

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 13 ■ N° 30 (2018)



(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**

Namory Keita

## **Rédacteur en chef**

Telly Sy

## **Comité de parrainage**

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhio, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## **Comité de rédaction**

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## **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), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (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** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

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, 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) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

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. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème 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 X

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**

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)**  
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX. ....1 - 5
- Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin**  
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11
- Problématique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)**  
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.**  
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF .....19 - 25
- Facteurs épidémiologiques de la mortalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)**  
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Anémie et transfusion chez la parturiente au service de maternité du centre médical communal de Matam (Conakry)**  
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T .....31 - 34
- La contraception d'urgence : clientes et pratique de la méthode à l'unité de planification familiale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen**  
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB. ....35 - 42
- Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge**  
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB .....43 - 47

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature**  
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)*  
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX. ....1 - 5
- Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin*  
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....6 - 11
- Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)*  
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification*  
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF .....19 - 25
- Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).*  
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)*  
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T .....31 - 34
- Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital*  
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB. ....35 - 42
- Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care*  
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB .....43 - 47

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature*  
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

# FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES DE LA MORTINATALITE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA DU CHU DE CONAKRY(GUINEE)

## EPIDEMIOLOGIC FACTOR OF NATAL MORTALITY IN THE GYNECOLOGY OF OBSTETRICAL SERVICE IN NATIONAL HOSPITAL DONKA OF UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF CONAKRY (GUINEA).

CAMARA M K<sup>1</sup>, TOURE S<sup>1</sup>, LENO D W A<sup>1</sup>, HYJAZI Y<sup>2</sup>, KEITA N<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital National Donka, CHU de Conakry, Guinée.

<sup>2</sup> Jhpiego

**Correspondances :** Camara Moussa Kantara, Maître Assistant de Gynécologie obstétrique, service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National Donka du CHU de Conakry, Guinée, BP : 712 Conakry. E mail : [camarakanta@gmail.com](mailto:camarakanta@gmail.com)  
Tél : (+224) 666 66 13 48/ 620 28 30 86 38

### RESUME :

**Introduction :** Les objectifs de cette étude étaient de calculer le taux de mortinatalité, d'identifier et analyser les facteurs de risque et les causes.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type analytique, cas- témoin, de 12 mois, menée au service de Gynécologie Obstétrique de Donka, du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2008, concernaient les dossiers de femmes reçues à partir de 28 semaines d'aménorrhée ayant accouché d'enfants mort-nés (cas), et d'enfants nés vivants (témoins). Le test statistique de X<sup>2</sup> a été réalisé avec un degré de signification de 5%.

**Résultats :** Nous avons enregistré 336 mort-nés pour 5226 accouchements soit une fréquence de 64,2 pour 1000 avec une prédominance en ante partum (69,64%). Les facteurs de risque identifiés étaient le mode d'accouchement par voix haute, le fœtal masculin, le poids, le jeune âge maternel, la nulliparité, le mariage, le petit nombre de CPN et la provenance des mères avec une différence statistiquement significative, p <0,0000. Les principales causes de mortinatalité étaient maternelles : les troubles hypertensifs (43,58%), fœtales : la souffrance fœtale (75%), et annexielles : HRP (88,25%) avec p <0,000.

**Conclusion :** La mortinatalité est élevée chez les femmes enceinte non ou mal suivies en CPN. La mise en œuvre effective de la CPN recentrée avec l'élaboration d'un plan d'accouchement et le suivi du travail à l'aide du partogramme pourraient réduire la mortinatalité.

**Mots clé :** mortinatalité, souffrance fœtale, mort ante partum.

### SUMMARY:

**Objective:** To calculate natal mortality rate in hospital, to identify and to analyze risk factor and causes of death.

**Patients and methods:** A 1 year retrospective and analytic study of type cas/witness conducted in the gynecology obstetric service of Donka of CHU Conakry to 1st January to 31 December 2008, concerned received woman files from 28 weeks of amenorrhea having delivered stillbirths (case), and children been born living (witnesses). The statistical test of X<sup>2</sup> has been calculated with a degree of significance of 5% for the comparison of data.

**Results:** The rate of the natal mortality was 336 for 5226 Births that is a frequency of 64.2 for 1000 births in life. The seizure occurred in the ante partum, 234/336 (69,64%).

We recorded 336 stillborn for 5226 childbirths is a frequency of 64.2 for 1000 with a predominance in ante partum (69.64%). The fashion of childbirth by high voice, the masculine fetal, the weight, the young maternal age, the without childbirth, the married, badly follow prenatal and the source of mothers are the identified risk factor with a statistically meaningful difference, p <0,0000.

The maternal cases were hypertension (43, 58%), Fetal: cases suffered (75%) and annexed cases were abruptio placenta (88.25%) with p <0,000.

The natal mortality was highest to the women with badly following in prenatal. Prenatal consultation based on the pregnancy women with plan birth and effective use partogramme amount the work can reduce the natal mortality.

**Key words:** Natal, Ante partum mortality, Fetal suffered.

## INTRODUCTION

La mortinatalité est le décès de tout produit de conception ayant un poids supérieur ou égal à 500 grammes et une taille au moins égale à 25 centimètres après une gestation de 22 semaines. [1]. Le décès du fœtus peut survenir pendant la grossesse (mort ante partum), suivi/non de rétention et pendant l'accouchement (mortalité intra-partum) [2]

La mortinaissance a considérablement diminué dans la plus part des pays industrialisés à des rythmes variant sous l'influence des progrès socio-économiques, du développement de l'infrastructure médico-sociale et administrative [2]

Dans les pays en développement, la mortinatalité constitue un véritable problème de santé publique particulièrement en Afrique subsaharienne avec un taux de 45%° de décès périnataux [3]. En Guinée, elle est de 70%° à l'échelle nationale et de 150%° en milieu rural selon EDS III de 2005[4].

Ces taux élevés nous amènent à mener une étude pour calculer la fréquence de la mortinatalité, déterminer les facteurs de risque et identifier les étiologies de la mortinatalité dans notre service.

## I. METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et analytique de type cas témoin d'une durée d'1 an allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2008 de la mortinatalité au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry:

Les dossiers médicaux de mères ayant accouché au service ont servis de matériel de l'étude. Les cas ont constitué tous les dossiers des gestantes reçues à partir de 28 SA et ayant accouché des enfants mort-nés et ceux des mères avec des nouveau-nés vivants, ont été la population témoin. Les décès survenus après la naissance et les dossiers incomplets n'ont pas été retenus. Le mode de recrutement: a été exhaustif et la collecte des données effectuée par revue documentaire des dossiers répondant aux critères d'inclusion, leur report sur des fiches d'enquêtes, leur saisie par des logiciels Microsoft Word et Excel et leur analyse par Epi info 6.3.3.2 avec une comparaison au X<sup>2</sup> et seuil de signification < 5%.

## II. RESULTATS

**2.1-Taux de mortinatalité :** (texte 1). Nous avons enregistré 336 cas de mortinatalité sur 5226 accouchements soit une fréquence de 64,2 pour 1000 naissances.

**2.2-Caractéristiques des nouveaux nés :**

**2.2.1-Répartition des nouveaux nés selon la période de survenue :** Soixante-neuf, soixante-quatre (69,64%) de décès étaient survenus en in utero contre 30,36% en intra partum (texte 2). **2.2.2-Répartition des gestantes selon le type de grossesse :** (texte 3). Les grossesses uniques étaient plus nombreuses 319(94,94%) cas versus 4499(92,00%) témoins suivies de gémellaires 14(4,16%) cas/364(7,44%) témoins. La différence entre le type de grossesse n'est statistiquement pas significative (p= 0,06087556).

## RESULTATS :

Tableau I : Répartition des nouveau-nés selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchements	Mort-nés (336)		Vivants (4890)	
Voie basse (3717)	119	34,42	3598	73,57
Voie haute (1509)	217	65,59	1292	26,42

$X^2=239,94$      $ddl=2$      $p=0,0000000$

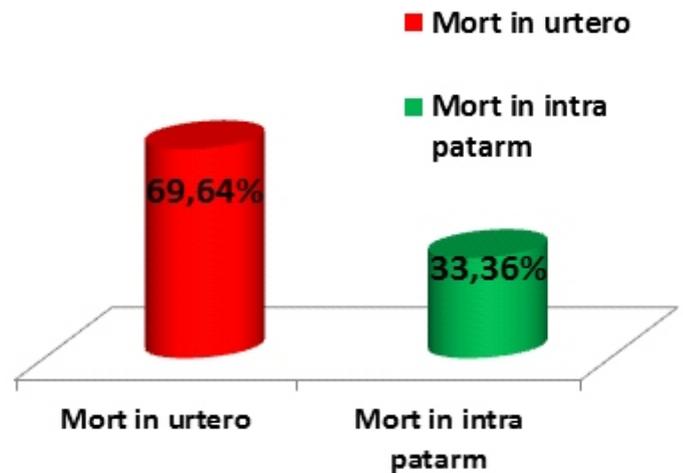


Figure 1 : Répartition des nouveaux nés selon la période de survenue

**2.2.3-Répartition des nouveau-nés selon le mode d'accouchement :** (tableau 2). Soixante-cinq, cinquante-neuf (65,59)% de cas de mortinatalité étaient liés à la voie haute dont 30,78% de rupture utérine versus 26,42% chez les témoins et 34,42% de cas par voie basse avec une différence statistiquement significative, p<0,00000. **2.2.4-Répartition selon le sexe des nouveaux nés :** (texte 4). Les nouveau nés de sexe masculin étaient majoritaires dans 64,52 versus 41,41% de témoins avec une différence statistiquement significative, p<0,000000.

**Tableau II: Répartition des nouveau-nés selon les pathologies maternelles et annexielles**

Pathologies liées à la mortinatalité	Morts nés		Vivants	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Maternelles</b>				
Troubles hypertensifs (471)	32	43,58	439	53,49
Anémie sévère (21)	4	10,26	17	4,95
Paludisme (34)	6	15,38	28	27,72
Rupture utérine (46)	30	30,78	16	13,84
X <sup>2</sup> =131,76      ddl=3      p=0,0000000				
<b>Annexielles</b>	<b>nombre</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
HRP (364)	135	88,25	229	77,36
Placenta prævia (63)	10	6,53	53	17,91
Providence du cordon (22)	8	5,22	14	4,73
X <sup>2</sup> =87,98      ddl=2      p=0,00448567				

**2.2.5- Répartition selon le poids des nouveaux nés :** (texte 5). Les morts nés de poids moyen de 2500 à 3999 grammes étaient les plus touchés dans 137(40,77%) versus 4780 (97,95 %) témoins avec une différence statistiquement significative,  $p < 0,000000$ .

### 2.3- Caractéristiques des mères :

**2.3.1-Répartition des nouveau-nés selon l'âge maternel :** (texte 6). La tranche d'âges de 15 -19 était prédominante dans 85 cas (26,49%) versus 1831(25,50%) témoins avec une différence statistiquement significative ( $p=0,000000$ ).

**2.3.2-Répartition des nouveau-nés selon la parité des gestantes :** (texte 7). Les nullipares étaient plus nombreuses 106(31,55%) cas versus 1750(36,78%) témoins avec une différence statistiquement significative  $p=0,000000$ . Elles étaient suivies de grandes multipares 65(19,35%) et de paucipares 60(17,86%) chez les cas versus 1046 (21,39%), de paucipares et de 913(18,67%) primipares chez les témoins.

**2.3.3-Répartition des nouveau-nés selon la profession des gestantes :** (texte 8). Dans notre série, les ménagères étaient les plus exposées 170(50,59%) versus 2728(55,79%) suivies de celles de la profession libérale 99(29,46%) versus 1335 (27,30%) avec une différence non statistiquement significative,  $p=0,28496299$ .

**2.3.4-Répartition des nouveau-nés selon la situation matrimoniale des gestantes :** (texte 9). Soixante-trois, soixante-neuf (63,69)%de nos cas versus 87,73% témoins étaient mariées contre 36,31% cas et 12,27 témoins chez les célibataires avec  $p= 0,000000$ .

**2.3.5-Répartition nouveau-nés selon le suivi prénatal des gestantes :** (texte 10). Dans notre étude, les mères ayant effectué moins de 4 Consultations Pré Natales(CPN) étaient les plus

touchées dans 284(52,97%) de cas versus 2385(48,77%) de témoins, suivies de celles sans CPN avec une différence statistiquement significative  $p=0,000000$ .

**2.3.6-Répartition des nouveau-nés selon la provenance des gestante :** (texte 11). Les évacuées étaient les plus concernées 188(55,95%) chez les cas versus 1166(23,84%) chez les témoins. La différence est statistiquement significative ( $p=0,000000$ ).

### 2.4- Caractéristiques cliniques :

**2.4.1-Répartition des nouveau-nés selon la pathologie maternelle :** (tableau II). Parmi les causes maternelles de la mortinaissance, les troubles hypertensifs étaient les plus fréquents dans 43,58% cas versus 53,49 %témoin, suivis de la rupture utérine 30,78% versus 13,84%, du paludisme 15,38% versus 27,72% et de l'anémie sévère 10,26% versus 4,95% avec une différence statistiquement significative,  $p < 0,000000$ .

**2.4.2-Répartition des nouveau-nés selon la pathologie annexielle :** (tableau II). Parmi les causes annexielles, l'HRP était la plus fréquente dans 88,25% versus 77,36%, suivi du placenta prævia 6,53% versus 17,91% et de 5,22% versus 4,73% de providence du cordon dans la population témoin, avec  $p=0,00448567$ .

**2.4.3-Répartition selon l'état fœtal des nouveaux nés :** (texte 12). La souffrance fœtale représentait la cause fœtale la plus dominante avec une incidence de 75,00% de cas versus 50,55% de la population témoin, suivie de la prématurité de 13,46% versus 16,24% et de la gémellité 5,77% ( $p=0,72869160$ ).

## III-DISCUSSION

**3.1-Le taux de mortinatalité :** Le taux de mortinatalité élevé de notre étude (texte 1) est inférieur à la norme nationale de 70 pour 1000

naissance [4] et aux 110, 3%° de l'étude de QUENUM G D et coll. [5] au CHU de Yopougon à Abidjan. Cette fréquence élevée de mortinatalité serait le fait du mode de recrutement dans une structure sanitaire de références recevant les cas les plus graves des structures périphériques.

#### **Caractéristiques des nouveaux nés :**

La mortinatalité était survenue à 69,64% de décès en in utero contre 30,36% en intra partum. Ce taux élevé de morts intra-utérin est corrélé à celui de la voie haute dans 65,59% versus 26,42% chez les témoins contre 34,42% de cas par voie basse avec une différence statistiquement significative. Cette fréquence élevée de la voie haute est liée à la pratique de la césarienne en situation d'urgence pour des indications de complications maternelles et /ou fœtales du travail référées tardivement. Nos résultats sont contraires à ceux rapportés par QUENUM G D et coll.[5] au CHU Yopougon-Abidjan, une prédominance de la voie basse dans 69,6% .

Les grossesses uniques étaient les plus nombreuses 319(94,94%) cas versus 4499(92,00%) dans les deux populations sans aucun lien statistique significatif ( $p= 0,06087556$ ). Le sexe était lié à la survenue de la mortinatalité avec une prédominance masculine de 64,52 versus 41,41%,  $p<0,000000$ . Pour QUENUM G D et coll. le sexe masculin n'était dominant que de 50,3% avec un poids moyen de 2070 grammes contre 2600 grammes dans la population témoin [5]. Le poids fœtal entre 2500 et 3999 grammes était le plus touché (tableau ) avec  $p<0,000000$  de notre série.

#### **Caractéristiques des mères :**

La prédominante de la tranche d'âges de 15 -19 ans dans 85 cas (26,49%) versus 1831(25,50%) témoins, avec une différence significative, rapportée par GANDZIEN P et coll.[6] en 2006 au Congo, serait liée à la précocité des rapports sexuels chez elles qui représentent 21% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et contribuent pour 14% de la fécondité totale des femmes en Guinée [4]. D'où la concordance avec le nombre élevé de nullipares, 106(31,55%) cas versus 1750(36,78%) témoins et  $<0,05$ . Au contraire, pour QUENUM G D et coll.[5], la tranche d'âges de 21-25 ans la plus touchée avec 32,4% et 47% de primipares. Quant à SYLLA M et coll. [7 à Sikasso au Mali, les multipares représentaient 25%. Le risque de mortinatalité est significativement élevé chez la primipare jeune et la grande multipare [8 ;9].

L'analyse a montré que la profession n'est pas corrélée à la mortinatalité. Dans notre série, les ménagères étaient les plus exposées 170(50,59%)

versus 2728(55,79%), de même qu'au Centre Hospitalo- Universitaire (CHU) de Yopougon par QUENUM et coll. à Abidjan [5] dans 55,6%. WALES B pense que la situation matrimoniale n'interfère pas sur le risque de mortinatalité [10]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les ménagères représentent la couche féminine la plus importante de notre population et en foyer avec 63,69% de nos cas versus 87,73% témoins. Pour JEBENOUN S et coll.[11] à Tunis en 2001, les mariées étaient de 97,6 %. Au contraire, les femmes vivant maritalement et les célibataires représentaient respectivement 47,7% et 43% à Abidjan [5]. Le risque élevé de mortinatalité chez les célibataires serait lié à la faible utilisation des services de planification familiale, 6% de couverture contraceptive [4], et par conséquent, aux grossesses non désirées peu ou mal suivies.

La proportion de mères ayant effectué moins de 4 Consultations Pré Natales(CPN), les plus touchées, 284(52,97%) de cas versus 2385(48,77%) de témoins avec une différence significative ( $p= 0,000000$ ), est supérieure à celle rapportée par SEPOU A et coll[12] en 2000 en République Centre Afrique, avec respectivement 14,7% de mortinatalité issue de grossesses non suivies et de 1,12% de grossesses suivies.

Les consultations routinières n'ont pas amélioré les résultats des grossesses. Elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier dans les pays en développement et que la CPN-Recentrée met l'accent sur la qualité plutôt que sur le nombre [4].

Les évacuées étaient les plus concernées avec 188(55,95%) chez les cas versus 1166(23,84%) chez les témoins et un RR= 2,34 et une différence statistiquement significative ( $p= 0,000000$ ). Ce taux est contraire à celui de 3,44% de femmes évacuées rapporté par AKPADZA et coll[8] au Togo en 1996. Nous convenons avec FONDU R de Madagascar [13] que tout retard accusé dans l'évacuation des patientes se répercute de façon dramatique sur le pronostic maternel et fœtal.

Parmi les causes maternelles de la mortinaissance, les troubles hypertensifs étaient les plus fréquents dans 43,58% cas versus 53,49 %témoin. QUENUM G D et coll.[5] au contraire rapportaient 19,8% d'hémorragies (HRP, placenta prævia, rupture utérine) comme cause première de mortinaissance. La mort maternelle va assombrir le tableau dans plus de 50 % des cas.

La souffrance fœtale représentait la cause fœtale la plus dominante dans 75,00% de cas versus 50,55% de la population témoin. La prématurité était la

première cause rapportée à Abidjan dans 17,2% [5]. L'HRP était la cause annexielle la plus fréquente dans 88,25% versus 77,36%.

### CONCLUSION :

La mortalité est fréquente dans notre service. Les hémorragies (HRP, P.P et rupture utérine) et l'asphyxie fœtale constituent les principales causes de mortalité

La planification familiale, l'élaboration d'un plan d'accouchement, l'accouchement sécurisé avec usage du partogramme pourraient réduire le taux de mortalité dans le service.

### REFERENCES :

1-OMS. Classification internationale des maladies, révisions 1975 (9ème édition). OMS-Genève.  
2-LANGER B, SCHLAEDER G. Mortalité périnatale in Obstétrique, Universités Francophones, Edition marketing/ Ellipses, 1995 : 654- 671.  
3-OMS. Les complications du travail, les facteurs de risque les plus importants de la mortalité périnatale dans les zones rurales du Kenya. Genève ; 2003 ; vol.n°8.  
4- Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) et ORC Macro. 2006. Enquête Démographique et de Santé (EDS), Guinée 2005. Calverton, Maryland, USA : DNC et ORC : 21- 295.  
5- QUENUM G D, DANGAR G D, SENI K, MEMEDJIM, WELFFENS-EKRACH  
Etude des déterminants de la mortalité au CHU de Yopougon: A propos de 151 cas colligés.- Abidjan. Annales de l'université Ouagadougou; Série D, Vol.005, juin 2007.

6- CAMARA F. Mort in utero : Fréquence et conduite à tenir à l'hôpital Ignace DEEN. Thèse méd. Univ Conakry; 2002; n°072:16-18.

7-GANDZIEN P C, EKOUNDZ OLA J R. Mortalité à l'Hôpital de base de Talangain au CHU de Brazzaville, Congo. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; vol53 (6) : 386-388.

8-SYLLA M, KONATE .A. La mortalité à la maternité de l'hôpital de Sikasso. Journal de laSAGO, 2007.

9- AKPADZA K S, BAETA S, ADJAGBA K, HODONOU A K S. La mortalité périnatale au centre hospitalier de SOKODE (Togo). Revue française de Gynécologie Obstétrique; 1996; 91(5) : 247-.250.

10-OMS/ FISE . Rôle des soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale. Santé reproductive, 1998 ; 25 : 11-24.

11- WALES B. Maternal health care program and markers for late fetal death acta obstet Gynecol; 1994; 73:773-778.

12-JEBENOUN S ET COLL.[6 ] TUNIS. 97,6 %. Revue maghrébine en Pédiatrie, 2001; 11; 16:21 26

13-SEPOU A, YANZA E, NGUEMBI J P, BANGOMINGO- MNNALI. Les consultations prénatales en zone semi urbaine centrafricaine : fréquence, facteurs influençant le pronostic maternel et néonatal. Méd Tropicale édition 2000; 60: 257-2612.

14-Fondu R. La mortalité périnatale au service de néonatalogie de la maternité de Bafelatanana à Madagascar; 1999 ; 65 (2) : 86-89.