



Article Original

Profil Épidémiologique et Modalités de Prise en Charge des Gestantes Présentant une Mort Fœtale in Utero avant le Travail dans une Maternité de Niveau II en Guinée

Epidemiological profile and treatment management of pregnant women with intra uterine death before labor in a level II maternity of Guinea

Soumah AF Momo¹, Tseunwo T. Claudine², Bah O. Hawa¹, Tebeu Pierre Marie³, Sy Telly¹

RÉSUMÉ

¹ Service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry

² Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

³ Service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

Mots-clés : mort fœtale in utero, épidémiologie, Guinée

Keywords: intra uterine death, epidemiology, Guinea.

Introduction : La mort d'un fœtus est toujours un drame psychologique et social pour la gestante et une situation inquiétante pour les équipes soignantes. Les objectifs de cette étude étaient de décrire le profil épidémiologique des gestantes présentant une mort fœtale in utero (MFIU), leur prise en charge et le pronostic maternel. **Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive prospective au cours de laquelle 1435 patientes ont été interrogées entre le 1^{er} Mars et le 31 Octobre 2013 à la maternité de l'Hôpital Préfectoral de Fria en Guinée. Un questionnaire pré-testé et standardisé a été utilisé. Les variables collectées concernaient les paramètres sociodémographiques, l'histoire obstétricale de la gestante, et les données cliques relatives à la grossesse actuelle. **Résultats :** 53 MFIU sur 1435 accouchements (3,69%) ont été observées. La gestante à risque type était une femme de 35 ans ou plus (18/53 ; 33,96%), célibataire (42/53 ; 79,25%), sans aucune consultation prénatale (17/53 ; 32,06%), non scolarisée (9/53 ; 16,98%). La voie basse était le mode d'accouchement le plus observé (51/53 ; 96,23%). La morbidité maternelle était dominée par l'anémie (11/53 ; 20,75%). Aucun décès maternel n'a été enregistré. **Conclusion :** La MFIU avant le travail est une situation non exceptionnelle à la maternité de l'Hôpital Préfectoral de Fria. Il s'agit souvent des grossesses près du terme avec peu de consultations prénatales. La consultation prénatale focalisée pourrait améliorer la prévention de MFIU.

ABSTRACT

Introduction. The death of a fetus is a psychological and social drama for any mother. It is also a disturbing situation for the medical team. The aim of this study was to determine the epidemiological pattern of pregnant women who had intra uterine death (IUD) and to describe the management and the maternal prognosis of this situation in a level 2 hospital of Guinea. **Methods.** This was a descriptive study concerning 1435 patients interviewed between 1st March and 31st October 2013 at the maternity of the Prefectural Hospital of Fria in Guinea. A pretested and standardized questionnaire was used. Our main variables of study were the sociodemographic data, the obstetrical history and the management of the situation as well as the maternal prognosis. **Results.** We found 53 IUD out of 1435 deliveries (3.69%). The typical woman at risk was aged 35 or above (18/53, 33.96%), unmarried (42/53, 79.25%), uneducated (9 / 53, 16. 98%) without any antenatal consultation (17/53; 32.06%). The per-vaginal delivery was the rule (51/53, 96.23%). The most frequent maternal morbidity was anemia (11/53, 20.75 %). No maternal death was recorded. **Conclusion.** IUD before labor is a not exceptional at the maternity hospital of the Prefectural Hospital of Fria. It concerns mainly near-term pregnancies without any prenatal consultation. Focused prenatal consultations could improve the prevention of this condition.

INTRODUCTION

La mort fœtale in utero (MFIU) est considérée comme l'échec du déroulement et de la surveillance de la grossesse. Elle représente souvent un drame mal vécu, parfois incompréhensible. Outre son retentissement psychologique chez les parents, la MFIU pose un double problème pour le praticien : bonne conduite de l'enquête étiologique d'une part et d'autre part l'attitude obstétricale à prendre afin d'assurer une évacuation utérine tout en évitant à la mère des complications inhérentes à cet accident [1]. Sa prévalence varie selon les régions avec 2% dans le monde en général, 0,5% dans les pays à hauts revenus [2] et de 2,1 à 7,4% pour le pays en développement [3]. La MFIU reste un grand problème dans la pratique obstétricale des pays en développement bien qu'elle soit considérablement réduite dans les pays développés [4]. Cette étude visait à déterminer le profil épidémiologique ainsi que la prise en charge des gestantes ayant eu une mort fœtale in utero (MFIU) et le pronostic maternel.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective à la maternité de l'Hôpital Préfectoral de Fria sur huit (8) mois, allant du 1^{er} Mars au 31 Octobre 2013. L'échantillon concernait l'ensemble des gestantes ayant eu la MFIU diagnostiquée cliniquement et ou à l'échographie à partir de 22 semaines d'aménorrhée et ayant eu une prise en charge dans le service. Nous avons exclu les gestantes ayant eu une MFIU pendant le travail et celles ayant refusé de participer à l'étude. Les données étaient collectées sur un questionnaire individuel standardisé, préétabli et pré-testé. L'analyse des données a fait appel aux logiciels Epi info version 7.1 et Microsoft Excel 2010. Les variables d'intérêt étaient : les caractéristiques épidémiologiques, les modalités thérapeutiques et le pronostic maternel.

RÉSULTATS

Fréquence de la mort fœtale in utero :

Nous avons enregistré 53 cas de mort fœtale in utero à l'Hôpital Préfectoral de Fria sur un total de 1435 accouchements, soit une fréquence de 3,69% (Tableau I).

Tableau 1 : Répartition de la population d'étude

Population d'étude	Effectif	%
Gestante avec MFIU	53	3,69
Gestante avec fœtus vivant	1382	96,31
Total	1435	100

MFIU : mort fœtale in utero

Caractéristiques sociodémographiques

18 femmes (33,96%) sur les 53 avec MFIU avaient un âge supérieur 35 ans alors que 5/53 (28,30%) étaient des adolescentes avec un âge compris entre 15 et 19 ans (Tableau II). Les célibataires étaient majoritaires à 42/53 (79,25%) (Tableau II). Les gestantes avec un âge gestationnel compris entre 28 et 36 semaines

d'aménorrhée étaient au nombre de 35/53 (66,04%). (Tableau II).

Tableau II - Caractéristiques sociodémographiques et reproductives (N=53)

Caractéristiques	Effectifs	%
Age (ans)		
15- 19	15	28,30
20- 24	9	16,98
25- 29	7	13,21
30- 34	4	7,55
35-40	18	33,96
Statut Matrimonial		
Célibataires	42	79,25
Mariées	11	20,75
Suivi de la grossesse		
Grossesse non suivie	17	32,06
Mauvaise qualité	27	50,94
Bonne qualité	9	17,00
Age gestationnel		
20-27 SA	9	16,98
28-36 SA	35	66,04
37 SA et plus	9	16,98
SA : semaine d'aménorrhée		

Caractéristiques gynécologiques et obstétricales

En ce qui concerne le suivi de la grossesse, 17 femmes sur 53 soit 32,06% n'avaient aucun suivi et plus de la moitié 50,94% soit 27/53 avaient un suivi de mauvaise qualité. (Tableau II) ; Pour le pronostic maternel, nous avons enregistré 21,13% d'anémie. La mortalité maternelle était nulle dans la série. (Tableau III). Néanmoins l'accouchement par voie basse était la principale voie d'accouchement à 51/53 soit 96,23%. (Tableau III)

Tableau III : caractéristiques thérapeutiques et pronostic (N=53)

Caractéristiques	Effectifs	%
Thérapeutique : mode d'accouchement		
Voie basse	51	96,23
Césarienne	2	3,77
Anémie maternelle		
Oui	11	20,75
Non	42	79,25

DISCUSSION

Fréquence de la mort fœtale in utero

La fréquence de la MFIU dans notre étude était de 3,69%. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par Kwabong et al (3,4%) en 2010 au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (Cameroun) [5]. Mais, il est d'une part nettement inférieur à celui rapporté par Diallo et al en 2016 à l'Hôpital régional de Mamou en Guinée (6,95%) [6], et encore plus bas le chiffre de 13,9% rapporté par Kangulu et al en 2016 à l'Hôpital de Référence Kamina au Congo [7]. Cette différence

s'expliquerait par le fait que certaines gestantes avec MFIU allaient directement vers les hôpitaux de niveau supérieur. La prévalence de la MFIU dans notre étude (3,4%) est cependant plus basse que celle publiée en 2001 (1,8%) par Sandjong et al dans une étude faite dans deux Hôpitaux à Yaoundé au Cameroun [8]. Cette différence pourrait être liée au choix de la population cible qui était les parturientes d'au moins 34 semaines d'aménorrhée avec fœtus en vie.

Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons trouvé que les gestantes avec MFIU avaient une tranche d'âge comprise entre 15 et 40 ans. Cet âge est comparable aux 15 à 45 ans retrouvé par Diallo et al. En 2015 à l'Hôpital régional de Mamou [6] et aux 15 à 44 ans retrouvés par Kwabong et al. en 2010 au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé Cameroun [5].

Dans notre étude, la tranche d'âge de plus de 35 ans était la plus représentée (3,96%). Ce résultat est comparable à ceux retrouvés par Kangulu et al. qui ont retrouvé une prédominance de plus de 35 ans à 14/53 soit (50%) [7] et de plus de 30ans à 16/70(22,9%) par Diallo et al en 2016 Mamou [6]. La MFIU plus observée dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par la prédilection des affections vasculo-rénales et leurs complications, souvent impliquées dans la survenue de la mortinatalité. Ceci justifie une surveillance rapprochée des gestantes de plus de 35 ans.

Selon le statut matrimonial, les célibataires ont été les plus touchées dans notre série. Ce phénomène pourrait s'expliquer non seulement par le fait qu'elles portaient une grossesse non désirée, qui serait mal suivie, mais aussi par le fait qu'elles se trouvaient sans aucune assistance financière par l'abandon des parents et/ou par le géniteur. Les incidences par groupe de statut matrimonial montraient une différence statistiquement significative entre la MFIU et le statut matrimonial

Caractéristiques gynéco-obstétricales

L'âge gestationnel de survenue de la MFIU entre 28 – 36 semaines d'aménorrhée était de à 35/53 soit (66,04%), Diallo et al retrouvaient un taux de 60% entre 27-31

semaines d'aménorrhée [6]. Ceci pourrait s'expliquer par la survenue des pathologies maternelles pouvant entraînées la MFIU pendant cette tranche âge gestationnel, la relation était statistiquement significative entre l'âge gestationnel et la MFIU. Ceci justifie une meilleure surveillance des gestantes à cet âge gestationnel. Le suivi prénatal était associé à la MFIU, les 2/3 de nos patientes étaient non suivies et/ou mal suivies, ces résultats étaient conformes aux les données de la littérature, définissant une la relation direct entre la MFIU et le suivi prénatal. L'organisation mondiale de la santé (OMS) trouve que 5 consultations de bonnes qualités suffisent [9]. Plusieurs études avaient montré qu'un suivi de grossesse inadéquat exposait les femmes à un risque de MFIU. En effet, Mohsin avait retrouvé un risque multiplié de 1,12 (IC95% 1,01-1,26) pour les patientes pour lesquelles le 1^{er} contact à la maternité n'avait lieu qu'après le 1^{er} trimestre [10]. Par ailleurs, Vintzileos et al montraient le risque triplé si la femme enceinte n'avait jamais consulté en cours de grossesse [11].

Pronostic maternel

Aucun décès maternel n'a été enregistré dans notre étude. Ce résultat diffère de ceux de Kwabong et al. en 2010 au Cameroun [6] qui ont retrouvé 4/136 soit 2,9% de décès maternelle.

Cette différence s'expliquerait par la référence vers les hôpitaux de niveaux supérieurs lors de la détection des signes et facteurs prédisposant à la survenue de la MFIU.

CONCLUSION

La mort fœtale in utero est une pathologie obstétricale fréquente, survenant chez les gestantes aux âges extrêmes, grande multipare, sans aucune consultation prénatale (grossesse mal suivie), sur une grossesse près du terme. La fonctionnalité de la consultation prénatale focalisée et la formation du personnel dans les domaines de références et contre références pourraient améliorer le pronostic vital et fonctionnel de la mère et de l'enfant.

RÉFÉRENCES

- 1- OMS/FISE. Rôle des soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale. Santé reproductive 2001 ; 25 : 11-24.
- 2- Quibel T, Bultez T, Nizard J, Subtil D, Huchon C, Rozenberg P. "Morts fœtales in utero" J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2014;43(10):883-907.
- 3- Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. JAMA 2011;306(22):2459-68.
- 4- Merger R, Levy J. Précis d'obstétrique 6^{ème} éd. Masson Paris 1995; 255-60.
- 5- Nkwabong E, Fomulu JN, Ambassa JL. Stillbirths at University Teaching Hospital, Yaoundé, Cameroon. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119(1):87-8
- 6- Diallo M, Baldé I, Diallo B, Baldé A, Barry H et al. Mort fœtale in utero. Aspect socio-démographique, prise en charge et pronostic Maternel à la Maternité de l'hôpital régional de Mamou. Rev int sc méd -RISM-2016;18,3:230-4.

- 7-Kangulu BI, Tambwe MA, Nkoy A, Lumbule NJ, Umba KN, Nzaji MK. Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort fœtale in utero à Kamina, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 2016; 23: 114.
- 8-Sandjong T.I, Tebeu P.M, Mbu R.E, Mboudou E, Guegang G.E, Nkwabong E. Mort fœtale intrapartum au Cameroun: Une analyse de deux hôpitaux de référence de Yaoundé, Cameroun. Clin Mother Child Health 2009; 6: 1123-7
- 9-José V, Hasan B, Gilda P, Pisake L, José, Ubaldo F, et al. WHO antenatal care randomised trial of the evaluation of new model of routine antenatal care. Lancet 2001; 357: 1551-64
- 10- Mohsin M, Bauman A, Jalaludin B. The influence of antenatal and maternal factors on stillbirths and neonatal deaths in New South Wales, Austra J biosoc Sci 2006 ; 38(5):643-57
- 11- Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scoiza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care in the united states on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions . Am J Obstet GYNECOL 2002 ; 187 : 1254-7