ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 7 ▪ N° 19 (2012)

(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 Diadhiou
MK Bohoussou
C Welfens Ekra
M M Sall (CAMES)
A Gouazé (CIDMEF)
G Osagie (Nigeria)
Comité de redaction
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 Fournier (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
O Ndiaye (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, disquette 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

2. Professeur Agrégé Telly Sy
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30
Email : 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 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale 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 Médicus, 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

- 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

Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Cancer du sein et facteurs hormonaux chez la femme à Abidjan
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ, Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) au centre hospitalier régional d'Ourossogui (Sénégal).
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Comportement du personnel et droits des parturientes dans les Maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B .....73 - 76

Dysménorrhée dans une population estudiantine a l'universite de Parakou (Bénin) : enquêtes épidémiologiques et facteurs associés
Hounkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....86 - 90

Le surpoids, l'obésité et l'accouchement
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....81 - 85

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

Corps étranger intramyométrial: un cas inhabituel de buchettes d'allumettes incarcérées dans le muscle utérin
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Moreau JC.....86 - 88

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Evacuation analysis to the service obstetric obstetrics gynecology hospital of national Donka Conakry.
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Brest cancer and hormonal factors withwoman in Abidjan
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ,
Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Management of ectopic pregnancy (EP) at regional medical center Ourossogui (Sénégal)
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade T M, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Providers' behavior and laboring women's rights in maternities in Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B .....73 - 76

Dysmenorrhea in a student population at university of parakou (benin republic):
surveys epidemiologic and factors associates)
Hounkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....77 - 80

Overweight, obesity and delivery
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....81 - 85

CASE REPORT

Intramyométrial foreign body: an unusual case of match-sticks incarcerated in the uterine muscle
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM,
Moreau JC.....86 - 88

ANALYSE DES EVACUATIONS OBSTETRICALES VERS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA

EVACUATION ANALYSIS TO THE SERVICE OBSTETRIC OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL OF NATIONAL DONKA CONAKRY.

LENO DWA, CAMARA M.K[1], DIALLO FD[1], CONTE I[1], HYJAZY Y[1], KEITA N[1]

[1] Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital national Donka. CHU de Conakry.

Correspondances : Dr LENO Daniel AW, Assistant chef de clinique , service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry Tel : +224 62566550, Email:

RESUME

Objectif : faire une analyse des évacuations obstétricales vers un centre tertiaire dans un contexte Africain.

Matériel et Méthodes : analyse rétrospective des dossiers de toutes les patientes évacuées pour motif obstétrical vers le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national de Donka, du CHU de Conakry, du 1er janvier 2007 au 30 novembre 2007.

Résultats : Neuf cent trente neuf patientes ont été évacuées vers le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital national de Donka sur un total d'admission de 5.166, soit un taux d'évacuation de 18,2%. Il s'agissait majoritairement de patientes jeunes (12-29 ans), représentant 76,8 %, avec un âge moyen de 24,1 ans. Les dystocies ont représenté le principal motif d'évacuation avec 32,5%, suivies par les hémorragies (27,1%) et par l'hypertension artérielle et ses complications (23,1%). Les principaux diagnostiques retenus à l'admission étaient les hémorragies avec 23%, les dystocies avec 22,8%, et l'hypertension artérielle et ses complications avec 17,9%. La concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu était établie dans 60% ces cas. Les évacuations avaient donné lieu à un accouchement par les voies naturelles dans 43,8 % des cas. Par rapport au pronostic, les taux de létalité maternelle et périnatale précoce étaient respectivement de 5% et de 19%.

Conclusion : Les soins obstétricaux d'urgence méritent d'être consolidés dans nos régions à faibles ressources où la mortalité maternelle et périnatale reste encore très élevée. La réduction de ces taux passe par l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Mots clés: Evacuation obstétricale Pronostic maternel Pronostic périnatal - Guinée

ABSTRACT

Objective: to analyze the obstetric evacuation to a tertiary center in an African context.

Material and Methods: retrospective analysis of all patients obstetrical grounds evacuated to the obstetrics and gynecology department of the National Hospital of Donka, Conakry University Hospital from January 1, 2007 to November30,2007.

Results: Nine hundred and thirty nine patients were evacuated to the obstetrics and gynecology department of Donka National Hospital on a total intake of 5166, a discharge rate of 18.2%. It was mostly young patients (12-29 years), representing 76.8%, with a mean age of 24.1 years. Obstructed labor represented the main reason for evacuation with 32.5%, followed by hemorrhage (27.1%) and hypertension and its complications (23.1%). The main diagnostic retained at admission were 23% hemorrhage, obstructed labor with 22.8%, and hypertension and its complications with 17.9%. The correlation between the pattern of discharge and diagnosis was established in 60% of these cases. Evacuations had given rise to a natural vaginal delivery in 43.8% of cases. In relation to prognosis, rates of maternal and perinatal lethality early were 5% and 19%.

Conclusion: The analysis of our results shows the complexity of obstetric evacuation Guinea. It is illusory to believe that the problems of maternal and perinatal health are purely medical. A large number of maternal and perinatal deaths could be avoided provided to develop a coherent, relevant and functional coordination, risk screening and care in time.

Keyword: Evacuation obstetric - Prognosis maternal - perinatal prognosis - Guinea

INTRODUCTION

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est, depuis plus d'un quart de siècle, un objectif prioritaire dans tous les pays, surtout dans les pays en développement. Les taux de mortalité maternelle et périnatale ont été depuis plusieurs années, améliorés dans les pays développés grâce entre autre à une meilleure organisation du système de santé. Le ratio de décès maternel est de 10 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés, tandis qu'il varie entre 500 à 2 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement (1). Les soins obstétricaux en Afrique s'adressent à une population économiquement faible, avec un niveau d'illettrisme élevé, et ayant un accès difficile aux soins médicaux. Ces différentes entraves confèrent aux complications de la grossesse et de la parturition un caractère gravissime illustré par un taux de mortalité maternelle et périnatale des plus élevés au monde. En Guinée, selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) : le taux de décès maternel est de 980 pour 100.000 Naissances vivantes, 98 % des femmes n'ont pas accès aux soins prénataux, 60% des accouchements ont lieu à domicile, 31% des accouchements sont réalisés dans les structures sanitaires et seulement 15% d'accouchements assistés (2). C'est pourquoi, la réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure une composante essentielle des politiques en matière de santé en Guinée. Une des solutions pour atteindre cet objectif est l'amélioration de la qualité et de l'accès des femmes aux soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement. On ne pourra donc réduire de manière notable ces taux sans actions efficaces sur les évacuations obstétricales. Notre objectif principal était de réaliser une analyse qualitative des évacuations obstétricales dans le service de gynécologie obstétrique de Donka, afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale en Guinée. Spécifiquement, il s'agissait de déterminer la fréquence des évacuations obstétricales, d'identifier les principaux motifs d'évacuation, d'analyser la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission, d'évaluer le pronostic maternel et périnatal précoce, et enfin de formuler quelques recommandations.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif, d'une durée de 11 mois (du 1er janvier au 30 novembre 2007) réalisée dans le service de gynécologie et Obstétrique de l'hôpital national Donka, du Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry. Il constitue l'un des centres de dernier recours de la pyramide sanitaire en Guinée, réalisant plus de 7.000 accouchements par an, avec une capacité d'accueil de 63 lits d'hospitalisation. La population d'étude était constituée par les dossiers de patientes évacuées vers le service de gynécologie et obstétrique de Donka. L'évacuation obstétricale a été définie comme étant le transfert, dans un contexte d'urgence obstétricale, d'une patiente d'une structure sanitaire de niveau inférieur vers une structure sanitaire de niveau supérieur pour y recevoir des soins obstétricaux de meilleure qualité. Il s'agit donc d'une situation « à chaud », qui met en jeu le pronostic vital du couple mère-enfant. Ont été inclus, tous les dossiers de patientes évacuées pour raison obstétricale et notifiées dans les différents registres. Les dossiers non inclus étaient ceux où les renseignements étaient incomplets, ceux dont les patientes étaient venues d'elles mêmes ou référées. Après application des critères de sélection, nous avons retenu 939 dossiers sur un total de 953 dossiers d'évacuations obstétricales. Pour chaque dossier d'évacuation, une fiche de renseignement individuelle a été établie. Les paramètres étudiés étaient en particulier l'état civil, la structure sanitaire de provenance, la date et le motif d'évacuation, la date et le diagnostic d'admission, la conduite tenue à l'admission, et le pronostic maternel et périnatal précoce. Pour faciliter l'analyse des données, nous avons classé les différents diagnostics (motif d'évacuation et diagnostic d'admission) en grands syndromes obstétricaux. Il s'agissait : des dystocies dynamiques et osseuses (bassins rétrécis, présentation de l'épaule, présentation du siège chez la primipare, , présentations de la face et du front, disproportion feoto-pelvienne, dystocie cervicale), de l'hypertension artérielle (HTA) et ses complications (toxémie gravidique, pré éclampsie, éclampsie), de l'hémorragie et ses complications (Placenta prævia, hématome retro-placentaire, rupture utérine, hémorragie du post partum, grossesse extra-utérine, choc hémorragique, anémie.), de l'infection et ses complications (endométrite, suppuration post opératoire, choc septique), les pathologies fœtales (souffrance fœtale aigue, mort fœtale in utero, malformation fœtale, polyhydramnios), et autres pathologies (menace d'accouchement prématuré, rupture prématuré des membranes, vomissements gravidiques). Les registres d'évacuation, d'accouchement, de compte rendu opératoire, les

dossiers obstétricaux, et les fiches d'évacuation, ont servi de supports de collecte des données. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Epi Info 2005 version 3.3.2.

RESULTATS

1°)- Caractéristiques de la population étudiée.

Au cours de la période d'étude, 939 évacuations obstétricales ont été enregistrées dans notre service sur un total de 5 166 admissions, soit une fréquence de 18,2 %. L'âge moyen des patientes évacuées était de 24 ans, avec des extrêmes de 12 ans et 45 ans. La tranche d'âge de 15-19 était la plus représentée avec 31,5%. La parité moyenne était de 2,56, avec des extrêmes de 1 et 11. Le statut matrimonial des évacuées était dominé par les mariées avec 96%. Près d'un quart (38,2 %) des évacuées provenaient des maisons d'accouchement. Environ une patiente sur deux (49,3%) évacuée « sans fiche d'évacuation », provenait d'une maison d'accouchement.

2°)- Répartition des évacuées selon le motif d'évacuation et le diagnostic d'admission

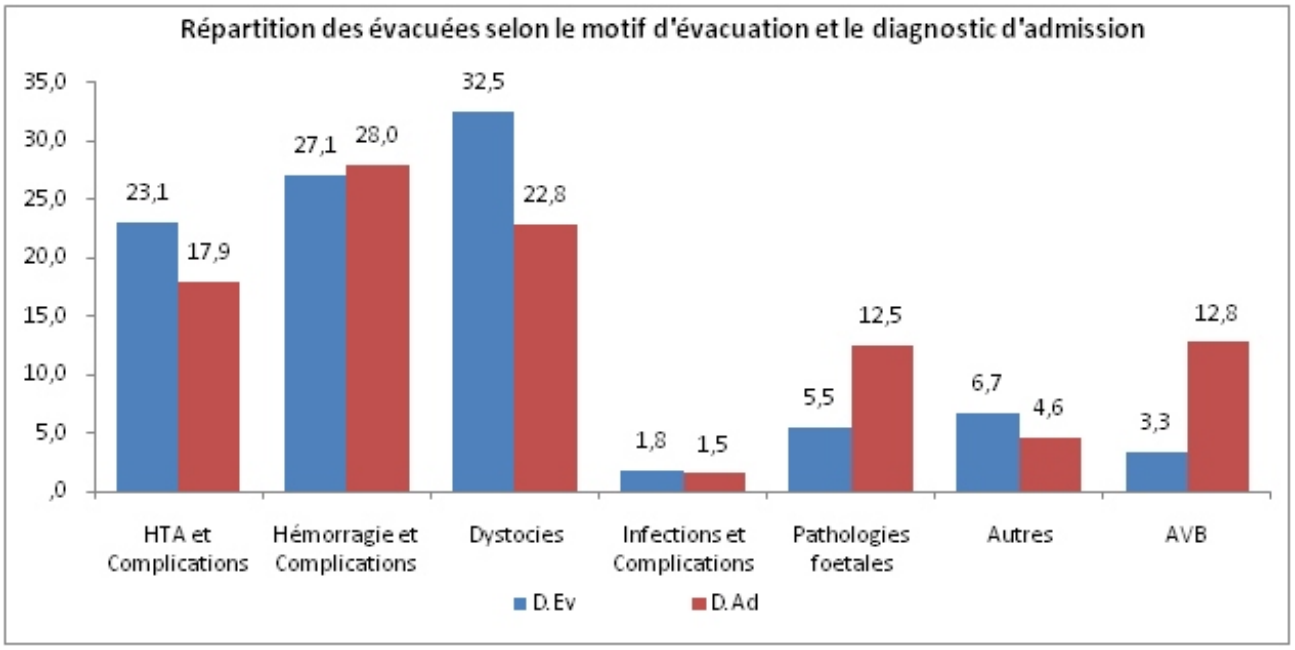


Figure 1 : Répartition des évacuées selon le motif d'évacuation et le diagnostic d'admission.

3°)- Répartition des évacuées selon la concordance diagnostique

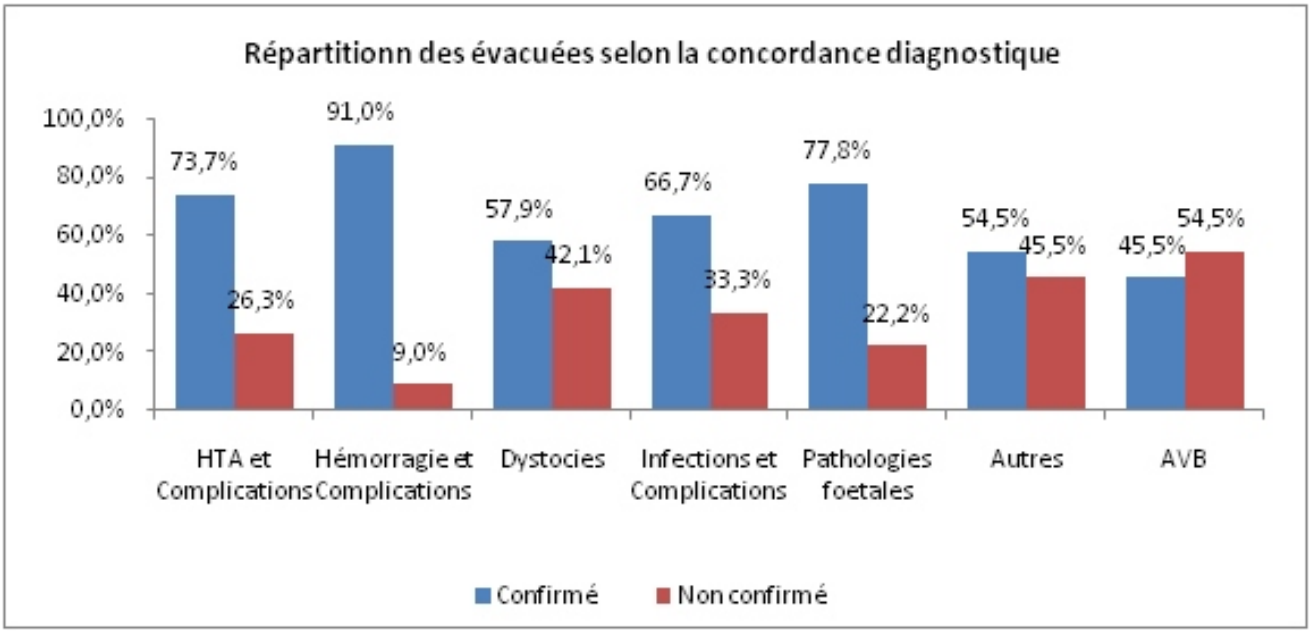
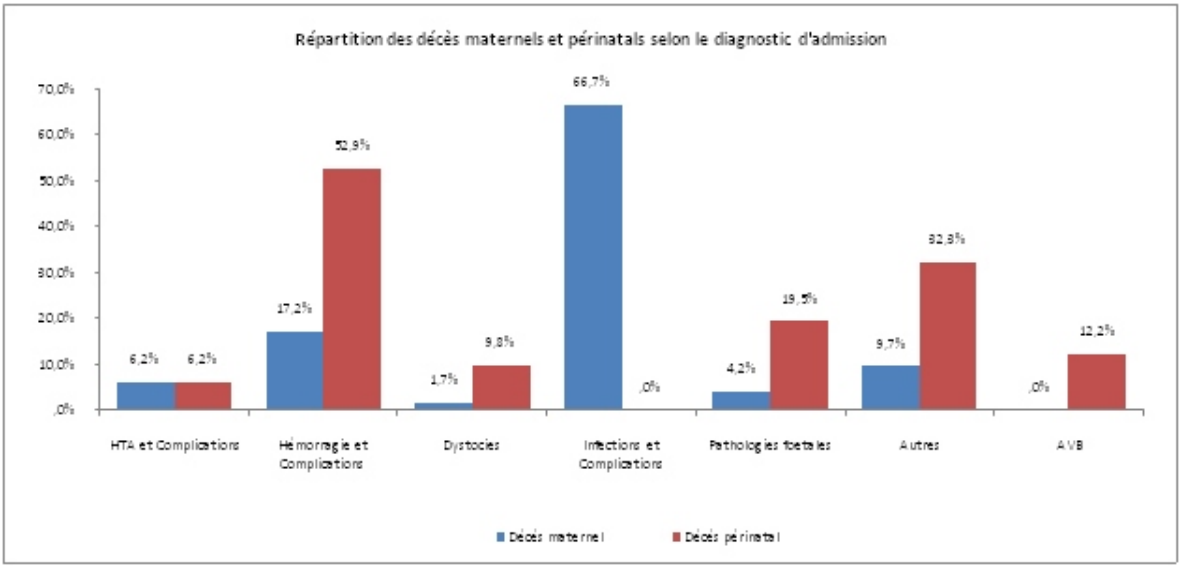


Figure 2 : Répartition des évacuées selon la concordance diagnostique

4°)- Pronostic maternel
Selon nos résultats, 94 % des évacuées étaient vivantes, avec un taux décès de 5%. Environ 1% des évacuées était transféré dans le service de réanimation.

5°)- Pronostic périnatal
Nous avons enregistré 75 % de naissances vivantes, et un taux de décès périnatal de 19%. Les renseignements concernant l'état du nouveau né n'étaient pas précisés chez 6 % des évacuées reçues dans le post-partum.

6°)- Répartition des décès maternels et périnatals selon le diagnostic d'admission



6°)- Figure 3 : Répartition des décès maternels et périnatals selon le diagnostic d'admission

DISCUSSION

La fréquence des évacuations obstétricales observée dans notre étude est superposable à celle de 19,5% retrouvée au CHU d'Ignace Deen par Sy T. et coll.[3]. Toute fois, elle est plus élevée que celles retrouvées par Sépou et coll. à Bangui [4] et par Akpovi et coll. à Cotonou [5], respectivement de 12% et 8,4%. Par contre, notre taux est inférieur aux 46,7 % retrouvées par Cissé et coll à l'hôpital régional de Kolda au Sénégal [6]. Cette fréquence élevée des évacuations obstétricales pourrait s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital national Donka, entre la banlieue et le centre ville, rendant son accès plus aisé, et par sa grande capacité d'accueil avec près de 7.000 accouchements par an. Ce qui explique le fait qu'il reçoive la très grande majorité des évacuations provenant des centres périphériques de Conakry et autres régions.

Les femmes jeunes (moins de 30 ans), représentaient les trois quart de notre population d'étude. Parmi elles, les adolescentes (moins de 19 ans) représentaient le groupe le plus important. En Guinée particulièrement, les adolescentes représentent 21% de la population en âge de procréer [2]. Nos résultats sont similaires à ceux de Sy T et coll. [3] qui trouvent 30%, et de Sépou et coll. [1] qui retrouvent 37,2%. De même, Akpovi dans son étude retrouve 88,1% de patientes âgées de 17 à 35 ans [5]. La maternité des adolescentes est plus courante dans le monde en développement où la proportion de femmes mères avant l'âge de 18 ans atteint souvent 25 à 50 % [2]. Il convient de signaler que l'absence ou l'insuffisance de politique nationale en faveur de l'emploi ou de la réinsertion sociale des jeunes, a augmenté considérablement le nombre d'adolescentes sans emploi et sans activité rémunératrice les exposant aux grossesses précoces. En Guinée, plusieurs situations concourent au mauvais suivi des grossesses chez les adolescentes, notamment : l'accès aux soins rendu difficile par la situation sociale souvent difficile de ces parturientes, l'absence de couverture sanitaire et sociale, la faiblesse des ressources financières, ou encore la méconnaissance des structures de soins. Ajouté à cela des raisons plus spécifiques aux adolescentes comme le fait que la grossesse ne soit pas désirée ou qu'elle soit cachée de l'entourage. En

ce qui concerne la parité, les primipares étaient les plus représentées avec 48%, suivies des paucipares avec 26%. Cette fréquence élevée de primipares parmi les évacuées est retrouvée par plusieurs auteurs [1, 3, 5, 6]. La forte proportion de primipares parmi les évacuées pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de patientes difficiles à gérer pour la majorité du personnel soignant, en raison de la mauvaise préparation à l'accouchement responsable de la mauvaise collaboration des parturientes souvent angoissées.

Près du tiers (32,5%) des évacuations étaient dominées par les dystocies (mécaniques ou dynamiques), suivies par les hémorragies (27,1%) et par complications de l'hypertension artérielle (23,1%). Nos résultats confirment les données de la littérature [3, 4, 6, 7] selon lesquelles les dystocies sont plus fréquentes chez les adolescentes primipares. Chez ces patientes, l'exploration du bassin n'est souvent pas réalisée au cours des consultations pré natales pour détecter précocement les causes de dystocie. La provenance des évacuées est diversifiée, mais elles proviennent majoritairement des maisons d'accouchement avec 38,2%. Et parmi les patientes évacuées « sans fiche d'évacuation », près de la moitié (soit 49,3%) proviennent des maisons d'accouchement.

Selon nos résultats, la concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission a été établie chez 60% des évacuées pour dystocies, 91% des évacuées pour complications hémorragiques, et près des trois quarts (73,7%) des évacuées pour complications de l'HTA. Cela pourrait supposer qu'une évaluation initiale correcte des patientes était réalisée dans les structures périphériques. Nos résultats sont discordants avec ceux de Sépou et coll [1] qui retrouvent 39,4% d'évacuations justifiées et 51,1% de diagnostic incorrect. Cependant, bien que le temps mis entre la décision d'évacuation et l'admission et les moyens de transport utilisés par les évacuées n'ait pas été étudiés, il est probable que ces facteurs aient pu contribuer à aggraver le pronostic maternel et périnatal.

Les évacuations obstétricales avaient donné lieu à une césarienne dans 44,7% des cas, et à un accouchement par les voies naturelles dans 43,8% des cas. Le taux de césarienne chez les évacuées dans notre étude est inférieur à celui de 74,16 % retrouvé au CHU Ignace Deen par Sy T et coll. [3]. Les motifs d'hospitalisation des évacuées étaient dominés par l'anémie du post partum, les infections et les complications de l'HTA. Une meilleure organisation des structures sanitaires périphériques avec la présence d'équipements (dynamap, charriot pour anesthésiste, bloc opératoire…) et de consommables (kits césarienne, kit hémorragique et kit complication HTA, disponibilité du sang et dérivés..) d'une part, une formation adéquate du personnel soignant et une meilleure communication avec un changement de comportement d'autre part, pourrait contribuer à réduire considérablement les évacuations et donc les taux de mortalité maternelle et périnatale dans notre pays.

En ce qui concerne le pronostic, l'évolution était favorable chez la très grande majorité des évacuées. Notre résultat est similaire à celui de Sépou et coll. qui retrouvent une évolution maternelle et périnatale précoce favorable dans respectivement 91,9 % et 6,9 % [1]. Le taux de létalité maternel dans notre étude, de 5,2%, reste inférieur à celui de 7,02 % retrouvé par Sy T et coll. [3]. Cependant, AKPOVI et coll. trouvent un taux de mortalité maternelle encore plus bas de 3,3% [5]. Les causes de décès maternel étaient dominées essentiellement par les complications infectieuses (66,7%), hémorragiques (17,2%), et hypertensives (6,2%). Nos résultats concordent avec les données de la littérature des pays en voie de développement en ce qui concernent les causes directes de mortalité maternelle [6, 8, 9, 10, 11]. Le taux de décès périnatal retrouvé au cours de notre étude (19%) est très élevé. Les causes de décès périnatal étaient dominées par les hémorragies avec 52,9%, les complications hypertensives (32,3%) et les pathologies fœtales (souffrance fœtale aigue, Mort in utero) représentant 19,5%. Notre résultat est inférieur à celui retrouvé par de AKPOVI et coll. [5] de 28,3%. Notre analyse montre que le décès maternel fait suite à une évacuation tardive due à l'atermoiement dans la prise de décision entre les parents et le personnel soignant, à l'absence de moyens de transport adéquat, au fait que l'évacuation reste encore à la charge des parents. Ces évacuations tardives sont les conséquences de plusieurs facteurs à responsabilité partagée. Outre les problèmes liés aux facteurs socio économiques et culturels, le personnel de santé a aussi sa part de responsabilité, ainsi que l'Etat.

Au terme de cette étude, il nous paraît important de favoriser l'accessibilité des populations aux soins obstétricaux en augmentant le nombre de structures sanitaires et leur meilleure répartition dans les zones péri urbaines notamment; de rendre disponible le sang et les kits d'urgence obstétricale; et de mettre en place un système de communication et de transport médicalisé entre les différentes

structures sanitaires. Ces différentes actions pourront contribuer à réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale précoce en Guinée.

CONCLUSION

La fréquence des évacuations obstétricales au cours de la période d'étude parait importante malgré la mise en place des consultations prénatales focalisées. La population des évacuées était majoritairement jeune, et près d'une évacuée sur trois était une adolescente. Et près d'une évacuée sur deux était primipare. Le principal motif d'évacuation était représenté par les dystocies. Dans plus de la moitié des cas, il existait une concordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu à l'admission. Le pronostic maternel et périnatal parait assez élevé dans notre étude. L'analyse de nos résultats montre la complexité des évacuations obstétricales dans un contexte africain, en particulier en guinée. C'est pourquoi, ce serait une vision restrictive de croire que les problèmes de santé maternelle et périnatale en Afrique sont strictement d'ordre médical. Un grand nombre de décès maternel et périnatal pourrait être évités dans nos pays, à condition de mettre en place un réseau cohérent, pertinent et fonctionnel de concertation, de dépistage des risques et prestation de soins à temps.

REFERENCES

1. Sepou A, Yansa MC, Nguembi. E, Dotte G.R, Nali MN. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique. Cahier Santé, 2000 ; vol.10 : 399-405
2. Enquête Démocratique et de Santé (EDS). République de Guinée. 2005: 123-135.
3. Sy T, Diallo AB, Diallo Y, Diallo FB, Onivogui G, Bah A, Diallo MS. Les évacuations obstétricales :aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Ignace Deen. Journal de la SAGO, 2002, vol. 3, N° 2 : 7-11.
4. Sepou A, Goddot. M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modangaz, Fandema E, Baligross S. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. Clinics in Mother and chilld Health. Vol.6, N°1, 2009 : 1007-1012.
5. Akpovi J, Akpovi B, Guedeme A, Capo-Chichi V, Alihonou E. Prévalence et conséquences médicales des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical au CNHU de Cotonou. Benin Méd. 1998, N° 8: 69-71.
6. Cisse ML, Raad B, Diouf A, Wade A, Wade F, Moreau JC. Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital régional de Kolda (Sénégal). Med. d'Afrique Noire. 2010 ; 57 (1) : 37- 43.
7. Serdouma E, Bobossi-Srengbe G, Goumba Ch, Simo-Nkwendjo AJ, Nali NM. Les accouchements dystociques à l'hôpital communautaire de Bangui. A propos de 168 cas. Med. Afr. Noire. 2004 ; 51 : 501-4.
8. K Lompo, JTF Hutin, G Traore, F Tall, JB Guiard-Schmid, G. Yameogo, ET B. Fabre-Teste. Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina-Faso. Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1993, 73 : 153-163.
9. Iloki LH, G'bala Sapoulou MV, Kpekpede F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994). J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 163-168.
10. Ouedraogo C, Ouedraogo A, Ouattara T, Akotionga M, Thieba B, Lankoande J, Kone B. La mortalité maternelle au Burkina Faso. Med. d'Afrique Noire. 2001. 48 (11) : 452-456.