

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 16 (2011)



(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 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](mailto: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 : [syttelly@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 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 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

### **Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)**

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

### **La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.**

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

### **Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré**

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

### **Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody**

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### **Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan**

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### **Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.**

Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

### **Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas**

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### **Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.**

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### **Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.**

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

### **Estimations clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo.**

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### **La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois**

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### **Analyse du taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.**

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CAS CLINIQUE

### **Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature**

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

### ***Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)***

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A .....1 - 4

### ***Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody***

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

### ***Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital***

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

### ***Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody***

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### ***Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan***

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### ***Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.***

Millogo/Traore TFD, Akotionganga M, Sanou SYG.....22 - 27

### ***Vesico vaginal fistula in Kankan, Guinea: analysis of 56 cases***

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### ***Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.***

Kouakou F, K N'guessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### ***Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases***

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

### ***Clinical and echographic birth weight estimation during the labor.***

#### ***In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.***

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### ***Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months***

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### ***Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy***

#### ***During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.***

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CASE REPORT

### ***Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy:***

#### ***A case report and literature review***

N'guessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

# LA MORTALITE MATERNELLE A LA MATERNITE ISSAKA GAZOBI ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 139 CAS SUR 12 MOIS

## MATERNAL MORTALITY IN THE MATERNITY ISSAKA Gazobi PROSPECTIVE STUDY ABOUT 139 CASES IN 12 MONTHS

GARBA M<sup>1</sup>, HALILOU S<sup>1</sup>, IDI N<sup>1</sup>, KAMAYE M<sup>1</sup>, ALIO A<sup>2</sup>, NAYAMA M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Maternité de référence Issaka Gazobi - BP 10813 Tél (00227) 20 73 35 50 Niamey(NIGER)

E-mail : mgazoby@intenet.ne

<sup>2</sup>Department of Community and Family Health, University of South Florida,

**Correspondances** : Garba M BP 904 -NIAMEY- NIGER, E-mail : madgar@refer.ne

### RÉSUMÉ

**Objectif** : Notre étude avait pour but d'analyser les décès dans une maternité de référence de 3<sup>ème</sup> niveau d'un pays en voie de développement

**Patientes et méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008 soit une durée de 12 mois. L'étude a concerné toutes les patientes admises et décédées de cause obstétricale soit 139 patientes à la maternité I. Gazobi, maternité de référence de 3<sup>ème</sup> niveau. Nous avons colligé les dossiers des patientes admises aux urgences, en salle d'accouchement et dans les unités d'hospitalisation.

### Résultats

Pendant la période de notre étude, 4356 accouchements ont été enregistrés dans le service dont un taux de césarienne de 58,7% ; 139 décès de cause obstétricale : 44 patientes (40,4%) venaient de la communauté urbaine de Niamey (CUN). La moyenne d'âge a été de 29,5 ans, les nullipares 34 cas (24,4%), 39 patientes (28%) étaient décédées de causes hémorragiques, 48 par anémie (34,5%) ; 70 (58%) étaient en état de choc (hypovolémique, septique) et coma (crise d'éclampsie, neuropaludisme grave)

101 patientes (72,6%) sont décédées dans les 24 h ; 101 cas (72,6%) en post partum ; la majorité des patientes était sans profession soit 93,5% ; 66,10% n'ont fait aucune consultation prénatale ; 26,5% ont accouché à domicile

**Conclusion** : Malgré tous les efforts, la mortalité maternelle reste élevée liée aux autres facteurs : le poids des facteurs socio culturels, l'insuffisance d'un personnel qualifié et les faibles revenus de la population.

### SUMMARY

**Objective**: This study aimed to analyze the deaths in a maternity reference level of one third in developing countries

**Patients and methods**: This is a prospective study during the period 1 January to 31 December 2008, a period of 12 months. The study included all patients admitted and died of obstetric patients is 139 to motherhood I. Gazobi. We collected records of patients admitted to emergency in the delivery room and inpatient units.

### Results

During the study, 4356 deliveries were recorded in the service a C-section rate of 58.7% of 139 obstetric deaths: 44 patients (40.4%) were from the urban community of Niamey (CUN) . The average age was 29.5 years; 34 nulliparous cases (24.4%), 39 patients (28%) had died of causes bleeding, anemia in 48 (34 , 5%) 70 (58%) were in shock (hypovolemic, septic) and coma (eclampsia, severe cerebral malaria)

101 patients (72.6%) died within 24 h, 101 cases (72.6%) in post partum, the majority of patients had no profession or 93.5%, 66.10% haven't do prenatal care; 26.5% gave birth at home.

**Conclusion**: Despite all efforts, maternal mortality remains high due to other factors: the weight of the socio-cultural factors, lack of qualified personnel and low-income population.

## INTRODUCTION

La mortalité maternelle est un problème de santé publique en Afrique, et le Niger n'échappe pas à cette problématique avec un taux de mortalité maternelle estimé à 648/100000 NV. Malgré ce taux élevé, les chiffres sont sous estimés, car il n'existe pas de registres fiables pour les déclarations et enregistrements des décès maternels. Les données sur la mortalité maternelle sont parcellaires ne relevant que des données hospitalières.

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008 soit une durée de 12 mois. L'étude a concerné toutes les patientes admises à la maternité I. Gazobi, maternité de référence de 3<sup>ème</sup> niveau et décédées en pré, per ou post partum.

Nous avons colligé les dossiers des patientes admises aux urgences, en salle d'accouchement et dans les unités d'hospitalisation.

## RESULTATS

Durant les 12 mois de notre étude 3.785 NV ont été enregistrées, 139 cas de décès donnant ainsi un TMM 3.672,4 pour 100.000 NV.

L'âge moyen était de 29,5 ans avec des extrêmes de 14 ans à 48 ans.

Les patientes âgées de 24-28 ans ans étaient les plus concernées (25,2%).

59,6% sont des références hors de la CUN avec des distances variant de 25 à 200 km.

**Tableau I : Répartition des causes de décès**

| Motif d'admission    | Effectif | (%)  |
|----------------------|----------|------|
| Anémie               | 48       | 34,5 |
| Causes hémorragiques | 39       | 28   |
| Paludisme grave      | 21       | 15   |
| HTA et complications | 13       | 9,3  |
| infection            | 10       | 7,2  |

130 patientes (93,5%) étaient sans profession, 85,6% n'ont pas été scolarisées. La parité variait de 0-13 ; 92 patientes (66,1%) n'avaient effectué aucune CPN.

Les tableaux I et II nous montrent les différentes causes de décès. Quant au délai et le moment de survenue des décès ils nous sont donnés par les tableaux III et IV. 30 patientes (39,6%) ont accouché à domicile, sans assistance par un

personnel qualifié. Quant au pronostic périnatal sur la période de l'étude, nous avons enregistré 512 morts nés (11,75%) et 42 cas (1%) de mortalité néonatale précoce.

**Tableau II : causes hémorragiques**

| Répartition des causes hémorragiques | Effectif | (%)  |
|--------------------------------------|----------|------|
| HRP                                  | 10       | 25,6 |
| Rupture Utérine                      | 9        | 23,1 |
| De la délivrance                     | 9        | 23,1 |
| Avortement                           | 5        | 13   |
| Placenta prævia                      | 3        | 7,7  |
| GEU                                  | 2        | 5    |
| Déchirure du col                     | 1        | 2,5  |

**Tableau III : délai du décès/admission**

| Délai        | n  | (%)  |
|--------------|----|------|
| < 1 h        | 45 | 32,4 |
| 2 h-6 h      | 23 | 16,5 |
| 7 h-12 h     | 18 | 13   |
| 13 h-24 h    | 15 | 10,8 |
| 25 h-48 h    | 9  | 6,5  |
| 48 h et plus | 29 | 20,8 |

**Tableau IV : Période de survenue du décès**

| Période de survenue           | (n)        | (%)        |
|-------------------------------|------------|------------|
| Post abortum                  | 7          | 5          |
| gestantes                     | 24         | 17,3       |
| Après accouchement voie haute | 38         | 27,3       |
| Après accouchement voie basse | 63         | 45,4       |
| Per opératoire                | 7          | 5          |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>139</b> | <b>100</b> |

## DISCUSSION

L'étude est de type prospective mais avec des limites dues au fait qu'il s'agit de patientes non suivies dans le service, de dossiers remplis dans l'urgence et parfois incomplets.

Le taux de mortalité maternelle est très élevé dans notre étude 3.672,4 pour 100.000 naissances vivantes, dû au statut de maternité de référence, avec une concentration de pathologies graves. La

moyenne d'âge de notre série était de 29,5 ans ; celles de l'enquête du groupe MOMA [1] en 1995-1996, les moyennes d'âge étaient de 26,2 ans à Abidjan, 31,4 ans à Bamako, 25 ans à Nouakchott et 32,5 ans à Saint-Louis. Les patientes de moins de 30 ans représentent 68,6%, taux comparables à ceux de Lankoandé 68,3% [2]

78,4% ont été référées par d'autres structures. Si 47% des patientes proviennent de centres allant de 25 à 200 km, 31,6% sont dans un rayon qui ne dépasse pas 20 km. Cela pose le problème de l'inutilisation des services par les patientes ou alors ils sont utilisés tardivement. De plus, les évacuations sont perçues comme une étape devant conduire à la césarienne limitative pour le nombre d'enfants.

Les SONU adaptés pour les pays à faibles ressources rappellent que pour espérer diminuer la mortalité maternelle et néonatale comme dans les pays développés l'accent doit être mis sur l'accouchement assisté. Kambou [3] dans son étude sur les ruptures utérines en 1981 dans le même service, notait déjà que très peu d'entre elles étaient accessibles à la prophylaxie et que la solution aurait été un accouchement assisté par un personnel qualifié à l'accouchement.

Dans notre série, 93,5% des patientes sont sans profession ; 85,6% non scolarisées. Des taux similaires sont relevés par plusieurs séries africaines [2, 4, 5]. Et malheureusement ce statut correspond souvent à la précarité et à une dépendance financière.

26% avaient une grossesse inférieure à 22 SA, 32% étaient à leur première grossesse donc très jeunes. Selon l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSN/MICS) III de 2006 [6] au Niger en moyenne les femmes se marient très tôt, à 15 ans, et ont leur premier enfant à 16 ans, ont des grossesses rapprochées et nombreuses. Le mariage précoce, le manque de planification familiale et le désir d'un grand nombre d'enfants sont à l'origine d'une forte fécondité. Dans notre étude les adolescentes ont représentés 13% alors que Kharouf [7] déjà il ya 20 ans n'a pas relevé de décès maternel avant l'âge de 18 ans en raison d'une loi interdisant le mariage avant 17 ans en Tunisie.

L'anémie a été dans 34,5% responsable de décès et a été un des principaux motifs de référence. L'anémie est un facteur aggravant de toutes les pathologies. Toutes les séries africaines déplorent cette situation [8-11]. La pénurie des produits sanguins est chronique et responsable d'un nombre important de

décès, Lankoandé relève 26% de décès qui lui sont imputables [2].

Les causes hémorragiques avec 28% ont représenté la deuxième cause de décès, taux identique à Nayama [12] dans le même service. Mais de nombreux cas d'anémie relevés font suite à un événement hémorragique, la précision n'est pas toujours obtenue. Bouvier-Colle MH note que même dans un pays comme la France les hémorragies du postpartum constitue la première cause de mortalité maternelle bien qu'elles soient en grande partie évitables.

Dans notre étude, 72,6% des décès sont survenus pendant le post partum. A l'accouchement, un saignement normal décompense un terrain anémié. La charge morbide des patientes est importante, ainsi 32,3% des patientes sont décédées moins d'une heure suivant leur admission ; en moins de 24 heures 72,6% sont décédées, situation relevée par d'autres séries africaines [2, 5, 12, 13] avec parfois des taux dépassant 80% [4].

70 patientes (58%) étaient en état de choc (hypovolémique, septique), et coma (crise d'éclampsie, neuropaludisme grave. Les membres de la famille ne décident pas malheureusement de conduire les femmes rapidement à l'hôpital. Les décès par VIH/SIDA sont sous estimés, souvent seuls les symptômes de la maladie sont notifiés.

La mortalité maternelle reste très élevée en Afrique sub-saharienne qui est la région du monde qui porte le plus lourd fardeau. Elle ne représente que 10,3% de la population mondiale mais 20,7% des grossesses et environ la moitié des décès maternels (DM) soit environ 300000 DM/an PRUAL [8]. Le post partum est la période la plus dangereuse. La prise en charge doit être rapide, immédiatement après le déclenchement du saignement et efficace.

L'accouchement à domicile est très fréquent dans les zones rurales et c'est parmi ces accouchées qu'on recense la plupart des cas d'hémorragie du post partum immédiat. Le faible statut social de la patiente ou le simple manque d'argent pour payer le traitement ou le transport peut être à l'origine du retard. L'état dans lequel les patientes sont admises aurait nécessité des unités de réanimation mieux équipées disposant de stocks en produits sanguins suffisants pour les sauver.

La mortalité maternelle au Niger est toujours préoccupante, et l'atteinte des objectifs du millénaire devra nécessiter la qualité de la prise en charge en amont des maternités de référence. La fonctionnalité effective des blocs des hôpitaux de



districts rapprocheraient davantage des soins de qualité auprès de la population. Que chaque patiente soit considérée par le prestataire comme un membre de sa famille qu'il ne souhaite surement pas voir mourir. La gratuité de la césarienne (étendue aux autres interventions chirurgicales liées à la grossesse) est effective depuis début 2006. Cette gratuité agit favorablement sur le troisième retard, plus d'efforts devront également être faits sur les deux autres retards par une amélioration des secteurs connexes. L'exemple de pays à revenus modestes qui ont réussi à diminuer la mortalité maternelle doit nous inspirer.

## CONCLUSION

Malgré tous les efforts, la mortalité maternelle reste élevée liée aux autres facteurs : le poids des facteurs socio culturels, l'insuffisance d'un personnel qualifié et les faibles revenus de la population.

La mortalité intra hospitalière élevée de notre étude témoigne d'une importante charge morbide des patientes à l'admission. L'anémie a constitué un facteur aggravant. Le Niger a adopté sa feuille de route nationale et a fait de la mortalité maternelle et néonatale un défi à relever. Depuis 2006, la césarienne est devenue gratuite atténuant la charge du 3<sup>ème</sup> retard pour les familles.

## REFERENCES

1. Bouvier-Colle M.H., Prual A., Bernis L. et le groupe MOMA. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack (Maternal morbidity in West Africa. Results from a population based survey at Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis, and Kaolack); Paris, Ministère des Affaires Etrangères - Coopération et francophonie, 1998.
2. Lankoande J, Ouedraogo C, Toure B, Ouedraogo A, Dao B, Kone B. La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) : à propos de 123 colligés en 1995. Méd. d'Afr. Noire 1998, 45 (3) ; 187-190.

3. Kambou T. Ruptures utérines à la Maternité Centrale de Niamey à propos de 260 cas. Thèse de doctorat de médecine FSS/UAM Niamey, 1981
4. Traore B, Thera TA, Kokaina C and al. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. Mali Médical. 2010 ; 25 (2) : 42-47
5. Horo A, Toure-Ecra F, Mohamed F, Adjoussou S, Kone M. Dysfonctionnement et mortalité maternelle à la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Cote d'Ivoire). Médecine d'Afrique Noire. 2008 ; 55(8-9) : 449-453
6. Ministère de l'économie et des finances, institut national de la statistique Niamey, Niger : enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples EDSN/MICS.III 2006.
7. Kharouf M. et Coll. La mortalité maternelle dans un centre de référence et de Néonatalogie de Rabat de et de TUNIS de 1986 à 1989. J. Gynéco. Obstét. Biol. Reprod. 1992; 21:236-270
8. Prual A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique : Med Trop. 2004; 64 : 569-575.
9. Saizonou J, Ouendo E-M, Dujardin B. Maternal Deaths Audit in Four Benin. Referral Hospitals: Quality of Emergency Care Causes and Contributing Factors; African Journal of Reproductive Health. 2006; 10 (3)
10. Dao B, Rouamba A, Ouédraogo D, Kambou T, Bazié J. Transfert de patientes en état gravidopuerpéral en réanimation : à propos de 82 cas au Burkina. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003 ; 31(2) : 123-126.
11. Fourn L, Lokossou, Fayomi EB, Yacoubou M. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Benin. Médecine d'Afrique Noire. 2000 ; 47(1) :
12. Nayama M, Djibo-Koba A, Garba M. and al. Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence du NIGER : étude prospective à propos de 104 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2006 ; 53(12) :
13. Dombia Y., Djanhan Y., Kouakou KP. Problématique des décès maternels par hémorragie à la maternité de la formation sanitaire d'Abobo sud (Abidjan). Rev. Int. Sc. Méd. 2006 ; 8(2) : 41-45.