



Cas Clinique

Naissance Vivante après Sept Mortinaissances chez un Couple Désespéré : À Propos d'un Cas à San (Mali)

Live birth after seven stillbirths in a desperate couple : a case report from San (Mali)

Traore Birama¹, Diarra Sirama², Bocoum Amadou³, Djimde Moussa¹, Samake Moussa², Dembélé Yacouba⁴, Sylla Yacouba⁵, Diassana Mama⁶,

Affiliations

- 1-Centre de santé de référence de San Mali
- 2-Centre de santé de référence de la commune IV de Bamako
- 3-CHU Gabriel Toure Bamako Mali
- 4- Centre de santé de référence de Sikasso
- 5- Centre de santé de référence de la commune III de Bamako
- 6- Centre de santé de référence de la commune VI de Bamako

Correspondance :

Dr Traoré Birama, Gynéco-obstétricien au CSREF de San,
Tel 00 223 74177810, Email : trbirama@yahoo.fr

Mots clés : naissance vivante- mortinaissances - couple désespéré- centre de santé de référence de San. Mali

Keywords: live birth - stillbirths - desperate couple - San referral health center. mali

Article history

Submitted: 5 June 2023
Revision requested: 5 August 2023
Accepted: 10 August 2023
Published: 27 August 2023

ABSTRACT

La mortinaissance est un évènement malheureux relativement fréquente. Elle peut avoir comme cause une infection maternelle pendant la grossesse, l'hypertension artérielle ; le diabète ; une complication liée à l'accouchement ; le retard de croissance intra utérin ou une anomalie congénitale. La mortinaissance est décrite comme un facteur de risque d'augmentation de la morbidité psychologique. Ici, nous rapportons une naissance vivante survenue après sept mortinaissances consécutives dans le district sanitaire de San. Un suivi rigoureux de la grossesse et l'accouchement induit à temps a permis d'avoir ce résultat. Une naissance vivante après des mortinaissances consécutives est un traitement efficace de l'altération psychologique.

RÉSUMÉ

Stillbirth is a relatively common unfortunate event. It can be caused by maternal infection during pregnancy, hypertension, diabetes, complications of childbirth, intrauterine growth retardation, or congenital anomaly. Stillbirth is described as a risk factor for increased psychological morbidity. Here we report a live birth that occurred after seven consecutive stillbirths in the San health district. A rigorous follow-up of the pregnancy and the timely induced delivery allowed to have this result. A live birth after consecutive stillbirths is an effective treatment for psychological impairment.

INTRODUCTION

La mortinaissance est définie comme étant la mort d'un fœtus à partir de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée ou un poids à la naissance atteignant 500 grammes [1,2,3]. Elle constitue un véritable désastre pour le couple et un facteur de risque d'augmentation de la morbidité psychologique [6,7,8,9]. Le rapport de risque pour les femmes qui ont déjà eu une mortinaissance par rapport à une naissance vivante est de 1,14 [12].

Les fréquences rapportées dans la littérature sont respectivement 6,2 ; 5,96 ; 5 ; 6,6 et 11,87 pour milles naissances chacune [6,10,11,13,14].

Les causes retrouvées par les auteurs sont entre autres les infections maternelles pendant la grossesse 9,67% [1] 3,8% [5], 7% [15] 15,8% [16] ; les troubles hypertensifs

25,3% [1], 18,7% [5], 14% [6], 25% [14] et 15% [15] ; le diabète 1% [1] 11% [5] 1,4% [14] ; les complications liées à l'accouchement 0,67% [1] ; le retard de croissance intra utérin 20 % [6] et les anomalies congénitales 0,67% [1], 24,8% [4] 5,9% [5] et ; 8,4% [16]. Il existe peu de preuves pour éclairer les recommandations pour la prise en charge d'une grossesse ultérieure après mortinaissance [4]. L'absence d'étude sur les mortinaissances dans notre service a servi d'argument pour rapporter ce cas avec comme objectif de déterminer notre attitude thérapeutique dans la gestion d'une grossesse après mortinaissance.

OBSERVATION CLINIQUE

Madame C D 33 ans, ménagère, 7^{ème} geste 7^{ème} pare avec zéro enfant vivant, avec un antécédent de 07 mort-nés et hypertendue connu non suivi depuis 2014. Elle a été

adressée le 04/01/2022 par un centre de santé communautaire du district Sanitaire pour hypertension artérielle sur une grossesse de 31 semaines d'aménorrhée et 05 jours non suivi avec zéro enfant vivant. Il s'agit d'une patiente qui a fait sept mort nés issues des grossesses dont les termes étaient respectivement 36, 36, 28, 28, 32, 32 semaines d'aménorrhée environ et le dernier cas est survenu en 2019 à 36 semaines d'aménorrhée et trois jours sur terrain d'hypertension artérielle chronique sévère à 160 /110 mm Hg. Admise dans notre service le 23/03/2022 après une longue sensibilisation du mari qui avait totalement refusé la référence de sa femme vers le deuxième niveau de la pyramide sanitaire. À l'examen d'entrée ; elle était anxieuse, sa pression artérielle était 120/70 mm Hg et l'auscultation cardio-pulmonaire était normale. La hauteur utérine était à 30 cm, elle n'avait pas de contractions utérines, le rythme cardiaque fœtal était à 130 battements par minute, le col était mi-long postérieur fermé et ramolli. La recherche d'une infection à HIV, à l'hépatite virale B, à la toxoplasmose, à la syphilis et à la rubéole était négative. Elle était de groupe sanguin O, Rhésus positif avec un taux d'hémoglobine à 11,6 g/dl et une glycémie à jeun 5,66 mmol/L. L'albuminurie était négative à la bandelette urinaire. À l'échographie obstétricale, le Doppler ombilical avait un index de résistance à 0,62, le poids fœtal était estimé 1800 g avec un âge gestationnel à 31 semaine d'aménorrhée et 05 jours. Nous avons conclu à une grossesse évolutive de 32 SA dans un contexte de mortinaissance récurrente et d'hypertension artérielle chronique. Notre conduite tenue a été : l'hospitalisation, la maturation pulmonaire avec la Bétaméthasone en deux injections intramusculaires en raison d'une dose de 12 mg renouveler 24 heures après et l'Amlodipine comprimé 10 mg par jour et l'indication de césarienne élective à 37 Semaines d'aménorrhées. Après trois consultations prénatales réalisées dans notre service dans un intervalle de deux semaines entre les consultations, elle est rentrée spontanément en travail le 28/04/2022 à 36 semaines d'aménorrhée et 03 jours sur un bassin cliniquement normal. Nous avons réalisé la césarienne en urgence et qui a permis la naissance d'un nouveau-né vivant de sexe féminin avec un score d'Apgar à la première minute 8/10 et à la 5^{ème} minute 10/10. Le poids du nouveau-né était 2550 grammes, la taille était à 48 cm, le périmètre crânien était à 32 cm, le périmètre brachial était à 11 cm et le périmètre thoracique était à 33 cm. Les chiffres tensionnels sont restés stable sous l'Amlodipine durant toute la période du post partum.

DISCUSSION

La prise en charge de la grossesse ultérieure après mortinaissance commence à la préconception ou à la visite prénatale initiale et tient compte des antécédents médicaux et obstétricaux.

Cette prise en charge passe par l'accompagnement, la réassurance au troisième trimestre, l'échographie répétée pour exclure le retard de croissance intra utérin à partir de la 28^{ème} semaines d'aménorrhée, le comptage des mouvements fœtaux à partir de 28 semaines, le suivi rapproché de la grossesse à partir de la 32^{ème} semaines de façon hebdomadaire et en fin la décision d'induction

élective de l'accouchement à 39 semaines ou avant 39 semaines si désiré par le couple [6,10]. La décision de procéder à un accouchement précoce pour prévenir la mortinaissance doit intégrer une compréhension des risques accrus de complications maternelles et néonatales par rapport aux bénéfices potentiels [6,10]. Les risques de poursuivre de la grossesse seront variables et largement dépendants des facteurs maternels et fœtaux sous-jacents et les comorbidités de la grossesse en cours [10]. Les accouchements avant 39 semaines de gestation sont associés à un risque accru d'admission dans des unités de soins néonataux spéciaux pour complications respiratoires et autres morbidités [4,10]. Cependant, l'anxiété maternelle avec des antécédents de mortinaissance doit être prise en compte et peut amener à réclamer un accouchement précoce chez les femmes qui sont sensibilisées malgré les risques néonataux associés [4,10]. En fin de compte, les interventions réelles de soins et d'accouchement devraient être basées sur tous les aspects potentiels des conditions maternelles et fœtales, ainsi que les risques et les avantages associés avec le délai d'accouchement suggéré [4,10]. Dans notre étude nous avons reçu la patiente à partir de la 30^{ème} semaine d'aménorrhée malgré cela nous avons initié cette stratégie thérapeutique. En occurrence la notion de réassurance du couple, le mode de surveillance de la grossesse au troisième trimestre de la grossesse et la décision d'accouchement étaient similaires aux données de ces deux auteurs [4,10].

CONCLUSION

L'obtention d'une naissance vivante après une mortinaissance est un traitement efficace de l'altération psychologique induit par la mortinaissance chez un couple. Un accouchement à temps permet d'avoir ce résultat en tenant compte le rapport risque bénéfique.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Nous faisons une mention spéciale pour Professeur Bocoum Amadou et Dr Djimde Moussa pour leur contribution à la rédaction de cet article.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les auteurs pour leur participation active à ce travail scientifique.

REFERENCES

- 1-Baguilane D, A. S. Aboubakari, A. Bassowa, D. Ajavon, T. Ketevi, K. E. Logbo-Akey, B. Baramna, K. Fiagnon, K. Akpadza. Foetal death in utero: Maternal epidemiological and prognostic aspects at Sylvanus Olympio Teaching Hospital in Lomé Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2019, 9, 511-520
- 2-Kyembwa M M, Kahambwe E G, Taji Leki S, Mumbere M, Likilo O J, Katenga B. Mort in utero : Fréquence et facteurs de risque dans la ville de Goma en République Démocratique du Congo International Journal of Innovation and Applied Studies ISSN 2028-9324 Vol. 23 No. 4 Jul. 2018, pp. 661-666
- 3-Ignace B K, & Albert M T A, John N L, Elie Kilolo N U, Michel K N, Prosper K M K. Fréquence et facteurs de risque

- maternels de la mort foetale in utero à Kamina, République Démocratique du Congo Pan African Medical Journal. 2016; 23 :114 doi :10.11604/pamj.2016.23.114.7817
- 4- Sadia A, Moazzam N, Shama A, Raffia S. Frequency of Stillbirths at MCH Centre FGPC Islamabad J. Soc. Obstet. Gynaecol. Pak. 2018; Vol 8. No.1
- 5- Francisca S. Chuwa AH. Mwanamsangu^{2,3}, Benjamin G. Brown⁴, Sia E. Msuya, Elizabeth E. S, Oresta P. M, Festo M, Michael JM. Maternal and fetal risk factors for stillbirth in Northern Tanzania: A registry-based retrospective cohort study PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182250> August 15, 2017
- 6-Uma M. R, MD, MPH. Prediction and Prevention of Recurrent Stillbirth Obstet Gynecol 2007; 110:1151–64)
- 7- Maryam A, Alireza I, Ashraf K, Gholamreza K. Social support: An approach to maintaining the health of women who have experienced stillbirth Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research | July-August 2015 | Vol. 20 | Issue 4
- 8- Carol Kingdon BA, MA, PhD, Jennifer LG, Emer O, Mark T BSc, MBChB, PhD, DRCOG, MRCP(UK). Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth Birth issues in perinatal care Volume 42 Number 3 ,September 2015,ISSN0730-7659
- 9-Ali N, Zahra S, RN, Mansour S. Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths Issues in Mental Health Nursing Volume 38, 2017 - Issue 8
- 10- Torri D, Metz, Rana SB, Ruth C. Fretts, Uma MR, Mark A. Management of Stillbirth ISSN: 2706_8757 Ukrainian journal Perinatology and Pediatrics 2 (86) 2021
- 11- Muhammad AM, Shazia K, Ifra S, Khemchand N M, Ashfaq AM, Razia KF. Frequency of stillbirths in a Tertiary Care Hospital of Karachi Pak J Med Sci 2016 Vol. 32 No. 1 www.pjms.com.pk 91
- 12- Lisa S, Kathleen L, Sohinee B. Recurrent stillbirth: a population-based study from South Australia International Journal of Epidemiology, 2021, Vol. 50, Supplement 1
- 13-Shama M, Fauzia H, Nawaz SA. Still births – eight years’ experience at Aga Khan University Hospital Karachi, Pakistan; The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine Volume 24, 2011 - Issue 3
- 14- Sangaré M. Mortinaissance à la maternité du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse Médecine USTTB/FMOS Bamako, 2022, P110
- 15-Jennifer NA, Abdul-Razak S, Abdul-M, Katherine JG. Determining the cause of stillbirth in Kumasi, Ghana. International journal of Gynecology and Obstetric Volume147, Issue2 November 2019 Pages 173-178
- 16- Reinebrant HE, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, Lourie R, Ellwood D, Teoh Z, Allanson E, Blencowe H. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. BJOG 2018; 125:212–224.