



Article Original

Les Pathologies Maternelles en Grossesse au CHRACERH

Maternal diseases in pregnancy at the Laparoscopic Surgery and Human Reproduction Teaching Hospital

Kasia Jean Marie^{1 2}, Noa Ndoua Claude Cyrille^{1 2}, Belinga Etienne^{1 2}, Kensoung Hermione¹

ABSTRACT

- (1) Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé
 (2) Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

Auteur correspondant : Dr Noa Ndoua Claude Cyrille
 Adresse e-mail : claudenoa@yahoo.co.uk

Mots-clés : Pathologie maternelles - grossesse pathologique - morbidité
Key words: Maternal pathology, pathological pregnancy, morbidity.

Introduction. Maternal and child health is an important part of the health development plans of many countries. All pregnancies being at risk, some of them can be considered of high risk because they are associated with some pathologies. **Objective.** To describe the distribution and the evolution of maternal pathologies in pregnancy at the Laparoscopic Surgery and Human Reproduction Teaching Hospital (CHRACERH). **Methodology.** We carried out a descriptive and analytical, cross-sectional study from May 2016 to May 2019. We included pregnant women whose pregnancy was associated with a maternal pathology diagnosed before or during pregnancy and subsequently gave birth at CHRACERH. We excluded disabilities and trauma in pregnancy. Sampling was consecutive and exhaustive. **Results.** At the end of our study, 249 patients fulfilled our inclusion criteria among the 1132 pregnancies received during our study period giving a prevalence of 22% (95% CI: 19.7 - 24.5). The average age of pregnant women was 31.19 years old. At least one infectious pathology was found in 73.9% of pregnant women; 40.6% had at least one non-infectious pathology. Maternal pathologies found were: malaria (99 cases, 39.8%), genital infections (67 cases, 26.9%), anemia (66 cases, 26.5%), urinary tract infections (23 cases, or 9.2%), hypertensive diseases (20 cases, 8%), HIV infection (19 cases, 7.6%). The most frequent maternal complications were Eclampsia (7 cases, 2.8%) and premature rupture of membranes (6 cases, 1.6%). The fetal complications recorded were threatened abortion, premature delivery and intra-uterine death. **Conclusion.** The main maternal pathologies in pregnancy in our environment are infections (malaria, urogenital infections, HIV) and anemia.

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire le profil épidémiologique et évolutif des pathologies maternelles en grossesse au CHRACERH. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique allant de Mai 2016 à Mai 2019. Étaient incluses, les femmes enceintes dont la grossesse a été associée à une pathologie maternelle diagnostiquée avant ou pendant la grossesse et, l'ayant terminée au CHRACERH. Nous avons exclu les handicaps et les traumatismes en grossesse. L'échantillonnage était consécutif et exhaustif. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire et analysées par les logiciels Epi Info version 3.5.4 et SPSS version 7. **Résultats.** Au terme de notre étude, 249 patientes remplissaient nos critères d'inclusion parmi les 1132 gestantes reçues durant notre période d'étude donnant une prévalence de 22 % (IC à 95%: 19,7 – 24,5). L'âge moyen des gestantes était de 31,19 ans. Au moins une pathologie infectieuse était retrouvée chez 73,9% des gestantes; 40,6% avaient au moins une pathologie non infectieuse. Les pathologies maternelles retrouvées étaient: le paludisme (99 cas, soit 39,8%), les infections génitales (67 cas, soit 26,9%), l'anémie (66cas, soit 26,5%), les infections urinaires (23 cas, soit 9,2%), les pathologies hypertensives (20 cas, soit 8%), l'infection à VIH (19 cas, soit 7,6%). Les complications maternelles étaient dominées par l'éclampsie (7 cas, soit 2,8 %) et la rupture prématurée des membranes (6 cas, soit 1,6%). Les complications fœtales étaient les menaces d'avortement et d'accouchement prématuré, la MFIU, la prématurité. **Conclusion.** Les pathologies maternelles en grossesse dans notre milieu sont dominées par les pathologies infectieuses (paludisme, infections génitales et urinaires, VIH) et l'anémie.

INTRODUCTION

La santé maternelle et infantile fait partie des plans de développement sanitaire de nombreux pays. Pour chaque revue de décès maternel, 30 à 100 femmes sont victimes de morbidités maternelles [1]. Au moins 20 % des maladies dominantes chez les enfants de moins de 5 ans sont liées à la mauvaise santé et à la mauvaise nutrition de la mère, ainsi qu'à la qualité insuffisante des soins pendant

la grossesse, l'accouchement et les premiers jours de la vie [2]. Ainsi, pour réduire les risques de mort naissance et de complications de la grossesse; l'OMS en 2016, a défini un nouveau modèle à huit contacts prénataux remplaçant le modèle de Consultations Périnatales recentrée, constituant ainsi une plate forme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le

dépistage, le diagnostic et la prévention des maladies [3]. Les complications apparaissent le plus souvent pendant la grossesse et pourraient être évitées ou traitées; d'autres qui existaient auparavant s'aggravent à ce moment si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins [4].

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte rétrospective au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) sur une période de 3 ans, allant de Mai 2016 à Mai 2019.

Nous avons inclus toutes les femmes enceintes suivies au CHRACERH dont la grossesse a été associée à une pathologie maternelle diagnostiquée avant ou pendant la grossesse et, l'ayant terminée au CHRACERH. Nous avons exclus les patientes accidentées et celles présentant un handicap survenu avant la grossesse.

L'échantillon était consécutif et exhaustif. Les variables recherchées étaient: les données sociodémographiques (âge, profession, niveau d'instruction; statut matrimonial, lieu de résidence), Les antécédents obstétricaux (formule gravidique), médicaux (antécédents d'HTA, diabète, asthme, cardiopathie, VIH, Hépatite,) et chirurgicaux (antécédents de césarienne, myomectomie) des patientes, le suivi de la grossesse en cours: qualité des visites prénatales (âge gestationnel à la première CPN, nombre de CPN), aspects préventifs (prophylaxies anti anémique, anti paludique) et curatifs (pathologies diagnostiquées et prises en charge durant la grossesse); et le devenir materno-fœtal de la grossesse.

Les données recueillies sur la fiche technique ont été saisies et analysées respectivement à partir des logiciels CS Pro version 7.1 et SPSS version 25.0. Les tableaux ont été dressés grâce aux logiciels Microsoft Office Excel et Word 2013. La moyenne a été calculée pour les variables quantitatives et, l'effectif et la fréquence pour les variables qualitatives. Le tableau croisé a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et quantitatives. Le rapport de côtes (Odd Ratio) avec son intervalle de confiance à 95% a été utilisé pour apprécier le degré d'association entre les variables. Le seuil de significativité a été fixé à 5% soit 0,05.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patientes de notre population était de $31,19 \pm 8,19$ ans avec des extrêmes de 12 à 51 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31 à 36 ans (32,6%). 53,8% des patientes étaient mariées. Les patientes salariées représentaient 67,1% de l'effectif total; 75,9% avaient un niveau d'étude supérieur et 88, 8% des patientes résidaient à Yaoundé. Le tableau I regroupe les caractéristiques socio-démographiques de notre population d'étude.

Les multigestes représentaient 53,8 % de notre population d'étude. 41,4% des gestantes était des nullipares et 32% avait un antécédent d'infertilité. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux sont consignés dans le tableau II.

Tableau I: Profil sociodémographique

Caractéristiques	n	%
Tranche d'âge		
[12-17[	02	0,8
[17-22[	04	1,8
[22-26[	41	16,4
[26-31[	69	27,6
[31-36[	81	32,6
[36-41[	35	14,0
41 et plus	17	6,8
Statut matrimonial		
Célibataire	115	46,2
Marié	134	53,8
Profession		
Etudiante	63	25,3
Salarié	167	67,1
Non salarié	19	7,6
Niveau d'instruction		
Non lettré	1	0,4
Primaire	7	2,8
Secondaire	52	20,9
Supérieur	189	75,9
Lieu de résidence		
Yaoundé	221	88,8
Hors de Yaoundé	25	10,0
Hors du Cameroun	3	1,2

La grossesse était survenue spontanément chez 226 patientes soit 90,8% et 23 gestantes (9,2%) avaient bénéficié d'une assistance médicale à la procréation. 90,8% des gestantes avaient une grossesse unique; 8 (3,2%) avaient une grossesse gémellaire et 4 (1,6%) une grossesse de triplets.

Tableau II: Antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Variables	n	%
Gestité		
Primigeste	61	24,5
Paucigeste	54	21,7
Multigeste	134	53,8
Parité		
Nullipare	103	41,4
Primipare	60	24,1
Paucipare	39	15,7
Multipare	47	18,9
Nombre d'accouchement prématuré		
Zéro	240	96,4
Un à deux	9	3,6
> 3	0	0
Nombre d'avortement		
Zéro	122	49,0
Un à deux	104	41,8
> 3	23	9,2
Mortinatalité		
Zéro	244	98
Un à deux	5	2
> 3	0	0
Infertilité		
	32	12,8

Les pathologies maternelles retrouvées durant la grossesse et classées par ordre de fréquence décroissante étaient: le paludisme (99 cas, soit 39,8%), les infections génitales (67 cas, soit 26,9%), l'anémie (66cas, soit 26,5%).

Les complications retrouvées étaient l'éclampsie (7 cas, soit 2,8 %), la rupture prématurée des membranes (6 cas,

soit 1,6%), les déchirures périnéales (6 cas, soit 1,6%), les hémorragies du post-partum (4 cas, soit 2,4%), et les menaces d'avortement et d'accouchement prématuré (2

cas, soit 0,8%). Le tableau III présente la répartition des complications maternelles en fonction des complications.

Tableau III: Répartition des complications maternelles en fonction des pathologies

Variables	Complications maternelles					
	MAV (N= 2) n(%)	RPM (N = 6) n(%)	MAP (N = 2) n(%)	Eclampsie (N = 7) n(%)	Déchirure (N = 6) n(%)	HPP (N = 4) n(%)
Paludisme	1 (50)	3 (50)	2 (100)	0 (0)	2 (33.3)	0 (0)
Infection génitale	1 (50)	2 (33.3)	0 (0)	1 (14.3)	2 (33.3)	1 (25)
Infection urinaire	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25)
HTA	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)	7 (100)	1 (16.7)	2 (50)
Infection à VIH	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)
Hépatite virale B	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (14.3)	1 (16.7)	0 (0)
Diabète	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

MAV: Menace d'avortement. RPM: Rupture prématurée des membranes
 MAP: Menace d'accouchement prématurée. HPP: Hémorragie du post partum

La grossesse s'est soldée par un avortement dans 3,6% des cas; un accouchement prématuré dans 5,2% des cas, un accouchement en post-terme dans 0,8% des cas et, 90,4% des patientes ont mené leur grossesse à terme.

La voie basse représentait 63,4% (dont 3 cas d'accouchement instrumental) et la césarienne 36,6 % dont 18,8% césariennes électives et 17,8% urgentes (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des gestantes en fonction de l'issue de la grossesse

Variables	n	%
Devenir la grossesse		
Avortement	9	3,6
Accouchement prématuré	13	5,2
Accouchement à terme	225	90,4
Accouchement en post-terme	2	0,8
Voie d'accouchement		
Voie basse	155	62,2
Voie basse instrumentale	3	1,2
Césarienne élective	47	18,8
Césarienne urgente	44	17,8

98,8% des nouveau-nés était vivants, de morphologie normale (99,6%) et avaient une bonne adaptation à la vie extra utérine (94,4%) comme décrit dans le tableau V.

Tableau V: Devenir fœtal des grossesses pathologiques.

Variables	n	%
État à la naissance		
Vivant	246	98,8
Mort-né frais	3	1,2
Mort-né macéré	0	0
Morphologie		
Normale	248	99,60
Malformation	01	0,4
Score d'APGAR		
< 7	14	5,6
≥ 7	235	94,4
Sexe		
Féminin	119	47,8
Masculin	130	52,2
Poids du nouveau-né (en grammes)		
1000g	05	2,0
Petits Poids	17	6,8
Normal	223	89,6
Macrosomie	4	1,6

DISCUSSION

L'âge moyen de notre population d'étude était de 31,19 ans avec des extrêmes de 12 à 51 ans. Nos résultats sont similaires à ceux d'El Hamdani et al au Maroc [5], qui retrouvait un âge moyen de 31,5 ans et des extrêmes variant de 17 à 49 ans et à ceux de Benabdelmalek pour qui l'âge moyen était de 31 ans et extrêmes de 16 ans et 50 ans [6]. La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle de 31 à 36 ans (32,6%). Ce résultat concorde avec celui de Benabdelmalek et al chez qui la tranche d'âge la plus représentée était celle de 31 à 35 ans par contre, Girard et al retrouvait une prédominance chez les gestantes de la 20 à 25 ans [7]. Le niveau d'instruction était le supérieur pour 189 gestantes (75,9%). Ce résultat

ne concorde pas à celui de El Hamdani et al qui retrouvait 93 % des femmes analphabètes dans son enquête avec un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire pour les mères alphabétisées [5]. Cette discordance serait liée au fait que son étude ait été menée en zone rurale où le niveau de scolarisation est souvent faible. La majorité des patientes de notre population d'étude était des multigestes (134 soit 53,8%) et des nullipares (103 soit 41,4%). Ce résultat concorde avec celui de Amoussou et al au Burkina Faso qui retrouvait une majorité de nullipares (42,4%) mais, ne corrobore pas à celui de Girard et al en Lorraine qui retrouvait 94 % de primipares [7]. Ceci s'expliquerait par le fait que notre étude ait été menée dans un hôpital de référence spécialisé dans la prise en charge de l'infertilité d'où la forte proportion de nullipares.

Les patientes n'ayant aucun antécédent médical représentaient 74,8% des gestantes; au moins un antécédent de césarienne était retrouvé chez 28 patientes (soit 11,2%). Ces résultats corroborent à ceux de Girard qui retrouvait que la moitié des femmes incluses avait déclaré au moins un antécédent médical ou chirurgical. La gémellité était retrouvée chez 8 gestantes soit 3,2% par contre, Benabdelmalek retrouvait un taux de 1,44%. La majorité des gestantes avaient un suivi prénatal de bonne qualité. 80,4% avaient effectué 4 à 7 contacts prénatals et 73,5% l'avaient effectué pour la première fois au premier trimestre de grossesse. Ce résultat ne corrobore pas à celui de Benabdelmalek au Maroc qui retrouvait que seulement 28 % de femmes avaient assuré un suivi complet de leur grossesse en réalisant au moins 3 visites [8]. Les traitements prophylactiques anti anémique et anti paludique (TPI) étaient suivis normalement dans une même proportion (94,8% des cas). Ce résultat corrobore celui de Amoussou et al pour qui la prophylaxie anti-palustre était normale chez 59,6 % des patientes mais la prophylaxie antianémique était suivie seulement par 12,8 % des femmes [9]. Les pathologies maternelles retrouvées durant la grossesse et classées par ordre de fréquence décroissante dans notre série étaient: le paludisme (99 cas, soit 39,8%), les infections génitales (67 cas, soit 26,9%), l'anémie (66cas, soit 26,5%), les infections urinaires (23 cas, soit 9,2%), les pathologies hypertensives (20 cas, soit 8%), l'infection à VIH (19 cas, soit 7,6%), l'hépatite virale B (14 cas, soit 5,8%), l'hyperemesis gravidarum (6 cas, soit 2,4%), le diabète (3cas, soit 1,2%) et la maladie thromboembolique (2 cas, soit 0,8%). Les autres pathologies retrouvées étaient la Toxoplasmose (1 cas), la rubéole (1 cas), la condylomatose vulvo-vaginale (2 cas), l'asthme (2 cas), le cancer du sein (1cas), les cardiopathies (1cas). Benabdelmalek et al au Maroc retrouvait en majorité l'asthme (27%), suivi du diabète (22%), des cardiopathies (14,4%), l'épilepsie (3,6%), l'HTA (3,4%), l'anémie (3,2%), les condylomes (2,7%), le VIH (2,3%), la syphilis (2%), l'hépatite virale B (1,8%)[6]. Ceci serait due au fait que l'étude de Tetsa et al a été menée en Afrique de l'Ouest, tandis que celle de Benabdelmalek et al était en Afrique du Nord. Les complications maternelles retrouvées au cours de la grossesse étaient l'éclampsie (7 cas, soit 2,8 %), la rupture prématurée des membranes (6 cas, soit 1,6%), les déchirures de la filière génitale (6 cas, soit 1,6%), les hémorragies du post-partum (4 cas, soit

2,4%), et les menaces d'avortement et d'accouchement prématuré (2 cas, soit 0,8%). Nos résultats concordent avec ceux de Benabdelmalek et al [6] au Maroc qui retrouvait que les complications maternelles étaient surtout les complications hypertensives; cependant, la rupture prématurée des membranes et les déchirures représentaient respectivement 14 % et 12,2%, largement au-dessus de nos résultats. Cette différence serait due à la taille de la population plus petite dans notre étude.

Dans notre population d'étude, la grossesse s'est soldée par un avortement dans 3,6% des cas; un accouchement prématuré dans 5,2% des cas, 90,4% des patientes ont mené leur grossesse à terme, résultats similaires à ceux menés du Maroc où 12,45% des naissances vivantes étaient des prématurés 80,4% des grossesses sont arrivées à terme [6]. La voie basse représentait 63,4% et la césarienne 36,6 % dont 18,8% césariennes électives et 17,8% urgentes. Ces résultats sont similaires à ceux de Benabdelmalek et al qui retrouvait que la voie basse était adoptée dans 66,20% et 33,80 % de césarienne dont 15,42% programmées et 84,57% en urgence [6]. 52,2% (130) de nouveau-nés étaient de sexe masculin et 47,8% féminin, ce résultat concorde avec celui de Benabdelmalek qui retrouvait une prédominance masculine de 52,20% et féminin 42,40% [6]. Les nouveaux-nés étaient de petits poids de naissance dans 6,8% et des macrosomes dans 1,6% des cas ce qui ne concorde pas aux résultats de Benabdelmalek et al qui retrouvait 12,70% des hypotrophes et 8,7% des macrosomes. Notre série a enregistré 3 cas (1,2%) de MFIU et un cas de syndrome polymalformatif tandis que Benabdelmalek et al avait enregistré 21 cas (3,73%) de MFIU et 4 cas de malformations.

CONCLUSION

Les pathologies maternelles en grossesse au CHRACERH sont dominées par les pathologies infectieuses dont le paludisme en premier, suivi des infections génitales puis urinaires. L'anémie, la maladie hypertensive et l'hyperemesis gravidarum sont les trois principales pathologies non infectieuses. Les pathologies maternelles en grossesse aggravent la morbidité materno-foetale. Les complications maternelles sont dominées par l'éclampsie, la rupture prématurée des membranes, les déchirures de la filière génitale et les hémorragies du post-partum. L'amélioration du pronostic de ces grossesses passe par un bon suivi prénatal.

RÉFÉRENCES

1. OMS | Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. WHO.
2. La Situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale. UNICEF.
3. OMS | Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né. WHO.
4. Unicef, 1999, programme pour une maternité sans risque. directives pour la survie de la mère et du nouveau-né, p. 11 - 5. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1993.

5. El Hamdani FZ, Zouini M, Baali A, Aboussad A, Baudot P, Vimard P et al. Morbidité et recours aux soins de santé maternelle des femmes de la ville de Marrakech. Relation avec l'exode rural et les facteurs socio-économiques et biodémographiques. Bull Mém Société Anthropol Paris. 2012 Dec 1;24(3):179–89.
6. Benabdelmalek N. Pathologie maternelle et grossesse (à propos de 556 cas) [Internet] [Thesis]. 2018.
7. Girard F, Burlet G, Bayoumeu F, Fresson M, Bouvier-Colle M, Boutroy. Les complications sévères de la grossesse et de l'accouchement : état des lieux en Lorraine dans le cadre de l'enquête européenne. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 30, N SUP 6 - octobre 2001 pp. 217.
8. Zouini M., Baali A, Cherkaoui M., Hilali M.K, VIMARD PATRICE. (2009). Morbidité maternelle et recours aux soins dans le Haut Atlas occidental au Maroc: l'exemple des vallées d'Azgour et d'Anougal (cercle d'Amizmiz). Marseille : LPED, 14 p. multigr. Congrès de Population, 26., Marrakech (MAR), 2009/09/27-2009/10/02.
9. Koamigan Evado A. Pathologies Associées à La Grossesse A La Maternite Du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo: Etude Des Aspects Epidemiologique, Clinique Et Pronostique – These de doctorat en Medecin publiee sur consulté le 24 aout 2019.