

MORT FOETALE TARDIVE ANTE PARTUM AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE COCODY

ANTEPARTUM FETAL DEATH AT UNIVERSITY HOSPITAL OF COCODY

**KOUAMÉ A, KOUAKOU F, ADJOBY CR, EFFOH D,
BOKOSSA ME, KRAMO F, KOIMÉ H, NIAMKÉ MC.**

Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Cocody

BPV 13 Abidjan, Téléphone: (225) 22 48 10 50, Fax: 22 44 23 79 République de Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr KOUAME Arthur Didier
22 BP 1666 Abidjan 01
Téléphone : (225) 05968856
Adresse électronique : karthurdidier@yahoo.fr

RESUME

L'objectif de notre étude était de faire une analyse situationnelle de la mort fœtale anté partum au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody.

Patientes et Méthode : Cette étude prospective et descriptive a inclus 368 gestantes avec une mort fœtale *in utero*, admises dans notre service du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2008.

Résultats : Durant cette période, 372 morts fœtales *in utero* ont été recensées, soit un taux de 49,5‰ naissances. La mort fœtale anté partum est survenue surtout chez les fœtus dont les mères étaient jeunes, primigestes, nullipares entre la 28^{ème} et la 36^{ème} semaine de gestation et dont la surveillance prénatale a été déficiente. Les syndromes vasculo-rénaux ont été retrouvés dans 31,5% des pathologies associées suivie du paludisme dans 16,8% des cas. Un accouchement par les voies naturelles a été obtenu dans 77,2% et une césarienne a été réalisée dans 23,8% des cas. L'indication de césarienne était dominée par le sauvetage maternel pour hémorragie anté-partum. Les complications des suites de couches ont été marquées par les troubles de la coagulation dans 38,8%. Nous avons observé 8,7% de décès maternel. Pour prévenir cette situation, nous recommandons le dépistage et une surveillance accrue des grossesses à risque, l'information des gestantes sur les signes de danger devant les amener à consulter.

Mots-clé : Mort fœtale *in utero*, Mortinatalité, Anté-partum.

SUMMARY

Objective: of our study was to conduct a situational analysis of antepartum fetal death in the Gynecology and Obstetrics Department of the University Hospital of Cocody.

This prospective, descriptive study included 368 pregnancies within uterofetal death, admitted in our department from 1 January 2007 to December 31, 2008.

Results: During this period, 372 stillbirths were recorded, at a rate of 49.5 ‰ births. Antepartum fetal death occurred mainly in fetuses whose mothers were young, primigravid, nulliparous women between the 28th and 36th week of gestation, with inadequate prenatal care. Vasculo-renal syndroms were found in 31.5% of associated pathologies followed by malaria in 16.8% of cases. A natural vaginal delivery was achieved in 77.2% and a Caesarean section was performed in 23.8% of cases. The indication for caesarean section was made primarily to save the life of the mother in cases of maternal antepartum haemorrhage. Complications of the puerperium were characterized by coagulation disorders in 38.8% of cases. We observed a maternal death rate of 8.7%.

To address this situation, we recommend screening and closer monitoring of at-risk pregnancies, as well as educating pregnant women about the danger signs to encourage them seek medical consultation.

INTRODUCTION

La mortalité *ante-partum* est le décès du produit de conception survenant avant le travail d'accouchement indépendamment de la durée de la grossesse¹. Avant 28 semaines, il s'agit d'une mort fœtale précoce. A partir de 28 semaines, il s'agit de la mort fœtale tardive *ante-partum*. Cette dernière est considérée comme un échec de la prise en charge de la grossesse. En vue de promouvoir une grossesse à moindre risque fœtale, nous avons entrepris cette étude.

L'objectif de notre étude était de faire une analyse situationnelle de la mort fœtale anté partum au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody

I- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive des décès fœtaux avant le travail d'accouchement. Ce travail s'est déroulé dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Cocody sur une période de 24 mois, allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008.

Les critères d'inclusion : Tous les cas de mort fœtale anté-partum supérieure ou égale a 28 semaines d'âge gestationnel.

Les critères de non inclusion : - La mort avant 28 semaines d'âge gestationnel

- La mort fœtale *intra partum*

II- RESULTATS

II.1- FRÉQUENCE

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 372 morts fœtales tardives sur 7517 naissances, soit 49,5‰ naissances. Ces morts fœtales tardives sont issues de 358 grossesses uniques et 10 grossesses multiples, soit 368 grossesses.

Caractéristiques épidémiologiques

Tableau I : Répartition selon les caractéristiques épidémiologiques

Caractéristiques épidémiologiques	N	%
Age (en année)		
< 20	52	14
20-29	175	47
30-34	74	20
35-39	48	13
≥ 40	22	6

Niveau d'instruction		
aucun	136	37
Primaire	137	36,5
secondaire	76	20,5
supérieur	22	6
Profession		
Femme au foyer	190	51,5
Secteur informel	120	32,5
Elèves / étudiants	32	8,8
salariées	26	7,2
Gestité		
Primigeste	114	31
Paucigeste	102	27,7
Multigeste	78	21,2
Grande multigeste	74	20,1
Parité		
Nullipare	128	35
Primipare	50	14
Paucipare	80	22
Multipare	72	19
Grande multipare	36	10
TOTAL	368	100

Les données cliniques de la grossesse

Le nombre de CPN

Nos patientes ont réalisé moins de quatre CPN dans 66,8% des cas. Seules 33,2% d'entre elles ont pu faire au moins quatre (4) CPN.

L'âge gestationnel

Tableau II : Répartition selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (en SA)	Effective	%
28-32	74	20
33-36	128	35
37-41	156	42
≥42	10	3
TOTAL	368	100

Mini= 28 Maxi = 43 Moy= 35 ET = 3,8

Le bilan prénatal

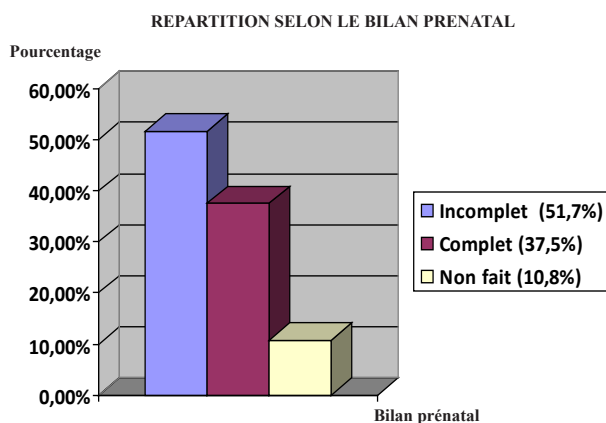


Figure 1 : Répartition des patientes selon la réalisation du bilan prénatal.

Admission

La majorité (75%, n= 312) de nos patientes a été évacuée.

Motif d'admission :

Tableau III : Répartition de patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	N	(%)
Métrorragie	105	28,5
Mort fœtale à l'échographie	92	25
Pré éclampsie et éclampsie	63	17,1
Absence de MAF	35	9,5
Anémie	30	8,2
Menace d'accouchement prématuré	22	6
Fièvre	21	5,7
TOTAL	368	100

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

Les données liées à l'accouchement

Bilan de l'hémostase

Le bilan de l'hémostase était perturbé chez 160 patientes sur 368 ayant eu une MFAP, soit une fréquence de 43,5%. Ces perturbations étaient représentées par une thrombopénie dans 32,5% (n=52) des cas, un taux de fibrinogène bas dans 28,1% (n=45) des cas, une baisse du taux de prothrombine dans 21,3% (n=34) des cas et un allongement du temps céphaline activé dans 18,1% (n=29) des cas.

Mode d'accouchement

L'accouchement s'est fait par césarienne pour 22,8% (n=84) de nos patientes. Le sauvetage maternel (18,7% ; n=69) a été de loin la première indication de césarienne, suivi du placenta praevia central (1,9% ; n= 7) enfin de la présentation transversale (1,1% ; n=4) et l'utérus bicatriciel (1,1% ; n=4).

L'accouchement par voie basse a été obtenu dans 77,2% des cas (n=284) après :

Déclenchement artificiel du travail au syntocinon^R pour 40,7% (n=150) d'entre elles ;

Maturation cervicale au misoprostol pour 28,8% (n=106) d'entre elles ;

Déclenchement spontané du travail pour 7,6% (n=28) d'entre elles.

Poids de naissance

Les nouveau-nés de 1000 et 2500 grammes (n=238), ceux entre 2500 et 4000 grammes et ceux à partir de 4000 grammes ont représenté respectivement 64%, 33,6% et 2,4% de l'ensemble de l'effectif (n=372). Nous précisons que 14 fœtus morts étaient issus de 9 grossesses gémellaires et d'une grossesse triple.

II.2- ETIOLOGIES ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

Tableau IV: Répartition selon l'étiologie maternelle de la MFAP

Etiologies	N	%
Syndrome vasculo-rénaux	116	31,5
Paludisme (goutte épaisse positive)	62	16,8
Anémie (Hb<8g /dl)	58	15,8
Ictère	25	6,8
Infection VIH-SIDA	24	6,5
Hémoglobinopathie (SS, SFA2, SC)	16	4,3
Diabète gestationnel	14	3,8
Hépatite Virale B aigüe	8	2,2
Septicémie (hémoculture positive)	7	1,9
Toxoplasmose évolutive	2	0,5
Syphilis	2	0,5
Incompatibilité rhésus	2	0,5
Transaminases (TGO, TGP) élevée	4	1
Aucune anomalie retrouvée	28	7,6
TOTAL	368	100

II.3- PRONOSTIC MATERNEL

Les suites de couches étaient compliquées dans 53,26% (n=196) des cas. Parmi les complications notées, la coagulopathie était au premier rang

(38,8% ; n=76), suivi de l'hémorragie de la délivrance (n=64). L'hypertension artérielle (n=32) et l'endométrite (24) ont aussi été enregistrées.

Le traitement de ces complications a été médical le plus souvent. En effet, 140 patientes ont été transfusées, 32 patientes ont reçu des antihypertenseurs et 24 une antibiothérapie. Sur le plan chirurgical, 9 patientes ont bénéficié d'une ligature vasculaire et 18 accouchées ont subi une hystérectomie d'hémostase.

Dans notre série, la mortalité maternelle a été de 8,7% (n= 32).

La coagulopathie en était la principale cause dans 65,6% (n=21) des cas. Les autres étiologies étaient le choc hypovolémique (18,8% ; n=6), l'état de mal éclamptique (12,5% ; n=4) et le choc septique (3,1% ; n=1).

III- DISCUSSION

III.1- FRÉQUENCE

Il ressort de notre étude que le taux de mortalité était à 78,5‰ naissances et celui de la mortinatalité anté-partum était de 49,5‰. En 1988, l'étude réalisée par Badredine², dans cette même maternité du CHU de Cocody a rapporté un taux de mortinatalité à 138‰ et un taux de mortinatalité anté-partum à 98‰. Il se dégage de notre étude une nette régression de la mortinatalité anté-partum de l'ordre de 50‰. Ceci pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risque et par le recyclage du personnel soignant à travers les séminaires. Notre prévalence était cependant supérieure à celle de certains auteurs Africains. En effet, Beata⁴ à Lomé a relevé 19, 5‰ de mortinatalité anté-partum. Chalumeau³ en 1996 a trouvé un taux de mortinatalité de 30,1‰ à Nouakchott. Au Maroc, Chbihi⁵ a noté un taux de 32,5‰ en 1999.

Dans les pays développés, les taux sont beaucoup plus faibles, notamment en France selon l'INSEE⁶ le taux était à 8,2‰ en 2003 et 8,9‰ en 2004. Blondel⁷ a relevé 3,2‰ naissance en Finlande, 7‰ en Grèce et 9‰ au Portugal. En effet, le développement du diagnostic anténatal dans les pays développés conduit à interrompre très tôt avant la 28^e SA certaines grossesses (malformations fœtales, anomalies chromosomiques) qui ne sont pas comptabilisées dans les statistiques de mortinatalité.

III.2-CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La répartition selon l'âge des patientes a mis en évidence une prédominance des MFA dans la tranche d'âge située entre 20 et 34 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans. Certains auteurs africains^{4,5} ont publié des résultats proches des nôtres. Car cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale et de procréation chez les femmes dans nos régions. Par contre dans les pays développés, les études^{7,8,9,10} ont relevé que les risques de MFAP s'observent chez les patientes à partir de 35 ans, parce qu'elles font les enfants à un âge plus avancé que celui des pays en voie de développement.

Concernant le niveau d'instruction et l'activité professionnelle, la quasi-totalité des études africaines et occidentales^{4,11,12} ont relevé qu'il existe une forte corrélation entre le bas niveau d'instruction et de revenu, et une mortalité élevée.

Nous avons constaté que les primigestes et les nullipares étaient principalement les plus nombreuses dans notre série. Ce même constat a été fait par Akpazda¹³ et Chbihi⁵. En effet, ces primigestes jeunes, ignorantes des signes de danger, sans expérience en matière de suivi prénatal sont le plus souvent confrontés aux grossesses non désirées.

III.3- DONNÉES CLINIQUES DE LA GROSSESSE

Nombre de CPN

Dans notre série, 66,8% des patientes ayant eu une MFAP ont effectué moins de 4 CPN. Ce résultat rejoint celui de Chbihi⁵ au Maroc où 55% des patientes ayant eu une MFAP n'étaient pas suivies en CPN. L'insuffisance des CPN s'expliquerait par le fait que les patientes par ignorance refusaient les actes prénataux (bilan biologique, échographie). Il en résulte un retard ou une absence de dépistage des facteurs de risque de mortinatalité. En effet, des CPN de bonne qualité permettent de détecter précocement les facteurs pouvant entraver le bon déroulement de la grossesse puis de les prendre en charge.

Age gestationnel

La MFAP est survenue dans 55% chez des patientes dont la grossesse était comprise entre 28 et 36 SA. Ces résultats sont en accord avec ceux de Baeta⁴ qui a noté une incidence de 48,2%. D'autres auteurs par contre ont trouvé que les MFIU survenaient plus souvent sur les grossesses à terme. Ainsi, Chbihi⁵ a trouvé

une majorité entre la 36^{ème} et la 40^{ème} semaine. Sefrioui¹⁴ a relevé un taux de 54,5% des MFAP après 36 SA. Ceci nous permet de dire que quel que soit l'âge gestationnel, la MFAP peut subvenir. De plus, certains cas de MFIU auraient pu être évités au prix d'un meilleur suivi prénatal et éventuellement d'un déclenchement artificiel précoce du travail.

Mode d'accouchement

La majorité des patientes présentant une MFAP ont accouché par voie basse dans 77,2%. Une maturation cervicale préalable a été nécessaire dans 37,3% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux Chbihi⁵ Sefrioui¹⁴ au Maroc et Ndioubnane¹⁵ en Mauritanie. Une césarienne é été réalisée dans 23,8% de notre population d'étude et le sauvetage maternel a dominé l'indication de césarienne dans 62% des cas.

Etiologies et pathologies associées

Les syndromes vasculo-rénaux, avec 31, 5% des cas, occupent le 1^{er} rang des étiologies de MFAP. Akpadza¹⁶ au Togo a noté 31% quand Bah¹⁷ au CHU de Donga à Conakry a observé une incidence de 24,3% de mort fœtale tardif avant le début du travail d'accouchement. Par contre, d'autres auteurs africains ont trouvé des chiffres plus faibles que les nôtres. C'est cas de Pambou¹⁸ au Congo qui a relevé une incidence de 16%.

Dans les pays développés, les syndromes vasculorénaux sont aussi la 1^{ère} cause de MFAP¹⁹. Cependant, les chiffres sont beaucoup plus faibles ; notamment en Suisse où Martinek⁸ a noté une incidence de 5,6% des cas de MFAP dues à la prééclampsie.

Le paludisme représente la deuxième étiologie associée à une MFAP dans 16,8% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Bombo²⁰ qui a noté une incidence de 18,7%. Cela s'expliquerait par le fait que bon nombre de nos patientes étant d'un niveau d'instruction bas, ne perçoivent pas toujours la nécessité de la prophylaxie anti-palustre.

La MFAP est retrouvée dans 6,5% des cas chez des patientes VIH positive dans notre étude. Suy A.²¹ a noté une incidence de 6,1% des cas chez les patientes séropositives à Barcelone, contre 5,3% dans la population générale.

Une hémoglobinopathie majeure a été relevée avec une incidence de 4,3%. Ce taux est plus bas que celui de Hathry²² qui a noté 8,8% de morts *anté-partum* due à la drépanocytose dans le même service en 2005.

Tous ces décès fœtaux tardifs s'expliqueraient par une absence de dépistage précoce de ces pathologies en vue d'un meilleur suivi prénatal par un personnel qualifié.

Aucune malformation congénitale n'a été mise en évidence notre population d'étude. Ailleurs, Sfrioui¹⁴ à Casablanca a relevé une incidence de 6,8% de malformations. Ceci serait dû au taux faible de réalisations du bilan prénatal et des investigations fœtales dans notre étude (37,5%). Nous avons été confrontés au refus des parents de réaliser l'autopsie par rapport à leurs croyances culturelles et au coût élevé de ces examens. De plus, l'état avancé de macération de bon nombre de fœtus ne nous a pas permis de réaliser un bilan biologique de sang au niveau du cordon fœtal.

CONCLUSION

La mort fœtale tardive *anté-partum* reste élevée en Afrique et particulièrement au CHU de Cocody à Abidjan. Les syndromes vasculo-rénaux et le paludisme en sont les principales causes.

REFERENCES

- Organisation mondiale de la santé. Prévention de la morbidité et de la mortalité materno-infantile. Genève : OMS. 1996. 25p
- Badredine M. Etude des facteurs de risque de la mortalité périnatale. Th Med. Abj. 1990 ; 1034
- Chalumeau M. Identification des facteurs de risque de mortalité périnatale en Afrique de l'ouest : consultation prénatale ou surveillance de l'accouchement J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod 2002 ; 31 : 63-9
- Baeta S, Akpadza K, Kotor K, Hodonou A.K.S, IDDER Z, les complications de la grossesse et de l'accouchement, facteurs de risque de mortalité à partir de 308 cas de morts fœtales in-utéro : Pub Med afr, 1991, 115 (6), 15-6
- Chbihi H. La mort fœtale in utero : étude faite sur les 410 cas recensés durant l'année 1999 [Thèse Med]. Rabat : Université Mohammed V ; 2003, 273
- Randrianaivo H, Robillard PY, Barau G, Gerardin P, Heisert M, Kauffmann E, Laffite A, Fourma. Etude des 178 morts fœtales in utero dans le sud de l'île de la Réunion en 2001-2004. J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod 2006 ; 35 (7) : 665-72
- Blondel B, Breat G. Mortinatalité et mortalité néonatale: Encyclo Chir Obstet 1999 ; 5077-C-20
- Martinek IE, Vial Y, Hohlfeld P. Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer ? J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod 2006 ; 35 (6) : 594- 13
- Beurret L N, Corbaz L, Vial Y, Hohlfel P. La mort in utero : prise en charge obstétricale. Med Hyg 1998 ; 56 : 807-15
- Fretts R, Usher R. Causes of foetal death in WOMEN of advanced maternal age. Obstét Gynécol 1997; 89. 40-5

- Branger B, Beringue F, Nomballais M F, Boudierlique C, Brossier J-P, Savagner C, et coll. La mortalité fœtale et néonatale à partir de 22 semaines d'aménorrhée en pays de la Loire. *J.gynécol. obstét. biol. repond.* 1999, 28 : 373-9
- Foster DL, Guslick DS, Rilian PP. The impact of prenatal care on foetal and neonatal death notes for uninsured patient: a natural experiment West Virginia *Obstét Gynécol* 1992; 79; 40-5
- Akpadza K, Baeta K, Odonou AK, Idder ZA. Les facteurs socioculturels : facteur de risque de la mortalité à partir de 308 cas de mort-nés. *Publ Med. Afr* 1992 ; (120) : 10-7
- Sefriou O, Zinoun N, Zouoad L, Aboul falah A, Mata L, EL Mansouri Aa. **Aspect épidémiologiques des morts fœtales in utero.** *Maghreb Méd.* 2000, (351): 342-4
- Ndioubnane MOD, Ould Mahmoud G, bal A. Déclenchement du travail par misoprostol intra vaginal dans les morts fœtales in utero. *Maroc Méd.* 2002 ; 24 : 280-2
- Akpadza K, Baeta K, Odonou AK. L'éclampsie à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU de Tokoin-Lomé (Togo). *Méd. Afr Noire* 1996 ; 43(3) : 166-9
- Bah A O, Diallo M H, Comde A M, Kéita N. Hypertension artérielle et grossesse: mortalité maternelle et périnatale *méd. Afr. N.* 2001-48 (11)
- Pambou O, Ekoundzola JR, Malanda JP, Buambo S. Prise en charge des éclampsies au CHU de Brazzaville. *Méd. Afr Noire* 1999 ; 46 (11) page
- Goffinet F, Combier E, Bucourt M, DE Caunes F, Papiernike E. Epidémiologie des morts fœtales avant le travail dans l'enquête périnatale de la Seine-Saint-Denis. *J Gynécol obstét Biol reprod* 1996 ; 25, (2) : 153-9
- Bombo J D M. Mortalité périnatale : facteurs de risque au service de Gynécol et Obstét du CHU Cocody [thèse Med]. UFR SM de l'Université de Cocody ; 2005,4109
- Suy A. VIH et mort fœtale, *AIDS*, vol 20 06/12/2005 p.59-66
- Hathry D. hémoglobinopathie majeure et grossesse, pronostic materno-fœtal au CHU de Cocody, [mémoire DES] UFR SM 2005 N° 1312