

# UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé

(Section Médecine)

Année universitaire : 2002-2003

THESE N°049

***PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE A LA MATERNITE DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO :  
ETUDE DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET  
PRONOSTIQUE***

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 2003 à 16 heures  
pour l'obtention du **GRADE de DOCTEUR en MEDECINE**  
**(DIPLOME D'ETAT)**

Par :

**Koamigan Evado AMOUSSOU**  
Né le 26 avril 1975 à Gagnoa (RCI)

Directeur de thèse :

Pr Ag Jean LANKOANDE

Jury :

**Président :** Pr Ag Michel AKOTIONGA

**Membres :** Pr Ag Jean LANKOANDE

Dr Blandine THIEBA

Dr Norbert RAMDE

*Liste du personnel...*

# UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
Unité de formation et de Recherche  
des Sciences de la Santé  
( UFR/SDS )  
-----

Année Universitaire 2003/2004

## LISTE DES RESPONSABLES DE L'ADMINISTRATION CENTRALE

Directeur	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Arouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la section Médecine	Pr. Ag. Arouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la section Pharmacie	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Directeur des stages de l'UFR SDS (Bobo-Dioulasso)	Pr Ag. Blami DAO
Directeur des stages de la section Médecine	Pr Ag. Alain BOUGOUMA
Directeur des stages de la section Pharmacie	Dr Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. Fakouo TRAORE
Service Administratif, Financier et Comptable	M. Lazare DOUAMBA
Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE
Secrétaire du Directeur	Mme Juliette DIARI
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme Hakiéta KABRE

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS**  
**AU TITRE DE L'ANNEE 2003 / 2004**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires**

GUIGUEMDE Tinga Robert	Parasitologie
SOUDRE Bobilwindé Robert	Anatomie-Pathologique
SANOU Amadou	Chirurgie Générale et Digestive
GUISSOU Innocent Pierre	Pharmacologie & Toxicologie
KONE Bibiane	Gynécologie-Obstétrique
SAWADOGO Alphonse	Pédiatrie
SONDO Blaise	Santé Publique
DRABO Y. Joseph	Médecine Interne/Endocrinologie

**Maitres de Conférences**

OUEDRAOGO Kongoré Raphaël	Chirurgie -Traumatologie
TALL François René	Pédiatrie
ILBOUDO Piga Daniel	Gastro-entérologie
KAM Ludovic	Pédiatrie
LANKOANDE Jean	Gynécologie-Obstétrique
OUOBA Kampadilemba	Oto Rhino Laryngologie
SANOU Issa *( en détachement)	Pédiatrie
WANDAOGO Albert	Chirurgie Pédiatrique
LENGANI Adama	Néphrologie
TRAORE Adama	Dermatologie - Vénérologie
OUEDRAOGO Arouna	Psychiatrie
SANOU Joachim	Anesthésie-Réanimation

TAPSOBA Théophile L.	Biophysique - Médecine Nucléaire
SAWADOGO Mamadou	Biochimie
AKOTIONGA Michel	Gynécologie-Obstétrique
BOUGOUMA Alain	Gastro-Entérologie
CISSE Rabiou	Radiologie
DAO Blami	Gynécologie- Obstétrique
KI-ZERBO Georges	Maladies Infectieuses
OUANGO Jean Gabriel	Psychiatrie
OUEDRAOGO/TRAORE Rasmata	Bactériologie-Virologie
SANO Daman	Chirurgie Viscérale
ZABSONRE Patrice	Cardiologie
<b><u>Maîtres-Assistants</u></b>	
TRAORE Abdoulaye	Santé Publique
TRAORE Lady Kadidiatou	Parasitologie
TRAORE Si Simon	Chirurgie Viscérale
NIAKARA Ali	Cardiologie
TOURE Boubakar	Gynéco-Obstétrique
NACRO Boubacar	Pédiatrie
KARFO Kapouné	Psychiatrie
KABRE Abel	Neuro-Chirurgie
MILLOGO Athanase	Neurologie
NIKIEMA Jean Baptiste	Pharmacognosie
YE Diarra / OUATTARA	Pédiatrie
BONKOUNGOU Pingwendé	Pédiatrie
OUEDRAOGO Nazinigouba	Réanimation / Physiologie

TRAORE Antoinette / BELEM	Pédiatrie
DAO Maïmouna / OUATTARA	ORL
KAMBOU Timothée	Chirurgie Urologique
DAO Maïmouna / OUATTARA	ORL
BAMOUNI Y. Abel	Radiologie
ZOUBGA Alain	Pneumologie
KYELEM Nicole Marie / ZABRE	Maladies Infectieuses
OUEDRAOGO Laurent	Santé Publique
SAMANDOULOGOU André K.	Cardiologie
LOUGUE Claudine Léonie / SORGHO	Radiologie
BANDRE Emile	Chirurgie générale et digestive
SANGARE Lassana	Bactériologie-Virologie
OUEDRAOGO Martial	Pneumo-Phtisiologie
NIAMPA Pascal Antoine	Dermatologie Vénérologie
MEDA Nonfounikoun Dieudonné	Ophtalmologie
SAWADOGO Appolinaire	Gastro-Entérologie
SOME Issa Touriddomon	Chimie Analytique
NEBIE Lucie Valerie Adélaïde	Cardiologie
SEMDE Raşmané	Pharmacie Galénique
DABOUE Arsène M. D.	Ophtalmologie
BAMBARA Moussa	Gynécologie-Obstétrique
BARRO Fatou	Dermatologie Vénérologie
MILLOGO Françoise Danielle /TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
GOUMBRI Olga / LOMPO	Anatomie Pathologique

OUEDRAOGO Théodore	Anatomie Humaine
SERME Abdel Karim	Gastro-Entérologie
THIEBA Blandine	Gynécologie-Obstétrique
ZOUNGRANA Robert O.	Physiologie Humaine

### **Assistants**

DA S. Christophe	Chirurgie Traumatologique
KABRE Elie	Biochimie
KAFANDO Eléonore	Hématologie
KERE Moussa	Santé Publique
NACOULMA Eric	Hématologie
NACOULMA Innocent	Orthopédie-Traumatologie
OUEDRAOGO Dieudonné	Chirurgie maxilo-faciale
OUEDRAOGO Z. Théodore	Santé Publique
SAKANDE Jean	Biochimie
SANON Aurélien Jean	Chirurgie Digestive
SANOUE Idrissa	Bactériologie-Virologie
SEKOULE Syranan	Psychiatrie

### **Enseignants de l'IRSS/CNRST**

OUEDRAOGO Jean Bosco	Parasitologie
SOURABIE Seydou	Biochimie

### **Enseignants à temps plein**

OUEDRAOGO Hamadé	Anesthésie-Réanimation physiologie
OUEDRAOGO Moussa	Pharmacologie
THIOMBIANO Rigobert	Maladies Infectieuses

*Je dédie ce travail...*

*...A YAHVE, Dieu de l'Univers :*

Tu es le début et la fin de toute chose. Merci pour la vie que tu nous donnes.

*...A toutes les femmes :*

qui, à travers le monde souffrent en donnant la vie : nous travaillerons sans cesse afin de soulager vos douleurs.

*...A papa et à maman :*

Je vous aime. Merci pour tout ce que vous faites pour moi depuis toujours.

*...A tous mes frères et sœurs :*

Je vous adore, restons unis. Merci pour votre soutien moral.

*...A Gisèle ma chérie :*

Toi qui a toujours fait preuve de patience à mon égard, sois patiente, le soleil brillera et les fruits mûriront. Je t'aime de tout mon cœur.

*... A mon fils Christian Agbelenko :*

Tu me redonnes du souffle à chaque fois que je te vois sourire.

*...A mes oncles, tantes, cousins et cousines :*

Votre soutien est pour moi inestimable.

*...A mes beaux-parents, Monsieur et Madame Traoré :*

Merci pour la confiance que vous me faites. Votre fille est entre de bonnes mains.

*...A Raïssa, Armel, Aïda, Aimé, Alex :*

Vous m'avez accepté comme l'un des vôtres. Je vous porte tous, dans mon cœur.

*...A tous mes neveux et nièces :*

Seul le travail fait de l'homme ce qu'il devient. Du courage pour vos études.

*...A mon maître Maurice Portiche :*

Ma reconnaissance pour vous est sans limites. Soyez rassuré que votre enseignement sera utilisé pour la paix, l'amour et la santé.

*...A Monsieur et Madame Konombo :*

Les mots me manquent pour vous exprimer mes sentiments. Que Dieu vous récompense au centuple.

*...A Monsieur et Madame Ouandaogo :*

Vous m'avez reçu comme un frère. Ce travail est aussi le vôtre.

*...A l'association du Tai Chi Chuan au Burkina Faso :*

Ensemble fortifions notre esprit. La dureté de l'entraînement se transformera en joie de vivre.

*...A Madame Kouraogo Anicet :*

Vous avez participé à l'achèvement de ce travail. Merci pour votre aide.

*...A Madame Ilboudo Angéline :*

Votre soutien me fut précieux.

*...À Madame Ouédraogo Sophie et À Madame Ouédraogo Elise :*

Ce travail est aussi le vôtre.

*...À Amariane Koné :*

Tes conseils en informatique m'ont été inestimables. Que Dieu te soutienne dans toute ta carrière.

*...À Linda :*

Ta présence sera toujours pour moi une aide. Merci pour tes conseils.

*...À tous mes amis et amies :*

Ce travail est le fruit de votre soutien permanent. Merci !

*...À toutes les sage-femmes :*

Du courage, vous serez récompensées.

*...À tous les médecins, Internes, externes des Hôpitaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso :*

Je vous souhaite beaucoup de courage dans votre pratique.

*...À tout le personnel de la maternité de Ouagadougou :*

Vous avez participé à ma formation. je vous remercie.

*...À tous les enseignants de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé :*

J'ai tout appris auprès de vous. Soyez-en récompensés.

*...À tous ceux qui n'ont pas été cités :*

Mon cœur déborde de reconnaissance pour vous.

*Remerciements...*

*...A Bruno :*

Je te souhaite une très bonne carrière de médecin.

*...Au Docteur Ali Ouédraogo :*

Votre patience et votre douceur sont pour moi un idéal. J'espère pouvoir vous imiter. Merci pour votre aide.

*...A Monsieur et Madame Yaméogo :*

Ce travail est aussi le vôtre. Merci pour votre soutien.

*...A tous les médecins et le personnel de la maternité du CHN'YO :*

C'est pour moi une joie de travailler à vos côtés.

*...A mon cousin Ouédraogo Mamadou :*

Toi qui m'a aidé lors de mes recherches...

*A nos maîtres et juges...*

***Le Docteur Norbert RAMDE***

*Vous êtes médecin légiste, chargé de cours à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS)*

Votre sens de l'écoute et l'intérêt que vous accordez à vos étudiants suscitent l'admiration de tous. En travaillant à vos côtés, vous nous avez inculqué le sens du travail méthodique, scientifique et bien fait. Merci.

***Le Docteur Blandine THIEBA***

*Maître-assistante de gynécologie et d'obstétrique à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé.*

Votre sympathie et votre enthousiasme au travail nous ont beaucoup séduit tout au long de notre cursus. Vous êtes restée ouverte à nos sollicitations et vous ne pouvez imaginer l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez rassurée, cher Maître de notre reconnaissance.

***Le Professeur agrégé Jean LANKOANDE***

*Maître de conférence, agrégé de gynécologie et d'obstétrique à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Chef du service de la maternité du centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO.*

Cher Maître, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant malgré vos lourdes tâches de diriger ce travail. Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et vous nous avez guidé tout au long de son élaboration. Votre franchise, votre rigueur dans le travail, vos connaissances scientifiques et vos grandes qualités humaines forcent l'admiration. Nous vous prions, cher Maître, de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre admiration.

***Notre maître et Président du jury, le professeur agrégé Michel AKOTIONGA***

*Vous êtes maître de conférence à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS)*

*Vous êtes professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique*

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury, ceci malgré vos multiples occupations.

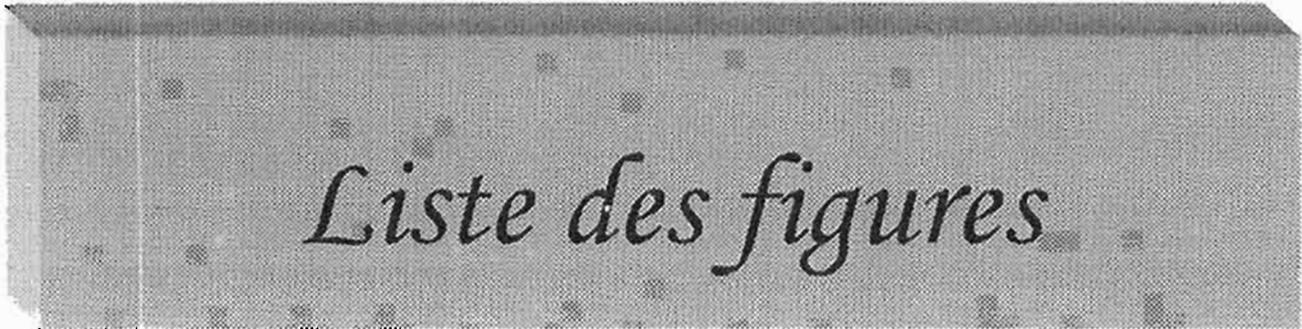
Votre grande simplicité, votre constante disponibilité nous ont particulièrement marqué.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude et de notre grande admiration.



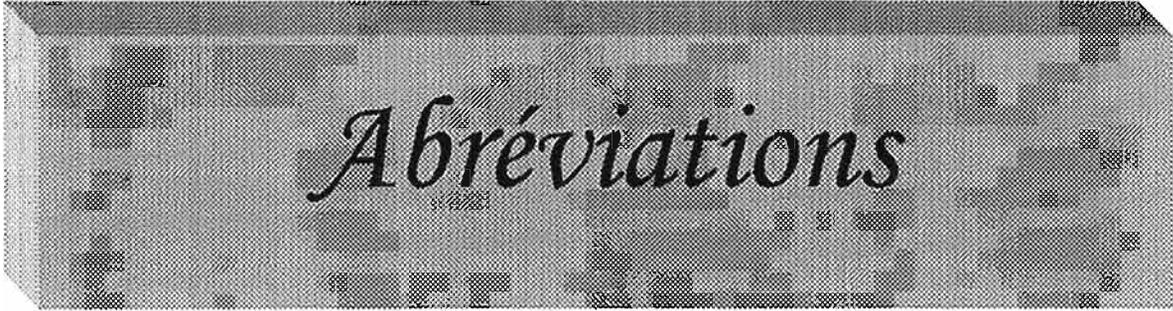
*Liste des tableaux*

N°	DESIGNATION	PAGE
I	Calcul du coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) selon Papiernik	annexe
II	Score de tocolyse (d'après Gruber W. et Baumgarten K.)	30
III	Probabilité de succès de blocage du travail pendant une semaine en fonction du score de tocolyse	30
IV	Fréquence des motifs de consultation	53
V	Répartition de 18 femmes en fonction de la méthode contraceptive utilisée	54
VI	Fréquence des différents antécédents médicaux	55
VII	Répartition de 236 femmes en fonction de l'âge de la grossesse à l'admission	56
VIII	Répartition des femmes en fonction de la pathologie survenue au cours de la grossesse avant l'hospitalisation	56
IX	Répartition de 94 femmes en fonction du personnel effectuant la CPN	57
X	Fréquence des différentes pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse lors de l'hospitalisation chez 236 femmes par rapport au nombre total des admissions	59
XI	Répartition des femmes en fonction de la cause de l'arrêt de la grossesse lors de l'hospitalisation	60
XII	Répartition des femmes en fonction des complications rencontrées, par rapport au nombre d'admission	60
XIII	Fréquence des étiologies probables de l'anémie	64
XIV	Fréquence des motifs de consultation dans l'infection urinaire à propos de 56 femmes enceintes	66
XV	Fréquence des complications associées au paludisme	69
XVI	Répartition des gestantes admises pour menace d'avortement selon l'âge	80
XVII	Répartition des étiologies probables de la menace en fonction du type d'avortement.	82
XVIII	Fréquence des étiologies de la menace d'accouchement prématuré	84
XIX	Fréquence des accouchements prématurés en fonction du type de menace	85



*Liste des figures*

<b>FIGURE</b>	<b>DESIGNATION</b>	<b>PAGE</b>
<b>Figure 1</b>	Distribution de la population par classe d'âge	50
<b>Figure 2</b>	Répartition de 236 femmes en fonction de l'activité principale	51
<b>Figure 3</b>	Répartition de 236 femmes en fonction du mois d'admission	52



*Abréviations*

<b>N°</b>	<b>SIGLE</b>	<b>DEFINITION</b>
1	<b>AP</b>	Accouchement prématuré
2	<b>ALAT</b>	Alanine amino-transférase
3	<b>α</b>	Alpha
4	<b>ASAT</b>	Aspartate amino-transférase
5	<b>AEG</b>	Altération de l'état général
6	<b>BDCF</b>	Bruits du cœur fœtal
7	<b>β</b>	bêta
8	<b>CHUSS</b>	Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanon
9	<b>CHUYO</b>	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
10	<b>CPN</b>	Consultation prénatale
11	<b>δ</b>	Delta
12	<b>DID</b>	Diabète insulino-dépendant
13	<b>DNID</b>	Diabète non insulino-dépendant
14	<b>ECBU</b>	Examen cyto-bactériologique des urines
15	<b>γ</b>	Gamma
16	<b>GEU</b>	Grossesse extra utérine
17	<b>HELLP</b>	Hémolysis, elevated liver enzyme, low platelets
18	<b>HGPO</b>	Hyperglycémie provoquée par voie orale
19	<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
20	<b>HU</b>	Hauteur utérine
21	<b>IM</b>	Intramusculaire
22	<b>IV</b>	Intraveineuse
23	<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
24	<b>MAP</b>	Menace d'accouchement prématuré
25	<b>MAF</b>	Mouvements actifs du fœtus
26	<b>mmHg</b>	Millimètre de mercure
27	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé

28	<b>PV</b>	Prélèvement vaginal
29	<b>PDF</b>	Produit de dégradation de la fibrine
30	<b>%</b>	pourcentage
31	<b>RPM</b>	Rupture prématurée des membranes
32	<b>TA</b>	Tension artérielle
33	<b>Tx Hb</b>	Taux d'hémoglobine
34	<b>UIV</b>	Urographie intra-veineuse

**« Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».**

## SOMMAIRE

	Pages
I- INTRODUCTION.....	4
II- ENONCE DU PROBLEME.....	4
III- REVUE DE LA LITTERATURE ET GENERALITES .....	7
<b>1. Principales pathologies médico – chirurgicales associées à la grossesse .....</b>	<b>8</b>
1.1 Anémie et grossesse .....	8
1.2 Béance cervicale et grossesse .....	16
1.3 Infection urinaire et grossesse.....	14
1.4 Paludisme et grossesse.....	20
<b>2. Anomalies de l'évolution de la grossesse .....</b>	<b>28</b>
2.1 Menace d'accouchement prématuré .....	28
2.2 Menace d'avortement spontané.....	33
<b>3. Définitions opérationnelles.....</b>	<b>37</b>
IV OBJECTIFS.....	39
1. Objectif général .....	40
2. Objectifs spécifiques .....	40
V- METHODOLOGIE .....	41
<b>1. Cadre de l'étude .....</b>	<b>42</b>
1.1 Le Burkina Faso .....	42
1.2 Le service de gynécologie et d'obstétrique du CHNYO.....	43
1.3 L'unité de grossesses pathologiques.....	45
<b>2. Type d'enquête .....</b>	<b>45</b>
<b>3. Critères d'inclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>4. Critères d'exclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>5. Personnel participant à l'enquête .....</b>	<b>47</b>
<b>6. Déroulement pratique de l'enquête .....</b>	<b>47</b>
<b>7. La saisie et l'analyse des données .....</b>	<b>47</b>
IV- RESULTATS.....	48

<b>1.</b>	<b>Résultats globaux .....</b>	<b>49</b>
1.1	Fréquence des hospitalisations pour pathologie associée à la grossesse .....	49
1.2	Données socio-démographiques.....	49
1.3	Admission.....	53
1.4	Antécédents gynécologiques et obstétricaux .....	54
1.5	Antécédents médicaux .....	55
1.6	Antécédents chirurgicaux.....	55
1.7	Antécédents vaccinaux .....	55
1.8	La grossesse actuelle .....	56
1.9	Etat clinique de la grossesse à l'admission .....	58
1.10	Pathologies médicales ou chirurgicales diagnostiquées au cours de la grossesse .....	58
1.11	Evolution de la grossesse .....	59
<b>2.</b>	<b>Résultats analytiques : .....</b>	<b>63</b>
2.1	Pathologies médicales ou chirurgicales associées à la grossesse .....	63
2.1.1	Anémie et grossesse .....	63
2.1.2	Infection urinaire et grossesse .....	65
2.1.3	Paludisme et grossesse.....	67
2.1.4	Hypertension artérielle et grossesse .....	70
2.1.5	Béance cervico-isthmique et grossesse.....	72
2.1.6	Infection à VIH et grossesse.....	73
2.1.7	Vomissements gravidiques .....	73
2.1.8	Vulvo-vaginites et grossesse .....	74
2.1.9	Les autres pathologies médico – chirurgicales.....	74
2.1.9.1	Diabète et grossesse .....	74
2.1.9.2	Hémoglobinopathies et grossesse .....	75
2.1.9.3	Fibrome et grossesse .....	75
2.1.9.4	Gastro – entérite et grossesse .....	75
2.1.9.5	Cardiopathie et grossesse .....	76
2.1.9.6	Broncho-pneumopathie et grossesse .....	76
2.1.9.7	Cancer du col utérin et grossesse .....	77
2.1.9.8	Méningite et grossesse .....	77
2.1.9.9	Oesophagite peptique et grossesse .....	78
2.1.9.10	Hépatonéphrite et grossesse .....	78
2.1.9.11	Hémorragie génitale et grossesse .....	79
2.1.9.12	Ulcère de Burilli et grossesse .....	79
2.2	<b>Anomalies de l'évolution de la grossesse .....</b>	<b>80</b>

2.2.1	Menace d'avortement spontané .....	80
2.2.2	Menace d'accouchement prématuré .....	83
2.2.3	Placenta praevia .....	85
2.2.4	Rupture prématurée des membranes .....	87
VII	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	90
1	<b>Limites et biais</b> .....	91
2	<b>Résultats globaux</b> .....	91
2.1	Fréquence globale.....	91
2.2	Caractéristiques de la population d'étude.....	92
2.2.3	L'examen à l'admission .....	95
3	<b>Aspects cliniques et évolutifs au cours des principales pathologies associées à la grossesse</b> .....	97
3.1	Principales pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse .....	97
3.1.1	Anémie et grossesse.....	97
3.1.2	Hypertension artérielle et grossesse.....	99
3.1.3	Infection urinaire et grossesse .....	101
3.1.4	Paludisme et grossesse .....	103
3.1.5	Béance cervico –isthmique et grossesse .....	105
3.1.6	Les autres pathologies médico – chirurgicales associées à la grossesse.....	106
3.2	Anomalies liées à l'évolution de la grossesse .....	106
3.2.1	Menace d'avortement spontané.....	106
3.2.2	Menace d'accouchement prématuré .....	111
3.2.3	Les autres anomalies de l'évolution de la grossesse.....	113
VIII	<b>CONCLUSION</b> .....	115
IX	<b>SUGGESTIONS</b> .....	118
X	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	121
XI	<b>ANNEXES</b> .....	138

## **I. INTRODUCTION**

Chaque jour, au moins 1600 femmes meurent des complications de la grossesse ou de l'accouchement, ce qui représente 585 000 décès de femmes chaque année [ 75 ;81 ].

La majorité de ces décès, près de 90 %, surviennent en Asie et en Afrique sub-saharienne, environ 10 % dans d'autres régions en développement, et au moins 1 % dans le monde développé [ 75 ; 98 ].

C'est en Afrique de l'ouest que les chiffres de mortalité maternelle sont les plus élevés, car plus de 1 000 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes [ 75 ].

Au Burkina Faso, l'état de santé des mères et des enfants est caractérisé par une morbidité et une mortalité très élevées.

En effet, le taux de mortalité maternelle national était estimé en 1991 à 566 pour 100 000 naissances vivantes [ 43 ; 62 ]. En 2001, ce taux était de 484 pour 100 000 naissances vivantes [ 65 ]. Dans tous les cas, on ne peut que qualifier de "tragique" la situation des femmes au Burkina Faso.

Sans considérer la mortalité, la morbidité à elle seule représente un énorme fardeau. En effet, au moins 40 % des femmes enceintes connaissent des problèmes obstétricaux graves pendant la grossesse, l'accouchement, ou le post-partum, et on estime à 15 % le pourcentage des femmes enceintes qui souffrent de complications dangereuses pour leur vie [ 54 ]. Les décès et les incapacités liés à des causes maternelles sont à l'origine de 18,5 % du fardeau de morbidité parmi les femmes en âge de procréer dans les pays en développement [ 74]. Ainsi, force est de constater que la gravidité constitue un risque non négligeable pour la mère, car elle fait de la femme un être fragile, susceptible d'être gravement affectée à tout moment par une pathologie quelconque ou par une anomalie de l'évolution de la grossesse.

Parmi les causes de décès maternels, il y'a les causes obstétricales indirectes. Celles-ci résultent de maladies pré-existantes ou d'affections apparues

pendant la grossesse (mais sans causes obstétricales directes), qui ont été aggravées par les effets physiologiques de la grossesse, comme par exemple le paludisme, l'anémie, le VIH/SIDA, les pathologies cardio-vasculaires [ 1 ;19 ;20 ].

Sous les tropiques et dans les pays en voie de développement, ces causes obstétricales indirectes sont nombreuses et diverses, dominées par les affections fébriles dont le paludisme en tête. En plus de cela, certaines causes sont plus spécifiques des pays des zones tempérées. Il est donc opportun pour nous d'identifier les principales pathologies les plus fréquemment associées à la grossesse.

Notre étude portera essentiellement sur les affections médico- chirurgicales associées à la grossesse et les anomalies de l'évolution de la grossesse. Dans chaque groupe d'affection, nous apprécierons les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs, avant de tirer nos conclusions.

## **II. ENONCE DU PROBLEME**

La grossesse, véritable "stress immunologique", fait de la femme enceinte un être fragile, plus vulnérable aux différentes affections. Pourtant, la pathologie tropicale constitue une préoccupation quotidienne de santé pour tous, et plus encore pour la femme enceinte [ 36 ].

En Afrique, le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité. Elle représente environ 25-40 % des cas d'hospitalisation, et est responsable de la fièvre dans un cas sur trois [ 58 ]. Au moins 24 millions de grossesses en Afrique sont menacées par le paludisme chaque année [ 6 ;13 ].

Une étude faite par DEMBELE au Centre Hospitalier National Sourô Sanon de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso a retrouvé une prévalence du paludisme de 26,3 % dans un échantillon de 1834 femmes enceintes [ 25 ]. Pourtant, dans certaines régions du monde comme en Amérique du nord et aux Antilles françaises, la population est indemne du paludisme [ 35 ].

L'anémie également constitue une cause majeure de mortalité et de morbidité maternelle dans les pays en voie de développement, dont le Burkina Faso. Une enquête menée en 1993 à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso a estimé à 71,4 % la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer [ 99 ].

Pourtant, en 1988, la prévalence de l'anémie chez la femme enceinte était de 17 % en Europe, 17 % en Amérique du nord, contre 52 % en Afrique [ 72 ]. Nous pensons, comme le disait Papiernick, que pour l'anémie dans les pays tropicaux, "il faut savoir ce qui revient à une parasitose, à une poly-parasitose, ou à une nutrition pauvre en fer" [ 13 ].

Il y a également d'autres pathologies et anomalies de la grossesse telle que l'infection urinaire, l'hypertension artérielle, l'infection à VIH, les menaces d'accouchement prématuré, les menaces d'avortement, qui préoccupent tant les gynéco-obstétriciens que les autres spécialistes .

A Bobo-Dioulasso, une étude menée en 1987 a estimé à 13,2 % le taux d'enfants prématurés [ 16 ]. La prématurité était estimée en France en 2001 à 8-10 % [ 10 ] et un peu plus aux USA (10 %). Cette affection, d'étiologies

diverses, tient aussi compte des particularités de la gestante et de son environnement.

Bien que certaines pathologies, plus fréquentes en zones tropicales, telles que le paludisme, aient bénéficié d'études approfondies et d'abord thérapeutiques satisfaisants, d'autres par contre connaissent une prise en charge tant médicale qu'obstétricale difficile, du fait de nos moyens le plus souvent inadaptés [ 3 ].

Certes, des efforts ont été menés au plan national, tels que le programme de santé maternelle et infantile débuté en 1994 et la stratégie nationale de la maternité sans risque.

Pourtant, afin d'avoir le maximum de résultats, il faut que les problèmes soient bien identifiés et les efforts ciblés.

La maternité du CHUYO est un service de référence national qui reçoit les patientes de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes. En 1995, 9,6 % des grossesses à risque ont été référées à un niveau supérieur pour la région de Ouagadougou [ 64 ]. Il est donc nécessaire d'identifier les pathologies les plus fréquemment associées à la grossesse dans notre contexte, en vue d'organiser le service de la maternité du CHUYO et d'outiller le personnel à réagir promptement pour la gestion de ces pathologies.

L'ensemble des pathologies associées à la grossesse rencontrées dans les centres hospitaliers ont été rarement étudiées en Afrique. Aucune étude n'a été menée à la maternité du CHUYO concernant les différentes pathologies associées à la grossesse, ayant nécessité une hospitalisation. Or dans ce contexte, et avec le souci de faire des propositions pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte malade, il a paru intéressant d'y consacrer la présente étude sur les pathologies associées à la grossesse dans un centre de référence comme la maternité du CHUYO.

**III. REVUE DE LA LITTERATURE ET  
GENERALITES**

# **1. Principales pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse**

## **1.1- Anémie et grossesse [ 46 ;53 ;57 ;95 ]**

### ***1.1.1. Définition et épidémiologie :***

On parle d'anémie de la grossesse si le taux d'hémoglobine est inférieur à 11 g/dl [ 95 ].

C'est l'une des complications les plus fréquentes de la grossesse. Dix à 15 % des grossesses sont associées à une anémie. Dans 1 cas sur 5, il s'agit d'une forme grave.

On peut distinguer avec Fleming A. [33 ] cinq principales étiologies des anémies chez les femmes enceintes en milieu tropical, qui peuvent être isolées ou associées à des degrés variables. Il s'agit du déficit ferrique, du déficit folique, du paludisme à plasmodium falciparum, de la drépanocytose et du SIDA.

### ***1.1.2. Modifications hématologiques de la grossesse***

La grossesse induit de profondes modifications de l'héogramme dont il faut tenir compte pour pouvoir interpréter les examens destinés à diagnostiquer une anémie.

Au cours de la grossesse, l'augmentation du volume plasmatique se manifeste dès le premier trimestre , et il est augmenté de 30 à 50 % en fin de grossesse. Il existe parallèlement une augmentation du volume plasmatique qui est supérieure à celle du volume érythrocytaire ; il s'en suit une diminution de l'hématocrite qui ne doit pas être interprétée comme un signe d'anémie.

Le métabolisme du fer est également modifié au cours de la grossesse et ses besoins sont accrus :

- du fait de l'augmentation de l'érythropoïèse ;
- du fait des besoins fœtaux qui varient de 200 à 300 mg et qui sont doublés dans le cas d'une grossesse gémellaire.

A l'opposé :

- l'absence de menstruations pendant la grossesse limite la consommation de fer
- l'absorption accrue du fer pendant la grossesse ( qui passe de 30 à 90 %) et la mobilisation des réserves maternelles permettent, en l'absence de carence martiale antérieure à la grossesse, ou de consommation anormale liée à une grossesse multiple ou à des saignements, d'obtenir un bilan équilibré en fin de grossesse.

La perte de sang au moment de la délivrance et l'allaitement accroît encore les besoins, et l'on conçoit que des grossesses rapprochées ne permettent pas au stock maternel de se reconstituer.

Comme le métabolisme du fer, celui de l'acide folique est modifié. L'acide folique est un co-facteur nécessaire de la synthèse de l'ADN. Toute anomalie de cette synthèse retentit sur l'érythroblaste qui produit des hématies anormalement grandes, mais normalement concentrées en hémoglobine. L'acide folique est destiné à la mère et au fœtus , et ses besoins sont doublés pendant la grossesse. Un régime non carencé permet de couvrir cette demande accrue, sauf s'il existe un trouble de l'absorption de l'acide folique.

Les déficits en acide folique et en fer peuvent être associés. Ce sont là les deux grandes causes d'anémie, et elles sont fréquemment associées.

Les carences en vitamine B12, également responsables d'anémies mégaloblastiques, sont exceptionnelles au cours de la grossesse et relèvent plus d'un défaut de l'absorption que d'un apport insuffisant. Ainsi, la constatation d'une anémie au cours de la grossesse relève le plus souvent d'une carence en folates. Bien que plus rares, toutes les autres causes d'anémie peuvent aussi coexister avec la grossesse.

### ***1.1.3. Les conséquences de l'anémie sur la grossesse***

L'anémie chez la gestante entraîne un risque élevé de décès de la mère, d'accouchement prématuré, de décès de l'enfant, de détresse vitale néonatale, de faible poids de naissance néonatale, d'hémorragie de la délivrance et d'infection néonatale.

### ***1.1.4. Diagnostic des anémies gravidiques : anémie ferriprive et anémie par carence en folates***

Plusieurs facteurs peuvent favoriser ces anémies gravidiques. Ce sont : la multiparité, l'allaitement prolongé, les grossesses multiples, les saignements antérieurs à la grossesse, les régimes alimentaires carencés et l'infection urinaire, les parasitoses.

#### **Clinique :**

Classiquement, les malades ont une pâleur cutanée et muqueuse, se plaignent d'asthénie, de malaise et de fatigabilité. En cas d'anémie importante, une défaillance cardiaque peut survenir. Lorsque l'hypoxie est marquée, on peut observer des céphalées, une baisse de l'acuité visuelle, un angor et des épisodes

de lipothymie. La présence d'une glossite et d'un sub-ictère sont en faveur d'une carence en folates.

### **Examens paracliniques**

Plusieurs examens aident au diagnostic d'anémie gravidique. Ce sont : la NFS, le dosage sanguin du fer , de la ferritine et du taux de folates, puis l'examen des selles.

- A la fin de ce bilan para-clinique on peut distinguer :
  - l'anémie hypochromique microcytaire hyposidérémique (carence en fer +++)
  - l'anémie macrocytaire (carence en folates ++)
  - l'anémie normochrome normocytaire ( carence en fer et en folates ).

### **Traitement de l'anémie gravidique :**

#### ***Traitement Curatif :***

- *anémie ferriprive :*

Lorsque le taux d'Hb > 8 g /dl : on administre 200 mg de fer/j par voie orale jusqu'au terme et dans les mois qui suivent l'accouchement. En cas d'intolérance digestive aux sels ferreux, on peut faire un traitement par voie IM(1,5 mg / kg /J.).

Lorsque le taux d'Hb < 6 g / dl, la transfusion d'un culot globulaire de sang iso-groupe iso-rhésus peut être envisagée. Entre 6 et 8 g /dl, la conduite à tenir dépend du cas clinique en présence.

- *Anémie par carence en folates*

Le traitement curatif consiste en l'administration de 5 mg / j d'acide folique.

### ***Traitement prophylactique :***

Les mesures générales de prévention sont très utiles. Parmi elles on peut distinguer :

- l'éducation nutritionnelle qui réduit de façon significative la fréquence de survenue de l'anémie
- la fortification en fer des aliments consommés
- la supplémentation martiale en association avec l'acide folique pendant la grossesse
- la prévention du paludisme.

#### ***1.1.5. Anémies par spoliation sanguine***

Elles sont le plus souvent rencontrées lors des saignements du début de la grossesse et lors des pertes de sang quotidiennes liées à un placenta praevia. Chez nous, les polyparasitoses digestives en constituent l'une des causes non négligeables.

#### ***1.1.6. Autres anémies :***

Elles peuvent également survenir au cours de la grossesse. On distingue :

- les hémoglobinopathies telle que la drépanocytose ( fréquentes sous les tropiques, elles doivent faire pratiquer l'électrophorèse de l'hémoglobine chez toutes les gestantes )
- les hémopathies malignes (adénopathies, leucopénie ou granulopénie)
- l'anémie de Biermer (rare avant 40 ans)
- l'aplasie médullaire toxique ou primitive.

### **1.1.7. Conclusion :**

Le dépistage de l'anémie s'impose chez toute femme reçue en consultation. Une NFS sera réalisée au 4<sup>e</sup> mois de la grossesse. La conduite à tenir serait alors précoce et adaptée.

## **1.2- Béance cervico-isthmique [38 ;41 ;95]**

### **1.2.1. Généralités**

On distingue d'une manière générale :

- la béance cervico-isthmique primaire, sans lésion cervicale préalable (faiblesse constitutionnelle du tissu conjonctif)
- la béance cervico-isthmique secondaire, suite à des traumatismes obstétricaux du col ( déchirure, accouchements traînants, poussées trop précoces, césarienne par voie vaginale ), à des séquelles d'intervention chirurgicale ( conisation, IVG, en particulier chez une nullipare ).

### **1.2.2. Signes cliniques et paracliniques**

Pendant la grossesse , le col est effacé mais la dilatation est à 2 cm avec une poche des eaux bombante.

En dehors de la grossesse, le canal cervical admet une bougie de Hegar N° 8.

Les examens complémentaires sont :

- **l'hystérogaphie** qui peut montrer un orifice interne du col anormalement large

- **l'échographie** : elle permet la mesure de la longueur du col et de la largeur de son orifice interne par vagino-sonographie. Elle permet également d'effectuer la démonstration de l'intégrité de la grossesse avant toute intervention.

### ***1.2.3. Le traitement***

- Son but est de prolonger le temps de gestation jusqu'à ce que l'enfant soit viable et si possible, jusqu'à sa maturité ( 37 semaines ).
- On pratique un cerclage du col sur une grossesse en évolution, le moment idéal étant entre la 14<sup>e</sup> et la 16<sup>e</sup> S.A.

## **1.3- Infections urinaires et grossesse [ 24 ;32 ;53 ;95 ]**

### ***1.3.1. Définitions – généralités :***

L'infection urinaire se définit comme étant la présence de germes pathogènes dans l'urine à l'intérieur des voies excrétrices. Elle peut s'attaquer à n'importe quel organe du système urinaire : rein (pyélonéphrite), vessie (cystite), prostate chez l'homme (prostatite), ou urètre (urétrite).

Au cours de la grossesse, elle revêt trois tableaux cliniques qui sont :

- la pyélonéphrite gravidique aiguë ( 1-3,5 % )
- la cystite aiguë ( 1,5 % )
- la bactériurie asymptomatique ( 2-7 % ).

Elles sont fréquentes pendant la grossesse (5 – 10 % des grossesses ), soit une multiplication du risque 2 à 2,5 fois [ 53 ].

### ***1.3.2. Etiopathogénie***

#### **Facteurs favorisants**

- **Les facteurs hormonaux**

Au cours de la grossesse, de nombreuses hormones sont secrétées par le placenta dont les oestrogènes et la progestérone.

L'action essentielle de la progestérone se passe au niveau des muscles lisses dont elle ralentit la contractilité. Ceci a deux conséquences essentielles :

- elle entraîne une constipation chez la femme enceinte avec pullulation des germes dans le tube digestif notamment le colon droit
- au niveau de l'appareil urinaire, elle entraîne une atonie et une dilatation pyélocalicielle et urétérale. L'inhibition du péristaltisme favorise la stagnation des urines et le reflux vésico-urétéral. Cette urine stagnante devient un milieu de culture pour les germes.

- **Les facteurs anatomiques**

L'infection urinaire touche le plus souvent le côté droit à cause de l'existence à droite de l'artère polaire inférieure qui entraîne une coudure de la jonction pyélo-urétérale. Cette coudure va gêner le drainage des cavités pyélocalicielles.

Par ailleurs, du côté droit de l'abdomen se trouve le caeco-appendice qui est haut situé ; ainsi, l'utérus a plus de place pour se développer à droite. C'est ce qui explique la dextro-rotation de l'utérus gravide. Au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, l'utérus va comprimer l'uretère droit contre le détroit supérieur, ce qui va entraîner une stase en amont.

Le deuxième facteur anatomique en cause est l'existence de malformations congénitales de l'appareil urinaire, telles qu'une urétéro-hydronéphrose.

### **L'atteinte rénale**

Deux théories sont émises pour expliquer la contamination du rein :

- **la théorie canalaire ascendante :**

A partir d'une infection de la vulve et du vagin, il y'a contamination de la vessie puis une propagation vers le haut en direction des cavités pyélo-calicielles et une atteinte du rein.

- **la théorie hématogène**

La constipation de la femme enceinte va entraîner une pullulation des germes dans le tube digestif. Secondairement, ces germes passent dans le système lymphatique, entraînant une bactériémie avec passage des germes par le rein. Au niveau rénal, ces germes vont proliférer du fait de la stase urinaire.

#### ***1.3.3. Le pronostic materno- fœtal***

**Le pronostic maternel :** son pronostic vital peut être en jeu dans la forme gravido-toxique.

**Le pronostic fœtal :** les risques majeurs pour le fœtus sont la prématurité, l'hypotrophie fœtale et la mort in utéro.

### *1.3.4. Etude clinique et paraclinique*

- **Formes cliniques**

- **Bactériurie asymptomatique**

C'est la forme la plus fréquente de l'infection urinaire chez la femme enceinte. Elle est associée à un risque non négligeable de développement d'une pyélonéphrite aiguë (20 – 40 % des patientes non traitées), faisant courir un risque d'accouchement prématuré.

- **Cystite aiguë**

La cystite aiguë est caractérisée par des mictions impérieuses, une pollakiurie, des brûlures mictionnelles, une pesanteur pelvienne et des urines troubles parfois hématuriques . Elle a peu tendance à récidiver après traitement.

- **Pyélonéphrite gravidique aiguë**

Elle est caractérisée par l'apparition brutale d'une fièvre importante, de frissons, de douleurs lombaires, de troubles digestifs (nausées, vomissements) et on retrouve parfois des signes d'infection urinaire basse (40 %).

Elle peut évoluer vers une bactériémie (10 %), une forme gravido-toxique ( forme de Frühins Hotz ) (3 %), une bactériurie, une pyurie, une hématurie et une altération de la fonction rénale (25 %) [ 91 ].

La récurrence au cours de la grossesse est fréquente avec apparition d'une bactériurie (20 – 28 %) ou d'un nouvel épisode de pyélonéphrite (18 – 23 %) [ 69 ].

- **Etude biologique :**

Plusieurs examens aident au diagnostic d'infection urinaire. On peut avoir recours à :

- **un E.C.B.U. + antibiogramme**

Il permet de mettre en évidence une pyurie avec :

- ▶ des leucocytes  $\geq 10\ 000$  /ml
- ▶ une bactériurie : germes  $> 10^5$  /ml (les germes les plus fréquemment retrouvés sont des bactéries aérobies gram négatif avec E. coli retrouvé dans 80 % des cas, suivi de proteus mirabilis et de klebsiella pneumoniae) ;
- **les bandelettes** détectent les nitrites et l'activité leucocyte – estérase. (détection des infections asymptomatiques) ;
- **des hémocultures** dans certains cas ;
- **l'échographie et l'U.I.V.** aident au diagnostic d'une anomalie rénale et / ou urologique. Ce diagnostic est envisagé en cas de pyélonéphrite aiguë ou de bactériurie asymptomatique récidivante ou rebelle à un traitement adapté.

### ***1.3.5. Traitement :***

#### **Traitement préventif :**

Le meilleur traitement de l'infection urinaire chez la femme enceinte est préventif. Il consiste à :

- lutter contre la constipation en utilisant des laxatifs doux, effectuer une toilette locale soigneuse de la vulve vers l'anus ;
- boire abondamment, vider la vessie après les rapports sexuels ;
- dépister systématiquement l'infection urinaire par des bandelettes urinaires détectant les nitrites et les leucocytes, ou par des ECBU.

### Traitement curatif

- **Bactériurie asymptomatique** : le traitement curatif fait appel aux antibactériens urinaires pendant une période minimale de dix jours.

**Cystite aiguë** : on utilise un antibactérien urinaire pendant dix jours.

Un E.C.B.U. est demandé 48 H après l'arrêt du traitement.

Les urines sont surveillées tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse.

- **Pyélonéphrite gravidique**

En cas de pyélonéphrite, on préconise une hospitalisation avec administration d'antibiotiques par voie parentérale au début (adaptés en fonction de l'antibiogramme) puis le relais se fait per os . Le traitement dure au moins 15 jours.

On peut utiliser par exemple l'ampicilline à la dose de 1g toutes les 6 H pendant 48H par voie parentérale, puis 1g deux fois par jour pendant 2 semaines.

Un examen de contrôle des urines, 48 H après le début du traitement et 48 H après son arrêt, sera demandé.

Un traitement chirurgical peut être effectué devant certains obstacles des voies urinaires.

## **1.4- Paludisme et grossesse [ 7 ;13 ;35 ;58 ]**

### **1.4.1. Généralités :**

Le paludisme est dû à un parasite, le plasmodium, transmis par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle [ 35 ].

On estime à 2 milliards le nombre de sujets vivant en zone endémique, 300 millions de malades chaque année, dont 1 à 2 millions décèdent [ 31 ;35 ].

En Afrique, au moins 24 millions de grossesses sont menacées par le paludisme chaque année. Moins de 5 % des femmes enceintes ont accès à des soins efficaces [ 35 ].

Une étude faite par Dembélé en 1999 au CHNSS a retrouvé une prévalence du paludisme de 26,3 % dans un échantillon de 1834 femmes enceintes [ 25 ].

### **1.4.2. Physiopathologie :**

Les quatre espèces plasmodiales parasites de l'homme sont le plasmodium falciparum, le plasmodium malariae, le plasmodium vivax et le plasmodium ovale.

Au cours de la piqûre, le moustique infesté ( en prenant son repas sanguin sur un paludéen ) injecte avec sa salive des centaines de parasites, sous forme de sporozoïtes fusiformes qui ne restent dans la circulation sanguine qu'une demi-heure. Ils gagnent rapidement le foie où s'effectue le cycle exo-érythrocytaire primaire : les sporozoïtes pénètrent dans les hépatocytes où ils se cachent sous le nom de cryptozoïtes. Ceux-ci grossissent, leur noyau se divise et en une semaine environ est constitué un schizonte mature ou corps bleu, contenant quelques milliers de noyaux, déformant l'hépatocyte hôte et repoussant son noyau en périphérie. L'éclatement du corps bleu libère de nombreux mérozoïtes qui, pour la plupart, s'embolisent dans les capillaires sinusoïdaux et passent dans la circulation, amorçant les premières schizogonies sanguines. Chaque mérozoïte

pénètre par endocytose dans une hématie et s'y transforme en trophozoïte qui grossit et son noyau se divise : c'est alors un schizonte qui se charge de pigment malarique ou hémozoïne.

La multiplication des noyaux dont chacun s'entoure d'une plage cytoplasmique forme un schizonte mûr ou un corps en rosace. Parallèlement, l'hémoglobine se dégrade et, dans l'hématie parasitée apparaissent des granulations de schüffner (p. vivax, p. ovale), des tâches de maurer (p. falciparum) ou rien n'apparaît (p. malariae ).

Le corps en rosace dilaté et mûr éclate : cet éclatement, contemporain de l'accès fébrile, libère des morozoïtes qui vont parasiter des hématies vierges et effectuer de nouveaux cycles schizogoniques érythrocytaires. Chaque cycle érythrocytaire dure 48 heures pour p. vivax, p. ovale ou p. falciparum et 72 heures pour p. malariae. Lors de l'éclatement des rosaces, l'hémozoïne libérée est phagocytée, soit dans le sang par des polynucléaires neutrophiles ou des monocytes, qui deviennent mélanifères, soit par des histiocytes dans le foie (cellules de kupffer), la rate ou la moelle hématopoïétique.

Dans le sang s'amorce enfin le cycle sexué ou sporogonique. Après plusieurs cycles schizogoniques, apparaissent dans les hématies des éléments à potentiel sexuel, les gamétocytes mâles et femelles.

### ***1.4.3. Influence réciproque du paludisme et de la grossesse***

- **Influence du paludisme sur la gravidité**

#### **Avant la grossesse :**

- les accès répétés de paludisme peuvent perturber le fonctionnement hypophysaire et donc perturber l'axe hypothalamo – hypophysaire – ovarien, d'où infertilité

- en cas de fécondation, la nidation peut être perturbée en cas de paludisme viscéral d'où infécondité.

### **Pendant la grossesse :**

- au 1<sup>er</sup> trimestre : le paludisme est un facteur initiatif des vomissements. Le risque de l'avortement est en corrélation avec la parasitémie et la durée de la fièvre en zone méso – endémique, avec un indice plasmodique de 25 – 50 % ;
- au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres :
  - en zone holo– endémique (avec un indice plasmodique de 75 %) Le paludisme reste, en zone tropicale, la principale cause d'anémie au cours de la grossesse ;
  - les autres risques sont: l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, la mort fœtale.

**Le paludisme congénital** est rare chez les nouveaux – nés de mères vivant en zone d'endémie (0,5 % des naissances), car le taux d'anticorps transmis est élevé.

### • **Influence de la grossesse sur le paludisme**

**La grossesse**, "stress immunologique", peut provoquer une baisse de l'immunité anti–palustre et démasquer un paludisme latent ou favoriser la survenue de formes graves (accès pernicieux).

### **Les conséquences**

- En zone d'hyper-endémicité, l'immunité est solide et les manifestations pathologiques sont rares.
- En zone d'hypo – endémie, l'immunité est précaire et le risque assez élevé chez la femme enceinte.

- Les symptômes classiques du paludisme sont accentués chez la femme enceinte.
- Quel que soit le stade de la grossesse, l'infestation par le plasmodium falciparum, risque toujours d'évoluer, sans traitement, vers l'accès pernicieux . En fin de grossesse, il y a souvent un risque de reviviscence, et il n'est pas rare de constater un avortement.

#### ***1.4.4. Formes cliniques***

- **l'accès palustre**

Après une incubation d'au moins une dizaine de jours, la primo – invasion se manifeste par une sensation d'embaras gastrique et une fièvre à 39 °C, en plateau.

La phase d'état réalise l'accès palustre typique, avec la succession des 3 phases suivantes, durant chacune une à deux heures :

- apparition de frissons intenses, avec sensation de froid ;
- la peau est brûlante mais sèche avec une fièvre à 40 °C et ;
- des sueurs abondantes.

Puis la patiente se sent mieux et ne ressent plus de troubles. Mais l'épisode fébrile va resurgir toutes les 48 heures (fièvre tierce) ou toutes les 72 heures (fièvre quarte).

- **l'accès pernicieux**

L'accès pernicieux peut survenir après des accès non ou mal traités, ou même d'emblée. C'est une encéphalopathie qui provoque :

- une fièvre à 40 °C ;
  - des convulsions, des troubles de conscience allant jusqu'au coma.
- L'évolution spontanée est toujours mortelle.

- **le paludisme viscéral évolutif**

Il apparaît en zone d'endémie, chez les personnes insuffisamment prémunies et soumises à des piqûres incessantes. Les patientes sont anémiées, avec une fièvre à 38°5 – 39 °C. L'examen physique révèle une hépato – splénomégalie.

- **la fièvre bilieuse hémoglobinurique**

Elle est devenue rare. Elle réalise un état hémolytique aigu. Il s'agit d'une réaction anaphylactique à la quinine, survenant après une prise répétée de ce produit, sans prédisposition particulière. La survenue d'une telle réaction contre – indique définitivement la quinine.

- **le diagnostic du paludisme repose sur**

- les signes cliniques ;
- la mise en évidence du plasmodium sur le frottis sanguin, l'appréciation de l'espèce en cause et l'intensité de la parasitémie ;
- la goutte épaisse ( elle est plus longue à réaliser ) ;
- le sérodiagnostic , qui nécessite un laboratoire équipé, non disponible en Afrique.

### 1.4.5. Conduite à tenir :

#### ► Le traitement curatif

Le traitement curatif dépend du tableau clinique. Il fera appel aux moyens suivants :

#### • Les moyens médicamenteux :

- **la chloroquine** : elle est prise à la dose de 10mg/kg/j pendant 2 jours, puis 5mg/kg/j le troisième jour ;
- **si la voie orale est impossible du fait des vomissements, on fait appel aux sels de quinine** à la dose de 25mg/kg/j pendant 3 jours en IM.

Devant un accès pernicieux, on fait appel aux sels de quinine en perfusion dans du serum glucosé à 5%. La posologie recommandée par l' OMS est de 10mg/kg de sels de quinine toutes les 8H pendant 24 à 48 H. Cependant si la patiente n'a pas pris de quinine dans les 24H ou de la méfloquine au cours de la semaine, commencer le traitement par une dose de charge de 20 mg/kg de sels de quinine en perfusion dans du soluté glucosé à 5%, à passer en 4H. Dès que la voie orale est possible, compléter le traitement à 7 jours s'il s'agit de comprimés de quinine ( à la posologie de 10mg/kg toutes les 8H), ou pendant 3 jours s'il s'agit de comprimés de chloroquine( 10mg/kg les 2 premiers jours, puis 5mg/kg le 3<sup>e</sup> jour).

- **les antipyrétiques** : le paracétamol, le métamizol, l'acide acétyl salicylique parfois, peuvent être utilisés.

- **Les autres moyens :**

- **l'alimentation parentérale** est souvent nécessaire. On utilisera le sérum glucosé à 5 % et à 10 % et le serum salé
- **la transfusion sanguine** : elle est indiquée en cas d'anémie sévère avec un taux d'hémoglobine  $\leq 7$  g/dl
- **la dialyse** : elle est préconisée en cas d'insuffisance rénale.

- ▶ **Le traitement obstétrical**

Le traitement obstétrical est adapté en fonction du cas :

- en cas de menace d'avortement, il faut associer au traitement antipalustre, des antispasmodiques
- devant une menace d'accouchement prématuré, il faut un traitement par les bêta-mimétiques associé au traitement antipalustre
- devant une souffrance fœtale proche du terme, il est recommandé de provoquer un accouchement.

- ▶ **Les mesures préventives**

Elles permettent de réduire considérablement l'incidence du paludisme. On distingue :

- **la protection individuelle qui consiste à :**

- porter des vêtements couvrant les membres supérieurs et inférieurs
- dormir sous une moustiquaire de préférence imprégnée
- appliquer des repellents sur la peau
- utiliser des pastilles ou des spirales combustibles de pyréthriinoïdes
- utiliser des appareils imitant le son du mâle (éloignant ainsi la femelle).

## ➤ La chimioprophylaxie chez la femme enceinte

La prévention du paludisme chez la femme enceinte est une priorité. Il en existe 2 modalités.

- Le médicament recommandé est la chloroquine et le schéma préconisé est le suivant :
  1. La chimioprophylaxie commence dès la 1<sup>ère</sup> CPN par une cure thérapeutique antipalustre systématique avec 10mg / kg de chloroquine le 1<sup>er</sup> jour en une prise unique, 10 mg / kg le 2<sup>e</sup> jour en prise unique et 5 mg / kg en une prise le 3<sup>e</sup> jour.
  2. A partir du 8<sup>e</sup> jour du début du traitement, la gestante continue la chimioprophylaxie par l'absorption de 300mg de chloroquine en une prise par semaine pendant toute la durée de la grossesse, et jusqu'à 45 jours après l'accouchement.
- La sulfadoxine-pyriméthamine peut également être utilisée comme 2<sup>e</sup> modalité à la posologie de 3 comprimés en prise unique au 2<sup>e</sup> et au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse à un mois d'intervalle. Cette modalité est appelée « traitement présomptif intermittent ».

## 2. Anomalies de l'évolution de la grossesse

### 2.1. Menace d'accouchement prématuré [ 10 ;53 ;93 ; 95 ]

#### 2.1.1. Définition et données épidémiologiques

On appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 28<sup>e</sup> SA et 36 SA révolues, mais la nomenclature internationale fait prendre en considération la prématurité à un poids de naissance de 500g ou 22 SA. On parle de menace d'accouchement prématuré (MAP) lorsqu'un état clinique aboutirait en dehors de toute thérapeutique, à un accouchement prématuré (A.P.) [ 46 ].

L'accouchement prématuré reste la principale cause de mortalité et de morbidité périnatale. La prématurité était évaluée à 5,7% des naissances en 1981, 4,8 % en 1988 et 25 % de ces accouchements se produiraient avant 34 SA. Aujourd'hui, sur 750 000 naissances, 44.000 sont des naissances prématurées [ 10 ;95 ]. Sa prévalence est actuellement de 8 – 10 % en France [ 17 ] et un peu plus de 10 % aux U.S.A.

La prématurité est responsable de 80 % de la mortalité périnatale et 20 à 30 % des prématurés décèdent. La morbidité fœtale est surtout dominée par les séquelles neurologiques tandis que la morbidité maternelle dépendra des étiologies rencontrées.

On peut distinguer 2 grands groupes de prématurés :

- la prématurité moyenne : concerne toute naissance survenant entre 32 et 37 SA : (80 % des naissances prématurées)
- la grande prématurité : elle concerne toute naissance survenant entre 28 et 31 SA (10 % des naissances prématurées).

### **2.1.2. Etiologies :**

Les étiologies des menaces d'accouchement prématuré sont diverses. Parmi elles, on retrouve :

- **les causes maternelles générales** : les infections aiguës ( infection urinaire, listeriose, paludisme ...), la toxémie gravidique, le HELLP Syndrome, le diabète, l'allo-immunisation, l'anémie...
- **les causes maternelles locales** : les malformations utérines, les fibromes et synéchies, la béance cervico- isthmique, les infections cervico-vaginales [ 82 ]
- **les causes ovulaires** : la distension utérine ( l'hydramnios, les grossesses multiples )
- **les causes fœtales** : les malformations chromosomiques, l'infection fœtale, les malformations congénitales
- **les facteurs socio-économiques** : la multiparité, l'âge maternel inférieur à 18 ans
- **les causes favorisantes** : les auteurs estiment que dans 30-70% des cas, l'étiologie ne peut être mise en évidence. Ainsi, des causes favorisantes ont été recherchées et groupées et l'on peut retenir le calcul du coefficient de risque d'accouchement prématuré ( CRAP) proposé par Papiernik (tableau I : conf. Annexe 1 ).

### **2.1.3. Pathologies liées à la prématurité**

La prématurité peut entraîner plusieurs états morbides chez le nouveau-né. Il peut être affecté par une hypothermie, une hypoglycémie, une hypocalcémie, une détresse respiratoire, des complications neurologiques ( hémorragie intra-ventriculaire, leucomalacie péri-ventriculaire), des entéocolites ulcéro-

nécrosantes, un ictère, une anémie, des infections et la persistance du canal artériel.

#### 2.1.4. Diagnostic :

#### Diagnostic clinique

A l'examen, on retrouve :

- des contractions utérines régulières ;
- des modifications cervico- segmentaires avec :
  - . la formation précoce du segment inférieur
  - . une présentation qui appuie sur le col
  - . un col court, centré, mou, qui tend à s'ouvrir
- la rupture prématurée des membranes ;
- des hémorragies génitales .

Ces 4 éléments permettent d'établir un score de tocolyse et les possibilités d'arrêter le travail d'accouchement pendant une semaine (tableau II et III )

	0	1	2	3	4
Contractions	-	irrégulières	régulières<10	-	-
RPM	-	-	probable	-	franche
Saignements	-	modérés	importants>100ml	-	-
Dilatation du col	-	1 cm	2cm	3cm	≥4cm

**Tableau II** : score de tocolyse ( d'après Gruber W. et Baumgarten K. ) [ 53 ]

Score	1	2	3	4	5	6	7
Travail arrêté ( pourcentage % )	100	90	84	38	11	7	0

**Tableau III** : probabilité de succès de blocage du travail pendant une semaine en fonction du score de tocolyse [ 53 ]

### Diagnostic para-clinique

Les examens complémentaires d'une MAP comprennent :

#### . l'échographie

Cet examen est de plus en plus utilisé par voie trans-vaginale pour le dépistage et le diagnostic de la menace d'accouchement prématuré, en étudiant le col, surtout au 2<sup>e</sup> trimestre. De plus, l'échographie permet de vérifier la biométrie fœtale, sa vitalité, le placenta, les malformations et le liquide amniotique.

#### . un ECBU et un prélèvement vaginale

. Certains préconisent actuellement la recherche de marqueurs biochimiques ( hors infection ) comme la **fibronectine** ( glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée).

Les autres examens sont demandés en fonction des cas.

### ***2.1.5. Conduite à tenir devant une menace d'accouchement prématuré***

#### ***Traitement curatif :***

Le traitement curatif fera appel aux moyens suivants :

- le repos strict à domicile ou à l'hôpital
- les tocolytiques (jusqu'à 36 SA) : leur objectif principale est de prolonger la grossesse d'au moins 48 H pour permettre à la corticothérapie prénatale d'atteindre son efficacité maximale.
  - On utilise **les bêta- mimétiques** (salbumol), **les inhibiteurs calciques** (nifédipine) et **les antagonistes de l'ocytocine**. Les 2 dernières molécules

ont une tolérance supérieure à celle des bêta- mimétiques, cependant, l'expérience clinique de ces produits est encore nettement inférieure à celle des bêta- mimétiques.

- D'autres classes de tocolytiques n'ont pas d'efficacité démontrée par rapport à un placebo : le sulfate de magnésium (très utilisé aux USA), les donneurs de monoxyde d'azote (NO), les antispasmodiques.
- Néanmoins il est à noter que cette tocolyse peut échouer, la cause n'ayant pas été retrouvée. Dans tous les cas, il faut un traitement étiologique autant que possible.

La posologie du salbumol est de 10 ampoules de 0,5mg en perfusion dans 500cc de sérum glucosé isotonique, à un débit variant de 5 à 50 gouttes par minute. Cette perfusion est poursuivie 24H après l'arrêt des contractions utérines. Le relais est pris per os avec 1 comprimé de salbumol toutes les 6 H.

- les progestatifs : ils inhibent les contractions utérines à forte dose
- les anti-prostaglandines.

D'autres moyens ont été proposés, comme les corticoïdes (bêtaméthasone) pour la prévention de la maladie des membranes hyalines et les antibiotiques (Ampicilline) en cas de rupture prématurée des membranes .

### ***Traitement préventif :***

Le traitement préventif est très important et repose sur :

- des soins pré-gestationnels adéquats
- un mode de vie compatible avec la bonne évolution de la grossesse
- le dépistage des facteurs de risque lors de la première consultation
- le traitement correct des infections urinaires et cervico-vaginales

- le repos approprié avec éventuelle aide-ménagère
- l'information de la mère sur les 1<sup>ers</sup> signes de menace
- le cerclage préventif en cas de béance cervicale ( 12-14 SA ).

## **2.2. Menace d'avortement spontané [ 12 ;15 ;18 ;21 ;22 ;95 ]**

### ***2.2.1. Définition – épidémiologie***

L'avortement spontané est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est à dire pesant moins de 1000g et/ou de moins de 28 SA.

Le risque de survenue d'un avortement spontané est en général estimé à 10– 15 %. Ce risque augmente avec le nombre d'avortements antérieurs (10 % pour le 1<sup>er</sup> ; 70 % après le 3<sup>e</sup>). La fréquence de l'avortement à répétition (maladie abortive) est moins élevée (0,1 à 0,3 %) [ 95 ].

Les avortements sans explication représentent 20 à 50 % de tous les avortements.

### ***2.2.2. Signes cliniques et paracliniques***

#### **➤ Forme typique : avortement précoce**

#### ***Menace d'avortement spontané***

##### **- Les signes fonctionnels**

Lors de la menace d'avortement spontané, l'examen permet de mettre en évidence :

- un retard de règles associé à un syndrome sympathique de grossesse
- des métrorragies faites de sang rouge sans caillot

- des douleurs pelviennes.
- **Le Spéculum** confirme l'origine endo-utérine des saignements.
- **Le toucher vaginal** met en évidence un col fermé et un utérus gravide, mou, augmenté de volume.
- **L'échographie** permet d'identifier :
  - un décollement de la zone placentaire
  - un aplatissement du sac ovulaire
  - la disparition de l'activité cardiaque.
- **Le dosage sérique des bêta-HCG :**
  - lorsqu'il est positif , il confirme la présence d'une grossesse
  - lorsqu'il est multiplié par 2 en 48H , la grossesse est certainement évolutive
  - en cas de stagnation ou de diminution en 48 H , cela peut signifier l'arrêt de la grossesse.

### ***Avortement confirmé***

En cas d'avortement confirmé, l'examen met en évidence :

- des hémorragies augmentant avec les contractions
- un col perméable aux 2 orifices avec expulsion de l'œuf.

### ➤ **Menace d'avortement tardif (2<sup>e</sup> trimestre)**

La symptomatologie dans la menace d'avortement tardif est à peu près identique à celle de la menace d'avortement précoce, mais ici, le fœtus expulsé est généralement vivant, correspondant à l'âge de la grossesse.

Le plus souvent, elle est la conséquence d'une béance de l'isthme utérin.

- **Les examens paracliniques** seront demandés en fonction du tableau clinique de la patiente. Ainsi pourront être effectués : des prélèvements maternels sanguins et urinaires, des prélèvements bactériologiques et anatomo-

pathologiques placentaires spécifiant la recherche de listériose, un prélèvement bactériologique de l'endocol avec recherche de germes banaux aérobies et de mycoplasmes.

### ***2.2.3. Etiologies des avortements spontanés***

Plusieurs causes peuvent être retrouvées dans la menace d'avortement spontané dont :

#### ***les causes mécaniques***

Elles entraînent le plus souvent un avortement tardif. Elles regroupent :

- les causes ovulaires (grossesses multiples ...)
- les causes utérines (les malformations, la béance cervicale ...).

#### ***les causes immunologiques***

On retrouve dans ce groupe :

- la maladie auto – immune
- la déficience des mécanismes immunologiques.

***les causes infectieuses*** : elles représentent moins de 5 % des causes.

***les autres causes*** : il s'agit des causes maternelles générales et métaboliques, des causes génétiques, des aberrations chromosomiques (50-60% des étiologies d'avortement ), des anomalies génétiques (5 %), des causes endocriniennes (déficit lutéal, hypothyroïdie, syndrome de cushing, hyperandrogénies ovariennes ou surrenaliennes, hyperprolactinémie ).

#### **2.2.4. Conduite à tenir :**

La conduite à tenir en cas de menace d'avortement dépend du tableau clinique de la patiente.

- **Lorsque le fœtus est toujours vivant, on préconise :**
  - le repos strict avec administration de la progestérone naturelle et d'antispasmodiques ;
  - une surveillance échographique et le dosage sérique des bêta- HCGMalgré ce traitement, il y'a 50 % d'avortement.
  
- **En cas d'avortement en cours :**
  - devant une hémorragie grave on effectue un curage hémostatique
  - si l'expulsion est incomplète, une aspiration intra-utérine sera effectuée (avant 14 SA ).

### 3. Définitions opérationnelles

- **Accouchement** : nous avons considéré comme accouchement normal l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois ( 28 SA ).
- **Avortement** : c'est l'expulsion ou l'extraction de l'utérus d'un produit de conception présumé non viable, c'est à dire avant 28 SA ( selon l'OMS, avant 22 SA ).
- **Avortement provoqué** : il s'agit d'un avortement survenu à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne.
- **Avortement spontané** : nous avons considéré comme avortement spontané toute expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est à dire pesant moins de 1000 g et/ ou de moins de 28 semaines d'aménorrhée, sans intervention.
- **Avortement précoce** : c'est un avortement survenant au premier trimestre ( les 15 premières semaines ) de la grossesse avec gestation reconnaissable cliniquement.
- **Avortement spontané tardif** : il peut être défini comme étant l'expulsion spontanée au 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, d'un fœtus vivant avant l'entrée en travail.
- **Avortement spontané à répétition** : c'est la survenue de trois avortements successifs chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

- **Naissance prématurée** : nous la définissons comme étant toute naissance entre le début de la 28<sup>e</sup> SA ( ou avec un fœtus de plus de 1000 g ) et la fin de la 36<sup>e</sup> SA révolue.

## **IV. OBJECTIFS**

## **1. Objectif général**

Proposer une gestion efficiente des patientes en tenant compte des principales pathologies associées à la grossesse dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

## **2. Objectifs Spécifiques**

2.1. Déterminer la fréquence des hospitalisations pour pathologies associées à la grossesse à la maternité du CHUYO du 15 novembre 2002 au 15 mars 2003.

2.2. Décrire le profil épidémiologique des gestantes hospitalisées à la maternité du CHUYO pour pathologie associée à la grossesse durant notre période d'étude.

2.3. Déterminer la fréquence des différentes pathologies associées à la grossesse chez les femmes hospitalisées à la maternité du CHUYO durant cette même période.

2.4. Décrire les aspects cliniques des pathologies associées à la grossesse observés pendant la période allant du 15 novembre 2002 au 15 mars 2003.

2.5. Décrire le pronostic maternel et fœtal de ces gestantes admises pour pathologies associées à la grossesse.

## V. METHODOLOGIE

## *1. Cadre de l'étude*

### **1.1. Le Burkina Faso**

Le Burkina Faso est un pays du tiers monde situé en Afrique Occidentale. Il s'agit d'un pays sahélien dont la population était estimée en 1996 à 10 332 798 habitants [ 45 ]. Cinquante et un pour cent de cette population est de sexe féminin. Au plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés (PMA). C'est un pays enclavé et essentiellement agricole. L'agriculture occupe 85% de la population. Classé 172<sup>e</sup> sur 175 dans le rapport de 1997 du Programme des Nations Unis pour le Développement Humain ( PNUD ), le Burkina Faso a un produit intérieur brut de 300 dollars US par habitant [ 44 ]. Selon le rapport annuel 1996 du ministère de la santé, de l'action sociale et de la famille, 40 % de la population vit au dessous du seuil de pauvreté et 28 % au dessous du seuil de l'extrême pauvreté.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso compte environ 950 formations sanitaires publiques dont 2 centres Hospitaliers nationaux ( CHN ) et 922 centres de santé et de promotion sociale ( CSPS ). Environ 200 structures sanitaires privées sont établies dans le pays. Six pour cent du budget de l'état est alloué à la santé. Le pays comptait 420 médecins en 2002 ( spécialistes et généralistes confondus ). On note une faible fréquentation des services de santé avec un chiffre moyen de 0,2 consultation par habitant et par an. La fréquentation des centres hospitaliers est de 26,5 %. Celle des dispensaires et des structures sanitaires privées est respectivement de 48,5 % et de 3,7 % [ 80 ].

## **1.2. Le service de gynécologie et d'obstétrique**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ( CHUYO ).

Maternité école, elle est le centre de référence en gynécologie et en obstétrique de toutes les formations sanitaires de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes.

### ***1.2.1. Les infrastructures***

Elles se composent de :

- une salle d'accouchement
- un bloc opératoire composé de 3 salles dont l'une pour les interventions d'urgence et les deux autres pour les interventions inscrites au programme opératoire
- une unité d'aspiration manuelle intra-utérine ( AMIU )
- un service d'hospitalisation organisé en unités :
  - . une unité de soins intensifs
  - . une unité de grossesses pathologiques
  - . une unité de réanimation
  - . une unité des post-opérées
  - . une salle de pré-travail.
- une crèche
- une unité de planification familiale
- un service de consultation externe
- un secrétariat
- un service d'état civil.

### ***1.2.2. Le personnel***

Le personnel permanent se composait de :

- dix ( 10 ) spécialistes en gynécologie et obstétrique dont deux professeurs agrégés
- deux ( 2 ) médecins généralistes
- un ( 1 ) médecin anesthésiste réanimateur
- trente trois ( 33 ) sage-femmes
- onze ( 11 ) infirmiers et infirmières d'état
- sept ( 7 ) maïeuticiens d'état
- sept ( 7 ) filles et garçons de salle
- le personnel du bloc opératoire : 10 ( aide-opérateurs, aide-anesthésistes, infirmières ).

Ce personnel était soutenu par :

- dix huit ( 18 ) médecins inscrits au CES de gynéco-obstétrique
- cinq ( 5 ) stagiaires internés
- neuf ( 9 ) stagiaires externés
- les élèves infirmiers et sage-femmes.

### ***1.2.3. Les activités du service***

L'une des principales activités du service est la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales. En effet, le service fonctionne en permanence sous la responsabilité d'un médecin de garde qui dirige une équipe de garde comprenant :

- un médecin en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique
- un stagiaire interné
- un aide-anesthésiste
- un aide-opérateur

- trois ( 3 ) sage-femmes d'état et/ou maïeuticiens d'état
- une infirmière
- trois ( 3 ) garçons et/ou filles de salle.

### **1.3. L'unité de grossesses pathologiques**

Elle comprend 3 salles avec une capacité totale de 8 lits. Lorsque ces 8 lits sont occupés, les autres gestantes sont hospitalisées en salle de pré-travail. Certaines gestantes sont également hospitalisées dans les chambres de catégories élevées ( 5 lits au total ), qui elles, sont conjointement utilisées par tout le service de la gynécologie et d'obstétrique du CHUYO. Le service quotidien est effectué par un gynéco-obstétricien, un médecin en CES de gynécologie et d'obstétrique, une sage-femme ou un maïeuticien d'état, un stagiaire interné en médecine, cinq étudiants en 4e année de médecine et une fille de salle.

L'équipement des prestataires comprend : un tensiomètre à mercure, un stéthoscope, un thermomètre, un stéthoscope de Pinard, un mètre ruban ,un chariot et une balance pèse-personne ( utilisée simultanément par 4 unités du service ).

## **2. Type d'étude**

Notre étude a été prospective. Elle a couvert une période de 4 mois, allant du 15 novembre 2002 au 15 Mars 2003. Elle a porté sur les pathologies associées à la grossesse et les anomalies liées à l'évolution de la grossesse ayant nécessité une hospitalisation.

Les données ont été collectées au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO ) dans le service de gynécologie et d'obstétrique. Elles furent recueillies au moyen d'un questionnaire structuré ( annexe 2 ). Ce questionnaire comprenait plusieurs parties, notamment : la date de l'admission, l'identité, les données socio-démographiques, le mode d'admission, les

antécédents gynécologiques, obstétricaux, médico-chirurgicaux, vaccinaux et familiaux de la gestante. Il permettait également d'avoir des renseignements sur les états morbides survenus au cours de la grossesse en cours, les CPN effectuées, le diagnostic à l'hospitalisation, et le pronostic materno-fœtal puis de l'accouchement.

### ***3. Critères d'inclusion***

Toutes les femmes hospitalisées dans le service de gynécologie et d'obstétrique pour une pathologie médicale ou chirurgicale associée à la grossesse ou pour une anomalie de l'évolution de la grossesse ont été incluses dans notre étude.

### ***4. Critères d'exclusion***

Toutes les femmes qui n'ont pu être contactées après leur sortie ou leur accouchement ont été exclues de l'étude.

### ***5. Personnel participant à l'enquête***

L'enquête fut effectuée par un étudiant en 7<sup>e</sup> année de médecine, encadré par un médecin gynéco-obstétricien. Nous avons également eu à nous référer à d'autres médecins spécialistes tels que les infectiologues, les pneumophysiologues, les gastro-entérologues, les cardiologues, les anatomopathologistes, les chirurgiens et les radiologues.

## ***6. Déroulement pratique de l'enquête***

Toutes les femmes hospitalisées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO pour pathologie associée à la grossesse étaient immédiatement enregistrées sur une fiche individuelle avec attribution d'un numéro individuel. Le questionnaire était rempli au cours de l'hospitalisation, en précisant également l'adresse de la gestante ( téléphone, boîte postale, Fax, lieu de résidence ).

Toutes les femmes ont été suivies pendant leur période d'hospitalisation jusqu'à leur sortie.

Une nouvelle enquête menée auprès de chaque femme après l'accouchement a permis de recueillir des renseignements sur une éventuelle re-hospitalisation, sur l'évolution de la grossesse, sur l'accouchement et sur l'enfant.

## ***7. La saisie et l'analyse des données***

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur un micro-ordinateur avec le logiciel Epi Info version 6.04 fr.

## **VI. RESULTATS**

## **1. Résultats globaux**

### **1.1. Fréquence des hospitalisations pour pathologie associée à la grossesse**

En 2002, le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO a enregistré 7674 admissions de femmes en salle de triage. Pendant la même année, il y'a eu 4862 accouchements dont 1432 par césarienne. Au cours de la même année, ce service a enregistré 91 décès de femmes.

Nous avons enregistré 236 cas d'hospitalisations pour pathologies associées à la grossesse. Durant la même période , 1254 naissances ont eu lieu à la maternité du CHUYO dont 1140 naissances vivantes. Pour cette période, il y'a eu 1945 admissions de femmes dans le service.

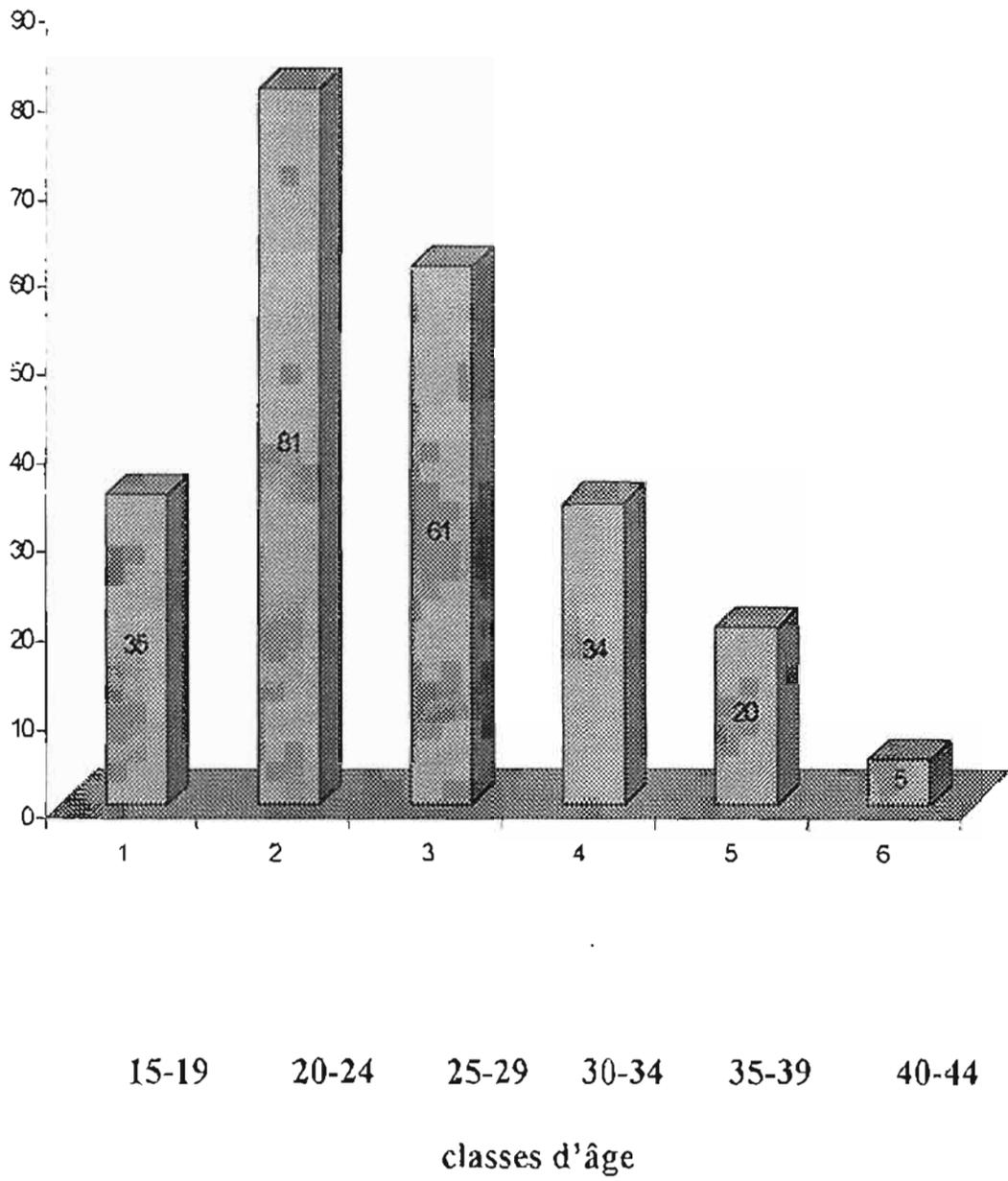
La fréquence des hospitalisations maternelles pour pathologie associée à la grossesse était d'environ 1 hospitalisation pour 5 naissances .

Elle était d'environ 1 hospitalisation pour 8 admissions de femmes dans le service.

### **1.2. Données socio-démographiques**

#### ***1.2.1. L'âge***

Les âges extrêmes étaient 15 et 45 ans. L'âge moyen a été de 25,6 ans.

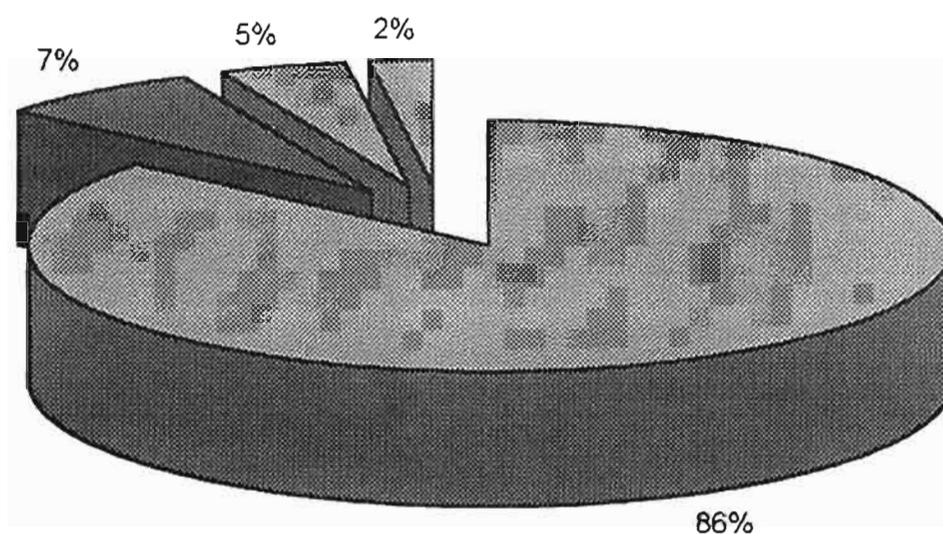


**Figure 1** : Distribution de la population par classe d'âge

Effectifs

### 1.2.2. Activité professionnelle

Nous avons distingué : les fonctionnaires, les commerçantes, les ménagères, et les autres (agricultrices, élèves, étudiantes, couturières...)( Figure2)



■ Ménagères    ■ Autres    ■ Fonctionnaires    ■ Commerçantes

**Figure2** : Répartition de 236 femmes en fonction de l'activité principale

Les ménagères représentaient 86,4 % des patientes.

### 1.2.3. La période d'hospitalisation

Nous avons réparti les femmes en fonction du mois durant lequel l'hospitalisation fut effectuée.

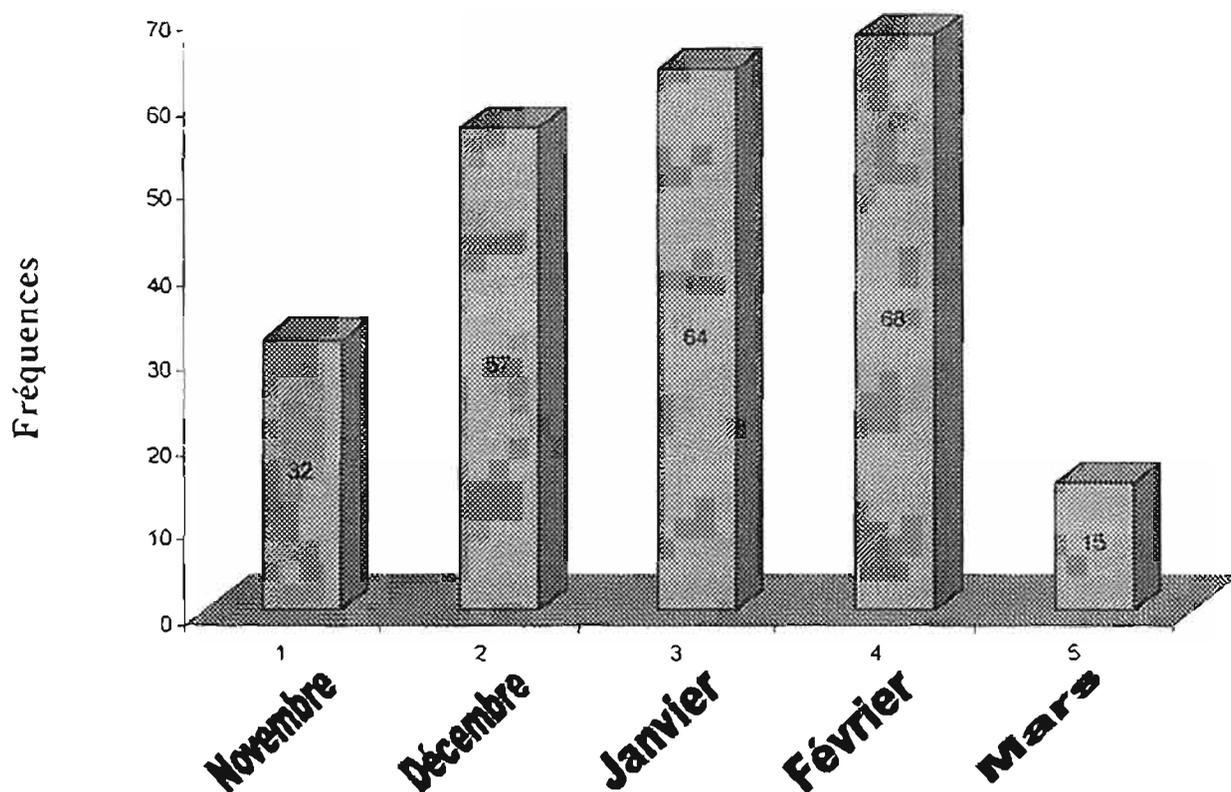


Figure3 : Répartition de 236 femmes en fonction du mois d'admission

### 1.2.4. Provenance des patientes

Les femmes résidant en zone urbaine furent classées par rapport à celles vivant en zone rurale. Ainsi, sur les 236 gestantes, 208 femmes, soit 88,1 % de ces gestantes, vivaient en zone urbaine, tandis que 28 femmes, soit 11,9 % des gestantes provenaient des zones rurales. Ces dernières ont été toutes évacuées vers la maternité du CHUYO.

### 1.3. Admission

#### 1.3.1. Mode d'admission

Parmi les 236 gestantes, 132 femmes, soit 55,9 % des gestantes avaient été évacuées, tandis que 104 femmes, soit 44,1 % des gestantes, sont venues d'elles-mêmes.

#### 1.3.2. Motif de consultation

**Tableau IV** : Fréquence des motifs de consultation

Motif de consultation	Nombre	Pourcentage ( % )
Douleurs pelviennes	126	53,3
Métrorragies	80	33,9
Fièvre	54	22,9
Anémie	51	21,6
HTA	24	10,2
Nausées- vomissements	16	6,7
AEG	12	5,1
Perte des eaux	12	5,1
Brûlures mictionnelles	10	4,2
Douleurs généralisées	9	3,8
Dyspnée	5	2,1
Cardiopathie	3	1,3
Diarrhée	3	1,3
Hémorragie génitale	2	0,8
Toux	2	0,8
Autres	13	5,5

Les autres motifs de consultation comprenaient : l'anorexie, la constipation, une lourdeur dans les jambes, les vertiges, la pollakiurie, une douleur de l'angle costo-vertébral...

## 1.4. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

### 1.4.1. Contraception

Parmi les 236 femmes hospitalisées, 18 femmes utilisaient une méthode contraceptive, soit 7,6 % des patientes. Elles ont été réparties en fonction de la méthode contraceptive utilisée ( Tableau V ).

**Tableau V** : Répartition de 18 femmes en fonction de la méthode contraceptive utilisée

Type	Nombre
Mécanique	2
Pilule	15
Injection IM	1

### 1.4.2. Parité

Concernant la parité, on distinguait plusieurs catégories de femmes :

- les nullipares étaient représentées par 100 femmes, soit 42,4 % des femmes hospitalisées
- les primipares représentaient 24,1 % des femmes avec un total de 57 femmes
- les paucipares ( 2 ou 3 accouchements ) quant à elles étaient au nombre de 59 et représentaient 25 % des femmes
- les multipares ( 4 accouchements et plus ) représentaient 8,5 % des gestantes avec un nombre total de 20 femmes.

### 1.4.3. Les avortements antérieurs

Parmi les femmes qui ont eu un antécédent d'avortement, 25 en avaient eu 01, tandis que celles qui en avaient eu 02 étaient au nombre de 14. Six femmes avaient plus de 03 avortements spontanés dans les antécédents.

#### **1.4.4. Antécédent de mortinatalité**

Vingt cinq femmes, soit 10,6 % des femmes, avaient déjà eu un mort-né lors des accouchements antérieurs.

#### **1.5. Antécédents médicaux**

**Tableau VI:** Fréquence des différents antécédents médicaux

<b>Affections</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage ( % )</b>
HTA	5	2,1
Asthme	3	1,3
Cardiopathie	2	0,8
Hémoglobinopathie	1	0,4

#### **1.6. Antécédents chirurgicaux**

- Trois des 236 patientes, soit 1,3 % des femmes avaient bénéficié d'une césarienne dans les antécédents.
- Les autres types d'interventions chirurgicales se répartissaient comme suit :
  - . myomectomie : 1 cas, soit chez 0,4 % de toutes les femmes
  - .kystectomie du sein : 1 cas ( 0,4 % de toutes les gestantes )
  - .G.E.U. : 1 cas, soit chez 0,4 % des patientes.

#### **1.7. Antécédents vaccinaux**

- Concernant la vaccination, 75 patientes, soit 31,8 % des femmes, étaient à jour de leurs vaccinations, tandis que toutes les autres, soit 162 femmes, n'ont pas été vaccinées.
- Le vaccin contre le méningocoque A et C a été fait chez 77 femmes, soit 32,6 % des patientes.

## 1.8. La grossesse actuelle

### 1.8.1. La date des dernières règles

Elle a été précisée chez 66 femmes soit 28 % des cas.

### 1.8.2. L'âge de la grossesse lors de l'admission

**Tableau VII** : Répartition de 236 femmes en fonction de l'âge de la grossesse à l'admission

Age	Nombre	Pourcentage ( % )
Premier trimestre ( $\leq 15$ SA )	47	19,9
Deuxième trimestre ( 16-28 SA )	97	41,1
Troisième trimestre ( $\geq 29$ SA )	92	39,0

Au cours du deuxième trimestre on a constaté 41,1% des hospitalisations.

### 1.8.3. Antécédents pathologiques :

Parmi les femmes hospitalisées, 42 ( 17,8 % ) ont eu une pathologie au cours de la grossesse avant l'hospitalisation. En dehors des nausées et vomissements retrouvés chez toutes les femmes, les différentes pathologies sont représentées dans le tableau VIII.

**Tableau VIII** : Répartition des femmes en fonction de la pathologie survenue au cours de la grossesse avant l'hospitalisation

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Anémie	15	35,7
HTA	12	28,6
Hémorragie du 1 <sup>er</sup> trimestre	7	16,6
Paludisme	6	14,3
MAP	1	2,4
Broncho-pneumopathie	1	2,4

#### **1.8.4. La consultation prénatale :**

##### **Le nombre de consultation prénatale**

Cent quarante deux femmes, soit 60,2 % des patientes n'ont pas effectué de CPN. Les 94 femmes qui l'ont effectué, ont été classées en 1 CPN, puis 2CPN et plus. Ainsi, 57 femmes avaient effectué 1CPN, tandis que 37 femmes en avaient effectué plus d'une.

##### **Personnel effectuant les CPN**

La qualification du personnel de santé ayant effectué la CPN a été appréciée au cours de l'admission.

**Tableau IX :** Répartition de 94 femmes en fonction du personnel effectuant la CPN

<b>Qualification</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage ( % )</b>
Sage-femme/ M.E.	70	74,5
Médecin spécialiste	13	13,8
Médecin généraliste	4	4,3
Autres	7	7,4

Les autres étaient représentés par : des infirmiers et infirmières, des accoucheuses auxiliaires, des agents itinérants de santé.

##### **Les traitements prophylactiques**

Au cours de l'enquête, 94 femmes étaient sous traitement, contre 142 femmes (soit 60,2 % de toutes les femmes) qui ne l'étaient pas. Parmi ces différents traitements on distinguait :

- la prophylaxie anti-palustre seule à la chloroquine : elle était effectuée par 56 femmes soit par 59,6 % des patientes
- la prophylaxie anti-anémique au fer et à l'acide folique quant à elle, était suivie par 12 femmes (12,8 % des femmes )

- la prophylaxie anti-palustre et antianémique associée était effectuée par 24 femmes ( 25,5 % des gestantes )
- les autres traitements étaient suivis par 2 femmes, soit 2,1 % des patientes.

### **1.9. Etat de la grossesse lors de l'admission**

A l'admission des patientes, plusieurs anomalies de l'évolution de la grossesse ont été mises en évidence. L'examen des femmes a permis de distinguer :

- les patientes qui présentaient une grossesse apparemment normale, sans anomalie de son évolution ( 85 femmes, soit 36 % des patientes )
- les patientes dont la grossesse était menacée d'un accouchement prématuré : elles étaient au nombre de 54, et représentaient 22,9 % des patientes
- les patientes menacées d'avortement spontané, qui elles, représentaient 30,5 % des gestantes
- les patientes qui présentaient un placenta praevia hémorragique étaient au nombre de 13 et elles représentaient 5,5 % des hospitalisées
- douze patientes, soit 5,1 % des gestantes, avaient eu une rupture prématurée des membranes.

### **1.10. Pathologies médicales ou chirurgicales diagnostiquées au cours de la grossesse**

La fréquence des différentes pathologies médicales ou chirurgicales rencontrées chez les gestantes est représentée dans le tableau X.

**Tableau X**: Fréquence des différentes pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse lors de l'hospitalisation chez 236 femmes par rapport au nombre total des admissions

Pathologies	Nombre	Pourcentage ( % )
Anémie	68	28,8
Infection urinaire	56	23,7
Paludisme	51	21,6
HTA	26	11
Béance cervico- isthmique	9	3,8
Infection à VIH	6	2,5
Vomissements gravidiques	5	2,1
Vulvo-vaginite	5	2,1
Fibromes utérins	4	1,7
Diabète	4	1,7
Hémoglobinopathie	3	1,3
Gastro-entérite	3	1,3
Cardiopathie	3	1,3
Affections respiratoires	3	1,3
Cancer du col utérin	2	0,9
Méningite	2	0,9
Oesophagite peptique	1	0,4
Hépatonéphrite	1	0,4
Hémorragie génitale	1	0,4
Ulcère de Burilli	1	0,4

### 1.11. Evolution de la grossesse

L'évolution de la grossesse a été évaluée chez toutes les femmes. Celles qui, à la fin de l'hospitalisation n'avaient pas accouché ou avorté furent évaluées par rapport à celles dont la grossesse s'est arrêtée. Sur les 236 femmes, on a observé 62 cas d'arrêt de la grossesse tandis que dans 174 cas la femme est sortie avec une grossesse évolutive.

- Répartition de 62 femmes en fonction du motif de l'arrêt de la grossesse :

**Tableau XI** : Répartition des femmes en fonction de la cause de l'arrêt de la grossesse lors de l'hospitalisation

Motif de l'arrêt de la grossesse	Nombre	Pourcentage ( % )
Avortement	36	58,1
Accouchement prématuré	20	32,3
Accouchement à terme	4	6,4
Décès de la mère	2	3,1
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

- Les complications maternelles

Les complications maternelles ont été recensées pendant l'hospitalisation et pendant l'accouchement.

- Pendant l'hospitalisation : quelques complications ont été enregistrées.

**Tableau XII** : répartition de 24 femmes en fonction des complications rencontrées, par rapport à 236 admissions

Complications	Nombre	Pourcentage ( % )
Décompensation d'une anémie	10	4,3
Troubles hydro-électrolytiques	5	2,1
Décès de la mère	2	0,8
Eclampsie	2	0,8
Neuropaludisme	2	0,8
Chorioamniotite	2	0,8
HELLP syndrome	1	0,4

Le nombre de décès maternel dans le service durant l'étude était de 35 femmes. Dans notre échantillon, nous avons enregistré 2 décès maternels. Le taux de létalité des gestantes incluses dans notre étude était de 5,7 %.

### **Premier cas de décès :**

Il s'agissait d'une patiente de 24 ans, ménagère, nullipare, qui a consulté à 16 SA pour diarrhée évoluant depuis plus de 2 semaines associée à des céphalées frontales pulsatiles.

A l'examen, on notait un mauvais état général, et des conjonctives pâles. L'abdomen était douloureux dans son ensemble, avec exacerbation de cette douleur à la palpation de la fosse iliaque droite.

Un hémogramme effectué a mis en évidence une leucopénie à 4000 leucocytes par mm<sup>3</sup>.

Le sérodiagnostic de Widal et Félix est revenu négatif. Une coproculture a mis en évidence 5 jours plus tard la présence de Salmonella Typhi. La patiente ne pouvant exonérer ses ordonnances est décédée 6 jours après son arrivée dans un tableau de choc septique.

### **Deuxième cas de décès :**

Mme Z.A. 32 ans , 3<sup>e</sup> geste, avec 2 enfants vivants, a consulté pour fièvre évoluant depuis environ 2 semaines associée à une raideur cervicale. A son entrée elle avait un mauvais état général et des conjonctives pâles, un pouls à 104/mn, une TA à 110/60 mm Hg, une fièvre à 41°C. Les BDCF étaient bien perçus. La grossesse était estimée à 32 SA. Sa vaccination anti- méningococcique n'avait pas été effectuée. Devant des résultats cyto bactériologiques et biochimiques évocateurs d'une méningite, elle fut transférée dans le service des maladies infectieuses où elle décéda 4 jours plus tard dans un tableau de septicémie.

Aucune des femmes ne fut hospitalisée à nouveau pour une quelconque pathologie après sa sortie du service.

- **Pendant l'accouchement**

Pendant l'accouchement, 2 types de complications ont été enregistrés. Trois patientes ont présenté une hémorragie de la délivrance, et deux autres, une crise d'éclampsie.

- **La voie d'accouchement**

Elle a été précisée chez toutes les femmes ayant un âge gestationnel supérieur à 28 SA. Au total, il y'a eu 198 accouchements dont 172 ont été effectués par voie basse, soit 88,7 % des accouchées.

- **Le nouveau-né**

- **Le poids de naissance**

Après l'accouchement, tous les 198 enfants ont été pesés. Les poids extrêmes étaient de 1900g et 5302g. Le poids moyen a été de 2057g

- **Mortinatalité**

Nous avons enregistré 174 naissances vivantes et enregistré 24 cas de mortinaissances ( soit 12,1 % du total des naissances ). Parmi les mortinatalités nous avons distingué d'une part les morts in utero avant le travail ( 16 cas , soit 66,7 % ) et d'autre part les décès intra-partum ou néonatal immédiat ( <20mn après la naissance ) ( 8 cas ). Le taux de mortinatalité a été de 4,6 %.

- **La prématurité**

Sur les 174 naissances vivantes, nous avons enregistré 37 enfants prématurés, soit environ 1 enfant prématuré sur 5 naissances vivantes.

## **2. Résultats analytiques**

### **2.1. Pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse**

#### ***2.1.1. Anémie et grossesse***

##### 2.1.1.1. Aspects épidémiologiques

###### **Fréquence**

On a retrouvé 68 cas d'anémie ( 28,8 % des admissions) chez nos patientes. Parmi ces femmes, 21 ( 30,9 % ) ont présenté un tableau d'anémie isolé. Quinze de ces cas d'anémie ( 22,1 % ) étaient graves ( taux d'Hb < 7g/dl ).

###### **Age**

Les âges extrêmes étaient de 16 et 41 ans avec une moyenne de 25 ans . La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans.

##### 2.1.1.2. Aspects cliniques

###### **Le motif de consultation**

Dans 16 cas ( 23,5 % ), la patiente fut référée d'un centre médical pour anémie clinique. L'asthénie fut le 1<sup>er</sup> motif de consultation ( 93 % ). Ensuite viennent les oedèmes des membres inférieurs ( 44,6 % ) et la dyspnée ( 40 % ).

###### **Les signes cliniques**

Dix neuf patientes avaient un mauvais état général. Toutes les femmes avaient des conjonctives pâles. La tachycardie a été retrouvée dans plus de la moitié des cas ( 70,5 % ). Cinq cas de sub-ictère ont été notifiés. Dans 41 cas, l'anémie était associée à une autre pathologie ( Tableau XIII ).

**Tableau XIII:** Fréquence des étiologies probables de l'anémie

Pathologies	Nombre	Pourcentage ( % )
Paludisme	21	30,9
Parasitose digestive	13	19,1
VIH	4	5,9
Hémoglobinopathie	3	4,4

Dans 16 % des cas l'anémie était associée à une menace d'avortement tardif et à une menace d'accouchement prématuré.

#### 2.1.1.3. Aspects para cliniques

Un hémogramme demandé dans tous les cas, n'a pu être réalisé que par 2 patientes chez qui un taux d'hémoglobine effectué a permis d'affirmer le diagnostic. Le taux moyen d'Hb était de 8,6 g/dl avec des extrêmes allant de 3g/dl à 9,5g/dl.

Dans 57 cas ( 86,4 % des cas ), il s'agissait d'une anémie hypochrome microcytaire. Le dosage des folates n'a été réalisé chez aucune de nos patientes.

L'examen parasitologique des selles a permis de mettre en évidence 13 cas de parasitose digestive.

#### 2.1.1.4. Aspects évolutifs

##### **chez la mère et chez l'enfant**

Chez ces patientes anémiées, on a pu constater 23 avortements, 16 accouchements prématurés et 29 accouchements normaux.

Six cas d'anémie ont décompensé avec apparition d'une dyspnée au moindre effort. Ces dernières ont toutes avorté.

## **L'accouchement**

Soixante six femmes ( 97 % ) ont eu un accouchement spontané par voie basse, 2 ont bénéficié d'une césarienne pour souffrance fœtale aiguë.

### ***2.1.2. Infection urinaire et grossesse***

#### **2.1.2.1. Aspects épidémiologiques**

##### **Fréquence**

Nous avons colligé 56 cas d'infection urinaire. Parmi ces patientes, 38 (67,9 % ) présentaient une bactériurie asymptomatique, 14 (25 % ) une cystite et 4 une pyélonéphrite. Cette pathologie fut le plus fréquemment retrouvée au cours du 2ème trimestre de la grossesse. Dans 39 cas ( soit 69,6 % des cas ), l'infection urinaire était associée à une autre pathologie.

##### **Age**

Les extrêmes d'âge étaient de 15 et 39 ans. La moyenne d'âge fut de 24,8 ans.

#### **2.1.2.2. Aspects cliniques**

##### **Motif de consultation**

Dans 67,9 % des cas l'infection était asymptomatique. Elle fut découverte fortuitement lors du bilan pour une autre pathologie. Le tableau suivant résume les différents signes d'appel ( Tableau XIV ).

**Tableau XIV:** Fréquence des motifs de consultation dans l'infection urinaire à propos de 56 femmes enceintes

Signe d'appel	Nombre	Pourcentage ( % )
Douleurs pelviennes	35	62,5
Fièvre	18	32,1
Brûlures mictionnelles	16	28,6
Douleurs lombaires	4	7,1

### Signes physiques

L'état général était bon dans 75 % des cas et les conjonctives étaient colorées dans 95 % des cas. La fièvre était présente dans 32,1 % des cas. Elle était très élevée dans les 4 cas de pyélonéphrites, supérieure à 40°C.

La palpation abdominale effectuée chez ces dernières a retrouvé une douleur à l'angle costo-vertébral dans tous les cas.

#### 2.1.2.3. Aspects para cliniques

##### ECBU

Il a été réalisé chez toutes les patientes et a permis dans tous les cas d'affirmer le diagnostic d'infection urinaire. Les germes les plus fréquemment rencontrés étaient : Escherichia Coli ( 77 % des cas d'infection urinaire ), Proteus mirabilis ( 12 % des cas ) et Candida albicans ( dans 7 % des cas ).

##### Echographie

Elle a été évocatrice de pyélonéphrite dans les 4 cas diagnostiqués.

#### 2.1.2.4. Aspects évolutifs

##### **Chez la mère et chez l'enfant**

Aucune complication n'a été notée chez la mère sur le plan médical.

Sur le plan obstétrical, on a relevé chez ces femmes ayant une infection urinaire :

- 13 cas d'accouchement prématuré , soit 23,2 % des patientes
- 21 cas d'accouchement à terme, soit 37,5 % des femmes
- 10 cas de mort-nés chez 17,9 % des patientes
- 12 cas d'avortement chez 21,4 % des femmes.

##### **A l'accouchement**

Cinquante quatre accouchements ont eu lieu par voie basse.

Aucune complication n'a été identifiée.

### ***2.1.3. Paludisme et grossesse***

#### 2.1.3.1. Aspects épidémiologiques

##### **Fréquence**

Dans notre échantillon, 51 femmes ont été atteintes d'un paludisme. Chez 15 femmes, soit 29,4 % des femmes, le paludisme était isolé. Dans 2 cas, le paludisme était grave, réalisant un accès pernicieux.

##### **Age**

Les âges variaient entre 16 et 41 ans. La moyenne d'âge était de 30,1 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans.

### 2.1.3.2. Aspects cliniques

#### **Motifs de consultation**

La fièvre revenait au premier plan, retrouvée chez toutes les patientes. Ensuite venaient en deuxième rang les nausées et vomissements ( 77 % ), suivis de l'asthénie ( 74 % des femmes ). Dans les 2 cas d'accès pernicioeux, les patientes furent référées pour troubles de la conscience à type de coma.

#### **Signes cliniques**

##### **Paludisme simple**

Il fut retrouvé chez 49 femmes.

Dans 82 % des cas, l'état général était bon. Les conjonctives étaient colorées dans 27,5 % des cas. Toutes les patientes étaient fébriles. La température moyenne était de 39°C, avec des extrêmes allant de 38 à 42°C . Dans tous les cas, on retrouvait des céphalées et des vomissements.

Les frissons avec sensation de froid furent retrouvés chez toutes les femmes, ainsi qu'une peau brûlante au toucher, et des sueurs abondantes intermittentes.

##### **Deux patientes ont présenté un accès pernicioeux**

A l'entrée, elles avaient un tableau de coma stade 8 selon le score de Glasgow. Les températures chez les 2 femmes étaient respectivement de 40 et 40,8°C.

### 2.1.3.3. Aspects para cliniques

La goutte épaisse réalisée chez toutes les patientes a permis de confirmer le diagnostic dans tous les cas et le frottis mince a permis l'identification de l'espèce plasmodiale dans 30 % des cas. Ainsi ont pu être mis en évidence : le

plasmodium falciparum ( 49 cas ), le plasmodium malariae ( 1 cas ) et le plasmodium ovale (1 cas ). La densité parasitaire n'a pu être précisée que dans 12 cas.

Le sérodiagnostic n'a pu être réalisé chez aucune de nos patientes.

Dans 36 cas ( 70,6 % ), le paludisme était associé à plusieurs complications chez nos patientes ( tableau XV ).

**Tableau XV** Fréquence des complications associées au paludisme

Complications	Nombre	Pourcentage ( % )
Anémie	14	27,5
Menace d'accouchement prématuré	7	13,7
Menace d'avortement tardif	7	13,7
Anémie + menace d'avortement tardif	3	5,9
Anémie + menace d'accouchement prématuré	2	3,9
Anémie + menace d'avortement précoce	1	2
Anémie + HTA gravidique	1	2
Pré-éclampsie	1	2

#### 2.1.3.4. Aspects évolutifs

##### Chez la mère

Parmi les 51 femmes hospitalisées pour paludisme au cours de leur grossesse , 42 gestantes ( 82,4 % des femmes ) ont pu mener leur grossesse à terme.

Il y'a eu 2 cas de coma pendant l'hospitalisation.

## **Chez l'enfant**

On a enregistré :

- 3 mort-nés
- 6 accouchements prématurés ( chez 11,8 % des patientes ).

## **Accouchement**

Toutes ces femmes ont accouché par la voie basse.

### ***2.1.4. Hypertension artérielle et grossesse***

#### **2.1.4.1. Aspects épidémiologiques**

##### **Fréquence**

Parmi nos patientes hospitalisées, 26 ont présenté une dysgravidie . Nous avons distingué : l'HTA gravidique, la pré-éclampsie, l'HTA chronique pré-existante et la pré-éclampsie surajoutée. Ainsi, nous avons pu obtenir 23 cas de pré-éclampsie, 2 cas d'HTA chronique, et 1 cas d'HTA gravidique.

Les primipares étaient les plus touchées ( 72 % ).

##### **Age**

L'âge moyen était de 26,2 ans, avec des extrêmes d'âge de 18 et 45 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 25 à 29 ans avec 9 cas.

#### **2.1.4.2. Aspects cliniques**

##### **Motif de consultation**

Vingt et une femmes ( 80,8 % des patientes) ont consulté pour HTA. Le deuxième motif de consultation fut les oedèmes des membres inférieurs (60,8 % ), nous, prenant le godet, suivi des céphalées ( 60 % ).

## **Signes cliniques**

Six femmes ( 23 % ) avaient un mauvais état général et 96 % des femmes avaient des conjonctives colorées. La TA prise aux 2 bras, les femmes étant couchées en décubitus latéral gauche depuis plus de 15mn était  $\geq 140/90$  mmHg dans tous les cas.

Les oedèmes des membres inférieurs étaient retrouvés chez toutes les femmes. Cinq patientes avaient un œdème de la face.

Le poids de nos patientes variait entre 76 et 97 kg, avec une moyenne de 86 kg . La pré-éclampsie était isolée dans 16 cas ( 69,6 % des cas ), l'HTA chronique isolée, et l'HTA gravidique associée à un paludisme et une anémie.

### 2.1.4.3. Aspects évolutifs

#### **Chez La mère**

Pendant l'hospitalisation, 1 femme a présenté des complications à type de HELLP syndrome et 2, une crise d'éclampsie. Quinze femmes ont accouché à terme.

Chez ces femmes atteintes de dysgravidie, 18 femmes ont accouché spontanément par voie basse tandis que 8 ont eu recours à la césarienne. On a enregistré 2 cas d'éclampsie lors de l'accouchement.

#### **Chez l'enfant**

Il y'a eu 9 prématurés ( 34,6 % ), 6 cas de souffrance fœtale lors de l'accouchement, et 2 mort-nés. Parmi les enfants nés vivants, 49 % avaient un score d'apgar à la 1<sup>ère</sup> minute entre 8 et 10.

## ***2.1.5. Béance cervico-isthmique***

### **2.1.5.1. Aspects épidémiologiques**

#### **Fréquence**

Nous avons hospitalisé 9 femmes avec béance cervico-isthmique. Dans 3 cas, elle était associée à une menace d'avortement tardif. Les femmes furent reçues avec un âge gestationnel qui variait entre 12 et 22 SA.

#### **Age et parité**

L'âge moyen était de 29,8 ans . La parité variait entre 1 et 8 .Les paucipares étaient les plus représentées ( 62 % ).

On retrouvait dans les antécédents 7 cas de tentative d'avortement provoqué clandestin lors des grossesses précédentes, et 3 femmes avaient eu plus de 3 avortements spontanés.

### **2.1.5.2. Aspects cliniques**

#### **Signe d'appel**

Le plus souvent, le signe d'appel était la sensation d'une pesanteur pelvienne. La douleur pelvienne franche fut retrouvée chez 6 patientes ( 66,7 % ). Dans un seul cas elle était associée à des métrorragies minimes.

#### **Signes cliniques**

Chez les 9 femmes, l'état général était conservé avec des conjonctives colorées.

Le toucher vaginal couplé au palper abdominal a permis de mettre en évidence un col anormal dans 7 cas (77,8 % ).

### 2.1.5.3. Echographie

Réalisée dans tous les cas, l'échographie a aidé au diagnostic en appréciant le col : celui-ci était court dans tous les cas, ouvert à 2,5 cm à l'orifice interne dans 6 cas et à 2 cm dans 3 cas.

### 2.1.5.4. Aspects évolutifs

Toutes les 9 grossesses ont bénéficié d'un cerclage du col. Sept d'entre elles ont pu aboutir à un accouchement à terme. Deux accouchements furent prématurés. Tous les accouchements ont été effectués par voie basse.

### ***2.1.6. Infection à VIH et grossesse***

Nous avons colligé 6 cas de patientes avec une sérologie à VIH positive.

L'âge des patientes variait entre 21 et 36 ans. Dans 2 cas, les patientes ont consulté pour gastro-entérite chronique. Elles avaient toutes un mauvais état général.

Toutes les patientes avaient une anémie clinique et un état général passable ou altéré. Tous les 6 cas furent reçus au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.

Aucun traitement spécifique anti-rétroviral ne fut administré.

Quatre de ces grossesses évoluèrent vers un avortement tardif. Deux grossesses ont pu aboutir au terme avec naissance d'enfants hypotrophes pesant chacun 1900 et 2000g. Tous les accouchements furent effectués par voie basse.

### ***2.1.7. Vomissements gravidiques***

Cinq femmes ont été hospitalisées pour vomissements gravidiques. Toutes étaient à leur 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse. Leur moyenne d'âge était de 23,4 ans. Parmi elles, 5 étaient des primipares, les 2 autres des paucipares.

Le tableau d'entrée réalisait un tableau de vomissements graves dans 4 cas. Dans 1 cas, les vomissements étaient associés à une menace d'avortement.

Un ionogramme effectué dans tous les cas a mis en évidence des troubles ioniques chez toutes les femmes ( déshydratation extra-cellulaire, baisse du chlore, hypokaliémie, hyponatrémie ).

Les grossesses ont toutes abouti à des accouchements normaux.

### ***2.1.8. Vulvo-vaginites et grossesse***

Nous avons colligé 5 cas de vulvo-vaginite, tous associés à une rupture prématurée des membranes. Parmi les 5 femmes, une était diabétique et avait dans les antécédents des infections vaginales à répétition. Toutes les femmes signalaient la présence de leucorrhées nauséabondes.

Le toucher vaginal a mis en évidence des leucorrhées dans tous les cas. Le diagnostic fut confirmé par l'étude du prélèvement vaginal dans les 5 cas.

Quatre accouchements ont pu être effectués à terme, le 5<sup>e</sup> ayant été effectué prématurément.

### ***2.1.9. Les autres pathologies médico-chirurgicales rencontrées***

#### **2.1.9.1. Diabète et grossesse**

Quatre cas furent colligés avec 3 cas de diabète gestationnel et 1 seul cas de diabète non insulino-dépendant. Les âges étaient de 24, 26, 30, 38 ans . Une seule de ces femmes avait un antécédent connu de diabète. Le poids moyen de ces patientes était de 89,7 kg avec des extrêmes allant de 84 kg à 95 kg.

Les patientes ont le plus souvent consulté pour asthénie intense. On retrouvait à l'interrogatoire, une polyurie-polydypsie chez toutes les femmes.

La glycémie à jeun a permis dans tous les cas de poser le diagnostic. La moyenne de la glycémie à jeun était de 9,6 mmol/l, avec des extrêmes allant de 7,9 mmol/l à 16,3 mmol/l.

Aucune malformation n'a été enregistrée lors des accouchements.

Le poids moyen des enfants était de 4400 g et variait de 3900 à 4800 g.

### **2.1.9.2. Hémoglobinopathies et grossesse**

Trois femmes ont été hospitalisées, 2 pour hémoglobinopathie double-hétérozygote SC et 1 pour hémoglobinopathie hétérozygote AS. les âges étaient de 24,25 et 38 ans.

Le signe d'appel le plus évoqué était les douleurs généralisées, puis ensuite venait l'asthénie. L'électrophorèse de l'hémoglobine effectuée chez toutes les patientes pendant l'hospitalisation a confirmé le diagnostic. Toutes étaient anémiées.

Les grossesses furent menées à terme avec accouchement normal d'enfants normaux. Une d'entre elles a présenté une hémorragie de la période de la délivrance et a bénéficié d'une transfusion de culots globulaires iso-groupe- iso rhésus.

### **2.1.9.3. Fibrome et grossesse**

Quatre cas de fibrome ont été enregistrés. Les parités étaient respectivement de 2,2,3 et 5. Elles furent reçues dans un tableau de nécrobiose aseptique.

Les douleurs pelviennes ont été le signe le plus évocateur. L'échographie abdomino-pelvienne a confirmé le diagnostic dans tous les cas.

Une seule de ces femmes a bénéficié d'une césarienne pour souffrance fœtale aiguë. L'Apgar des enfants à la naissance dès la 1<sup>ère</sup> minute était respectivement de 8,8,8,9. A la 5<sup>e</sup> minute l'Apgar était à 10 chez tous les enfants.

### **2.1.9.4. Gastro-entérite et grossesse**

Sur les 3 cas colligés, 2 étaient liés à une infection à VIH. Le 3<sup>e</sup> cas était dû à salmonella typhi. La diarrhée fut le principal signe d'appel.

A l'examen, les patientes avaient toutes un mauvais état général avec des conjonctives pâles. Les MAF étaient faiblement perçus.

Les 2 cas liés à l'infection à VIH aboutirent à un avortement. Le cas lié à la fièvre typhoïde entraîna le décès de la patiente dans un tableau de choc septique.

#### **2.1.9.5. Cardiopathies et grossesse**

Trois cas furent colligés. Les gestantes furent toutes transférées du service de la cardiologie du CHNYO pour cardiopathie associée à la grossesse. Elles appartenaient toutes au grade II de la classification de la NYHA. Deux d'entre elles étaient porteuses d'une maladie mitrale. Elles restèrent dans le service jusqu'à l'accouchement à terme par voie basse d'enfants bien portants. Aucun incident ne fut noté. La 3<sup>e</sup> quant à elle était atteinte d'une cardiomyopathie dilatée hypertensive et a pu être suivie après son hospitalisation en ambulatoire. Elle accoucha par césarienne d'un enfant bien portant.

#### **2.1.9.6. Broncho-pneumopathie et grossesse**

Trois femmes furent hospitalisées pour affections respiratoires. Une d'elles présentait un mauvais état général, avec des conjonctives pâles. Elle fut hospitalisée pour toux chronique. L'exploration de cette toux fut vaine. Elle fut par la suite transférée dans le service de pneumo-phtisiologie où elle fut traitée comme ayant une broncho-pneumopathie à germe banal. Elle recouvra la guérison, néanmoins la grossesse évolua vers un avortement tardif.

Les 2 autres cas, également des broncho-pneumopathies à germe banal, ont eu comme signes d'appel une fièvre associée à une toux aiguë. Elles accouchèrent à terme d'enfants vivants et bien portants.

### **2.1.9.7. Cancer du col utérin et grossesse**

Deux cas furent colligés. Il s'agissait de 2 cas de cancers invasifs stade Ib de la classification de la FIGO ( 1985 ).

#### **1er cas :**

Il s'agissait d'une patiente de 32 ans, ménagère, multipare (4 enfants ) avec un antécédent de 2 avortements spontanés tardifs et des vulvo-vaginites à répétition non traitées. Elle a consulté pour métrorragies faites de sang rouge sur une grossesse de 13 SA. L'aspect du col à l'examen au spéculum fut évocateur d'un processus néoplasique qui fut par la suite confirmé par un examen anatomo-pathologique.

La grossesse ne pu atteindre le terme car la patiente expulsa d'un mort-né frais à 15 SA. Une hémorragie suite à l'expulsion survint par saignement de la tumeur. Les saignements s'estompèrent suite à un tamponnement intra-vaginal.

#### **2ème cas :**

O.M., patiente de 40 ans, ménagère, gestité 4, parité 2, ayant eu 1 avortement spontané précoce il y'a 2 ans. Elle a consulté pour hémorragie génitale avec douleurs pelviennes à 16 SA. Elle avait un état général passable et une anémie clinique. L'examen au spéculum couplé au toucher pelvien fut évocateur du cancer du col, qui fut également confirmé par l'examen anatomo-pathologique. L'avortement survint à 20 SA.

### **2.1.9.8. Méningite et grossesse**

Les 2 patientes reçues pour méningite ont consulté pour mauvais état général avec fièvre élevée à plus de 40°C. Elles avaient respectivement 18 et 37

ans. Aucune d'entre elles n'avait effectué une vaccination anti méningitique. L'examen à l'entrée était évocateur avec présence franche d'une raideur cervicale, d'un signe de Brudzinski et d'un signe de kernig. Une ponction lombaire effectuée pour examen cyto bactériologique et biochimique a pu isoler le méningocoque dans les 2 cas. Dès que le diagnostic fut posé elles furent transférées au service des maladies infectieuses. L'une d'entre elle connue la guérison et pu mettre au monde un enfant vivant et bien portant.

La 2<sup>e</sup> femme décéda dans un tableau de septicémie.

#### **2.1.9.9. Oesophagite peptique et grossesse**

Un seul cas fut hospitalisé. Il s'agissait d'une patiente de 26 ans, ménagère, primigeste, nullipare, qui, suite à des vomissements répétés, a présenté une douleur rétro-sternale à type de brûlure, associée à un reflux gastro-oesophagien lui interdisant toute alimentation par voie orale.

Elle fut reçue avec un bon état général, des conjonctives colorées, et un pli de déshydratation modérée.

La fibroscopie digestive haute a permis de poser le diagnostic. Après un traitement adéquat, La symptomatologie a régressé. Elle accoucha d'un enfant vivant et bien portant.

#### **2.1.9.10. Hépatonéphrite et grossesse**

Il s'agissait d'une patiente de 22 ans, primigeste et nullipare, porteuse d'une grossesse de 15 SA, qui, suite à une tentative d'avortement à risque par ingestion de décoctions faites de plantes, a présenté un ictère flamboyant avec oligurie.

Un bilan biologique a permis la mise en évidence d'une élévation des transaminases sériques : ASAT ( 500 UI/l ) et ALAT ( 650 UI/l ), ainsi qu'une

hyper-créatininémie à 420mmol/l. La guérison survint après 2 semaines de traitement médical et la grossesse fut menée a terme.

#### **2.1.9.11. Hémorragie génitale et grossesse**

Ce fut le cas d'une patiente de 19 ans, primigeste et nullipare qui, suite à des manœuvres abortives par introduction dans le vagin de comprimés de permanganate de soude, a présenté une hémorragie génitale faite de sang rouge, sur une grossesse évolutive de 17 SA. A son admission, elle avait un mauvais état général, des conjonctives pâles, et une défense pelvienne. Les mouvements actifs du fœtus étaient bien perçus. A l'examen au spéculum, on pouvait voir une érosion cervico-vaginale, avec saignements peu abondants.

Le diagnostic de choc hémorragique par érosion cervico-vaginale fut posé. La grossesse, après 8 jours de traitement, n'a pu évoluer et un avortement eu lieu à 18 SA.

#### **2.1.9.12. Ulcère de Burilli et grossesse**

Un cas fut reçu. Il s'agissait d'une patiente de 24 ans, primigeste et nullipare, qui a consulté pour ulcération diffuse des deux seins évoluant depuis plus de 3 mois. A l'entrée, elle avait un état général passable, des conjonctives pâles, une température à 38°C, et une TA à 120/70 mmHg. Elle était porteuse d'une grossesse mono fœtale d'environ 24 SA.

L'examen notait de volumineux seins dont la peau était ulcérée, gangreneuse, aux contours irréguliers avec par endroits du pus franc. On notait également des portions de peau cartonnée entre les ulcérations. Après avis des chirurgiens, l'hypothèse d'ulcère de Burilli fut retenu. Elle a bénéficié d'une mammectomie bilatérale totale. Les suites opératoires furent simples.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'a pu être effectué faute de moyens financiers. La patiente fut exécutée après 3 semaines d'hospitalisation.

Elle accoucha d'un enfant né prématuré à 34 SA avec un Apgar à 7 à la 1<sup>er</sup>e minute et à 8 à la 5<sup>e</sup> minute.

## 2.2. Anomalies de l'évolution de la grossesse

### 2.2.1. Menace d'avortement

#### 2.2.1.1. Aspects épidémiologiques

##### Fréquence

Lors de notre enquête, 72 cas soit 30,5 % des patientes, ont été colligés, dont 48 cas ( 66,7 % ) de menace d'avortement tardif et 24 cas d'avortement précoce ( 33,3 % ). Dans 10 cas ( 0,1 % ), la menace était isolée.

##### Age

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans avec 28 cas ( 38,9 % ). Les extrêmes d'âge étaient 17 et 41 ans. La moyenne était de 25,6 ans. ( Tableau XVI ).

**Tableau XVI:** Répartition des gestantes admises pour menace d'avortement selon l'âge

Tranche d'âge (années )	Nombre	Pourcentage ( % )
15-19	11	15,3
20-24	28	38,9
25-29	14	19,4
30-34	10	13,9
35-39	7	9,7
40-44	2	2,8

## 2.2.1.2. Aspects cliniques

### **Plaintes**

Les plaintes étaient la douleur pelvienne dans tous les cas, et les métrorragies rouges sans caillot dans 49 cas ( 68,1% des cas ). Elles étaient aiguës dans tous les cas.

Le motif de consultation était isolé dans seulement 10 cas ( 13,9 % ). L'avortement précoce était associé à une autre pathologie dans 12 cas, tandis que l'avortement tardif s'y associait dans 41 cas ( 57 % des cas ).

### **Examen physique**

#### **Menace d'avortement précoce ( 24 cas )**

On notait un bon état général dans 18 cas, soit dans 75% des cas, des conjonctives colorées dans 20 cas ( 83,3 % ).

Le spéculum a noté un saignement endo-utérin dans 20 cas.

Le toucher vaginal a noté un col fermé à l'orifice interne dans tous les cas.

#### **Menace d'avortement tardif ( 48 cas )**

L'état général était bon dans 40 cas ( 83,3 % des cas ) avec des conjonctives colorées dans 42 cas ( 87,5 % des cas ).

Les saignements endo- utérins ont été mis en évidence au spéculum dans 46 cas ( 95,8 % ). Le toucher vaginal a noté un orifice interne du col fermé dans 39 cas ( 81,3 % ). Dans 9 cas, il était ouvert à moins de 2 doigts aux 2 orifices.

#### **En fonction du type de menace**

**Menace légère** : il y'avait 12 cas de menace d'avortement légère ( soit 16,8 % des menaces d'avortement ). Dans tous les cas, une métrorragie était mise en évidence. Le col utérin était fermé.

**Menace modérée** : les mêmes signes étaient retrouvés avec plus d'intensité.

**Menace sévère** : les douleurs pelviennes persistaient malgré le traitement. Ce type de menace fut retrouvé chez 28 gestantes ( soit 38,8 % des patientes présentant une menace d'avortement ).

La menace d'avortement était isolée dans 22 cas. Dans les autres cas, une étiologie probable fut diagnostiquée ( Tableau XVII ).

**Tableau XVII** : Répartition des étiologies probables de la menace en fonction du type d'avortement.

Affections	Menace d'avortement précoce		Menace d'avortement tardif	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage
Infection urinaire	5	20,8	16	33,3
Anémie	5	20,8	9	18,8
Paludisme	1	4,2	7	14,6
VIH	0	-	4	8,3
Béance cervico-isthmique	0	-	3	6,3

### 2.2.1.3. Aspects évolutifs

#### Chez la mère

Une complication a pu être observée parmi les menaces d'avortement précoce. Il s'agissait d'une hémorragie après expulsion du fœtus.

Parmi les 48 gestantes qui étaient victimes d'une menace d'avortement tardif, 2 femmes ont eu des complications à type de décompensation d'une anémie. Elles ne purent conserver leur grossesse.

## **Chez l'enfant**

Parmi les 24 gestantes avec menace d'avortement précoce, 18 femmes, soit 75 % des cas, ont avorté, tandis que celles qui avaient une menace d'avortement tardif ont présenté 12 cas d'avortement ( 25 % des menaces d'avortement tardif ).

Au total, dans ce groupe de 72 femmes ayant présenté une menace d'avortement, 42 grossesses ( soit 58,3 % des cas ) ont pu aboutir à une naissance vivante, avec 6 accouchements prématurés ( 8,3 % des menaces ) et 36 accouchements à terme.

## **L'accouchement**

Parmi les 42 femmes qui ont pu accoucher, 41 ont eu un accouchement spontané par voie basse. Une seule a bénéficié d'une césarienne pour souffrance fœtale aiguë. Aucune autre complication de l'accouchement n'a été enregistrée dans ce groupe de femmes.

### ***2.2.2. Menace d'accouchement prématuré***

#### **2.2.2.1. Aspects épidémiologiques**

##### **Fréquence**

Parmi les gestantes étudiées, 54 femmes ont été victimes d'une menace d'accouchement prématuré, dont 10 cas (18,5 % des cas ) de menace légère, 19 cas (35,2 % des cas ) de menace modérée et 25 ( 46,3 % des cas) de menace sévère. Dans 4 cas, aucune affection apparente n'a pu être rattachée à la MAP.

##### **Age**

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 30 à 34 ans. Les âges variaient entre 17 et 40 ans. La moyenne d'âge a été de 25,3 ans.

#### 2.2.2.2. Aspects cliniques

##### **Signes d'appel**

Les motifs de consultation étaient : la douleur abdomino- pelvienne dans 36 cas ( 66,7 % ) les métrorragies dans 19 cas ( 35,6 % ) et la perte des eaux dans 13 cas (24,1 % des cas ).

##### **Examen physique**

On notait un bon état général dans 81 % des cas et des conjonctives colorées dans 15 % des cas. Les MAF étaient perçus par la femme dans 92 % des cas. Les BDCF étaient présents dans tous les cas. Le spéculum, utilisé chez toutes les femmes, a permis de mettre en évidence des métrorragies dans 48 % des cas.

Le toucher pelvien, pratiqué également chez toutes les femmes, a noté des modifications cervico-segmentaires dans tous les cas, avec une formation précoce du segment inférieur, une présentation qui appuyait sur le col, qui était court, centré et mou. Dans 10 % des cas, le col était ouvert à plus de 2cm à l'orifice interne.

Cette MAP était isolée dans 9 cas ( 16,7 % ). Dans 45 cas, elle était due à une ou deux pathologies (Tableau XVIII ).

**Tableau XVIII:** Répartition des étiologies de la menace d'accouchement prématuré

Pathologies	Nombre	Pourcentage ( % )
Infection urinaire	13	24,1
Anémie	8	14,8
Paludisme	7	13
Placenta praevia	5	9,3
Pré-éclampsie	4	7,4
RPM + vulvo-vaginite	3	5,6
Anémie+paludisme	2	3,7
Traumatisme	2	3,7
Gastro-entérite	1	1,9

### 2.2.2.3. Aspects évolutifs

#### **Chez la mère et chez l'enfant**

Parmi ces 54 cas de menaces d'accouchement prématuré, 31 grossesses ( 57,4 % des cas ), ont pu évoluer favorablement.

Plusieurs complications ont été rencontrées, à type de décompensation d'une anémie ( 2 cas ) et un cas d'infection ovulaire.

Il y'a eu 20 cas ( 37 % ) d'accouchement prématuré.

Les patientes avec une menace d'accouchement prématuré chez qui la grossesse n'a pu évoluer favorablement ont été classées en fonction du type de menace ( Tableau XIX ).

**Tableau XIX:** Fréquence des accouchements prématurés en fonction du type de menace

Menace d'accouchement prématuré	Nombre	Pourcentage (%)
Légère	2	10
Modérée	7	35
Sévère	11	55
Total	20	100

## **Accouchement**

Dans cette série de femmes, 30 gestantes ont accouché spontanément par voie basse. Il y'a eu une seule complication à type d'hémorragie de la délivrance chez une femme ayant eu un placenta praevia.

### ***2.2.3. Placenta praevia***

#### **2.2.3.1. Aspects épidémiologiques**

##### **Fréquence**

Nous avons pu analyser 14 cas de placenta praevia ( soit 5,9 % des admissions ). Nous avons distingué 6 cas de placenta praevia latéral, 6 cas de PP central et 2 cas de PP marginal. Le placenta praevia était isolé dans 4 cas.

##### **Age**

Les âges extrêmes étaient de 18 et 40 ans. Neuf patientes avaient plus de 30 ans.

#### **2.2.3.2. Antécédents**

- **Parité** : 60 % des patientes étaient des multipares.
- **Antécédents chirurgicaux** : 2 femmes avaient une cicatrice utérine.
- Quatre gestantes avaient bénéficié d'un curetage pour évacuation utérine après avortements incomplets.

#### **2.2.3.3. Aspects cliniques**

Le signe le plus retrouvé fut les métrorragies dans 92,9 % des cas, faites de sang rouge. Les douleurs pelviennes occupaient le 2<sup>e</sup> rang avec 78,6 % des cas. Dans 2 cas la palpation abdominale retrouvait une présentation transversale.

L'examen au spéculum a confirmé l'origine utérine des saignements.

Le toucher vaginal, pratiqué chez toutes les femmes, n'a pu mettre en évidence la position du placenta que dans 7 cas : 6 cas de placenta praevia central et un cas de placenta praevia latéral .

#### 2.2.3.4. Aspects para-cliniques

**Echographie** : elle fut effectuée chez toutes les femmes. Elle a confirmé le diagnostic de PP en en spécifiant le type. Elle a pu mettre en évidence 6 cas de placenta praevia antérieurs type II de la classification de Bessis, 6 cas de placenta praevia antérieurs type IV de Bessis et 2 cas de placenta praevia type III de Bessis.

#### 2.2.3.5. Aspects évolutifs

##### **Chez la mère**

L'évolution fut favorable pour la mère dans tous les cas. Dix femmes ont pu mener leur grossesse à terme.

##### **Chez l'enfant**

Parmi ces 14 femmes ayant présenté un PP, l'évolution fut la suivante :

- un mort-né : la mère avait un PP marginal
- trois prématurés : 2 mères avaient un PP latéral et une un PP central.

Le poids de naissance des enfants variait entre 2000 et 3600g. Le poids moyen était de 2700g.

##### **Mode d'accouchement**

Huit patientes ont accouché par voie basse et 6 par césarienne.

Quatre des 6 patientes avec PP central ont bénéficié d'une césarienne. Il y'a eu 1 complication à type d'hémorragie de la délivrance.

## ***2.2.4. Rupture prématurée des membranes***

### 2.2.4.1. Aspects épidémiologiques

#### **Fréquence**

Nous avons colligé 12 cas de RPM, soit 5,1 % des hospitalisées. Cette affection occupait la 4<sup>e</sup> place des anomalies de l'évolution de la grossesse dans notre étude.

#### **Age**

Les extrêmes d'âge étaient de 21 et 29 ans. La fréquence était la plus élevée parmi les paucipares.

### 2.2.4.2. Aspects cliniques

#### **signe d'appel**

Dans tous les cas, la patiente a constaté la perte des eaux faite de liquide clair. Ce motif de consultation était associé à des leucorrhées dans 5 cas, à des douleurs abdominales dans 6 cas et à une béance cervico-isthmique dans 1 cas.

#### **Signes cliniques**

Les gestantes avaient un âge gestationnel qui variait entre 22 et 35 SA. Chez toutes les femmes, l'état général était bon et les conjonctives colorées. La température était également normale.

La mobilisation sus-pubienne de la présentation reproduisait l'écoulement dans 10 cas (83,3 %).

Le toucher pelvien réalisé n'a noté aucune procidence du cordon. Le spéculum, utilisé chez toutes les patientes, a pu noter la présence de leucorrhées dans 5 cas et de sang dans un cas.

La RPM était associée à certaines pathologies qui étaient :

-la vulvo-vaginite ( 41,7 % des RPM )

-la menace d'accouchement prématuré (25 % des RPM ).

Dans 2 cas cette RPM était isolée.

#### 2.2.4.3. Aspects para-cliniques

Le dosage de la diamino-oxydase ( DAO ) n'a pu être effectué chez aucune de nos patientes.

L'échographie abdomino-pelvienne a noté un oligo-amnios chez 7 femmes ( 58,3 % des cas ). Dans 2 cas, cet oligo-amnios était sévère.

Le PV, réalisé chez toutes les femmes, a confirmé le diagnostic de vulvo-vaginite dans 7 cas avec isolement de candida albicans ( 5 cas ) et de E. coli.

#### 2.2.4.4. Aspects évolutifs

##### Chez la mère

Parmi ces patientes, 6 ont eu une grossesse évolutive jusqu'à terme.

Un cas de chorioamniotite a été notifié, entraînant une des mortinaissances.

##### Chez l'enfant

Parmi les 12 femmes suivies, 4 ont accouché d'un mort-né et 2 ont eu des accouchements prématurés. Les 6 enfants nés à terme avaient à la naissance dès la 1<sup>e</sup> minute un Apgar compris entre 8 et 10.

##### L'accouchement

Toutes les femmes ont accouché par voie basse. Aucune complication n'a été déplorée.

## **VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## ***1. Limites et biais***

Certaines explorations avaient un coût le plus souvent inaccessible aux patientes. Certains examens (étude du caryotype, certains dosages hormonaux...), ne sont pas effectués par la plupart des laboratoires. Pourtant ils auraient permis de rechercher certaines pathologies. Ce fut le cas par exemple de la toxoplasmose et de la rubéole, la listériose, qui, bien qu'étant des causes fréquentes de fièvre chez la gestante, n'ont pu être recherchées chez nos patientes. Ceci est d'autant plus frappant que certaines femmes avaient des plaintes qui n'étaient pas en rapport avec la pathologie détectée.

Plusieurs patientes avaient plusieurs pathologies associées et la nature de leur lien n'a pas été toujours évidente. Ce fut le cas par exemple des menaces d'accouchement prématuré, où la recherche étiologique demande une exploration aussi complète que possible .

Six femmes n'avaient aucune référence ( téléphone, boîte postale...) et elles furent malheureusement perdues de vue . Leur étude aurait pu être intéressante pour notre enquête.

## ***2. Résultats globaux***

### **2.1. Fréquence globale**

Lors de notre enquête, nous avons enregistré 236 cas d'hospitalisations pour pathologies associées à la grossesse. Durant la même période , 1254 naissances ont eu lieu à la maternité du CHUYO dont 1140 naissances vivantes. Pour cette période, il y'a eu 1945 admissions de femmes dans le service.

La fréquence des hospitalisations pour pathologie associée à la grossesse était d'environ 1 hospitalisation pour 5 naissances .

Elle était d'environ 1 hospitalisation pour 8 admissions de femmes dans le service.

Le nombre de décès maternel dans le service durant l'étude était de 35 femmes. Dans notre échantillon, nous avons déploré 2 décès maternels.

## 2.2. Caractéristiques de la population d'étude

### - **L'âge et la profession**

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans, représentant 34,3 % de toutes les femmes hospitalisées pour pathologie associée à la grossesse. Ceci reflète la situation démographique du Burkina Faso car le taux de fécondité de la population générale est élevé dans cette tranche d'âge et atteint son maximum entre 25 et 29 ans ( 205 pour mille ).

La majorité des patientes était représentée par les ménagères ( 86,4 % ). Ceci pouvait être dû aux causes suivantes :

- la population nationale en générale est composée de 85% de menagères
- le manque de moyens financiers suffisants : le service de grossesses pathologiques de la maternité du CHUYO comprend 3 salles avec une capacité de 8 lits. Les infrastructures ne sont pas adéquates ( lits, toilettes, lavabo, climatiseur...). Pourtant certains centres médicaux de la ville offrent des conditions meilleures, mais à des prix dépassant les capacités d'une frange de la population
- les femmes évacuées ou référées des zones rurales n'ont souvent pas d'asile en zone urbaine. Elles sont donc obligées, même si leur état ne les en oblige pas de séjourner à l'hôpital.

### - **Le motif d'évacuation et la provenance**

Plus de la moitié des femmes ( 132 femmes, soit 55,9 % ) a été évacuée d'un centre médical, et parmi ces évacuées 11 % viennent des zones rurales. Pour Lankoande et Coll. au Burkina Faso [ 50 ], les circonstances les plus meurtrières

provenaient des évacuations sanitaires des centres périphériques vers les hôpitaux nationaux.

Ces résultats diffèrent de ceux de Andriamady [ 2 ] qui, lors d'une étude sur la mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana au CHU d' Antananarivo, a retrouvé 40% de cas d'évacuation des formations sanitaires rurales. Il retrouvait 40% de cas où la patiente a consulté d'elle même contre 44,1% dans notre série.

#### **- La contraception**

Chez nos patientes, 92 % ne pratiquaient pas la contraception, alors que la majorité des femmes, soit 88,1 % des gestantes, vivaient en zone urbaine. La planification familiale peut constituer une mesure importante et efficace pour réduire les décès maternels dans les pays en voie de développement [ 94 ]. Nous pensons, comme le Dr Fortney J. de FHI [ 6 ], que l'un des moyens de réduire la mortalité maternelle, est d'aider les femmes à avoir moins d'enfants et de les aider à éviter les dangers inhérents à la grossesse. La planification pourra aider certaines femmes victimes de pathologies chroniques à mieux préparer leur grossesse dans des conditions de sécurité optimale .

#### **- Gestité et parité**

Les nullipares étaient les plus nombreuses et représentaient 42,4 % des patientes. Pour Ouédraogo C.B.F.[ 76 ], la nulliparité devrait nécessiter une surveillance et une référence lorsqu'elle était associée à un autre facteur de risque. En France, avoir dépassé 35 ans au moment de la première grossesse multiplie le risque de mourir par 4 [ 53 ].

#### **- Antécédents chirurgicaux**

Seulement 3 gestantes parmi les patientes, soit 1,3 % des patientes, avaient bénéficié d'une césarienne dans les antécédents. Plusieurs auteurs ont souligné le

risque de morbidité lié à une césarienne antérieure [ 26 ;28 ;55 ]. Pourtant, la césarienne constitue souvent un facteur protecteur car entraînant une meilleure prise en charge ultérieure des femmes opérées.

#### - **Antécédent d'HTA**

L'hypertension artérielle est un important facteur de risque pendant la grossesse. Plusieurs auteurs ont déjà étudié les risques encourus par une femme enceinte présentant une hypertension artérielle [ 73 ;86 ;97 ]. Lors d'une étude multicentrique effectuée dans les pays africains, au Niger, l'HTA a été retrouvée chez 11,7 % des femmes, contre 1,7 % à Bamako et 5 % à Nouakchott. Sur le plan multicentrique, elle a été de 8,1 %.

Ouédraogo C. au B.F. [ 76 ] a retrouvé une fréquence de 7,7 % de femmes qui au cours de la visite du 8<sup>ème</sup> mois ont présenté une HTA. Parmi elles une seule a présenté une éclampsie au cours du travail.

Dans notre étude nous avons confirmé l'HTA chez 24 femmes ( 10,2 % des patientes ) avec 23 cas de pré-éclampsie, 2 cas de HTA chronique, et 1 cas d'HTA gravidique.

#### - **La grossesse actuelle et la CPN**

Les patientes furent reçues le plus souvent au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.

L'anémie, l'HTA, et le paludisme ainsi que les métrorragies du premier trimestre furent les états morbides les plus retrouvés comme antécédents pathologiques au cours de la grossesse en cours.

La CPN fut effectuée par seulement 94 femmes, soit 39,8 % des patientes. Parmi elles, 30 % soit environ 1/3 des cas ont effectué plus d'une CPN.

La CPN fut effectuée le plus souvent par une sage- femme, avant les médecins spécialistes.

Vu l'importance de la CPN [ 8 ], on ne peut que rester déconcerté devant ce faible taux des CPN. Un travail qui a évalué à 2/3 les décès évitables a mis en évidence les erreurs de diagnostic dans la surveillance et les retards ou les erreurs de prise en charge des pathologies [ 14 ]. Néanmoins, la qualité de la CPN est plus importante que sa fréquence. Le but de la CPN est de fournir à l'accouchement tout ce qu'il faut pour prendre en charge efficacement la mère et l'enfant.

A partir du travail d'Andelette sur la mortalité maternelle à Dakar, une étude a montré que la CPN pourrait permettre d'éviter 22 % des décès maternels.

### 2.3. L'examen à l'admission

#### - **Fréquence des pathologies**

De toutes les pathologies médicales rencontrées, l'anémie était la plus fréquente, suivie de l'infection urinaire, du paludisme et de l'HTA . La béance cervico-isthmique dominait les pathologies chirurgicales en fréquence.

L'évolution de la grossesse fut souvent menacée par certaines anomalies dont la menace d'avortement occupait la 1<sup>ère</sup> place avec 30,5 % des patientes, suivie de la menace d'accouchement prématuré ( 22,9 % des patientes ), du placenta praevia et de la rupture prématurée des membranes.

En tout, 20 pathologies médico-chirurgicales et 4 anomalies de l'évolution de la grossesse furent rencontrées.

#### - **Evolution :**

La grossesse s'est arrêtée dans 62 cas ( 26,3 % des patientes ). Parmi ces grossesses arrêtées, la cause était le plus souvent un avortement ( 58,1 % des causes d'arrêt de la grossesse ), et un accouchement prématuré une fois sur 3.

Deux cas de décès maternels furent déplorés . Il s'agissait d'un cas de septicémie suite à une méningite et d'un cas de salmonellose compliquée de choc septique.

Kéita et coll [ 70 ], lors d'une analyse de la mortalité maternelle au CHU de Donka en Guinée, a retenu que 85,4 % des décès maternels étaient probablement évitables. Dans son étude, les évacuations tardives constituaient le facteur le plus important [ 70 ].

Ainsi, en plus du fait que les patientes consultent tardivement pour les états morbides, les faiblesses dans le système de surveillance et les soins obstétricaux souvent inadaptés (CPN, prise en charge des cas obstétricaux ) expliquent le diagnostic en salle de travail d'anomalies ou de pathologies qui auraient dû être décelées bien avant. Ceci pose à nouveau l'éternel problème de la formation continue du personnel de santé. Cet état des faits est aggravé par l'insuffisance d'infrastructures adéquates et de moyens adaptés afin de faire face aux différents problèmes de santé que rencontrent les femmes.

Il s'ajoute à cela le fait qu'il y'ait des problèmes de prise en charge des patientes, faute de moyens financiers afin d'honorer les ordonnances.

Il existe également le problème de la prise en charge pluridisciplinaire. Certaines patientes ne pouvant se déplacer pour obtenir un avis spécialisé dans un autre service, où la consultation ne se fait généralement pas tous les jours, sont parfois obligées d'attendre plusieurs heures, voir plusieurs jours avant de bénéficier d'un avis adéquat. Ceci conduit à la prise en charge tardive de certains cas, d'où aggravation de la symptomatologie, préjudiciable à la vie de la mère et de l'enfant.

Lankoandé et coll. [ 51 ], à travers une étude sur la mortalité maternelle au Burkina Faso, a noté que malgré les interventions menées depuis 10 ans pour réduire la mortalité maternelle, celle-ci est en hausse. Dans tous les cas, des efforts restent à mener.

### ***3. Aspects cliniques et évolutifs au cours des principales pathologies associées à la grossesse***

La femme, comme toute autre personne, est susceptible d'être affectée par n'importe quelle pathologie dont certaines lui sont spécifiques. Au cours de la discussion, nous aborderons 5 pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse et 2 anomalies de l'évolution de la grossesse.

#### **3.1. Pathologies médicales ou chirurgicales associées à la grossesse**

##### **3.1.1. Anémie et grossesse**

Au cours de notre étude, l'anémie occupait la 1<sup>ère</sup> place des pathologies médicales les plus fréquemment rencontrées avec 68 cas ( soit 28,8 % des patientes) . Elle était isolée dans 1/3 des cas. Dans 1/5 des cas elle était grave.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans .

Selon Lankoandé et coll [ 51 ], l'anémie reste la troisième cause de mortalité maternelle au BF. Les hémorragies, reconnues pourtant comme étant la première cause de mortalité est aggravée par cette anémie.

Dans notre étude, plus du 1 / 4 des femmes étaient anémiées. Ceci était imputable d'une part, au bas niveau socio- économique , d'où une nutrition inadéquate, et d'autre part, à la faible fréquentation des services de CPN et la prise en charge inadéquate des patientes lors de certaines CPN .

Pour Dao au B.F.[ 23 ], l'anémie chez la femme enceinte pouvait être imputable à une malabsorption du fer consécutive à un régime faible en calories et en nutriments érythro-poïétiques ( protéines et vitamines ). Or, selon les résultats d'enquêtes démographiques de santé [ 63 ], 14 % des femmes du Burkina souffrent d'un déficit nutritionnel chronique, et seulement 11 % des dépenses

alimentaires sont allouées à l'achat de viande, de poisson, d'œuf et de produits de mer [60].

De plus, la consommation de ces produits chez la femme se trouve limitée par les interdits, plus particulièrement chez les Mossi, les Gourmantché et les Lobi-dagari [77].

Seulement 38 % des patientes qui suivaient une chimio-prophylaxie avaient une chimio-prophylaxie antianémique au fer. Nous pensons comme Dujardin B. [30], que les activités préventives sont réalisées de manière routinière sans aucun soucis de leur efficacité.

La carence martiale est reconnue comme pouvant être responsable de 97 % des causes d'anémie [47].

L'anémie était le plus souvent associée au paludisme (20,6 % des cas), à une MAP (11,8 % des cas) et à une menace d'avortement tardif (11,8 % des cas). Ceci n'est pas étonnant sachant les différents liens qui existent entre ces différentes entités nosologiques.

En effet, le Burkina Faso est un pays situé en zone d'endémie palustre où cette maladie constitue la première cause de consultation et la deuxième cause d'hospitalisation [61]. Le paludisme est reconnu comme ayant des complications sévères telles que l'anémie par hémolyse. En plus de cela, il est l'étiologie principale des carences sévères en folates pendant la grossesse [33].

Certains auteurs comme Murphy [67] et Klebanoff [47] ont montré l'association entre prématurité et anémie. En accord avec eux, Steer [99] trouve également que le risque d'accouchement prématuré était important en cas d'anémie.

Parmi les étiologies de ces cas d'anémie, on retrouvait 3 cas d'hémoglobinopathie. La drépanocytose est l'une des 5 grandes étiologies d'anémie au cours de la grossesse en zone tropicale d'Afrique [33]. D'autres étiologies telle que la géophagie ont été évoquées dans l'anémie chez la femme enceinte en zone tropicale. Ainsi, nous pensons comme Dao [23] que l'anémie

doit faire l'objet d'une recherche étiologique systématique, en vue d'une prise en charge précoce et adéquate.

L'hémogramme fut effectué chez la plupart des femmes sauf dans 2 cas où les patientes ne disposaient pas de moyens financiers suffisants.

Le dosage du fer et de l'acide folique n'a pas, dans plus de 90% , été réalisé par les patientes.

Près du 1/3 de ces grossesses a abouti à un avortement tandis que 16 femmes (23,5 % des cas) ont eu un accouchement prématuré. On a assisté à 6 cas de décompensation toutes survenues sur un terrain très anémié avec un taux d'hémoglobine inférieur à 3 g par dl.

Les conditions socio-économiques défavorables de nos femmes (qui sont pour la plupart des ménagères), ne leur ont pas permis dans la plupart des cas d'effectuer un bilan complémentaire adéquat ni d'acheter les médicaments.

Devant ces cas fréquents d'anémie, certaines décisions doivent être prises par nos autorités sanitaires. L'étude des principales étiologies de l'anémie pendant la grossesse ( dans notre contexte ) reste souhaitable. Elle apportera des informations précieuses dans le choix des stratégies de lutte adaptées au Burkina Faso.

### 3.1.2. Hypertension artérielle et grossesse

Pathologie toujours préoccupante, elle a une prévalence chez la femme enceinte en guinée de 17,1 % [ 70 ]. Dans notre série, 26 cas ont été colligés avec 23 cas de pré-éclampsie, 2 cas d'HTA chronique et 1 cas d'HTA gravidique. L'âge de prédilection fut celui compris entre 25 et 29 ans. On retrouvait 8 patientes, soit 30,8 % des dysgravidiques, qui avaient un âge compris entre 15 et 24 ans. La majorité des patientes était des primigestes. On retrouvait seulement 2 cas d'HTA familial ( 7,7 % ).

Bah et coll [ 5 ] à Conakry en guinée, lors de l'étude des facteurs épidémiologiques et des facteurs de risque de l'HTA associée a la grossesse a trouvé qu'à cet âge, les facteurs de risque n'étaient pas négligeables notamment la primigestité ( 49,6 % ) et l'HTA familial ( 32,7 % ).

La difficulté dans notre étude a résidé dans le fait que chez nos patientes, étant toutes analphabètes, la notion d'HTA dans les antécédents a été difficile à préciser.

Pour Bah , la pré-éclampsie occupait la première place, suivie de l'HTA transitoire, de l'HTA chronique et de la pré-éclampsie surajoutée. Pour Krzesinski [ 48 ], la pré-éclampsie était également la cause la plus fréquente d'HTA secondaire.

Nos résultats rejoignent ceux de la plupart des auteurs quant à la fréquence de l'HTA chez les primigestes [ 27 ]. Par contre, Touré et Coll ont rapporté dans une étude cas-témoins un taux de 22,8 % chez les primigestes contre 77,2 % chez les femmes ayant une parité comprise entre 2 et 6 [ 97 ].

L'obésité représente un facteur de risque non négligeable dans notre étude. Sur 26 femmes avec HTA, 9 femmes étaient obèses soit 34,6 % des dysgravidiques. Ce chiffre est considérable quand on sait que l'obésité expose aux pathologies rénales et au diabète. Les auteurs sont généralement d'accord pour estimer que l'incidence de l'HTA est plus élevée chez les femmes obèses [73 ].

L' HTA et les OMI ont été les signes les plus évocateurs et l'examen clinique a retrouvé une HTA dans tous les cas et des œdèmes de la face dans 5 cas. Le poids moyen était de 86 kg.

La pré-éclampsie était isolée dans 69,5 % des cas. Seules 12 % des patientes ont pu réaliser un bilan comprenant une numération formule sanguine, un bilan hépatique et une uricémie.

L'évolution fut marquée par 1 cas de HELLP syndrome, 2 cas d'éclampsie, 9 cas de prématurité et 8 césariennes.

Rounier Vehier et coll [ 86 ] en France, lors d'une étude sur les syndromes hypertensifs de la femme enceinte, a préconisé dans la surveillance fœto-maternelle la réalisation d'écho-doppler maternels et fœtaux et des mesures ambulatoires de la pression artérielle. Le même auteur préconise un suivi pré et post natal pour ces femmes chez qui l'évolution pourrait se faire vers l'HTA avérée.

Malheureusement, ces examens complémentaires et le suivi médical, bien qu'indiqués, sont d'accès souvent difficile dans notre contexte de travail, lorsque nous savons que le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUYO ne dispose que d'un seul réanimateur , celui-ci étant également sollicité dans le service de réanimation du CHUYO.

Presque toutes les patientes n'ont jamais bénéficié d'un suivi médical avec la prise régulière de la TA. Ceci dénote une fois de plus de l'importance de l'accessibilité aux structures de soins adéquates. La détection de protéine urinaire aurait pu être aisée si les services disposaient de bandelettes réactives urinaires.

### 3.1.3. Infection urinaire et grossesse

Nous avons colligé 56 cas d'infection urinaire, avec 38 cas ( soit 67,9 % des cas ) de bactériurie asymptomatique, 14 cas ( 25 % ) de cystite et 4 cas de pyélonéphrite.

Elle occupait la 2<sup>e</sup> place des pathologies médicales les plus fréquemment rencontrées dans notre série après l'anémie. Elle est estimée à 5 -10 % des grossesses suivant les auteurs, soit une multiplication du risque par 2 à 2,5 fois. Pour Delcroix [23 ], l'infection urinaire est la plus fréquente des infections de la femme enceinte.

La plupart d'entre elles ont consulté au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.

L'infection urinaire est favorisée chez la femme enceinte par la dilatation physiologique des voies urinaires. Pour Morsad [ 66 ], l'accouchement prématuré est le risque principal, étant plus fréquent dans les formes fébriles. Le mécanisme du déclenchement prématuré du travail sont le réflexe uretéro-utérin ( les contractions de l'uretère induisent des contractions utérines), l'augmentation de l'activité myométriale en cas de fièvre, l'action ocytocique de l'endotoxine de l'E. Coli et surtout l'infection bactérienne placentaire et fœtale. Ces différentes étiologies pourraient expliquer le taux élevé de MAP et d'avortement dans ce groupe de femmes dans notre série ( 25 % des cas d'infection urinaire ).

Le motif de consultation était évocateur d'une infection urinaire dans seulement 28,6 % des cas avec présence de brûlures mictionnelles. Dans les 4 cas de pyélonéphrite, il s'ajoutait au tableau clinique une douleur de l'angle costo-vertébrale.

Dans la majorité des cas (67,9 % ), cette infection urinaire était asymptomatique. Pourtant, la bactériurie asymptomatique demeure l'infection urinaire la plus fréquente au cours de la grossesse [ 69 ;84 ;91 ]. Nous pouvons alors dire à la suite de Delcroix [24 ], que l'une des priorités dans la surveillance prénatale; pourrait être de dépister, d'éradiquer et de prévenir efficacement l'infection urinaire, surtout la bactériurie asymptomatique au cours de la grossesse. En plus de cela, le traitement de la bactériurie asymptomatique prévient environ 80 % des pyélonéphrites gravidiques [ 24 ]. Smail [ 91 ], quant à lui explique dans son étude, qu'une dizaine d'études randomisées ont montré que le traitement des bactériuries asymptomatiques permet de réduire le nombre d'accouchements prématurés et des nouveaux-nés de faible poids.

On a enregistré le plus de morts fœtales dans ce groupe de femmes avec 17,9 % de mortinaissances et 23,2 % des grossesses , soit près du 1 / 3 , ont abouti à un accouchement prématuré. Ces taux très élevés pourraient être dûs au fait que

ces femmes, très souvent malnutries et sous alimentées, présentent plusieurs pathologies simultanément.

Le caractère le plus souvent latent de l'infection urinaire et son pronostic souvent grave nous emmène à préconiser la détection systématique et le traitement de toutes les formes latentes d'infection urinaire dès le début de la grossesse surtout quand on sait que la détection d'une infection urinaire peut se faire facilement à l'aide d'une bandelette réactive urinaire qui teste la présence de nitrite et de leucocytes. Ces bandelettes sont donc à fournir à tous les centres de CPN. Les gestantes doivent également être informées de l'importance d'une diurèse suffisante et des mesures d'hygiène correctes. Les infections génitales basses seront dépistées et traitées.

#### 3.1.4. Paludisme et grossesse

Le paludisme demeure toujours un problème de santé publique [ 34 ]. Il frappe dans la population active et dans les franges de la population à risque [ 7 ;58 ], dont fait partie les femmes enceintes.

En effet, on estime qu'en Afrique, au moins 24 millions de femmes sont menacées par le paludisme chaque année, et moins de 5% des femmes ont accès à des interventions efficaces. Au cours de notre étude, le paludisme occupait la 3<sup>e</sup> place des pathologies médicales les plus couramment rencontrées avec 51 cas. Dans moins du 1/3 des cas, il était isolé ( 29,4 % des cas ). La moyenne d'âge était de 30,1 ans et la tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 24 ans.

La prévalence relativement faible des cas de paludisme dans notre échantillon s'explique par le fait que notre période d'étude s'étendant du 15 novembre 2002 au 15 mars 2003, ne couvrait pas la période de transmission maximale du paludisme qui, au Burkina Faso, se situe entre août et novembre.

On retrouvait dans ce groupe 40% de primigestes. Dembélé, au B.F. [ 25 ] après une étude sur le paludisme et les complications de la grossesse au CHNSS

de Bobo-Dioulasso, estimait que les facteurs tels que le jeune âge , la primigestité, le célibat, les antécédents de fièvre au cours de la grossesse, l'absence de chimioprophylaxie, et le poids maternel inférieur à 50 kg ont contribué à faire apparaître des complications.

Parmi nos femmes, seulement 25% d'entre elles suivaient une chimioprophylaxie anti- palustre adéquate et 67 % ont signalé avoir éprouvé une sensation fébrile au cours de la grossesse, traitée par auto-médication.

Toutes les femmes ont évoqué la fièvre lors de leur consultation. L'examen clinique était évocateur du paludisme dans plus des 2 / 3 des cas.

La goutte épaisse réalisée chez toutes les patientes a permis de poser le diagnostic.

Le paludisme était associé à d'autres pathologies dans 70,6 % des cas. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient : l'anémie ( 27,5 % des cas ) l'accouchement prématuré ( 13,7 % des cas ) et la menace d'avortement tardif (13,7 % des cas ).

D'après les estimations, le paludisme en Afrique est responsable de 15% de l'anémie maternelle et 35% de l'insuffisance pondérale a la naissance. L'anémie maternelle augmente le risque d'accouchement prématuré et également d'insuffisance pondérale à la naissance. De plus, la grossesse affaiblit les défenses immunitaires de la femme. Face au paludisme, elle devient plus vulnérable à la forme grave que les autres adultes. Nous avons reçu 2 patientes dans un état de coma au cours d'un neuropaludisme.

Dembélé [ 25 ], lors de son enquête a estimé que le taux de positivité ( 36,2 % ) de l'ensemble des placentas examinés était supérieur à celui du sang périphérique maternel ( 26,3% ) avec une différence significative (  $p < 0,05$  ).

Dans leur série, Ighanesebhor et Okolo [ 42 ] ont trouvé 45,2 % de taux de positivité du placenta.

Sachant que 142 femmes ( 60,2 % des admissions ) n'avaient aucune chimioprophylaxie pendant la grossesse, la situation est plus qu'alarmante. Dans

une zone de forte endémicité comme le B.F., la chimioprophylaxie anti palustre doit être systématique dès le premier trimestre de la grossesse. Lors du sommet d'Abouja, 31 chefs d'états Africains avaient pris la résolution de mettre en place des interventions efficaces de lutte contre le paludisme pour 60% des femmes d'ici l'an 2005. Malgré toutes ces initiatives déployées, des efforts restent à mener.

### 3.1.5. Béance cervico-isthmique

Dans notre série, 9 cas de béance cervicale furent colligés. Les patientes avaient un âge moyen de 29,8 ans. Sept femmes avaient dans les antécédents, effectué un avortement provoqué clandestin par des manœuvres intra-vaginales.

Toutes les patientes ont bénéficié d'un cerclage du col au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse et seulement 2 accouchements furent prématurés. Les autres accouchements ont été effectués à terme.

La béance du col entraîne plusieurs complications telles que l'avortement tardif et l'accouchement prématuré. Pour Cabrol D. [ 17 ], la béance cervicale est responsable de 16 % des accouchements prématurés. La part des avortements à risque dans la genèse de cette pathologie chez nous est encore mal documentée. Pourtant, Ky, lors de son étude [ 49 ], a trouvé que 21,7 % des cas d'avortements reçus dans les maternités de la ville de Ouagadougou étaient des avortements à risque. Ce taux, bien qu'élevé, est en deçà de la réalité.

En plus de cela, l'une des causes secondaires de la béance cervicale résulte des traumatismes obstétricaux du col ( déchirure, accouchements traînants, poussées trop précoces...) [ 41 ]. Connaissant les conditions souvent pénibles dans lesquelles accouchent les femmes dans nos pays sous-développés, une attention particulière est à porter à cette pathologie.

Le calibrage du col à l'aide de la bougie N°8 de Hegar, en consultation de routine, pour le diagnostic de béance cervicale, n'est pas de pratique courante. Généralement, l'hypothèse est posée au décours d'un toucher vaginal, ce qui n'est

pas suffisant pour retenir le diagnostic de béance cervicale. Ceci interpelle à nouveau les agents de santé sur la nécessité d'effectuer un examen clinique soigneux qui les aidera à dépister certaines pathologies avant la survenue d'une grossesse.

L'hystéro-salpingographie et l'échographie peuvent aider au diagnostic, mais peuvent-elles être effectuées par toutes les femmes ?

La détection de cette pathologie au cours de la grossesse doit être la plus précoce possible car le traitement proposé pour cette pathologie est le cerclage du col durant la période entre la 14<sup>e</sup> et la 16<sup>e</sup> SA. Pourtant, la plupart de ces patientes ne consultent que tardivement, lors d'une complication telle qu'une menace d'avortement tardif ou une menace d'accouchement prématuré.

### 3.1.6. Les autres pathologies médico-chirurgicales

Au cours de notre étude, plusieurs autres pathologies médico-chirurgicales furent rencontrées. Parmi elles, on pouvait distinguer : l'infection à VIH, le diabète, les hémoglobinopathies, les fibromes utérins... Bien que pouvant être longues à mener, des études particulières doivent être effectuées afin d'établir leur poids sur la gestante vivant en pays tropical tel que le Burkina Faso.

Il est évident que ces pathologies, survenant sur un terrain fragile que constitue la femme enceinte, augmentent les risques pour la mère et pour l'enfant.

## **3.2. Anomalies de l'évolution de la grossesse**

### 3.2.1. Menace d'avortement spontané

#### **- La fréquence des avortements spontanés**

Nous avons recensé 72 cas de menace d'avortement dont 48 cas ( 66,7 % ) de menace d'avortement tardif et 24 cas ( 33,3 % ) d'avortement précoce. La

majorité était représentée par la tranche d'âge allant de 20 à 24 ans. Elle constituait la 1<sup>ère</sup> anomalie de la grossesse rencontrée chez les patientes.

Cette fréquence élevée des cas de menace d'avortement pourrait être liée au fait que les menaces d'avortement surviennent suite à plusieurs mécanismes souvent intriqués entre eux. Le risque de survenue d'un avortement spontané est estimé à 10 -15 % [ 95 ].

Ce taux élevé d'avortement au cours de notre enquête pourrait également être dû à la part que représente les femmes ayant tenté un avortement clandestin [ 40 ]. Parmi ces femmes, aucune tentative d'interruption de grossesse ne fut avouée.

Pour Ky, au Burkina Faso, [ 49 ], les avortements spontanés représentaient 78,3 % de l'ensemble des avortement des maternités de Ouagadougou. Ce taux était similaire à celui retrouvé par Sangaré au Sénégal [87 ] qui retrouvait dans son échantillon un taux variant entre 76,2 % et 81 % . Ce taux était d'un avortement pour 12,5 accouchements dans la série de Dao. Au cours de cette même étude, il retrouvait à la maternité du CHUYO un taux d'un avortement spontané pour 5,7 accouchements. Dans la même maternité, ces avortements représentaient 67,7 % de l'ensemble des avortements.

Baeta [ 4 ], au togo, en 2001, retrouvait lors de son étude, un taux d'un avortement pour 12 accouchements.

#### - Age

L'âge moyen des patientes reçues pour menace d'avortement spontané était de 25,6 ans. La tranche d'âge la plus atteinte était celle de 20 a 24 ans avec 38,9 % des cas, soit plus du tiers des cas. Parmi ces femmes avec menace d'avortement, 57,2 % des patientes avaient moins de 25 ans. La fréquence relativement élevée de ces avortements spontanés dans cette classe d'âge reflète la structure générale de la population. En effet, le taux de fécondité de la population générale reste élevé entre 20 et 24 ans ( 202 pour mille )[68 ].

A partir de 34 ans, la fréquence des avortements spontanés est relativement basse et ceci est à corrélérer avec la baisse de la fécondité dans la population générale au B.F. à partir de 29 ans [ 68 ].

Cette fréquence est presque identique à celle retrouvée par Ky [ 49 ], chez qui l'âge moyen était de 26,4 ans.

En outre, les femmes de cette tranche d'âge qui constituent la fraction la plus active de la population seraient les plus exposées, du fait de leur implication active dans les tâches ménagères qu'elles accomplissent.

Binkin, en effectuant une étude sur les avortements dans 15 hôpitaux et maternités du Mali, en 1994 [ 11 ], retrouvait un âge moyen identique au notre. Il était chez lui, de 26,6 ans.

La menace d'avortement dans notre série amorce une nette régression après 34 ans ; ce fait pourrait être corrélé à la baisse de la fécondité au Burkina Faso après 29 ans.

Nous pensons que la méconnaissance des précautions à prendre en cas de grossesse par ces mères-filles est responsable d'une partie de ces avortements spontanés.

#### - **Nombre de gestes et de pares**

Le nombre moyen de grossesses chez ces patientes était de 2,4. Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par Ky [49 ] et Assebouya au BF, qui avaient trouvé respectivement un nombre de grossesses de 3,5 et 3,4. Par contre, il s'approchait du nombre de grossesses pour les avortements à risque retrouvés par Ky ( 2,1 ).

Les primigestes représentaient la majorité des patientes ( 41 ) qui ont été admises pour avortement spontané. Ce taux est inférieur à celui de Assebouya au B.F. qui avait trouvé 48,4 % de primigestes.

La parité moyenne était de 2,4. Ce résultat se rapproche de celui de Ky au B.F. [ 49 ], qui retrouvait une parité moyenne de 2,7.

Toutes les patientes étaient des ménagères. Pour Ky, les patientes sans activité rémunératrice représentaient 84,8 % des femmes ayant présenté un avortement spontané. Binkin, au Mali [11], avait trouvé que 85,7 % des patientes avec avortement spontané étaient des ménagères. La susceptibilité des ménagères aux avortements spontanés découlerait de leur condition sociale. Nous pensons comme Napon, au B.F., [ 68 ], que « la ménagère est chargée de travaux domestiques ( ménage, ramassage de bois, corvée d'eau... ) auxquels s'ajoutent habituellement les travaux champêtres. Elle est la première à se lever et la dernière à se coucher...L'état gravide de la femme ménagère ne lui épargne guère cette servitude...Le dur labeur, l'ignorance et la pauvreté portent une grande entrave à la santé des mères ménagères et accroissent de ce fait, le danger de la procréation ».

#### **- Age gestationnel**

La majorité des patientes reçues pour menace d'avortement spontané furent reçues au 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, surtout avec une menace d'avortement tardif dans 66,7 % des cas.

Ceci pourrait être dû au fait que les patientes victimes de menace précoce d'avortement restent généralement à domicile et ne consultent qu'en cas de complication.

#### **- Aspects cliniques**

Les douleurs pelviennes furent présentes dans tous les cas, suivies par les métrorragies dans ( 68,1 % des cas ). On retrouvait ensuite comme motif de consultation les brûlures mictionnelles, l'anémie, et l'altération de l'état général.

L'examen physique mettait en évidence les métrorragies dans tous les cas et le col était également fermé dans tous les cas.

La menace était isolée dans seulement 10 cas. Elle était le plus souvent associée à une infection urinaire ( 20,8 % ) dans les menaces précoces et à une

anémie (18,8 % ) puis à un paludisme ( 14,6 % des cas ) dans les menaces d'accouchement tardif.

Cette diversité du tableau clinique est dû au fait que la menace d'avortement est le plus souvent liée à une cause, celle-ci s'associant au tableau clinique avec ses propres signes. Malheureusement, les avortements sans explication représentent 20 à 40 % des cas [ 56 ].

Selon Bone et coll [ 12 ], les aberrations chromosomiques représentent 50 à 60 % des étiologies des avortements.

Les études sur les étiologies des avortements spontanés en Afrique sont rares. Ceci est dû à plusieurs raisons :

- la pratique courante accorde dans la prise en charge des avortements, une priorité à l'évaluation et au traitement de l'urgence par rapport à la recherche étiologique
- hors-mis les avortements répétitifs, les patientes ne reconnaissent pas toujours la nécessité du diagnostic étiologique
- certaines investigations du diagnostic étiologique sont d'accès difficile : c'est le cas des dosages hormonaux et de l'étude du caryotype qui ne sont pas effectués dans l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales ; en plus de cela, ces examens sont d'un coût si élevé qu'ils ne sont pas accessibles à l'ensemble des patientes.

De ce fait, une véritable recherche étiologique n'est entreprise qu'en cas de maladie abortive. Il nous a été difficile, dans la plupart des cas, d'effectuer une véritable démarche pour le diagnostic étiologique, lorsque l'étiologie en cause n'était pas évidente [ 83 ].

Dans notre série, le pronostic fut sombre, car 75 % des femmes avec menace d'avortement précoce ont avorté ainsi que 25 % de celles présentant une menace d'avortement tardif.

Ce fort taux d'avortement dans notre série était également dû au fait que :

- les patientes arrivent souvent tardivement dans une structure de soin adéquate

- les patientes n'arrivent pas généralement à honorer les ordonnances
- les pathologies associées à la grossesse sont souvent multiples et sévères.

### 3.2.2. Menace d'accouchement prématuré

La menace d'accouchement prématuré constitue l'évènement pathologique le plus fréquent pendant la grossesse [ 25 ]. Nous pensons comme Besinger R. et Coll [10 ], que, « alors que le coût clinique de l'accouchement prématuré en terme d'hospitalisation et de soins médicaux peut être considérable, le coût psychologique pour la famille et le coût total pour la société doit être considéré ».

Dans notre série, elle était la 2<sup>e</sup> des anomalies les plus fréquentes de la grossesse après la menace d'avortement.

Nous avons étudié 54 cas de MAP. Sur ces 54 femmes, 18,5 % avaient une MAP légère, 35,2 % une MAP modérée et près de la moitié avaient une MAP sévère (46, 3%).

L'âge moyen des patientes était de 25,3 ans. La tranche d'âge de 30 à 34 ans était la plus touchée.

Sepou et Coll [ 89 ], lors d'une étude sur les hémorragies du 3<sup>e</sup> trimestre jusqu'à la période de la délivrance a recensé des patientes dont l'âge moyen était de 23,4 ans, âge sensiblement inférieur à celui retrouvé dans notre série. Pour Sepou, la fréquence des patientes évacuées était assez élevée [89 ], quand on sait que ces patientes posent souvent des problèmes de prise en charge en périphérie [ 90 ].

Les motifs de consultation étaient dominés par les douleurs abdomino-pelviennes ( 2 / 3 des cas), les métrorragies dans 5,6 % des cas, et la perte des eaux ( 1/4 des cas environ ).

A l'examen clinique, les métrorragies ont toutes été mises en évidence par l'examen au spéculum, et on pouvait mettre en évidence des modifications cervico-isthmiques dans tous les cas.

La MAP était isolée dans 9 cas sans autre pathologie associée ( 16,7 % des cas ).

On estime à environ 30 à 70 % des MAP dont l'étiologie ne peut être mise en évidence. Ainsi, plusieurs scores ont été proposés pour évaluer le risque d'accouchement prématuré. L'un des plus utilisés est le calcul du CRAP [ 78 ].

Malgré la possibilité de reconnaître et de traiter les MAP, le mécanisme même du déclenchement du travail reste encore largement méconnu [ 93 ;71 ].

Cette menace était dans une grande proportion associée à une infection urinaire (24,1 % ), à une anémie (14,8 % ), et à un paludisme (13 % ).

Parmi ces femmes, on a enregistré 23 cas d'accouchement prématuré ( 42,6 % des cas ) soit chez près de la moitié des femmes.

Le taux assez élevé des accouchements prématurés dans notre série était dû aux causes suivantes :

- la majorité des patientes ( 25 gestantes, soit 46,3 % des cas de menace d'accouchement prématuré ) a consulté avec une MAP sévère
- le nombre insuffisant du personnel de santé : en effet, les soins étaient essentiellement administrés par une seule sage-femme ou maïeuticien d'état durant la matinée. Pendant toute la soirée, et ce jusqu'au matin, le relais était pris par un infirmier ou infirmière qui assurait simultanément les soins d'autres unités du service . On a donc assisté à un fort taux d'échec du traitement, dû à une défaillance dans la surveillance de ces patientes hospitalisées
- le retard à la mise en route du traitement tocolytique ( par la lenteur du prestataire au démarrage du traitement, par la non disponibilité des médicaments en temps opportun...)
- l'insuffisance des moyens disponibles pour la recherche étiologique de ces MAP : pourtant le traitement étiologique d'une MAP doit se faire autant que possible

- l'absence de diagrammes standardisés pour la prise en charge des MAP en fonction du type de menace
- l'absence de certains moyens d'exploration comme un échographe, qui oblige les patientes à aller effectuer leurs examens en ville, quand on sait que la première mesure à adopter devant un cas de MAP est le repos absolu .

Tous ces facteurs, plus ou moins intriqués, ne sont pas de nature à aider ces femmes le plus souvent asthéniques, affaiblies et très souffrantes.

Thoulon J.M. [ 103 ] propose pour le traitement des MAP un protocole non encore utilisé chez nous. Il s'agit de l'utilisation de l'atosiban ( Tractocile\*) car il aurait une meilleure tolérance.

La recherche de la fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales après la 22<sup>e</sup> semaine, comme marqueur de risque d'accouchement prématuré, fut proposée par certains auteurs.

Pour Roubille et coll [ 85 ], l'on doit porter plus d'intérêt à la méthode de la recherche de la fibronectine, du fait de la difficulté de différencier le vrai du faux travail. Ce même constat fut effectué par Cabrol D.[ 17 ].

Goffinet F. et Coll [ 39 ] quant à lui, propose l'échographie endo-vaginale du col utérin pour l'évaluation du risque d'accouchement prématuré.

Dans tous les cas, dans notre contexte, vu nos moyens parfois limités, nous devons considérer comme étant susceptible d'avoir une MAP toute femme qui consulte pour douleurs abdomino-pelviennes et/ ou métrorragies au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Le repos absolu doit être systématique. Il s'agit par la suite de pouvoir déterminer une étiologie à cette menace, chose qui n'est pas toujours facile dans nos conditions de travail.

### 3.2.3. Les autres anomalies de l'évolution de la grossesse

D'autres anomalies de l'évolution de la grossesse ont été retrouvées. Il s'agissait

de la rupture prématurée des membranes ( 5,1 % des patientes ) et du placenta praevia ( 5,9 % des patientes ). Une surveillance attentive de la grossesse devrait permettre de déceler ces pathologies afin de les prendre en charge avant que ne surviennent les complications.

## VIII. CONCLUSION

Notre étude a été menée dans le but de décrire les aspects épidémiologique, clinique, et évolutif des pathologies associées à la grossesse à la maternité du CHUYO .

- 1- Les pathologies sont des causes de morbidité assez fréquentes et souvent graves pour la mère et pour l'enfant. En effet , la fréquence des hospitalisations pour pathologie associée à la grossesse lors de notre étude était d'une hospitalisation pour 5 accouchements et d'une hospitalisation pour 8 admissions de femmes dans le service.
- 2- Les gestantes hospitalisées pour pathologie associée à la grossesse avaient un âge moyen de 25, 6 ans. La majorité de ces femmes était représentée par les ménagères (86,4 % des patientes) et la plupart des patientes étaient des nullipares (42, 4 % des gestantes).
- 3- Les pathologies associées à la grossesse sont diverses. Au cours de notre étude, les anomalies de l'évolution de la grossesse étaient représentées par la menace d'avortement, la menace d'accouchement prématuré, le placenta praevia, et la rupture prématurée des membranes. Les pathologies médicales les plus fréquemment rencontrées étaient l'anémie, l'infection urinaire et le paludisme. La béance cervico-isthmique et le fibrome utérin étaient les 2 pathologies chirurgicales les plus fréquentes.
- 4- Concernant les aspects cliniques des pathologies fréquemment rencontrées, l'anémie avait comme première cause le paludisme. L'infection urinaire quant à elle, donnait une bactériurie asymptomatique dans la majorité des cas (67 % des infections urinaires). Le paludisme entraînait le plus souvent une anémie et une menace d'accouchement prématuré. Les pathologies chirurgicales chez les gestantes peuvent poser le problème d'une prise en charge adaptée.

La menace d'accouchement prématuré et la menace d'avortement n'ont pas pu bénéficier d'une exploration étiologique assez suffisante. Néanmoins, lors de notre étude, elles étaient le plus souvent rencontrées lors des infections urinaires, de l'anémie, et du paludisme.

5- Le pronostic de ces mères et de leurs enfants était souvent très sévère. En effet, sur 174 femmes (soit 73,7 % des patientes) qui ont pu accoucher d'un enfant vivant, 37 femmes soit 21,3 % d'entre elles, ont effectué un accouchement prématuré. Le taux de mortinatalité était assez élevé. Il était de 4,6 % de décès néonatal.

Certes, des efforts ont été faits, mais des actions doivent être posées afin d'éviter la survenue de ces pathologies chez la femme enceinte. En cas de pathologie associée à la grossesse, la surveillance de ces femmes doit être permanente, et la conduite à tenir précoce et adaptée.

## **IX. SUGGESTIONS**

- **Aux autorités sanitaires du Burkina Faso**

- Assurer la formation continue des agents de santé et autres personnels de la maternité du CHUYO sur les pathologies courantes de la femme enceinte.
- Renforcer les services de santé maternelle en personnels formés à cet effet.
- Contribuer à l'établissement de protocoles standardisés sur la conduite à tenir devant les pathologies suivantes fréquemment associées à la grossesse : l'anémie, l'infection urinaire, le paludisme, l'HTA, la menace d'accouchement prématuré et la menace d'avortement. Ces protocoles doivent être fournis à tous les agents de santé de la maternité du CHUYO.
- Affecter un nombre de personnel médicale suffisant à l'unité de grossesses pathologiques du CHUYO, afin de pouvoir assurer une surveillance permanente des femmes hospitalisées.
- Doter l'unité de grossesses pathologiques de la maternité du CHUYO d'infrastructures ( chambres d'hospitalisation, toilettes...) et de matériels adéquats (tables d'examen, bandelettes urinaires pour le dépistage des infections urinaires et de la protéinurie, un cardiotocographe, un échographe mobile...).
- Garantir la disponibilité à un prix abordable de certains produits tels que :  
?les antibiotiques, les tocolytiques, la progestérone naturelle...

- **Au personnel soignant :**

- Prendre en charge précocement les femmes consultant pour pathologie associée à la grossesse.
- Assurer une surveillance continue des femmes hospitalisées pour pathologie associée à la grossesse.
- Avoir recours aux autres spécialistes autant que possible.
- Rechercher systématiquement une infection urinaire et un paludisme chez toute femme enceinte hospitalisée, et savoir reconnaître et prendre en charge une anémie clinique.
- Assurer sa propre formation continue.

- **A la population :**

- Lutter contre l'ignorance et les entraves socio-culturelles qui empêchent les femmes de bénéficier de soins nécessaires pendant la grossesse.
- Avoir recours le plus possible aux structures de santé pour le suivi de la grossesse et en cas de pathologie survenant au cours de la grossesse.
- Adhérer pleinement dès le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse à la chimioprophylaxie antipalustre et antianémique.

## **X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1. ACAR P.**

Cardiologie - collection internat.

Paris :Ellipses,1995:176.

**2. ANDRIAMADY RASOARIMAHANDRY C. L.,  
RAKOTOARIMANANA M., RANJALAHY R.J.**

Mortalité maternelle à la maternité de Béfélatanana.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29:501-508.

**3. ANNALS OF TROPICAL MEDECINE AND PARASITOLOGY**

Décembre 1999 ;93 suppl 1 :26.

**4. BAÉTA S., AKPADZA K.S., BOUKARI A-G, WONEGOU K.P.**

Les avortements provoqués clandestins à la maternité de Bê (Lomé –Togo) :  
aspects socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques en l’an 2001.

Communication 7<sup>e</sup> Congrès SAGO, Bamako, janvier 2003.

**5. BAH A.O. ; DIALLO M. H. ; DIALLO A.A.S. ; KEITA N. ; DIALLO  
MS.**

Hypertension artérielle et grossesse : aspects épidémiologiques et facteurs de  
risque.

Méd Afr noire,2000 ;47(10) :422-5.

**6. BARNETT B.**

La planification familiale réduit la mortalité

FHI, 1994 ; 9 (2) : 4 – 23.

**7. BASCHIMID I. ; SORO B. ; COULIBALY A ; PHILIPSE E. ; KINGSTON C. ; KIEN T. ; REY J. L.**

Malaria infection during childbirth and in new-borns in Becedi.

Bull Soc Path Exot, 1991 ; 84 (3) : 257 – 65.

**8. BERNIS DE L. D.**

La consultation prénatale, Revue de la littérature.

Document renoté, Cherbourg, Décembre 1993.

**9. BERTRAN WECHSLER ; JOËLLE JANSEMAREC ; JEAN CLAUDE PECHERE .**

Pathologies maternelles et grossesse.

Medsis/ MC Graw-Hill.

**10. BESINGER R.**

Impact réel de la prématurité.

J Gynecol Obstet Biol Reprod ,1997 ; 26 ( suppl n° 2 ) : 10-15.

**11. BINKIN J. N. ; BURTON N.N. ; TOURÉ A.H. ; TRAORÉ M.L. ROCHAT R.W.**

Women hospitalized for abortion complications in Mali.

International family Planning perspectives, 1984; 10 ( 1 ): 8-12.

**12. BONE J., BOUE A.**

"les avortements spontanés humains. Etudes cytogénétiques et épidémiologiques". Rev Fr Gynécol , 1973 ; 68 : 625 –43.

**13. BOURRE P. ; LETEMAYER MF; PAPIERNICK E.**

Maladies tropicales et grossesse.

Paris :Editions Pradel,1990 :228.

**14. BOUVIER – COLLE ET AL.**

Facteurs évitables de la mortalité maternelle.

Résultats de l'enquête INSERM. In CNGOF. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Paris : Vigot, 1993. 327 – 49.

**15. BRAKLINI N. ; ANGUELOT J. L. ; BOULANGER J. CH. ; VITSE M.**

"Avortements spontanés – enquête étiologique - Résultats",

Rev Fr Gynécol Obstét, 1990; 85: 667 – 672.

**16. BURKINA FASO. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

Direction de la Santé urbaine de Bobo-Dioulasso 1988,46. Avant projet de développement de la santé de la mère et de l'enfant en milieu urbain à Bobo-Dioulasso.

**17. CABROL D.**

Classification des menaces d'accouchement prématuré. Implications pour le traitement.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1997 ; 26 ( suppl n°2 ) : 6-9.

**18. CACAULT J A ; JACQUES LALANDE ; JACQUES MARIE**

L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau né.

Paris : John Libbey Eurotext, 1997:153 .

**19. CASSUTO J.P. ; PESCE A. ; QUARENTA J.F.**

Sida et infection par le VIH.

3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1996 :283.

**20. CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLEMES DE SANTE CONNEXES.**

Dixième révision. OMS, 1993.

**21. COULAM C.B.**

"Epidémiology of recurrent spontaneous abortion".

Ajri, 1991; 26:23-27.

**22. CROSIGNANI P.G. ; RUBIN B.L.**

"Recurrent spontanée abortion",

Hum Reprod, 1991 ;6 :609 – 610.

**23. DAO YISSOU**

L'anémie maternelle au moment de l'accouchement à la maternité du Centre Hospitalier National Sanou Sourô : prévalence et conséquences pour la mère et l'enfant.

Th med, Ouaga UFR/SDS 1997 ;416:76.

**24. DELCROIX M. ; ZONE U. ; CHERONT C. ; ADAM M.H. ; DUQUESNE G. ; NOËL A.M.**

L'infection urinaire de la femme enceinte.

Rev Fr Gynécol Obst, 1994 ;89( 5) : 277-284.

**25. DEMBELE PHILIBERT**

Paludisme et complications de la grossesse au CHNSS de Bobo-Dioulasso.

Th méd, Ouaga UFR/SDS 2001;741:112.

**26. DE MUYLDER X.;AMY J – J.**

Cesarean Section rates in an African Country.

Pediatric and perinatal Epidemiol, 1993 ; 7 : 234 – 44.

**27. DIADHIOU F. ; DIOUF S.M. ; BAO. O. ; N'DIAYE F.**

HTA et syndromes Vasculo – rénaux chez la femme enceinte.

Communication, 14<sup>ème</sup> journées médicales et pharmaceutiques de Dakar, 17 – 21 janvier 1994 :38-39.

**28. DIALLO F. B ; DIALLO M. S. ; BANGOURA S. ; IALLO A. B. ; CAMARA Y.**

Césarienne = Facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée).

Méd Afr noire , 1998 ; 45 (6).

**29. DREYFUS M. ; TISSIER I. ; BALDAUF J-J. ; RITTER J.**

HELLP Syndrome. Revue et mise à jour .

J Gynécol Obst Biol Reprod, 1997 ; 26 : 9 – 15.

**30. DUJARDIN B. ; VAN BALEN H.**

L'initiative pour une maternité sans risque : quelles perspectives.

J Gynécol Obstet Biol Reprod ,1991;20: 397 – 405.

**31. DUMONT D.M.; MAMNEZ M.**

Etude des facteurs étiologiques de l'hypotrophie fœtale. A propos de 600 observations.

J Gynécol Obstét Biol reprod, 1985; 14:439-48.

**32. FATTOROUSSO V., O RITTER,**

Vademecum clinique : Du diagnostic au traitement.

14<sup>ème</sup> édition :Masson,1995:1755.

**33. FLEMING AF ET COL.**

The prevention of anemia in pregnancy in primigravidae in the Guinea Savanna of Nigéria.

Annals of tropical medicine and parasitology,1986;80: 211-33.

**34.GAZIN P.P. ; COMPAORÉ M. P. ; UZIN Y. ; MOLEZ J. F.**

Placental infection with plasmodial in an endemic zone. Risk factors.

Bull Soc Pathol Exot 1994;87 (2): 97 – 100.

**35.GENTILINI M., DULO B. ; DANIS M.; LAGARDERE B. ; RICHARD LENOBLE D.**

Le paludisme.

In: médecine tropicale, 4<sup>e</sup> édition.Paris :Flammarion,1986 :81-108.

**36. GENTILINI MARC,**

Médecine tropicale,

5<sup>e</sup> édition.Paris : Flammarion, 1993.

**37. GILHODES O. ; IGUAL J.**

Pneumologie -Collection internat.

Paris :Ellipses,1997 :160.

**38. GIRAUD J. R. ; BREMOND Q. ; ROTTEN D.**

Gynécologie. Collection abrégés.

Paris :Edition Masson,1993 :354.

**39. GOFFINET F.P. ; ROSENBERG P. ; KAYEM G. ; PERDU M. ;  
PHILIPPE H.J., NISAND I.**

Intérêt de l'échographie endo-vaginale du col utérin pour l'évaluation du  
risque d'accouchement prématuré.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1997; 26: 623-629.

**40. GOYAUX N. ; ALIHONOU E. ; DIA DHIOU F. ; LEKE R. ;  
THONNEAU P.F.**

Complications of induced abortion and mis-carriage in three African countries:  
a hospital – based study among WHO collaborating centers.

Acta Obstet Gynecol Scand, 2001; 80: 568 – 573.

**41. HUCH A. ; BENZ J.**

Obstétrique . Checklists de médecine .

Paris :Edition vigot, 1995 : 269.

**42. IBHANE SEBHOR S. E. ; OKOLO A.A.**

Placental Malaria and pregnancy out come.

Int J Gynecol obstet, 1992 ; 37 (4) : 247 – 52.

**43. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA  
DEMOGRAPHIE**

Démographic and health surveys.

Macro international INC. Burkina Faso. Enquête démographique et de santé.  
1993. Ouagadougou , 1994 : 296.

**44. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA  
DEMOGRAPHIE( BURKINA FASO)**

Profil de la pauvreté au Burkina Faso. Ministère de l'Economie, des Finances,  
et du Plan.

Programme : dimension sociale de l'ajustement. Ouagadougou, février 1996.

**45. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA  
DEMOGRAPHIE ( BURKINA FASO )**

Recensement général de la population. 1996. Résultats provisoires.  
Ouagadougou, avril 1997.

**46. KERNBAUM SERGE**

Dictionnaire de médecine.

5<sup>e</sup> édition. Paris :Flammarion,1994 ;1010.

**47. KLEBANNOF M.A.; SHIONO P.H.; SELBY J.V.; TRACHTENBERG  
A.L.; GRAUBARD B.I.**

Anémia and spontaneous preterm birth.

Am J obstet Gynecol,1991; 164 (1): 59 – 63.

**48. KRZESINSKI JM.**

Hypertension et grossesse ; problèmes médicaux particuliers à la femme.

Revue médicale de liège,1999 ;54(5) :415-23.

**49. KY A.**

Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou : aspects  
épidémiologique et clinique. Prise en charge.

Th méd,Ouaga UFR/SDS,1998 ;544 :108.

**50. LANKOANDÉ J.; OUÉDRAOGO C.M.R.; OUÉDRAOGO A.;  
BONANE B.; TOURÉ B.; DAO B.; SONDO B.**

Évacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto – maternelle au Burkina Faso.

Méd Trop, 1997 ; 57 (3) : 311.

**51. LANKOANDE J. ; OUEDRAOGO C. ; OUEDRAOGO A. ; OUATTARA  
T. ; AKOTIONGA M. ; THIEBA B. ; KONE B.**

La mortalité maternelle au Burkina Faso – Evolution et stratégie nationale de lutte.

Méd d'Afr noire, 2001 ; 48(11) : 452 – 6.

**52. LANKOANDE J. ; SONDO B. ; OUEDRAOGO C.M.R. ; OUEDRAOGO  
A. ; KONE B.**

La mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (B.F.) à propos de 123 cas colligés en 1995.

Rev Epidémiol santé publique, 1997 ; 2 : 174– 6.

**53. LANSAC J. ; BEGER C. ; MAGNIN G.**

Obstétrique pour le praticien.

2<sup>e</sup> édition. Paris : SIMEP, 1990 ; 411.

**54. LE DOSSIER MERE-ENFANT:**

Guide pour une maternité sans risque.

Genève : OMS, 1996 : 89.

**55. LEUNG A. ET AL.**

Risk. Factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean Section delivery. A case control study.

C eAm J Obst Gynecol, 1993 ; 168(5): 1358 – 63.

**56. LOPES P., GARNIER J. M.**

"Avortements spontanés – Diagnostic – Evolution et pronostic – Traitement".  
Rev prat,1990;40 :2099 – 2104.

**57. LUTON D. ; SIBONY O.**

Gynécologie- obstétrique .  
Collection internat.Paris:Ellipses,1997:224.

**58. MAC GREGOR I. A. ; AVERY J. G.**

Malaria transmission and foetal growth.  
Br Med J, 1974;20: 433-36.

**59. MERVIEL P. ; DUMONT A. ; BONNARDOT J.P. ; PERIER J.F. ;RONDEAU E. ; BERKANE N. ; SALAT – BAROUX J. ; UZAN S.**

La pré-éclampsie sévère : prise en charge. Un traitement conservateur est – il justifié ?  
J Gynecol Obstet Biol Reprod,1997 ;26 :238-49.

**60. MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN INSD.**

Le profil de pauvreté au Burkina Faso. Etude statistique nationale. Première édition – Ouagadougou (février 1996).

**61. MINISTERE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE.**

Direction des études et de la planification. Statistiques sanitaires 1991, Ouagadougou. Juillet 1993.

**62. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE :**

Statistiques sanitaires 1992.  
DEP, Ouagadougou. 1994 : 148.

**63. MINISTERE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE.**

Enquête démographique de santé, Burkina Faso 1993.

Ouagadougou, Burkina Faso, 1994.

**64. MINISTERE DE LA SANTE.**

Statistiques sanitaires 1994.

Ouagadougou : DEP, 1995 :95.

**65. MINISTERE DE LA SANTE.**

Statistiques sanitaires 2001.

Ouagadougou : DEP, 2001 : 90.

**66. MORSAD F. ; BEN JELLOUN A. ; EL KARROUMI M. ; EL MANS OURI A.**

Infection urinaire et grossesse

Service de gynécologie-obstétrique. Maternité Lalla Meryem – CHU Idn Rochd. Casablanca.

**67. MURPHY J.F.; NEWCOMB R.G., O'RIORDAN J.; COLES EC; PEARSON JF.**

Relation of hemoglobine level in first and second trimester to outcome of pregnancy.

Lancet, 1986;1:992-4.

**68. NAPON A.M.**

Mortalité maternelle dans l'agglomération de la ville de Ouagadougou de 1990 à 1994 .

th méd Ouaga FSS, 1996;

**69. NEELY S.G.**

Treatment of urinary tract infection during pregnancy.  
Clin obstet Gynecol, 1997 ; 13 : 480-487.

**70. N. KEITA, Y. HIZAZY, M.S. DIALLO.**

Etude de la mortalité maternelle au CHU de Donka.  
J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 1989; 18: 849 – 855.

**71. OMS**

Information sur les activités dans le monde.  
Bull OMS,1993 ;11 :2.

**72. OMS**

Le dossier mère enfant : guide pour une maternité sans risque.  
Genève :OMS,1991

**73. OMS**

Les troubles tensionnels  
Genève. Série de rapport technique.Bull OMS,1987.

**74. OMS**

Rapport de situation sur la maternité sans risque 1993-1995.  
Genève, 1996.

**75. OMS/UNICEF**

Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, nouvelle  
méthodologie.  
Genève :OMS, 1991.

**76. OUEDRAOGO MARIE CHARLEMAGNE**

Etude des facteurs de risque de la morbidité maternelle grave et de morbi-mortalité infantile à Ouagadougou.

Th Med,Ouaga FSS, 1997;452:93.

**77. OUEDRAOGO N.A.**

Analyse de la situation nutritionnelle des populations du Burkina Faso.

Novembre 1991.

**78. PAPIERNIK E.**

"Coefficient de risque d'accouchement prématuré : (CRAP)".

La presse médicale,1969;77:793 – 794.

**79. PHILIPPE H. J.**

Les infections bactériennes cervico – vaginales au cours de la grossesse.

J Gynécol obstét Biol Reprod,1997;26 : 19 – 22.

**80. PROGRAMME DES NATIONS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT  
( PNUD )**

Rapport sur le développement humain durable.

Burkina Faso. 1998.

**81. PUECH F.**

Mortalité maternelle.

Journées nationales 2001.

**82. QUENTIN R.**

Flores bactériennes génitales chez la femme enceinte.

Gynecol obstet Biol Reprod, 1997 ; 26 : 9 – 12.

**83. REZNIKOFF ETIEVANT M.F. ; DE LACHAUX V. ; NETTER A.**

"Interruptions spontanées répétées de grossesse. La moitié d'entre elles sont liées à des dysfonctionnements immunitaires".

Rev Prat,1992 ; 6(185) :45 – 52.

**84. ROBERTSON A. W. ; DUFF P.**

"The nitrite and leucocyte esterase tests for the évaluation of asymptomatic bactériuria in obstetric patients .

Obst Gynécol,1988;72:733 – 738.

**85. ROUBILLE M. ; MAILLIAVIN A. A. ; BIGUET VERNIER B. ;  
GOLFIER F ; PICHOT J.C.**

Intérêt de la recherche de la fibronectine fœtale dans le dépistage du risque d'accouchement prématuré.

Annales de biologie clinique 1999 ;57(1) :93-7.

**86. RUMEAU R. ; FENDER ; BRÉART G.**

La mortalité périnatale en France comme indicateur de la qualité des soins.

Paris : Vigot, 1982 : 7 – 16.

**87. SANGARE M. ; FAYE E.O. ; DIOUF A. ; MOREIRA P. ; DIADHIOU F.**

Mortalité et morbidité liées aux avortements dans quatre sites de référence Dakaroise au Sénégal ;

UCAD/CGO/CHU le Dantec et OMS/HRP ; 1995 :50.

**88. SCHULTZ L.T. ; KETEE R.W. ; CHITSULO. L. ; MACHESO A. ; KAZEMBE P. ; WIRIMA J.J.**

Evaluation of maternal practices, efficacy, and cost. Effectiveness of alternative anti – malarial regimens for use in pregnancy : Chloroquine and sulfadoxine – pyriméthamine.

Am J Trop Med Hyg, 1996 ; 55 (1 suppl) : 81 – 84.

**89. SEPOU A.; NGUEMBI E.; KOYAZEGBE T. O.; NGBALE R.; PENGUELE A., KOUABOSSO A., YANZA M.C.**

Les hémorragies du troisième trimestre de grossesse jusqu'à la période de la délivrance.

Méd Afr noire, 2002 ;49 (4) 185 – 9.

**90. SEPOU A. ; YANZA M. C. ; NGUEMBI E. ;DOTTE G.R. ; NALI M. N.**

Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie – obstétrique à Bangui, Centrafrique.

Cahiers Santé,2000 ;10:399-405.

**91. SMAIL F**

Genitourinary tract infections in pregnancy and low birth weight.

Br Med J, 1992; 304: 54-55.

**92. STEER P. ; ALAM M.A. ; WADSWORTH J.; WELCH A.**

Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups.

BJN,1995;310:489-91.

**93. STEPHANE SAINT – LEGER**

Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré.

Développement et santé,1999 ;140 :12-19.

**94. TANKOANO A.F.**

Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification dans un village Gourmantche.

Th Méd, Ouaga FSS, 1989 ; n° 3 : 127.

**95. THOULON J.M. ; F POUECH ; G BOOG**

Obstétrique.

Ellipse- AUPELF/ UREF ;1996 :992.

**96. THOULON J.M.**

Tractocile\* et menace d'accouchement prématuré.

Hôpital de la croix rousse. Hospices civils de Lyon.

**97. TOURE I. A. ; BRAH F. ; PRUAL A.**

HTA et grossesse au Niger- étude – cas – témoins à propos de 70 cas.

Méd Afr noire,1997 ; 205 – 208.

**98. UNICEF**

Le progrès des nations.

New-york,1996.

**99. YAMÉOGO B.**

Les anémies chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso : prévalence et connaissances de la population.

Th méd,Ouaga FSS, 1993.

## XI. ANNEXES

**Titre : PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE A LA MATERNITE DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, ET PRONOSTIQUE .**

## **RESUME**

Afin de décrire les aspects épidémiologique, clinique, et pronostic des pathologies associées à la grossesse, une étude transversale a été entreprise à la maternité du CHUYO du 15 novembre 2002 au 15 mars 2003.

Les hospitalisations pour pathologies associées à la grossesse sont survenues avec une fréquence de 1 hospitalisation pour 5 naissances et de 1 hospitalisation pour 8 admissions à la maternité du CHUYO. Nous avons pu étudier 236 cas. Dans notre série, les ménagères étaient les plus représentées ( 86,4 % ). Plus de la moitié des femmes furent évacuées d'un centre médical ( 55,9 % ) et le motif de consultation le plus courant était les douleurs pelviennes ( 53,3 % ), suivi des métrorragies ( 33,9 % ) et de la fièvre ( 22,9 % des patientes). Les nullipares ont été les plus atteintes ( 42,4% ). Parmi les hospitalisées, 60,2 % n'avaient effectué aucune CPN pour la grossesse actuelle.

Concernant l'examen à l'admission, 85 femmes (36 % des patientes ) avaient une grossesse apparemment normale.

Au total, 24 pathologies ont été recensées. Les pathologies médicales les plus fréquentes étaient l'anémie ( 28,8 % des gestantes ), l'infection urinaire ( 23,7 % ), le paludisme ( 21,6 % ) et l'HTA ( 11 % ). La béance cervico-isthmique était la pathologie chirurgicale la plus rencontrée avec 9 cas, soit 3,8 % des patientes . Parmi les anomalies de l'évolution de la grossesse, on distinguait la menace d'avortement ( 30,5 % des hospitalisées ), la menace d'accouchement prématuré ( 22,9 % des femmes), le placenta praevia et la rupture prématurée des membranes.

Concernant la menace d'avortement, le motif de consultation le plus évoqué était la douleur pelvienne dans tous les cas et les métrorragies dans 68,1 % des cas. L'infection urinaire était asymptomatique dans 67,9 % des cas et fut découverte de manière fortuite lors du bilan d'une autre pathologie. D'une manière générale, la plupart des femmes présentaient 2 ou 3 pathologies simultanément, ceci étant certainement dû à la condition de vie précaire dans laquelle vivent ces femmes et au manque de suivi.

L'évolution de la grossesse chez ces femmes fut souvent sévère. En effet , sur les 236 femmes hospitalisées, 2 cas de décès furent déplorés. Sur 198 accouchements effectués, 37 étaient prématurés ( 18,7 % ) et 24 ont été des mortinaissances ( 12,1 % des naissances ). Dans notre échantillon, 36 femmes ont eu un avortement spontané ( soit 15,3 % des hospitalisées ).

Ces statistiques nous interpellent une fois de plus sur la nécessité d'une prise en charge adéquate de la femme enceinte.

**Mots clés** : Pathologies ; Anomalies ; Grossesse ; Ouagadougou ; Burkina Faso.

**Auteur** : Koamigan Evado AMOUSSOU  
01 BP : 3265 Ouagadougou 01 Burkina Faso  
E-mail: saintevado@ caramail. com





- Pouls \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Température \_\_\_\_\_

- MAF : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ BDCF : Présents \_\_\_\_\_ Absents \_\_\_\_\_

- H.U (cm) : \_\_\_\_\_

- TV \_\_\_\_\_ :

- Particularités de l'examen :

- Diagnostic :

H T A :

paludisme

Infection urinaire

Menace d'accouchement prématuré

Anémie

Menace d'avortement

Infection à VIH

Placenta praevia

Autres

B. C. I.

R. P.M.

- Bilan demandé \_\_\_\_\_ :

- Résultats \_\_\_\_\_ :

## VII – EVOLUTION DE LA GROSSESSE

### A – CHEZ LA MERE

1 – Evolution de la grossesse : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

2 - Arrêt de la grossesse : Oui \_\_\_\_\_ Terme \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, causes :

- 
- 
- 

3 – Autres complications :

Décès de la mère

Eclampsie

H.R.P.

Infection du liquide amniotique

Décompensation d'une anémie

Autres

## B - CHEZ LE FOETUS

Souffrance fœtale

Naissance prématurée

Mort fœtale

Autres

Retard de croissance

Naissance vivante :

1<sup>ère</sup> mn

5<sup>ème</sup> mn

10<sup>ème</sup> mn

• Paramètres : APGAR \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_ PT : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

## C - PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

- Voie basse :

- Voie haute :

- Complication :

Hémorragie de la délivrance

Infection

RU

Hémorragie de la période de la délivrance

## VIII - OBSERVATIONS

## SERMENT D'HIPPOCRATES

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

## ATTESTATION DE CORRECTION

Nous soussignés, certifions avoir revu la thèse corrigée de AMOUSSOU KOAMIGAN EVADO intitulée **Pathologies associées à la grossesse à la maternité du Centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO: Etude des aspects épidémiologique, clinique et pronostique.**

Les corrections apportées sont conformes aux recommandations des membres du jury.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

### Le président du Jury

Docteur Michel AKOUCHE  
Professeur en Gynécologie-Obstétrique  
Chef de Service Centre National  
Ougadougou Burkina Faso

### Le Directeur de Thèse

Dr. Jean BLAVIGNANDE  
Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique  
Ancien Attaché Médical aux Forces Armées de la République de France  
Ecole Supérieure de Formation de Sport  
Echographie et de la Reproduction  
Tel 027 51 92 55

# **PREGNANCY-RELATED PATHOLOGIES AT THE MATERNITY OF CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : THE EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND PROGNOSIS ASPECTS.**

## **ABSTRACT**

To describe the epidemiological, clinical and prognosis aspects of pregnancy-related pathologies, we carried out a cross-cutting study at the maternity of CHUYO from November 15, 2002 to March 15, 2003.

Hospitalizations for pregnancy-related pathologies occur at the rate of 1 out of 5 births, and 1 out of 8 admissions at CHUYO maternity. We were able to cover 236 cases among which housewives were the most represented category (86.5%). More than half of the women were evacuated to a medical center (55.9%). The most recurrent reason for seeking consultation was pelvic pain (53.3%), followed by metrorragy (33.9%), and fever (22.9%). Nulliparas were the most affected (42.4%). Among the patients admitted at the maternity, 60.2% never submitted to CPN for their on-going pregnancy.

Admission examination revealed that 85 women (36% patients) had normal pregnancies.

In sum, 24 pathologies were noted. The most frequent medical pathologies were anemia (28/8% of gestating women), urinary infections (23.7%), malaria (21.6%) and HTA (11%). Cervico-Isthmic gaping was the most recurrent surgical pathology, with 9 cases or else 3.8% patients. Among pregnancy development abnormalities, there were threats of miscarriage (30.5% patients admitted), threats of premature delivery (22.9% women), placenta praevia and premature membrane disruptions.

Concerning threats of miscarriage, the most recurrent reason for consulting was pelvic pain among all cases and metrorragy for 68.1% cases. Urinary infection was non symptomatic in 67.9% cases, and it was discovered fortuitously during checking for another pathology. As a whole, most women presented 2 to 3 pathologies simultaneously, which was certainly due to their precarious living conditions and to the lack of follow-up.

Pregnancy development among these women was often severe. Indeed, out of the 236 women admitted, 2 cases of death occurred. Out of 198 births, 37 were premature (18.7%) and 24 were stillborns (12.1% births). In our sample, 36 women had spontaneous miscarriages (15.3% hospitalized patients).

Once again, these statistics draw our attention on to the need of adequate care and support for pregnant women.

**Key words:** Pathologies; abnormalities; pregnancy; Ouagadougou; Burkina Faso.

**Author:** Koamigan Evado AMOUSSOU  
01 BP 3265 Ouagadougou 01, BURKINA FASO  
E-mail: saintevado@caramail.com

**Titre : PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, ET PRONOSTIQUE .**

## **RESUME**

Afin de décrire les aspects épidémiologique, clinique, et pronostic des pathologies associées à la grossesse, une étude transversale a été entreprise à la maternité du CHUYO du 15 novembre 2002 au 15 mars 2003.

Les hospitalisations pour pathologies associées à la grossesse sont survenues avec une fréquence de 1 hospitalisation pour 5 naissances et de 1 hospitalisation pour 8 admissions à la maternité du CHUYO. Nous avons pu étudier 236 cas. Dans notre série, les ménagères étaient les plus représentées ( 86,4 % ). Plus de la moitié des femmes furent évacuées d'un centre médical ( 55,9 % ) et le motif de consultation le plus courant était les douleurs pelviennes ( 53,3 % ), suivi des métrorragies ( 33,9 % ) et de la fièvre ( 22,9 % des patientes). Les nullipares ont été les plus atteintes ( 42,4% ). Parmi les hospitalisées, 60,2 % n'avaient effectué aucune CPN pour la grossesse actuelle.

Concernant l'examen à l'admission, 85 femmes (36 % des patientes ) avaient une grossesse apparemment normale.

Au total, 24 pathologies ont été recensées. Les pathologies médicales les plus fréquentes étaient l'anémie ( 28,8 % des gestantes ), l'infection urinaire ( 23,7 % ), le paludisme ( 21,6 % ) et l'HTA ( 11 % ). La béance cervico-isthmique était la pathologie chirurgicale la plus rencontrée avec 9 cas, soit 3,8 % des patientes . Parmi les anomalies de l'évolution de la grossesse, on distinguait la menace d'avortement ( 30,5 % des hospitalisées ), la menace d'accouchement prématuré ( 22,9 % des femmes), le placenta praevia et la rupture prématurée des membranes.

Concernant la menace d'avortement, le motif de consultation le plus évoqué était la douleur pelvienne dans tous les cas et les métrorragies dans 68,1 % des cas. L'infection urinaire était asymptomatique dans 67,9 % des cas et fut découverte de manière fortuite lors du bilan d'une autre pathologie. D'une manière générale, la plupart des femmes présentaient 2 ou 3 pathologies simultanément, ceci étant certainement dû à la condition de vie précaire dans laquelle vivent ces femmes et au manque de suivi.

L'évolution de la grossesse chez ces femmes fut souvent sévère. En effet , sur les 236 femmes hospitalisées, 2 cas de décès furent déplorés. Sur 198 accouchements effectués, 37 étaient prématurés ( 18,7 % ) et 24 ont été des mortinaissances ( 12,1 % des naissances ). Dans notre échantillon, 36 femmes ont eu un avortement spontané ( soit 15,3 % des hospitalisées ).

Ces statistiques nous interpellent une fois de plus sur la nécessité d'une prise en charge adéquate de la femme enceinte.

**Mots clés** : Pathologies ; Anomalies ; Grossesse ; Ouagadougou ; Burkina Faso.

**Auteur** . Koamigan Evado AMOUSSOU  
01 BP : 3265 Ouagadougou 01 Burkina Faso  
E-mail: saintevado@ caramail. com