

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 24 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218-225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **La prise en charge des avortements a la maternité du centre hospitalier régional de Saint Louis de 2013 a 2015**

Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

### **Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des avortements incomplets du premier trimestre à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena-Tchad**

Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

### **Facteurs influençant le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement à terme de singleton en présentation du siège: étude rétrospective comparative cas-témoins au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou-Nord Bénin**

Houndeffo T, Adisso S, Lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

### **Délais de réalisation des césariennes en urgence dans le contexte de la gratuité ciblée à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan)**

P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

### **Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)**

Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 27- 31

### **Aspects épidémiologiques, cliniques et socioculturels de l'excision dans le district de Bamako**

Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T...32 - 37

### **Les anomalies d'insertion placentaire en milieu hospitalier de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques**

Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

### **Retour précoce à domicile après accouchement normal à la maternité du CHUD/Borgou en 2015**

Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

## CAS CLINIQUE

### **Syndrome de la queue de cheval et grossesse : analyse d'un cas et revue de la littérature**

AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

- The management of abortions at the maternity regional hospital of saint louis from 2013 to 2015***  
Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6
- Interest of manual vacuum aspiration (MVA) for management of incomplete abortion first trimester in child and mother hospital of N'djamena.***  
Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12
- Factors influencing fetal and neonatal prognosis term delivery of singleton breech presentation: a retrospective case-control comparative study at the university hospital departmental Borgou -north Benin***  
Houndeffo T, Adisso S, lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17
- Time of execution emergency caesarean sections in the context of free care at the maternity of teaching hospital of treichville (abidjan)***  
P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21
- Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)***  
Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 22- 28
- Epidemiological, clinical, socio-cultural and economic aspects, female genital cutting in the district of Bamako***  
Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T....29 - 37
- The placental insertion abnormalities in ouagadougou hospitals: about epidemiological, clinical and prognostic aspects.***  
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42
- Early return home delivery normal after maternity of chud / borgou by 2015***  
Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

## CASE REPORT

- Cauda equina syndrome and pregnancy: case report and literature review***  
AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

# RETOUR PRECOCE A DOMICILE APRES ACCOUCHEMENT NORMAL A LA MATERNITE DU CHUD/BORGOU EN 2015

*EARLY RETURN HOME DELIVERY NORMAL AFTER MATERNITY OF CHUD / BORGOU BY 2015*

DENAKPO J.L.<sup>1</sup>, SIDIR.<sup>2</sup>, TOGNIFO DE M.V.<sup>3</sup>, AGUEMON C.<sup>4</sup>, KPOTON S.G.G.<sup>2</sup>, PERRIN R.X.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant, Cotonou, BENIN

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Départemental Universitaire/BORGOU, Parakou, BENIN

<sup>3</sup>Centre Hospitalier Départemental Universitaire OUEME, Porto Novo, BENIN

<sup>4</sup>Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique, CNHU, Cotonou, BENIN

---

## **Correspondances : Dr DENAKPO Justin Lewis**

Maitre de conférence Agrégé de Gynécologie Obstétrique

CHU Mère Enfant, 01 BP 107 Cotonou BENIN - Tel : 00 (229) 95426719 - Email : justindenakpo@hotmail.com

### **RESUME**

**Introduction :** Les bénéfices et les risques de la sortie précoce après accouchement n'ont jamais été évalués au Bénin. L'objectif de cette étude était d'analyser les avantages et les inconvénients du retour précoce à domicile à la maternité du CHUD/B.

**Patientes et méthode :** C'est une étude comparative randomisée sur une période de cinq mois et demi, du 19 Mars au 31 Aout 2015 dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire du Borgou au Bénin. Les accouchées répondant aux critères d'inclusion ont été réparties dans deux groupes. Le groupe G1 des sorties précoces ou les femmes étaient sorties à J1 du post-partum, et le groupe G2 ou les femmes étaient sorties à J3 et plus.

**Résultats :** Les principales complications maternelles après la sortie étaient la mauvaise cicatrisation du périnée, l'endométrite, les crevasses et fissures du mamelon, présents dans les deux groupes sans différence significative. Le taux de réhospitalisation maternelle et celui de complications néonatales étaient comparables dans les deux groupes. La principale complication néonatale était l'infection néonatale. La satisfaction des accouchées était bonne, 84,1% en cas de sortie précoce et l'était moins en cas de sortie non précoce 25,5%. Une économie de 18 à 24% est réalisée sur le coût des soins et de l'hospitalisation en cas de sortie précoce.

**Conclusion :** La sortie précoce après un accouchement normal n'expose pas le couple mère-enfant à plus de risques, et a par ailleurs des avantages certains en matière de satisfaction des accouchées et de coût des soins.

**Mots clés :** accouchement, sortie précoce, risques maternels et néonataux

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The benefits and risks of early discharge after childbirth has never been evaluated in Benin. The objective of this study was to analyze the advantages and disadvantages of early return home at the maternity CHUD / B.

**Patients and methods:** This is a randomized study comparing five and a half months, from 19 March to 31 August 2015 in the gynecology and obstetrics department at the University Hospital of Borgou in Benin. Postpartum meeting the inclusion criteria were divided into two groups. The G1 group of early exits or women were out on day 1 postpartum, and G2 or women were out on day 3 and up.

**Results:** The major maternal complications after discharge were the poor healing of the perineum, endometritis, crevices and cracks of the nipple, present in both groups without significant difference. The maternal rehospitalization rate and the rate of neonatal complications were similar in both groups. The main neonatal complication was neonatal infection. Birth of satisfaction was good, 84.1% for early exit and was lower if not early exit 25.5% .A economy 18-24% is made on the cost of care and the hospitalization for early release.

**Conclusion:** The early exit after a normal birth does not expose the mother-child pair to more risks, and also certain advantages in terms of satisfaction of birth and care cost.

**Keywords:** delivery, early exit, maternal and neonatal risks

## INTRODUCTION

Au cours des cinquante dernières années, le séjour en maternité n'a fait que diminuer dans les pays développés. D'après le rapport de la cour des comptes de septembre 2011 en France, la durée moyenne de séjour en maternité après un accouchement par voie basse s'élevait à 4,3 jours en 2009, soit quasiment deux fois moins que dans les années 70 [1]. En 2010, 72% des femmes ayant accouché par voie basse dans les centres hospitaliers universitaires de ce pays avaient un séjour en hospitalisation de trois jours ou moins [2]. Aux Etats-Unis cette durée n'a cessé de diminuer passant de 2,1 jours en 1992, à 12 heures - 24 heures en 1995 [3].

Dans les pays en développement la tendance est également à la diminution de la durée de séjour en maternité après un accouchement. En 2011 la durée moyenne de séjour en maternité après un accouchement normal au Burkina Faso était de 1,9 jour [4]. Le retour précoce à domicile après accouchement par voie basse défini comme une sortie entre J0 et J2, J0 étant le jour de l'accouchement semble aujourd'hui être de règle partout dans le monde [5] et le Bénin n'échappe pas à cette évolution. Contrairement aux pays développés où la sortie s'accompagne d'un suivi à domicile, aucun suivi n'existe au CHUD/B pour les mères et les nouveau-nés rentrés précocement. Pourtant l'UNICEF préconise le suivi à domicile du couple mère-enfant afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale [6]. A cause du manque de personnel qualifié, un suivi physique à domicile ne peut être possible dans notre contexte. Toutefois l'alternative d'un suivi téléphonique existe, comme en témoignent les résultats d'une étude réalisée au Burkina-Faso en 2011 [4]. Selon l'OMS les administrateurs de la santé dans les pays en développement doivent être conscients du fait que les risques et les bénéfices de cette politique n'ont pas été évalués dans leurs pays, et instaurer en toute urgence des études de bonne qualité méthodologique comparant cette intervention aux soins habituels. C'est dans ce sens que nous avons initié la présente étude qui se fixe comme objectif d'analyser les avantages et les inconvénients du retour précoce à domicile à la maternité du CHUD/B.

## PATIENTES ET METHODE

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire du Borgou au Bénin, étude prospective comparative randomisée menée sur

une période de cinq mois et demi, allant du 19 Mars au 31 Aout 2015. La population d'étude était constituée des femmes ayant accouché pendant cette période à la maternité du CHUD/B et de leurs nouveau-nés. Ont été incluses les femmes ayant accouché par voie basse au CHUD/B à un terme compris entre 37SA et 41 SA d'un singleton (fœtus unique), eutrophique (poids de naissance supérieur ou égal à 2500 grammes) avec un score d'APGAR du nouveau né à la 5<sup>ème</sup> minute. Les accouchées qui remplissaient cette condition devraient donner leur consentement éclairé, et être joignables par téléphone (téléphone personnel ou celui d'un tiers). Enfin l'examen clinique des mères et leurs nouveau-nés doit être normal au cours de la surveillance des vingt-quatre premières heures. N'étaient pas incluses les femmes admises en suite de couches après accouchement à domicile ou pour complication, les femmes ayant eu une grossesse multiple, les femmes avec des nouveau-nés de terme inférieur à 37 SA et ou de poids inférieur à 2500 grammes, les femmes non joignables au téléphone. Ont été exclues les femmes perdues de vue (Numéro de téléphone non fonctionnel) entre l'accouchement et le quarante-deuxième jour des suites de couches ou qui se sont désistés au cours de l'enquête.

Les accouchées répondant aux critères d'inclusion ont été réparties au fur et à mesure dans deux groupes. Le groupe G1 des sorties précoces ou les femmes étaient sorties à J1 du post-partum, et le groupe G2 ou les femmes étaient sorties à J3 et plus. Les accouchées étaient classées dans l'un ou l'autre groupe selon une fréquence de un sur deux. Un tirage à pile ou face a été réalisé pour déterminer le groupe d'appartenance de la toute première femme. Les données ont été obtenues grâce à des entrevues individuelles et téléphoniques, complétées par l'exploitation des dossiers des femmes et par l'examen des accouchées et de leurs nouveau-nés. Pour le déroulement de l'enquête, un numéro de téléphone est communiqué à l'accouchée pour lui permettre de nous joindre la maternité au besoin. Des informations lui étaient fournies sur les signes d'alerte pour elle-même et le nouveau-né. Toutes ces femmes ont reçu de notre part un 1<sup>er</sup> appel téléphonique dans les vingt-quatre heures qui suivent le retour à domicile, un 2<sup>e</sup> appel au sixième jour et un 3<sup>e</sup> au quarantième jour des suites de couches. Ces appels avaient pour but de recueillir les plaintes et de rappeler le rendez-vous pour le contrôle clinique. Les femmes du groupe G2 ont été gardées en hospitalisation, où elles ont bénéficié avec leur nouveau-né d'un examen clinique

biquotidien et la sortie était faite au troisième jour avec un rendez-vous pour un contrôle clinique à J7, puis à six semaines pour la consultation post natale. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 20. Le test de Chi Carré de Pearson a été utilisé pour la comparaison des fréquences et le test de Student pour la comparaison des moyennes. La différence a été jugée significative pour une  $p < 0,05$ . La mesure d'association utilisée était le Risque Relatif (RR)

## RESULTATS

Au total, 204 femmes ont accepté de participer à l'étude. Elles étaient randomisées en 107 femmes

dans le premier groupe (sortie précoce) et 97 femmes dans le deuxième groupe (sortie non précoce). Au cours du suivi, 9 femmes ont été perdues de vue.

Caractéristiques de l'échantillon : L'âge moyen des femmes enquêtées était comparable dans les deux groupes,  $26,74 \pm 0,57$  ans dans le groupe des sorties précoces et  $26,10 \pm 0,59$  ans dans le groupes des sorties non précoces ( $p=0,4038$ ). Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques les deux groupes d'accouchées étaient comparables. Les autres caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau I

**Tableau I:** Répartition des femmes enquêtées selon la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, l'occupation et le lieu de résidence.

	Sortie précoce (n=107)		Sortie non précoce (n=97)		P
	N	%	N	%	
<b>Situation matrimoniale</b>					0,372
Union libre	80	<b>74,8</b>	79	<b>81,4</b>	
Mariée	21	19,6	12	12,4	
Célibataire	6	5,6	6	6,2	
<b>Niveau d'instruction</b>					0,676
Non scolarisé	37	<b>34,6</b>	31	<b>32,0</b>	
Primaire	25	<b>23,4</b>	25	<b>25,8</b>	
Secondaire	34	31,8	35	36,1	
Supérieur	11	10,3	6	6,2	
<b>Occupation</b>					0,493
Ménagère	40	<b>37,4</b>	26	<b>26,8</b>	
Artisane/Vendeuses	32	<b>29,9</b>	39	<b>40,2</b>	
Fonctionnaire	14	13,1	9	9,3	
Elève/étudiante	12	11,2	15	15,5	
Commerçante	6	5,6	5	5,2	
Autres	3	2,8	3	3,1	
<b>Lieu de résidence</b>					
Parakou	98	<b>91,6</b>	90	<b>92,8</b>	
Hors de Parakou	9	8,4	7	7,2	

Au plan de la situation matrimoniale, du niveau d'instruction et des occupations, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes

La gestité moyenne était de  $2,68 \pm 1,64$  dans le groupe des sorties précoces et de  $2,55 \pm 1,53$  dans le groupe des sorties non précoces sans différence

significative. Les paucipares étaient les plus nombreuses dans les deux groupes avec  $p > 0,05$ . Le nombre d'enfant était supérieur ou égal à 3 dans les mêmes proportions 65,4% dans le groupe sortie précoce versus 62,9% dans le second groupe.

## Déroulement de la grossesse :

**Tableau II:** Répartition des femmes enquêtées selon le nombre de CPN, la qualification de l'agent et le terme de la grossesse à la première CPN.

	Sortie précoce		Sortie non précoce		p
	(n=107)		(n=97)		
	n	%	n	%	
Nombre de CPN					0,388
0	3	2,8	2	2,1	
1-3	32	30,0	24	24,7	
=4	72	67,3	71	73,2	
Qualification de l'agent *					0,154
Gynécologue	7	6,7	7	7,4	
Sage-femme	93	89,4	88	92,2	
Infirmier/Infirmière	4	3,8	0	0,0	
Terme de la grossesse à la 1 <sup>ère</sup> CPN					0,846
1 <sup>er</sup> trimestre	61	58,7	59	61,2	
2 <sup>ème</sup> trimestre	36	34,7	31	32,6	
3 <sup>ème</sup> trimestre	7	6,7	5	5,3	

### CPN : consultation prénatale

Le nombre de consultation prénatale supérieur ou égal à 4, la qualification du prestataire et le terme à la première consultation prénatale étaient retrouvés dans des proportions différentes mais sans différences statistiquement significatives entre les deux groupes. En somme la consultation prénatale était recentrée dans les mêmes proportions dans les deux groupes.

**Mode d'admission, âge gestationnel à l'accouchement :** Les femmes enquêtées étaient venues d'elles même dans 43,0% dans le groupe des sorties précoces versus 44,3% dans le groupe des sorties non précoces avec  $p=0,05$ . L'âge gestationnel à l'accouchement était compris entre 37 et 41 SA chez 72 % des accouchées dans le groupe des sorties précoces versus 69,1% dans l'autre groupe ( $p=0,0717$ ).

**Déroulement de l'accouchement :** Le mode

d'entrée en travail était spontané dans 96,3% des cas du groupe sorties précoces et dans 94,8% des cas de sorties non précoces. La durée du travail d'accouchement était de huit heures chez la plupart des femmes dans les deux groupes ( $p>0,05$ ). L'accouchement a été dirigé par une perfusion d'ocytocine dans les deux groupes dans des proportions respectives de 41,1% et 51,5% sans différence significative. Il n'y avait pas non plus de différence s'agissant du taux de GATPA 90,7% dans le premier groupe et 97,9% dans le second groupe ( $p=0,118$ ). Le poids moyen des nouveau-nés était de  $3076,21 \pm 377,88$  g dans le groupe sortie précoce et de  $3050,57 \pm 339,98$  g dans le deuxième groupe ( $p=0,05$ ). Le score d'APGAR à la première minute était = 7 chez la plupart des nouveau-nés (88,7%) sans variation significative. dans les deux groupes ( $p=0,05$ ). Il était = 7 chez tous les nouveaux nés à la cinquième minute.

## Complications maternelles après sortie

**Tableau III** : Répartition des accouchées selon les complications du post-partum

	Sortie précoce		Sortie non précoce		P
	(n=101)		(n=94)		
	N	%	N	%	
Complications	7	6,9	9	9,6	0,610
Nature des complications					
Mauvaise cicatrisation périnéale	6	5,9	1	1,1	0,067
Crevasse/Fissure du mamelon	0	0,0	4	1,9	0,052
Endométrite	1	1,0	2	2,1	0,610
Infection urinaire	2	1,6	1	1,1	1,000
Hémorragie du post partum tardif	1	1,0	0	0,0	1,000
Anémie	1	1,0	1	1,1	1,000
Hémorroïde	1	1,0	2	2,1	0,610

HPPT: Hémorragie du post-partum Tardif.

Le taux de complications maternelles était de 6,9% dans le groupe des sorties précoces et de 9,6% dans le second groupe ( $p < 0,05$ ). Les principales complications retrouvées étaient la mauvaise cicatrisation de la plaie périnéale, les pathologies mammaires à type de fissures et crevasses du

mamelon, l'endométrite, et l'infection urinaire.

Le taux de réhospitalisation des accouchées était de 2% dans le groupe sortie précoce versus 3,2% en cas de sortie non précoce ( $p < 0,05$ ). Aucun décès maternel n'a été enregistré.

## Complications néonatales après sortie

**Tableau IV**: Répartition des complications néonatales selon le type de sortie

	Sortie précoce		Sortie non précoce		P
	(n=101)		(n=94)		
	N	%	N	%	
Consultations	20	19,8	24	25,5	0,339
Motifs de consultation					
Fièvre	7	6,9	9	9,6	0,501
Pleures nocturnes	7	6,9	7	7,4	0,889
Ictère néonatal	6	5,9	7	7,4	0,674
Eruptions cutanées	2	2,0	7	7,4	0,069
Difficulté respiratoire	4	4,0	1	1,1	0,370
Complications	13	12,9	17	18,1	0,439
Nature des complications					
Infections néonatales	8	7,9	10	10,6	0,501
Ictère néonatal	5	4,9	7	7,4	0,674
Coliques du nouveau-né	6	5,9	6	6,4	0,889

Le taux de consultation néonatale était de 19,8% dans le groupe des sorties précoces et 25,5% dans le deuxième groupe avec  $p < 0,05$ . Les principaux

motifs de consultation étaient l'hyperthermie, l'ictère et les pleurs nocturnes. Le taux de complications était de 12,9% en cas de sortie précoce et de 18,1% dans le groupe des sorties non

précoces. Avec  $p < 0,05$ , il n'y avait pas de différence statistiquement significative. Le taux de réhospitalisation des nouveaux nés était de 5% dans le premier groupe et 5,3% dans le deuxième groupe. Avec  $p < 0,05$  il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. L'infection néonatale était la principale cause de réhospitalisation.

#### **Satisfaction des patientes selon le type de sortie :**

Le taux de satisfaction était de 84,1% dans le groupe des sorties précoces versus 25,5% dans le second groupe avec  $p < 0,05$ . Ainsi les accouchées du groupe sortie précoce étaient plus satisfaites que celles du second groupe. De plus les accouchées sorties après un séjour minimal de trois jours étaient 4,7 fois plus insatisfaites  $RR = 4,7$  (IC95% 3,0-7,4).

**Comparaison du coût de l'hospitalisation :** Le coût moyen des soins de l'hospitalisation et des soins était de  $13361 \pm 1904$  FCFA chez les femmes sorties précocement et  $17426 \pm 1727$  FCFA dans le deuxième groupe. La différence de coût observée dans les deux groupes était statistiquement significative avec ( $p < 0,05$ ). Lorsque l'on compare le coût des soins lié à l'accouchement dans les deux groupes, on observe un bénéfice de 18 à 24% pour la mère en cas de sortie précoce.

## **DISCUSSION**

**De la méthodologie :** Nous avons réalisé une étude prospective. Ce qui nous a permis de nous soustraire à l'écueil des données manquantes et de mauvaise conservation des dossiers. Elle a été réalisée dans une seule maternité. Ainsi, il existe une homogénéité des pratiques, qui a l'avantage de limiter les biais de sélection et de différence des pratiques. Cependant le questionnaire était libellé en français alors qu'une part importante de la population d'étude était non scolarisée. La traduction des questions par des interprètes lors des entretiens et des appels téléphoniques est susceptible de déformer l'information.

**Des caractéristiques de l'échantillon :** L'âge moyen des accouchées était de  $26,74 \pm 0,57$  ans dans le groupe des sorties précoces et de  $26,10 \pm 0,59$  ans dans le groupe des sorties non précoces avec  $p = 0,05$ . Concernant le profil sociodémographique des enquêtées, les deux groupes étaient comparables s'agissant des caractéristiques cliniques.

Dans notre série, la proportion de femmes qui ont consulté après la sortie était comparable dans les deux groupes; 7,9% dans le groupe des sorties précoces versus 10,6% dans le second groupe.

Dans l'étude de Gozum [7], le taux de femmes qui ont consulté après le retour précoce était de 42%. Ce taux de réadmission est élevé et serait en rapport avec la durée brève de la surveillance en maternité après l'accouchement qui était de  $7,1 \pm 7$  heures dans cette étude.

**Des complications :** Le taux de complications maternelles était de 6,9% dans le groupe des sorties précoces et de 9,6% dans l'autre groupe avec  $p < 0,05$ . Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Toutefois l'étude de Ouattara en 2011 avait retrouvé moins de complications chez les accouchées au bout de 24h que chez celles sorties à 12 heures ou à 48 heures.

La mauvaise cicatrisation du périnée était la complication maternelle la plus fréquente dans les deux groupes. Il est donc important d'insister auprès des femmes sur les mesures à mettre en œuvre pour une bonne cicatrisation des plaies périnéales. Les complications mammaires du post-partum étaient surtout représentées par les crevasses et les fissures du mamelon. Elles ont été retrouvées uniquement dans le groupe de sortie non précoce dans 4,3% des cas. L'endométrite, principale infection puerpérale a été retrouvée dans 1% des cas chez des femmes sorties précocement et dans 2,1% des cas dans le second groupe et il n'y avait pas de différence significative.

La crise hémorroïdaire a compliqué les suites de couches dans 1,0% des cas dans le groupe sortie précoce et dans 2,1% des cas dans le groupe sortie non précoce ( $p < 0,05$ ). Dans un rapport de l'OMS [8], des taux plus élevés ont été retrouvés à Birmingham en Angleterre (5,3 %) et au Pakistan (12 %), mais il s'agissait d'un suivi des accouchées sur les trois premiers mois du postpartum, ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes s'agissant du taux de réhospitalisation des accouchées; 1,98% dans le groupe des sorties précoces versus 3,19% dans le groupe des sorties non précoces ( $p = 0,05$ ). Le même constat a été fait par Boulvain et al, et Sainz Bueno et al [9, 10]. En somme, le retour précoce à domicile des accouchées au bout de 24 heures après CHUD/B n'augmente pas le risque de complication et de réhospitalisation.

**De la satisfaction d'un retour précoce à domicile :** Les aspects bénéfiques du retour précoce à domicile ont été retrouvés dans notre étude. En matière de satisfaction, les accouchées étaient plus satisfaites lorsqu'elles sortaient tôt; 84,1% en cas de sortie précoce versus 25,5% en cas de sortie non précoce ( $p < 0,05$ ). Cette différence est liée à l'absence de confort, au non-respect de l'intimité [11]; toute

chose ne facilitant pas le repos maternel et un bon établissement de la relation mère-enfant. Sainz Bueno et al [9], avaient retrouvé la même tendance en 2005 avec un taux d'accouchées satisfaites supérieure à 90% dans le groupe des sorties précoces.

**De la réduction du coût d'hospitalisation :** Enfin le coût moyen de l'accouchement et de l'hospitalisation était de  $13361 \pm 1904$  FCFA en cas de sortie précoce et de  $17426 \pm 1727$  FCFA en cas de sortie non précoce. La différence de coût d'accouchement et d'hospitalisation observée dans les deux groupes étaient statistiquement significative avec  $p = 0,000$ . Lorsque le coût de la sortie précoce est comparé à celle de la sortie après un minimum de 3 jours on trouve un bénéfice de 18 à 24% pour la mère lorsqu'elle sort tôt de la maternité. D'autres auteurs ont fait le même constat avec une économie de 18 à 20% dans la série espagnole de Sainz Buenos et de 20% dans l'étude de Boulvain en suisse [9,10].

**Risques néonataux :** Après la sortie, les nouveau-nés avaient été réadmis en consultation pour un problème de santé dans 19,8% des cas dans le groupe sortie précoce et dans 25,5 % des cas dans le groupe sortie non précoce ( $p > 0,05$ ). Le taux complications néonatales était comparable dans les deux groupes, 12,9% en cas de sortie précoce et de 18,1% en cas de sortie non précoce. Avec  $p > 0,05$ . Une méta-analyse réalisée par Nor a permis de retrouver des taux de complications néonatales variant entre 7,8 et 41% après la sortie précoce [12]. A l'instar de notre étude, celle de Sainz Bueno n'avait pas retrouvé de lien entre la survenue de complications néonatales et la sortie précoce. Le principal motif de consultation néonatale était la fièvre, 6,9% dans le groupe sortie précoce et 9,6% dans le second groupe avec  $p > 0,05$ . Selon AYIVI, la principale cause de fièvre du nouveau-né est l'infection avec une fréquence de 32% [13]. C'est aussi le cas dans notre étude avec un taux d'infection néonatale de 7,9% dans le groupe sortie précoce versus 10,6% dans l'autre groupe sans différence significative. Le taux de réhospitalisation des nouveau-nés était identique, 5% dans le groupe sortie précoce versus 5,3% dans le groupe sortie non précoce, et il n'y a pas de différence significative. Dans une méta-analyse portant sur sept essais Brown n'avait pas trouvé de lien entre la sortie précoce et la réadmission et la réhospitalisation du nouveau-né [14]. Par contre une étude réalisée au Congo en 2005 [15] portant sur les réadmissions avant l'âge de un mois de vie, se rapprochent de ceux de Lenna et al [16], qui avait

également conclut que la sortie précoce avant 30 heures de de vie était associé à un risque élevé de réhospitalisation.

**CONCLUSION:** Les principales complications maternelles étaient la mauvaise cicatrisation du périnée, l'endométrite, les crevasses et fissures du mamelon, présents dans les deux groupes sans différence significative. Le taux de réhospitalisation maternelle et celui de complications néonatales étaient comparables dans les deux groupes. La principale complication néonatale était l'infection néonatale. La satisfaction des accouchées était bonne, 84,1% en cas de sortie précoce et l'était moins en cas de sortie non précoce 25,5%. Une économie de 18 à 24% est réalisée sur le coût des soins et de l'hospitalisation en cas de sortie précoce. En somme, la sortie précoce au bout de 24 heures après un accouchement normal n'expose pas le couple mère-enfant à plus de risques, et a par ailleurs des avantages certains en matière de satisfaction des accouchées et de coût des soins.

#### REFERENCES:

1. **Coulm B, Blondel B.** Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *J GynecolObstetBiolReprod* 2013; 42: 76-85.
2. **Vautrin P, Fontaine A, Lanba P, et al.** Durée du séjour en maternité après un accouchement normal: des points de vue divergent. *J gynecolobstetbiolreprod* 2000; 29 (1); 94-101.
3. **Ouattara S, Some DA, Toure B, et al.** Faisabilité et résultat d'un suivi à domicile d'accouchées sorties précocement de la maternité à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Med Sante Trop* 2014; 24: 49-54.
4. **ANAES.** Recommandations pour la pratique clinique: Sortie précoce après accouchement- Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. [consulté le 22/02/2015]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie\\_accouchement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf).
5. **OMS, UNICEF.** Les visites à domiciles pour les soins aux nouveau-nés: une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant. [consulté le 22/02/2015]. Disponible sur [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_fre.pdf).
6. **Gozum S, Kilic D.** Healthproblemsrelated to earlydischarge ofTurkishwomen. *Midwifery* 2005; 21: 371-8.
7. **Gozum S, Kilic D.** Health problems related to early discharge ofTurkish women. *Midwifery* 2005;

21: 371-8.

**8. Warren C, Daly P, Toure L, Pyande Mongi P.** Postnatal care. [consulté le 22/08/2015]. Disponible sur:

[http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII\\_4.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_4.pdf)

**9. Sainz-Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, et al.** Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up; *Am J Obstetr Gynecol* 2005, 193: 714-26.

**10. Vendittelli F, Boulvain M. Sortie hospitalière précoce dans le post partum.** *J gynecol Obst Biol* 1997; 26 (7):679-8

**11. Costion N.** Les sorties précoces de maternité: satisfaction des différents partenaires. Mémoire pour diplôme d'état de sage femme, Nantes 2006, p94.

**12. Nor KF, Nacion K.** Outcomes of postpartum early discharge, 1960-1986: A comparative review. *Birth* 1987; 14 : 135-45.

**13. Ayivi B, Alihonou E, Fagbohoun A, Hazoume FA, Dan V.** Etiologies des fièvres chez le nouveau-né en milieu tropical. Une étude clinique à propos de 56 cas. *Rev Péd* 1988;24:397-401.**71. OMS:** maternité sans risque ; soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : WHO/RHT/MSM/98.3 guide pratique page 1 et 2.

**14. Danielsen B, Castles AG, Damberg CL, Gould JB.** Newborn Discharge Timing and Readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics* 2000; 106: 31-9.

**15. Mabilia-Babela J-R, Makoumbou P, Pandzou N, Senga P.** Consultations et réadmissions avant l'âge d'un mois aux urgences pédiatriques, Brazzaville (Congo). *Archives de pédiatrie*, Février 2007;14(2): 133-137.

**16. Lenna L. Lui, Conrad J. Clemmens MD, David K. Shay, Robert L. Davis, Alvin H. Novack.** The Safety of Newborn Early Discharge The Washington State Experience. *JAMA*. 1997;278(4):293-298.

Doi:10.1001/jama.1997.03550040049036.