

PROFIL ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRIQUES EN SALLE DE TRAVAIL DE LA MATERNITE BONZOLA A MBUJIMAYI.

Profile and prognosis of obstetrical emergencies in the labour room of Bonzola maternity in MBujimayi.

(1) Kadima Mutombo. C; (2) Mumba Mukandila. A. ; (1) Biayi Mikenji .J .

(1) Université officielle de Mbujimayi ;(2) Université de Kabinda

Correspondance : Dr BIAIYI MIKENJI Justin, Professeur à l'université officielle de Mbujimayi, département de gynécologie-obstétrique, e-mail :justinobstetrique@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Déterminer la prévalence, le profil et le pronostic des urgences obstétricales en salle de travail dans notre milieu. **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective cas-témoins réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital général de référence de Bonzola en RDC entre le 01/01/2012 et le 30 /06/2013. Nous avons colligé 76 cas d'urgences en salle de travail sur 1260 parturientes. Les parturientes ayant présenté une urgence obstétricale absolue en salle de travail chez qui une prise en charge a été indiquée ont constitué les cas et tout accouchement normal ayant précédé l'urgence a été apparié au cas comme témoin. La prévalence, la nature de l'urgence, le profil des patientes (âge, parité, gestité, antécédents), le mode d'accouchement, le pronostic maternel et fœtal ont été les paramètres étudiés à l'aide du logiciel Epi-info version 7 après encodage des données sur le tableur du logiciel Excel (Microsoft, USA, 2007). Nous avons fait recours au calcul de fréquence, de proportion, des Odds ratio (OR), de paramètres de tendance centrale et de dispersion pour l'analyse de nos résultats. La relation entre les paramètres étudiés et les urgences obstétricales a été appréciée à l'aide de test de Khi carré de Pearson et à défaut à l'aide de test de Yatt corrigé. Les proportions et les moyennes ont été comparées au moyen du test de Z ou de Student.

Résultat : La prévalence des urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence Bonzola est de 6,03% avec la souffrance fœtale aigue au premier plan (3,01%) suivie des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse (2,30%) marquée par une grande proportion de placenta prævia (68,97%). Dans la majorité de cas, la parturiente qui présente une urgence en salle de travail est une grande multipare (38,2%) ou primipare (30,3%) dont la grossesse n'a pas été du tout suivie (72,37%) et aux antécédents chargés. L'âge maternel moyen de survenue des urgences obstétricales est de 29,19 ans (Sd : 6,10). Les parité et multigestité extrêmes, l'absence de CPN, l'antécédent d'accouchement dystocique et de césarienne sont les principaux facteurs associés aux urgences obstétricales dans notre milieu. Suite à la nature de l'urgence, plus de $\frac{3}{4}$ de nos parturientes ont accouché par césarienne (85,53%) avec un bon pronostic maternel (97,37%) mais avec un pronostic fœtal très sévère marqué par un taux élevé de mortalité périnatale (38,84%). **Conclusion :** La grossesse considérée comme un état clinique physiologique, les risques encourus au cours de celle-ci et de l'accouchement sont souvent imprévisibles en dépit de la surveillance prénatale de grossesse à haut risque. L'accent particulier doit être mis sur les CPN recentrées sur les objectifs et toute grossesse considérée comme un cas particulier. **Mots clés :** profil et pronostic, urgences obstétricales, Mbujimayi

SUMMARY

Objectives : To determine the prevalence, the profile and the prognosis of obstetrical emergencies in the labor room in our area. **Methodology:** This study is retrospective, analytic based on reference group, and monocentric and has been carried out at the maternity hospital of Bonzola, DRC, between January 1st 2012 and June 30 2013. During this period we focused on 76 emergencies out of 1260 women in childbirth. The parturient having an absolute emergency in the labor room or in the post partum period and in whom the caretaking has been requested constituted the cases considered, and any normal child birth having preceded the emergency was considered as a reference case. The prevalence, the fetal and maternal prognosis were the parameters studied using the Epi Info 3.5.1(CDC,USA, 2002) software package after encoding data on an Excel software package spreadsheet. We resorted the calculation of the frequency, proportion, odds ratio(OR), central tendency parameter and dispersion for the analysis of our results. The relationship between the studied parameters and the obstetrical emergencies has been assessed thanks to the test of khi carré of Pearson or ,failing that, thanks to the corrected test of Yatt. Proportions and averages were compared using the test of Z or Student. **Results:** The prevalence of obstetrical emergencies in Bonzola general reference hospital is of 6,03% with acute fetal distress in the foreground(3.01%) followed by the pregnancy third trimester hemorrhages(2,30%) characterized by a wide proportion of placenta previa (68,97%). In most cases the woman in child birth that has an emergency in the labour room is a great multiparous (38,20%) or a primiparous (30,30%) whose pregnancy was not at all followed (72,37%) and having a great deal of antecedents. The average age of occurrence of obstetrical emergencies is of 29,19% years (sd=6,10). The parity and extreme multigestity , lack of prenatal consultations, dystocic delivery antecedent, and cesaerian sections are the chief factors associated with obstetrical emergencies in our area. In most cases, the teenager that happened to give birth was

a primumiparous(88,7%), of 17,2 years of ce age (Sd:0.3) on average and having followed the prenatal consultations(79,2%) with at least an antecedent of abortion in 9,4% cases whereas the parturievivnt of age equal or above 35 yearmus was a multiparous(66,6%) whose average age was 38,5 years(Sd:2,4) having not followed prenatal consultations(51,2%) with at least one antecedent of abortion in one third case. **Conclusion** : The rate of deliveries at extreme ages is very high in our area with a great predominance in old parturients in whom the pregnancy was followed. Given the many complications of late pregnancy , making popular the fact that pregnant women should consult as required is exceedingly important for a better outcome of the pregnancy. **Key words** : profile and prognosis, obstetrical emergencies, Mbujimayi

INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant à court terme le pronostic vital maternel et /ou foetal. Elles peuvent survenir à n'importe quel moment de la grossesse et souvent dans un contexte socio-économique défavorable (1-4).

Les femmes enceintes courent le risque de subir des complications obstétricales souvent imprévisibles et parfois mortelles. Le dépistage prénatal de grossesse à haut risque n'identifie pas toutes les femmes qui connaîtront l'urgence et les femmes qui ne sont pas identifiées comme faisant partie des groupes à risque élevé peuvent cependant présenter des complications obstétricales pendant le travail d'accouchement et ces dernières ont un pronostic tant maternel que foetal réservé (2).

L'OMS estime que chaque année dans le monde, au moins un demi million des femmes meurent suite aux complications obstétricales et 3% des quelques 120millions d'enfants qui naissent chaque année ont eu une souffrance foetale aigue et environ 90 000 d'entre eux meurent de suite de cette détresse respiratoire (2, 5, 6). L'Afrique subsaharienne est la partie du globe où le taux de mortalité maternel est le plus élevé au monde. Sur 536 000 décès maternels enregistrés, plus de la moitié (270000) étaient survenus en Afrique (5-8). Plusieurs urgences peuvent donc se rencontrer au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Celles qui surviennent en salle de travail font état de la présente étude et méritent un accent particulier de part leur complexité. La procidence du cordon, la souffrance foetale aigue, l'éclampsie et les hémorragies du troisième trimestre en sont les quatre entités principales les plus rapportées (1-3, 5, 9-19). Leur fréquence en salle de travail reste variable d'un pays à l'autre et d'un milieu à l'autre. Elle est estimée entre 10,16 % et 12,24% au Mali (1,2) et à 2,65% au Togo (3) avec les hémorragies du troisième trimestre au premier rang. A Libreville au Gabon, la morbidité obstétricale grave est de 3,15% avec le choc hémorragique dans 82% de cas(14). A Mbujimayi, aucune étude publiée sur les urgences en salle de travail ne serait disponible. En France, les hémorragies toutes causes confondues en salle de travail représentent 20% des admissions en réanimation avec une mortalité globale de 6 à 10% de cas et l'éclampsie complique 0,5 à

0,2% de grossesse (20). La procidence du cordon complique quant à elle aussi 0,15 à 0,5% de grossesses et ce taux atteint 7% dans l'accouchement prématuré et 9% dans les grossesses gémellaires (21,23-25). Le risque de procidence du cordon est multiplié par 10 dans la présentation de siège, par 40 dans la présentation transverse. La multiparité, le bassin rétréci, l'hydramnios et l'excès de longueur du cordon sont des facteurs incriminés dans la survenue de la procidence sans oublier la procidence iatrogène estimée à 20% de cas (24).

A Madagascar, à la maternité du District Malgache, le taux de rupture utérine était estimé à 7,1% et celui du placenta prævia hémorragique à 8,7% (4). Au Togo, la prévalence de quatre urgences médico-obstétricales a varié de 0,35% à 1% soit 1,09% pour les hémorragies du post-partum, 0,78% pour la rupture utérine, 0,43% pour l'hématome retro-placentaire et 0,35% pour l'éclampsie (3). Une étude à Cotonou au Bénin avait noté 18,7% de cas d'admission pour hémorragies (hémorragie du postpartum, hémorragie placentaire et les ruptures utérines) tandis que les complications funiculaires représentaient 1,89% et l'éclampsie 13,68% (25). A Abidjan, au CHU de Cocody cinq urgences obstétricales absolues avaient été répertoriées soit la souffrance foetale (58,8%), l'éclampsie (18,4%), la procidence du cordon (7,4%), l'hématome retro-placentaire (5,5%) et la rupture utérine (5,5%) (13). A Kamina en RDC par contre, ce sont les hémorragies du post-partum (9,2%) qui occupent la deuxième position des urgences obstétricales tout âge de grossesse confondu (26). Les facteurs associés au pronostic de ces urgences sont variés. Une étude au Mali a incriminé dans la survenue des urgences obstétricales : le jeune âge (14 à 25 ans) dans 57%, la multiparité dans 32,8%, les conditions socio-économiques défavorables et les conditions de référence (distance à parcourir, moyen de transport). Les références externes représentaient 39,2% de leur effectif absolu (1,2). Par contre au Togo (3), les fréquences de ces pathologies dépendent de l'environnement médico-social et le pronostic, de la qualité de la surveillance prénatale, de la qualification de l'équipe de la maternité et de l'équipement de centres de formation sanitaire.

La mortalité maternelle et la mortinatalité sont les issus dramatiques de ces complications. L'importance et la gravité des complications relèvent surtout de conséquences liées à l'analphabétisme, au manque d'éducation sanitaire, à l'insuffisance d'infrastructures médicales ainsi que le manque du personnel qualifié (6, 10, 12, 27-29). Ces conditions sont typiques des pays en voie de développement. L'OMS affirme par conséquent que plus de 30% de décès se produisent en Afrique et 7% en Amérique latine ; par contre dans les pays développés, 6000 décès sont enregistrés par an (3-7, 29).

Les urgences en salle de travail restent fréquentes dans les pays en voie de développement comme le notre. Elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelle élevée en dépit de progrès réalisés dans de nombreux pays pour améliorer les soins maternels, et la majorité des femmes africaines n'a toujours pas un accès suffisant à ces services des soins obstétricaux. La méconnaissance des mécanismes physiologiques de l'accouchement, le retard d'évacuation, la mauvaise surveillance de la grossesse et le non respect de la surveillance du travail d'accouchement par le partogramme sont autant des facteurs retrouvés dans la survenue de ces urgences (1,2).

Cette étude préliminaire a pour intérêt d'évaluer les performances de nos structures sanitaires dans le management des urgences obstétricales en passant d'abord par leur identification puis après leur prise en charge thérapeutique. La ville de Mbuji mayi offrirait des conditions favorables à la survenue de ces urgences étant donné la précarité de la vie de la plupart de ses habitants avec comme corolaire l'inaccessibilité à l'information et aux soins de qualité. Au regard de la description de notre milieu, les urgences obstétricales en salle de travail seraient très fréquentes dans notre milieu ; les hémorragies du troisième trimestre, la souffrance fœtale aigue et la procidence du cordon seraient les causes les plus fréquentes de ces urgences.

Les principaux facteurs associés à ces urgences seraient la primiparité, la multiparité, les âges extrêmes et le non suivi de consultations prénatales. Le recours à la césarienne est le mode d'accouchement le plus fréquent. Cette étude a pour objectif d'établir le profil et le pronostic des urgences obstétricales en salle de travail à Mbuji mayi.

MATERIELS ET METHODE

IL s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective cas-témoins réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Général de Référence Bonzola à Mbuji mayi en RDC entre le 01 Janvier 2012 et le 30 Juin 2013. L'étude porte sur 76 cas d'urgences en salle de travail sur 1260 parturientes.

1. **Critères de sélection :** Nous avons retenu dans cette étude les parturientes ayant présenté une urgence obstétricale en salle de travail ou dans le post-partum et chez qui une prise en charge a été indiquée pour sauver la vie de la mère et/ou du fœtus. Nous retenons comme cas témoin, tout accouchement normal ayant précédé l'urgence. Ainsi, chaque cas est apparié à un seul témoin.
2. **Recueil de données :** Les données ont été recueillies à partir de :
 - dossiers de malades
 - registre des accouchements
 - partogramme
 - registre de protocoles opératoires
3. **Paramètres d'étude :** La prévalence
 - La nature de l'urgence
 - Le profil des parturientes : âge, parité, gestité, les antécédents
 - Le mode d'accouchement
 - Le pronostic maternel
 - Le pronostic fœtal
4. **Analyse des données :** Les données ont été encodées sur tableur du logiciel Excel (Microsoft, USA, 2007) puis importées sur le tableur Epi info version 7. Nous avons faits recours au calcul des fréquences, des proportions, des Odds Ratio(OR) et des paramètres de tendance centrale et de dispersion (Moyenne \pm Ecart-Type) pour l'analyse des nos résultats. La relation entre les paramètres étudiés et les urgences obstétricales a été apprécié à l'aide du test de Khi carré de Pearson et à défaut à l'aide du test de Yatt corrigé. Les proportions et les moyennes ont été comparées au moyen du test de Z ou de Student. La normalité et l'homogénéité des variances ont été vérifiées grâce au test de Khi carré. Le seuil de signification de 95% a été utilisé pour interpréter tous les tests.

RESULTATS

1. **Prévalence :** Nous avons colligé 76 cas des urgences en salle de travail d'accouchement durant la période de notre étude sur un total de 1260 accouchements soit une prévalence de 6,03%.

Tableau I : Fréquence et nature d'urgences

Nature d'urgences	Effectif	Prévalence (sur 1260 accouchements)	Pourcentage %
Hémorragie du 3 ^{ème} trimestre	29	2,30%	38,15%
Souffrance fœtale aigue	38	3,01%	50,0%
Convulsion (Eclampsie)	6	0,48%	7,9%
Procidence du cordon	3	0,24%	3,9%
Total	76	6,03%	100%

La souffrance fœtale est plus fréquente en salle de travail soit 38 cas (50,0%) suivi des hémorragies du troisième trimestre 29 cas (38,15%).

Tableau II : causes des hémorragies du troisième trimestre

Hémorragie du 3 ^é trimestre	Effectif N=29	Pourcentage
Placenta prævia	20	68,97%
Rupture utérine	7	24,13%
HRP	2	6,90%

Le placenta prævia est la première cause des hémorragies du troisième trimestre (68,97%) suivi de la rupture utérine 7cas soit 24,13%

2. Profil des parturientes :

Tableau III : Répartition de cas selon le profil des parturientes

Profil des parturientes	Témoins (n=76)		Cas (n=76)		OR	IC à 95%	X ²	p-value
Age (ans)								
<20	1	(1,32%)	4	(5,26%)	4,17	[0,42-100,29]	0,83	0,3630803
20-35	63	(82,90%)	59	(77,63%)	0,72	[0,30-1,72]	0,66	0,4149825
>35	12	(15,79%)	13	(17,10%)	1,10	[0,40-2,82]	0,00	1,0000000
moyenne	31,1±6,5 ans		29,19±6,1 ans		t=1,858 ; p=0,065			
Parité								
1	9	(11,84%)	23	(30,3%)	3,23	[1,29-8,28]	7,76	0,0053465
2-3	28	(36,84%)	11	(14,5%)	0,29	[0,12-0,68]	9,97	0,0015930
4-6	22	(28,94%)	13	(17,1%)	0,51	[0,22-1,17]	3,01	0,0829264
≥ 7	17	(22,6%)	29	(38,2%)	2,14	[0,99-4,64]	4,49	0,0341151
moyenne	5,5±3,23		4,8±2,95		t=1,482 ; p=0,140			
Gestité								
Primigestes	6	7,89%	10	13,16%	1,77	[0,55-5,84]	1,12	0,29043
Paucigestes	14	18,42%	4	5,26%	0,25	[0,06-0,86]	5,10	0,238642
Multigestes	56	73,68%	62	81,58%	1,58	[0,68-3,68]	1,36	0,02428
moyenne	5,4±3,00		5,9±3,38		t= 0,964 ; p=0,336			
CPN								
Suivi	49	64,47%	21	27,63%	0,21	[0,10-0,44]	20,76	0,0000052
Non suivi	27	35,53%	55	72,37%	4,75	[2,26-10,07]	20,76	0,0000052

La tranche d'âge comprise entre 20 et 35 a été majoritaire parmi les parturientes avec urgence en salle de travail soit 77,63% de cas versus 82,90% de témoins. L'âge moyen de ces parturientes était de 29,193 ans (Sd : 6,10) contre 31,1 ans (Sd : 6,5). Cet écart d'âge observé est peu significatif : $t=1,858$; $p=0,065$. Les âges extrêmes multiplient respectivement le risque d'accoucher en urgence par 4,17 et 1,10. Les parités et gestités extrêmes étaient associées à la survenue des urgences obstétricales (parité OR= 3,23 et 2,14 ; gestité OR=1,77 et 1,58). L'absence de CPN multiplie le risque de survenue des urgences en salle d'accouchement par 5 (OR=4,75, Ic=2,26-10,07) ; $p<0,000000$

Tableau IV : Répartition de cas selon les antécédents des parturientes

Autres ATCD	Témoins (n=76)		Cas (n=76)		OR	IC à 95%	X ²	p-value
Autres ATCD								
HTA	2	2,63%	5	6,58%	2,61	[0,43-20,11]	0,60	0,4389542
Hgie de la délivrance	3	3,95%	4	5,26%	1,35	[0,24-7,94]	0,00	1,0000000
Prématurité	9	11,84%	9	11,84%	1,00	[0,34-2,96]	0,00	1,0000000
Placenta Prævia	1	1,32%	5	6,58%	5,28	[0,58-122,46]	1,56	0,2114247
HRP	1	1,32%	3	3,95%	3,08	[0,28-78,73]	0,26	0,6123571
Déchirure des parties molles	6	7,89%	8	10,53%	1,37	[0,40-4,75]	0,31	0,5748104
Rupture utérine	1	1,32%	4	5,26%	4,17	[0,42-100,29]	0,83	0,3630003
Diabète	1	1,32%	2	2,63%	2,03	[0,14-57,77]	0,00	1,0000000
Myomectomie	2	2,63%	4	5,26%	2,06	[0,31-16,73]	0,17	0,6770058
Macrosomie	5	6,58%	3	3,95%	0,58	[0,11-2,94]	0,13	0,7164244
Faible poids de naissance	10	13,16%	7	9,21%	0,67	[0,21-2,05]	0,60	0,4400782
Dystocie	8	10,53%	2 1	27,63%	3,25	[1,24-8,71]	7,20	0,0072840
Avortement	21	27,63%	2 1	27,63%	1,00	[0,46-2,16]	0,00	1,0000000
Césarienne	12	15,79%	2 7	35,52%	2,94	[1,27-6,88]	7,76	0,0053405
Sans ATCD	7	9,21%	4	5,26%	0,55	[0,13-2,21]	0,39	0,5312473

Plusieurs antécédents ont été retrouvés parmi les parturientes dans un état d'urgence en salle de travail. La dystocie et l'avortement (27,63%) , la césarienne (35,52%) et la prématurité (11,84%) ont été les ATCD les plus fréquents. Bien que le placenta prævia (OR=5,28), la rupture utérine (OR=4,17) et l'hématome rétro placentaire (3,08) ont multiplié le risque de survenue des urgences, seuls la dystocie et la césarienne en ont été les facteurs associés.

3 Pronostic d'accouchement :

Tableau V : Répartition des urgences selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Témoins		Cas		OR	ICà95%	X ²	p-value
	(n=76)		(n=76)					
Voie basse	74	97,37%	11	14,47%	0,00	[0,00-0,02]	105,93	0,0000000
Voie haute	2	2,63%	65	85,53%	218,64	[42,75-1510,7]	105,93	0,0000000
Pronostic maternel								
Survivant	76	100,00%	74	97,37%	0,00	[0,00-4,09]	0,51	0,4765854
Décédé	0	0,00%	2	2,63%	indéf	Indéf	0,51	0,4765854
Pronostic foetal								
Survivant	69	90,79%	48	63,16%	0,17	[0,06-0,46]	16,37	0,0000521
Décédé	7	9,21%	28	36,84%	5,75	2,17-15,84	16,37	0,0000521

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus indiqué chez les parturientes en état d'urgence en salle de travail soit 85,33% contre 2,63% seulement chez les témoins. Cette différence observée est très significative ($p=0,0000000$). Une situation urgente en salle de travail multiplie la fréquence de césarienne par 218 (OR=218,64) et la mortalité périnatale par 6 (OR=5,75) $p=0,0000521$.

Le taux de décès maternel a été plus élevé (2,63%) chez les parturientes en état d'urgence. ($p=0,4765854$).

DISCUSSION

1. Prévalence et nature des urgences : Les urgences obstétricales ont été fréquentes dans notre étude. Sur 1260 accouchements nous avons enregistré 76 urgences obstétricales soit une fréquence de 6,03% avec la souffrance fœtale aigue comme entité principale dans notre milieu soit 50,0% de cas d'urgence suivie des hémorragies du troisième trimestre dans une proportion de 38,15% et particulièrement l'hémorragie due au placenta prævia. Leurs prévalences respectives par rapport à l'ensemble d'accouchement ont été estimées à 3,01% et 2,30%. Cette fréquence de 6,03% supérieure à celle du Togo de 2,65%, du Gabon de 3,15% et du Mali de 5,2%^{3,14} pourrait s'expliquer par le fait que la maternité Bonzola est parmi les deux structures principales de référence pour la province du Kasai-Oriental et par conséquent constitue un véritable carrefour des urgences obstétricales en province et particulièrement dans la ville de Mbujimayi. Les prévalences superposables voire plus élevées que la notre sont observées aussi dans d'autres (4, 11, 13, 17, 25). La qualité de la surveillance de la grossesse et du travail sont les atouts à notre portée pour prévenir ces accidents qui gravent le pronostic materno-fœtal.

2. Profil des parturientes

2.1 Age maternel : La tranche d'âge de 20-35 ans a été la cible des urgences obstétricales avec 77,63% de cas versus 82,90% des témoins avec une différence peu significative mais seuls les âges extrêmes ont été identifiés à risque dans cette étude. L'âge moyen des patientes a été de 29,19 ans (Sd : 6,1) avec des extrêmes allant de 15 à 51 ans. Elle correspond à la période d'activité obstétricale intense (4, 25, 30). 5,26% de nos patientes avaient moins de 20 ans contre un seul cas enregistré chez les témoins. L'urgence dans le jeune âge pourrait s'expliquer par l'immaturité physiologique des patientes ainsi que le mariage précoce (16). Nos résultats corroborent ceux observés au Mali^{6,9} où la tranche d'âge comprise entre 20 et 34 ans était plus concernée avec 49% de cas et les âges extrêmes en représentaient près de 50% contre 22,36% dans notre série. L'âge moyen trouvé dans notre série est dans la fourchette de ceux

trouvés dans la littérature soit de 22,5 ans (Sd : 7,1) à 31 (Sd : 6) (4, 9, 11, 13, 14, 26, 30). En effet, les grossesses chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductives sont considérées comme à haut risque (9, 16, 25). La littérature rapporte des taux élevés de complications de l'accouchement et du devenir de la grossesse pour ces deux groupes de femmes par rapport à celles âgées d'une vingtaine d'années¹⁶. Théoriquement sur bases de préjudices vasculaires marqués par l'hypo vascularisation évoquée chez l'adolescente et la baisse du flux sanguin utéro placentaire observé chez la femme âgée, on pourrait s'attendre à des risques comparables aux deux extrêmes (14,16).

2.2 Parité : Les parités extrêmes (Primipare 30,3% et Grande multipare 38,2%) ont constitué la cible des urgences obstétricales dans notre milieu. Elles multiplient respectivement ce risque par 3 (OR 3,23) et par 2 (OR 2,14). Au CHU de Brazzaville, les admissions aux urgences obstétricales étaient plus représentées par les primipares (42%) (30). Dans leur série, la primiparité était associée à la pré éclampsie et l'éclampsie dans la majeure partie des cas admis (30). Au Benin, ce sont les multipares (34,59%) et les primipares (27,83%) qui étaient majoritaires (25). De manière isolée, une étude faite sur la rupture utérine en Cote d'Ivoire révèle que la parité ≥ 4 constituait un facteur de risque pour cet accident (11). Ainsi donc, la gravidopuérpualité de cette catégorie de gestantes est émaillée de beaucoup des problèmes obstétricaux du fait de l'immaturité et l'inexpérience des primipares d'une part et de la fragilité de l'utérus de multipares d'autre part (11, 16, 26).

2.3 Les consultations prénatales : Près de trois quart de grossesses (72,37%) de nos parturientes avec urgence obstétricale n'avaient pas été suivies, multipliant ainsi le risque de survenue d'une urgence obstétricale par 5 (OR=4,75) alors que chez les témoins dans près de deux tiers de cas (64,47%), les CPN ont été un facteur de protection contre les urgences obstétricales (OR=0,21) avec une différence avérée très significative. Ce constat est fait également au Gabon à Libreville où la moyenne de CPN était de $2\pm 1,8$ ¹⁴; au Mali, le taux de CPN est de 13%, il est de 20% au Niger et de 53% au Burkina Faso⁷. Au CHU de Bouaké en Cote d'Ivoire, le nombre de CPN (≤ 2) avait constitué un facteur de risque de survenue des ruptures utérines (11). Nous constatons que la plupart des parturientes avec urgence obstétricale n'avaient pas suivi les CPN et se sont présentées seulement lors du travail comme c'est le cas à la maternité Bonzola. Certes, le suivi prénatal constitue une activité préventive efficace permettant d'améliorer l'issue de grossesse, leur nombre ne suffit pas, il faut

ajouter à cela la qualité pour une meilleure efficacité dans la surveillance prénatale (4).

2.4 Les antécédents des parturientes : Plusieurs antécédents ont été identifiés dans la présente étude mais ceux de césarienne (35,52%), de dystocie (27,63%), d'avortement (27,63%) et de prématurité (11,84%) ont été les plus fréquents chez nos parturientes ayant présenté une urgence en salle de travail d'accouchement. Le placenta prævia (OR=5,28), la rupture utérine (OR=4,17) et l'hématome retro-placentaire (OR=3,08) certes, multiplient le risque de survenue d'urgences en salle de travail mais seuls les antécédents de césarienne et de dystocie ont constitué les facteurs associés aux urgences obstétricales. A Bouaké, en Côte d'Ivoire, les utérus cicatriciels étaient considérés comme facteur de risque de survenue de la rupture utérine¹¹. Lansac pour sa part estime le risque relatif de rupture utérine et le placenta prævia à 5 (RR=4,5) après une intervention chirurgicale sur l'utérus (31). Dans une étude multi variée au Burkina Faso utilisant la régression logistique, six facteurs de risque avaient été retenus comme étant associés à la survenue des urgences obstétricales parmi eux l'antécédent de césarienne multipliait le risque de morbidité maternelle sévère par 7 (OR : 6,9) (12). Nos résultats sont superposables à ceux de la majorité de pays en voie de développement.

3. Le pronostic d'accouchement

3.1 Le mode d'accouchement : Le pronostic d'accouchement dépend principalement de la nature de l'urgence obstétricale en cours et des antécédents associés dont la plupart paraissent comme des véritables facteurs des risques. Dans la présente étude, dans 9 cas sur 10 l'accouchement s'est soldé par la césarienne soit 85,53% contre 3 sur 10 (2,63%) chez les témoins avec une différence très significative ($p=0,0000000$). Un taux proche du notre a été trouvé au CHU de Cocody d'Abidjan soit 83% de cas de césarienne pratiquée en urgence (513/618 cas) (13). La césarienne étant un acte chirurgical de sauvetage fœto-maternel est l'issue la plus fréquente des accouchements dans la majorité de cas des urgences obstétricales en salle de travail. Au Mali, le taux varie entre 20 et 76,1% (33), au Gabon de 26,2% (14) et à la maternité de District Malgache de 57,4% (232/404) dont la prévalence réelle est de 20,80% (232/1115) (4). A Cotonou, le taux de césarienne en urgence est de 57,26% (25) et au CHU de Brazzaville, le taux est de 46%³⁰. Ainsi, le taux le plus élevé des césariennes est celui observé dans notre série mais aussi dans les séries de l'hôpital régional de Zouerate de Nouakchott (17) et du CHU de Cocody. Cette disparité des résultats pourrait être expliquée par la diversité des urgences selon les pays, le moyen et la qualité de la prise en charge

disponible ainsi que les habitudes de chaque obstétricien. Il est à noter tout de même que ces taux restent encore élevés en Afrique en marge de recommandations de l'OMS qui le fixe en dessous de 15%^{17,34}. Ce taux élevé prouve à suffisance de la faiblesse dans notre système de surveillance prénatale, la surveillance au cours du travail d'accouchement et du retard coupable d'évacuation des malades vers le centre de référence et soit alors du non respect de CPN par les gestantes.

3.2 La mortalité maternelle : Le taux de mortalité maternelle (2,63%) dans notre milieu est inférieur à ceux retrouvés dans la plupart des pays Africains : 13,08% au Mali (9) ; 13,11% au Togo (3), 5,79% au CHU de Bouaké en Côte d'Ivoire avec les ruptures utérines (11), 4,55% au CNHU de Cotonou au Bénin (25). Les taux les plus élevés sont retrouvés au CHU de Brazzaville et au CHU du Point G au Mali (13,1 et 20%)^{9,30}. Les principales causes de ces décès étaient l'hémorragie et l'anémie. Le mauvais état général des patientes, aggravé par les conditions difficiles de la référence pourraient être l'explication du taux élevé de mortalité maternelle dans notre milieu.

3.3 La mortalité périnatale : Le pronostic périnatal a été très sévère au cours de cette étude. En effet, 36,84% des fœtus sont morts au cours des urgences obstétricales. Accoucher en situation d'urgence multiplie ce risque par 6 dans notre milieu (OR 5,75). Ce taux reste élevé à ceux des auteurs ; 15,44% au CNHU de Cotonou (25), 11,6% au CHU de Cocody d'Abidjan (13). Il faut noter aussi que des taux plus élevés sont rapportés dans la littérature notamment dans la série de la maternité du District Malgache où il est de 51,57%⁴ et dans celle du Centre Hospitalier Régional de Sokodé au Togo, 52,45% avec une prévalence très élevée pour la rupture utérine (83,33%) et l'hématome retro-placentaire (80%) (3). A Bouaké le pronostic prénatal était catastrophique avec 92,6% de décès fœtal au cours de rupture utérine (11).

CONCLUSION

Cette étude a permis de comprendre que les urgences obstétricales sont un réel problème de santé publique dans notre milieu à cause du pronostic très réservé qu'elles imposent au couple mère et enfant. La mortalité maternelle et périnatale est très élevée dans notre milieu. La prévention de ces urgences gravissimes doit être faite par les consultations prénatales de bonne qualité, une surveillance rigoureuse du travail et une évacuation à temps vers le centre de référence équipé, en matériel et en personnel en nombre et qualité requis ; ce qui manque cruellement dans beaucoup de structures médicales de pays en développement.

Tous les efforts doivent être concentrés sur l'augmentation des capacités des prestataires de soins sur la surveillance de qualité de la grossesse, le diagnostic précoce de l'urgence et la référence des malades à qui de droit dans les meilleurs délais pour une prise en charge rationnelle. Tout le monde est concerné ; l'Etat, les prestataires, les gestantes et la population.

Liste des abréviations :

- ATCD : antécédent ; CHU : Centre Hospitalier Universitaire ; CPN : Consultation Périnatale ; Logiciel SSP : Smith's Statistical Package ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé ; OR : Odds Ratio ; Vs : Versus ;

Conflit d'intérêt : aucun

Contribution des auteurs

- (1) **KADIMA MUTOMBO. C.** : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (2) **MUMBA MUKANDILA. M.** : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse et interprétation des données ;
- (3) **BIAYI MIKENJI. J.** : contribution substantielle à la conception et à la configuration, à l'acquisition de données, à l'analyse, interprétation des données et à la supervision de tout le travail ;

Information sur les auteurs

- **K.M.C** : Médecin Directeur à l'Hôpital Général de Référence /CHU Saint Sauveur et assistant Senior en Gynécologie-Obstétrique à l'Université officielle de Mbuji mayi (UOM) ;
- **M.M.A** : Médecin et assistant junior en Gynécologie-Obstétrique à l'Université de Kabinda (UNIKAB) ;
- **B.M.J** : Médecin, Professeur Associé en Gynécologie-Obstétrique à l'Université Officielle de Mbuji mayi (UOM), à l'Université de Mbuji mayi (UM) et à l'Université de Kabinda (UNIKAB) et Président du conseil d'administration de l'Hôpital Général de Référence /CHU Saint Sauveur.

REFERENCES

1. **LABASSOU DISSA**, étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002-2003 à propos de 1265 cas, thèse, université de Bamako, faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie, Mali 2005
2. **DRAMANE COULIBALY**, étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 293 cas, thèse, université de Bamako, faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie, Mali 2007
3. **AKPADZA K., BAETA S., HODONOU A.K.S.** Fréquence et pronostic de quatre grandes urgences médico-obstétricales au centre hospitalier régional de Sokode. Médecine d'Afrique Noire :1996,43(11)
4. **SOLOFOMALALA GD, RANDRIAMALALAARIJAONA RT, RASENDRAMINO MH, RATSIVALAKA R; CANONNE F.** Les urgences gynéco-

obstétricales dans une Maternité de District Malgache. Revue tropicale de chirurgie 1(2007)67-70

5. **OMS.** Rapport synthèse du lancement du guide des recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique. Bamako, Mali, du 21 juillet 2009
6. **FOURN L, LOKOSSOU, FAYOMI EB, YACOUBOU M.** Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin. Médecine d'Afrique Noire :2000,47(1)
7. **PRUAL. A.** Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999, vol 11, no 2, 167-185
8. **MAFART B.Y.** Approche de la mortalité maternelle au moyen âge en Provence. Actes des 6^é journées anthropologiques. Dossiers de documentation archéologique no 17, C.N.R.S. édit, Paris
9. **COULIBALY Y, GOITA D, DICKO H, DIALLO B, DIALLO D, KEITA M, DOUMBIA D, DIALLO AK.** Morbidité et mortalité maternelles en réanimation en milieu tropical. Saranf R.A.M.U.R tome 16 no2 2011
10. **BOUVIER-COLLE M-H, M. PHILIBERT.** Epidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation 16 (2007) 358-365
11. **KOUAKOU P., DJANHAN Y., DOUMBA Y., DJANHAN L., OUARTARA M.,** les ruptures utérines: aspects épidémiologiques et pronostic foeto-maternel a la maternité du CHU de Bouaké, édition CAMES-série A, vol 05, cote d'ivoire 2007
12. **OUDDRAOGO C, TESTA J, SONDO B, KONE B.** Analyse de facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina-Faso, Médecine Afrique noire 2001- 48
13. **PETE Y, OUATTARA A, KOFFI N, ABHE CHIAKE, SANOU J, ITEKE F, KANE M.** Césariennes en urgence: pronostic materno-foetal au CHU de Cocody d'Abidjan. Saranf R.A.M.U.R tome 17 no 1-2012
14. **SOSTHENE MAYI-TSONGA, MEYE JF, TAGNE A, NDOMBI I, THIerno DIALLO, OKSANA L, MENDOME G, MOUNANGA M.** Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon. Cahiers d'études et de recherches francophones /Santé. Volume 17. Numéro 2. 111-5, Avril-Mai-Juin 2007
15. **TRAORE Y.** Les urgences gynécologiques et obstétricales. Développement Santé Formation permanente des acteurs. Hôpital Gabriel Touré, Bamako, Mali 2008
16. **TEBEU PM, MAJOR A.L, LUDICKE F, OBAMA AMT, KOUAM L; DOH A.S.** Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive, revue médecine Liège 2004,59 :7-8 ; 455-459
17. **MOHAMED EL BECHIR, MOHAMED EL HAFED DIYANA.** La prévalence de la césarienne à l'hôpital régional de Zouerate. Université de Nouakchott. 2011

18. **GHIGLIONE S., POTTECHER J., TSATSARIS V., MIGNON A.**, Pré-éclampsies et éclampsies : données actuelles, édition cedex, Paris 2010
19. **HAMEL V, PENVERME Y, DEBIERRE V, BERTHIER F**. Régulation des urgences obstétricales. Samu 44, CHU, pole urgences. Nantes 2010
20. **DUFLO .F, ALLAOUCHICHE. B, CHASSARD.D.** Urgences anesthésiques obstétricales. Editions scientifiques et médicales, Elsevier SAS et SFAR 2000 p.43-60
21. **DUFON P, VINATIER Y, BENNANIS, TORDJEMAN N.** Procidence du cordon : Revue de la littérature à propos de 50 observations. J. Gynecol. Biol Reprod, 1996, 25,841-845
22. **BOUYAD SALMA**, la procidence du cordon à propos de 97 cas, thèse 2011, université sidi Mohammed ben abdallah, faculté de médecine
23. **MARRET H, JACQUEMIER B** : La rupture prématurée des membranes. Dans : Conduite à tenir : LANSAC J, BODY G, PERROTIN F et MARRET H.(Eds) Pratique de l'accouchement, édition Masson, Paris, 2001 p 263
24. **FATIMA EZ-ZAHARA HASSANI**. Délai de prise de décision devant une urgence obstétricale, Casablanca 2008
25. **TSHABU-AGUEMON C, DENAKPO J, ADISSO S, MAMPASSI E, DE SOUZA J.** Mortalités maternelles et périnatales liées aux références obstétricales à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou. Saranf R.A.M.U. R tome 17 no 1-2012
26. **BOYOMA BWANA MASALA**. Etude de la fréquence des urgences obstétricales à l'hôpital général de référence de Kamina. Université de Kamina RDC 2011
27. **MARIANNE P, BOISBRAS F, MARIE HELENE BOUVIER C**, Epidémiologie de la mortalité maternelle en France : Fréquence, facteurs et causes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 50, France 2006
28. **THIORO M.** Les évacuations sanitaires d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré. thèse, université de Bamako, faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie, Mali, 1995 N°17
29. **PRUAL A.** La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : Théorie et Pratique, méd Trop 2004 ;64 :569-575
30. **OTIOBANDA GF, MAHOUNGOU-GUIMBI KC, ITOUA C, ELLENGE MBOLLA FB, SOUSSA RG.** Morbidité et mortalité gravido-puerpérale dans un service de réanimation polyvalente. Saranf R.A.M.U.R tome 17 no 2 – 2012
31. **DUMAS A.M, BERLAND M.** Une hémorragie en début de travail: conduit à tenir. Dans : Conduite à tenir : LANSAC J, BODY G, PERROTIN F et MARRET H.(Eds) Pratique de l'accouchement, édition Masson, Paris, 2001 p 303
32. **DIALLO Y .DIALLO AB. SYT. ; SYLLA MK. , DIALLO FB .ONIVOGUI G.DIALLO**, indication de la césarienne à propos de 143 cas observés à la clinique gynécologique obstétrique du CHU Ignace DEEN, sagou-Bamako 2003
33. **RACINET C, BOUZID F.** Césarienne : Dans : THOULON (Eds) Obstétrique. Ellipses ,1995 p 821-834