

Pronostic maternel et fœtal des parturientes à terme référées en urgence au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Maternal and fetal prognosis of full-term parturients referred in emergency to the Sylvanus Olympio teaching Hospital of Lomé (Togo)

Ketevi AA^{1*}, Bassowa A¹, Katende B¹, Andele A¹, Pedro-Ayaovi E¹, Aboubakari AS²

1- Université de Lomé, FSS, Département de Gynécologie obstétrique

2- Université de Kara, FSS, Département de Gynécologie obstétrique,

Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, BP : 57, Tél : 00228 22 21 25 01/ 22 21 38 96. E-mail : chutokoinsp@yahoo.fr

* **Correspondances** : Dr KETEVI Améyo Ayoko Université de Lomé, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio 08 BP 8004 Lomé-Togo ; Téléphone : (00228) 91 88 80 88. E-mail : tketevi@yahoo.fr
Reçu le 13 octobre 2022 - Accepté le 12 décembre 2022 - Publié le 3 janvier 2023

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de cette étude a été de déterminer l'issue de la grossesse et du fœtus chez des parturientes à terme référées en urgence au CHU SO.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée chez des parturientes référées à la clinique de Gynécologie - Obstétrique du CHU SO du 1^{er} février au 31 juillet 2021.

Résultats : Au total, 5744 parturientes ont été reçues, dont (605) référées en urgence et prises en charge dans le service, soit une prévalence de 10,5%. L'âge moyen des parturientes était de $27,3 \pm 5,8$ ans. Le lien était significatif entre la durée du séjour en périphérie ($8,2 \pm 3,97$ heures), le temps mis avant d'arriver au CHU SO ($1,03 \pm 0,97$ heures) et la durée moyenne de prise en charge au CHUSO ($69,9 \pm 37,02$ minutes) chez les parturientes décédées (la valeur de $p < 0,05$). Le taux de décès maternel était de 12% chez les parturientes qui avaient présenté l'éclampsie avec une valeur significative de p ($p < 0,00001$). Il existait un lien significatif entre le temps mis avant d'arriver au CHUSO, la durée de prise en charge au CHUSO et le pronostic fœtal (La valeur de $p = 0,046$).

Conclusion : La prévention de la mortalité maternelle et fœtale passe par la réduction des trois retards de soins. La mise en place d'un système de flotte sanitaire ainsi que des ambulances médicalisées entre les maternités périphériques et les centres de référence pourraient améliorer les références obstétricales au Togo.

Mots clés : parturiente, référence, pronostic materno-fœtal, Togo.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to determine the outcome of the pregnancy and the fetus in full-term parturients referred in emergency to the CHU SO.

Methods: This was a descriptive and analytical cross-sectional study of parturients referred to the Gynaecology-Obstetrics Clinic of the CHU SO, from 1st February to 31 July 2021.

Results: A total of 5744 parturients were received, 605 were referred urgently and managed in the department, representing a prevalence of 10.5%. The average age of the parturients was $27.3 + 5.8$ years. There was a significant association between the length of stay in the periphery ($8.2 + 3.97$ hours), the time taken to arrive at the CHU SO ($1.03 + 0.97$ hours) and the average length of stay at the CHU SO ($69.9 + 37.02$ minutes) among the deceased parturients (p value < 0.05). The rate of maternal death was 12% in parturients who presented with eclampsia with a significant p -value ($p < 0.00001$). There was a significant association between time to arrive at the CHUSO, duration of care at the CHUSO and fetal prognosis (p value = 0.046).

Conclusion: The prevention of maternal and fetal mortality requires the reduction of the three delays in care. The implementation of a health fleet system as well as medicalised ambulances between peripheral maternity hospitals and referral centers could improve obstetric referrals in Togo.

Key words: parturient, reference, maternal-fetal prognosis, Togo.

INTRODUCTION :

Le pronostic maternel et périnatal est l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité. Alors qu'une femme sur 4700 court le risque de mourir de complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, une femme africaine sur 39 court ce même risque [1]. En 1994, l'OMS a insisté sur l'importance du système de référence/évacuation et contre référence pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement [2]. En Afrique, les longues distances pour atteindre les maternités de référence, les évacuations tardives, les évacuations non médicales et les doubles références indiquent une déficience du système d'évacuation [3]. Plusieurs auteurs rapportent que les évacuations obstétricales sont responsables de 20 à 30 % des complications et d'une mortalité maternelle et fœtale élevée [4,5]. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Togo (EDSTIII), les estimations de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevées au Togo au cours de l'année 2013-2014 où le taux de mortalité maternelle était estimé à 401 décès pour 100000 naissances vivantes [6]. Les trois quarts des décès maternels au Togo sont dus aux causes obstétricales directes telles que les hémorragies (36,4%), l'éclampsie (23,5%), les complications d'avortement (16,9%), les infections du post-partum (14%) et la dystocie (22,3%) [6]. Une étude antérieure réalisée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Kara en 2007 par Aboubakari et al avait rapporté un taux de décès maternels de 1360 pour 100000 naissances vivantes et un taux de décès périnatal de 30,14% liés aux références d'urgence [7]. La réduction de la morbi-mortalité maternelle et fœtale reste une préoccupation majeure de nos jours et une bonne organisation des références obstétricales vise à réduire cela. Il nous a semblé opportun d'évaluer la prise en charge et l'issue des références obstétricales à la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU Sylvanus Olympio. L'objectif de cette étude a été de déterminer l'issue de la grossesse et du fœtus chez des parturientes à terme référées en urgence au CHU SO

METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée chez des parturientes référées à la clinique de Gynécologie - Obstétrique du CHU SO du 1^{er} février au 31 juillet 2021. La population d'étude était constituée de toutes les parturientes à terme, référées et prises en charge à la clinique Gynécologie - Obstétrique du CHU SO. Un

consentement libre et éclairé était exigé au préalable. Les variables étudiées étaient : les données socio-démographiques, les conditions de référence, les données cliniques, le pronostic maternel et fœtal. Nous avons établi une fiche d'enquête qui nous a permis de recueillir les informations à partir du carnet de consultation prénatale, de la fiche de référence, des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique des parturientes. Les parturientes étaient interrogées et examinées à l'admission par les étudiants en spécialisation à la clinique de Gynécologie-Obstétrique, qui remplissaient les fiches d'enquêtes. Les parturientes dont l'accouchement était imminent ont été interrogées dans les suites de couches immédiates. Une préenquête avait été menée deux semaines auparavant, sur une dizaine de parturientes, ce qui a permis de tester puis adapter le questionnaire. Nous avons traité les données à l'aide du logiciel Epi data 3.1 et R studio version 3.6.3. La saisie avait été faite à l'aide du logiciel World 2016. Les variables ont été comparées grâce aux tests de Student, Chi carré ou Fisher avec comme seuil de significativité une valeur de p inférieure à 0,05.

Définitions opérationnelles :

Référence : est l'ensemble des dispositions prises pour permettre le transfert d'un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge et cela sans notion d'urgence

Parturiente à terme : une femme enceinte en travail d'accouchement, dont l'âge de la grossesse est compris entre 37 semaines d'aménorrhée et 41 semaines d'aménorrhée.

Durée de la prise en charge chez les accouchées : c'est le temps mis entre le premier examen de l'admission et l'accouchement.

Pronostic maternel et périnatal : c'est l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.

Ambulance non médicalisée : ambulance dépourvue d'appareils médicaux et dont le personnel est constitué d'un chauffeur non accompagné d'un agent de santé.

RESULTATS

Fréquence

Au total, 5744 parturientes ont été reçues, dont six cent cinq (605) référées en urgence et prises en charge dans le service, soit une prévalence de 10,5%.

Âge

L'âge moyen des parturientes était de $27,3 \pm 5,8$ ans (extrêmes : 15 et 45 ans). La tranche d'âge de 25 à 30 ans a représenté 30,2% (Tableau I).

Tableau I : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

	Effectif	%
[15-20[	49	8,1
[20-25[	150	24,8
[25-30[	183	30,2
[30-35[	151	25
[35-40[	56	9,3
[40-45]	16	2,6
Total	605	100

La parité

Les nullipares ont représenté 43,8% de l'échantillon (Tableau II).

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction de la parité

	Effectif	%
Nullipare	265	43,8
Primipare	154	25,5
Paucipare	45	7,4
Multipare	105	17,3
Grande multipare	36	6
Total	605	100

Pronostic maternel :

Les décès maternels étaient constatés chez les parturientes qui avaient un niveau d'étude primaire (62,5%) et chez celles qui n'étaient pas instruites (37,5%). Le lien est non significatif d'après l'analyse statistique (la valeur de $p > 0,05$) (Tableau III).

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction du niveau d'instruction et du pronostic maternel.

	Pronostic maternel		
	Vivantes	Décédées	Total
Non instruite	83(13,9)	3(37,5)	86(14,2)
Primaire	162(27,1)	5(62,5)	167(27,6)
Secondaire	294(49,2)	0(0)	294(48,6)
Supérieur	58(9,7)	0(0)	58(9,6)
Total	597(100)	8(100)	605(100)

Test de Fisher (La valeur de $p = 0,725$)

Par contre, il le lien était significatif entre la durée du séjour en périphérie ($8,2 \pm 3,97$ heures), le temps

mis avant d'arriver au CHU SO ($1,03 \pm 0,97$ heures) et la durée moyenne de prise en charge au CHUSO ($69,9 \pm 37,02$ minutes) chez les parturientes décédées (la valeur de $p < 0,05$) (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de la comparaison entre les différents temps mis et le pronostic maternel

	Décès maternel			Valeur de p^*
	Non n(%)	Oui n(%)	Total n(%)	
Travail d'accouchement	188(100)	0(0)	188(100)	0,0002
Prééclampsie sévère	90(97,8)	2(2,2)	92(100)	< 0,00001
Asphyxie fœtale aiguë	90(100)	0(0)	90(100)	< 0,00001
Dystocie mécanique	73(100)	0(0)	73(100)	0,0001
Présentation dystocique	72(100)	0(0)	72(100)	0,0001
Hypertension artérielle gravidique sévère	65(100)	0(0)	65(100)	< 0,00001
Hématome rétroplacentaire	39(97,5)	1(2,5)	40(100)	0,00045
Eclampsie	22(88)	3(12)	25(100)	< 0,00001
Utérus uni et bicatriciel	20(0)	0(0)	20(0)	< 0,00001
Procidence du cordon ombilical	18(100)	0(0)	18(100)	< 0,00001
Dystocie dynamique	13(100)	0(0)	13(100)	< 0,00001
Rupture utérine	5(71,4)	2(28,6)	7(100)	< 0,00001

* : *Test de Fisher*

taux de décès maternel était de 12% chez les parturientes qui avaient présenté l'éclampsie avec une valeur significative de p ($p < 0,00001$) (Tableau V).

	Devenir du nouveau-né			
	Décès	Vivants	Total	Valeur de P^*
	Moy + sd	Moy + sd	Moy + sd	
Durée du séjour en périphérie (heure)	$7,5 \pm 3,92$	$5,5 \pm 6,21$	$6,5 \pm 6,13$	0,111
Temps mis avant d'arriver au CHU SO (heure)	$0,8 \pm 1,09$	$0,46 \pm 0,19$	$0,8 \pm 1,07$	0,046
Durée de prise en charge au CHUSO (minute)	$128,96 \pm 151,43$	$270,7 \pm 417,71$	$265,17 \pm 411,43$	0,0008

* : *Test de Student*

Pronostic fœtal

La durée moyenne de séjour en périphérie était de $7,5 \pm 3,92$ heures chez les nouveau-nés décédés ($p=0,111$, valeur non significative). Il existait un lien significatif entre le temps mis avant d'arriver au CHUSO, la durée de prise en charge au CHUSO et le pronostic fœtal (La valeur de $p=0,046$). Le temps mis était de $0,8 \pm 1,09$ heures chez les nouveau-nés décédés, mais la durée moyenne de prise en charge au CHU SO a été de $128,96 \pm 151,43$ minutes chez les

nouveau-nés décédés. (La valeur de $p = 0,0008$) (Tableau VI).

DISCUSSION :

La fréquence était de 10,5%. Ce taux est inférieur à celui Foumsou et al [8] en 2021, qui avait rapporté un taux de 20%. Dans notre contexte, le CHUSO est le centre national de référence et les cas compliqués y sont envoyés la plupart du temps. C'est le dernier niveau de la pyramide sanitaire. L'âge moyen des parturientes était de $27,3 \pm 5,8$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 45 ans. La tranche d'âge des 25 à 30 ans avait représenté 30,2%. Nos données étaient similaires à celles de Tshabu-Aguèmon et al [9] à Cotonou en 2012 qui avaient rapporté une moyenne d'âge de 26,68 ans avec des extrêmes de 15 à 47 ans. En effet, c'est la tranche d'âge où la femme est sexuellement active. C'est la période de fécondité par excellence. Les nullipares représentaient 43,8% de l'échantillon. Notre taux était inférieur à celui d'Ahmed et al [10] au CHU Cocody en 2017 qui avaient rapporté 64% de primipares. La parité joue un rôle important dans les causes de référence. Ce taux de nullipares est dû au fait qu'elles n'ont pas d'expérience sur l'accouchement, donc n'ont jamais fait la preuve de leur bassin. En plus, le travail d'accouchement est psychologiquement éprouvant surtout si la préparation à l'accouchement n'a pas été faite. Les agents de santé en périphérie préfèrent donc les référer au moindre signe d'anomalie ou de réticence dans un centre de santé beaucoup mieux équipé. Les décès maternels étaient constatés chez les parturientes qui avaient un niveau d'étude primaire et chez celles qui n'étaient pas instruites soit respectivement 62,5% et 37,5%, avec une valeur non significative (Valeur de $P = 0,725$). Diallo et al [11] en 2021 en Guinée avaient rapporté que les décès maternels étaient élevés (4,76%) chez les référées non instruites par rapport aux instruites avec un lien non significatif. Ceci pourrait se traduire par le manque d'information de ces parturientes peu ou pas instruites à savoir et à reconnaître les signes de danger pendant le travail d'accouchement, à prendre la décision de consulter et d'aller dans les structures de santé occasionnant le premier retard. En outre, elles n'arrivent pas à faire la différence entre un centre de santé qualifié ou non.

La durée du séjour en périphérie, le temps mis avant d'arriver au CHUSO et la durée moyenne de prise en charge au CHUSO avaient un lien significatif avec le pronostic maternel. La durée moyenne de séjour en périphérie était longue soit $8,2 \pm 3,97$

heures chez les parturientes décédées par rapport à celles qui avaient survécu (La valeur de $P = 0,001$). Le temps mis avant d'arriver au CHUSO était également long soit $1,03 \pm 0,97$ heures chez les parturientes décédées (La valeur de $P = 0,0005$), mais la durée moyenne de prise en charge au CHUSO a été rapide soit $69,9 \pm 37,02$ minutes chez les parturientes décédées (La valeur de $P = 0,036$).

Diallo et al [12] en 2019 avaient également rapporté une durée de séjour en périphérie longue soit 8,6 heures, un temps d'évacuation long soit 2,9 heures avec une prise en charge rapide soit 10 minutes chez les parturientes décédées avec une valeur de p significative. Cela serait dû au fait que :

-les décès ont concerné le plus souvent les cas graves qui étaient pris en charge en priorité dans la maternité de référence nationale où il est pratiqué systématiquement une évaluation initiale rapide de tous les cas dès leur admission afin d'identifier ceux qui nécessitent une prise en charge rapide.

-Certains agents en périphérie gardent les gestantes à haut risque obstétrical qui dépassent leur compétence en voulant les accoucher à tout prix et ne les réfèrent que lorsque l'état clinique s'avère très critique.

-la peur de la référence par la parturiente et son entourage qui considèrent la référence comme un stade de gravité de leur cas, pouvant conduire à la césarienne ou à la mort; surtout quand elles sont référées au CHUSO, centre national de référence, les parturientes préfèrent encore transiter par d'autres centres et arrivent tardivement au CHUSO.

-le manque de moyens financiers et de transport pour aller au lieu de référence.

- l'absence de communication et d'outils de communication entre les centres dans le système de référence.

-le manque d'un service de SAMU obligeant les accompagnants des parturientes à chercher des taxis ou des moyens de transport personnel. D'autres passent à domicile avant de repartir au centre de référence.

Il n'existait pas un lien significatif entre la durée moyenne de séjour en périphérie et le pronostic fœtal. (La valeur de $P = 0,111$). Le temps mis avant d'arriver au CHUSO et la durée de prise en charge au CHUSO avaient des liens significatifs avec le pronostic fœtal. Le temps mis était long soit $0,8 \pm 1,09$ heures chez les nouveau-nés décédés (La valeur de $P = 0,046$), mais la durée moyenne de prise en charge au CHUSO a été rapide soit $128,96 \pm 151,43$ minutes chez les nouveau-nés décédés (La valeur de $P = 0,0008$). Cela est dû au fait que la surveillance du travail d'accouchement en périphérie n'est pas bien faite et

les parturientes sont référées tardivement lorsque le pronostic fœtal est déjà engagé. Le transport vers le centre national de référence n'est pas adéquat ni médicalisé et malgré la prise en charge rapide au CHUSO, le décès néonatal survient.

Le taux de décès maternel était élevé chez les parturientes qui avaient eu l'éclampsie soit 3 cas correspondant à 12% avec une valeur significative (Valeur de $P < 0,00001$). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce sont des pathologies qui entraînent des complications pouvant engager le pronostic vital de la mère et dont la prise en charge est difficile, imprévisible nécessitant parfois plusieurs disciplines.

L'asphyxie fœtale aiguë était le diagnostic où le taux de décès néonatal était élevé soit 13,3% avec une valeur significative (La Valeur de $P < 0,00001$). En effet, c'est une pathologie pouvant survenir pendant le travail d'accouchement entraînant une altération sévère des échanges gazeux utéroplacentaires conduisant à une hypoxie sévère engageant le pronostic fœtal et une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

CONCLUSION :

La référence est un mécanisme qui lorsqu'elle est bien appliquée pourrait réduire la mortalité et la morbidité maternelle et fœtale. La prévention de la mortalité maternelle et fœtale passe par la réduction des trois retards de soins en réduisant les délais d'admission, en établissant un plan d'accouchement surtout en périphérie et en procédant à la référence rapide des parturientes. La mise en place d'un système de flotte sanitaire ainsi que des ambulances médicalisées entre les maternités périphériques et les centres de référence pourraient améliorer les références obstétricales au Togo.

REFERENCES :

1. Trends in Maternal Mortality 1990-2010. Evaluations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de la Banque mondiale © Organisation mondiale de la santé 2012, Genève.

2. **Lankoandé J, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, et al.** Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Burkina-Faso. *Méd. trop*, 1997; 57(3) : 311-6.

3. **Saizonou J, Ouendo EM et Dujardin B.** Audit des décès maternels dans quatre maternités de référence au Bénin : qualité des soins d'urgence, causes et facteurs contributifs. *Journal africain de la santé reproductive*. Déc 2006; 10 (3) : 28-40. <https://doi.org/10.2307/30032469>

4. **Sepou A, Yanza MC, Nguembi E et al.** Analyse des évacuations médicales en gynécologie et obstétrique à Bangui, République centrafricaine. *Recherche en études françaises/Cahiers de santé*, 2000; 10 : 399-405.

5. **Lokoussou A, Adisso S, Komongui DG, et al.** Références obstétricales dans les situations d'urgence : Aspects pronostiques. *Journal de la société africaine de gynécologie et d'obstétrique*, 2003; 2 : 213-7.

6. **Ministère de la santé et de la protection sociale.** Plan national de développement sanitaire 2017-2022. 2017 ; 99 : 11

7. **Aboubakari AS, Agbetra N, Azoumah D, Bassoa A, Akpadza K.** Les aspects épidémiologiques et pronostiques des références intrapartum d'urgence vers le Centre Hospitalier Universitaire De Kara. *J Rech Sci L'Université Lomé*, 2007 ; 1-13.

8. **Foumsou L, Gabkika B, Kheba F et al.** Maternal and Fetal Prognosis of Evacuated Parturients in N'Djamena Mother and Child Hospital (Chad). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021; 11(3) : 263-71. doi: 10.4236/ojog.2021.113025.

9. **Tshabu-Aguèmon C, Denakpo J, Adisso S, et al.** Mortalités maternelle et périnatale liées aux références obstétricales à la C.U.G.O. du CNHU-HKM de Cotonou. *SARAF*. 2012 ; 17(1) : 1-12.

10. **Ahmed B, Gondo D.** Bilan des évacuations sanitaires vers la maternité du CHU de COCODY. *UFR Sciences Médicales Abidjan*. 2017 : 1-3.

11. **Diallo MH, Baldé IS, Diallo FB et al.** Morbidité et mortalité liées aux évacuations obstétricales dans un pays aux ressources limitées : le cas de la maternité de l'hôpital préfectoral de Coyah, guinée. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021; 11(9):1140-50

12. **Diallo A, Bah IK, Touré AA, et al.** Evaluation du système de référence et de contre référence obstétricale à la maternité d'Ignace Deen en Guinée. *Jaccr Africa*. 2019 ; 3(4) : 505-16