

# Mortalité fœtale intra-partum : caractéristiques socio-démographiques et facteurs étiologiques à propos de 76 cas à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry.

*Intra-partum fetal mortality: sociodemographic characteristics and etiological factors about 76 maternity cases at Ignace Deen Conakry national hospital*

Sylla I<sup>1</sup>, Diallo MH<sup>2</sup>, Diallo FB<sup>2</sup>, Baldé O<sup>2</sup>, Bah IK<sup>1</sup>, Baldé IS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen

<sup>2</sup>Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka

**Correspondances** : Docteur Sylla Ibrahima, Assistant, Chef de Clinique, Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry.

Tel : +224 623 08 95 48, Email : dribra62@yahoo.fr

Reçu le 18 février 2021 - Accepté le 18 août 2021 - Publié le 3 septembre 2021

## RESUME

**Objectifs** : calculer la fréquence de la mort fœtale intra-partum, décrire les caractéristiques socio-démographiques des parturientes concernées et d'identifier les facteurs étiologiques de la mort fœtale intra-partum.

**Méthodologie** : il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de six (6) mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2014 réalisée à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry.

**Résultats** : nous avons colligé 76 cas de morts fœtales intra-partum sur un total de 1953 accouchements soit une fréquence de 3,89%. Le profil sociodémographique de la parturiente ayant développé une mort fœtale intra-partum était celui d'une femme jeune avec un pic pour la tranche d'âge 25 -29 ans (28,9%), primipare (34,2%), ménagère (39,5%), mariée (80,3%), évacuée d'une maternité périphérique (59,8%), porteuse d'une grossesse à terme (71,1%), reçue en phase active du travail d'accouchement (72%). Dans plus de la moitié des cas (52,20%), les parturientes avaient accouché après deux (2h) d'évolution du travail dans le service et le travail avait été surveillé cliniquement à l'aide du partogramme modifié de l'OMS dans 32,9% des cas. Les parturientes avaient accouché dans plus de la moitié des cas par césarienne (52,6%) d'un fœtus de poids compris entre 2500 et 3999grs (68,4%).

Les facteurs étiologiques identifiés étaient essentiellement la souffrance fœtale aigue (100%), l'hémorragie du dernier trimestre (44,73%), les syndromes vasculo-renaux et leurs complications (22,37%) et les dystocies (21,05%).

**Conclusion** : La surveillance correcte des femmes en salle de travail, la prise en charge rapide des urgences obstétricales, la disponibilité des kits d'urgence, du bloc opératoire et du matériel de réanimation du couple mère- enfant contribueraient considérablement à la réduction de ce fléau.

**Mots clés** : Mort fœtale intra-partum, , Etiologies, Partogramme, Conakry

## ABSTRACT

**Objectives**: to calculate the frequency of intrapartum fetal death, describe the socio-demographic characteristics of the parturients concerned and identify the etiological factors of intrapartum fetal death.

**Methods**: this was a prospective, descriptive study lasting six (6) months from January 1 to June 30, 2014, carried out at the maternity ward of the Ignace Deen National Hospital of Conakry University Hospital.

**Results**: we have gathered 76 cases of intrapartum fetal death out of a total of 1953 deliveries, ie a frequency of 3.89%. The socio-demographic profile of the parturient who developed intrapartum fetal death was that of a young woman with a peak for the 25-29 age group (28.9%), first-time (34.2%), housewife (39.5%), married (80.3%), evacuated from a peripheral maternity hospital (59.8%), carrying a term pregnancy (71.1%), received during the active phase of labor. childbirth (72%). In more than half of the cases (52.20%), the parturients had given birth after two (2h) of labor progress in the department and labor had

Parturients had given birth in more than half of cases by cesarean section (52.6%) of a fetus weighing between 2500 and 3999 g (68.4%). The etiological factors identified were mainly acute fetal distress (100%), last trimester hemorrhage (44.73%), vasculorenal syndromes and their complications (22.37%) and obstructed labor (21.05%).

**Conclusion:** Correct monitoring of women in the labor room, rapid management of obstetric emergencies, the availability of emergency kits, the operating theater and resuscitation equipment for the mother-child couple would contribute considerably to reducing this scourge.

**Key words :** Intra-partum fetal death, Etiologies, Partogram, Conakry

## INTRODUCTION

La Mortalité foetale Intra-partum (MFIP) encore appelée mortalité per partum se définit comme étant la mort survenue au cours du travail d'accouchement. Elle concerne tous les nouveau-nés sans battements cardiaques et de mouvements respiratoires. Elle peut survenir une ou plusieurs fois chez la même femme et qui reste encore trop fréquente dans les pays sous-développés en général et en Afrique Sub-saharienne en particulier [1].

Selon l'organisation Mondiale de la santé en Afrique, 7,5% de fœtus meurent pendant la période périnatale, soit 4,1% pendant la période anténatale, 3,4% dans la période néonatale précoce. Pendant la période anténatale, 2,6% de naissance (soit 63% de mortinatalité et 1,5% de naissance soit 37% de mortinatalité surviennent respectivement avant et pendant le travail [2]

La mortinatalité constitue de nos jours un problème majeur de santé publique dans nos régions d'Afrique au Sud du Sahara, où avoir droit à des soins prénatals de qualité reste difficile [3].

Le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine reste une période très critique. La naissance d'un mort-né constitue un véritable drame tant pour la mère que pour l'équipe obstétricale. Ce drame est d'autant plus grave que la mère qui, jusqu'à l'entrée en salle de travail avait son enfant vivant, apprend pendant le travail ou l'accouchement que ce dernier n'est plus vivant [4].

La Mortalité intrapartale est la composante sur laquelle l'accoucheur peut mieux agir car elle survient en général en milieu hospitalier ou tout au moins pendant l'accouchement, d'où la nécessité fondamentale de la surveillance du travail d'accouchement [1]

Elle reste cependant élevée en Afrique Sub-saharienne, 1,02% au Nigeria, 3,79% au Mali. [5]

La fréquence élevée de ce drame, la gravité de cette complication intrapartale ainsi que l'absence d'études

antérieures sur ce sujet dans notre service ont motivé la réalisation de ce travail.

*Les objectifs de ce travail étaient de calculer la fréquence de la MFIP, décrire caractéristiques sociodémographiques des parturientes chez qui est survenue une MFIP et d'identifier les facteurs étiologiques des MFIP.*

## METHODOLOGIE :

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée à la Maternité de l'hôpital national Ignace Deen sur une période de six (6) mois, allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Juin 2014.

Etaient incluses dans l'étude l'ensemble des parturientes admises dans le service avec fœtus vivant dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 34 SA, terme à partir duquel la maturité pulmonaire est acquise et qui ont accouché d'un enfant mort-né durant la période d'étude.

N'étaient pas incluses dans l'étude, les parturientes admises avec une mort foetale in utero et celles ayant accouché d'un fœtus vivant ainsi que celles dont l'âge gestationnel était inférieur à 34 SA.

Les variables étudiées étaient : Les caractéristiques socio-démographiques (âge, profession, statut matrimonial, parité) et cliniques (mode d'admission, âge gestationnel, phase de travail -à l'admission, utilisation du partogramme, mode d'accouchement, poids du nouveau-né, étiologies).

Les données ont été saisies à l'aide des logiciels Word et Excel du pack office 2010 puis traitées à l'aide du logiciel Epi info dans sa version 7.

## RESULTATS

Nous avons colligé 76 cas de morts foetales intrapartum sur un total de 1953 accouchements soit une fréquence de 3,89%.

**Tableau I : Répartition des parturientes selon les caractéristiques sociodémographiques.**

Paramètres	Effectifs	%
<b>Tranches d'âge</b>		
15 – 19 ans	15	19,7
20 – 24 ans	14	18,4
25 – 29 ans	22	28,9
30 – 34 ans	12	15,8
= 35 ans	13	17,2
<b>Profession</b>		
Ménagères	30	39,5
Elèves/Étudiantes	12	15,8
Fonctionnaires	5	6,6
Libérale	29	38,1
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariées	61	80,3
Célibataires	10	13,2
Divorcées	3	3,9
Veuves	2	2,6
<b>Parité</b>		
Primipares	26	34,2
Paucipares	25	32,9
Multipares	17	22,4
Grandes multipares	8	10,5

**Mode d'admission :** La plus forte proportion de nos parturientes étaient des évacuées (59,8%) contre 40,2% venues d'elles-mêmes.

**Age gestationnel :** La plupart de nos parturientes avaient un âge gestationnel compris entre 37 et 42 semaines (71,1%), l'accouchement était prématuré dans 25 % des cas (âge gestationnel inférieur à 37 semaines), le dépassement de terme a été observé dans 3,9% des cas (âge gestationnel supérieur à 42 semaines).

**Phase d'admission :** Dans 72 % des cas les parturientes étaient admises dans la deuxième phase de travail contre 28 % dans la première phase.

**Utilisation du Partogramme :** le partogramme a servi d'outil de surveillance du travail d'accouchement dans 32,9% des cas tandis que 67,1 % de nos parturientes n'ont pas bénéficié d'une surveillance à l'aide de cet outil.

**Mode d'Accouchement :** le taux de césarienne était élevé dans notre série (52,6%) et l'accouchement par voie naturelle avait été possible Chez 47,4% de nos parturientes.

**Poids des nouveau-nés :** Le poids de naissance était normal(2500-3999g) chez 68,4%, le faible poids de naissance (< 2500g) concernait 27,6% des nouveau-nés et la macrosomie était observée dans 4 % des cas

#### **Tableau II : Répartition des parturientes selon les facteurs étiologiques**

Étiologies	Effectifs	%
Souffrance fœtale aigue	<b>76</b>	<b>100</b>
Hémorragies du dernier trimestre	<b>34</b>	<b>44,73</b>
HTA et complications	17	22,37
Dystocies	16	21,05
RPM	<b>5</b>	<b>6,6%</b>

## **DISCUSSION**

### **Fréquence**

La fréquence de mort-nés dans notre série (3,89% soit 38,9 p 1000) était moins élevée que celles rapportées par Traoré M et al [3] et Guie P et al respectivement 50,1 p 1000 naissances vivantes et 22,86 pour 1000 naissances. Ce résultat est proche de celui trouvé au sud de l'île de Réunion en 2006 (3,79%) [6]. Le décès fœtal intra-partum est rare dans les pays développés, il représente moins de 10% des 84000 mort-nés et une moyenne de 0,06 pour 100 naissances contre 34 % des 3,8 millions de mort-nés et une moyenne de 0,9 pour 100 naissances dans les pays sous-développés. Par conséquent, le risque de décès fœtal intra-partum est 14 fois plus élevé dans les pays sous-développés par rapport au pays développés. [6]. Notre fréquence reste supérieure à celles retrouvées par l'organisation Mondiale de la santé (OMS) pour l'Afrique (1,5 %) [2] et MERGER et al. (0,35%) en France [8]. Notre taux élevé de mortalité fœtale intra-partum pourrait s'expliquer en partie par le fait que notre structure soit l'une des structures de référence de la capitale qui reçoit de nombreuses parturientes évacuées des maternités périphériques et des hôpitaux de certaines préfectures limitrophes avec des complications, mais aussi par l'insuffisance des moyens de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que le manque de surveillance rigoureuse du travail.

Notre fréquence est cependant inférieure à celles rapportées par Kouakou et al. en Côte d'Ivoire [9] et Diallo TS et al en Guinée [10] respectivement 21,87% et 9,33%.

Par rapport à l'âge Akpadzak KS et al. ont rapporté une prédominance de morts fœtales intra-partum aux âges extrêmes (65,12%) [11]. Notre taux élevé au jeune âge s'expliquerait par le fait que les tranches d'âge les plus concernées constituent la population en pleine activité génitale et pour la plupart se trouvant dans un foyer conjugal.

Dans notre série, les primipares et les paucipares occupent respectivement 34,23% 32,9%. Ces chiffres restent nettement inférieurs à ceux trouvés par GOMOU.N en 2010 avec une fréquence de 51,28% chez les primipares [1]. La Primiparité semble être un facteur favorisant la mortalité fœtale intra-partum. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des dystocies liées à l'immaturité du bassin obstétrical et des syndromes vasculorénaux et leurs complications. Pour plusieurs auteurs, c'est la primiparité et le bas niveau socio-économique qui constituent les facteurs favorisant les plus importants [8].

S'agissant des catégories professionnelles, il ressort que le taux de MFIP est plus élevé chez les ménagères avec 39,5% contre 6,5% chez les fonctionnaires. Cette prédominance des ménagères dans notre étude s'expliquerait par le fait qu'elles représentaient la majeure partie de la couche féminine en Guinée.

Par rapport au statut matrimonial, les mariées viennent en tête avec un taux de 80,3%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par GOMOU. N en Guinée [1] et Jebnoun .et Coll. en 2001 en Tunisie avec respectivement 87,18% et 97,6 % [12]. Ce taux élevé des mariées est lié aux facteurs socioculturels qui prônent la conception dans le mariage.

La plus grande proportion de nos parturientes était constituée des évacuées avec 59,8%. Ce taux est nettement supérieur à ceux de Diallo TS [10] et de Cissé M respectivement 13,29% et 46,7% [12]. L'évacuation obstétricale est un facteur de mauvais pronostic. Ces problèmes seraient liés à la non médicalisation du transfert obstétrical et aux 3 retards. La plupart de nos parturientes avaient un âge gestationnel compris entre 37 et 42 semaines (71,1%) Par contre, ce taux est supérieur au résultat de Diallo A K qui a rapporté 41,67% en 2006 au CMC de Matam [13]. Cette fréquence observée au cours du dernier trimestre pourrait s'expliquer par l'apparition de certaines complications à cette période et surtout pendant l'accouchement notamment l'HTA et ses complications ; les hémorragies génitales, le travail dystocique.

Le partogramme a servi d'outil de surveillance du travail d'accouchement dans 32,9%.

Ce faible taux s'expliquerait par le fait que notre cadre d'étude est un centre de référence de la pyramide sanitaire de notre pays ; par conséquent la plupart de nos parturientes évacuées qui constituent d'ailleurs la plus grande proportion dans notre étude, arrivent avec des complications de la grossesse et de l'accouchement qui limitent l'utilisation du partogramme.

Notre taux élevé de césarienne s'expliquerait par le fait que nos parturientes sont pour la plupart des évacuées venant des structures de la capitale ou des préfectures avoisinantes avec des complications imposant la réalisation d'une césarienne d'urgence.

Le Poids Foetal était normal dans la plus part des cas. Cette forte proportion est liée au fait que la majorité de nos parturientes avait un âge gestationnel = 37 SA.

Dans notre série la souffrance fœtale aigue, les hémorragies du dernier trimestre, les syndromes vasculorenaux et leurs complications et les dystocies étaient les étiologies les plus retrouvées. Ce fait est rapporté par d'autres auteurs [3,8]. L'absence de surveillance électronique du travail d'accouchement dans notre contexte de pays à ressources limitées ne facilitait pas le dépistage précoce de l'asphyxie fœtale aigue. Le saignement antépartum était la cause de décès fœtal dans 11% des cas selon une étude réalisée dans un hôpital régional de Tanzanie [14].

L'hématome retro-placentaire est une cause connue, difficile à prévenir même dans les pays développés, en France par exemple, il constitue avec l'hypertension artérielle (HTA) et la pré-éclampsie les deux premières causes de la mortalité antépartum. [15].

Le travail stationnaire est un risque important. C'est en fait un précurseur de la souffrance fœtale. Les auteurs ont noté que le travail stationnaire augmente le risque

de décès fœtal et de césarienne d'urgence. Il est favorisé par la disproportion céphalo-pelvienne consécutive à la macrosomie ou à un bassin dystocique [16].

## CONCLUSION

La MFIP constitue encore un drame dans nos salles d'accouchement à cause de sa fréquence élevée. Elle concernait des patientes jeunes primigestantes pour la plupart évacuées dans des conditions non médicalisées.

Les étiologies les plus fréquemment rencontrées étaient la souffrance fœtale aigue, les hémorragies du dernier trimestre, les syndromes vasculorenaux et leurs complications et les dystocies. La réduction de cette mortalité passera nécessairement par une surveillance rigoureuse et compétente du travail d'accouchement, la prise en charge rapide des urgences obstétricales et la disponibilité des kits d'urgence et du matériel de réanimation du couple mère-enfant.

## REFERENCES :

1. **Ngomou N.** Mortalité Fœtale Intra-Partum : facteurs épidémiologiques et étiologiques au service de gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital de Donka CHU de Conakry. Thèse de doctorat en Médecine, 2010. Université de Conakry. N°2639
2. **WHO** 2006. Neonatal and perinatal mortality, Country, regional and global estimates Available from:www.who.int/making-pregnancy-safer/en/).b.
3. **Traoré M, Traoré S O, Traoré O M, Traoré S, Dolo A.** Mortinatalité dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de Santé de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako. Mali médical 2011. TOME XXVI No 3: 41-44.
4. **Guie Privat, Bohoussou E, Akafou AE :** Déterminants de la mort fœtale intrapartum à la Maternité du CHU de Treichville. Rev Int Sc Méd .Vol 9 no 2, 2007: 66-69
5. **Künzel W, Herrero j, Onwuhafua P, Staubt T, Hornung C.** Maternal and perinatal health in Mali, Togo and Nigeria. Eur J Obstet Gynecol Reprod-Biol 1996;69:11-7.
6. **Randrianaivo H, Robinard Py, Barau G.** Etude de 173 cas de mort fœtale In Utéro. Journal de Gynécologie-Obstétrique. Biologie de Reproduction 2006 N° Vol:145-146
- 7 **Shi WW, Huizhong L, Michael S K, Reg S.** Determinants of intrapartum fetal Death in a remote and indigent population in China. J Perinatol 2004;24:77-81
8. **Merger R, Levy J, Melchior RJ.** Précis d'obstétrique 6é édition Masson Paris 1995 :225-226
9. **Kouakou F, Nguessan K, Loue V.** Mortalité fœtale intra-partum au CHU de Cocody à Abidjan : Aspect

épidémiologique et étiologique. Mali médical 24,2009 vol49; 1 :23-24.

10. **Diallo FB.** Problématiques des évacuations et des références au service de Maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Revue Française de Gynécologie-Obstétrique. 2007; 49(1): 16-18

11. **Akpadzak KS, Beata SS, Adjgba K.** Mortalité Périnatale au centre Hospitalier Régional de Sokode (Togo). Revue Française de gynécologie et d'Obstétrique 1996.91, 5 : 247-250.

12. **Jebnoun S, Mokranic H, Kacem S.** Mortalité Périnatale au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tanin. Revue Maghrébine de Pédiatrie 2001 ; 11, 1 :21 – 26.

13. **Diallo AK.** Mort in Utéro : Etiologie et Prise en charge au CMC de Matam. Thèse de Doctorat en Médecine, 2006. Université de Conakry. N°6577.

14. **Mbaruku G, Van Roosmalen J, Kimondo I, Bilango F, Brgstroem S.** Périnatal audit using the 3 delays model in western Tanzania: Int J Gynaecol Obstet 2009; 106(1):85-8

15. **Goffinet F, Combier E, Bucort M, De Caunes F, Paperniek E.** Epidemiology and foetal deaths in the Seine Saint-Denis perinatal survey. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;25(2):153-9.

16. **Alessandri L M, Stanley F J, Read AW.** A case-control study of intrapartum stillbirths. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99(9)/719-23