

ACTIVITE DE L'UNITE DE PERINATALOGIE A LA MATERNITE DU CHU D'ORAN DE JANVIER A DECEMBRE 2009.

BENBOUABDELLAH M; RAHAL F; OULHADJA; CHABANE M.N; MERZOUK T.

Unité de PERINATOLOGIE, Service de la Maternité, CHU d'Oran.

RÉSUMÉ :

La périnatalogie est un déterminant majeur de la santé de nos populations, et le binôme « mère-enfant » constitue une population à risque de part sa mortalité élevée, sa morbidité particulière que par l'impact des mesures préventives. Le service de la maternité du CHU d'Oran enregistre près de 12000 à 13000 accouchements par an avec une moyenne de 30 à 40 accouchements par jour. Les césariennes sont pratiquées à raison de 10 à 15 quotidiennement. La mortalité maternelle et périnatale est estimée respectivement à 96,2 et à 45/1000 naissances vivantes. L'objectif de ce travail est d'apporter certains éléments qui permettront de mieux agir pour réduire ces taux de mortalité. Sur une période allant de janvier à décembre 2009 inclus, les variables étudiées sont : les provenances des évacuations des patientes, leurs pathologies, les menaces d'accouchements prématurés ainsi que le mode d'accouchement. Quant aux nouveau-nés, elles concernent les motifs d'hospitalisation, les malformations rencontrées et les décès. Les résultats objectivent 11863 hospitalisations avec 8224 (69,3%) accouchements dont 4% d'évacuations venant des villes situées dans un rayon de plus de 200 km de la ville d'Oran. Le taux de césarienne est de 33,9 %. Les menaces d'accouchements prématurés représentent 5,8%. Dans 5% des cas les grossesses étaient pathologiques. On constate 1,3 % de mort *in-utero* ; 1,9% de morts- nés. Les nouveau-nés sont hospitalisés dans 8,3% des cas. Les motifs d'hospitalisation rencontrés sont les ictères dans 29 % des cas dont 15,2 % d'ictères précoces et la prématurité représente 21,2%. La pathologie du tube neural est la plus fréquente. Le décès est constaté dans 2,3% des cas notamment durant les 48 h premières heures de vie. La maternité du CHU accueille toutes les patientes gestantes avec ou sans pathologie associée. Elle reste néanmoins, la structure de référence de dernier recours. La surveillance prénatale doit s'organiser autour des secteurs sanitaires, universitaires et privés. Nos résultats suggèrent une surveillance multidisciplinaire, l'accessibilité et le suivi des grossesses à risques. L'organisation d'une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques encourus sont impératifs. Aussi, la vérification de la confirmité lors des soins néonataux en salle de naissance et des différentes prises en charge des pathologies du nouveau-né, restent les perspectives d'avenir proche de la périnatalogie à Oran particulièrement et en Algérie en général.

Mots clés : Périnatalogie, Oran, Malformations, Mortalité maternelle.

ABSTRACT : THE ACTIVITY TO PERINATOLOGY IN THE MATERNITY WARD OF HOSPITAL OF ORAN FROM JANUARY 2009 TO DECEMBER 2009.

The perinatology is a major determinant of the health of our people, and the binomial «parent -child» is a population at risk because of its high mortality, morbidity by its particular the impact of preventive measures. The maternity ward of Hospital records nearly 12.000 to 13.000 deliveries per year with an average of 30-40 deliveries per day. Caesarean sections are performed at a rate of 10 to 15 daily. Maternal and perinatal mortality is estimated at repectively 96.2 and 45/1000 live births. The objective of this work is to provide some elements which will further act to reduce these mortality rates. Materials ans methods over a period from January 2009 to December 2009 inclusive, the variables studied are : the origins evacuations of patients and their diseases, treats of premature labor and the mode of delivery. As newborns, they concern the reasons fir hospitalization, malformations encountered and death. The results demonstrate 11,863 hopitalizations with 8224 (69.3%) deliveries that 4% of evacuations from towns within a radius of over 200km from the city of Oran. The cesarean rate is 33.9%. Threats of premature births represent 5.8%. In 5% of cases were pathological pregnancies. There is 1.3% died *in utero*, 1.9%stillbirths. Newborns hospitalized in 8.3% of cases. hospitalization patterns are encountered jaundice in 29% of cases with 15.2% of early jaundice and premarutity is 21.2%. the pathology of the neural tube is the most common. Death is found in 2.3% of cases especially during the first 48h hours of life. The maternity hospital welcomes all pregnant patients with or without associated pathology. It remains, however, the benchmark of last resort. Prenatal care to be organized around the health sector, academic and private. Our results suggest a multidisciplinary surveillance, access and monitoring high-risk pregnancies. the organization of care prior to the delivery risks are adapted to requirements. Also, cheking the confirmity during neonatal care in the delivery room and different pathologies supported newborn, prospects remain near perinatology in oran in Algeria and especially future in general.

Key words : Perinatology, oran, Malformations, Maternal mortality.

INTRODUCTION

La périnatalité est un déterminant majeur de la santé de nos populations, et le binôme « mère-enfant » constitue une population à risque de part sa mortalité élevée, sa morbidité particulière que par l'impact des mesures préventives.

Le service de la maternité du CHU d'Oran est une structure qui enregistre près de 12000 à 13000 accouchements par an avec une moyenne de 30 à 40 accouchements par jour. On pratique 10 à 15 césariennes quotidiennement. Ce service draine toutes les wilayas de l'Ouest algérien. On retrouve une pathologie maternelle très variée et importante. Cette diversité de pathologies est retrouvée aussi chez les nouveau-nés.

La mortalité maternelle et périnatale est estimée respectivement à 96,2 et à 45 / 1000 naissances vivantes.

Afin d'apporter certains éléments qui permettront de mieux agir pour réduire ces taux de mortalité, l'objectif principal de ce travail est d'analyser les différentes pathologies de la mère et du nouveau-né, leurs complications et les difficultés de leurs prises en charge.

PATIENTS ET METHODES

1. Patients

L'analyse de cette activité porte sur une période allant de janvier à décembre 2009 inclus, soit une durée de 12 mois.

Les variables étudiées dans ce travail portent surtout sur les provenances des évacuations des patientes, leurs pathologies, les menaces d'accouchements prématurés ainsi que le mode d'accouchement.

Quant aux variables étudiées chez les nouveau-nés, elles concernent les motifs d'hospitalisation, les malformations rencontrées et les décès.

2. Méthodes

Les sources d'informations analysées proviennent des dossiers d'hospitalisations des patientes d'obstétriques et ceux des nouveau-nés admis à l'unité de périnatalogie.

Seuls les parturientes et les nouveaux-nés dont les items à analyser figurent dans les dossiers respectifs ont été inclus dans cette étude.

Les données ont été analysées en terme de filière de recrutement ainsi que la fréquence des pathologies.

RESULTATS

1. Analyse de l'activité de la maternité (en termes d'accouchements)

Le service de gynéco-obstétrique du CHU d'Oran est une structure qui dispose de 180 lits d'hospitalisations. L'analyse de son activité montre les résultats suivants : 11863 hospitalisations avec 8224 (69,3%) accouchements dont 4% d'évacuations. Elles viennent essentiellement des villes situées dans un rayon de plus de 200 km de la ville d'Oran : Mascara, Relizane, Mostaganem, Chlef et Tiaret (Figure 1). On observe 2787 accouchements par césarienne soit 33,9%. La présentation de siège représente 5,6% des cas, la transverse et celle de face sont retrouvées dans moins de 1% des cas (Figure 2).

Les menaces d'accouchements prématurés représentent 5,8%. Les naissances prématurées sont retrouvées dans 1,8% des cas. Les grossesses pathologiques sont observées dans 5% des cas (406 accouchements) dont 13% avaient une cardiopathie (CIV, pathologie mitrale...); 3,4% des cas avaient une hypertension artérielle antérieure à la grossesse et 1% des cas avaient un diabète (hors diabète gestationnel). L'accouchement sur grossesse

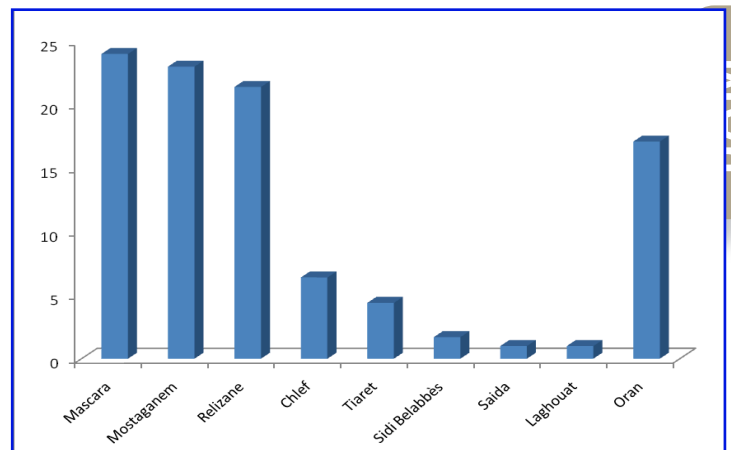


Figure 1. Provenance des évacuations des parturientes.

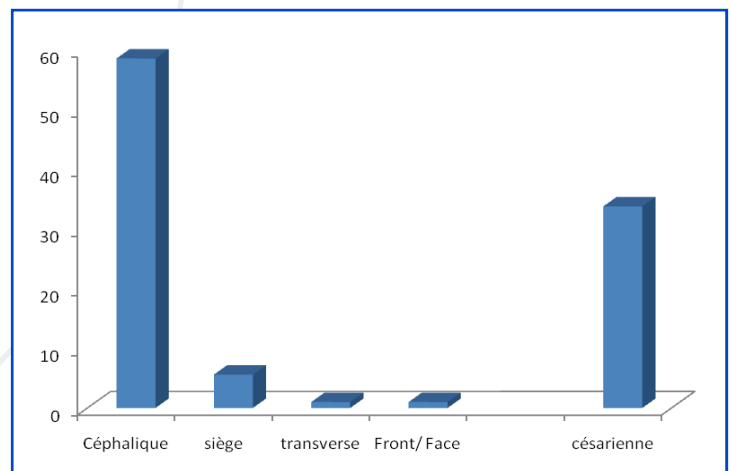


Figure 2. Pourcentage du mode d'accouchements.

et infection à VIH+ est noté chez 11 parturientes. On retrouve aussi, 4 cas d'accouchements sur grossesse et cancer du sein ; et 3 cas sur grossesse et hépatite B. On note 156 cas d'iso-immunisation rhésus. La multiparité des grossesses est observée dans 136 cas (9 cas de triplés, un cas de quadruplés et 126 cas de gemellités).

On constate 1,3 % de mort *in-utero*; 1,9% de morts-nés et 6 cas de nouveau-nés anencéphales.

On déplore cinq décès en post-partum dont 1 cas de HELLP Syndrome avec un état de mal convulsif, 2 cas d'hémorragie du post-partum, 1 cas d'hémorragie de la délivrance et 1 cas de méningite associée à une épilepsie.

2. Analyse de l'activité de l'unité de périnatalogie

L'unité de périnatalogie se trouve à l'intérieur du service de la maternité. Elle dispose de 16 lits d'hospitalisation. L'analyse de son activité retrouve les résultats suivants : 681 nouveau-nés hospitalisés sur l'année 2009, soit 8,3% des accouchements. Les motifs d'hospitalisation rencontrés sont les ictères dans 29 % des cas dont 15,2 % d'ictères précoces. L'incompatibilité rhésus est rencontrée chez 4 nouveau-nés. La prématurité représente 21,2% des hospitalisations. La détresse respiratoire, l'asphyxie périnatale et l'infection materno-fœtale sont observées respectivement dans 7,8%; 8,3% et 11% des cas. Le retard de croissance intra utérin, l'hypotrophie et la macrosomie sont notés dans 12,4%, 2,2% et 3,5% des cas respectivement. On constate 11 nouveau-nés de mère VIH+ (tableau I). Le reste des motifs d'hospitalisations sont représentés dans le tableau II.

Tableau I. Motifs d'hospitalisation des nouveau-nés.

Motifs	Nombre	%
Détresse Respiratoire	53	7,8
Asphyxie périnatale	56	8,3
Ictère	197	29
précoce	30	15,2
Infection materno-fœtale	75	11
Macrosomie	24	3,5
RCIU	84	12,4
Prématurité	144	21,2
Infection à VIH	11	1,6
Hypotrophie	15	2,2

Tableau II. Autres motifs d'hospitalisation et malformations.

Motifs	Nombre
Omphalocèles	10
LCH	8
Spina bifida	13
Hydrocéphalie	13
Convulsions	6
Aspect Trisomique	4
Ventricule Unique	2
Cardiopathie Complexe	2
Rectorragie	2
Laparoschisis	2
Hernie diaphragmatique	2
Syndrome Polymalformatif	8
Autres (hypothermie, hypo glycémie, ascite fœtale ...)	11

On a retrouvé 10 cas d'hydrocéphalie dont 2 tétra ventriculaires, 13 cas de spinabifida, 4 cas de cardiopathies (2 cas de ventricule unique et 2 cas de cardiopathies complexes). On note 4 % de nouveau-nés issus de grossesse multiples (gemellité, triplés et un cas de quadruplés).

On constate 16 décès (2,3%) dont 14 nouveau-nés décédés dans les 48 h premières heures de vie. La détresse respiratoire est retrouvée dans la quasi-totalité des cas (tableau III).

On observe 7 prématurés dont l'âge gestationnel (AG) ne dépasse pas 31 semaines d'aménorrhée (SA) avec 3 cas à 25 SA, 1 cas à 28 SA, 2 cas à 30SA et 1 cas à 31 SA. Parmi ces décès on note 2 syndromes poly malformatifs, une spinabifida, un méningocèle, 1cas de retard de croissance intra-utérin (RCIU) sévère, un cas dont la mère avait un syndrome des anticorps anti phospholipides (SAAPL) et 1cas chez qui la mère avait un hématome rétroplacentaire (HRP). Chez les 5 nouveau-nés décédés à 32 SA, on retrouve 3 cas d'infections materno-fœtales (IMF), un cas de bactériémie et un cas de HRP chez la mère. Les autres décès concernaient des prématurés de 33 et 34 SA, dont 3 cas avec pré-éclampsie sévère chez la mère.

DISCUSSION

La santé de la mère et la santé périnatale sont indissociables. La présente analyse est centrée surtout sur l'importance des évacuations des parturientes en dehors de la wilaya d'Oran, de leurs pathologies multiples ainsi que des différents motifs d'hospitalisations des nouveau-nés et des malformations rencontrées. La maternité du CHU d'Oran draine non seulement les patientes de la ville d'Oran et de sa périphérie mais aussi une grande partie des villes de l'Ouest algérien (Figure 1). Le nombre d'évacuations et d'accouchement est stable sur toute l'année (Figure 2). Ces évacuations sont le fait d'un manque de personnel soignant multidisciplinaire suffisant, de la diversité des pathologies retrouvées et de leurs difficultés de prises en charge dans les structures périphériques. Certes, la grossesse est un état physiologique mais quand il survient sur une pathologie, la prise en charge se complique. On sait que le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ainsi que du nouveau-né sont des facteurs essentiels pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Malheureusement, de nos jours encore, la grossesse passe inaperçue pendant les trois premiers mois de gestation. Cette particularité concerne surtout les jeunes primipares par manque d'information et d'éducation sanitaire. Selon les résultats préliminaires d'une enquête nationale à indicateurs multiples (MICS3), en Algérie, 10% de femmes enceintes n'ont pas bénéficié de consultation prénatale [1].

Tableau III. Répartition des 16 décès selon l'AG et la pathologie associée du nouveau-né et de la mère.

Age Gestationnel (SA)	Nombre	Pathologie du NNé associée	Pathologie de la mère associée
25	3	Détresse Respiratoire ++	
28	1	Détresse Respiratoire ++	
30	2	Détresse Respiratoire ++	SAAPL
31	1	Détresse Respiratoire ++ Syndrome Poly malformatif Spina bifida Méningocèle RCIU ++	HRP
32	5	Détresse Respiratoire ++ Bactériémie Infection materno fœtale	HRP
33	1	Détresse Respiratoire ++ Etat de mal convulsif Infection materno fœtale	
34	3	Détresse Respiratoire ++	Pré éclampsie sévère

Dans notre série, la multiparité a concerné 136 accouchements soit 1,7 % des 8224 accouchements. Le traitement pour stérilité n'a été préconisé que dans 3 cas. Une partie des grossesses multiples est la conséquence de l'utilisation abusive des inducteurs de l'ovulation tout particulièrement par la médecine privée. Les autres grossesses multiples sont spontanées.

Le problème de prise en charge des pathologies complexes explique la forte affluence vers la maternité du CHU d'Oran. En plus des pathologies cardiaques, métaboliques, neurologiques et de maladies auto-immunes rencontrées dans notre étude, viennent se rajouter des pathologies néoplasiques. Nous avons une série de grossesses avec cancer du col, cancer de l'utérus, des leucémies et le cancer du sein reste dominant. Ainsi, l'association des difficultés des différentes prises en charge respectives vient compliquer la globalité de cette grossesse. Renforcer l'accessibilité et l'efficacité des consultations prénatales devient impératif car certaines pathologies peuvent compromettre à la fois le pronostic fœtal, néonatal et maternel.

Le pourcentage élevé des césariennes (33,8%) est un autre facteur qui explique la difficulté de ces grossesses à «haut risque» évacuées et réceptionnées à la maternité du CHU d'Oran. Les césariennes sont faites en urgence pour sauvetage maternel et fœtal.

Les taux de la menace d'accouchement prématuré (5,8%) et de naissances prématurées (32,5%) retrouvés dans notre série traduisent la défaillance du système de protection materno-fœtal, en particulier la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré. Cette naissance avant terme peut être aussi la conséquence du taux élevé de grossesses multiples (1,7%), de la variabilité des pathologies rencontrées ou de l'insuffisance, voire l'absence de prise en charge des grossesses quelles soient à risque ou même non pathologiques (primipare par exemple). Ces explications peuvent être attribuées aussi aux nombres de morts-nés et de morts *in-utero* constatés dans notre série.

Pour la partie concernant le nouveau-né, les résultats enregistrés sont le reflet de la prise en charge de la grossesse et de l'organisation de l'accueil du nouveau-né. Le pourcentage de 8% d'hospitalisations est expliqué par le fort pourcentage de la prématurité notamment des prématurés nés avant 34 semaines d'aménorrhée, de petits poids de naissance et de l'absence de structures adéquates pour les recevoir.

L'ictère reste néanmoins, le motif principal des hospitalisations. On a eu recours à quatre exanguino-transfusions par manque de photothérapie intensive pour les ictères précoces par incompatibilité dans le système rhésus. Les autres ictères précoces étaient par incompatibilité dans le groupe ABO. Nous n'avons pas eu d'ictère nucléaire dans notre série. La prématurité hépatique joue aussi un rôle important dans les autres ictères.

L'infection fœto-maternelle est fréquente et pose un problème de diagnostic bactériologique. Les nouveau-nés ont été traités par une bithérapie (β lactamines, céphalosporine de 3^{ème} génération avec un aminoside) selon les données du programme de périnatalogie [2], sur la seule présence d'une fièvre maternelle, notion de la rupture prématurée de la poche des eaux ou d'un liquide amniotique fétide avec une CRP élevée (quand on peut l'avoir). Nous n'avons jamais mis en évidence de germe causal par manque de pratique de prélèvements gastriques et de prélèvements périphériques.

La détresse respiratoire et l'asphyxie périnatale sont fréquentes. Certes elles sont les conséquences d'une mauvaise adaptation à la vie extra utérine, mais surtout de la non disponibilité de structures d'accueil. Nous ne disposons pas de service de réanimation néonatale.

On remarque, dans notre série, la présence de nombreuses mal-

formations : cardiaques, neurologiques, ostéo articulaires et digestifs. L'insuffisance, voire l'absence des diagnostics en anté-natal, la multiparité et aussi peut-être la consanguinité qui n'a pas été prise en considération dans cette étude rétrospective, peuvent expliquer l'existence de ces importantes malformations. La grande prématurité explique la presque totalité des 16 décès déplorés. L'immaturité pulmonaire, hépatique et l'absence de structures spécialisées pour recevoir ces prématurés peuvent être aussi la conséquence de ces décès. La présence de malformations associées vient compliquer l'état fragile existant.

CONCLUSION

La maternité du CHU d'Oran est un service de gynéco-obstétrique qui accueille toutes les patientes gestantes avec ou sans pathologie associée. Elle reste, néanmoins, la structure de référence de dernier recours.

La prise en charge d'une grossesse doit débuter dès la conception d'une façon régulière jusqu'à la naissance. Cette problématique ne peut être résolue que par des ressources humaines et techniques de surveillance prénatale qui doivent s'organiser autour des trois secteurs correspondant à trois zones d'activités précises : secteur sanitaire, le secteur universitaire et le secteur privé.

Les résultats de cette évaluation suggèrent une surveillance multidisciplinaire, l'accessibilité et le suivi des grossesses à risque. L'organisation d'une prise en charge préalable à l'accouchement adaptée aux risques encourus sont impératifs. Aussi, la vérification de la confirmation lors des soins néonataux en salle de naissance et des différentes prises en charge des pathologies du nouveau-né, restent les perspectives d'avenir proche de la périnatalogie à Oran, particulièrement et en Algérie en général.

RÉFÉRENCES

1. **Rapport préliminaire.** MICS3 Algérie. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples. Juillet 2007.
2. **Lebane D.** Programme National Périnatalité. Programme triennal. 2006 - 2009.