

# Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutique et pronostic périnatal des urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya

*Epidemiological, clinical, therapeutic and perinatal prognosis of obstetric emergencies in the department of gynecology and obstetrics in the regional university hospital center of Ouahigouya*

Ouedraogo I<sup>1</sup>, Kiemtoré S<sup>2</sup>, Sawadogo YA<sup>3</sup>, Sib SR<sup>1</sup>, Sanogo M<sup>1</sup>, Thieba/Bonané B<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

<sup>2</sup> Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>3</sup> Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo de Ouagadougou, Burkina Faso

**Correspondances** : Ouedraogo Issa, Email : [oued\\_issa2002@yahoo.fr](mailto:oued_issa2002@yahoo.fr)

Reçu le 14 octobre 2021- Accepté le 14 novembre 2021

- Publié le 3 décembre 2021

## RESUME

**Objectif** : Étudier les urgences obstétricales dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR/OHG).

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive avec une collecte prospective des données s'étendant sur une période de trois (03) mois allant du 01 mai au 31 juillet 2020.

**Résultats** : Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 305 cas d'urgences obstétricales sur un total d'admission de 976 soit 31,2 %. L'âge moyen des patientes était de  $25,8 \pm 7$  ans avec des extrêmes de 14 et 45ans. Le nombre moyen de geste était de  $3,6 \pm 2$ , et la parité moyenne était de  $2,58 \pm 2,4$ . Les catégories d'urgences identifiées étaient : Les urgences fœtales 26,9%, les urgences hémorragiques (hémorragies obstétricales) 23,3%, les urgences hypertensives 15,4%, les urgences anémiques 13,4%, les dystocies 9,5%. Certaines patientes ont présenté des complications après leur admission. Les complications anémiques et infectieuses ont été les plus fréquentes. Nous avons noté 4 décès maternels soit un taux de létalité de 1,3%. La mortalité périnatale représentait 16,6%. La durée moyenne du séjour hospitalier était de 6,9 jours et avec des extrêmes de 0 et 31 jours.

**Conclusion** : Les urgences obstétricales sont fréquentes dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUR/OHG et responsables d'une mortalité maternelle et fœtale élevée.

**Mots clés** :

## SUMMARY

**Objective**: To study obstetric emergencies in the department of Gynecology and Obstetrics in the Regional University Hospital Center of Ouahigouya (CHUR/OHG).

**Methodology** : This is a descriptive cross-sectional study with a prospective collection of data extending over a period of three (03) months from 01 May to 31 July 2020.

**Results** : During our study period we recorded 305 obstetric emergency cases out of a total admission of 976 or 31.2%. The mean age of the patients was  $25.8 \pm 7$  years with extremes of 14 and 45 years. The mean number of procedures was  $3.6 \pm 2$ , and the mean parity was  $2.58 \pm 2.4$ . The major groups of obstetric emergencies identified were: Fetal emergencies 26.9%, hemorrhagic emergencies (obstetric hemorrhages) 23.3%, hypertensive emergencies 15.4%, anemic emergencies 13.44%, obstructed labor 9, 5%; some patients developed complications after admission. Anemic and infectious complications were the most common. We deplored 4 maternal deaths, i.e. a maternal mortality rate of 1.3% and a perinatal mortality rate of 16.6%. The mean length of hospital stay was 6.9 days with extremes of 0 and 31 days.

**Conclusion**: Obstetric emergencies are frequent in the gynecology and obstetrics department of the CHUR / OHG and responsible for high maternal and fetal mortality.

**Keyword**:

## INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont toutes circonstances survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, mettant en jeu le pronostic vital, fonctionnel, de la mère et/ou du fœtus à court terme. Elles constituent un véritable problème de santé publique par leur fréquence élevée.

Le ratio de mortalité maternelle dans le monde a reculé de 38% entre 2000 et 2017, pour passer de 342 à 211 décès pour 100 000 naissances vivantes. En dépit de ces progrès, 295 000 femmes dans le monde sont mortes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement en 2017. La majeure partie de ces décès s'est produite dans des pays à revenu faible et la plupart aurait pu être évitée. C'est l'Afrique subsaharienne qui possède le ratio de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est suivie de l'Asie du Sud, région dont le ratio a chuté de 395 à 163 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une baisse de 59% [2].

En 2017, l'Allemagne, la France et le Japon avaient respectivement pour ratios de mortalité maternelle 7, 8 et 5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Par contre, en Afrique, les taux demeurent encore élevés. Ainsi, l'Égypte, l'Angola et l'Afrique du Sud ont respectivement obtenus des ratios de 37, 241 et 119 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Au Burkina Faso en 2017, sur 100 000 naissances vivantes, 320 femmes sont mortes des complications d'accouchement et des suites de couches selon OMS.

Les études menées par Ouattara en 2014 et Bayili en 2016 au Burkina-Faso ont retrouvées des fréquences respectives d'urgences obstétricales de 43% et 40,2%.

Au niveau national des efforts ont été faits pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales notamment une couverture du pays en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans depuis 2015.

Au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya de nombreux efforts ont été faits tant sur le renforcement des compétences du personnel que sur les moyens de prise en charge des urgences obstétricales et aussi depuis, aucune étude n'a été faite sur les urgences obstétricales.

Face à cette situation et dans le but d'améliorer la prise en charge des urgences obstétricales, notre étude a porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et sur le pronostic périnatal des urgences obstétricales au service de gynécologie obstétrique du CHUR de Ouahigouya.

## METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive avec une collecte prospective des données s'étendant sur une période de trois (03) mois allant du 01 mai au 31 juillet 2020.

Ont été incluses toutes les patientes présentant une urgence obstétricale et admise dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUR de Ouahigouya durant notre période d'étude.

Les dossiers cliniques, les registres d'accouchements, les comptes rendus opératoires ont été les supports de l'étude. Les données ont été collectées à partir de ces supports et complétées par un interrogatoire après autorisation préalable de la patiente. Les informations ont été consignées sur des fiches de collecte élaborées pour la circonstance et comportant les variables étudiées. Il s'agissait de :

- Les caractéristiques socio-démographiques : l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et la profession ;
- les antécédents personnels gynéco-obstétricaux, chirurgicaux, médicaux et familiaux ;
- les données d'admission : motif d'admission, heures d'admission, de diagnostic ;
- devenir de la mère : vivante ou décédée ;
- devenir du nouveau-né : vivant, mort-né, décédé, réanimé ou non, Apgar, poids de naissance ; les bilans paracliniques ;
- le diagnostic à l'admission, en per-opératoire ; la voie d'accouchement.

Les données collectées ont été saisies et analysées sur un micro-ordinateur à l'aide des logiciels Microsoft

Office 2016 et EPI Info version 7.2.2.2.

Les patientes ont été rassurées de la confidentialité des données recueillies qui ne pourront être utilisées dans un scientifique.

## RESULTATS

### – Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons colligé 305 cas d'urgences obstétricales sur un total de 976 admissions, soit une fréquence de 31,2%.

### – Caractéristiques socio-démographiques

**Tableau I :** Répartition selon les caractéristiques socio démographiques (n=305)

Caractéristiques	Effectif	%
<b>Tranche d'âge</b>		
< 18 ans	28	09,2
[18-30 ans [	168	55,1
[30-40 ans [	93	30,5
> 40 ans	16	05,2
<b>Profession</b>		
Femmes au foyer	239	78,3
Commerçante	31	10,2
Elèves/Étudiantes	28	09,2
Fonctionnaire	06	02
Coiffeuse	01	0,3
<b>Situation matrimoniale</b>		
Vie maritale	294	96,4
Célibataire	04	03,6
<b>Niveau d'instruction</b>		
Non Scolarisée	187	61,3
Primaire	68	22,3
Secondaire	41	13,4
Supérieure	09	03
<b>Nombre de geste</b>		
Primigeste	85	28
Paucigeste	85	28
Multigeste	88	29
Grande multigeste	47	15

### – Nombre de CPN

Le nombre de CPN réalisé variait entre 0 et 5 avec une moyenne de  $3,2 \pm 1,3$ . Les femmes ayant bénéficié d'aucune CPN représentaient 2,6% et celles d'au moins 4 CPN représentaient 41,3%.

### – Mode d'admission

Les femmes ayant été admises par évacuation représentaient 77,1% (235/305) des admissions, les référées 14,1% (43/305), les admissions directes 8,5% (26/305) et les transférées 0,3% (1/305).

### – Diagnostic retenu à l'admission

Les urgences hémorragiques représentaient 23,3% et celles hypertensives 15,4%.

**Tableau II :** Répartition des patientes en fonction du diagnostic posé à l'admission (n = 305)

Diagnostic	Effectif	%
<b>Dystocies</b>	<b>29</b>	<b>09,5</b>
Utérus cicatriciel en travail	11	03,6
Dystocie mécanique	11	03,6
Syndrome de pré rupture	07	02,3
<b>Hémorragies obstétricales</b>	<b>71</b>	<b>23,3</b>
Hémorragie du post partum	44	14,4
Placenta prævia hémorragique	14	04,6
Hématome retro placentaire	13	04,3
<b>Urgences hypertensives</b>	<b>47</b>	<b>15,4</b>
Pré éclampsie sévère	33	10,8
Poussée hypertensive	05	01,6
Eclampsie	09	03
<b>Urgences fœtales</b>	<b>82</b>	<b>26,9</b>
Souffrance fœtale aigue	34	11,1
Procidence du cordon battant	06	02
Menace d'accouchement prématuré	19	06,2
Rupture prématurée des membranes	13	04,3
Présentation épaule et front	08	02,6
Rétention j2	02	00,7
<b>Urgences anémiques</b>	<b>41</b>	<b>13,4</b>
Anémie sur grossesse	13	04,3
Anémie du post partum		28 09,2
<b>Travail d'accouchement</b>	<b>25</b>	<b>08,2</b>
<b>Endométrite post partum</b>	<b>01</b>	<b>00,3</b>
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>

### – Modalités thérapeutiques

Dans notre étude, 26,4% des patientes avaient été transfusées pour cause d'anémie grave et 65,2% des patientes avaient bénéficié d'un remplissage vasculaire pour état de choc hypovolémique. Les poussées hypertensives avaient été traitées par l'administration de Clonidine dans 14% des cas. Le sulfate de magnésium a été utilisé pour traiter ou pour prévenir les crises convulsives dans 13,8% des cas. Deux cent soixante-onze accouchements ont été effectués dont 49,4% par voie basse et 50,6% par césarienne et 26 patientes, soit 8,5% ont bénéficié d'une révision utérine.

### – Modalités évolutives

#### • Complications obstétricales

Les principales complications ont été : l'anémie 7,2% (22 cas), l'endométrite 1,6% (5 cas), le choc hypovolémique 1,3% (4 cas).

### • Mortalité maternelle

Nous avons enregistré 4 cas de décès maternel, soit un taux de 1,3%.

### – Pronostic périnatal

**Tableau III** : Répartition des nouveau-nés selon leur état à la naissance (n=312)

Etat à la naissance	Fréquence	%
<b>Vivant</b>	<b>260</b>	<b>83,4</b>
Mort-né frais	36	11,5
Macéré	11	3,5
Décès néonatal précoce	05	1,6
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>100</b>

Nous avons enregistré 52 décès périnatals, soit un taux de décès périnatal de 16,6%.

### – Durée de séjour

La durée moyenne du séjour hospitalier était de  $6,9 \pm 5,9$  jours et avec des extrêmes de 0 et 31 jours.

## DISCUSSION

Au cours de notre étude, nous avons noté une fréquence des urgences obstétricales de 31,2% par rapport à l'ensemble des admissions. Notre fréquence est comparable à celle de Tchaou et al à Parakou 31,18%, mais elle est inférieure à celles de Bayili et Ouattara et al au Burkina-Faso qui trouvaient respectivement 40,2% et 43%. Par contre notre fréquence est supérieure à celle de Dissa au Mali 10,16%.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que le CHUR/OHG est la seule structure de troisième niveau c'est-à-dire le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés de la région du Nord et parfois les patientes s'y rendent directement sans passer par les centres de santé de niveau inférieur. Les femmes qui ont bénéficié d'au moins 4 CPN représentaient 41,3%, et 2,6% n'ont effectuées aucune CPN. Le nombre moyen des CPN était estimé à  $3,2 \pm 1,3$  avec des extrêmes de 0 à 5 CPN. Notre taux était supérieur à ceux de Bayili et de Sanogo au Mali qui trouvaient des taux respectifs de 24,5% et 5,8%. Nos résultats qui témoignent d'une forte couverture des consultations prénatales dans notre région, pourraient traduire une assez bonne gestion de l'information sanitaire et des sensibilisations sur la santé de la reproduction dans notre pays. Cependant, ce nombre reste insuffisant selon les nouvelles recommandations de l'OMS qui préconisent actuellement 08 contacts. Des efforts restent donc à faire pour que les femmes débutent le plus précocement possible les CPN et qu'elles puissent bien les suivre jusqu'à terme. En effet il est

reconnu que la consultation prénatale a un rôle important dans la réduction de la mortalité et de la morbidité materno-fœtale et néonatale.

L'évacuation a été le mode d'admission le plus fréquent des patientes admises pour urgence obstétricale soit 77,1% suivie des références 14,1%, les directs 8,5%, et les transferts 0,3%. Ce taux d'évacuation est similaire au taux rapporté par Bayili, Sanogo qui rapportaient respectivement 74,89% et 75,9%.

Notre étude nous a permis de relever quelques irrégularités dans le système d'évacuation/référence des patientes. Nombreuses sont les patientes qui ont été évacuées ou référées sans abord veineux, sans véhicule médicalisé et sans agent de santé à bord des ambulances. Aussi les patientes ayant transité par les centres de référence du premier niveau réalisent un certain nombre d'examen permettant aux agents de santé d'assoir leurs diagnostics et réorienter les patientes. Malheureusement ces patientes ne sont pas évacuées ou référées avec leurs bilans ce qui retarde la prise en charge de ses dernières. Rangés par ordre de fréquence décroissant, les catégories d'urgences obstétricales objectivées dans notre étude sont : Les urgences fœtales 26,9%, les urgences hémorragiques (hémorragies obstétricales) 23,3%, les urgences hypertensives 15,4%, les urgences anémiques 13,4%, les dystocies 9,5%, le travail d'accouchement 8,2%. Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés par Tchaou et al à Parakou qui trouvaient par ordre de fréquence : les dystocies (32,1%), les urgences hémorragiques (21,7%), les urgences hypertensives (16,4%), les hypoxies fœtales (15,2%), les urgences infectieuses (12,4%) et les anémies sur grossesse (2,2%). Les pathologies ont été retrouvées dans la plupart des études traitant des urgences obstétricales mais à des proportions différentes. La fréquence des dystocies objectivée dans notre étude est inférieure à celles rapportée par Andriamady et al à Antananarivo et Traoré et al. au Mali [8, 9] qui trouvaient respectivement 38,1% et 16,96%. Dans ce groupe étiologique, les anomalies du bassin occupaient la première place. Ce constat pourrait s'expliquer par le mauvais suivi des grossesses et du travail d'accouchement associé à l'insuffisance de la couverture en personnel qualifié capable de réaliser un bon examen du bassin pour éviter les évacuations tardives qui sont à l'origine des complications obstétricales graves liées aux dystocies.

Dans notre étude les hémorragies du post-partum ont constitué la première étiologie des urgences hémorragiques comme l'ont rapporté d'autres auteurs

comme Sepou et al., et Ngbale et al., en République Centrafricaine [10, 11]. Toutes ces urgences hémorragiques y compris les autres (placenta prævia hémorragique et hémorragie rétroplacentaire) ont la particularité de mettre souvent en jeu le pronostic vital maternel et fœtal en raison de l'importance de l'hémorragie qu'elles engendrent avec pour conséquence l'installation d'un état de choc. En général la prise en charge des urgences hémorragiques est souvent confrontée à l'indisponibilité des produits sanguins labiles. L'hypertension artérielle au cours de la grossesse est un problème de santé publique dans le monde. Elle constitue un facteur de risque majeur de mortalité pendant la grossesse. En l'absence d'une prise en charge précoce, elle évolue vers des complications majeures également retrouvées dans notre étude. Ainsi la fréquence de la prééclampsie objectivée dans notre étude est semblable à celles retrouvée par Diallo au Mali et Tchaou à Parakou au Bénin [5, 10] qui retrouvaient respectivement 9% et 9,6%, mais celle de l'éclampsie est par contre inférieure au taux retrouvé par MayiTsonga et al. au Gabon [11] qui notaient 14%. La souffrance fœtale a constitué l'une des principales causes des urgences fœtales (11%). Sa fréquence dans notre étude pourrait être sous-estimée car le diagnostic est posé essentiellement à partir de l'association d'une anomalie du rythme cardiaque et d'une anomalie de la coloration du liquide amniotique. Il y a souffrance fœtale lorsqu'à la suite d'agressions diverses, les métabolismes tissulaires du fœtus ne sont plus normalement assurés, essentiellement lorsque l'apport d'oxygène est insuffisant. Cet état peut, de façon chronique et insidieuse, s'installer au cours de la grossesse. Dans sa forme chronique, cet état peut aboutir à la mort fœtale ou le plus souvent à un retard de croissance. Cependant, au cours du travail, l'agression est aiguë ou subaiguë, et toujours limitées dans le temps. La survenue d'une hypoxie aiguë, mettant en danger la vie du nouveau-né dans les minutes qui suivent, peut conduire à une acidose. Elle peut être sans conséquences graves, ou entraîner la mort fœtale ou des lésions cérébrales avec séquelles irréversibles. La prise en charge des urgences obstétricales est bien codifiée aujourd'hui dans les guides de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et l'analyse les résultats de notre étude montre que ces recommandations ont été en général bien suivies. Cependant les complications observées seraient liées à la gravité de l'état clinique des patientes admises souvent avec une atteinte multi viscérale.

Cet état de fait confirme la nécessité d'une prise en charge adaptée des urgences obstétricales sévères depuis les centres de santé périphériques jusqu'aux centres de référence. En effet une urgence obstétricale sévère met en jeu le pronostic vital de la mère et du fœtus. Les nouvelles recommandations de la pratique clinique (RPC) de l'OMS devraient constituer des guides pour de meilleurs réflexes dans la gestion des urgences obstétricales dans nos hôpitaux.

La durée moyenne d'hospitalisation était de  $6,9 \pm 5,9$  jours et avec des extrêmes de 0 et 31 jours. Le taux de décès maternel enregistré dans étude est inférieur à celui rapporté par Diallo, au mali [10] qui trouvait 1,5%. La mortalité périnatale était de 16,6%. Ces taux élevés de mortalité maternelle et périnatale élevés seraient liés aux évacuations tardives mais aussi à la gravité de l'état clinique des patientes à l'arrivée et au manque des moyens adéquats de prise en charge.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de comprendre que les urgences obstétricales sont un réel problème de santé publique dans notre milieu à cause du pronostic réservé qu'elles imposent au couple mère - enfant. La mortalité maternelle et périnatale sont élevées. La prévention de ces urgences gravissimes doit être faite par les soins prénatals de bonne qualité, une surveillance rigoureuse du travail et une évacuation à temps vers les centres de référence équipés, en matériel et en personnel en nombre et qualité requis. Tous les efforts doivent être concentrés sur l'augmentation des capacités des prestataires de soins sur la surveillance de qualité de la grossesse, le diagnostic précoce de l'urgence et la référence des malades à qui de droit dans les meilleurs délais pour une prise en charge rationnelle.

## REFERENCES

- 1. Organisation Mondiale de la santé.** Mortalité maternelle dans le monde, estimation de l'OMS, l'UNICEF, le fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la banque mondiale et la division de la population de l'ONU <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 2. Organisation mondiale de la santé.** Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation.2019 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>
- 3. Bayili C.** Les urgences obstétricales dans le département de Gynécologie et d'Obstétrique du

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologique, clinique, et pronostique du 1er janvier au 31 décembre 2014 ; Thèse Médecine 2016 n°92 Université de Ouagadougou p 64-66

**4- Ouattara A, Ouédraogo CM, Ouédraogo A, Lankoande J.** Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. *Médecine et Santé Tropicales*. 2015 ; 25[4]:403-7.

**5- Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M.** Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal*. 2015 ; P 2-13.

**6- Dissa L.** Étude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1265 cas. Bamako ; Université de Bamako, Thèse Médecine 2005, P62-69.

**7- Sanogo S. Y.** Etude épidémiologique-clinique des Urgences Obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala ; Université de Bamako 2011 ; p13-63.

**8- Andriamady R C L, Andrianarivony M O, Ranjalahy R J.** Les accouchements dystociques à la maternité de Béfélatanana - CHU d'Antananarivo. A propos de 919 cas. *Med Afr Noire*. 2000 ; 47(11) : 456-459.

**9- Traoré B, Thera A T, Kokaina C, Beye S A, Mounkoro N, Tiguite I et coll.** Les accouchements dystociques au Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali – A propos de 240 cas. *Med. Afr. Noire*. 2010 ; 57(3): 161-165.

**10- Diallo Habib O.** Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Mali, 2008 ; N°182 :114p.

**11- Mayi-Tsonga S, Akouo L, Ngou-mve-ngou JP, Meye JF.** Facteurs de risque de l'éclampsie à Libreville (GABON) : Etude cas-témoins. *Cahier d'études et de recherches francophones /santé*. 2006 ; 16 :197-200.