

┌

LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

A LA MATERNITE DE BEFELATANANA - CHU D'ANTANANARIVO

A propos de 919 cas

ANDRIAMADY RCL*, ANDRIANARIVONY MO**, RANJALAHY RJ.***

RÉSUMÉ

Sur les 7717 accouchements enregistrés durant l'année 1997, 919 cas de dystocie ont été recensés. Les traitements obstétricaux effectués ont été : les opérations césariennes (47,1 %), la ventouse ou forceps (37,2 %), la version par manœuvres internes (VMI) ou embryotomie (12,3 %), et l'hystérectomie (3,5 %).

L'étude met en évidence l'imperfection du système de référence-recours actuel : tout retard accusé à ce niveau se répercute de façon dramatique sur le pronostic maternel et périnatal. Il s'avère donc nécessaire d'augmenter le nombre des Centres de recours obstétricaux et d'accorder aux services intéressés les moyens qui leur permettent d'assurer dans les meilleures conditions la prise en charge des femmes, et de procéder à une meilleure répartition du personnel qualifié: gynécologues, sages-femmes... Par ailleurs, il est important d'améliorer la qualité et la couverture des soins prénatals, ainsi que la prise en charge des accouchements, grâce à l'utilisation du partogramme, pour permettre un dépistage précoce des anomalies du travail et une référence rapide.

Mots-clés : Référence-recours, dystocie, mortalité/morbidité fœto-maternelle

SUMMARY

*Dystocia at Befelatanana women's hospital
UHC of Antananarivo
Retrospective study including 919 cases*

Among 7717 registered births during the year 1997, 919 dystocia cases have been registered among this series. Caesarean sections represent 47.1 %, vacuum extractor/forceps : 37.2 %, internal podalic version and embryotomy : 12.3 %, and hysterectomy : 3.5 %.

This study brings out the imperfections of referral

system used at the time : any delay at this level will have dramatic consequences on the maternal and perinatal prognostic. It is then necessary to increase the quantity of obstetrical centres and to supply equipment to the concerned unit, in order to enable them to ensure proper management under better conditions, and to proceed to a better distribution of qualified staff : gynaecologist, midwives... Besides, it is important to improve the quality of prenatal care and coverage, also birth management, by using partograms in order to allow an early screening of labour abnormality and a quick referral.

Key words : Referral-Recourse, dystocia, foeto-maternal mortality/morbidity

Madagascar continue d'afficher un taux élevé de mortalité maternelle. En 1997, à la Maternité de Befelatanana - CHU d'Antananarivo, 488 décès maternels ont été enregistrés pour 100 000 naissances vivantes et 1 décès pour 1000 accouchements.

Le constat est que nos moyens en investigation sont limités, et le taux de couverture de la surveillance inter-génésique et prénatale reste faible. La majorité des complications de la grossesse ne sont découvertes qu'au cours du travail. Les accouchements dystociques doivent être référés vers les structures sanitaires mieux loties, malheureusement peu nombreuses et éloignées, et deviennent ainsi des cas d'urgence.

Dans cette étude, les auteurs se proposent de dégager des stratégies pour améliorer la prise en charge des dystociques. Les objectifs spécifiques consistent à en évaluer la fréquence, à en déterminer les causes et facteurs aggravants. Il s'agit aussi d'évaluer le pronostic materno-fœtal, d'identifier les problèmes liés au système de référence et ceux rencontrés au cours de la prise en charge, afin de détermi-

* Titulaire d'un Certificat d'Études Spécialisées (CES) en Gynécologie-Obstétrique - Médecin Directeur de la Maternité de Befelatanana - CHU d'Antananarivo - B.P. 8394 - Antananarivo (101) - Madagascar - E-mail : ecar.cem@vitelcom.mg

** Médecin Diplômé d'État - Maternité de Befelatanana -Antananarivo (101).

*** Professeur Agrégé en Santé Publique, Consultant de l'OMS en Santé Maternelle, et Infantile et en Santé des Adolescents.

ner les moyens de réduire les dystocias et de prévenir leurs complications.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective a eu pour cadre la Maternité de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, un centre de référence ultime, en matière de santé maternelle. Basée sur l'examen des dossiers et des registres, l'étude couvre une période de 12 mois, allant du 1er janvier au 31 décembre 1997. Nous avons inclus tous les accouchements dont la terminaison s'est soldée, soit par une extraction instrumentale, soit par des manœuvres obstétricales, soit par une intervention chirurgicale (opération césarienne ou hystérectomie).

Un protocole d'étude, composé de plusieurs variables, fournit des renseignements sur la parturiente, sur ses antécédents gynéco-obstétricaux, sur l'histoire de la grossesse actuelle jusqu'à son admission dans notre établissement... L'analyse de tous ces paramètres a permis d'évaluer la qualité de la prise en charge, d'identifier les problèmes et de remonter en amont pour rechercher les causes et les facteurs aggravants.

RESULTATS

1. Contexte épidémiologique

Sur les 7 717 accouchements enregistrés durant l'année 1997, 2941 étaient dystociques, soit 38,1 %. Parmi ces derniers, 919 (11,9 %) ont fait l'objet d'une intervention obstétricale particulière : il s'agit soit d'une opération césarienne (47,1 %), soit d'une extraction instrumentale, par ventouse ou par application de forceps (37,2 %), soit de manœuvres endo-utérines, d'embryotomie (12,3 %), ou d'hystérectomie (3,5 %).

L'âge moyen des parturientes est de 29 ans. Les adolescentes constituent 24,9 % du lot et 15,9 % ont 35 ans ou plus. Les célibataires atteignent 38,4 %. En général, le niveau d'instruction est peu élevé et l'origine modeste. Dans 75 % des cas, le revenu annuel de chaque foyer est inférieur au PNB (Produit National Brut), évalué à 250 US\$ par habitant et par an. Les grandes multipares et les primipares adolescentes sont les plus exposées aux accouchements dystociques.

Les référées représentent 58 % des cas. Elles proviennent des formations sanitaires publiques situées dans un rayon moyen de 150 km autour d'Antananarivo. Les 42 % res-

tants ont été adressés par les maternités périphériques et les cabinets privés établis en ville, ou sont des auto-référées.

2. Etat général à l'entrée et motifs d'admission

L'état général est fonction du délai écoulé entre les premiers signes imposant l'évacuation et la prise en charge effective au niveau du CHU. Or ce délai, vu l'état de nos routes et selon les moyens de transport, varie de 6 à 79 heures. A l'admission, dans 49,1 % des cas, l'état général est acceptable. Il est conservé, dans 32,6 % et médiocre, dans 18,3 %. Les dystocias dynamiques constituent 39,2 % des cas, les présentations dystociques : 26,4 %, les hémorragies du 3ème trimestre : 10,5 % et les disproportions fœto-pelviennes : 10,3 %.

L'examen clinique et obstétrical a révélé que 6,9 % des femmes ont été admises avant le travail, 8,1 % au début de travail, 72,1 %, en deuxième phase du travail, 2,9 % en phase expulsive. Dans 78 % des cas, la poche des eaux a été ouverte depuis quelques heures à 11 jours ; 292 cas ont manifesté une souffrance fœtale aiguë (31,9 %).

3. Les antécédents gynéco-obstétricaux

Sur l'ensemble, 32,8 % des femmes ont subi au moins une application de forceps ou de ventouse, lors des accouchements antérieurs, 10,4 % d'entre elles portent un utérus cicatriciel et 22,7 % ont eu au moins un cas de fœtus mort en intra-partum, ou un décès néonatal précoce...

4. Surveillance de la grossesse

La grossesse a été mal ou non surveillée dans environ 76,7 % des cas. Mais parmi celles qui ont fait l'objet d'une surveillance au sein du CHU, seules 2,3 % étaient dystociques.

Tableau I : Répartition des accouchements dystociques selon la parité

Parité	Nb total d'accouchements	Nb d'accouchements dystociques	% Accouchements dystociques sur total accouchements
I	1203	244	20,3
II, III, IV	5613	464	8,3
V et plus	901	211	23,4
Total	7717	919	11,9

5. Prise en charge des dystocies

Les traitements obstétricaux ont été encadrés par des traitements médicaux, de transfusion sanguine ou de macromolécule, et/ou d'une triple antibiothérapie à forte dose, en pré-, per- et post-opératoire.

Les traitements obstétricaux

Le choix des traitements obstétricaux dépend de la disponibilité de l'équipement, de l'état de la mère et de l'enfant avant l'intervention, du technicien lui-même. Toutefois en cas de situation médicale et obstétricale dépassées, le technicien est mis devant un dilemme : d'un côté l'embryotomie ou la version par manœuvres internes, dont le risque traumatique est fréquent et pourrait être fatal pour la

parturiente - et de l'autre la césarienne ou l'hystérectomie en bloc dont l'issue est, outre le risque d'infection toujours lourde de conséquences, d'engendrer une cicatrice utérine chez la femme.

Les opérations césariennes ont été indiquées dans 433 cas, soit 47,1 % des dystocies, et 5,6 % du total des accouchements. Près de 37,2 % des cas de dystocie ont fait l'objet d'une extraction instrumentale, dont 227 cas d'application de ventouse et 113 cas de forceps. Le recours à la version par manœuvre interne, suivie d'une grande extraction du siège, a eu lieu dans 114 cas (12,3 %), principalement pour les présentations de l'épaule (57 cas) et sur le 2ème jumeau (34 cas). Quatre cas d'embryotomies ont été effectués par crânioclasie et 32 cas d'hystérectomie pour rupture utérine (21 cas) et pour hémorragie (8 cas).

Tableau II : Vitalité fœtale selon les modes d'accouchement [Apgar à la naissance, à la 1ère minute (M1) et à la 5ème minute (M5)]

Mode d'accouchement	Nb	Vitalité fœtale					
		Apgar à M1			Apgar à M5		
		4	[5 - 7 [8-10	4	[5 - 7 [8-10
Césariennes	433	43	85	325	32	40	385
Ventouses	227	39	64	124	28	54	145
Forceps	113	38	29	46	16	37	60
Manœuvres	114	56	40	18	49	44	21
Hystérectomie	32	28	4	0	30	2	0

6. Le pronostic materno-fœtal (voir Tableau III)

Nous avons déploré 25 décès maternels, soit 3,2 % des dystocies, les principales causes étant les complications hémorragiques (13 cas), les complications infectieuses

(9 cas). La version par manœuvres internes et l'embryotomie ont été à l'origine de 11 cas de rupture utérine. Nous avons relevé 8,3 % d'endométrite, 8 % d'anémie, 6,2 % de suppuration ou de défaut de cicatrisation de la plaie opératoire abdominale ou périnéale.

Tableau III : Pronostic materno-fœtal à la sortie

Mode d'accouchement	Nb	Vitalité					
		Maternelle		Fœtale			
		Vivantes	Décédée	Vivants	Mort-nés	Décédés	
Césariennes	433	427	6	411	30	12	
Extraction instrumentale	Ventouses	227	224	3	192	26	9
	Forceps	113	109	4	86	18	9
Manœuvres (VMI - GES) Embryotomie	114	105	9	57	32	25	
Hystérectomie	32	29	3	2	28	2	

Les 919 accouchements ont donné lieu à 939 naissances. Dans 45,4 % des cas, les nouveau-nés ont présenté une souffrance fœtale plus ou moins sévère. Généralement, après les manœuvres et les forceps, ils ont beaucoup souffert. Les enfants de faible poids à la naissance représentent 18,7 % des cas, et les gros fœtus : 2,9 %. La mortalité périnatale a comme principales causes la prématurité et l'infection néonatale. Les nouveau-nés sont surtout exposés à une infection néonatale précoce : plus de 24,1 % des nouveau-nés ont eu un Apgar inférieur à 7, à la 5ème minute, ce qui révèle un signe prédictif d'infection néonatale.

DISCUSSION

L'incidence des accouchements dystociques enregistrée à la Maternité de Befelatanana (38,1 % du total des accouchements) ne s'écarte guère du taux de fréquence observé sur l'ensemble du Pays [7] et des données rapportées par l'OMS [10]. Quant à la fréquence des types d'intervention, le taux des césariennes est plus faible par rapport au taux enregistré en France [6] et au Sénégal [1, 3]. Par contre, la fréquence des applications instrumentales et des manœuvres est, chez nous, nettement supérieure.

Le problème de la prise en charge des parturientes découle de l'état de santé des cas référés, à leur arrivée au CHU.

Très souvent, en effet, les femmes arrivent dans un état de complications bien avancé (infection, pré-rupture, présentation enclavée...). Les causes de ces complications sont multiples [4, 5]. Elles sont certes médicales, mais résultent aussi de facteurs extra-médicaux, socio-économiques et culturels, traduisant l'inefficacité de notre système de référence obstétricale. D'ailleurs, l'insuffisance en nombre des obstétriciens, oblige les médecins généralistes à travailler à leur place.

Bref, les grossesses à risque et les complications du travail non dépistées à temps sont à l'origine des dystocies et des dégâts qui en découlent [2, 4, 8, 9].

CONCLUSION

Dans notre contexte actuel, un grand nombre de parturientes continuent de payer un lourd tribut à la mauvaise prise en charge des grossesses et des accouchements. Pour réduire le taux de morbidité et de mortalité materno-fœtales, notre analyse a mis en évidence la nécessité d'assurer une offre de service de qualité [7, 10], basée notamment sur le dépistage précoce et la prise en charge des grossesses à risques, l'utilisation du partogramme et la multiplication des blocs chirurgicaux, dotés d'un personnel technique qualifié et d'un équipement approprié, en rapport avec leur plateau technique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BOUILLIN D., FOURNIER G., GUEYE A., DIADFHOU F., CISSE C.T. Surveillance épidémiologique des dystocies obstétricales au Sénégal 1994. Cahier Santé 1994, 4 : 399-406.
- 2 - CHAOUI A. Les embryotomies. In : Traité d'Obstétrique - R. VOKAER. - Ed. Masson et Cie, Paris, 11, 1985, 714-720.
- 3 - CISSE C.T., ANDRIAMADY C., FAYE O., DIOUF A., BOUILLIN D., DIADHIOU F. Indications et pronostics de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995, 24 : 194-197.
- 4 - DIOUF A., DAO B., GAYE A., DIALLO D., MOREIRA P., DIADHIOU F. Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire Méd. Afr. Noire, 1995, 42 (11) : 592-597.
- 5 - EYRAUD J.L., RIETHMULLER D., CLAINQUART N., SCHAAL J.-P., MAILLET R., COLETTE C. La manœuvre de Mauriceau est-elle délétère ? Etude de 103 cas. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1997 ; 26 : 413-414.
- 6 - MELCHIOR J., BANOUD N., RAOUST I., Evolution des indications de la césarienne. In: Tournaire M. éd. Mises à jour en Gynécologie-Obstétrique. Paris : Vigot, 1998 : 319-37.
- 7 - MINISTERE DE LA SANTE - REPUBLIQUE DE MADAGASCAR Politique Nationale de Santé Imprimerie Nationale - Antananarivo : mai 1999. IN 5383-99.
- 8 - SIBONY O. LUTON D., DESARENS B., DEFFARGES C., OURY F.F., BLOT P. L'hystérectomie d'hémostase dans la pratique obstétricale. Evolution des idées depuis un siècle. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1996, 26 : 533-35.
- 9 - PERRIN R., ATCAAD D., LALEYE H., AGUESSUH B., AUMONE La version par manœuvres internes : alternatives à une opération dans des conditions précaires. Rev. Gyn. Obstet., 1987 ; 4 (82) : 247-250.
- 10 - WHO/FHE/MSM/94-11 Le Dossier Mère-Enfant. Guide pour une Maternité sans risques 1996.