

LE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES PARTURIENTES AVEC GROSSESSE NON SUIVIE ADMISES A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA

L. FOUMSOU, B.M. GABKIKI, S. DAMTHEOU, G.D. DANGAR, O. MOALLOUMTARDA, D.R. NJIKI

RESUME

Introduction : Les soins de santé prénatals appropriés contribuent à la réduction des risques maternels et fœtaux. Dans les pays en développement, de plus en plus de femmes bénéficient des soins appropriés durant la grossesse. L'objectif de cette étude était de comparer les pronostics maternel et fœtal des grossesses non suivies à celles suivies.

Patientes et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et analytique, type cas témoins conduite, à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, durant la période du 14 Avril 2015 au 13 Juillet 2015, portant sur les complications maternelles et fœtales chez les parturientes de grossesse non suivie. Toute parturiente de grossesse non suivie, admise à la maternité dudit hôpital et ayant accepté de participer à l'étude était incluse. Nous avons constitué deux groupes pour cette étude. Le premier groupe comprenait les porteuses de grossesse non suivie. Le second groupe était constitué de patientes suivies qui avaient bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales. Les paramètres étudiés étaient d'ordre épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et pronostique. L'analyse des données était faite avec le logiciel SPSS 18.0.

Résultats : Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 1645 parturientes admises à la maternité parmi lesquelles 110 n'avaient fait aucun suivi prénatal, soit 6,4%. Parmi les parturientes de grossesses non suivies, nous avons rapporté 65 cas de complications (59%) versus 24 (21,8%) dans le groupe des patientes de grossesse suivie. L'âge moyen était de 25,2 ans \pm 1,2 dans le groupe de grossesse non suivie et de 25,6 ans \pm 1,4 dans celui de grossesses suivies. Les parturientes de grossesse non suivie étaient en majorité analphabètes dans 58,5% des cas ($p = 0,01$) et celles de grossesse suivie du niveau secondaire dans 51% des cas ($p = 0,03$). Les patientes de grossesse non suivie étaient dominées par les grandes multipares (33%) tandis que celles de grossesse suivie par les primipares (34%). Les complications intra – partum étaient de 19,8% chez les parturientes de grossesses non suivies vs 5,6% chez celles de grossesse suivie (OR = 3,02 ; IC = 9,68 à 24,32 ; $p = 0,0001$) et celles du post – partum étaient de 41,5% dans le groupe non suivi vs 16,9% dans le groupe suivi (OR = 3,25 ; IC = 12,84 à 26,15 ; $p = 0,00003$). Nous avons enregistré 8 décès (dont 6 chez les parturientes de grossesse non suivie et 2 dans le groupe suivi soit, un taux de létalité de 3,7%. Les complications néonatales étaient de 8,5% (18 cas) dans les deux groupes. Elles étaient plus observées que chez les nouveau nés des parturientes de grossesse non suivie (11,3% contre 5,7%).

Conclusion : Il ressort de cette étude que les parturientes de grossesse non suivie avaient présenté plus de complications que celles de grossesses suivies.

Mots clés : Complications materno-fœtales, Grossesse non suivie, Hôpital Mère et Enfant, N'Djaména.

SUMMARY

Maternal and fetal prognosis of parturient with pregnancy no followed admitted in Mother and Child Hospital of N'Djamena.

Introduction: Appropriate prenatal care contribute reducing maternal and fetal risks. In developing countries, more and more women are receiving appropriate care during pregnancy.

The objective of this study was to compare the maternal, fetal prognosis of pregnant no followed at pregnant patients followed.

Patients and methods: It was a prospective and analytic cases control survey performed at the maternity of N'Djamena Mother and Child Hospital during the period from April 14th, 2015 to July 13th, 2015 about maternal and fetal complications among pregnant patients no followed. Any parturient pregnancy no followed admitted in the maternity of this hospital and having agreed to participate in the study was included. We constituted two groups for this survey. The first group included pregnant patients no followed. Followed patients who had benefited from at least four prenatal care constituted the second group.

Results: During the period of study, we registered 1645 parturients admitted in the maternity among which 110 had made any antenatal care, that was 6.4 %. Among the parturients not followed pregnancy, we reported 65 cases of complications (59%) versus 24 cases of complications (21.8 %) in the group of the patients followed pregnancy. The mean age was 25.2 years \pm 1.2 in the group of not followed pregnancy and 25.6 years \pm 1.4 in that followed pregnancy. The parturients not followed pregnancy were illiterate in 58.5% cases ($p = 0.01$) and those pregnancy followed were secondary level in 51 % cases ($p = 0.03$). Big multipara (33 %) dominated the patients not followed pregnancy whereas those followed pregnancy by primipara (34 %). Intrapartum complications were 19.8 % among parturients pregnancy not followed versus 5.6 % among those followed pregnancy (OR = 3.02; IC = 9.68 – 24.32; $p = 0.0001$) and those of postpartum were 41.5 % in the group not followed versus 16.9 % group followed (OR = 3.25; IC = 12.84 – 26.15; $p = 0.00003$). We recorded eight maternal deaths (six of which were in the group of pregnant patients not followed and two in the group pregnant followed) that lethality rate was 3.7%. Neonatal complications were 8.5% (18 cases) in two groups. These neonatal complications were more frequent in the group of patients with not followed pregnancy than in the group of patients followed pregnancy (11.3% versus 5.7%).

Conclusion: It appears from this survey that parturients with not followed pregnancy had presented more complications than those of followed pregnancy.

Keywords: Fetal and maternal complications, Not followed pregnancy, N'Djamena Mother and Child Hospital.

Tirés à part : Foumsou Lhagadang, Maître-Assistant, Service de Gynécologie-Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Tchad. Email : foumlhaga@gmail.com

FOUMSOU L., GABKIKI B.M., DAMTHEOU S., DANGAR G.D., MOALLOUMTARDA O., NJIKI D.R. Le pronostic materno- fœtal des parturientes avec grossesse non suivie admises à la Maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°2, p. 21-26

INTRODUCTION

Les soins de santé prénataux appropriés sont importants et contribuent à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et fœtale durant la grossesse et l'accouchement. Ils sont reconnus comme étant l'un des principaux piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile [7]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la couverture prénatale est estimée à 98% chez les femmes enceintes dans les pays développés et moins de 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [2].

Plusieurs facteurs influencent la fréquentation des centres de consultations prénatales dans ces pays : le statut des femmes, leur situation matrimoniale (la grossesse est honteuse si la femme n'est pas mariée), leur statut économique et les croyances défavorables qui concernent la grossesse. Un autre facteur non moins important est la qualité des services offerts, leur nombre insuffisant et la mauvaise répartition des centres de consultations prénatales [6]. Dans l'optique de rendre plus efficace cette surveillance prénatale, l'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé la pratique de la consultation prénatale recentrée dans les pays en développement [12]. En dépit de ces recommandations, de milliers de femmes n'ont pas accès aux soins prénataux.

Au Tchad, les données récentes soulignent un taux de consultation prénatale de 64% pour celles ayant bénéficié d'une seule consultation prénatale et 31% pour les patientes ayant fait quatre consultations prénatales [7]. Ainsi, plusieurs femmes gravides manquent cette opportunité de dépister les facteurs de risque et déceler les complications susceptibles de survenir durant la grossesse. L'objectif de ce présent travail était de comparer les pronostics maternels et fœtaux des parturientes de grossesse non suivie à celles de grossesse suivie.

I. PATIENTES ET METHODE

1. Cadre et type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique de type cas – témoins, conduite à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de N'Djamena, sur une période de trois mois (3) mois, allant du 14 avril 2015 au 13 juillet 2015, portant sur les complications maternelles et fœtales des grossesses non suivies.

2. Critères de sélection

- Critères d'inclusion : il s'agissait de toute parturiente admise à la Maternité de l'Hôpital de Mère et de l'Enfant pour travail d'accouchement ou référée pour

un travail dystocique, dont l'âge de la grossesse était supérieur à 28 semaines d'aménorrhée et ayant accepté de participer à l'enquête. Les patientes répondant aux critères d'inclusion étaient réparties en deux groupes. Le premier groupe (G1) était constitué par les patientes de grossesses non suivies. Le second groupe (G2) était constitué des patientes ayant bénéficié d'un suivi prénatal complet (≥ 4 consultations prénatales) et qui présentaient les mêmes caractéristiques que celles des grossesses non suivies (âge gestationnel, nombre de fœtus, parité, type de présentation, poids fœtal estimé).

- Critères de non inclusion : toute parturiente ayant fait moins de quatre consultations prénatales, tout travail d'accouchement non surveillé à la maternité dudit hôpital, toute grossesse d'âge gestationnel était inférieur à 28 semaines d'aménorrhée et toute parturiente ayant refusé de participer à l'enquête n'étaient pas incluses dans cette étude.

3. Variables étudiées

Les variables étudiées étaient : l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le mode d'admission, la profession, la gestité, la parité, le terme de la grossesse, les complications intra -partum, le type de présentation, le mode d'accouchement, la qualification du personnel ayant réalisé l'accouchement, les complications du post-partum ainsi que le pronostic maternel et fœtal.

4. Collecte et analyse des données

Les données recueillies sur une fiche d'enquête étaient saisies sur le logiciel Excel 2007 et analysées avec le logiciel SPSS.18. Le test statistique utilisé était le Khi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$. Nous avons calculé l'Odds ratio et l'intervalle de confiance pour comparer le groupe d'étude (groupe 1= G1) aux témoins (groupe 2 = G2).

II. RESULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 106 parturientes qui n'avaient bénéficié d'aucun suivi prénatal sur 1645 parturientes admises à la maternité, soit une fréquence de 6,4%.

2. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge

Age (ans)	Groupe 2		Groupe 1		P
	N	%	N	%	
15 – 19	23	21,6	20	18,9	0,96
20 – 24	30	28,4	37	34,9	0,95
25 – 29	33	31,1	29	27,4	0,87
30 – 34	9	8,5	5	4,7	0,46
35 – 39	7	6,6	10	9,4	0,69
40 et plus	4	3,8	5	4,7	0,98
Total	106	100	106	100	

La tranche d'âge la plus représentée dans le groupe parturientes de grossesses non suivies était celle de 25 à 29 ans (31,1%) et celle du groupe parturientes de grossesses suivies était de 20 à 24 ans (34,9%). Les âges moyens dans les deux groupes étaient respectivement de 25,2 ans \pm 1,2 et 25,6 ans \pm 1,4 avec des extrêmes de 14 à 43 ans pour le premier groupe et de 14 à 44 ans pour le deuxième groupe. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 1,08$).

Tableau II : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Groupe 1		Groupe 2		p
	n	%	n	%	
Analphabètes	62	58,5	14	13,2	0,01
Primaire	30	28,3	20	18,8	0,43
Secondaire	10	9,4	54	51	0,03
Supérieur	4	3,8	18	17	0,68
Total	106	100	106	100	

La majorité des gestantes avec grossesses non suivies était analphabète (58,5%). Plus de la moitié des patientes de grossesse suivie étaient du niveau d'instruction secondaire (51%). La différence était statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,03$).

Tableau III : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Groupe 1		Groupe 2		p
	N	%	N	%	
Primipares	32	30,1	34	32	0,94
Paucipares	25	23,6	27	25,5	0,79
Multipares	14	13,3	15	14,2	0,97
Grandes multipares	35	33	30	28,3	0,68
Total	106	100	106	100	

Le groupe des patientes de grossesses non suivies était dominée par les grandes multipares (33%) et celui de grossesses suivies par les primipares (32%).

Aucune différence statistiquement significative n'était notée entre les deux groupes.

3. Complications obstétricales

Parmi les parturientes sans suivi prénatal, nous avons rapporté 65 complications, soit 61,3% versus 24 complications dans le groupe témoin, soit 22,6%. La différence était statistiquement significative ($p=0,000$).

3.1. Complications intra – partum

Tableau IV : Répartition des parturientes selon les complications intra - partum

Complications intra – partum	Groupe 1		Groupe 2		OR	IC
	n	%	n	%		
Disproportion céphalo-pelvienne	5	4,8	2	1,9	2,54	14,92 - 26,84
Eclampsie	8	7,5	1	0,9	8	60,40 - 74,23
Syndrome de prérupture	2	1,9	1	0,9	2,01	8,64 - 18,71
Souffrance fœtale aiguë	2	1,9	4	3,8	2,03	9,09 - 23,42
Rupture utérine	3	2,83	-	-	3,05	15,26 - 27,57
Hématome rétroplacentaire	1	0,9	-	-	1,01	2,45 - 7,43
Total	21	19,8	8	7,5	3,02	9,68 - 24,32

Les parturientes de grossesses non suivies avaient présenté plus des complications que chez celles de grossesses suivies (21 cas soit 19,8% vs 8 cas soit 7,5%). Le groupe non suivi présentait 3,02 fois de risque de développer une complication intrapartum. La différence était statistiquement significative (OR = 3,02 IC = 9,68 à 24,32 $\chi^2=23,4$ et $p=0,0001$).

3.2. Complications du post-partum

Tableau V : Répartition des parturientes selon les complications du post-partum

Complications du post – partum	Groupe 1		Groupe 2		OR	IC
	n	%	N	%		
Hémorragie de la délivrance	22	20,7	6	5,6	6,10	16,52 - 27,74
Déchirure cervicale et vaginale	10	9,4	4	3,77	2,65	9,53 - 19,90
Coagulation intravasculaire disséminée	4	3,77	2	1,88	2,03	1,68 - 7,45
Endométrite	8	7,54	6	5,66	1,36	6,74 - 16,18
Total	44	41,5	18	16,9	3,25	12,84 - 26,15

Les parturientes non suivies avaient présenté plus de complications du post-partum (44 cas, soit 41,5%) que le groupe des patientes suivies (18 cas, soit 16,9%). Cette différence était statistiquement significative (OR = 3,25 ; IC = 12,84 à 26,15 et $p = 0,0003$). L'hémorragie de la délivrance était plus retrouvée chez les patientes avec grossesses non suivies (20,7%), alors que dans le groupe de patientes suivies, l'endométrite était prédominante (5,66%).

4. Données thérapeutiques et évolutives

4.1. Données thérapeutiques

Tableau VI : Répartition selon le type de traitement

Type de traitement	Groupe 1		Groupe 2		OR	IC
	N	%	n	%		
<i>Traitement médical</i>						
Antibiotiques	38	35,8	15	14,1	3,41	19,13 – 46,16
Utérotoniques	27	25,5	12	11,3	2,67	9,64 – 18,76
Transfusion sanguine	15	14,1	7	6,6	2,33	6,43 – 13,09
<i>Traitement chirurgical</i>						
Césarienne	18	17	8	7,5	2,50	8,67 – 15,09
Suture des déchirures des parties molles	17	16,1	7	6,6	1,89	7,89 – 14,83
Hystérectomie d'hémostase	3	2,9	1	0,9	3,14	2,70 – 7,43
Laparotomie pour rupture utérine	3	2,9			3,08	11,23 – 28,73

Le traitement médical était dominé par l'utilisation des antibiotiques (35,8% groupe 1 vs 14,1% groupe 2) et des utérotoniques (25,5% vs 11,3%). La transfusion sanguine était plus réalisée dans le groupe 1 que le groupe 2 (14,1% vs 6,6%).

Le traitement chirurgical était plus réalisé dans le groupe d'étude que dans le groupe témoin (38,6% vs 15,1%). L'acte chirurgical le plus effectué était la césarienne : 17% dans le groupe de grossesses non suivies contre 7,5% dans le groupe témoin. Dans l'ensemble, les actes chirurgicaux étaient beaucoup plus réalisés dans le groupe 1 que le groupe 2 (41 cas, soit 38,68% vs 20 cas, soit 18,87%). La différence était statistiquement significative (OR = 3,08 ; IC = 11,23 à 28,73 ; p = 0,001)

4.2. Indications de césarienne

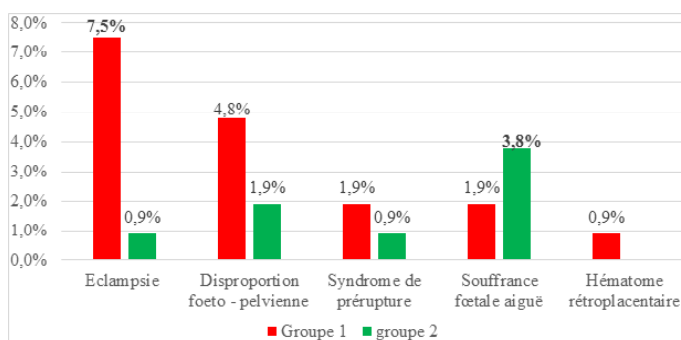


Figure 1 : Répartition des parturientes selon les indications de césarienne

Les principales indications de la césarienne étaient l'éclampsie (7,5%) suivie de la disproportion foeto – pelvienne (4,7% dans le groupe 1) alors que dans le groupe 2, les indications de césarienne étaient dominées par la souffrance foetale aiguë (3,8%) suivie la disproportion foeto – pelvienne (1,9%). Cette différence était statistiquement significative (OR=2,5; IC = 8,67 à 15,09 et p=0,00).

4.3. Pronostic maternel

Nous avons enregistré 8 décès sur 212 parturientes de deux groupes, soit un taux de létalité globale de 3,7%. Parmi ces 8 cas décès, nous en avons dénombré 6 cas chez les parturientes de grossesses non suivies, soit un taux de létalité de 5,6% contre 2 cas chez le groupe témoin, soit 1,8%. Cette différence était statistiquement significative (OR = 2 ; IC = 6,56 à 16,78 et p=0,01).

4.4. Pronostic néonatal

Dans notre série, nous avons noté 18 cas de complications néonatales, soit 8,5%. Ces complications étaient plus observées que chez les nouveau nés des parturientes non suivies (n=12/106, soit 11,3%) que chez ceux des patientes suivies (n=6/106, soit 5,7%). Cette différence était statistiquement significative (OR =2,3 IC = 17,87 à 32,53 ; p = 0,004). Les complications néonatales répertoriées étaient le décès néonatal dans 9 cas (4,3 %), la détresse respiratoire avec 5 cas (2,3%) et la prématurité dans 4 cas, soit 1,9%.

III. DISCUSSION

1. Fréquence et caractéristiques socio-démographiques

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 1645 accouchements parmi lesquels 106 accouchements chez les parturientes non suivies lors de la grossesse, soit une fréquence de 6,4%. Au Tchad, la dernière Enquête Démographique montre que la couverture en soins prénatals présente des disparités importantes selon les différentes caractéristiques sociodémographiques [7]. Ainsi, les femmes de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant ont un peu plus fréquemment reçu des soins prénatals que les femmes âgées de 35 à 49 ans (66 % contre 59%) [7]. Dans notre étude, nous retrouvons un âge moyen plus élevé chez les patientes non suivies que celles ayant reçu les soins prénatals avec respectivement 28,7 ans et 24,8 ans.

Nos données corroborent celles de Ndiaye [8] et Traoré [15] qui rapportent que dans leurs séries que, les femmes qui refusaient un suivi prénatal étaient principalement les grandes multipares et d'un âge supérieur à 35 ans pour la plupart. Ces résultats montrent qu'après 35 ans dans notre contexte, la femme éprouve parfois une gêne à continuer sa vie reproductive et pense que les grossesses et accouchements se ressemblent, ignore les risques que peuvent comporter chaque grossesse et accouchement et pense qu'elle est capable d'accoucher sans un suivi prénatal.

La majorité des gestantes non suivies était des analphabètes (58,5%). Plus de la moitié des patientes suivies étaient du niveau secondaire (51%). La différence était statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,003$). Selon certains auteurs [1,2,14], le manque d'instruction jouerait un rôle négatif dans la compréhension des avantages et de l'intérêt de la consultation prénatale.

La parité la plus représentée dans le groupe de grossesses non suivies était la grande multiparité (33%) et celle du groupe de grossesses suivies était la primiparité (32%). Selon Ndiaye [9], le nombre important d'accouchements au sein d'une population révèle une faible couverture en planification familiale. Les grandes multipares ayant accouché plusieurs fois pensent qu'elles courent moins de risques et ignorent les risques qui peuvent survenir au cours de chaque grossesse et accouchement.

2. Aspects thérapeutiques

Dans notre étude, le traitement chirurgical était plus réalisé dans le groupe d'étude que dans le groupe témoin (35,8% vs 16,1%). Il comprenait la césarienne, la suture des déchirures cervicales, vaginales et périnéales, la laparotomie et l'hystérectomie d'hémostase. Le taux de césarienne était plus élevé chez les parturientes avec grossesses non suivies (17%) que celles avec grossesses suivies (7,5%). Cette différence s'expliquerait par l'absence du plan d'accouchement prôné lors de la consultation prénatale qui permet d'orienter la gestante ou parturiente vers un lieu d'accouchement le plus approprié en fonction de ses antécédents, du déroulement de la grossesse et des pathologies dépistées.

3. Aspects pronostiques

3.1. Complications obstétricales

Parmi les 106 parturientes non suivies, nous avons relevé 65 complications, soit 61,3%, versus 24 complications chez celles qui étaient suivies (22,6%).

Ce taux élevé de complications chez les parturientes non suivies s'expliquerait par le fait que la consultation prénatale permet de prendre les mesures appropriées pour que l'accouchement se déroule au bon moment, au bon endroit et dans les meilleures conditions [4,11].

Les complications ante et intra - partum telles que l'hématome rétroplacentaire, le syndrome de prérupture, l'éclampsie étaient plus observées que chez les parturientes n'ayant bénéficié d'aucun suivi prénatal que celles suivies (OR = 3,02 ; IC= 9,68 à 24,32 ; $\text{Khi}^2=23,4$; $p=0,0001$). Selon plusieurs auteurs [5,10,11,12,13], la fréquence plus élevée

de complications dans le groupe des patientes non suivies démontre l'importance de la consultation prénatale qui permet de dépister, prévenir et prendre en charge les affections susceptibles de menacer la santé de la mère et de l'enfant, de conseiller, soutenir et informer les femmes enceintes et leur famille.

Les complications du post - partum immédiat étaient plus rapportées dans le groupe d'étude (44 cas, soit 41,5%) que dans le groupe témoin (18 cas, soit 16,9%). Cette différence était statistiquement significative (OR = 3,25 ; IC = 12,84 à 26,15 ; $\text{Khi}^2=17,4$; $p=0,000$). La complication dominante dans le groupe d'étude était l'hémorragie de la délivrance (15,1%) suivie de la déchirure des parties molles (9,4%). Ces résultats corroborent ceux d'autres auteurs [4,5,10] qui soulignent également la prédominance de l'hémorragie du post - partum immédiat chez les femmes non suivies.

3.2. Pronostic maternel

Nous avons rapporté une létalité de 5,6% dans le groupe 1 contre 1,8% dans le groupe 2. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence de prévention et de dépistage de certaines pathologies survenant au cours de la grossesse telles que l'hypertension artérielle, l'anémie et le paludisme qui peuvent aggraver l'état de la santé de la femme et entraîner une mortalité maternelle par leurs complications [3,13]. La consultation prénatale ne peut être conçue que dans le cadre d'un système permettant une véritable continuité des soins. Il serait contraire à l'éthique de dépister des pathologies ou des risques sans pouvoir référer ou évacuer en urgence les femmes qui le nécessitent vers des services spécialisés capables de poursuivre les investigations et/ou de traiter les complications [10].

4.3. Pronostic foetal

Le petit poids de naissance était retrouvé chez 13 enfants nés (12,2%) de mères non suivies versus 8 cas (7,5%) chez ceux dont les mères avaient bénéficié des consultations prénatales. Selon Famanta [3], le paludisme maternel et placentaire est responsable de 12% du petit poids de naissance. Ce taux élevé du petit poids de naissance chez les nouveau-nés des femmes du groupe 1 s'expliquerait par la fréquence élevée des pathologies pourvoyeuses de retard de croissance intra- utérine telles que la prééclampsie et le paludisme [7,13,16] dans notre contexte. Dans ce travail, nous avons enregistré une mortalité néonatale plus élevée dans le groupe d'étude (25/106, soit 23,58%) que dans le groupe témoin (15/106, soit 14,15%). Cette différence était statistiquement significative (OR =2,3 ; IC = 17,87 à 32,53 ; $p = 0,004$). Ce taux élevé de décès foetal

chez les parturientes non suivies s'expliquerait par l'absence du dépistage, de prévention et de prise en charge des pathologies intercurrentes au cours de la grossesse (paludisme, anémie et prééclampsie) qui peuvent être responsables de décès foetal ou néonatal.

CONCLUSION

Les complications obstétricales peuvent être observées au cours de la grossesse ou de l'accouchement et méritent une attention particulière pour éviter les décès maternels.

Il ressort de cette étude que les parturientes non suivies au cours de la grossesse avaient présenté plus de complications à type d'éclampsie, d'hémorragie de la délivrance et de rupture utérine que celles qui avaient bénéficié d'un suivi prénatal. La prévention de ces complications passe par des consultations prénatales de qualité, une bonne surveillance du travail et de la période du post - partum immédiat.

REFERENCES

1. **Baldé IS, Diallo FB, Diallo MH, et al.** Evaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité périphérique à Conakry, Guinée. *Rev. Méd. Périnat* 2016; 8:39-45.
2. **Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R.** WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28:202-7.
3. **Famanta A, Diakité M, Diawara SI, et al.** Prévalence du paludisme maternel, placentaire et du petit poids de naissance au cours du travail d'accouchement et en post-partum en milieu périurbain à Bamako (Mali). *Cahiers Santé* 2011; 21 (1) : 1-7.
4. **Foumsou L, Mahamat P, Gabkika BM, et al.** Immediate Post-Partum Haemorrhage: Epidemiological Aspects and Maternal Prognosis at N'Djamena Mother and Child Hospital (Chad). *Clinics Mother Child Health* 2015, 12 (2): 4p. doi:10.4172/2090-7214.1000182.
5. **Fourn L, Ducic S.** Utilisation des consultations prénatales et issue défavorable des grossesses. *Cahiers Santé*. 2002 ; 12:399-404.
6. **Khan M, Matendo Mwaku R, Mc Clamroch K, et al.** Soins prénatals à Kinshasa (République Démocratique du Congo) : croyances, connaissances et obstacles à la programmation appropriée. *Cahiers Santé* 2005 ; 15(2) : 93 – 97.
7. **Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération.** Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS - MICS) 2014-2015 : 44 - 63.
8. **Ndiaye P, Tal Dia A, Diediou A, et al.** Déterminants socioculturels du retard de la 1ère consultation prénatale dans un District sanitaire au Sénégal. *Santé Publique* 2005 ; 17 (4) : 531-538.
9. **Ndiaye CAT, Delaunay V, Adjamagbo A.** Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sérère au Sénégal. *Cahiers Santé* 2003 ; 13 : 31-7.
10. **Pruhal A, De Bernis L, Ould El Joud D.** Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Afrique sub – saharienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 90 – 99.
11. **Rakotoseheno H, Rakotonirina EJ, Randriantsarafara FM, et al.** Consultations prénatales et mortalité périnatale à Madagascar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ; 37 : 505 – 509.
12. **Saizonou J, Agueh DV, Aguemon B, et al.** Evaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin. *Santé Publique* 2014 ; 2 (26) : 249-257
13. **Saleh A, Foumsou L, Andjeffa V, et al.** Crises d'éclampsie à la Maternité de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena: aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. *Journal de la Société de Biologie Clinique* 2014 ; 20 : 64-68.
14. **Sangho H, Sacko M, Fomba S, et al.** Qualité de la surveillance prénatale dans un centre de santé de premier niveau à Bamako (Mali). *Mali Médical* 2004, XIX (1):22 – 27.
15. **Traoré Y, Tégueté I, Théra AT, et al.** Aspects sociodémographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. *Mali Médical*. 2007 ; T XXII : 39-43.
16. **Teherah AG, Fatemeh M, Fatemeh AD.** Relationship between prenatal care and the outcome of pregnancy in low-risk pregnancies. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011 ; 1 : 109-112.