l'hôpital de Ségou.

CONCLUSION

Au terme de cette étude portant sur les références obstétricales sur une période de seize mois, la CUGO de Cotonou au Bénin a reçu 6680 femmes aux urgences dont 1633 référées dans le service pour une cause obstétricale. Il en résulte que la fréquence des références obstétricales à la CUGO est de 24,45%. Nous avons enregistré 64 décès sur 1633 référées soit un taux de létalité de 3,92%. Le ratio de mortalité maternelle est de 1447,31 pour cent mille naissances vivantes. Les facteurs pronostics statistiquement significatifs liés à cette mortalité périnatale sont le manque d'assistance médicale pendant le transfert et la grande multiparité ($p < 0,001$).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DIARRA I, CAMARA S, MAIGA M. : Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de référence de la commune V du district de Bamako. Mali médical. 2010 ; 25(2) : 36-41
2. UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2009. New York : UNICEF, Décembre 2008. P. 2-8
3. Organisation Mondiale de la Santé : Les urgences obstétricales au Bénin : La césarienne en question. AYIE 2006 ; (31) : 24
4. AMOIKON M : Bilan d'une année d'activité dans un service d'obstétrique urbain. (Yamoussokro). Thèse Médecine Faculté de médecine d'Abidjan 1988 ; N°886 : 65p.
5. UNICEF-RCI : Analyse de la situation des femmes et des enfants de Côte d'Ivoire. Abidjan 1996 : 153p
6. DOSSOU TOGBE FM : Contribution à l'étude de la mortalité périnatale. Thèse Médecine FSS Cotonou 1983 ; N°137.

7. DOSSOU-YOVO L A : Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical à propos de 569 cas recensés à la CUGO de Cotonou. Thèse Médecine FSS Cotonou 1985 ; N°224 : 121p
8. DJEDJE C : Contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical à propos de 428 cas recensés du 1^{er} 1995 au 30 Juin 1996 à la Maternité-Lagune de Cotonou. Thèse Médecine FSS Cotonou 1997 ; N° 703.
9. HOUNKPATIN B : Contribution à l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales par la mise en place d'un système de référence à la maternité Lagune de Cotonou. Thèse Médecine FSS Cotonou 1997 ; N°992.
10. do REGO N : Qualité de la référence des urgences obstétricales des formations sanitaires de Cotonou sur la maternité Lagune. Mémoire de Santé Publique IRSP Cotonou 1997 ; N°137.
11. HESSOU P : Qualité de la référence des urgences obstétricales des formations sanitaires du département du Zou sur la maternité du Centre Départemental. Thèse Médecine FSS Cotonou 1998 ; N°772.
12. OMS/SAGO/UNFPA : Recommandations pour la pratique clinique des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en Afrique : Guide du prestataire. République de Maurice : OMS, 2009.
13. ALIHONOU E, PERRIN R, ATCHADE D, HEKPAZO A, DOSSOU L. : Les problèmes des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (Cas de la Clinique Universitaire de la Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou). Afr. Med 1987 ; 26 : 165-70.
14. CISSE M L, RAAD B, DIOUF A, WADE F, MOREAU JC: Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital de Kolda. Médecine d'Afrique Noire. 2010 ; n° 5701 : 37-43
15. SEPOU A, YANGA M C, NGVEMBI E, DOHE G R, Mali M N: Analyse des évacuations sanitaires en Gynécologie à Bangui Centrafrique. Cahier d'étude et de recherches francophones/santé. 2000 Nov-Dec ; Vol 10, N°6 : p399-405.
16. SOLOFOMALALA G D, RANDRIAMALALA ARIJAONA R T, RASENDRAMINO M H, RATSIVALAKA R, CANONNE F. : Les urgences gynéco-obstétricales dans une maternité de district malgache. Revue Tropicale de chirurgie. 2007 ; 1 : p67-70.
17. GANDZIEN P C, EKOUNDZOLA J. : Mortinatalité à l'hôpital de Talangaï. Médecine d'Afrique Noire. 2006 ; n° 5306 : p386-88
18. GBANGBADE S, EKUE N, QUENUM A. : Stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Plan quinquenal d'opérationnalisation 2006-2010. Publication MSP J. Mars 2006 : 66p.
19. N'GUESSAN E et coll. : Facteurs de risque de mortalité maternelle chez les adolescentes. Médecine d'Afrique Noire. 2010 Nov ; N°5711 : p 521-26.
20. ANDRIAMADY PASOARIMAHANDRY C L, RAKOTOARIMANANA M, RANJALAHY R J. : Mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana CHU d'Antananarivo (1988-1997). J. Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod. 2000 ; 29 : 501-08.
21. TRAORE B, THERA T A, KOKAINA C, BEYE S A, MOUNKORO N, TEGRETE I , DOLO A. : Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Etude rétrospective sur 138 cas. Mali médical 2010 ; 25(2) : 42-7.