



Pronostic des urgences obstétricales du troisième trimestre dans deux hôpitaux de Yaoundé

Prognosis of obstetric emergencies in the third trimester in two hospitals of Yaoundé

Meka Ngo Um Esther^{1,2}, Metogo Ntsama Junie Annick¹, Kodoumé Motoulouze¹, Jazet Kengue Mémoire¹, Baleng Maah Bernadette³, Mbu Robinson Enow^{1,2}

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

² Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

³ Hôpital de District de Biyem Assi

Corresponding author: Meka Esther, Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

Email: estherum@yahoo.fr **Téléphone :** +(237)677542884

RESUME

Contexte : Les urgences obstétricales demeurent un réel problème de santé publique au Cameroun. Le but de notre étude était de déterminer le pronostic des urgences obstétricales à Yaoundé.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale analytique avec collecte prospective des données de 129 cas d'urgences obstétricales dans deux hôpitaux de Yaoundé. L'échantillonnage était consécutif et non exhaustif sur 4 mois incluant les gestantes avec urgence obstétricale à AG \geq 28SA. Les données collectées étaient sociodémographiques, cliniques, prise en charge et évolution materno-fœtale. La régression logistique a été faite pour éliminer les facteurs de confusion avec un seuil de 0,05.

Résultats : La prévalence des urgences obstétricales était de 22,65%. L'âge moyen était de 29,85 ans avec 38,8% célibataires et 34,1% paucipares. Les urgences maternelles étaient : 26,4% hypertensives, 20,2% hémorragiques puis 2,3% infectieuses. Le taux de complications maternelles était de 16,3% et 0,8% de décès maternel. La transfusion multipliait par 7 le risque de survenue des complications maternelles (OR=7;P<0,008) tandis qu'un niveau d'instruction supérieur était protecteur (OR=0,09;P<0,031). Et 20,2% des nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie. Le



taux de décès périnatal était de 15,5%. Le risque de décès périnatal était multiplié par 5, chez les parturientes ayant un niveau d'instruction primaire (OR=4,74;P<0,045) et dont le motif de consultation était le saignement (OR=5,09;P<0,022).

Conclusion : Les urgences obstétricales sont à l'origine d'une morbidité maternelle et mortalité foetale considérable. Réduire ces urgences passe par l'éducation et un bon suivi des gestantes.

Mots clés: Pronostic, urgences obstétricales, complications maternelles, décès périnatal, Cameroun.

ABSTRACT

Context: Obstetric emergencies remain a real public health problem in Cameroon. The aim of our study was to determine the prognosis of obstetric emergencies in Yaoundé.

Methodology: This was a cross-sectional analytical study with prospective collection of data from 129 cases of obstetric emergencies in two hospitals in Yaoundé. The sampling was consecutive and not exhaustive over 4 months including pregnant women with obstetric emergency at GA \geq 28 weeks. The data collected were sociodemographic, clinical, management and maternal-fetal evolution. Logistic regression was done to eliminate confounding factors with a threshold of 0.05.

Results: The prevalence of obstetric emergencies was 22.65%. The average age was 29.85 years with 38.8% single and 34.1% pauparous. Maternal emergencies were: 26.4% hypertensive, 20.2% hemorrhagic then 2.3% infectious. The rate of maternal complications was 16.3% and 0.8% maternal death. Blood transfusion increased the risk of maternal complications by 7 (OR=7;P<0.008) while a higher level of education was protective (OR=0.09;P<0.031). And 20.2% of newborns were transferred to neonatology unit. The perinatal death rate was 15.5%. The risk of perinatal death was multiplied by 5, in parturients with a primary level of education (OR=4.74;P<0.045) and whose reason for consultation was bleeding (OR=5.09;P<0.022).

Conclusion: Obstetric emergencies cause considerable maternal morbidity and fetal mortality. Reducing these emergencies requires education and good monitoring of pregnant women.

Key words: Prognosis, obstetric emergencies, maternal complications, perinatal deaths, Cameroon.



INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques survenant durant la grossesse, à l'accouchement et au cours de la période du post partum et qui menacent la vie ou l'avenir fonctionnel de la mère et ou celle du produit de conception [1]. Elles nécessitent une prise en charge médicale et /ou chirurgicale rapide sans laquelle le couple mère enfant serait à risque d'une morbi mortalité non négligeable. Chaque jour, environ 830 femmes en âge de procréer meurent de complications obstétricales [1]. Une femme a un risque 1 sur 4900 de mourir d'une complication liée à la grossesse au cours de sa vie dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54,

conséquence de l'effondrement des systèmes de santé [1]. La santé maternelle et la santé du nouveau-né sont étroitement liées. On estime qu'environ 2,7 millions de nouveau-nés sont décédés en 2015 [2] et 2,6 millions d'autres enfants sont mort-nés [3]. Au Cameroun, bien que des stratégies nationales ont été mise en place, la prévalence des urgences obstétricales varie de 6,1% à 48,5% selon les études [4,5]. Ce qui en fait un problème majeur de santé publique [6]. Dans le but d'améliorer la surveillance des grossesses à risque d'une part et d'autre part de la prendre en charge efficacement les urgences obstétricales, nous avons mené cette étude dont l'objectif était de déterminer le pronostic des urgences obstétricales.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale analytique avec collecte prospective des données sur une période de quatre mois (1^{er} Janvier à 30 Avril 2023) dans les services de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) et de l'Hôpital de district de Biyem-Assi de Yaoundé (HDB). L'échantillonnage était consécutif et non exhaustif de toutes les accouchées dans le cadre d'une urgence obstétricale à un AG \geq 28SA durant la période

d'étude, ayant consenti à participer à l'étude, avec un dossier médical complet. La formule de Cochran nous a permis de calculer la taille minimale d'échantillon de 88, en prenant 6,1% comme la prévalence estimative des urgences obstétricales dans une étude menée dans la ville de Yaoundé en 2017[4]. Avant de mener cette étude, nous avons obtenu la clairance éthique au Comité Institutionnel d'Éthique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de

l'Université de Yaoundé 1, ainsi que les autorisations administratives des hôpitaux, sites de la recherche. Les données recueillies étaient: sociodémographiques, cliniques, la prise en charge et l'évolution materno-fœtale. Ces données ont été gardées confidentielles et analysées à l'aide du logiciel SPSS 23.0. Le

Rapport de côte, avec leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour rechercher les facteurs pronostics. Une analyse par régression logistique pour éliminer les facteurs de confusion a été effectuée. La valeur de p était significative lorsque p était < 0,05.

RESULTATS

Profil sociodémographique : Au cours de notre étude il y'a eu 702 accouchements parmi lesquels 159 urgences obstétricales soit une fréquence de 22,65%. Au final 129 parturientes répondaient aux critères d'inclusion, définissant la taille d'échantillon soit 74 à l'HGOPY et 55 à l'HDB. L'âge moyen était de $29,85 \pm 6,42$ ans [18-44 ans]. La plupart était âgée entre 30 et 34 ans (32,6%), célibataire (38,8%), avec un niveau d'instruction secondaire (61,2%), actrice du secteur informel (33,3%) et de religion chrétienne (86,8%).

Profil clinique : Environ 52,7% étaient référées. Et le motif de consultation le plus fréquent était la douleur lombo pelvienne (65,1%). La majorité des femmes étaient paucigestes (32,6%) et paucipares (34,1%). Un antécédent de chirurgie pelvienne était présent chez 11,6% des cas, essentiellement la césarienne. Concernant les comorbidités, leur fréquence était de 7%, dominée par l'hypertension artérielle (3,9%). La médiane

du nombre des contacts prénataux (CPN) réalisés était de 4 (3-6), avec des extrêmes de 0 et 12 CPN. Le suivi des CPN était majoritairement réalisé dans les centres de santé intégrée (59,7%) et suivi par une sage-femme pour la plupart (37,2%). Concernant le volet prophylactique : 88,4% ; 93,8% et 71,3% respectivement des participantes dormaient sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MILDA), avaient un traitement antianémique et avaient une prophylaxie antitétanique. La plupart (84,5%) avait pris 1 à 4 doses de traitement préventif intermittent (TPI). La médiane du nombre d'échographies obstétricales réalisées était de 2 (2-3) avec des extrêmes de 0 et 4 échographies obstétricales.

Urgences obstétricales et prise en charge: Le principal type d'urgence obstétricale était fœtale/funiculaire isolée dans 57 des cas, maternelle seule chez 53 accouchées et chez les 10 parturientes restantes l'urgence était materno-fœtale/funiculaire. En somme, les urgences funiculaires/fœtales représentaient

59,7% (77/129) avec 29,8% des disproportions céphalo-pelviennes et 26% des souffrances fœtales aiguës. Les urgences obstétricales maternelles étaient : 54% hypertensives, 41,3% hémorragiques et 4,7% infectieuses (Tableau I). Le délai médian de prise en charge des parturientes était de 3 (1-

5) heures, avec des extrêmes de quelques minutes à 48 heures. La césarienne était la modalité thérapeutique la plus fréquente (82,2%) suivi de 22,5% d'antihypertenseurs ; 14,7% des transfusions sanguines et 3,1% antibiothérapie

Tableau I: Répartition de la population en fonction des urgences maternelles

Variables	Effectifs (N=129)	Fréquences (%)
Urgences obstétricales maternelles	63	48,8
Urgences hypertensives	34	54,0
Préclampsie sévère	29	85,3
Eclampsie	5	14,7
Urgences hémorragiques	26	41,3
Hématome rétroplacentaire	8	30,8
Placenta prævia	8	30,8
Hémorragique du post-partum	5	19,2
Rupture utérine	4	15,4
Autres urgences hémorragiques	1	3,8
Urgences infectieuses	3	4,7
Chorioamnionite	3	100

Pronostic materno-foetal : La durée moyenne d'hospitalisation maternelle était de $4,90 \pm 0,77$ jours, avec des extrêmes de 2 et 8 jours. Le taux de complications maternelles était de 16,3%, dominé par les cas d'anémie (61,9%) et d'hypertensions (38,1%). Un cas de décès maternel a été enregistré (0,8%) de suite d'hémorragie du post partum (Tableau II). L'accouchement prématuré représentait 26,4% et 73,6% à terme. Les nouveau-nés étaient de sexe masculin à 56,6%, pesant en moyenne $2953,36 \pm 851,75$ grammes [800 et

6000 grammes]. Dans 82,9% des cas, le score d'Apgar ≥ 7 à la 5^{ème} minute. Seize nouveau-nés (12,4%) ont été réanimés. Environ 20,2% des nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie, dû à la prématurité pour la plupart (73,1%) et asphyxie néonatale (26,9%). Le taux de décès périnatal était de 15,5% (20/129), dominé par les cas de décès per partum (70%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition de la population en fonction du devenir maternel et foetal

Variables	Effectifs (N=129)	Fréquences (%)
Complications maternelles		
Oui	21	16,3
Non	108	83,7
Types de complications maternelles		
Complications hypertensives	8	38,1
Anémie	13	61,9
Transfert en néonatalogie		
Oui	26	20,2
Non	103	79,8
Motifs de transfert		
Prématurité	19	73,1
Asphyxie néonatale	7	26,9
Décès périnatal		
Oui	20	15,5
Non	109	84,5
Période de décès		
Antépartum	2	10
Per partum	14	70
Néonatale précoce	4	20

Facteurs associés au mauvais pronostic maternel :

Les facteurs associés aux complications maternelles en analyse univariée étaient: le niveau d'instruction primaire (OR=3,90(IC:1,13-13,44); p<0,038), supérieur (OR=0,11(IC: 0,01-0,88); p<0,014), motif de consultation la douleur lombopelvienne (OR=0,15(IC:0,05-0,42); p<0,000), le saignement (OR=5,5(IC:1,76-17,11); p< 0,005), un état général conservé à l'admission (OR=0,15(IC:0,05-0,43); p<0,001), un état général altéré (OR=6,21(IC:2,27-19,19); p<0,001), prise en charge par césarienne

(OR=0,21(IC:1,10-1,29); p<0,004), la transfusion sanguine (OR=10(IC:3,34-29,89); p<0,000) (Tableau III). Après analyse multivariée par régression logistique, les seuls facteurs retenus comme significativement associés aux complications maternelles étaient : la transfusion sanguine (OR=7,61(IC:1,68-34,50) ; p<0,008) et comme facteur protecteur le niveau d'instruction supérieur (OR=0,09(IC:0,01-0,80) ; p<0,031) (Tableau III).

Tableau III : Analyse multivariée des facteurs associés aux complications maternelles

Variables	Mauvais pronostic	Bon pronostic	OR	p
	N=21 ; n(%)	N=108 ; n(%)	(IC à 95%)	
Supérieur	1 (2,9)	33 (97,1)	0,09 (0,01-0,80)	0,031
Transfusion sanguine	10 (52,6)	9(47,4)	7,61(1,68-34,50)	0,008

Facteurs associés au mauvais pronostic fœtal :

Les facteurs associés au décès fœtal en analyse uni variée étaient: le niveau d’instruction primaire (OR=6,24(IC:1,83-21,26); p<0,006), mère de sérologie VIH positive (OR=7,05(IC:4,49-10,82); p<0,023), motif de consultation le saignement (OR=4,24 (IC:1,33-13,48); p<0,019), un âge gestationnel 28-32 semaines (OR=6,93(IC:1,79-26,81); p<0,008), un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines (OR=0,28(IC:0,10-0,75); p<0,012), un petit poids de naissance (OR=4,73(IC:1,73-12,96); p<0,003), un poids de naissance normal

(OR=0,25(IC:0,09-0,68); p<0,008), un délai de prise en charge inférieure à une heure (OR=1,22(IC:1,11-1,33); p< 0,043), un délai de prise en charge supérieure à 24 heures (OR=3,15(IC:0,85-11,70); p<0,091). Après analyse multi variée, les seuls facteurs de risque indépendamment associés au décès fœtal étaient : le niveau d’instruction primaire (OR=4,74(IC :1,03-21,75); p< 0,045) et motif de consultation le saignement (OR=5,09 (IC:1,25-20,63); p<0,022) (Tableau IV).

Tableau IV: Analyse multivariée des facteurs associés au décès périnatal

Variables	Mauvais pronostic	Bon pronostic	OR	p
	N=20 ; n(%)	N=109 ; n(%)	(IC à 95%)	
Primaire	6 (46,2)	7 (53,8)	4,74 (1,03-21,75)	0,045
Saignement	6(37,50)	10 (62,50)	5,09 (1,25-20,63)	0,022

DISCUSSION

Durant notre période d’étude, nous avons enregistré 702 accouchements parmi lesquels 159 urgences obstétricales soit une fréquence

de 22,65%. Ce taux est supérieur à celui obtenu par Owono et al. en 2017 qui retrouvait une fréquence de 6,1% [4]. Cette

différence pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité de leur étude car portant sur toutes les femmes admises au service de réanimation dans un contexte d'urgence. L'âge moyen des 129 parturientes constituant notre échantillon était de 29,85 ans avec les extrêmes de 16 à 44 ans. Cette tranche d'âge correspond à la période où l'activité génitale culmine. Et 34,1% étaient paucipares ce qui est en adéquation avec 29,7% paucipares retrouvés au Mali par Sall et al. [7]. Par ailleurs 61,2% avaient un niveau d'instruction secondaire, 38,8% célibataires et 33,3% actrices du secteur informel par conséquent un niveau socioéconomique bas qui expliquerait le mauvais suivi prénatal comme retrouvé par plusieurs auteurs [4-6,8].

La principale urgence obstétricale maternelle dans l'étude était hypertensive (54%) suivie d'hémorragique (41,3%) et enfin infectieuse (4,7%). Ces résultats corroborent l'étude faite au Cameroun en 2017 par Owono et al [4] qui retrouvait la même triade à savoir les urgences hypertensives au premier rang soit 72,3% suivi des urgences hémorragiques

13,5% et enfin infectieuses 10,2%. Cette triade constitue selon l'OMS les principales raisons de morbi mortalité maternelle survenant pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [9].

Les urgences fœtales/funiculaires étaient présentes chez 59,7% des parturientes avec principalement les cas de disproportions céphalo pelviennes à 29,8% comme retrouvé par Tchaou et al [10] au Bénin en 2015 qui avaient 42,4% de dystocies dont les anomalies du bassin en première place.

Le délai médian de la prise en charge des parturientes était de 3 (1-5) heures avec les extrêmes de quelques minutes à 48 heures. Nous avons eu recours en premier à 82,2% de césariennes ; 22,5% d'antihypertenseurs ; 14,7% des transfusions sanguines ; 3,1% antibiothérapie. Ce taux élevé de césarienne serait dû au fait que le pronostic materno-fœtal étant engagé dans les urgences obstétricales, la césarienne constitue une voie d'accouchement la plus rapide.

Le taux de complications maternelles était de 16,3% dominés par des cas d'anémie

(61,9%). Ce qui était en adéquation avec l'étude de Sall et al [7] en 2013 au Mali qui retrouvait l'anémie comme principale complication obstétricale maternelle.

Seize nouveaux nés ont été réanimés au cours de l'étude soit 12,4%. Le transfert en néonatalogie était effectué chez 20,2% des cas, dû principalement à la prématurité (73,1%). Le taux de décès périnatal au cours notre étude était de 15,5% supérieur à l'étude faite au Benin en 2015 par Tchaou et al qui montrait 9,2% de décès fœtale [10]. Ceci pouvant être dû, outre le fait que les urgences fœtales/funiculaires prédominaient dans notre étude, au nombre insuffisant de contacts prénataux effectués par nos participantes avec une médiane de 4 contre les 8 recommandés par l'OMS.

Le fait d'avoir été transfusé multipliait par 7 le risque de survenue des complications maternelles (OR=7,61 (IC: 1,68-34,50) ; $p < 0,008$) tandis que qu'un niveau d'instruction supérieur s'est révélé comme un facteur protecteur (OR=0,09(IC: 0,01-0,80) ; $p < 0,031$). Un niveau d'instruction supérieur permettrait à la patiente de reconnaître la nécessité de CPN et de consulter tôt en cas d'urgence afin d'éviter les complications.

Le risque de décès périnatal était élevé et multiplié par 5, chez les parturientes ayant un niveau d'instruction primaire (OR= 4,74

(1,03-21,75) ; $P < 0,045$) et dont le motif de consultation était le saignement (OR=5,09 (1,25-20,63) ; $P < 0,022$). Ceci s'expliquerait par le fait qu'un niveau d'instruction bas est généralement lié niveau socioéconomique bas et le saignement sur grossesse est péjoratif pour le couple mère-fœtus [11]

CONCLUSION

La triade d'urgences obstétricales à savoir hypertensives, hémorragiques et infectieuses demeurent importantes en maternité et à l'origine d'une morbidité maternelle et mortalité fœtale considérables. La réduction de ces urgences passe par l'éducation des patientes, le suivi régulier de la grossesse par un personnel qualifié et entraîné, la détection rapide des complications et leur prise en charge adéquate en milieu spécialisé

CONFLITS D'INTERETS : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts



REFERENCES

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, 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. *The Lancet*. Elsevier; 2016;387(10017):462-74.
2. You D, Hug L, Ejdemyr S, Idele P, Hogan D, Mathers C, et al. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *The Lancet*. Elsevier; 2015;386(10010):2275-86.
3. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Elsevier; 2016;4(2):e98-108.
4. Owono Etoundi P, Junette M, Tchokam L, Celestin D, L. K, A. A, et al. Complications obstétricales admises en réanimation: épidémiologie, diagnostic et pronostic. *Health Sci Dis*. 1 mars 2017;18:48-52.
5. Belinga E, Foumane P, Dohbit SJ, Ngo Um EM, Kinyeck DK, Mboudou ET. Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). *Pan Afr Med J [Internet]*. 2017 [cité 3 août 2018];28. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/301/full/>
6. Foumane P, Dohbit JS, Meka ENU, Nkada M-N, Minkande JZ, Mboudou ET. Etiologies de la mortalité maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé: une série de 58 décès. *Health Sci Dis*. 2015;16(3).
7. Sall LA. Les urgences obstétricales au centre de santé de référence de Dioila. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2013;
8. Ogoudjobi O, Tognifode V, Adisso S, Ali A. Les étiologies des urgences obstétricales a la maternité du centre hospitalier universitaire départemental de l'Oueme-Plateau (CHUD O/P) au Benin. *J Société Biol Clin*. 2017;(027):52-8.
9. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Elsevier; 2014;2(6):e323-33.
10. Tchaou BA, Hounkponou NFM, Salifou K, Zoumenou E, Chobli M. Les urgences obstétricales a l'hôpital universitaire de Parakou au Benin: aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Eur Sci J. European Scientific Journal*; 2015;11(9).
11. Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. Higher Risk for Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants of African and Asian Descent: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Hospital in Norway. *Birth*. juin 2015;42(2):132-40.