

Profil et évolution des pathologies maternelles en réanimation à Libreville

Profile and evolution of maternal pathologies in intensive care unit in Libreville

Nze O P C¹, Mandoukou G M H¹, Babongui L¹, Ngomas M J F², Mayi S¹, Manga F², Bitegue L³, Sagbo V³, Obame R³

1. Service d'anesthésie-réanimation, CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori, Libreville, Gabon

2. Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Libreville, Libreville, Gabon

3. Service d'anesthésie-réanimation, CHU d'Owendo, Libreville, Gabon

Auteur correspondant: NZE OBIANG Pascal Christian, MCA en Anesthésie-Réanimation

Tél : 00 241 74 52 68 20 BP : 7411 Libreville, Gabon. Courriel : nzepascal@gmail.com

Résumé :

Introduction : Nous avons mené une étude dans le but de décrire la fréquence, la sévérité et l'évolution des pathologies obstétricales en réanimation dans deux hôpitaux de référence de Libreville. **Patients et méthode :** Étude prospective, descriptive et analytique conduite sur six mois au CHU Mère Enfant et au CHU d'Owendo. Toutes les parturientes admises en réanimation en péripartum et chez qui un consentement a été obtenu ont été incluses. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques et évolutives. L'analyse notifiait un résultat statistiquement significatif pour une valeur de $p < 0,05$. **Résultats :** L'inclusion a concerné 153 patientes qui avaient un âge moyen de $25,1 \text{ ans} \pm 6,5$ et 62 (40,5%) étaient sans emploi. Huit parturientes (5,2%) avaient une prééclampsie antérieure et 44% étaient des multipares. Six patientes (4%) avaient une désaturation en oxygène, la pression artérielle systolique moyenne était de $148,6 \text{ mmHg} \pm 36,8$; 97 patientes (63,4%) avaient une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg et 32 (20,9%) avaient convulsé. La prééclampsie sévère était objectivée chez 89 cas (58,2%), l'éclampsie dans 30 cas (19,6%) et l'hématome retroplacentaire chez 16 patientes. Cinq patientes (3,3%) avaient présenté un choc hémorragique. L'évolution a été favorable chez 152 patientes (99,3%) et un décès a été observé (0,7%). **Conclusion :** Ces résultats sont le reflet de la forte morbidité des pathologies maternelles, dont un meilleur suivi des grossesses et une lutte contre certains facteurs de risque permettraient d'en réduire l'incidence.

Mots clés : Pathologies maternelles – Réanimation – Gravité – Évolution - Libreville

Introduction : Les complications obstétricales sont des événements susceptibles de perturber le déroulement normal de la grossesse ou de l'accouchement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 830 femmes meurent chaque jour dans

Abstract

Introduction: We conducted a study with the aim of describing the frequency, the severity and the evolution of obstetrical pathologies in the units of intensive care in two reference hospitals in Libreville. **Patients and methods:** A prospective, descriptive and analytic study was conducted during 6 months at Mother and Child and Owendo University Hospital Centers. All parturients admitted to peripartum intensive care and in whom a consent was obtained were included. The variables studied were sociodemographic, clinical and progressive. The analysis reported that a statistically significant result for a value of $p < 0.05$. **Results:** The inclusion concerned 153 patients who had an average age of $25.1 \text{ years} \pm 6.5$ and 62 (40.5%) were jobless. Eight parturients (5.2%) had previous preeclampsia and 44% were multiparous. Six patients (4%) had oxygen desaturation, the systolic blood pressure was at an average of $148.6 \text{ mmHg} \pm 36.8$; 97 patients (63.4%) had a diastolic blood pressure above 90 mmHg and 32 (20.9%) had seizures. Severe preeclampsia were objectified among 89 cases (58.2%), eclampsia among 30 cases (19.6%) and hematoma retroplacental among 16 patients. Five patients (3.3%) presented with hemorrhagic shock. The outcome was favorable among 152 patients (99.3%) and one death was observed (0.7%). **Conclusion:** These results reflect the high morbidity of maternal pathologies, including better monitoring pregnancies and a fight against certain risk factors would make it possible to reduce its incidence.

Key-words: Maternal pathologies – Intensive care - Severity – Evolution - Libreville

le monde du fait de complications liées à la grossesse ou l'accouchement. Et 99% de ces décès surviennent dans des pays en développement [1,2]. Ces complications obstétricales, lorsqu'elles surviennent, font souvent l'objet d'admissions en réanimation.

Dans les pays développés, les pathologies graves, liées à la grossesse ou à l'accouchement représentent moins de 1% des motifs d'admission en réanimation. Généralement ce sont les causes médicales directes : les hémorragies, les avortements, les infections, les troubles hypertensifs de la grossesse et les dystocies. En effet malgré toutes les avancées médicales et obstétricales, beaucoup de femmes enceintes sont encore victimes des pathologies de la grossesse et de l'accouchement dont la plupart sont évitables par la prévention et le bon suivi de la grossesse, notamment dans les pays en développement. Selon les données hospitalières, les causes obstétricales directes représentent la très grande majorité des causes de décès [2, 3, 4]. Au Gabon, les données spécifiques sur les complications obstétricales en réanimation sont rares. De ce fait, nous avons entrepris ce travail dans le but de décrire la fréquence, la sévérité et l'évolution des pathologies obstétricales en réanimation dans deux hôpitaux de référence à Libreville. **Patients et methods:** Le Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE) et le Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO) sont deux structures hospitalières publiques du Gabon, situées respectivement au centre et au sud dans la capitale Libreville. Le circuit des parturientes est classique et répond à l'organisation des soins périnataux dans les deux structures, tant sur le plan gynéco-obstétrical que sur le plan d'anesthésie-réanimation. Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et analytique avec un recueil de donnée prospectif se déroulant sur une période de 6 mois, du 1^{er} Mars au 31 août 2023 dans les deux Centres Hospitaliers Universitaires. Cette étude était axée sur toutes les parturientes admises dans les services de réanimation du CHUO et du CHUMEFJE en pré, per ou postpartum. Toutes les parturientes admises en

réanimation quel que soit l'âge de la grossesse et dans les 42 jours du post-partum ont été incluses. Le consentement éclairé avait été obtenu de la parturiente ou de son représentant légal. Nous n'avons pas inclus les parturientes à plus de 42 jours du post-partum et celles qui ont refusées de participer à l'étude. Les principales variables de l'étude étaient constituées des variables quantitatives : âge, parité, gestité, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et durée de séjour ; et les variables qualitatives étaient : profession, statut matrimonial, motif d'hospitalisation, antécédents médico-chirurgicaux, diagnostic, complication et mode d'évolution. Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers des patientes admises dans les services de réanimation et du registre d'hospitalisation dans les deux structures hospitalières. Les informations de chaque patiente étaient notées sur un formulaire élaboré pour chaque cas inclus. Les données ont été recueillies, saisies et analysées avec un logiciel Epi Info 2000. Le test de student pour la comparaison des moyennes, le corrigé de Yates a été utilisé pour les effectifs inférieurs à 5 et le test exact de Fisher lorsqu'ils étaient inférieurs à 3. Un résultat a été statistiquement significatif pour une valeur de $p < 0,05$. Les recommandations éthiques sur les sujets humains vivants conformément aux recommandations d'Helsinki ont été respectées. Les autorisations administratives et scientifiques ont été obtenues au niveau hospitalier, ainsi que le consentement éclairé de chaque parturiente. **Résultats:** Au cours de notre période d'étude, 157 parturientes ont été admises en réanimation et 153 ont été incluses conformément aux critères d'inclusion. L'âge moyen des parturientes était de $25,1 \text{ ans} \pm 6,5$, les extrêmes étaient de 13 ans et 37 ans. Durant la période d'étude, 62(40,5%) parturientes étaient sans emploi, il y avait 27 (17,6%) élèves et 25 étudiantes (16,3%) (**Figure 1**).

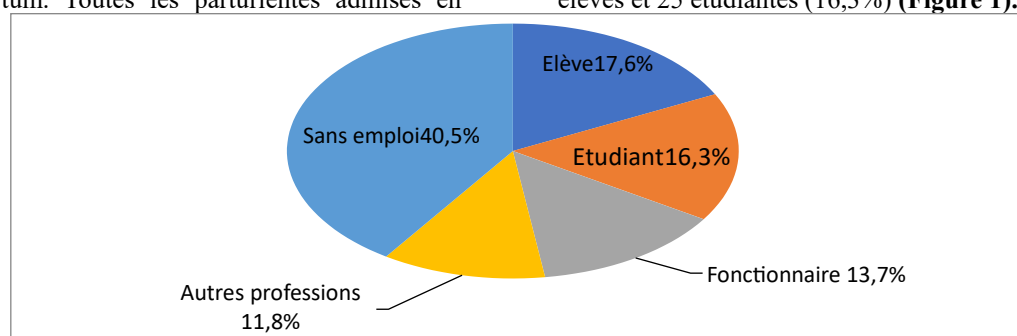


Figure 1 : Répartition des parturientes en fonction de la profession.

Sur les 153 patientes admises dans l'étude, 19(12,4%) étaient hypertendues, et 2(1,3%) étaient diabétiques. Seize parturientes (10,5%) avaient des antécédents de

césarienne et 8 (5,2%) avaient déjà présenté une prééclampsie. La pauciparité était retrouvée chez 66% des patientes et 44% étaient des multipares (**Figure 2**).

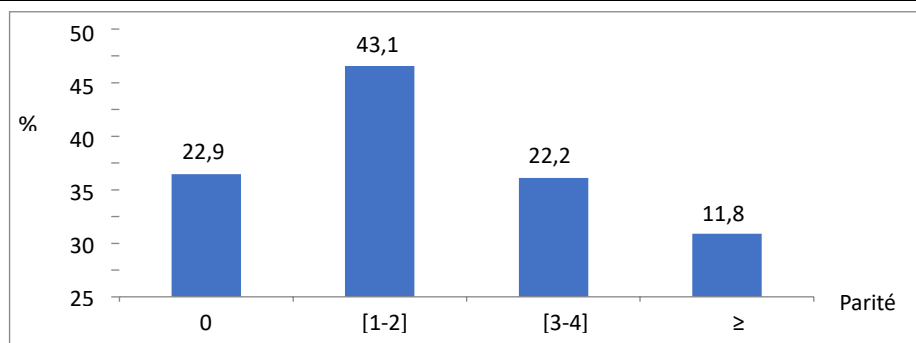


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction de la parité

La température était normale chez 62,2% (n = 95) des patientes et 2% (n = 3) avaient une hyperthermie. Trois patientes (2,0%) présentaient une polypnée avec une fréquence respiratoire supérieure à 30 et une désaturation inférieure à 95% a été objectivée chez 6 patientes (4%). Sur le plan hémodynamique, la pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 148,6 mmHg $\pm$ 36,8 ; 98 parturientes (64%) avaient une PAS supérieure à 140 mmHg et 97 patientes (63,4%) avaient une PAD

supérieure à 90 mmHg. Sur le plan neurologique, 32 patientes (20,9%) avaient présenté des convulsions. Dans la répartition des diagnostics retenus chez les 153 patientes, la prééclampsie sévère avait été observée chez 89 cas (58,2%), l'éclampsie dans 30 cas (19,6%) et l'hématome retroplacentaire (HRP) chez 16 patientes. Cinq patientes (3,3%) avaient présenté un choc hémorragique (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patientes selon le diagnostic principal

Diagnostic principal	Effectif	Pourcentage
Prééclampsie sévère	89	58.2
Eclampsie	30	19.6
Hématome Retro Placentaire	16	10.5
Choc hémorragique	5	3.3
Pelvipéritonite postopératoire	2	1.3
Crise vaso-occlusive sur grossesse	2	1.3
Bassin rétréci avec Pré éclampsie	1	0.7
Cardiomyopathie du péripartum	1	0.7
Césarienne sur terrain de drépanocytose	1	0.7
Atonie utérine	1	1.7
Déséquilibre diabétique sur grossesse	1	0.7
Etat de mal convulsif et sepsis	1	0.7
Paludisme grave forme anémique	1	0.7
Placenta prævia hémorragique	1	0.7
Rupture utérine sur hématome retroplacentaire	1	0.7
Total	153	100.0

S'agissant de l'analyse multivariée, il existe un lien entre la profession et la survenue d'une éclampsie, aussi les

élèves avaient 3,16 fois plus de risque de présenter cette complication de la prééclampsie (**Tableau II**).

Tableau II : Analyse du lien entre la profession et l'éclampsie

Profession	Éclampsie		P	OR	IC
	Oui (%)	Non (%)			
Elève	10 (33.3)	15 (13.6)	0,02	3,16	[1,24-8,06]
Etudiant	3 (10.0)	20 (18.2)	0,42	0,50	[0,13-1,81]
Fonctionnaire	3 (10.0)	15 (13.6)	0,82	0,70	[0,18-2,61]
Autres	3 (10.0)	14 (12.7)	0,92	0,76	[0,20-2,84]
Sans emploi	11 (36.7)	46 (41.8)	0,67	0,80	[0,35-1,85]
Total	30 (100.0)	110 (100.0)	-	-	-

Les patientes ayant 5 parités et plus avaient 29,45 fois

plus de risque de présenter un choc hémorragique (p = 0,001) (**Tableau III**).

Tableau III: Analyse du lien entre la parité et le choc hémorragique

Parité	Choc hémorragique		P	OR	IC
	Oui (%)	Non (%)			
0	0 (0.0)	16 (13.5)	-	-	-
1-2	1 (20.0)	60 (50.4)	0,36	0,24	[0,02- 2,26]
3-4	1 (20.0)	30 (25.2)	0,79	0,74	[0,07- 6,89]
≥ 5	3 (60.0)	13 (10.9)	0,001	29,45	[2,81- 307,82]
Total	5 (100.0)	119 (100.0)	-	-	-

La durée moyenne des hospitalisations était de 3,6 jours $\pm 2,2$ avec des extrêmes de 1,0 jour et 13,0 jours. Un séjour de moins de 3 jours concernait 56 parturientes

(36,6%), 87 patientes (56,9%) ont séjourné entre 3 et 7 jours (**Figure 3**). L'évolution a été favorable chez 152 patientes (99,3%), un décès a été observé (0,7%).

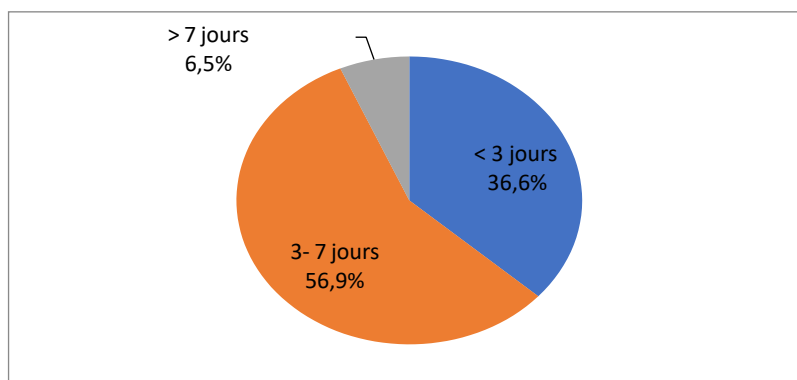


Figure 3: Répartition de la durée d'hospitalisation

Discussion : La grossesse et l'accouchement sont des événements naturels. Toutefois des complications peuvent survenir et entraîner l'admission des parturientes en réanimation. Nous reconnaissons le caractère non exhaustif de nos données sur la pathologie obstétricale en réanimation au Gabon. Néanmoins, au CHUMEFJE et au CHUO, deux hôpitaux de référence dans la pyramide sanitaire du Gabon, les complications obstétricales admises en réanimation représentaient 5,0%. Il s'agit d'une fréquence considérable qui reflète l'accessibilité à ces structures hospitalières, et particulièrement au CHUMEFJE qui est un hôpital spécialisé. Ces données sont largement supérieures à celles des pays développés où l'incidence était de 0,95% avec Lelong et al [40]. Cependant, des études africaines corroborent nos données, telles que Tchaou et al (2,75%) [55] et Owono et al (6,1%) [46]. L'âge moyen des parturientes de l'étude était similaire à diverses séries en Afrique. En effet l'étude de Bekoin et al [42] avec une moyenne de 27,6 ans, mais également celle de Mobio et al [57] avec une moyenne de 27,26 ans, et celle d'Elombila et al dont l'âge moyen était de 26,7ans [41]. Cette population relativement jeune reflète non seulement la tranche d'âge à laquelle l'activité génitale de la femme culmine, mais aussi de la jeunesse de la population africaine en général. La prévalence des prééclampsies sévères étaient de 58,2%, c'est le principal diagnostic retrouvé au cours de cette période. D'autres études portant sur la prééclampsie en Afrique retrouvaient des données inférieures notamment au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville où Elombila et al avaient 21,2% d'hospitalisation pour prééclampsie [41]. Obame et al en 2019 avait 8,2% de prévalence à Libreville [50]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la pré-éclampsie constitue encore un problème de santé publique au niveau mondial avec environ 14% de décès maternel [62]. Cette pathologie, rare dans les pays développés, reste encore présente en Afrique subsaharienne, pour cause essentiellement un défaut de suivi prénatal de qualité [62]. En effet, le diagnostic tardif au stade de complications explique la

gravité particulière de la pré-éclampsie sévère. L'éclampsie, qui est la complication neurologique de la prééclampsie, considérée comme étant une incidence de négligence de la prééclampsie [65] était estimée à 19,6% dans cette étude. Bekoin et al ont retrouvé des données similaires avec 19,4% [42]. Cependant Elombila et al 74,6% [41] ont retrouvé des données largement supérieures. Cela s'explique par la mise en place d'une stratégie de prise en charge selon laquelle toute prééclampsie sévère doit être admise en réanimation immédiatement après sauvetage maternofoetal pour la poursuite de la prise en charge et la prévention des complications. L'hématome retroplacentaire représente 10,5% des cas. Matsanga et al retrouvaient 22% de cas d'HRP [47], tandis que Ramarolahy et al avaient 17,20% [56]. Le choc hémorragique était estimé à 3,3% des cas dans notre étude. En Afrique, Thiam et al avaient (42,7%) [38], Owono et al 13,5% [46] des données largement supérieures. La majorité des parturientes (40,5%) étaient sans emploi. Les patientes fonctionnaires et celles ayant une autre activité rémunérée étaient faiblement représentés avec (25,5%). L'étude d'Owono et al retrouvait également que les femmes de ménage représentaient 67,2% de l'effectif et les élèves ou étudiantes 17,5% [46]. Une primipare a 1,98 fois plus de risque d'avoir une prééclampsie sévère. Ce résultat diffère de celui de Obame et al en 2020 où les multipares étaient la population dominante à faire une prééclampsie [50]. Mais aussi des études de Tchaou et al [55] et de Coulibaly et al [53]. Cette étude confirme l'hypothèse selon laquelle la primiparité est un facteur de risque de la prééclampsie. Durant l'étude, le choc hémorragique et l'hématome retro placentaire étaient prédominants chez les multipares. En outre elles avaient plus de risque de faire une complication. Il y'a un lien significatif entre la multiparité et la survenue d'un choc hémorragique et d'un hématome retro placentaire cette tendance retrouvée également par Tchaou et al [55] et par Elombila et al [42].

La durée moyenne du séjour était de 3,6 jours $\pm 2,2$. Cette durée est inférieure à celle d'Obame et al (2,8 $\pm 1,4$ jours) [50] et largement inférieure à celle retrouvée par Coulibaly, et Tchaou (7 $\pm 5,1$ jours) [53,55]. Cette différence pourrait être liée à un grand nombre de complications observées dans les études citées précédemment, allongeant ainsi la durée d'hospitalisation. Un décès a été enregistré dans cette série (0,7%). Des taux plus élevés ont été retrouvés au Mali, en Côte d'Ivoire et au Bénin [55,53,37]. Le taux de mortalité dans cette série de cas serait la résultante d'une prise en charge multidisciplinaire précoce des patientes avec en amont une gestion collégiale entre obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, et en aval une systématisation des suivis post opératoires en réanimation. **Conclusion:** Les pathologies maternelles graves ne sont pas exceptionnelles dans les services de réanimation. Elles représentent ainsi un problème de

santé publique et constitue une préoccupation majeure pour les systèmes de santé dans nos pays. A Libreville, ces pathologies maternelles représentent 5% des patients admis dans les unités de soins intensifs. Elles touchent une population relativement jeune avec une moyenne d'âge de 25 ans et les primipares constituent 40% d'entre elles. Près des deux tiers de ces patientes avaient une irrégularité du suivi prénatal. L'hypertension artérielle a été la principale comorbidité retrouvée chez 12,4% des parturientes. Les principales pathologies étaient constituées de la prééclampsie et ses complications (88,3%), du choc hémorragique (3,3%) et des infections (2%). L'évolution était marquée par une durée de séjour moyenne de 3 jours et était favorable dans 99,3%. Ces résultats sont le reflet de la forte morbidité des pathologies maternelles, dont un meilleur suivi des grossesses et une lutte contre certains facteurs de risque permettraient d'en réduire l'incidence.

Références

1. **Organisation mondiale de la Santé-mortalité maternelle.** Centre des media. Aide-mémoire n°348, novembre 2015 :6p.
2. **Diouf E.** – Contribution des anesthésistes réanimateurs à la Réduction de la mortalité maternelle. *Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence* 2011 ; 16,2 : 1-3.
3. **Coulibaly Y, Goita D, Dicko H, Diallo B, Diallo D, Keita M, et al.** Morbidité et mortalité maternelles en réanimation en milieu tropical - Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone 2011, 16 (2).
4. **Thiam M, Faye Dieme ME, Gueye L et al.** Mortalité Maternelle au Centre Hospitalier Régional de Thiès : étiologies et facteurs déterminants, à propos de 239 décès. *Journal de la SAGO*, 2017 ;18 (1) : 34-9.
5. **Leye PA, Bennani M, Fall ML, Bah M Diawo, Beye DM., Diouf E.** Insuffisance rénale aiguë du post-partum en réanimation au CHU de Dakar. *Rev Afr Anesth Med Urg*, 2014.
6. **Lelong E, Pourrat O, Pinsard M et al.** Admissions en réanimation des femmes en cours de grossesse ou en post-partum : circonstances et pronostic. Une série rétrospective de 96 cas. *Rev Médecine Interne* 2013 ; 34(3) :141-7.
7. **Tchaou BA, Hounkponou FMN, 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 ; 11, 9 : 260-272.
8. **Owono Etoundi P, Metogo Mbengono AJ, Tchokam L, Danwang C. et al.** Complications Obstétricales Admises en réanimation : Épidémiologie, Diagnostic et Pronostic 2017. *health sci.dis*.2017 18(1) :1-5.
9. **Bekoin, Mobio NMP, Coulibaly K, Olama MC, Coulibaly M, Tetchi et al.** Caractéristiques des pathologies de l'état puerpéral en réanimation au centre hospitalier universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Rev. Anesth- Reanima Med Urg*.2022 ;14(1) : 19-22.
10. **Mobio NMP, Bekoin CM, Olama MC, Ouattara A, Tetchi YD, Brouh Y.** Problèmes liés à la prise en charge anesthésique de la patiente en état de choc hémorragique au cours des urgences gynéco -obstétricales au CHU de Cocody. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2018, 23(3) :34.
11. **Elombila M, Niengo G, Mpoy et al.** Pré-éclampsie sévère en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Health.SCI.DIS*.2022 ; 23(6) :62 -67.
12. **Obame R, Ekegue N, Sima Olé B, N'Nang Essone JF, Matsanga A. et al.** Prise en charge des Pré-éclampsie Sévère en Postopératoires au Service de Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. *Health Sci. Dis*, 2020 ; 21(1) : 78-81.
13. **Organisation Mondiale de la Santé.** Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 (Internet, cité le 27mars 2015):<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/fr/>.
14. **Otiobanda GF, Itoua C, Ossou-Nguet PM, Ndinga GH et al.** L'éclampsie en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Rev. Cames santé*. 2013 ; 1 : 46-50.
15. **Matsanga A, Nze Obiang, Edjo Nkilly et al.** Aspect cliniques et évolutifs du choc hémorragique obstétrical en réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon. *Rev. Anesth-Réanim. Med. Urg. Toxicol* 2022 ; 14 (2): 12-6.
16. **Ramarolahy ARN, Razafindrainibe T, Rainibarijaon L, et al.** Choc hémorragique au CHU de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana. *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol*. 2021 ; 13(2) : 16-20.
17. **Coulibaly KT, Abhé CM, Ouattara A et al.** Les complications de la pré-éclampsie en réanimation polyvalente du CHU de Cocody (Abidjan-RCI). *Rev Afr Anesth Méd. Urg* 2014 ; 19 : 19-27.
18. **Coulibaly M, et al.** Aspects épidémiologiques et cliniques des complications de la prééclampsie au service de réanimation du CHU Gabriel Touré (Bamako). *Rev Afr Anesth Med Urg*, 2017 ; 22 (3) : 57-60.