

Communications orales

Session « Gynécologie »

COG 01

Neuf années d'appui de l'ONG Santé Sud au système de santé du Hodh El Chargui (Mauritanie) : Impact sur la mortalité maternelle

Bénos P, Vaysse J, Peigne S, Desplats D

CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier France

www.santesud.org

■ Correspondance : p-benos@chu-montpellier.fr

L'ONG Santé Sud a eu la responsabilité de trois projets successifs dans la région du Hodh El Chargui (Mauritanie) de 2000 à 2009 : un projet « Service Santé » (contribution à l'amélioration des prestations de santé de la moughata de Néma) de 2000 à 2003, un projet « Mère-Enfant » de 2004 à 2006 enfin un projet « Maternité Sans Risque » de 2007 à 2010 co-financés par l'UE, le MAE, le FNUAP et l'AFD. Le Hodh El Chargui est une région particulièrement déshéritée, enclavée, avec une accessibilité très faible à des soins de qualité, exprimant un besoin réel d'appui au système de santé. A la demande de ses partenaires locaux animés d'une réelle motivation, l'action de Santé Sud, fidèle à sa charte « agir sans remplacer », a comporté trois activités principales : équipement, création ou réhabilitation des services de soin avec mise en place d'un réseau autour de l'hôpital régional de Néma (référence) comportant trois centres de santé de moughata et dix-sept postes de santé ainsi qu'un centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelles (CREN) avec un système d'évacuation (radio, ambulances) ; formation du personnel soignant : séminaires, « compagnonnage » par des experts du Nord, ateliers de réflexion et de mise en pratique, stages sur la maternité de Néma ; animation de la société civile par une sensibilisation de la population, la mise en place de « femmes-relais » à Néma et soutien à la création de leur ONG, identification et prise en charge médicale chirurgicale et sociale de femmes atteintes de fistules obstétricales. *Résultats.* Au terme de ces neuf années d'action, l'évaluation montre : un taux de couverture des CPN passant de 32 % à 50 % ; un taux d'accouchements assistés passant de 18 à 30 % ; un pourcentage de césariennes sur l'hôpital de Néma passant de 0 (les patientes qui en avaient les moyens étaient évacuées sur une autre région) à 5 % ; enfin et surtout une mortalité maternelle enregistrée sur le CHR de Néma passant de 1,4 % des parturientes admises à 0,4 % après l'affectation en 2004 d'un gynécologue mauritanien à l'hôpital central de Néma, soit une baisse de la mortalité maternelle de l'ordre de 65 %. Ces résultats très encourageants ont fait l'objet d'un séminaire de restitution aux acteurs et partenaires locaux s'engageant, à travers des recommandations validées par les autorités locales, à poursuivre l'action entreprise, conscients que la mortalité maternelle n'est pas une fatalité.

■ Mots-clés : Accouchements assistés. Césariennes. Mortalité maternelle. Mauritanie.

COG 02

Morbi-mortalité maternelle du péri-partum dans un service de réanimation en milieu africain : exemple de l'Hôpital Principal de Dakar

Wade KA, Niang EHM, Diallo A, Diop FNM, Diatta B

Département d'Anesthésie-Réanimation Urgences-Hémodialyse, Hôpital Principal de Dakar/Sénégal.

■ Correspondance : Khalwade@yahoo.fr

La mortalité maternelle demeure un véritable problème de santé publique, elle est inégalement répartie en fonction du degré de développement économique. Le but de notre travail était d'étudier la problématique de la morbi-mortalité due aux urgences maternelles du péri-partum dans une unité de réanimation en milieu africain. *Patients et méthodes.* Il s'agit d'une étude prospective sur quatre mois, du 1er septembre au 31 décembre 2006. Etaient incluses toutes les patientes hospitalisées pour une urgence médicale ou chirurgicale survenant dans le péri-partum. Nous n'avons pas inclus les patientes admises pour une autre urgence obstétricale en dehors de cette période. L'exploitation a été faite par le logiciel SSP Windows. Pour la comparaison des variables, nous avons utilisé le test du chi² et Spearman, un $p < 0,05$ était retenu comme significatif. *Résultats.* Soixante-dix-neuf patientes ont été hospitalisées pour une urgence maternelle du péri-partum. L'âge moyen était de 27 +/- 6,5 ans [15- 41]. La parité moyenne était de 2,1 +/- 1,9 accouchements par femme ; les multipares représentaient 38 % des patientes avec une moyenne de 2,6 +/- 2,3 grossesses par femme. Le principal motif d'admission était représenté par les urgences cardiovasculaires (58,2 %). Nos patientes étaient graves avec un score IGS II moyen de 28,2 +/- 18,1 pour une mortalité prédite de 15,8 %. La charge de travail infirmier moyenne (OMEGA) était de 31,2 +/- 33,8 avec une forte corrélation avec la durée d'hospitalisation ($r = 0,8$), et le nombre de défaillances d'organe ($p = 0,01$). L'évolution a été favorable dans 77 % des cas et la mortalité de 22,8 % durant cette période. *Conclusion.* Les urgences maternelles du péri-partum restent encore fréquentes dans les unités de réanimation en milieu africain. Elles concernent surtout les femmes jeunes et sont dominées par la pré-éclampsie et ses complications. La prévention passe par une réorganisation de nos structures sanitaires.

■ Mots-clés : Morbi-mortalité. Maternelle. Péri-partum. Réanimation. Sénégal.

Evaluation de la pratique des audits de décès maternel dans la province du Bandundu, Congo, RDC

Mayira P, Guevart E, Bolatey NTang'e Nkoy L

Représentation en République Démocratique du Congo, CTB, Bruxelles

■ Correspondance : paulin_mayira@yahoo.fr

Parmi les priorités des objectifs du millénaire pour le développement, la mortalité maternelle reste préoccupante avec un taux moyen de 900/ 100 000 naissances vivantes pour la Région Afrique. En République Démocratique du Congo (RDC), ce taux est estimé à 549/100 000 naissances vivantes en 2007. Instrument d'amélioration de la qualité des soins offerts aux parturientes, l'audit des décès maternels permet d'analyser les causes et déterminants de ces décès et d'y apporter les réponses adaptées. La mise en place des audits de décès maternels a débuté dans la Province du Bandundu en RDC en 2009 sous l'impulsion du Programme National de Santé Reproductive. Cette Province de 295 000 km² et près de 8 millions d'habitants compte 52 zones de santé, chacune étant gérée par une équipe cadre de zone et centrée par un hôpital général de référence. *But.* Rapporter les premiers résultats obtenus suite à la mise en place du processus d'audit des décès maternels dans la Province pour en tirer les leçons. *Méthodologie.* Le travail porte sur les statistiques de décès maternels rapportées à la Province par l'ensemble des 52 zones de santé et sur les rapports d'audits centralisés à la Coordination Provinciale du Programme de santé reproductive. *Résultats.* Sur 302 540 accouchements attendus dans la Province en 2010, 201 392 ont été assistés dont 3 024 par césarienne (2 %), donnant naissance à 214 754 enfants vivants. 437 décès maternels hospitaliers ont été enregistrés en 2010. La létalité hospitalière était de 2,16 p 1 000 accouchements assistés, extrapolée à 204 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Parmi 76 audits réalisés (17 % des décès maternels), 51 fiches d'audit étaient exploitables. Nombre d'audits ayant conduit à une décision = 12. Décisions applicables = 4 (<1 % des décès maternels), appliquées = 0. *Discussion.* Malgré l'objectif prioritaire de réduction de la mortalité maternelle, les recommandations nationales et les résolutions provinciales, le processus d'audit des décès maternels n'est pas effectif, ce qui ne permet pas l'analyse des décès maternels ni l'amélioration des soins : prise en charge des complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, organisation de la chaîne de soins des maternités périphériques aux services obstétricaux des hôpitaux généraux de référence, équipement de ces derniers, formation du personnel. *Conclusion.* A l'apprentissage des gestes techniques (soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de base), la formation continue des personnels de santé devra associer celui de l'audit des décès maternels.

■ Mots-clés : Audit de décès maternels. Mortalité maternelle. Objectifs du Millénaire pour le Développement. Congo (RDC).

Pronostic obstétrical et néonatal des grossesses adolescentes à l'île de La Réunion

Gérardin P¹, Fianu A¹, Lebreton MA^{1,2}, Boukerrou S², Boukerrou M¹, Robillard PY^{1,2}

1. Centre Hospitalier Régional Sud, Saint Pierre, La Réunion

2. REPERE, Réseau Périnatal Réunion, Saint Pierre, La Réunion

■ Correspondance : patrick.gerardin@chr-reunion.fr

A l'île de La Réunion, la première grossesse chez l'adolescente (12-17 ans), socialement plutôt bien acceptée, a été associée à un meilleur pronostic obstétrical que celle des jeunes adultes primipares (20-29 ans : deux fois moins d'extractions ou de césariennes) ou d'âge intermédiaire (30-39 ans : trois fois moins d'extractions, cinq fois moins de césariennes). L'objectif de cette nouvelle étude est de préciser le pronostic obstétrical et néonatal des adolescentes. *Méthodes.* Etude d'observation comparant le pronostic obstétrical et néonatal des adolescentes selon la catégorie d'âge (12-15, 16-17, 18, et 19 ans) à celui d'adultes jeunes (20 ans) pris pour catégorie de référence. Analyse bivariée des données du registre périnatal Sud - Réunion. *Résultats.* Le suivi prénatal, généralement excellent, avait tendance à s'améliorer avec l'âge maternel (neuf visites en moyenne avant 18 ans, dix au delà). Le diabète gestationnel et la toxémie n'étaient pas associés aux catégories d'âge. Le taux de césarienne était inversement corrélé à l'âge passant de 9,2% chez les 12-15 ans à 11,9% chez les adultes jeunes. Les taux d'extraction et d'accouchement du siège n'étaient pas liés à l'âge maternel. L'âge gestationnel et le poids de naissance étaient inversement corrélés à l'âge maternel avec, par exemple, des taux de prématurité et de grande prématurité de 15,2% et 6,9% chez les 12-15 ans, 10,6% et 3% chez les 18 ans, 9,0% et 2,4% chez les adultes jeunes, des taux de faibles poids de naissance (< 2 500 g), très faibles poids de naissance (< 1 500 g), de transferts néonataux suivant la même tendance. *Discussion/Conclusion.* Les taux de césarienne, de prématurité et des faibles poids naissances semblent les indicateurs les mieux corrélés à l'âge maternel dans la population des jeunes accouchées de l'île de La Réunion. La morbidité néonatale, plus importante chez plus jeunes, n'impacte pas sur le pronostic obstétrical.

■ Mots-clés : Grossesse adolescente. Pronostic obstétrical. Pronostic néonatal. Césarienne. Prématurité. La Réunion.

Fardeau du paludisme chez la femme enceinte en consultation prénatale (CPN) quatre ans après l'application de la stratégie de traitement préventif intermittent par sulfadoxine-pyriméthamine (TPI/SP) dans le district sanitaire de Saponé, Burkina Faso

Débé S¹, Ouédraogo A¹, Diarra A¹, Coulibaly SO^{2,3}, Sirima SB^{1,4}

1. Centre national de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP), Burkina Faso

2. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Burkina Faso

3. Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Burkina Faso

4. Groupe de Recherche Action en santé (GRAS), Burkina Faso

■ Correspondance : docdebson@yahoo.fr

En zone d'endémie palustre, environ 30 millions de grossesses sont exposées annuellement aux conséquences de l'infection à *Plasmodium falciparum* : anémie, prématurité, faible poids de naissance. Le protocole de TPI/SP, recommandé par l'OMS pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes, a été adopté et appliqué au Burkina Faso depuis 2005. La présente étude vise à apprécier l'impact de ce programme sur la prévalence du paludisme chez la femme enceinte. **Méthodes.** Nous avons mené une enquête transversale en salle de CPN, chez des femmes enceintes du district sanitaire de Saponé et ayant donné leur consentement. Après l'examen clinique, des prélèvements sanguins ont été effectués pour confectionner une goutte épaisse/frottis mince et mesurer le taux d'hémoglobine. **Résultats.** Au total, 529 femmes enceintes ont été incluses dans cette étude. La prévalence globale de l'infection à *P. falciparum* était 23,4 %, avec une densité parasitaire moyenne géométrique de $1\ 103 \pm 3$ p/μL. L'âge jeune, le 2^e trimestre, la paucigestité et surtout l'absence de TPI/SP ont constitué les principaux facteurs associés à une forte prévalence palustre. Le TPI/SP était associée à une baisse très significative de la parasitémie périphérique ($p < 0,0001$). Le taux moyen d'hémoglobine était de $10,2 \pm 1,5$ g/dL ; 72,8 % des femmes présentaient une anémie dont 14,6 % était sévère. Seule l'anémie sévère était associée à l'infection palustre (80 %) ; elle était significativement réduite par le TPI/SP ($p = 0,003$). **Discussion/Conclusion.** Il y a eu réduction de l'infection palustre (23,4 %) dans notre étude comparativement aux données recueillies avant l'application du TPI/SP, respectivement par Sirima (29,3 %), Ouédraogo (48,7 %) et Coulibaly (32 %). Le TPI/SP a également contribué à la réduction significative de l'anémie liée au paludisme dont l'anémie sévère. Malgré l'efficacité du TPI/SP, il nous semble nécessaire d'investiguer des nouvelles stratégies de prophylaxie ciblées sur les paucigestes.

■ Mots-clés : Fardeau. Paludisme. Femmes enceintes. Traitement-Préventif-Intermittent. Burkina Faso.

Syndrome de Meadows

Billot D, Lebeau C

CMA Bourges-Avord, Antenne Médicale de Bourges, France

■ Correspondance : damien.billot@yahoo.fr

Le syndrome de Meadows ou cardiomyopathie périnatale survient lors d'une grossesse sur 3000 environ. Son incidence paraît plus élevée en Afrique. A partir d'une observation rencontrée au Centre Hospitalier des Armées de Brazzaville, nous rappelons ses caractéristiques. Mme M, âgée de 28 ans, G2P0, ménagère à Kinshasa (RDC) est hospitalisée au CHA le 26 septembre 2009 à 38 SA pour un tableau d'OAP, elle est traitée et accouche au 2^e jour d'hospitalisation. Sortie sans traitement le 1^{er} octobre, elle est ré-hospitalisée le 7 octobre pour une nouvelle décompensation cardiaque sévère. Malgré l'absence de moyens échographiques, le syndrome de Meadows est évoqué. Un traitement adapté permet une évolution rapidement favorable et un retour dans son pays d'origine avec des recommandations pour un suivi rapproché. Le syndrome de Meadows est une cardiomyopathie dilatée survenant durant le péripartum. Parmi les facteurs de risque, l'origine africaine, l'âge élevé maternel, des antécédents de multiparité ou de pré-eclampsie, sont les plus importants. L'étiopathogénie est inconnue ; des hypothèses immunologiques, infectieuses, nutritionnelles ou génétiques sont avancées. La clinique est celle d'une décompensation cardiaque aiguë suite à une dysfonction systolique importante. Outre la présence d'une fraction d'éjection inférieure à 45 %, l'échographie cardiaque peut révéler la présence d'un thrombus dans les cavités gauches. Les complications sont dominées par les troubles du rythme et le risque embolique. Le traitement est identique aux autres cardiomyopathies dilatées. L'évolution est sans séquelles dans 30 à 50 % des cas, une CMD peut persister et le décès survient dans 10 à 30 % en phase aiguë. Le risque de récurrence est élevé, nécessitant une surveillance étroite. En milieu africain, le syndrome de Meadows, en raison de sa morbi-mortalité élevée, doit être facilement évoqué afin d'assurer une prise en charge efficace bien que adaptée aux contraintes locales. Le suivi nécessaire n'est malheureusement pas toujours réalisable.

■ Mots-clés : Syndrome de Meadows. Cardiomyopathie périnatale. Afrique.

Choléra et grossesse: résultats d'une unité spécialisée de traitement choléra pour femmes enceintes à Léogane, Haïti

Bichet M, Ciglenecki I, Tena J, Staderini N

Médecins Sans Frontières, Genève, Suisse

■ Correspondance : Iza.Ciglenecki@geneva.msf.org

Le choléra et la grossesse sont associés à un risque élevé de fausses-couches et morts fœtales. Dans les quelques données disponibles de la littérature 13,5 à 53 % de pertes fœtales sont documentées. Le choléra est apparu en Haïti pour la première fois en octobre 2010. Jusqu'en mars 2011, plus de 270 000 cas de choléra ont été enregistrés. Une unité spécialisée de traitement choléra pour femmes enceintes a été mise en place dans l'enceinte de l'hôpital de MSF à Léogane. La prise en charge des femmes enceintes fut renforcée. Toutes ont été systématiquement perfusées, pour un apport hydrique préventif et une réhydratation curative intensive, pendant toute la durée du séjour. Toutes ont reçu un traitement antibiotique et un traitement préventif de l'hypoglycémie. L'état du fœtus a été suivi cliniquement et avec échographie pendant l'hospitalisation. Le traitement des complications obstétricales était disponible, dont la possibilité de faire une césarienne et une prise en charge néonatale. Les résultats présentés sont ceux obtenus dans ce centre. *Méthodes.* Nous avons recueilli des données démographiques et des données cliniques concernant la grossesse et l'épisode du choléra. Les données ont été reportées dans Excel et analysées avec SPSS. *Résultats.* Entre le 13 décembre 2010 et le 28 février 2011, 102 femmes enceintes ont été admises dans l'unité spécifique : 14 (13,7 %) étaient au 1^{er} trimestre de la grossesse, 50 (49 %) au 2^e et 38 (37,3 %) au troisième. Aucun décès maternel n'est survenu après l'admission dans l'unité. La grossesse a été conservée pour 81 femmes (79,4 %) et 7 femmes ont donné naissance à un nouveau-né vivant (6,9 %). Une perte fœtale a été constatée chez 14 femmes (13,7 %) : 7 avant l'admission et 7 pendant l'hospitalisation. Parmi les 14 femmes ayant eu une perte fœtale, 5 (35,5 %) avaient à l'admission une déshydratation sévère et 8 (57,5 %) une déshydratation modérée. Ceci représente une différence statistiquement significative comparé aux 88 femmes, ayant eu un suivi de grossesse normale, dont 6 (6,8 %) avaient à l'admission une déshydratation sévère et 36 (40,9 %) une déshydratation modérée. *Conclusion.* Il s'agit de la plus grande étude descriptive faite à ce jour sur le choléra chez la femme enceinte. Nos résultats concernant les pertes fœtales sont comparables ou meilleurs que la plupart des autres résultats publiés aujourd'hui. Des unités spécialisées de choléra pour femmes enceintes, l'utilisation de protocole de traitement spécifique et un suivi plus strict pourrait réduire les pertes fœtales lors d'épidémie de choléra.

■ Mots-clés : Grossesse. Choléra. Unité spécialisée. Perte fœtale. Haïti.

Retentissement materno-fœtal de la dengue au cours de la grossesse en Guyane

Carles G¹, Basurko C²

1. Service de gynécologie-obstétrique, CHOG Franck Joly, Saint Laurent du Maroni

2. CIC-EC Antilles-Guyane, CH Cayenne

■ Correspondance : gabriel.carles@wanadoo.fr

L'objectif de l'étude est d'évaluer les conséquences maternelles et fœtales d'une infection par le virus de la dengue pendant la grossesse. *Patientes et méthodes.* Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 1992 au 10 septembre 2006. Elle portait sur 53 femmes enceintes suivies dans le service de gynécologie-obstétrique de Saint Laurent du Maroni et ayant été infectées par le virus de la dengue au cours de la grossesse. Le diagnostic était confirmé soit par la présence d'IgM spécifiques soit par l'isolement viral (PCR ou culture). Les données recueillies portaient sur les conséquences obstétricales et fœtales pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que sur le retentissement de l'infection chez le nouveau-né. Le risque de transmission materno-fœtale a été étudié sur 20 prélèvements de sang effectué au cordon, à la naissance. *Résultats.* Les conséquences maternelles principales ont été : la menace d'accouchement prématuré dans 41 % des cas, les complications hémorragiques lors de l'accouchement (5 cas) et l'hématome rétro placentaire (1 cas). Les conséquences fœtales ont été : la prématurité dans 20 % des cas, 2 morts fœtales *in utero*, 2 fausses couches tardives, 4 cas de souffrance fœtale aiguë pendant le travail, 3 cas de transmission materno-fœtale et un décès néonatal. *Conclusion.* Dans le cas d'une infection maternelle par le virus de la dengue au cours de la grossesse, le risque de prématurité est réel. En cas d'infection près du terme, il existe un risque hémorragique tant pour la mère que pour le nouveau-né.

■ Mots-clés : Dengue. Grossesse. Hémorragie. Transmission materno-fœtale. Guyane

Grande prématurité à l'île de La Réunion : causes et déterminants selon son origine

Gérardin P¹, Ramful D², Nguyen AD³, Mussard C¹, Samperiz S², Robillard PY¹

1. Centre Hospitalier Régional Sud, Saint Pierre, La Réunion

2. Centre Hospitalier Régional Nord, Saint Denis, La Réunion

3. Agence Régionale de Santé, Océan Indien, Saint Denis, La Réunion

■ Correspondance : patrick.gerardin@chr-reunion

L'origine d'une prématurité est spontanée (rupture prématurée des membranes, travail spontané à membranes intactes, chorioamnionite) ou induite (pré-éclampsie, hémorragies, retard de croissance, souffrance foetale). L'objectif de ce travail était de préciser les causes et déterminants de la grande prématurité (gp) à l'île de La Réunion (Océan Indien). *Méthodes.* Recherche des causes de gp sur les naissances singletons vivantes 2008-2009 de l'Observatoire régional de la gp. Etude cas - témoin sur toutes les grossesses singletons vivantes accouchées à partir de 22 semaines d'aménorrhées (SA) dans le Sud-Réunion en 2004-2010, complétée des naissances gp 2001-2004 et des gp des autres centres en 2008-2009. Définition du cas : naissance vivante inférieure à 33 SA. Analyse par régression logistique des déterminants de la gp. *Résultats.* La prévalence de la gp était de 2%. La gp était spontanée dans 51,7%, induite dans 48,3%. Ses principales causes étaient la pré-éclampsie/restriction vasculaire de croissance (22,9%), le travail spontané à membranes intactes (21,0%), la rupture prématurée des membranes (17,7%), la souffrance foetale (10,7%). Les facteurs de risque indépendants communs à la gp spontanée et à la gp induite étaient la nulliparité, des soins prénatals insuffisants, l'origine maternelle réunionnaise, un antécédent de prématurité, de fausse couche, de conisation. Les déterminants de gp spontanée étaient une prise de poids inférieure à sa médiane, le sexe masculin. Les déterminants de gp induite étaient l'origine d'une autre île de l'Océan Indien, une prise de poids supérieure au 3^e quartile, l'obésité (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30), un antécédent de pré-éclampsie, de retard de croissance, la procréation médicalement assistée. *Discussion/Conclusion.* Dans ce contexte d'insularité, nous observons un équilibre inédit entre grande prématurité spontanée et induite qui contraste fortement avec le ratio de 1,5:1 en faveur de la grande prématurité spontanée observé en Europe du Nord et en Amérique.

■ Mots-clés : Prématurité. Cause. Etude cas-témoin. Facteur de risque. Soins prénatals. Pré-éclampsie. La Réunion.



Mère et enfant, Sénégal © Imbert Patrick