

LA MORT FŒTALE IN UTERO : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES, PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC MATERNEL A LA MATERNITE DE L'HOPITAL PREFECTORAL DE SIGUIRI - GUINEE

M.H. DIALLO, A. DIALLO, F.B. DIALLO, F.D. OLIANO, A.B. BARRY, S.I. BALDE, T. SY, F.B. DIALLO, N. KEITA

RESUME

Introduction : la mort fœtale in utero (MFIU) se définit par tout décès fœtal survenant à partir de 22 semaines d'aménorrhée chez un fœtus pesant au moins 500 g si le terme est imprécis avant tout début de travail.

Objectifs : les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques, d'identifier les principales causes de la MFIU, de décrire la prise en charge et d'évaluer le pronostic maternel.

Patientes et méthodes : il s'agissait d'une étude descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 5 Février au 5 Août 2022 à la maternité de l'Hôpital préfectoral de Siguiiri (Guinée).

Résultats : durant la période d'étude nous avons colligé 85 cas de MFIU sur 2435 accouchements soit une fréquence de 3,49%. L'âge moyen des patientes était de 25,62 ±6,85 ans avec des extrêmes de 15 et 39 ans. Les patientes de provenance rurale (68,24%), ménagères (67,06%), nullipares (32,94%) étaient les plus nombreuses. Les motifs de consultation étaient dominés par l'absence des mouvements actifs du fœtus (82,35%). Les étiologies étaient dominées par l'anémie (65,64%) suivie du paludisme (30,22%) et de la prééclampsie (21,18%). Le misoprostol et l'ocytocine ont été les médicaments les plus utilisés pour la maturation du col de l'utérus et le déclenchement du travail d'accouchement avec respectivement 84,7% et 97,65%. L'accouchement par les voies naturelles était survenu dans 70,59% des cas et la césarienne était réalisée dans 29,41%. Les complications maternelles étaient dominées par l'hémorragie (42,35%) et l'infection (24,70%). Nous avons enregistré 2 cas de décès maternels, soit une létalité de 2,35%.

Conclusion : la sensibilisation des femmes pour la réalisation des consultations prénatales ainsi que la prise en charge précoce des facteurs de risque dépistés permettraient de réduire de manière significative la fréquence élevée de ce drame obstétrical.

Mots-clés : Mort fœtale in utero ; Traitement ; Mortinatalité ; Pronostic ; Afrique.

SUMMARY

Fetal death in utero: sociodemographic, clinical characteristics, care and maternal prognosis in the maternity ward of the prefectural hospital of Siguiiri (Guinea).

Introduction: in utero fetal death is defined as any fetal death occurring after 22 weeks of amenorrhea or a fetus weighing at least 500 g if the term is unclear before any start of labor.

Objectives : the objectives of this study were to describe the sociodemographic characteristics, to identify the main causes of in utero fetal death, to describe the management and to evaluate the maternal prognosis.

Patients and methods: it was a descriptive study with prospective recruitment which took place over a period of 6 months from February 5th to August 5th, 2022 at the maternity ward of the Siguiiri Prefectural Hospital (Guinea).

Results: during the study period we collected 85 cases of MFIU out of 2435 deliveries, representing a frequency of 3.49%. The average age of the patients was 25.62 ±6.85 years with extremes of 15 and 39 years. Patients from rural origins (68.24%), housewives (67.06%), nulliparous (32.94%) were the most numerous. The reasons for consultation were dominated by the absence of active movements of the fetus (82.35%), pelvic pain (76.47%), fever (71.76%) and metrorrhagia (55.30%). The etiologies were dominated by anemia (65.64%) followed by malaria (30.22%) and preeclampsia (21.18%). Misoprostol and oxytocin were the most used drugs for cervical ripening and induction of labor with 84.7% and 97.65% respectively. Natural delivery was practiced in 70.59% of cases and cesarean section was performed in 29.41%. Maternal complications were dominated by hemorrhage (42.35%) and infection (24.70%). We recorded 2 cases of maternal deaths, representing a lethality of 2.35%.

Conclusion: raising women's awareness about performing ANC as well as early management of risk factors detected during ANC would make it possible to significantly reduce the high frequency of this obstetric tragedy.

Keywords: Fetal death in utero; Treatment; Mortinatality; Prognosis; Africa.

Tirés à part : Mamadou Hady DIALLO, Maître de Conférences Agrégé, Gynécologue-Obstétricien - Hôpital National Donka CHU Conakry BP : 234. Tel: +224628037115 Email: hadydiallo2002@yahoo.fr

DIALLO M.H., DIALLO A., DIALLO F.B., OLIANO F.D., BARRY A.B., BALDE S.I., SY T., DIALLO F.B., KEITA N. La mort fœtale in utero : caractéristiques sociodémographiques, cliniques, prise en charge et pronostic maternel à la maternité de l'hôpital préfectoral de Siguiiri guinée. Journal de la SAGO, vol.26, n°4., P 1-5.

INTRODUCTION

La mort fœtale in utero (MFIU), comprise dans la mortinaissance, se définit par tout décès fœtal avant la mise en travail, survenant après la limite de la viabilité fœtale telle qu'elle a été fixée par l'OMS, à savoir 22 semaines d'aménorrhée(SA) ou un poids de naissance au moins de 500 grammes [1]. Cette complication constitue un événement particulièrement traumatisant et mal accepté par les couples, suscitant un mélange de culpabilité et d'interrogation souvent sans réponse précise de la part des équipes médicales.

Sa fréquence varie d'un pays à l'autre selon le niveau de vie socio-économique et la qualité de la prise en charge de la grossesse [1;2;3;4;5]. La fréquence élevée de cette complication obstétricale, les difficultés liées à sa prise en charge surtout dans une maternité de niveau II et son impact psychosocial sur le couple ont motivé la réalisation de ce travail. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la fréquence de la mort fœtale in utero ; décrire les caractéristiques socio- démographiques des gestantes concernées ; identifier les principales causes de MFIU ;décrire la prise en charge de la MFIU dans cette maternité et d'établir le pronostic maternel .

I.PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 5 Février au 5 Août 2022 à la maternité de l'Hôpital préfectoral de Siguiri (maternité de niveau II de la pyramide sanitaire de notre pays).

Les variables étudiées portaient sur l'âge, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la parité,la provenance, le nombre de consultation prénatale, les motifs de consultation, l'âge gestationnel, les facteurs étiologiques,l'aspect para clinique, la prise en charge, le mode d'accouchement ainsi que le pronostic maternel.

Nous avons inclus dans l'étude tous les cas de mort fœtale in utero à partir de 22SA et /ou un poids fœtal supérieur ou égal à 500 g et avant tout début de travail d'accouchement et pris en charge dans le service au cours de la période d'étude. Nous n'avons pas inclus dans l'étude tous les cas d'avortement (âge gestationnel inférieur à 22 Semaines d'Aménorrhées et /ou un poids fœtal < à 500 g), les cas de MFIU survenus chez une femme en travail (mortalité fœtale per partum).

II.RESULTATS

1. Fréquence

Au cours de cette période d'étude nous avons enregistré 85 cas de mort fœtale in utero sur 2435 accouchements soit une fréquence de 3,49%.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Age : l'âge moyen des patientes était de 25,62± 6,85 ans ans avec des extrêmes de 15 et 39 ans. Les femmes de la tranche d'âge 20-24 ans étaient les plus concernées (22,9%).

Profession : les ménagères représentaient 67,07%.

Statut matrimonial : les gestantes mariées représentaient 78,82% dans cette série.

Provenance : la plupart des gestantes provenaient des zones rurales soit 68,24% contre 31 ,76% des patientes venant des zones urbaines.

Niveau d'instruction : la majorité des gestantes étaient non scolarisées (90,57%).

Parité : les nullipares étaient les plus touchées (32,94%).

Nombre de consultation prénatale (CPN) : la plupart des gestantes avaient bénéficié entre 1 et 3 CPN soit 69,41% et 18,82% n'avaient bénéficié d'aucune CPN.

3. Caractéristiques cliniques

Les motifs de consultation étaient dominés par l'absence des mouvements actifs du fœtus (82,35%).

Tableau I : Motifs de consultation des gestantes

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Absence de mouvements actifs du fœtus	70	82,35
Douleurs pelviennes	65	76,47
Fièvre	61	71,76
Métrorragies	47	55,30
Contractions utérines	45	52,94
Régression hauteur utérine	42	49,41
Vomissements	23	27,06
Montée laiteuse	21	24,70
Vertiges	8	9,41
Céphalées	5	5,88

L'âge gestationnel moyen était de 32 SA.

Tableau II : Répartition selon l'âge gestationnel

Age gestationnel en SA	Effectifs	%
< à 26	8	9,41
26-30	13	15,29
31-35	49	57,65
36 SA et plus	15	17,65
Total	85	100

Par ailleurs, un antécédent de MFIU a été rapporté dans 67,01%, un utérus était cicatriciel dans 16,47% et une hypertension artérielle était retrouvée dans 11,76%.

4. Examens paracliniques

Une échographie obstétricale, le groupage sanguin avec détermination du facteur rhésus ainsi que la mesure du taux d'hémoglobine ont été réalisés chez toutes patientes. Les sérodiagnostics de la syphilis, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la toxoplasmose ont été réalisés dans 80 % des cas. Une goutte épaisse a été effectuée dans plus de la moitié des cas (64,71%) et une protéinurie dans 21,18%.

5. Facteurs étiologiques

Les étiologies étaient dominées par l'anémie (65,64%) suivie du paludisme (30,22%), la prééclampsie (21,18%), la syphilis (12,94%), l'infection urinaire (9,41%), le placenta praevia (7,45%), malformations fœtales (3,45%), le diabète (2,35%), l'infection à VIH (4,71%) et l'anomalie funiculaire (2,35%).

6. Prise en charge

Tableau III : Médicaments utilisés

Médicaments utilisés	Effectifs	%
Antibiotiques	85	100
Ocytocine	83	97,65
Misoprostol	72	84,70
Antianémiques	65	76,47
Antipyrétiques	55	64,70
Méthyl dopa	15	17,65
Sulfate de magnésium	11	12,94

Déclenchement : il était artificiel dans 84,70% (maturation du col par le misoprostol) et spontané dans 15,30%.

Mode d'accouchement : l'accouchement par les voies naturelles a été réalisé chez 70,59% et le taux de césarienne était de 29,41%.

Aspect de l'enfant à la naissance : une macération a été observée dans 71,76%.

7. Pronostic maternel

Les complications maternelles étaient dominées par l'hémorragie (42,35%) et l'infection (24,70%). Nous avons enregistré deux (2) décès maternels soit une létalité maternelle de 2,35%

III. DISCUSSION

• Fréquence

Notre taux 3,49%. est nettement plus élevé que ceux de divers auteurs notamment Diallo F.B et al [6] à l'hôpital national Ignace Deen en Guinée (2,96%). Ce taux élevé de MFIU dans notre série pourrait s'expliquer par 2 faits : d'une part la maternité de l'Hôpital préfectoral de Siguiiri est une structure de recours de différents centres de santé des districts sanitaires de Siguiiri couvrant les complications obstétricales de ces structures périphériques et d'autre part la prise en charge défectueuse des grossesses en rapport avec une mauvaise information des patientes, le bas niveau socio-économique, de la difficulté d'accès à des soins obstétricaux de qualité et surtout du comportement de la femme enceinte en milieu rural et semi rural vis-à-vis des CPN. Notre taux est par contre inférieur à celui rapporté par Bwama Kangulu et al [7] en République Démocratique du Congo (13,9%). Notre taux est très élevé par rapport à ceux rapportés dans les pays européens variant entre 0,06% et 0,82 % [8;9].

• Caractéristiques sociodémographiques

Par rapport à l'âge les femmes jeunes de la tranche d'âge 20-24 ans étaient les plus concernées (22,9%). La fréquence élevée dans cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'existence chez ces femmes jeunes des facteurs de risques liés à certaines pathologies notamment l'anémie, le paludisme et les syndromes vasculorénaux et leurs complications. Notre résultat est différent de celui de Diallo M H et al [6] rapportant une incidence de 6,43% chez les femmes âgées de plus de 35 ans contre 5,64% chez les femmes âgées de moins de 20 ans. La prédominance des femmes au foyer reflète la structure de notre société où ces femmes sont les plus nombreuses en majorité analphabètes avec un faible revenu pour couvrir les frais de santé. La fréquence élevée des femmes mariées pourrait s'expliquer par 2 raisons : d'une part la précocité du mariage et l'attachement de cette population aux coutumes et à la religion et d'autre part une grossesse contractée hors mariage est considérée comme un sentiment de déshonneur familial. La prédominance des gestantes non scolarisées dans notre série (90,57%) est en rapport avec le niveau d'étude de la population générale guinéenne où l'on note 74% de non scolarisées dont 85,3% pour le sexe féminin selon l'EDS 2018[10].

• Suivi prénatal

La plupart des gestantes avaient bénéficié de 1 à 3 CPN soit 69,41% et 18,82% n'avaient bénéficié d'aucune CPN. La politique sanitaire de notre pays prévoit au minimum 4 consultations prénatales. Pour la plupart ces CPN étaient de mauvaise qualité. Pourtant des CPN de bonne qualité jouent un grand rôle dans le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque de survenue de la mort fœtale in utero. Concernant la surveillance de la grossesse, pour Andriamandimbison et al. elle était effectuée dans un milieu hospitalier dans 61,5 % des cas et plus de la moitié des mères (56,4 %) ont été suivies par des obstétriciens. Au cours de la grossesse 71,8 % des femmes avaient eu au moins les trois échographies recommandées (12, 22 et 32 SA) [11].

• Aspects cliniques et paraclinique

A propos de l'âge gestationnel il ressort que la fréquence de la mort fœtale in utero est plus élevée pour un âge gestationnel compris entre 31-35 SA (57,65%). Séfrioui et al. au Maroc ont rapporté 54,5% de MFIU entre 37 et 41 SA [12]. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence élevée et la multiplicité des facteurs étiologiques au troisième trimestre de la grossesse. Diallo et al avaient rapporté un faible taux de réalisation de l'échographie obstétricale pour des raisons liées au bas niveau socioéconomique [5]. La réalisation de l'échographie obstétricale pour toutes les patientes pour la confirmation de la mort fœtale in utero serait liée à la gratuité de cet examen pour les femmes enceintes dans cet hôpital de district.

Concernant les facteurs étiologiques l'anémie suivie du paludisme et la prééclampsie étaient les principales étiologies retrouvées dans notre série. Selon Diallo M H et al le paludisme a été la principale pathologie associée à la grossesse soit 41,42% suivi par les syndromes vasculorénaux (25,71%) et l'anémie (24,28%) [5]. Ce taux élevé d'anémie et de paludisme s'expliquerait d'une part par le fait que notre pays est une zone d'endémie palustre. Le paludisme même est responsable d'anémie. L'absence ou la mauvaise qualité du suivi prénatal ainsi que le bas niveau socioéconomique étaient responsables d'anémies carencielles.

• Prise en charge

Le taux élevé d'utilisation du misoprostol comme moyen de déclenchement du travail dans notre série pourrait s'expliquer par plusieurs raisons : d'une part, c'est le produit le plus disponible de conservation facile et d'autre part, la plupart des gestantes avait un score de Bishop inférieur à 7, constat partagé par Diallo rapportant un taux de 95% d'induction du travail

avec le misoprostol [6]. L'accouchement par les voies naturelles était l'option privilégiée. Cependant le taux élevé de césarienne s'expliquerait par la survenue des complications hémorragiques obstétricales graves engageant à court terme le pronostic vital maternel. Nos données rejoignent celles d'une série française où la césarienne n'était indiquée que pour un sauvetage maternel, devant les pathologies hémorragiques, une crise d'éclampsie ou un état de sepsis maternel [13]. La plupart des mort-nés étaient macérés. Ce résultat s'expliquerait par le retard du diagnostic de la MFIU.

• Pronostic maternel

Les complications maternelles étaient dominées par l'hémorragie et l'infection. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des hématomes rétro placentaires et la rétention ancienne de fœtus morts responsables de coagulation intravasculaire disséminée. Andriamandimbison et al ont rapporté l'hématome rétroplacentaire comme étant une cause majeure d'hémorragie cataclysmique [11]. Nous avons enregistré 2 cas de décès maternels soit une létalité de 2,35%. Ces décès étaient liés à des hémorragies obstétricales graves responsables de coagulation intravasculaire disséminée.

CONCLUSION

La MFIU était fréquente dans notre série. Le profil sociodémographique était celui d'une gestante jeune, mariée, vivant en zone rurale dans plus de la moitié des cas. Le principal motif de consultation était la disparition des mouvements actifs fœtaux. Les causes étaient dominées par l'anémie, le paludisme et la prééclampsie. Le misoprostol a été le médicament le plus utilisé pour le déclenchement du travail d'accouchement. Le taux élevé de césarienne était justifié par la survenue d'hémorragies obstétricales graves. L'hémorragie était responsable de deux (2) décès maternels soit un taux de létalité de 2,35%. La sensibilisation des femmes pour la réalisation des CPN ainsi que la prise en charge précoce des facteurs de risque dépistés lors des CPN permettraient de réduire de manière significative la fréquence élevée de ce drame obstétrical.

Conflits d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. **Cousens S, Blencowe H, Staton C** (2011) National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 377:1319–30.

2. **Martine KIE, Vial y, Hohlfed P.** Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer. Département de gynécologie obstétrique, CHUV(Vaudois), Lausanne, Suisse 2006 ;35 ; 594-606.
3. **Merger R, Levy. J, Melchior J :** Mort fœtale in utero, Précis d'obstétrique. 6ème édition Paris Elsevier-Masson 2001. 255-60.
4. **Cissé C T, Ngoma SJ, Martin SL, Diaw CT, Diadiou F.** Surveillance épidémiologique de la mortalité néo- natale précoce au CHU de Dakar (Sénégal). Cahier de santé 1997 ;7 (7) :109-112.
5. **Diallo MH, Baldé IS, Diallo A, Diallo BS, Baldé O, Barry H, Baldé M D, Keita N :** Mort fœtale in utero (MFIU) : aspect sociodémographique, prise en charge et pronostic maternel à la Maternité de l'hôpital régional de Mamou. Rev int sc méd -RISM-2016;18,3:230-234.
6. **Diallo FB, Baldé IS, Sy T, Diallo y, Soumah AFM, Diallo T S, Bah IK, Diallo MS, Perrin RX.** Mort fœtale in utero : aspects épidémiologiques et prise en charge obstétricale à la clinique de gynécologie –obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. Clin- ics in Mother and Child Health Vol.9(2012), Numéro C120101, 4pages doi :10 4303 /cmch/C120101
7. **Bwama Kangulu I, Mwembo Tambwe A'Nkoy A, Ngoy Lumbule J, Kilolo Ngoy umba E, Nzaji Ka- bamba M,Kalenga Muenze kayamba P.** Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort fœtale in utero à Kamina, République Démocratique du Congo Pan Afr Med J.2016 ;23 /114.
8. **Dabillon T** Rapport d'activité 2010. Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatale (RHEOP) ,2010 ; 55-9.
9. **Randrianaivo H, Robillard PY, Barau G,** et al : Étude des 178 morts fœtales in utero dans le Sud de l'île de La Réunion en 2001–2004. J Gynecol Obstet Biol Reprod(35) 2006.:665–72.
10. **Ministère du plan et du développement économique : Enquête démographique et Santé (EDS).** Guinée Conakry 2018 page 40-1.
11. **Andriamandimbison Z.N., Ahoukeng N.P, Adjoby R.C., Ramarokoto M.F, Dipace C., Dienga. Tshofu E.** Mort fœtale in utero : étiologies et prise en charge à l'hôpital Laennec de Creil . Rev. Méd. Périnat. (2014) 6:49-56 DOI 10.1007/s12611-014-0264-x
12. **Sefrioui O.N, Zinoum L,Zouad A, Abdoufalah N, Matar A.** Aspect épidémiologique des morts fœtales in utero Maternité lalla Meryem, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc Magreb médical 2000 ; 20(351) 30-5.
13. **Lansac J, Henri M, Ouri JF.** L'accouchement d'un enfant malformé ou mort. Pratique de l'accouchement, 5ème édition. Elsevier Masson Paris, France 2007, 246–72.