

MORTINATALITE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V (CSREF CV) DU DISTRICT DE BAMAKO.

Still Birth In The Obstetric Service Of Gynaecology Of The Health Centre Of Refers Common V (CSRef CV) Of The District Of Bamako.

Traoré M, Traoré S O, Traoré O M, Traoré S, Dolo A.

RESUME

Objectifs : Les objectifs de ce travail étaient de faire une étude épidémiologique de la mortinatalité et d'analyser les pathologies maternelles et gynéco-obstétricales associées.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective transversale du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005, destinée à recenser tous les cas de mort-nés dans notre service qu'ils soient issus de grossesse unique ou multiple.

Nous avons procédé à un audit systématique de tous les dossiers de mortinatalité.

Resultats : Durant la période d'étude, nous avons recensé 7773 cas de naissances dont 390 mort-nés soit une fréquence 50,1 p 1000. L'âge moyen était de 26,3± 4 ans, un suivi prénatal assuré chez 78,4%. La surveillance du travail d'accouchement était assurée par les matrones dans 52% des cas et seulement 38% par les sages femmes.

Les pathologies maternelles et gynéco-obstétricales fréquemment associées à la mortinatalité étaient : l'hémorragie génitale (52,43%), la dystocie (24,86%), les pathologies maternelles avec lésions vasculaires (20,54%), l'infection maternelle (12,96%), l'anémie (4,90%), la souffrance fœtale (4,30%).

Conclusion : La mortinatalité est une tragédie fréquente et pose souvent un problème médico-légal et de santé publique, un meilleur suivi prénatal et une surveillance correcte du travail pourraient réduire la survenue d'un tel drame.

Mots clés : mortinatalité, pathologie maternelle, consultation prénatale, gynéco-obstétricale.

Authors: Traoré M, Traoré S O, Traoré O M, Traoré S, Dolo A.

ABSTRACT

Objectives: The aims of this study were to do an epidemiological study of the still birth and to analyze maternal pathologies and gynéco-obstétricales associated.

Material and methods: We undertook a transverse exploratory study of January 1 to December 31, 2005, intended to count all the cases of still-born children in our service which they result from single or multiple pregnancy. We proceeded to one systematic audit of all the files of mortinaissance.

Results : During the study period, we listed 7773 cases of births whose 390 still-born children is a frequency 50,1/1000. The Middle Age was of 26,3± 4 years, a antenatal follow-up ensured at 78,4%. The monitoring of the work of childbirth was ensured by the matrons in 52% of the cases and only 38% by the wise women.

Maternal pathologies and gynéco-obstétricales frequently associated with the mortinaissance were: the genital haemorrhage (52,43%), the dystocie (24,86%), maternal pathologies with vascular lesions (20,54%), the maternal infection (12,96%) - Anaemia (4,90%), the foetal suffering (4,30%).

Conclusion: The mortinaissance is a frequent tragedy and often poses a medico-legal problem and of public health, better followed antenatal and a correct monitoring of work could reduce occurred of such a drama.

Key words: still birth, maternal pathology, antenatal consultation, gynéco-obstétricale.

INTRODUCTION

La mortinatalité constitue de nos jours un problème majeur de santé publique dans nos régions d'Afrique au sud du Sahara, où avoir droit à des soins prénatals de qualité reste encore difficile. Selon EDS IV (Enquête Démographique et de Santé IV) Mali 2006 (7), la majeure partie des soins prénatals et même la surveillance du travail d'accouchement sont encore assurées par un personnel paramédical non qualifié à cet effet.

Pour certains auteurs jusqu'à 40 à 50% de la mortalité infantile sont dues à la mortalité périnatale (5).

La mortinatalité elle-même comprend deux composantes :

- la mortalité anténatale;
- La mortalité intra partum.

Les facteurs de risques de mortinatalité les plus fréquemment rapportés dans les pays en voie de développement se répartissent en quatre groupes (4) :

- Facteurs socio-économiques (âges extrêmes, faibles revenus, grossesses non désirées) et anthropométriques (petite taille, boiterie)
- Antécédents obstétricaux (nulliparité, grande multiparité, antécédents de mortinatalité ou de mort néonatale, antécédent de césarienne, intervalle inter gènesique court).
- Facteurs de risque détectables pendant la consultation prénatale (CPN) (anémie, syphilis, hypertension artérielle, hémorragie génitale, absence de vaccination anti-tétanique, paludisme)
- Facteurs de risque dépistables pendant la période anténatale immédiate et le travail

(prématurité, présentation non céphalique, utilisation d'ocytociques, hypertension artérielle).

La notion de haut risque de mortinatalité développée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) repose essentiellement sur la CPN de qualité (3). De nombreuses autres études concernant les facteurs de risque de mort périnatale ont mis l'accent sur la CPN (6, 8, 10,11). Notre présente étude est purement basée sur un recrutement hospitalier comme beaucoup d'autres travaux (8,10).

L'objectif de ce travail était de faire une étude épidémiologique de la mortinatalité et d'analyser les pathologies maternelles et gynéco-obstétricales associées.

MATERIELS ET METHODES :

Type d'étude : Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2005 au service de Gynécologie Obstétrique du CSREF CV (Centre de Santé de Référence de la Commune V) du District de Bamako.

Echantillonnage : Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les mort-nés ayant un poids \geq 1000 gr, enregistrés dans le service.

Critères d'inclusion : A été inclus dans notre travail, tout cas de naissance dans le service d'un mort-né : c'est-à-dire d'un fœtus pesant au moins 1000 gr, qui après l'expulsion complète n'a présenté aucun signe de vie.

Critères de non inclusion : N'a pas été inclus dans ce travail :

- Tout fœtus né vivant et qui décède dans les premières minutes de la vie.
- Tout fœtus mort-né avec un poids fœtal inférieur à 1000gr.

Variables étudiées : Nous avons étudié les variables suivantes : l'âge, la gestité, la parité, les antécédents médicaux, le suivi prénatal, les pathologies maternelles et gynéco-obstétricales associées, l'état du fœtus à la naissance (frais ou macéré).

Technique de collecte et analyse des données : Les données étaient recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, complétée au besoin par des informations contenues dans le dossier obstétrical, carnet de suivi prénatal, fiche de référence/évacuation, registre de compte rendu opératoire, registre d'accouchement, registre de décès périnatal, registre de transfert des nouveau-nés en néonatalogie.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-info6.04dfr62001.

RESULTATS

1) Fréquence : Durant la période d'étude 370 patientes ont accouché de mort-nés dont 20 cas de grossesses gémellaires soit un total de 390 mort-nés.

Pendant la même période, 7773 accouchements ont été enregistrés dans le service soit une fréquence de mortinatalité de 5,01% (50,1 p 1000 naissances).

COMMENTAIRES

1 Fréquence : La fréquence de mort-nés de 50,1 p 1000 naissances retrouvée dans notre série est près de 10 fois supérieure à celle observée dans les pays industrialisés (4). L'enquête du groupe MOMA (Morbidity Maternelle en Afrique de l'Ouest), réalisée dans 6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal) portant sur la mortalité périnatale (MPN), avait trouvé un taux moyen de mortalité périnatale de 42 p1000 naissances totales ; et la mortinatalité représentait 62% des morts périnatales (4).

La mortinatalité demeure toujours un problème d'actualité et de préoccupation dans nos pays en développement. Cette fréquence élevée observée dans notre service est due au fait que notre service est un centre de santé de référence de deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il reçoit de ce fait toutes les complications obstétricales en provenance des structures sanitaires périphériques (étatiques, communautaires et privées).

2 Age : Les âges extrêmes constituent une cible privilégiée pour les complications obstétricales (avant 20 ans et après 34 ans). Les patientes ayant un âge inférieur à 20 ans ont représenté 24,3% de notre étude, contre 13,8% ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans. L'enquête du groupe MOMA (Morbidity Maternelle en Afrique de l'Ouest) effectuée dans six pays de l'Afrique de l'Ouest, avait retrouvé l'âge maternel élevé significativement associé à la mortinatalité (4).

3 Parité : La mortinatalité a surtout concerné les multipares (51,1%) et les primipares (30,3%). Une étude réalisée en 2002 par M.Chalumeau *et al* (4) rapportait que la multiparité multipliait par 1,42 le risque de mortalité périnatale. Le même risque était multiplié par 1,89 chez la multipare selon la même étude.

4 Suivi prénatal : L'importance des consultations prénatales (CPN) a été longtemps mis en avant des programmes de "Safe Motherhood" de l'OMS, et de nombreuses études ont conclu leur rôle prépondérant dans la détection des grossesses à haut risque (2,3,5,9). Le suivi prénatal est une étape importante de la prévention de la mortinatalité d'une part, mais surtout incite les femmes à venir accoucher dans les structures d'accouchement médicalisées (4). Mais pour ce faire, le suivi prénatal doit être assuré par un personnel qualifié. Dans notre étude 78,4% avaient bénéficié d'un suivi prénatal. Mais l'essentiel du suivi était assuré par les sages

femmes (39,73%) les matrones (36,76%) et environ 22% n'avaient fait aucun suivi prénatal. Cependant 65% des patientes présentaient au moins un facteur de risque.

Pour fléchir la courbe de mortinatalité, un accent particulier devra être mis sur la CPN recentrée : c'est-à-dire une CPN non basée sur le nombre mais sur la qualité ; donc des CPN assurées par un personnel qualifié surtout pour les grossesses à haut risque. Une étude faite au Zimbabwe par Munjana *et al* (8) a montré qu'une réduction du nombre de CPN n'entraînait pas un accroissement de la mortalité périnatale.

5 Antécédents maternels associés à la mortinatalité : Certains antécédents ont été fréquemment retrouvés associés à la mortinatalité au cours de l'étude :

- La non instruction (80%),
- L'intervalle inter génésique inférieur à 2 ans (36%),
- La notion de mort-nés (17,03%),
- Les pathologies vasculaires maternelles : diabète, hypertension artérielle, hémoglobinopathie (12,98%).

6 La surveillance du travail d'accouchement : Si le suivi prénatal devrait permettre de dépister les cas de grossesses à risque et prévenir la mort anténatale (5,9), la surveillance du travail d'accouchement devrait quant à elle permettre de diagnostiquer tôt les anomalies du travail et de prévenir la mort fœtale intra partum.

Dans notre étude, malgré que près de 65% des grossesses soient associées à au moins un facteur de risque, les matrones (personnel non qualifié) ont assuré la surveillance du travail d'accouchement dans près de 52% des cas, contre près de 38% par les sages femmes.

Comme M .chalumeau *et al* (4) nous pensons que la notion de haut risque ne devrait pas être fondée sur les seules CPN mais prendre en compte surtout la surveillance du travail et permettre ainsi la prise en charge par les sages femmes ou les obstétriciens des grossesses réellement à haut risque ou déjà compliquées.

7 Pathologies maternelles et gynéco-obstétricales associées : Ces pathologies ont été retrouvées associées fréquemment à la mortinatalité dans notre série.

- Ainsi **l'hémorragie génitale** a été retrouvée chez plus de la moitié des patientes (52,43%). Il s'agit essentiellement de la rupture utérine, l'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia.
- **La dystocie** (anomalie du bassin, présentation dystocique, les macrosomies fœtales, le travail prolongé) a été retrouvée chez une patiente sur 4 (24,86%).
- **Les pathologies maternelles avec lésions vasculaires** (toxémie, diabète, drépanocytose) ont été retrouvées associées à la mortinatalité dans 1 cas sur 5 (20,54%).
- **Les autres pathologies étaient représentées par l'infection** (paludisme, infections urinaires, VIH sida, infection ovulaire) avec 12,97%, **l'anémie** (4,90%) et les **souffrances fœtales** (aigue ou chronique avec 4,30% des cas de mortinatalités).

Les pathologies similaires ont été rapportées par Wessel *et al* (8) qui ont insisté sur les rôles de l'hypertension (OR= 1,17), de la présentation non céphalique, des hémorragies génitales (OR= 4,00) ou de l'infection fœtale. Omene *et al* au Nigeria cités par M.chalumeau signalaient le rôle important des hémorragies per partum et des dystocies mécaniques (4).

Damodar *et al* en Inde et Greenwood *et al* en Gambie rapportés par M.chalumeau ont insisté sur le rôle de la durée du travail (4).

Comme dans l'étude MOMA (4), nous avons trouvé d'autres facteurs associés à la mortinatalité ; il s'agissait de l'absence d'instruction (20%), antécédent de césarienne (7,6%), antécédent d'avortement (14,6%), antécédent de mort-nés (17,03%), et intervalle inter génésique court c'est-à-dire inférieur à 2 ans (36,21%).

CONCLUSION

La mortinatalité reste élevée au Mali notamment en commune V du District de Bamako. Certaines pathologies générales maternelles et gynéco-obstétricales peuvent être dépistées lors des CPN et/ou pendant le travail d'accouchement. L'amélioration de la qualité des soins passera obligatoirement par la mise à disposition d'un personnel qualifié à mesure d'assurer les CPN recentrées (de qualité) et une surveillance compétente du travail d'accouchement.

Tableau I : facteurs sociologiques et obstétricaux associés à la mortinatalité

Facteurs Sociologiques et obstétricaux	Effectif	%
Age (années) :		
≤ 19	90	24,3
20 – 34	229	61,9
≥ 35	51	13,8
Parité		
I	112	30,3
II – III	69	18,6
≥ IV	189	51,1
Suivi prénatal :		
Oui	290	78,4
Non	80	21,6
Notion de risque:		
Grossesses à risque	240	64,86
Grossesses à moindre risque	130	35,14
Mode d'admission		
Non transférée	101	27,3
Transférée	269	72,7

Il ressort de ce tableau que la multiparité (51,1%), l'existence d'un facteur de risque (64,86%), la notion d'évacuation (transfert) (72,7%) sont fréquemment associée à la mortinatalité.

Tableau II : Antécédents associés à la mortinatalité

Antécédents	Effectifs	%
- Notion d'instruction :		
. Instruite	74	20
. Non instruite	296	80
- Pathologies maternelle avec lésions vasculaires :		
. Oui	48	12,98
. Non	322	87,02
- Antécédent de césarienne :		
. Oui	28	7,6
. Non	342	32,4
- Antécédent d'avortement :		
. Oui	54	14,6
. Non	316	85,4
- Antécédent de mort-nés :		
. Oui	63	17,03
. Non	307	82,97
- Intervalle inter génésique :		
. < 2 ans	134	36,21
. ≥ 2 ans	120	32,43
. Primigeste	116	31,36

Ce tableau montre que la non instruction (80%), l'antécédent de mort-né (17,03%), l'intervalle inter génésique < 2ans (36,21%) et la primigestité (31,36%) sont souvent associés à la mortinatalité.

Tableau III : Période de survenue de la mort foetale et Qualification de l'agent de santé ayant fait la prise en charge

Période de survenue de la mort foetale	de	Anté-partum N=239		Per-partum	
		E	%	E	%
Qualification de l'agent de santé ayant assuré la prise en charge					
Gynécologue obstétricien		03	0,81	00	00
Médecin généraliste		04	1,00	07	2,92
Médecin spécialisation gynécologie obstétrique	en de	00	00	02	0,84
Sages femmes		147	39,73	90	37,66
Infirmières obstétriciennes		00	00	16	6,70
Matrones		136	36,76	124	51,88
Aucun		80	21,60	00	00
Total		370	100	239	100

La survenue de la mort foetale est surtout fonction de la qualité de la prise en charge anté partum et per partum.

Tableau IV : Période de survenue de la mort foetale et pathologies maternelles et gynéco- obstétricales associées.

Période de survenue de la mort foetale	Anté-partum		Per-partum		Total	
	E	%	E	%	E	%
Pathologies maternelles et gynéco-obstétricales associées						
Dystocies	00	00	92	24,86	92	24,86
Pathologies maternelles avec lésions vasculaires (HTA, Diabète)	63	17,02	13	3,52	76	20,54
Hémorragies génitales	9	2,43	111	30,00	120	32,43
Anémie martiale	13	3,50	05	1,40	18	4,90
Infections maternelles	42	11,35	06	1,62	48	12,97
Souffrances fœtales	4	1,10	12	3,20	16	4,30
Total	131	35,40	239	64,60	370	100

Les hémorragies génitales (32,43%), les dystocies (24.86%), l'HTA et le diabète (24.54%) ont été les pathologies les plus associées à la mortinatalité.

REFERENCES

- 1- **Boland P, Slustsker L, Steketee RW, Wirima JJ, Heymann DL, Breman JG.** Rates and risk factors for mortality during the first two years of life in rural Malawi. Am J Trop Med Hyg 1996; 55: 82-6.
- 2- **Bouvier-Colle MH, Prual A, De Bernis L et le groupe MOMA.** Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Ministère des Affaires Étrangères - Coopération et Francophonie. Paris, 1998.
- 3- **Bouvier-Colle MH, Ouedraogo C, Dumont A, Vangeenderhuysen C, Salanave B, Decam C.** Maternal mortality in West Africa. Rates, causes and substandard care from a prospective survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 113-9.
- 4- **Chalumeau M, Salanave B, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Prual A, Breart G for the MOMA group.** Risk factors for perinatal mortality in West Africa: a population-based study of 20326 pregnancies. Acta Paediatr 2000 ; 89: 1115-21.
- 5- **Mc Dermott J, Steketee R, Wirima J.** Perinatal mortality in rural Malawi. Bull OMS 1996; 74: 165-71.
- 6- **Fikree FF, Gray RH.** Demographic survey of the level and determinants of perinatal mortality in Karachi, Pakistan. Paediatr Perinat Epidemiol 1996; 10: 86-96.
- 7- **Ministères de l'Economie et de la Santé du Mali,** Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI). Enquête Démographique et de Santé Mali 2006 (EDS M IV). Calverton, Maryland, USA : Mali ; 2006.
- 8- **Munjanja SP, Lindmark G, Nyström L.** Randomised controlled trial of reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. Lancet 1996; 348: 364-9.
- 9- **Organisation Mondiale pour la Santé.** Rapport du groupe de travail sur les soins anté-nataux. Genève, Suisse : OMS, 1994.
- 10- **Tumwine JK, Dungare PS.** Maternity waiting shelters and pregnancy outcome: experience from a rural area in Zimbabwe. Ann Trop Paed 1996; 16: 55-9.
- 11- **Wessel H, Cnattingius S, Dupret A, Reitmaier P, Bergström S.** Risk factors for perinatal death in Cape Verde. Paediatr Perinat Epidemiol 1998; 12: 25-36.