

Prise en charge des urgences obstétricales dans une réanimation périphérique en Afrique subsaharienne exemple du CHR de Ziguinchor

Management of obstetric emergencies in peripheral resuscitation in sub-Saharan Africa example of Ziguinchor CHR

Fall ML, Diop EN, Barboza D, Diop MN, Diédhiou M. Gaye I, Ba EB.

Auteur correspondant : Mohamed Lamine FALL. Email : tallafal@yahoo.fr. Tél : 33 961 34 85
BP : 234 Saint Louis (Sénégal). UGB 2S

Résumé

Objectifs :

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences obstétricales admises en réanimation de l'hôpital régional de Ziguinchor.

Patientes et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur une période de six mois de janvier à juin 2018 et concernait 69 patientes qui avaient des complications nécessitant une admission en réanimation.

Résultats :

La fréquence d'admission des urgences obstétricales était de 18,55%. L'âge moyen des patientes était de $26,62 \pm 7,05$ ans. Les patientes provenaient du bloc opératoire dans 84,1% des cas suivi de la maternité représentant 11,6%. Le transport des patientes était médicalisé dans 95,7% des cas. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient : la pré-éclampsie (30,4%), l'éclampsie (14,5%), l'hématome rétro-placentaire (15,9%) et la rupture utérine (7,2%). La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 3,2 jours avec des extrêmes de 01 et 09 jours. Le taux de mortalité était de 5,8% et il était corrélé à une défaillance rénale, neurologique et respiratoire avec un p significatif inférieur à 0,05.

Conclusion :

Les urgences obstétricales sont fréquentes en réanimation du CHR de Ziguinchor avec une faible mortalité maternelle due à la qualité de la prise en charge.

Mots clés : urgences obstétricales – mortalité – réanimation

Summary

Objective:

The purpose of this study was to describe the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary aspects of obstetric emergencies at Ziguinchor hospital.

Patients and Methods:

This was a retrospective, descriptive and analytical study covering a period of six months from January to June 2018 and involved 69 patients.

Results:

The frequency of admission for obstetric emergencies was 18.55%. The mean age was 26.62 ± 7.05 years. The patients came from the operating room in 84.1% of cases followed by the maternity hospital with 11.6%. Evacuation was medicalized in 95.7% of cases. The most common reasons for admission were: preeclampsia (30.4%), eclampsia (14.5%), retro-placental hematoma (15.9%) and uterine rupture (7.2%). The average length of stay in intensive care was 3.2 days with extremes of 01 and 09 days. The mortality was 5.8% and it was correlated with renal, neurological and respiratory failure with a significant p less than 0.05.

Conclusion:

Obstetric emergencies are frequent in intensive care at the CHR in Ziguinchor with low maternal mortality due to the quality of care.

Keywords: obstetric emergencies - mortality - resuscitation

Reçu ce 16 août 2020

Introduction :

Les urgences obstétricales, fréquentes et diverses, constituent la première cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer. Leur prise en charge est pluridisciplinaire faisant intervenir : obstétriciens, néonatalogues, anesthésiste-réanimateur et urgentistes. La réduction de la mortalité maternelle est donc un objectif prioritaire en santé de la reproduction surtout dans les pays en voie de développement [1]. Les urgences obstétricales regroupent toutes les situations pathologiques de survenue brutale qui peuvent engager le pronostic vital ou fonctionnel chez une femme en état de grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, et directement liées à la grossesse ou à l'accouchement [2]. En 2015, trois cent trois milles femmes étaient décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement et la majeure partie de ces décès maternels (99%) s'est produite dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement était, en 2015, de 239 pour 100.000 naissances contre 12 pour 100.000 dans les pays développés [1]. Au Sénégal, la mortalité maternelle reste élevée, environ 5 femmes meurent chaque jour en couche ou des suites de complications liées à la grossesse et 315 femmes pour 100000 naissances [3]. L'objectif de cette étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences obstétricales admises au service de réanimation du centre hospitalier régional de Ziguinchor.

Patientes et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur une période de six (06) mois de janvier à juin 2018 qui incluait toutes les patientes admises en réanimation pour des urgences obstétricales. A partir des dossiers d'hospitalisation des patientes nous avons recueilli les paramètres suivants : épidémiologiques, prise en charge préhospitalière, cliniques, paracliniques, défaillances d'organes, thérapeutiques et évolutifs. L'analyse statistique était faite avec EPI-info version 7.

Résultats :

Nous avons colligé 69 cas d'urgences obstétricales représentant 18,55% des admissions en réanimation. L'âge moyen des patientes était de $26,62 \pm 7,05$ ans avec des extrêmes de 14 et 44 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des patientes entre 20 et 40 ans. Quatre-vingt-quatre virgule un pourcent (84,1%) des patientes provenaient du bloc opératoire et le reste provenait soit directement de la maternité (11,6%) ou d'autres structures médicales de la région (4,3%). Le transport des patientes était médicalisé dans 95,7% des cas.

Deux (02) patientes soit 2,9% présentaient des antécédents médico-chirurgicaux : une prééclampsie et une césarienne basse transversale. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient : la prééclampsie sévère, l'éclampsie, la rupture utérine et l'hématome rétro-placentaire, comme illustré dans le (tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon le motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
<i>Anémie pp</i>	1	1,4
<i>Choc hémorragique</i>	3	4,3
<i>Choc septique sur grossesse 30sa</i>	1	1,4
<i>Coma acido-cétosique sur grossesse</i>	1	1,4
<i>Confusion mentale post-cbt</i>	1	1,4
Eclampsie	16	23,2
<i>Etat de mal éclamptique</i>	1	1,4
<i>Geu rompue</i>	1	1,4
<i>Hellp isole</i>	1	1,4
Hématome retro placentaire	11	15,9
<i>Hrp + hellp + ira</i>	2	2,9
Prééclampsie sévère	22	31,9
<i>Rétention j2</i>	1	1,4
<i>Rom</i>	1	1,4
Rupture utérine	5	7,2
<i>Tumeur plus grossesse</i>	1	1,4
Total	69	100,0

Une défaillance neurologique était notée chez 12 patientes (17,4%) et parmi lesquelles 10 avaient un score de Glasgow entre 8 et 12. Quatre patientes (5,8%) ont présenté des crises convulsives. Une défaillance respiratoire était notée chez 03 patientes avec un tableau de détresse respiratoire aiguë. Une défaillance hémodynamique était notée chez 38 patientes (55,1%) et la défaillance rénale dans 11,6% des cas avec un tableau d'insuffisance rénale aiguë se traduisant par une élévation de la créatininémie qui était en moyenne de 48 mg/l avec des extrêmes de 20 et 97 mg/l. Treize patientes (18,8%) avaient une défaillance hépatique à type de cytolysé hépatique avec élévation des transaminases. Le taux d'hémoglobine était en moyenne de 9,94 g/dl et une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl était notée chez 18,8% des patientes. Une thrombopénie était retrouvée chez 39,1% des patientes et elle était sévère (taux de plaquettes inférieur à 50.000 éléments/mm³) chez deux patientes.

Le sulfate de magnésium a été utilisé pour traiter ou pour prévenir les crises convulsives dans 29% des cas sans signes de surdosage notés. D'autres anticonvulsivants avaient été utilisés : diazépam, clonazépam et phénobarbital. Une transfusion sanguine a été nécessaire dans 26,1% des cas avec comme principales indications : l'anémie, le choc hémorragique et la CIVD. Le principal produit sanguin utilisé pour la transfusion était le sang total. D'autres thérapeutiques avaient été utilisées également : oxygénation, analgésie, remplissage vasculaire, antibiotiques, amines vasoactives, anticoagulants.

La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 3,2 jours avec des extrêmes de 01 et 09 jours. L'évolution a été favorable dans 94,2% des cas avec le transfert des patientes de la réanimation vers un autre service. Quatre patientes (5,8%) sont décédées et ces décès étaient survenus à la suite de choc septique (02) et de CIVD (02). Des complications avaient été notées dans 27,5% des cas et ces complications sont représentées dans la (figure 1).

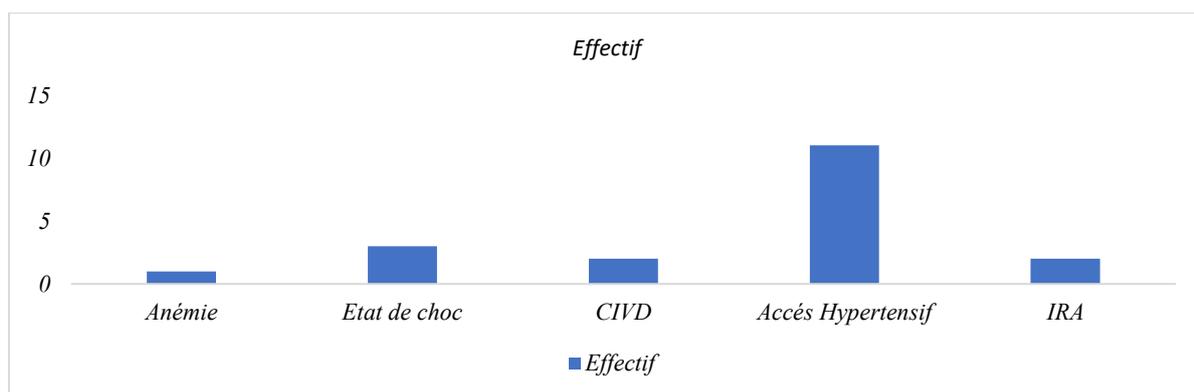


Figure 1 : Répartition des patientes selon le type de complications

Ce taux de décès maternels était corrélé à la présence de signes de défaillance neurologique, respiratoire ou rénale avec un P significatif inférieur à 0,05.

Discussion

La fréquence des urgences obstétricales obtenue dans notre série était comparable à celle obtenue par Lazraq Y à Tambacounda (Sénégal) et de Boyoma K à Kamina (Congo) avec respectivement 19,84% et 16 % [4, 5]. Cependant elle est en deçà de celle retrouvée par Tchaou BA au Bénin qui était de 34 % [6]. Cette fréquence était largement supérieure à celle observée dans les pays développés où elle est généralement inférieure à 1% [7]. Ceci montre que les urgences obstétricales restent en général un problème de santé publique, touchant majoritairement les pays en voie de développement et témoignent du niveau de développement du système sanitaire de ces pays [5, 8]. L'âge moyen de

nos patientes ainsi que la tranche d'âge la plus représentée étaient conformes aux données de la littérature internationale (Boyoma K, Tchaou BA, Bouvier-Colle, Lazraq Y) [4, 5, 6, 7, 9]. Cela étant lié au fait que cette tranche d'âge est caractérisée par l'immaturation physique et la survenue de grossesses précoces. Dans plus de 95% des cas, il s'agissait d'un transfert intra hospitalier soit provenant du bloc opératoire ou de la maternité dudit hôpital et l'admission directe des patientes à l'hôpital contribuerait de façon positive à réduire le troisième retard non souhaité dans la gestion des urgences obstétricales. Deux virgule neuf pourcent (2,9%) des patientes présentaient des antécédents pathologiques gynéco-obstétriques les prédisposant à des complications au cours de la grossesse, comparables aux résultats de Wade KA [10] qui notait que 3,8% de sa population d'étude était césarisée.

Alors que dans l'étude de Lazraq Y ce pourcentage était beaucoup plus élevé à 20 %, de même que dans les études d'Owono Etoundi et Tchaou BA [5, 6, 11] justifiée par une population d'étude qui était plus faible dans notre série. Les deux grands groupes d'urgences obstétricales objectivés dans notre série étaient : les urgences hypertensives (pré-éclampsie et ses complications) et les urgences hémorragiques. Un constat similaire avait été fait par Lazraq Y [5] qui rapportait une fréquence de 59 % pour les urgences hypertensives et de 41 % pour les urgences hémorragiques. Alors que dans l'étude de Diakité Y [12] les urgences hypertensives étaient majoritaires à 57 % suivies des hémorragies à 21 % de même que dans l'étude de Tchaou BA [6] qui a rapporté des fréquences de 21,7 % pour les hémorragies et 16,9 % pour les urgences hypertensives. L'hypertension artérielle au cours de la grossesse est un problème de santé publique dans le monde et constitue un facteur de risque majeur de mortalité. En l'absence d'une prise en charge bien codifiée, elle évolue vers des complications majeures également retrouvées dans notre série. Ainsi la fréquence de la pré-éclampsie sévère objectivée dans notre série était comparable à celle retrouvée par Lazraq Y et Diakité Y respectivement 59 % et 57 % [5, 12]. Dans les pays développés comme la France, les fréquences sont très basses et tournent autour de 1 à 2% dans la littérature et ceci est en rapport avec un bon suivi de la grossesse dans des conditions socio-économiques meilleures [7]. La fréquence de l'éclampsie dans notre étude était comparable avec celle de Barboza D dans son étude [13] qui était de 29,58 %. Dans les autres études africaines, la fréquence de l'éclampsie est beaucoup plus élevée : Leye PA avec 70 % ; El Hasnaoui Z avec 40,9 % et Diakité Y avec 41 % [12, 14, 15]. Ceci pourrait s'expliquer par l'organisation du CHR de Ziguinchor en pôle mère-enfant avec un bon suivi de la grossesse et un transfert immédiat des patientes en réanimation en cas de complications graves ou dans la prévention de survenue de ces complications. Cependant cette fréquence dans les pays européens était moins importante à 0,11 % en France [7]. La défaillance rénale notée est liée aussi bien à la pathologie hémorragique qu'hypertensive car constituant leur complication majeure avec une fréquence s'approchant de celle obtenue dans les études de Lazraq Y [5] et Tchaou BA [6] respectivement 8,68 % et 4,3 %. La défaillance hématologique notée, avec une anémie dans 43,5% des patientes et une thrombopénie dans 20,3 %, était liée à une hémorragie ou à un Hellp syndrome. Ces résultats étaient similaires à ceux de Lazraq Y qui obtenait 50 % d'anémie et 38,6 % de thrombopénie [5] et de Tchaou BA avec 58 % d'anémie [6]. La défaillance hépatique retrouvée chez 18,8 % de nos

patientes se présentait sous forme de cytolysse hépatique et pouvait rentrer dans le cadre d'un Hellp syndrome, principale complication de la pré-éclampsie. Ceci était concordant avec les résultats de Lazraq Y avec 20,47 % [5]. Le Hellp Syndrome dont le diagnostic est souvent tardif dans nos structures du fait de problèmes techniques a été retrouvé chez 5,6 % de nos patientes alors que dans l'étude de Lazraq Y cette fréquence était plus élevée à 10,23 % de même que dans l'étude de Leye PA avec une fréquence retrouvée de 20 % [5, 15]. Cette différence s'expliquerait par les longs délais d'admission des patientes et la provenance dans d'autres centres de santé périphériques avec des références tardives et un transport non médicalisé. La crise d'éclampsie a été jugulée chez 33 % de nos patientes grâce au sulfate de magnésium qui est l'anticonvulsivant de référence. En effet, plusieurs travaux dont l'essai de Magpie ont montré son efficacité clinique et son innocuité aussi bien pour la prise en charge de la crise que pour la prévention primaire en cas de pré-éclampsie sévère [16, 17, 18]. Il a été utilisé pour la prévention de l'éclampsie dans 42,7 % des cas dans l'étude de Traoré AS [19] et pour Robert JM [20] le magnésium administré par voie parentérale était plus efficace pour réduire les convulsions que le Dilantin et le diazépam. Aucune patiente n'a bénéficié d'une épuration extra rénale malgré la défaillance rénale notée. Les complications hémorragiques liées à la pré-éclampsie notamment l'hématome rétro-placentaire sont des risques identifiés de transfusion [21]. Ainsi la transfusion sanguine a été prescrite chez 26,1 % de nos patientes avec du sang total (produit sanguin le plus disponible en pratique). Ce résultat était comparable avec celui obtenu dans l'étude de Lazraq Y qui était de 33 % [5] et se rapprochait des résultats de Wade KA et Traoré AS qui étaient respectivement de 34,2% et 35,4 % [10, 19]. L'incidence de la thrombopénie isolée dans notre étude était de 20,3 % et représentait l'anomalie biologique la plus fréquemment observée, comparable à celle obtenue par Lazraq Y dans son étude qui était de 19,68 % [5]. Le degré de thrombopénie est souvent corrélé à la sévérité du tableau clinique, plus il est bas ($\leq 50.000/mm^3$), plus les complications (CIVD et Hellp Syndrome) sont fréquentes [22]. La durée moyenne d'hospitalisation obtenue dans notre étude se rapprochait de celle obtenue par Lazraq Y qui était de 4,36 jours [5] de même que celle obtenue par Owono au Cameroun [11]. La pathologie obstétricale est pourvoyeuse de lourdes complications mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. Le retard de prise en charge explique en grande partie la survenue de ces complications et aussi l'inadéquation des soins au premier contact de

la patiente. Ainsi des complications étaient notées chez 27,5% des patientes et elles étaient dominées par : état de choc, accès hypertensif, CIVD et IRA ; avec le même que dans l'étude de Lazraq Y retrouvant les mêmes complications [5]. Ceci s'était soldé par un taux de mortalité maternelle de 5,8% qui était faible comparé aux taux obtenus dans les études de Lazraq Y et de Owono qui étaient respectivement de 20,47% et 9,3% [5, 11]. Cependant ce taux reste élevé par rapport à celui décrit dans l'étude de Tchaou BA 0,9 % [6]. Dans notre série il ressort que les deux principales causes de décès étaient : le choc septique et la CIVD comparable avec les données de la littérature (Lazraq Y et Owono) [5, 11], cependant d'autres causes de décès ont été également décrites : AVC hémorragique, OAP, embolie pulmonaire [11]. Le faible taux de mortalité obtenu dans notre étude pourrait être expliqué par la qualité de la prise en

charge au sein de la réanimation du CHR de Ziguinchor avec une évolution favorable pour plus de 94% de nos patientes. L'étude analytique de ce taux de mortalité a permis d'identifier des facteurs de risques pouvant l'influencer : présence de signes de défaillance respiratoire, neurologique et rénale. Ainsi une prévention ou une prise en charge correcte de ces complications ou défaillance d'organes pourrait réduire considérablement cette mortalité.

Conclusion :

Les urgences obstétricales sont fréquentes à la réanimation du centre hospitalier de Ziguinchor et concernent surtout la femme jeune. Les étiologies sont diverses, dominées surtout par les urgences hypertensives et les urgences hémorragiques. La morbi-mortalité liées aux urgences obstétricales pourrait être réduite par une amélioration de la qualité de la prise en charge avec un renforcement du personnel et des équipements médicaux.

Références :

1. **Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A et al.** Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016 ; 387 (10017) : 462-74.
2. **Essala.** Les pathologies maternelles graves en réanimation du CHU de Libreville de 2006 à 2012, L, J. *Magb. A. Réa. Med. Urg* ; 31 (94) : 157.
3. **Rapport des Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF Sénégal) Juin 2017**
https://www.unicef.org/senegal/french/SA_NTE.pdf
4. **Lazraq Y et Al.** Prise en charge des urgences obstétricales au CHR de Tambacounda. Mémoire anesthésie réanimation : Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2019, N°217
5. **Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E.** Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Euro Sci J* 2015. 11, (9) 260-272.
6. **Bouvier-Colle MH, Philibert M.** Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. *Ann Réanimation* 2007 ; 16. 358-65
7. **Diouf E.** Contribution des anesthésistes réanimateurs à la réduction de la mortalité maternelle. *Rev Afric Anesth Méd Urg* 2011 ; 16,2 : 1-3.
8. **OMS-UNICEF-FNUAP-** Banque Mondiale. : Mortalité maternelle en 2005.
9. **Wade KA, Diop FN, Niang EM, Diallo A.**
10. Mortalité maternelle en réanimation de Dakar. *Dakar Méd* : 2011 ; 56(2) :341-347
11. **Owono EP, Metogo MA, Tchokam I, Danwang C, Kago TI, Afane EA et Al.** Complications obstétricales admises en réanimation: épidémiologie, diagnostic et pronostic. *Health Sci. Dis* 2017 ; 48- 52.
12. **Diakité Y.** Prise en charge des urgences obstétricales par le Samu national : régulation et/ou transport. Mémoire DU Médecine d'urgence : Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2016 n°80
13. **Barboza D et Al.** Prise en charge de l'éclampsie en réanimation dans un hôpital périphérique. *Rev Afric Anesth Méd Urg*. 2018 ; 23 (1) : 40 – 46
14. **El Hasnaoui Z.** Prise en charge de la pré-éclampsie sévère à l'hôpital matlaboul fawzaini de Touba. Mémoire anesthésie-réanimation. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2019. N°72
15. **Leye PA et Al.** Réanimation des formes sévères de pré-éclampsie au CHU le Dantec. Thèse mémoire. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté de médecine ; 2010. N° 01.
16. **Mpika GB, Itoua C, Ngbale RN, Goddot M.** Place de la nicardipine dans la prise en charge de la pré-éclampsie. *Méd Afr Noire* 2014 ; 61 (3) : 133-39.

17. **Lokossou A, Avode DG, Komongui DG.** Essai clinique du sulfate de magnésium dans la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie en milieu africain à Cotonou. *J Soc Biol Clinique* 2005 ; 9 : 46-53.
18. **Girard B, Bencher G, Muris C, Simonet J, Dreyfus M.** Sulfate de Magnésium et pré-éclampsie sévère : Innocuité en pratique courante dans des indications ciblées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 : 17-22.
19. **Traoré AS.** La morbidité et mortalité maternelle des urgences obstétricales en réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (HNFS). Thèse de Médecine. Bamako : USTTB Faculté de médecine ; 2012
20. **Robert J M.** Pré-éclampsie : entre connaissance et incertitude Flammarion médecine-science-actualités néphrologiques 2002 : 73-88.
21. **Pottecher T, Launoy A.** Réanimation des formes graves de pré éclampsie. In : Conf d'expe soc fran d'anesth- réani 2000
22. **Mjahed K, Hammamouchi B, Hammoudi D.** Analyse critique des troubles de l'hémostase au cours de l'éclampsie : À propos de 106 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 26 :9-15.