

LES URGENCES OBSTÉTRICALES À L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE PARAKOU AU BÉNIN : ASPECTS CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS

Blaise Adelin Tchaou

UER en Anesthésie-Réanimation et en Médecine d'Urgence,
Faculté de Médecine, Université de Parakou (Bénin)

Nouessewa Fanny Maryline Hounkponou

Kabibou Salifou

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,
Université de Parakou (Bénin)

Eugène Zoumenou

Martin Chobli

UER en Anesthésie-Réanimation et en Médecine d'Urgence,
Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi (Bénin)

Abstract

Objective: To describe the clinical, therapeutic and outcome aspects of emergency obstetric care at the University Hospital of Parakou in Benin. **Patients and methods:** This was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection. It covered a period of 6 months (14 January to 14 July 2013) and involved 507 patients. **Results:** The intake frequency of obstetrics emergencies was 31.8%. The mean age of patients was 26.7 ± 6.2 years, ranging from 15 to 45 years. The admission average time was 32 ± 27.8 hours. The mean gravidity was 3.21 ± 2.16 and the mean parity was 2.00 ± 2.13 . The major identified emergency obstetrics groups were: dystocia (32.1%), hemorrhagic emergencies (21.7%), hypertensive emergencies (16.4%), fetal hypoxia (15.2%), the infectious emergencies (12.4%) and anemia on pregnancy (2.2%). The average hospital stay was 4.0 ± 3.4 days with a range of 1 to 23 days. Maternal mortality was 0.4%. Fetal mortality was 9.2% and was related to the occurrence of antepartum hemorrhage ($p = 0.001$), poor monitoring of antenatal care ($p = 0.001$) in obstructed labor ($p = 0.001$), and the presence meconium in the amniotic fluid ($p = 0.001$). **Conclusion:** Obstetrics emergencies are common in the maternity of the University Hospital of Parakou. Reducing the morbidity and mortality associated with obstetric emergencies happen by improving the

quality of care for the education of patients to consult early to improving the technical platform and the introduction of insurance universal health.

Keywords: Obstetrics emergencies, obstetrics and neonatal emergencies, morbidity, mortality

Résumé

Objectif : Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données. Elle a couvert une période de 6 mois (14 janvier au 14 juillet 2013) et a concerné 507 patientes.

Résultats : La fréquence d'admission des urgences obstétricales était de 31,8%. L'âge moyen des patientes était de $26,7 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Le délai moyen d'admission était de $32 \pm 27,8$ heures. La gestité moyenne était de $3,21 \pm 2,16$ et la parité moyenne était de $2,00 \pm 2,13$. Les grands groupes d'urgences obstétricales identifiées étaient : les dystocies (32,1%), les urgences hémorragiques (21,7%), les urgences hypertensives (16,4%), les hypoxies fœtales (15,2%), les urgences infectieuses (12,4%) et les anémies sur grossesse (2,2%). La durée moyenne d'hospitalisation était de $4,0 \pm 3,4$ jours avec des extrêmes de 1 à 23 jours. La mortalité maternelle était de 0,4%. La mortalité fœtale était de 9,2% et était liée à la survenue d'hémorragie en antépartum ($p = 0,001$), au mauvais suivi des consultations prénatales ($p = 0,001$), au travail dystocique ($p = 0,001$), et la présence du méconium dans le liquide amniotique ($p = 0,001$).

Conclusion: Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passera par l'amélioration de la qualité de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et l'instauration d'une assurance maladie universelle.

Mots clés : urgences obstétricales, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, morbidité, mortalité.

Introduction

La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes l'issue de la grossesse peut-être fatale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2013, 289 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et

la plupart auraient pu être évités (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). En 2010, l'Allemagne, la France et le Japon avaient respectivement pour ratios de mortalité maternelle 7, 8 et 5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Par contre, en Afrique, les taux demeurent encore élevés. Ainsi, l'Égypte, l'Angola et l'Afrique du Sud ont respectivement obtenus des ratios de 66, 450 et 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Organisation Mondiale de la Santé, 2013).

Au Bénin en 2010, sur 100 000 naissances vivantes, 350 femmes sont mortes des complications d'accouchement et des suites de couches (Organisation Mondiale de la Santé, 2013). Face à cette situation dramatique des systèmes d'audits cliniques ont été initiés au plan national en vue d'identifier les causes des décès fœto-maternels et de proposer des solutions pour pallier aux insuffisances liées à la gestion des urgences obstétricales et par ricochet améliorer leur pronostic. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin.

Patientes et méthodes

L'unité des soins intensifs de la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou en République du Bénin a servi de cadre d'étude. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données. Elle a été réalisée durant 06 mois (du 14 janvier 2013 au 14 juillet 2013) et a reçu l'approbation du comité d'éthique institutionnel. La population d'étude était constituée de toutes les femmes admises aux soins intensifs pour une pathologie aiguë survenue sur grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours des suites de couches et pour laquelle un diagnostic précis et un traitement rapide étaient nécessaires afin de préserver le pronostic vital maternel et/ou fœtal. L'échantillonnage était exhaustif. Nous avons suivi les patientes dès leur admission à la maternité jusqu'à leur sortie. La collecte des données a été faite à partir des fiches de référence, des fiches d'admission aux urgences, des registres d'accouchement, des dossiers des soins intensifs et des comptes rendus opératoires et d'anesthésies. Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques, les données thérapeutiques et celles de l'évolution et du pronostic. L'analyse des données a été faite au moyen du logiciel Epi Info version 3.5.3. Les tests statistiques (Chi-carré et Fischer) ont été utilisés pour déceler une éventuelle dépendance entre les variables. Pour un $p < 0,05$, les différences étaient considérées comme étant significatives.

Résultats

Données sociodémographiques

Durant la période d'étude, 1596 femmes ont été admises à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou. Il s'agissait de 1231 cas obstétricaux dont 507 cas d'urgences (31,8%) et de 365 cas de pathologies gynécologiques. Neuf cent quarante huit accouchements ont été effectués dont 904 naissances vivantes. Les urgences obstétricales ont représenté 53,5% des accouchements et 56,1% des naissances vivantes. L'âge moyen des patientes était de $26,7 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des patientes de 20 et 34 ans (76,1%). La gestité moyenne était de $3,21 \pm 2,16$ et la parité moyenne était de $2,00 \pm 2,13$. Plusieurs catégories professionnelles avaient été recensées : femmes au foyer (40,4%), travailleuses indépendantes (38,9%), étudiantes / élèves (11,2%), salariées (9,5%).

Données cliniques et paracliniques

Dans notre série, 51,5% des patientes avaient été référées d'un autre centre de santé contre 45% des patientes admises en consultation directe et 3,5% de transférées d'un autre service de l'hôpital. Le délai moyen d'admission était de $32 \pm 27,8$ heures avec des extrêmes de 1 heure et 210 heures (8 jours 18 heures). Seules 2,2% des patientes ont bénéficié d'un transport médicalisé. Les autres moyens de transport étaient : les voitures de transport en commun (78,9%), les motos (9,9%) et les véhicules des sapeurs pompiers (9%). Parmi les patientes référées, 21,5% des cas avaient été annoncé par communication téléphonique, 7,8% d'entre elles avaient un abord veineux de sécurité déjà en place et 4,5% d'entre elles avaient été accompagnées d'une sage-femme ou d'une infirmière. Les antécédents gynéco-obstétriques retrouvés étaient : la césarienne (11,4%), les fausses couches (22,3%), la mort in utero (1,5%) et les morts nés (5,7%). Les antécédents personnels médicaux identifiés étaient : l'hypertension artérielle (3,7%), la drépanocytaire (1,5%), l'hépatite virale B (0,6%) et des patientes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (0,7%). **Le tableau 1** montre la répartition des patientes en fonction de la classe socioprofessionnelle et du nombre de consultation prénatale effectuée.

Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de la classe socioprofessionnelle et du nombre de consultation prénatale effectuée.

	0 CPN n(%)	1CPN n(%)	2CPN n(%)	3CPN n(%)	≥ 4CPN n(%)	Total N(%)
Femmes au foyer	49(9,7)	30 (5,9)	32 (6,3)	49 (9,7)	45 (8,8)	205 (40,4)
Travailleuses indépendantes	29(5,7)	20(4)	34(6,7)	42(8,3)	72(14,2)	197(38,9)
Etudiantes/élèves	10(2)	7(1,3)	8(1,6)	13(2,5)	19(3,8)	57(11,2)
Salariées	3(0,5)	6(1,2)	8(1,6)	12(2,4)	19(3,8)	48 (9,5)
Total	91(17,9)	63(12,4)	82(16,2)	116(22,9)	155(30,6)	507(100,0)

CPN : Consultation prénatale n : nombre

L'âge gestationnel moyen était de $33,3 \pm 9,3$ SA (semaine d'aménorrhée) avec des extrêmes de 6 et 43 SA. **Le tableau 2** présente la répartition des patientes en fonction du moment gestationnel de survenue de l'urgence obstétricale.

Tableau II: Répartition des patientes en fonction du moment de survenue de l'urgence obstétricale et de l'âge gestationnel.

	Effectifs	%
1^{er} trimestre (<15SA)	39	7,7
2^{ième} trimestre (15 – 28SA)	31	6,1
3^{ième} trimestre		
Pré-terme (28 – 36SA)	94	18,5
A terme (37 – 39 SA)	198	39,1
Post-terme (40 – 43SA)	65	12,8
Postpartum	80	15,8
Total	507	100,0

Les signes de gravité clinique objectivés à l'admission étaient : une poussée hypertensive (21,1%), une hyperthermie (12,3%), une anémie clinique (11,2%), un état de choc (5,4%), un coma (3,8%), des crises convulsives (1,4%), un ictère (1%). Les signe de gravité paraclinique objectivés étaient : une anémie biologique grave (8,1%), une thrombopénie (6,3%), une albuminurie ≥ 3 croix (7,3%), une insuffisance rénale aiguë (1,6%), un temps de coagulation allongé (1%) et une hypoglycémie (0,6%). **Le tableau 3** montre la répartition des patientes en fonction des différentes urgences obstétricales identifiées.

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction des différentes urgences obstétricales.

	Effectifs	%
Dystocies	163	32,1
Anomalies du bassin	87	17,1
Dystocies cervicales	74	14,6
Rétention du 2 ^{ème} jumeau	2	0,4
Urgences hémorragiques	110	21,7
Hémorragie du post-partum	57	11,3
Grossesse extra-utérine	24	4,7

Avortement hémorragique	13	2,6
Placenta prævia hémorragique	12	2,3
Hémorragie rétroplacentaire	4	0,8
Urgences hypertensives	83	16,4
Prééclampsie sévère	49	9,6
Poussée hypertensive	25	4,9
Eclampsie	9	1,8
Hypoxies fœtales	77	15,2
S F A de Causes non funiculaires	50	9,9
S F A de Causes funiculaires	27	5,3
Urgences infectieuses	63	12,4
Paludisme grave	29	5,7
Sepsis	15	2,9
Infection ovulaire	11	2,2
Endométrite post-partum	8	1,6
Anémie sur grossesse	11	2,2
Carence martiale	7	1,4
Drépanocytose	4	0,8
Total	507	100

S F A : Souffrances Fœtales Aiguës

Données thérapeutiques

Dans notre série 17,5% des patientes avaient été transfusé pour cause d'anémie grave et 60,2% des patientes avaient bénéficié d'un remplissage vasculaire. Les poussées hypertensives avaient été traitées par l'administration de Nicardipine (Loxen^R) dans 12,2% des cas. Le sulfate de magnésium a été utilisé pour traiter ou pour prévenir les crises convulsives dans 9,3% des cas. Trois cent trente sept accouchements ont été effectués dont 53,4% par voie basse et 46,6% par césarienne. Un cas de césarienne a été suivi d'hystérectomie pour hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Outre les césariennes, 12,9% des patientes avaient bénéficié d'une laparotomie soit pour une grossesse extra-utérine (12,4%) soit pour une pelvipéritonite (0,5%) et un examen sous valves a été réalisé chez 5,7% des patientes. Les interventions chirurgicales ont été réalisées sous anesthésie. La durée moyenne des interventions était de $33,7 \pm 16,8$ minutes avec des extrêmes de 15 et 95 minutes. Les différentes techniques anesthésiques utilisées étaient: la rachianesthésie (72%), l'anesthésie générale avec intubation orotrachéale (21,8%) et l'anesthésie générale au masque (6,2%). Parmi les 54 patientes opérées sous anesthésie générale les complications per opératoires objectivées étaient: le choc hypovolémique (18,5%), l'hypotension artérielle (11,1%), la crise convulsive (1,9%), la coagulation intra vasculaire disséminée (1,9%) et une intubation difficile (1,9%). Parmi les 139 cas de rachianesthésies réalisées, les complications per opératoires

objectivées étaient : l'hypotension artérielle (54%), le choc hypovolémique (2,9%) et l'échec de la rachianesthésie (1,9%).

Données évolutives et pronostiques

La durée moyenne d'hospitalisation était de $4,0 \pm 3,4$ jours avec des extrêmes de 1 et 23 jours. L'évolution a été favorable pour 505 patientes (99,6%) et deux patientes (0,4%) sont décédées. Ces décès maternels étaient survenus à la suite d'un cas de HELLP syndrome compliquant une prééclampsie sévère et d'un cas d'état de choc septique décédé 4 heures environ après admission. La mortalité fœtale était de 9,2%. Sur les 337 accouchements effectués nous avons enregistré 21 mort-nés frais (6,2%) et 10 mort-nés macérés (3%). **Le tableau 4** montre la répartition des accouchées en fonction des facteurs de mauvais pronostic fœtal.

Tableau IV : Répartition des accouchées en fonction des mauvais facteurs de pronostic fœtal.

	Nombre d'accouchement N (%)	Décès N (%)	Survie N (%)	P*
Survenue d'urgence hémorragique	20 (5,9)	8 (2,3)	12 (3,6)	0,00
Liquide amniotique méconial	60 (17,8)	7 (2,1)	53 (15,7)	0,00
Nombre de CPN<4	189 (56,1)	21 (6,2)	168 (49,9)	0,00
Survenue d'urgence dystocique	143 (42,4)	8 (2,3)	135 (40,1)	0,00

N : nombre

*p est significatif (<0,05)

Discussion

La fréquence d'admission des urgences obstétricales objectivée dans notre étude est comparable à celle rapportée par Boyoma (2011) à Kamina en République Démocratique du Congo (29,6%). Par contre nos fréquences d'accouchements et de naissances vivantes sont largement supérieures à celles rapportées par certains auteurs notamment Steven et al. (2012) en Amérique (0,6%), Zouini et al. (2006) au Maroc (2,4%) et Oliveira et al. (2006) au Brésil (2,1%). Ces fréquences rapportées montrent que les urgences obstétricales restent en général un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en voie de développement et témoignent du niveau de développement du système sanitaire de ces pays. L'âge moyen de nos patientes et la tranche la plus représentée étaient conforme aux données de la littérature internationale (Zouini et al., 2006 ; Saïzonou et al., 2006 ; Mayi-Tsonga et al., 2007 ; Oliveira et al., 2013). Dans notre série, la couche socioprofessionnelle la plus concernées est identique à celle rapportée par d'autres auteurs (Saïzonou et al., 2006 ; Beye et al., 2012). Ces femmes à faible revenu sont soumises à des stress et à des efforts

physiques importants favorisant ainsi la survenue rapide de complications au cours des grossesses. De plus leur état d'analphabétisme est source d'ignorance vis-à-vis des règles de suivi des grossesses avec à la clé l'abandon des consultations prénatales cause de survenue et de découverte tardive des complications au cours des grossesses.

Dans notre série plus de la moitié des patientes avaient été référées des centres de santé périphériques. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Saïzonou et al. (2006) dans une étude réalisée au sud du Bénin (74%). Aussi, notre étude a permis de relever des dysfonctionnements dans le système de référence et du transport des malades. Il s'agit des références sans abord veineux, des références sans alerte préalable entre les hôpitaux et surtout les transports non médicalisés des malades, autant de situations qui peuvent aggraver les détresses vitales préexistantes. Nos résultats diffèrent très peu de ceux retrouvés dans la zone sanitaire de Tchaourou en 2010 par (le Bureau d'Etudes et de Soutien aux nouvelles Technologies en Santé et Développement : BEST SD, (2010). Ce taux élevé des références montre que les grossesses à risque sont initialement suivies dans les centres périphériques et ne sont référées que lorsque surviennent des complications contrairement à l'organisation du système de santé qui recommande que la prise en charge des grossesses à risque doit se faire dans les centres appropriés de référence. Ce constat pose le problème de la redynamisation du système de référence et de contre-référence dans nos régions. Contrairement aux cas référés près de la moitié des patientes étaient admises directement à l'hôpital ce qui contribuerait de façon positive à réduire les deux premiers retards tant souhaité dans la gestion des urgences obstétricales. Le délai moyen d'admission objectif dans notre étude était identique à ceux rapportés par d'autres auteurs notamment Beye et al. (2003) au Sénégal et Brouh et al. (2006) en Côte d'Ivoire. Ce retard à la consultation pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs au nombre desquels : la méconnaissance des prodromes par les patientes, les références tardives occasionnées par l'insuffisance d'agents compétents capables de faire le bon diagnostic et de décider d'une référence à temps et enfin le cout élevé des prestations dans les hôpitaux qui constitue un obstacle à leur fréquentation surtout en l'absence d'un système d'assurance maladie universelle. Nos patientes étaient en général jeunes et plus de 40% d'entre elles avaient des antécédents pathologiques gynéco-obstétriques les prédisposant à des complications au cours de la grossesse. Un constat identique avait été fait Mayi-Tsonga et al. (2006) au Gabon qui ont rapporté que 38 % des patientes avaient des antécédents pathologiques. La grossesse n'était pas suivie (absence de consultation prénatale) ou avait été mal suivie (moins de quatre consultations prénatales) chez près de 70% des nos patientes. Ce taux élevé a été retrouvé également par Mayi-Tsonga et al. (2006) à Libreville (63 %). Selon les

recommandations de l’OMS, il faut au moins quatre consultations prénatales pour le bon suivi d’une grossesse (Organisation Mondiale de la Santé, 2006). Si le suivi régulier de la grossesse n’empêche pas la survenue de complications, il permet tout au moins le dépistage précoce des signes d’appel de certaines maladies liées ou survenant au cours de la grossesse, ou évite leur évolution vers les situations cliniques graves. Les consultations prénatales constituent donc un moyen privilégié pour réduire l’issue défavorable des grossesses à risque en particulier et des grossesses en général. Dans notre série, plusieurs patientes avaient été admises aux soins intensifs dans un état grave avec des signes de détresse vitale soient cardiovasculaires, soient respiratoires, soient neurologiques associés à des perturbations biologiques qui rendent compte du stade avancé auquel elles parviennent avant d’être référées ou de prendre la décision d’aller à l’hôpital. Ce même constat a été fait par Diallo, (2008) au Mali. Les grands groupes d’urgences obstétricales objectivés dans notre série par ordre décroissant étaient : les dystocies, les urgences hémorragiques, les urgences hypertensives, les hypoxies fœtales, les urgences infectieuses et les anémies sur grossesse. Un constat similaire avait été fait par Saïzonou et al. (2006) qui en travaillant sur les échappées belles a rapporté des fréquences de 28,7% et 24,9% respectivement pour les urgences hémorragies et les urgences hypertensives. S’agissant des étiologies spécifiques, la fréquence des dystocies objectivée dans notre étude est inférieure à celle rapportée par Andriamady et al. (2000) à Antananarivo (38,1%), mais reste largement supérieure à celle notée par Traoré B et al. (2010) dans une étude réalisée au Mali (16,96%). Dans ce groupe étiologique, les anomalies du bassin occupaient la première place. Ce constat met en exergue le mauvais suivi des grossesses et du travail d’accouchement associé à l’insuffisance de la couverture en personnel qualifié capable de dépister les grossesses à risque et éviter les évacuations tardives qui sont à l’origine des complications obstétricales graves liées aux dystocies. Dans notre série, les hémorragies du post-partum ont constitué la première étiologie des urgences hémorragiques comme l’ont rapporté d’autres auteurs (Sepou et al., 2002 ; Ngbale et al., 2012) en République Centrafricaine. La grossesse extra-utérine représentait la deuxième étiologie spécifique des ces urgences dans notre série mais sa fréquence est nettement inférieure à celle rapportée par Buambo-Bamanga et al. (2010) à Brazzaville au Congo (14,9%). Toutes ces urgences hémorragiques y compris les autres peu nombreuses (avortement hémorragique, placenta prævia hémorragique et hémorragie rétroplacentaire) ont la particularité de mettre souvent en jeu le pronostic vital maternel et fœtal en raison de l’importance de l’hémorragie qu’elles engendrent avec pour conséquence l’installation d’un état de choc. En général la prise en charge des urgences hémorragiques est souvent confrontée à l’indisponibilité

des produits sanguins et au manque de ressources financières des patientes. L'hypertension artérielle au cours de la grossesse est un problème de santé publique dans le monde. Elle constitue un facteur de risque majeur de mortalité pendant la grossesse. En l'absence d'une prise en charge bien codifiée, elle évolue vers des complications majeures également retrouvées dans notre série. Ainsi la fréquence de la prééclampsie objectivée dans notre série est semblable à celle retrouvée par Diallo, (2008) (9%) au Mali, mais celle de l'éclampsie est par contre inférieure au taux retrouvé par Mayi-Tsonga et al. (2007) au Gabon (14%). La souffrance fœtale n'est pas, comme le laisse croire l'expression, une douleur du fœtus mais une diminution de son oxygénation. Il y a souffrance fœtale lorsqu'à la suite d'agressions diverses, les métabolismes tissulaires du fœtus ne sont plus normalement assurés ; essentiellement lorsque l'apport d'oxygène est insuffisant. Comme l'a rapporté Kibikiabo, (2008) dans une étude réalisée à Kolwezi au Congo, les causes d'hypoxie fœtales objectivées dans notre série sont surtout non funiculaires. Cet état peut, de façon chronique et insidieuse, s'installer au cours de la grossesse. Dans sa forme chronique, cet état peut aboutir à la mort fœtale ou le plus souvent à un retard de croissance. Cependant, au cours du travail, l'agression est aiguë ou subaiguë, et toujours limitée dans le temps. La survenue d'une hypoxie aiguë, mettant en danger la vie du nouveau-né dans les minutes qui suivent, peut conduire à une acidose. Elle peut être sans conséquences graves, ou entraîner la mort fœtal ou des lésions cérébrales avec séquelles. Dans notre étude les infections ont été dominées par le paludisme. En Afrique, cette affection accroît la mortalité des femmes en période gravido-puerpérale et celle des nouveau-nés. Un paludisme pendant la grossesse est considéré comme un paludisme grave. L'incidence du paludisme grave dans notre série (5,7%) est légèrement supérieure à celui retrouvé par Diallo, (2008) au Mali (4,7%). L'infestation palustre pendant la grossesse est un problème majeur de santé publique dans toutes les régions tropicales et subtropicales et les femmes enceintes sont le principal groupe à risque. Le suivi régulier des gestantes, en occurrence, par l'administration du traitement préventif intermittent à base de Sulfadoxine Pyriméthamine constitue encore dans les pays d'endémie, un atout important dans la lutte contre le paludisme. Cette pathologie reste également la principale cause d'anémie chez la femme en période gravido-puerpérale comme l'ont rapporté Faye B et al. (2014) au Sénégal sans oublier l'implication des parasitoses intestinales et les causes constitutionnelles.

La prise en charge des urgences obstétricales est bien codifiée aujourd'hui et l'analyse des résultats de notre étude montre que ces recommandations ont été en général bien suivies. Cependant les complications observées aussi bien aux soins intensifs qu'au bloc opératoire sont liées non pas une faiblesse du système de prise en charge mais à la

gravité de l'état clinique des patientes admises souvent avec une atteinte multiviscérale. Ce constat confirme le caractère exceptionnel que devrait revêtir la prise en charge des urgences obstétricales sévères depuis les centres de santé périphériques jusqu'aux centres de référence. En effet une urgence obstétricale sévère met en jeu le pronostic vital d'au moins deux vies humaines. Les normes et consensus de réanimation actualisés devraient constituer un livre de poche pour guider les meilleurs réflexes dans la gestion des urgences obstétricales dans nos hôpitaux.

La durée moyenne d'hospitalisation était de $4,0 \pm 3,4$ jours avec des extrêmes de 1 à 23 jours. Le taux de décès maternel enregistré dans notre série est inférieur à celui rapporté par Diallo, (2008) au Mali (1,5%). La mortalité fœtale était de 9,2% et était liée à la survenue d'hémorragie en antépartum ($p = 0,001$), au mauvais suivi des consultations prénatales ($p = 0,001$), au travail dystocique ($p = 0,001$), et la présence du méconium dans le liquide amniotique ($p = 0,001$). Dans une étude cas-témoin réalisée au Cameroun, Sandjong et al. (2009) avaient retrouvé significativement des facteurs de risque de mort fœtale semblables à nos facteurs de mauvais pronostic: moins de quatre consultations prénatales ($p = 0,001$), survenue d'hémorragie en antépartum ($p = 0,001$), travail d'accouchement stationnaire ($p = 0,001$), existence de prééclampsie /éclampsie ($p = 0,001$), patiente référée ($p = 0,001$) et existence de souffrance fœtale ($p = 0,01$).

Conclusion

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou. Elles concernent surtout la femme jeune. Les étiologies sont diverses, dominées surtout par les dystocies, les urgences hémorragiques et les urgences hypertensives. La réduction de la morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge depuis l'éducation des patientes à consulter tôt jusqu'à l'amélioration du plateau technique et des intrants médicaux.

References:

- Andriamady R C L, Andrianarivony M O, Ranjalahy R J. 2000. Les accouchements dystociques à la maternité de Béfélatanana - CHU d'Antananarivo. A propos de 919 cas. *Med Afr Noire* ; 47(11) : 456 -459.
- Beye MD, Diouf E, Kane O, Ndoeye M D, Seydi A, Ndiaye P. 2003. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu Africain. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* ; 22 (1) : 25-9.
- Beye S A, Traoré B, Traoré A, Diango M D Kokaina C, Mallé A, Coulibaly Y. 2012. Les Near miss en réanimation au centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Communications et conférences. RAMUR (spécial congrès) ; 17 (4) : Page 6.

Boyoma Bwana Masala. 2011. Etude de la fréquence des Urgences obstétricales à l'Hôpital Général de Référence de Kamina RDC - Université de Kamina RDC - Licence en santé publique. <http://www.memoireonline.com>.

Brouh Y, Ndjeundo P, Tétchi Y D, Amonkou A, Yaich P. 2008. Les éclampsies en centre hospitalier universitaire en Côte d'Ivoire: Prise en charge, évolution et facteurs pronostiques. *CAN J Anesth* ; 5: 423-8.

Buambo-Bamanga S F, Oyere-Moke P, Babiessa F, Gnekoumou L A, Nkihouabonga G, Ekoundzola J R. 2010. La grossesse extra-utérine (GEU). Etude de 139 cas colligés au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Med. Afr. Noire*, 57(5) : 259-264.

Bureau d'Etude et de Soutien aux Nouvelles Technologies en Santé et Développement (BEST-SD). 2010. Evaluation de la gestion des références et contre-références dans la zone sanitaire de Tchaourou-analyse des fiches de référence. Rapport provisoire. 1-24.

Diallo Habib O. 2008. Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Mali, N°182 :114p.

Faye B, Tine R C, Sylla K, Diagne A, Sow D, Ndiaye J L Dieng Y, Faye O, Gaye O. 2014. Anémie au cours de la grossesse au Sénégal : rôle de paludisme et des parasitoses intestinales. *Med. Afr. Noire*, 61(3) : 169 – 174.

Kibikiabo Lubange Prince Leva. 2008. Causes et fréquences de la souffrance foetale

aiguë
Centre universitaire de Kolwezi / extension de l'Université de Lubumbashi - Biologie et Médecine. Mémoire Online 2008. <http://www.memoireonline.com/01/13/6796/m>.

Mayi-Tsonga S, Akouo L, Ngou-mve-ngou JP, Meyé JF. 2006. Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville (GABON) : Etude cas-témoins. *Cahier d'études et de recherches francophones /santé*; 16 :197-200.

Mayi-Tsonga S, Meyé J-C, Tagne A, Ndombi I, Diallo T, Oksana L, Mendome G, Mounanga M. 2007. Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon. *Cahiers santé* ; 17 (2) : 111-15.

Ngbale R N, Koirokpi A, Goddot-Nangouma N M J, Gaunefet C E, Songokette T, Heredeibona L S, Serdouma E, Sepou A. 2012. Les hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital Régional Universitaire de Bossangoa, Centrafrique. *Med. Afr. Noire*, 59 (1): 39-43.

Oliveira Jr F C, Costa M L, Cecatti J G, Pinto e Silva J L, Surita F G. 2013. Maternal morbidity and near miss associated with maternal age: the innovative approach of the 2006 Brazilian demographic health survey. *Clinics*. 68(7): 922–927.

- Organisation Mondiale de la Santé. 2014. Mortalité maternelle. Centre des médias Aide-mémoire N°348 Mai 2014.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr>.
- Organisation mondiale de la Santé. 2013. Statistiques sanitaires mondiales 2013. Page 66. <http://www.who.int/iris/handle/10665/82056>.
- Organisation mondiale de la sante. 2006. Prévention et contrôle du paludisme pendant la grossesse dans la région Africaine. Guide pour la mise en œuvre du progrès. 1ère édition. Genève : Ann Blousse. 130 p.
- Saïzonou J, De Brouwere V, Dramaix-Wilmet M, Buekens P, Dujardin B. 2006. Audit de la qualité de prise en charge des échappées belle (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. Cahiers santé ; 16 (1) : 33-42.
- Sepou A, Yanza M C, Pénguélé A, Ngbale R, Kouabosso A, Nali M N. 2002. Analyse des accouchements à domicile dans deux villes centrafricaines : Bangui et Bambari. Pharm d'Afrique, 156 : 3-8.
- Steven L Clark, Janet A Meyers, Donna R Frye, Kathryn McManus, Jonathan B Perlin. 2012. A systematic approach to the identification and classification of near-miss events on labor and delivery in a large national health care system. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 207 (6): 441-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.09.011>.
- Traoré B, Thera A T, Kokaina C, Beye S A, Mounkoro N, Tiguete I, Traoré Y, Dialo A. 2010. Les accouchements dystociques au Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali – A propos de 240 cas. Med. Afr. Noire, 57 (3): 161-165.
- Sandjong T I D, Tebeu P M, Mbu R E, Mboudou E, Guegang G E, Nkwabong E, Léké R J I , Koum L, Doha S. 2009. Mort fœtale intrapartum au Cameroun : Une analyse de deux hôpitaux de référence de Yaoundé, Cameroun. Clin Mother Child Health; 6(2): 1123-1127.
- Zouini Mariam, El Hamdani Fatim Zahra, Baali Abdellatif, Cherkaoui Mohamed, Vimard Patrice. 2006. La morbidité maternelle chez les populations rurales et isolées au Maroc. L'apport d'un système d'observations conjointes pour une meilleure connaissance. <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/Zouini.pdf>. 1- 21.