

Article original

Étiologies de la Mortalité Maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé: Une Série de 58 Décès

Etiologies of maternal mortality in the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital: a series of 58 deaths

Foumane P^{1,2}, Dohbit JS^{1,2}, Ngo Um Meka E^{1,2}, Nkada MN¹, Ze Minkande J^{1,2}, Mboudou ET^{1,2}.

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun.

² Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun.

Corresponding author: Pr Foumane Pascal, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, BP 4362 Yaoundé, Cameroun. Email: pfoumane2004@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectifs: L'objectif de ce travail était d'analyser les étiologies des décès maternels survenant dans un hôpital de niveau tertiaire.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale avec collecte des données rétrolective des décès maternels ayant eu lieu à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2010. Tous les cas de décès maternels conformes à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé ont été inclus. Les données ont été analysées par les logiciels informatiques Epi info 3.5.1 et Excel 2007.

Résultats: Cinquante-huit (58) décès maternels ont été identifiés pendant la période de l'étude. Les principales causes de mortalité maternelle étaient: l'hypertension (22,4%), le VIH/SIDA (19,0%), les avortements septiques (17,2%), les hémorragies (13,8%), les cancers (10,3%) et la septicémie du post-partum (8,6%).

Conclusion: L'hypertension, le VIH, et les avortements septiques sont les principales causes de mortalité dans cet hôpital de niveau tertiaire. Les hémorragies ne sont responsables que d'une faible proportion des décès maternels. Nous recommandons la mise en place d'interventions visant à prévenir les décès maternels dus à l'hypertension en grossesse, à l'infection au VIH et aux avortements septiques. D'autre part, une politique hospitalière basée sur la mise à disposition, sans frais exigibles en urgence, des paquets minimum pour les interventions obstétricales, de poches de sang et des équipes chirurgicales et anesthésiques, pourrait réduire efficacement la part des hémorragies dans la survenue des décès maternels en Afrique subsaharienne.

Mots-Clés: mortalité maternelle – hémorragie obstétricale – pré-éclampsie – VIH/SIDA – avortement septique – Cameroun

SUMMARY

Objectives: The main objective of the study was to analyze the aetiologies of hospital maternal deaths in a tertiary hospital.

Methodology: It was a cross-sectional study with a retrospective data collection of the maternal deaths at the Yaoundé Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital, from the January 1st 2007 to the December 31st 2010. All the maternal deaths respecting the World Health Organization definition were included. The data were computerized and analyzed with Epi Info 3.5.1 and Excel 2007 softwares.

Results: Fifty-eight (58) maternal deaths were recorded during the study period. The main aetiologies identified were: hypertension (22.4%), HIV/AIDS (19.0%), septic abortions (17.2%), haemorrhage (13.8%), cancer (10.3%) and postpartum sepsis (8.6%).

Conclusion: Hypertension, HIV infection and septic abortion are the main aetiologies of maternal mortality in this tertiary hospital. Haemorrhage is responsible of only 13.8% of the deaths. We recommend implementation of interventions to prevent maternal deaths due to hypertension, HIV infection and septic abortion. A hospital policy based on the provision without emergency fees payable, of a minimal set of drugs for obstetrical surgery, blood and both surgical and anaesthetic teams could effectively reduce the proportion due to haemorrhage in the occurrence of maternal deaths in sub-Saharan Africa.

Keywords: maternal mortality – obstetric hemorrhage – preeclampsia – HIV/AIDS – septic abortion – Cameroon

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (1).

Le taux de mortalité maternelle reste très élevé en Afrique, surtout au sud du Sahara. Sur un total estimé de 358 000 morts maternelles dans le monde en 2008, 99% (355 000 décès) avaient eu lieu dans les pays en développement; l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud totalisant respectivement 57% et 30% de ces décès (2).

Au Cameroun, les estimations publiées par l'OMS en 2010 faisaient état d'un taux de mortalité maternelle à 600 pour 100 000 naissances vivantes (3) contre 669 pour 100 000 naissances vivantes selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2004 (4).

Dans le monde, environ 80% des décès maternels sont dus à des causes directes tandis que 20% sont liées aux causes indirectes. Par ordre d'importance, les quatre principales causes directes de mort maternelle en Afrique sont : les hémorragies, les infections, les troubles hypertensifs pendant la grossesse et les avortements clandestins. Parmi les causes indirectes des décès maternels (20%), le VIH/SIDA, l'anémie, le paludisme ou les affections cardiovasculaires sont les plus fréquentes (5).

Nous nous sommes proposé d'analyser les étiologies de la mortalité maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, structure hospitalière de type tertiaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte de données rétrospective ayant eu pour cadre l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé au Cameroun. L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé est une formation sanitaire de référence créée en 2002 et spécialisée dans la prise en charge de la mère et de l'enfant. D'une capacité de 54 lits, le Service d'Obstétrique et de Gynécologie pratique en moyenne 3000 accouchements annuels. Dans un environnement marqué par les ressources financières limitées et l'absence de sécurité sociale, les urgences obstétricales bénéficiaient pendant la période de l'étude de la disponibilité permanente des équipes chirurgicales et anesthésiques et de la mise à disposition sans frais préalables d'un paquet minimum de médicaments et des poches de sang en cas de besoin.

Au moment de l'étude, cet Hôpital comptait 12 gynécologues-obstétriciens et 4 anesthésistes réanimateurs permanents au moment de l'étude. Ceux-ci assurent un service de garde permanent dans leurs services respectifs et sont assistés des résidents de leurs spécialités respectives. En plus de ces équipes de garde, les urgences obstétricales bénéficient de la mise à disposition sans frais préalables d'un paquet minimum de

médicaments nécessaires et des poches de sang en cas de besoin. Tous les décès maternels répondant à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé survenus du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010 ont été inclus. Les données recueillies sur une fiche technique concernaient les variables sociodémographiques, les antécédents obstétricaux et médico-chirurgicaux, et les circonstances de survenue du décès. Toutes les fiches étaient anonymées et confidentielles. Des autorisations préalables avaient été obtenues du Comité National d'Éthique et de la direction de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Les données ont ensuite été informatisées et analysées par les logiciels informatiques Epi info 3.5.1. et Excel 2007.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques (Tableau I)

Cinquante-huit décès maternels ont été identifiés pendant la période de l'étude. 56,9% des patientes décédées étaient âgées de 25 à 34 ans, tandis que les adolescentes (âge < 20 ans) constituaient 10,3% de notre échantillon. Par ailleurs, 5,2% de nos décès concernait des femmes de 40 ans et plus. 65,5% n'étaient pas officiellement mariées et 51,7% étaient ménagères sans emploi rémunéré. Sur le plan des antécédents obstétricaux, la mort maternelle semblait toucher plus souvent les femmes ayant déjà accouché 1 à 3 enfants (65,6%).

Suivi de la grossesse (Tableau II)

17 patientes (29,3%) n'avaient eu aucune consultation prénatale, et 18 (31,0%) d'entre elles étaient suivies dans un centre de santé.

Circonstances du décès

53,4% des femmes décédées provenaient de leurs domiciles et 46,6% d'une formation sanitaire. D'un autre côté (figure 1), les décès survenaient le plus souvent au cours du post-partum (32,8%), du 3^{ème} trimestre (24,1%) et du 1^{er} trimestre (22,4%). La majorité des décès (56,9%) avait eu lieu au cours du post-partum et du 3^{ème} trimestre de grossesse.

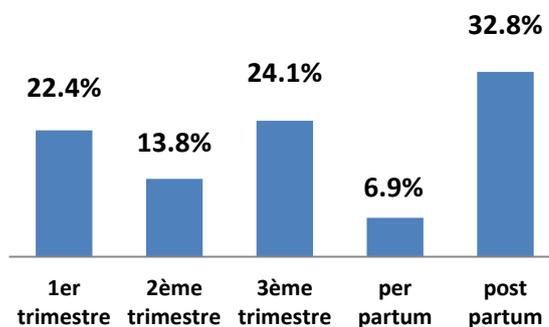


Figure 1 - Âge de la grossesse au moment du décès

Tableau I – Caractéristiques sociodémographiques des patientes décédées

Tranches d'âge (ans)	n	%
[15 ; 20[	6	10,3
[20 ; 25[	9	15,5
[25 ; 30[	17	29,3
[30 ; 35[	16	27,6
[35 ; 40[	7	12,0
≥ 40	3	5,2
Total	58	100
Statut matrimonial		
Célibataire	38	65,5
Mariée	20	34,5
Total	58	100
Profession		
Secteur formel*	9	15,5
Secteur informel**	12	20,7
Élève	6	10,3
Étudiante	1	1,8
Sans emploi	30	51,7
Total	58	100
Accouchements antérieurs		
Aucun	10	17,2
1	20	34,5
2 à 3	18	31,1
≥4	10	17,2
Total	58	100

Tableau II – Suivi de la grossesse

Nombre de consultations prénatales	n	%
Aucune	17	29,3
1	4	6,9
2	10	17,2
3	11	19,0
4 et plus	16	27,6
Total	58	100
Lieu de suivi de la grossesse		
Hôpital de niveau central	17	29,3
Hôpital de district	3	5,2
Centre de Santé	18	31,0
Clinique privée	3	5,2
Non suivies	17	29,3
Total	58	100

62,1% des décès avaient eu lieu après un séjour d'au moins 72 heures dans notre lieu d'étude, seulement 19% des patientes décédées l'étaient moins de 24 heures après leur admission (Tableau III).

Tableau III – Durée d'hospitalisation avant le décès

Durée	effectif	%
Moins de 24 heures	11	19 %
1 à 2 jours	11	19 %
3 à 4 jours	10	17,2 %
5 à 7 jours	7	12,1 %
Plus de 7 jours	19	32,8 %
Total	58	100%

Les étiologies de la mort maternelle :

Les principales causes de mortalité maternelle étaient : l'hypertension (22,5%), le VIH/SIDA (19,0%), les avortements septiques (17,2%), les hémorragies (13,8%), les cancers (10,3%) et la septicémie du post-partum (8,6%).

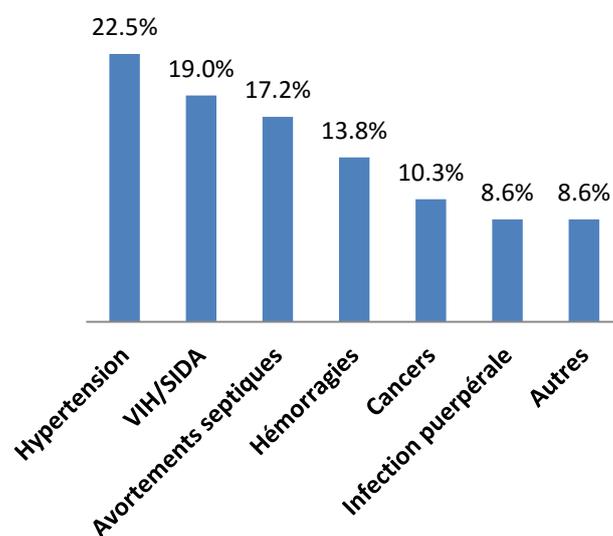


Figure 2 – Etiologies des décès maternels (n=58)

Pronostic fœtal

Le décès fœtal a été constaté dans 19% des cas (1900 décès sur 10 000 accouchements) tandis que 12,1% des accouchements étaient prématurés.

DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques

Plus de la moitié de notre échantillon est composée de femmes âgées de 25 à 34 ans. Ces résultats sont en accord avec ceux de Tebeu et al qui ont trouvé en 2007 que les femmes de 25 à 34 ans étaient plus susceptibles de mourir de cause liée à la grossesse à Maroua au Nord-Cameroun (6). Cette situation pourrait trouver son explication dans le fait que cette période de la vie est celle où la femme se trouve au sommet de la fonction reproductive. Le fait que le pic de fécondité de la camerounaise en activité reproductive se situe entre 25 et 29 ans conforte cette explication (7).

Les femmes non mariées et les ménagères constituaient la majorité des morts maternelles de notre série. En fait,

le niveau socio-économique et le statut matrimonial sont des facteurs de risque connus de la mortalité maternelle (8-10). Dans une société où le taux de pauvreté est de 39,9% avec une sécurité sociale quasi-inexistante pour les plus pauvres (11), la prise en charge d'une grossesse et de l'accouchement qui s'en suit nécessite des moyens financiers minimaux pour faire face aux urgences vitales éventuelles. La ménagère sans revenus et la femme célibataire n'ont pas toujours le soutien et les moyens nécessaires à la survie du couple mère-enfant.

Suivi de la grossesse

Les consultations prénatales permettent la prévention et le traitement des infections et des carences nutritionnelles, la communication pour le changement de comportement et l'élaboration du plan d'accouchement. Parmi les femmes décédées de notre série, environ un tiers n'avait eu aucune consultation prénatale. Ces chiffres sont en conformité avec ceux de Tajik et al en Iran et Romero-Gutiérrez et al à Mexico pour qui le nombre de visites prénatales est un facteur de risque de la mort maternelle (9-10). Il reste impératif de rendre les consultations prénatales systématiques, en mettant l'accent sur la compétence des consultants et le système de référence. La qualité du suivi prénatal est en effet une intervention reconnue pour diminuer significativement la mortalité maternelle (12).

Âge de la grossesse au moment du décès

La plupart de nos femmes sont décédées au cours du post-partum et du 3^{ème} trimestre de grossesse. Ces chiffres se rapprochent de ceux retrouvés au Mali par Garba et al qui, en 2011, ont rapporté 70% de décès maternels au cours du post-partum et 20% en intrapartum (13). La prédominance des décès au cours du postpartum et du 3^{ème} trimestre de grossesse dans notre série pourrait être en rapport avec la fréquence élevée de l'hypertension comme étiologie. D'autre part, une part importante de décès maternels attribuée à l'infection puerpérale survient exclusivement après l'accouchement. La responsabilité de la période per-partale dans la mort maternelle est limitée dans ce travail, probablement à cause de la proportion moins importante de décès maternels attribuables aux hémorragies.

Étiologies des décès maternels

Les principales étiologies de la mort maternelle identifiées dans ce travail étaient l'hypertension artérielle en grossesse, l'infection à VIH et les avortements septiques. Si l'Organisation Mondiale de la Santé, après une revue de 35197 décès maternels, déclare l'hémorragie comme principale étiologie en Afrique (14), la prédominance de l'hypertension en grossesse dans notre série est confortée par plusieurs travaux africains dont une étude multicentrique menée au Bénin, en Côte-d'Ivoire et au Sénégal dans laquelle 29% des décès maternels sont imputables à l'hypertension (15-16). De même, la toxémie gravidique est reconnue être la première cause de mortalité maternelle en Amérique Latine et aux Caraïbes (14,17).

L'infection à VIH était la deuxième cause de mort maternelle à dans notre série. Ce constat pourrait trouver son explication dans la séroprévalence élevée de VIH chez la femme âgée de 15 à 49 ans qui était de 8,9% en 2011 dans la capitale camerounaise (7). Dans les pays touchés de plein fouet par le VIH, celui-ci devient une cause de plus en plus importante de mort maternelle (18-19). Des études de cohorte réalisées en Ouganda, en Tanzanie et au Malawi prouvent que l'infection par le VIH multiplie par 3,9 le risque de décès maternel (20).

Les avortements septiques sont une cause de mortalité encore fréquente en Afrique. Cette étude n'a pas fait exception à la règle. En raison des lois restrictives sur l'avortement et de l'inaccessibilité aux soins post-abortum, la mortalité et la mortalité maternelle liée à l'avortement restent élevées en Afrique subsaharienne (21-23). Ces morts évitables interpellent les leaders d'opinion et les décideurs de nos pays respectifs.

L'hémorragie était la 4^{ème} cause de mortalité maternelle au cours de notre période d'étude. Pour la plupart des auteurs, elle compte parmi les deux premières causes de mortalité maternelle en Afrique, même en milieu hospitalier comme le nôtre (13-16). Ce recul de l'hémorragie comme cause principale de décès maternel dans notre lieu d'étude trouverait son explication non seulement dans la pratique systématique de la gestion active de la troisième période du travail, mais aussi dans le fait que les urgences obstétricales bénéficiaient pendant la période de l'étude de la disponibilité permanente des équipes chirurgicales et anesthésiques et de la mise à disposition sans frais préalables d'un paquet minimum de médicaments et des poches de sang en cas de besoin.

Les cancers sont une cause importante de mortalité maternelle dans cette série. Peu d'auteurs font état de cette étiologie de décès maternel. Pourtant, le cancer du sein est de plus en plus rencontré au cours de la grossesse, la croissance tumorale étant favorisée par les sécrétions hormonales placentaires (24). Cette position importante occupée par les cancers dans notre série s'explique probablement par le fait que le lieu de notre étude est un centre de référence, à la fois pour les urgences obstétricales et la prise en charge des cancers gynécologiques.

Pronostic fœtal

Une mortalité fœtale importante (1900 décès sur 10 000 accouchements) était associée à la mort maternelle dans notre série. Ce chiffre élevé pourrait s'expliquer par la prédominance de la maladie hypertensive et de l'infection par le VIH comme causes principales de mortalité maternelle. Ces deux maladies ont en effet un effet péjoratif connu sur le pronostic fœtal, lorsqu'elles sont associées à la grossesse (19, 25).

CONCLUSION

La maladie hypertensive, l'infection par le VIH et les avortements septiques sont les principales causes de mortalité maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Il est possible de faire de l'hémorragie une cause mineure de mortalité maternelle en milieu hospitalier en Afrique Noire. Nous recommandons la mise en place d'interventions visant à

diminuer la mortalité maternelle liée à la maladie hypertensive, à l'infection au VIH et aux avortements septiques. Il est également vital de renforcer la lutte contre l'hémorragie obstétricale en facilitant l'accès aux médicaments d'urgence, à la transfusion et aux équipes chirurgicales et anesthésiques en milieu hospitalier.

RÉFÉRENCES:

1. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies, révision 1975. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1977.
2. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375 (9726): 1609-23.
3. Magadi M, Diamond I, Madise N. Analysis of factors associated with maternal mortality in Kenyan Hospitals. *J Biosoc Sci.* 2001; 33(03): 375-89.
4. Institut National de la Statistique du Cameroun. Troisième Enquête Démographique et de Santé, 2004. Disponible sur: <http://www.statistics-cameroon.org/> [Consulté le 17 Mai 2014].
5. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, OMS 2005. Disponible sur http://apps.who.int/entity/whr/2005/02_contents_fr.pdf [Consulté le 02/08/2014]
6. Tebeu PM, Ngassa P, Kouam L, Major AL, Fomulu JN. Maternal mortality in Maroua Provincial Hospital, Cameroon (2003-2005). *West Indian Med J* 2007; 56(6): 502-7
7. Institut National de la Statistique du Cameroun. Quatrième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2011). Disponible sur: <http://www.statistics-cameroon.org/> [Consulté le 24 Juillet 2014].
8. Tajik P, Nedjat S, Afshar NE, Changizi N, Yazdizadeh B, Azemikhah A et al. Inequality in maternal mortality in iran: an ecologic study. *Int J Prev Med* 2012 Feb;3(2):116-21.
9. Taguchi N, Kawabata M, Maekawa M, Maruo T, Aditiawarman, Dewata L. Influence of socio-economic background and antenatal care programmes on maternal mortality in Surabaya, Indonesia. *Trop Med Int Health* 2003 Sep;8(9):847-52.
10. Romero-Gutiérrez G, Espitia-Vera A, Ponce-Ponce de León AL, Huerta-Vargas LF. Risk factors of maternal death in Mexico. *Birth* 2007 Mar;34(1):21-5.
11. Institut National de la Statistique du Cameroun [site internet]. Disponible sur: <http://www.statistics-cameroon.org/> [Consulté le 24 Juillet 2014].
12. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet.* 2001 May 19;357(9268):1565-70.
13. Garba M, Nayama M, Alio AP, Holloway ML, Hamisu BS, Salihu HM. Maternal mortality in Niger: a retrospective study in a high risk maternity. *Afr J Med Med Sci* 2011 Dec; 40(4):393-7.
14. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.
15. Etard JF, Kodio B, Traoré S. Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 Jan;106(1):60-5.
16. Thonneau PF, Matsudai T, Alihonou E, De Souza J, Faya O, Moreau JC et al. Distribution of causes of maternal mortality during delivery and post-partum: results of an African multicentre hospital-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Jun; 114(2): 150-4.
17. Angulo-Vázquez J, Ornelas Alcántar J, Rodríguez Arias EA, Iñigo Riesgo CA, Torres Gómez LG. Maternal mortality at the Gynecologic-Obstetric Hospital of the Western National Medical Center, Mexico. A 12-year review. *Ginecol Obstet Mex* 1999 Sep;67:419-24.
18. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet* 2006; 368(9542): 1189-1200.
19. Iloki LH, G'Bala Sapoulou MV, Kpekpede F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997;26(2):163-8.
20. Zaba B, Withworth J, Marston M, Nakiyingi J, Rubertantwari A, Urassa M, et al. HIV and mortality of mothers and children. Evidence from cohort studies in Uganda, Tanzania and Malawi. *Epidemiol* 2005 May, 16 (3): 275-80.
21. Mayi-Tsonga S, Ndombi I, Oksana L, Methogo M, Diallo T, Mendome G, et al. Mortalité maternelle à Libreville (Gabon): état des lieux et défis à relever en 2006. *Cahiers Santé* 2008 ; 18(4) :193-7.
22. Ravalomana Ralisata L, Rabenjamina FR, Razafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafisamindrakotroka NS. Les péritonites et pelvipéritonites post-abortum au CHU d'Androva Mahajanga : à propos de 28 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 Jun ; 30(3) : 282.
23. Nayama M, Gallais A, Wage H, Garba M, Idi N, Djibrill B, et al. Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger : Etude rétrospective à propos de 151 cas. *Med Afr Noire* 2009 ; 56 (3) : 171-5
24. Souadka A, Zouhal A, Souadka F, Jalil N, Benjelloun S, Benjaafar B, et al. Cancer du sein et grossesse : à propos de quarante trois cas colligés à l'Institut National d'Oncologie entre 1985 et 1988. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1994 ; 89(2) : 67-72.
25. Bah AO, Diallo MH, Conde AM, Keita N. Hypertension artérielle et grossesse. *Med Afr Noire* 2001 ; 48(11) : 461-4.