



Les urgences gynéco-obstétricales dans une Maternité de District Malgache

G.D. Solofomalala*¹, R.T. Randriamalalaarijaona²,
M.H. Rasendramino¹, R. Ratsivalaka³, F. Canonne⁴

¹ CHU Ampefiloha Antananarivo, Madagascar

² CHD II Fénérive Est, Madagascar

³ CHR Toamasina, Madagascar

⁴ INSPC Antananarivo, Madagascar

Résumé

A Madagascar, les urgences surviennent souvent dans un contexte socio-économique défavorable et dans un sous développement médical important. Le but de cette étude rétrospective, descriptive et analytique est d'analyser le profil des urgences gynéco-obstétricales et leur prise en charge dans un Centre Hospitalier de District niveau II de Fénérive Est de janvier 2002 à juin 2004. Etaient incluses dans ce travail les urgences gynécologiques et obstétricales opérées sous anesthésie générale. Quatre cent quatre cas d'urgences gynéco-obstétricales sur les 526 urgences chirurgicales opérées ont été colligés. L'âge moyen est de 26 ± 7 ans. La gestité moyenne est de 3,21. Deux cent dix huit patientes ont été référées par les centres de santé avoisinants. Les dystocias osseuses chez les femmes en travail constituent la première urgence chirurgicale observée (34,4%), suivies des hémorragies du post abortum (16,1%) et des grossesses extra utérines rompues (12,1%). L'opération césarienne a été la plus pratiquée (57,4%), suivie du curetage utérin (17,8%) et de la salpingectomie ou annexectomie (12,8%). Quatre vingt dix huit cas de mort in utero ou mort né ont été colligés dont 74 sont observés chez les femmes référées. Six cas de décès maternels sont notés dont 5 sont observés chez ces femmes. Les décès maternels et néonataux sont dus à la difficulté d'accès aux soins adaptés, au niveau socio-économique et à la situation géographique dans notre région. Le gouvernement et les communautés peuvent accroître la sécurité maternelle et infantile en éliminant les obstacles susceptibles de retarder la prestation des soins.

Mots-clés: Chirurgie; Gynécologie; Obstétrique; Prise en charge; Urgence

Gynaeco-obstetrical emergencies in a Malagasy district maternity

Summary

In Madagascar, emergencies happen in an unfavourable socio-economic context and in an important medical underdevelopment. The objective of this retrospective, descriptive and analytical study was to analyse the aspects of gynaeco-obstetrical emergencies and their management at the District Hospital Center Level II of Fénérive East from January 2002 to June 2004. This study included obstetrical and gynaecological emergencies operated under general anaesthesia. We observed 404 cases of gynaeco-obstetrical emergencies among 526 operated surgical emergencies. Mean age was 26 ± 7 years old. Mean gestation was 3,21. Two hundred and eighteen patients were referred by the neighbourhood health center. Bones dystocia in women in labour (34,4%) constitute the first surgical emergencies followed by post abortum haemorrhage (16,1%) and broken ectopic pregnancy (12,1%). Caesarean section was the most practiced intervention (57,4%) followed by uterine curettage (17,8%) and salpingectomy or annexectomy (12,8%). We observed 98 cases of death at birth which 74 among the referred women. Six cases of maternal death were noted which 5 were observed with those women. Neonatal and maternal mortality were due to the difficulty access to adapted care, the socio economic level and geographic situation of our region. Government and communities can improve infantile and maternal security by removing susceptible obstacles which can delay care prestations.

Keywords: Emergency; Gynaecology; Management; Obstetric; Surgery

Introduction

Dans les pays en développement, la stratégie fondamentale pour réduire la mortalité maternelle et infantile devrait se baser sur le renforcement de la capacité du système de santé à répondre aux urgences gynéco-obstétricales et pédiatriques et sur l'optimisation des campagnes de mobilisation et d'éducation sur des sujets se reliant à la santé reproductive et à celle des enfants au niveau de la communauté, et plus particulièrement auprès des groupes à risques. Pour se référer à cet objectif, nous avons effectué cette étude pour analyser le profil des urgences gynéco-obstétricales et leur prise en charge ainsi que le résultat en terme de mortalité maternelle et néonatale dans notre hôpital.

Patientes et méthodes

1- Cadre de l'étude:

Le Centre Hospitalier de District niveau II (CHD II) de Fénérive Est est un centre hospitalier conçu pour pouvoir effectuer des interventions d'urgence en gynécologie obstétrique, en chirurgie viscérale et traumatologique et aussi quelques interventions programmées dans ces disciplines. Il est situé à 100km du Centre Hospitalier Régional de référence de Toamasina et reçoit des malades venant des quatre sous préfecture regroupés dans la région d'Analajirofo. Cet hôpital comprend une unité de chirurgie générale, une maternité, une unité de médecine et une unité de pédiatrie. On y trouve 54 lits dont 11 de maternité, un unique bloc opératoire, une salle d'accouchement, une « salle de réanimation » à vocation polyvalente. Il n'y a pas de banque de sang: les dons de sang sont extemporanés, la veille ou le jour même de l'intervention, par les membres de la famille parmi lesquels on recherche le donneur compatible. Les examens de laboratoires disponibles se limitent au groupage sanguin et rhésus, à l'examen cytobactériologique des urines, à l'examen direct des exsudats frais après coloration. L'unité de radiologie n'est plus fonctionnelle. La salle d'opération possède un vieux

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: sgduval@yahoo.fr (G.D. Solofomalala).

¹ Adresse actuelle: CHU Ampefiloha Antananarivo, Madagascar

respirateur, un scope, un bistouri électrique irrégulièrement utilisable, un aspirateur chirurgical, deux scialytiques et une table d'opération non spécifique. Pour la maternité et le bloc opératoire, le personnel médical est formé d'un chirurgien au début qui s'est vu renforcé par un deuxième par la suite, un infirmier anesthésiste, un infirmier de bloc, cinq sage-femmes dont une s'occupe du planning familial et cinq servants.

2- Les malades:

Etaient inclus dans notre étude toutes les malades ayant subi une intervention chirurgicale en urgence pour des pathologies gynéco-obstétricales. Les autres affections traitées médicalement et les urgences viscérales et traumatologiques ont été exclues.

3- Méthodologie:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique allant du 1^{er} janvier 2002 au 30 juin 2004. Nous avons analysé le cahier de protocole opératoire, le registre du service de maternité et le cahier de rapport de garde. Nous nous sommes intéressés aux paramètres suivants: âge, gestité, mode d'admission, provenance des malades, types d'urgence, traitements et mortalité hospitalière. Les données sont par la suite analysées par le logiciel EPI INFO 6^{ème} version.

Résultats

Mille cinq cent quarante femmes ont été admises à la maternité durant la période d'étude. Quatre cent quatre cas étaient des urgences gynéco-obstétricales nécessitant des interventions chirurgicales en urgence. Ils représentent 26,23% du nombre total des admissions à la maternité et 76,8% des urgences chirurgicales (526 cas) de l'hôpital. L'âge moyen de nos patientes est de 26 ± 7 ans avec des extrêmes allant de 12 à 54 ans. Le mode est de 20 ans. La répartition de l'âge est représentée par la figure 1. La gestité moyenne est de 3,21 (1 à 13 gestes). Deux cent dix huit patientes, soit 54%, ont été référées par les centres de santé avoisinants et 186 sont venues d'elles mêmes. La répartition de leur provenance est résumée par le tableau 1.

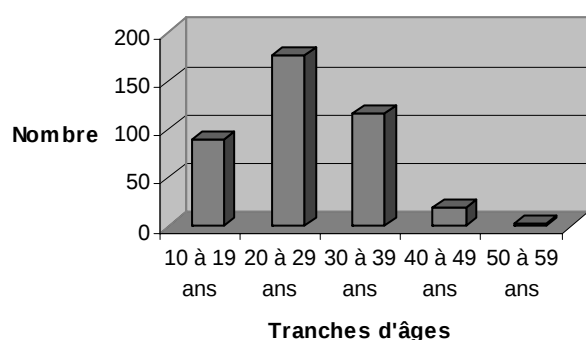


Fig. 1: Répartition des malades selon l'âge

Les urgences gynéco-obstétricales ayant nécessité une intervention chirurgicale sont représentées par le tableau 2. Les modalités thérapeutiques en dehors des traitements médicaux et de la réanimation ainsi que les soins post opératoires sont résumées par le tableau 3. Les opérations césariennes en urgence représentent 20,80% du nombre total d'accouchements (1115 cas). Cent quatre vingt dix

Centre de santé / Sous préfecture	CHD I	CSB II	CSB I	TOTAL
FENERIVE EST	00	118	14	132 (60,55%)
VAVATENINA	23	19	02	44 (20,18%)
SOANIERANA IVONGO	24	06	01	31 (14,22%)
SAINTE MARIE	11	00	00	11 (5,04%)
TOTAL	58 (26,6%)	143 (65,6%)	17 (7,79%)	218 (100%)

Tabl. 1: Répartition des provenances des malades

Diagnostics	Nombres	%
Dystocies osseuses et travail	139	34,4
Hémorragie post abortum	65	16,1
Grossesse extra-utérine rompue	49	12,1
Placenta praevia hémorragique	35	8,7
Dystocies dynamiques et souffrances fœtales	33	8,2
Présentations dystociques et travail	31	7,7
Rupture utérine	29	7,1
Môle hydatiforme hémorragique	8	2
Pelvipéritonite post abortum	7	1,7
Bartholinite	5	1,2
Kyste de l'ovaire tordu	3	0,7
TOTAL	404	100

Tabl. 2: Les urgences gynéco-obstétricales opérées

Traitements chirurgicaux	Nombre	%
Opération césarienne	232	57,4
Curetage utérin	72	17,8
Salpingectomie/ Annexionomie	52	12,8
Hystérectomie	22	5,4
Hystérorraphie	10	2,5
Embryotomie	6	1,5
Mise à plat	5	1,2
Laparotomie	5	1,2
TOTAL	404	100

Tabl. 3: Les modalités thérapeutiques chirurgicales

cas de décès périnatal ont été observés à la maternité dont 98 cas ont été colligés chez les femmes césarisées soit 51,57%. Soixante quatre étaient morts in utero et 34 mort-nés. Soixante quatorze d'entre eux, soit 75,51%, ont été observés chez les femmes référées. Six cas de décès maternels ont été aussi notés chez les femmes opérées en urgence dont 5 ont été des femmes venant des centres de santé avoisinants.

Discussions

Les urgences gynéco-obstétricales nécessitant une intervention chirurgicale (76,8%) occupent la première place devant les urgences chirurgicales viscérales et traumatologiques dans notre hôpital. A l'hôpital général de Grand Yoff au Sénégal, les urgences gynéco-obstétricales constituent le premier type d'urgences chirurgicales colligées dans cet hôpital en 2000 [1]. Au centre hospitalier de district niveau II de Nosy Be Madagascar, 96% des interventions chirurgicales obstétricales ont été des urgences contre 30% pour les affections gynécologiques [2]. Nos patientes étaient jeunes et leur moyenne d'âge correspond à l'âge où la procréation est en pleine effervescence. La gestité moyenne était acceptable mais des cas de grossesses multiples allant jusqu'au 13^{ème} geste ont été notés. Cela peut s'expliquer par le fait que la pratique des méthodes contraceptives n'a pas été encore bien acquise par la population. Dans notre série, plus de la moitié des patientes (54%) ont été référées par les centres de santé avoisinants. Akpadza et al ont rapporté que 67,21% des urgences médico-obstétricales qu'ils ont enregistrées étaient retrouvées chez les parturientes transférées [3]. Notre hôpital était le seul centre médico-chirurgical de notre région de 100km environ de rayon. Il représente le plus grand centre hospitalier en terme de structure d'accueil et de compétence dans la région d'Analanjirifo. En ce qui concerne le type de ces urgences, certaines affections obstétricales, comme les dystocies osseuses, les présentations dystociques, ne devraient pas être des urgences mais elles le sont devenues dans notre contexte. Dans de nombreux pays ou régions d'Afrique Sub-Saharienne, ni les femmes ni leur entourage ne connaissent les signes de gravité de ces affections [4]. De plus, la plupart d'entre elles n'ont même pas suivi de consultation prénatale (CPN). Elles ne viennent dans un centre de santé qu'au moment du travail ou après échec d'accouchement à domicile par une matrone avec déjà des signes cliniques de souffrance fœtale, de tableau de pré rupture ou de rupture utérine voire un état de mort fœtale. L'évacuation de ces femmes nécessitant des soins adaptés d'urgence et de qualité n'est pas organisé. Le transport de nos patientes n'est pas médicalisé et certaines sont venues en pirogue ou portées en portage pour venir à l'hôpital. Il nous semble que la CPN est une des méthodes indispensables pour pallier à ce problème. Elle permet le dépistage des signes obstétricaux et le suivi des grossesses mais c'est aussi l'occasion pour ces femmes et leur entourage de s'informer sur les signes de gravité et sur les centres de santé les plus appropriés à leur accouchement [4]. La mobilisation sociale autour de toutes ces questions comme la lutte contre l'analphabétisme, la réduction de la pauvreté, est nécessaire et dépasse largement le seul cadre de la CPN. Notre structure est encore loin des objectifs de la déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE qui stipule que toute femme enceinte doit avoir accès à un personnel qualifié capable au minimum de surveiller l'accouchement, de dépister précocement une complication et d'évacuer en urgence la patiente ou son nouveau-né lorsqu'une complication survient [5]. Les centres de santé de base niveau I sont dirigés par une aide soignante ou une assistante sanitaire et ce n'est pas dans tous les centres de santé de base niveau II qu'on trouve un médecin. La seule unité de ra-

diologie dans notre hôpital de district pour faire une radiopelvimétrie n'est plus fonctionnelle et nous n'avons ni la compétence ni le matériel pour l'échographie obstétricale. Cette dernière est actuellement devenu un examen de référence en gynécologie obstétrique et dans certains pays en voie de développement, la formation des sage-femmes en échographie obstétricale est déjà en place [6]. Nous ne disposons pas de structure d'accueil pour les membres de la famille qui accompagnent la parturiente ou la patiente. Cela constitue un autre facteur qui empêche la prise en charge adéquate et à temps de ces malades même si on a dépisté des facteurs de risque et préconisé une hospitalisation pour une opération césarienne programmée par exemple. Tout cela confirme l'idée que la CPN ne peut être conçue que dans le cadre d'un système permettant une véritable continuité des soins. La mise en réseau des services de santé maternelle nécessite la mise en place au sein du district sanitaire d'une politique de santé maternelle claire et cohérente [4]. Le manque à cette condition explique le fait qu'après les affections obstétricales ayant nécessité une opération césarienne en urgence, les complications d'avortement occupent la deuxième place des urgences gynéco-obstétricales. Viennent ensuite les grossesses extra-utérines rompues. On ne peut que se demander quelles sont les meilleures approches pour optimiser la pratique du planning familial dans la population pour réduire les infections sexuellement transmissibles qui constituent le premier facteur de risque de grossesses ectopiques dans notre région. Dans un centre hospitalier régional au Togo, le placenta praevia, la rupture utérine, l'hématome rétro placentaire et l'éclampsie constituent les quatre premières urgences obstétricales rencontrées [3]. Nous n'avons pas trouvé de cas d'hématome rétro placentaire et l'éclampsie était rare. L'attitude thérapeutique qui en découle est par conséquent liée à toutes ces situations relatant au retard de diagnostic et de prise en charge adéquate. On était alors confronté à des situations graves où la rapidité et la qualité des gestes chirurgicaux conditionnent le résultat ultérieur. L'opération césarienne a été la plus pratiquée car ses indications en urgence ont été élargies à cause de notre propre contexte. Nous n'avons pas non plus une forte compétence en manœuvre de versions intra-utérines ni en embryotomie dans les cas de mort in utero et souvent ces femmes présentaient des signes de pré rupture. Nous ne partageons pas le même avis que Jamet et al qui estiment qu'en Afrique tropicale, la césarienne ne doit être effectuée que si les chances de survie du nouveau-né sont raisonnables [7]. D'un autre côté, Rozenberg, après un recueil minutieux des données de la littérature récente, nous a incité à convertir l'épreuve du travail en césarienne électorale dans les contextes où il y a un risque d'utilisation excessive des manœuvres instrumentales ou de pratiquer une césarienne en cours de travail. Il considère l'élévation du taux de césariennes comme un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne [8]. Pour nous, c'est déjà un énorme exploit si on arrivait à faire des opérations césariennes électorales pour les dystocies osseuses, les présentations dystociques et les grossesses associées à des facteurs de risques pouvant se majorer par l'accouchement par voie basse. Nous avons pratiqué les curetages utérins pour les complications hémorragiques des avortements non accessibles par le curage manuel et aussi pour la plupart

des môles hydatiformes hémorragiques. La salpingectomie ou l'annexectomie était notre technique pour les grossesses extra-utérines rompues et les kystes de l'ovaire tordus. Les ruptures utérines ont bénéficié d'une hystérectomie totale dans les cas d'hémorragie difficilement contrôlable, d'infarctissement utérin, ou chez les femmes multigestes ne voulant plus d'enfants. Dans les cas contraires, un traitement conservateur était de règle. Quelques embryotomies ont été quand même effectuées chez les femmes en bon état ayant déjà été tripotées par les matrones qui ont parfois commencé ce geste. Une laparotomie médiane a été notre choix pour les pelvipéritonites du post abortum où nous avons fait des lavages abondants après avoir enlevé les fausses membranes, des sutures utérines pour les perforations. Le taux de mortalité maternelle a été faible par rapport au taux de mortalité périnatale. Les décès maternels sont dus à des chocs hémorragiques graves ou à des syndromes septicémiques. Nous n'avons pas pu évaluer correctement ce taux de mortalité périnatale car les parturientes sont perdues de vue dès leur sortie de l'hôpital. Nous avons colligé un taux élevé de mort fœtale in utero (64 cas) et 5 décès maternel surtout chez les femmes référées opérées pour césarienne. Kouam a rapporté 31 cas de décès fœtal et 3 cas de décès maternel pour 417 césariennes d'urgence [9].

Conclusion

La sévérité des affections que nous avons à traiter et les décès maternels et néonataux étaient dus à la difficulté d'accès aux soins adaptés, au niveau socio-économique et à la situation géographique dans notre région. La connaissance de la fréquence des principales pathologies gynéco-obstétricales et de leurs facteurs de risque est indispensable pour établir des priorités d'action en santé publique.

Le gouvernement et les communautés peuvent accroître la sécurité maternelle et infantile en éliminant les obstacles susceptibles de retarder la prestation des soins. Développer des plans d'action pour les urgences gynéco-obstétricales sans négliger les moyens de prévention, améliorer la qualité des soins par une bonne répartition des compétences, une formation médicale continue et la mise aux normes du plateau technique seraient les conditions incontournables pour optimiser la santé maternelle et infantile.

Références

- 1- Toure CT, Dieng M. Urgences en milieu tropical: Etat des lieux l'exemple des urgences chirurgicales au Sénégal. *Méd Trop* 2002; 62:237-41.
- 2- Ratinahirana S, Razanamparany P V, Ratsimanohatra E, Radanarison H, Ratsivalaka R. Réflexions d'un chirurgien malgache de retour à Madagascar après sa formation en France. *Médecine d'Afrique Noire* 1999; 46 :170-4.
- 3- Akpadza K, Baeta S, Hodonou AKS. Fréquence et pronostic de quatre grandes urgences médico-obstétricales au Centre Hospitalier Régional de Sokode (Togo). *Médecine d'Afrique Noire* 1996; 43:592-5.
- 4- Prual A, De Bernis L, Ould El Joud O. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique Sub-saharienne. *J Gynécol Obstét Biol Réprod* 2002; 31: 90-9.
- 5- Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/ BANQUE MONDIALE 1999: 35p.
- 6- Vangeedenderhuysen C, Abdellahi MB, Isselmou S. La formation des sages-femmes en échographie obstétricale dans les pays en voie de développement: pourquoi et comment? *J Gynécol Obstét Biol Réprod* 2002; 31: 100-6.
- 7- Jamet F, Benos P, Hedon B, Laffargue F. La césarienne en situation précaire. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1996; 91: 486-92.
- 8- Rozenberg P. L'élévation du taux de césariennes: un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. *J Gynécol Obstét Biol Réprod* 2004; 33: 279-89.
- 9- Kouam I. Commentaires sur la mise au point du Docteur F Jamet et coll. La césarienne en situation précaire. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1999; 94: 70-1.