

MORBIDITE MATERNELLE GRAVE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MBUJIMAYI EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO : EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC (A PROPOS DE 16 CAS)

K.S. MILONGU, K.P. KABENAKUIBA, N.J. MUKONKOLE, N.A. CIBUABUA, M.C. KADIMA, L.C. KADIMA, N.K.L. MBUYAMBA, T.A. MWEMBO

RESUME

Introduction : Les décès maternels sont devenus des événements peu rencontrés dans les pays à ressources élevées. Cependant ils demeurent encore un problème de santé publique dans les pays à ressources limitées telle la République Démocratique du Congo où les cas de morbidité maternelle grave se soldent par des décès.

Objectif : Déterminer la fréquence de la morbidité maternelle grave, ses causes et son aboutissement après la prise en charge.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à collecte rétrospective, réalisée aux Cliniques Universitaires de Mbuji mayi, du 1^{er} Avril 2023 au 31 Mars 2024, soit une période d'un an. La fréquence, les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patientes et l'issue de l'accouchement étaient des paramètres étudiés à l'aide du logiciel épi-info 7.

Résultats : La fréquence hospitalière de la morbidité maternelle grave était de 16 %. Les trois principales causes de morbidité maternelle sévère étaient l'hémorragie (31,3%), l'anémie sévère due à d'autres causes que l'hémorragie (25 %) et la pré-éclampsie sévère (18,7 %). L'issue de l'accouchement a été caractérisée par la survie maternelle (échappées-belles) dans 87,5% des cas, et le décès maternel dans 12,5% des cas.

Conclusion : La morbidité maternelle grave est préoccupante aux cliniques Universitaires de Mbuji mayi.

Mots-clés : Morbidité maternelle grave ; Epidémiologie ; Pronostic

SUMMARY

Severe maternal morbidity at the University Clinics of Mbuji mayi in the Democratic Republic of Congo : epidemiology and prognosis (about 16 cases).

Introduction: Maternal deaths have become rare occurrences in countries with high resources. However, they are still a public health problem in countries with limited resources, such as DR Congo, where cases of serious maternal morbidity are fatal.

Objective : determine the frequency of severe maternal morbidity, its causes and its outcome after care.

Patients and methods: This was a cross-sectional descriptive study with retrospective data collection, carried out at the University Clinics of Mbuji mayi (Ex-Hôpital Général de Dipumba), from April 1st, 2023 to April 1st, 2024, i.e. a period of one year. The frequency, socio-demographic characteristics of the patients and the outcome of childbirth were studied using epi-info 7 (2007) software.

Results : The hospital incidence of severe maternal morbidity was 16%. The three main causes of severe maternal morbidity were heavy genital haemorrhage (31.3%), severe anaemia due to causes other than haemorrhage (25%) and severe pre-eclampsia (18.7%). The outcome of delivery was characterized by maternal survival (escapees-belles) in 87.5% of cases, and maternal death in 12.5%

Conclusion: The severe maternal morbidity is remarkable at the Mbuji mayi University Clinics.

Keywords : Severe maternal morbidity; Epidemiology; Outcome.

INTRODUCTION

Il n'existe pas encore à ce jour de définition consensuelle sur la morbidité maternelle grave (MMG) ou la morbidité maternelle sévère (MMS).

Selon l'OMS, la MMG ou la MMS est définie comme la survenue pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la naissance d'un état pathologique mettant en jeu le pronostic vital maternel mais avec survie de la patiente. Elle se réduit aux cas les plus sévères, les near-misses.

Aux Etats - Unis, la morbidité maternelle grave est définie à partir d'un indice développé par les CDC (Centers of Disease Control) qui inclut les pathologies associées à la grossesse telles que l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque, l'embolie amniotique, la transfusion sanguine, l'hystérectomie d'hémostase et les pathologies nécessitant l'assistance respiratoire [1].

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour la définition qui inclut les critères contenus dans la CIM-10A (Classification Statistique Internationale des

Tirés à part : Dr MILONGU KASONGOMA Stéphane
Département de Gynécologie-Obstétrique de
l'Université Officielle de Mbuji mayi, Faculté de
Médecine, République Démocratique du Congo.
E-mail : stephane.milongu@gmail.com.
Tel. : 00243808481198.

MILONGU K.S., KABENAKUIBA K.P., MUKONKOLE N.J., CIBUABUA N.A., KADIMA M.C., KADIMA L.C., MBUYAMBA N.K.L., MWEMBO T.A. . Morbidité maternelle grave aux cliniques universitaires de Mbuji mayi en République Démocratique du Congo : épidémiologie et pronostic (à propos de 16 cas), Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 39-42.

maladies, dixième révision, tels que repris et modifiés par la Classification Canadienne des Interventions (CCI) à savoir : l'hémorragie génitale grave, l'anémie sévère dans un contexte autre que l'hémorragie, la pré-éclampsie sévère, l'éclampsie, le sepsis ou choc septique, l'insuffisance rénale aigue, l'embolie pulmonaire ou amniotique, la CIVD (Coagulation Intra-Vasculaire disséminée) [2-5].

Avant décès, les gestantes passent presque toujours par l'épisode de morbidité maternelle grave (MMG) ; les patientes qui survivent au décours d'une MMG sont appelées échappées-belles et celles qui meurent entrent dans le compte des décès maternels.

La morbidité maternelle grave entraîne des conséquences physiques, psychologiques, sociales et financières importantes à court et à long terme pour les femmes, les familles et la société et sa fréquence est peu étudiée à travers le monde ; elle était de 14,5% au Canada en 2009-2010 et de 10,9% à Lubumbashi en RD Congo en 2023 [1 – 6 -10]

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence hospitalière de la morbidité maternelle grave, ses causes et son issue dans les cliniques Universitaires de Mbuji-Mayi.

I. PATIENTES ET METHODES

Type et cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à collecte rétrospective, réalisée aux Cliniques Universitaires de Mbuji-Mayi (Ex-Hôpital Général de Dipumba), du 1er Avril 2023 au 31 Mars 2024 soit une période d'un an. La fréquence, les caractéristiques socio-démographiques des patientes et l'issue de l'accouchement étaient des paramètres étudiés à l'aide du logiciel épi-info 7 (2007).

Population et échantillonnage

Nous avons recouru à un échantillonnage exhaustif.

Critères d'inclusion et définitions opérationnelles

Nous avons inclus toutes les gestantes reçues en urgence pour morbidité maternelle grave.

Dans le cadre de cette étude, nous avons combiné les critères de la CIM-10A (Classification Statistique Internationale des maladies, dixième révision, tels que repris et modifiés par la Classification Canadienne des Interventions [1] et l'approche de Chola MJ [9] pour définir la morbidité maternelle grave de la manière suivante :

1. *Pré-éclampsie sévère* : définie par une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg sur une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110mm Hg avec

protéinurie positive(3 croix au moins) ou $\geq 0,5g/l$, accompagnée ou non des signes suivants : ictère, oligurie, thrombopénie, vision floue, barre épigastrique, céphalées en casque.

2. *Eclampsie* : définie par la pré-éclampsie avec convulsions
3. *Hémorragie génitale abondante* : définie par une perte de sang observée ou rapportée compliquée de choc (Pression artérielle systolique ≤ 80 mm Hg avec causes possibles : hémorragie du post-partum immédiat, déchirures des parties molles avec nécessité d'hystérectomie d'hémostase, grossesse extra-utérine.
4. *Anémie sévère de cause autre que l'hémorragie*: définie par l'hémoglobine $\leq 7g\%$ ou par des muqueuses pâles ou signes d'intolérance
5. *Dystocie* : définie par le tableau de pré-rupture ou la rupture utérine.
6. *Sepsis et/ ou choc septique* : présence d'une température maternelle $\geq 38,5$ °C ou inférieure à 36 °C, une hyperleucocytose, des lochies purulentes ou hypotension artérielle réfractaire au remplissage.
7. *Embolie amniotique (suspicion)* : définie par une dyspnée de survenue brutale, une tachycardie, une tachypnée, une hypotension et un arrêt respiratoire avec cyanose significative [5 - 6 - 9]

Variables étudiées

Il s'agissait de :

- Caractéristiques socio-démographiques des patientes (âge maternel, provenance, niveau d'étude) ;
- Caractéristiques cliniques (parité, suivi ou non des consultations prénatales(CPN), nombre de CPN) ;
- Causes de MMG :
- Issue maternelle ; et
- Issue périnatale.

Considérations éthiques

Cette étude a eu l'approbation des autorités du département de Gynécologie-obstétrique et celles des Cliniques Universitaires de Mbuji-Mayi(CUM). Le respect du caractère privé et confidentiel des données a été observé.

II. RESULTATS

Fréquence hospitalière de la MMG

Sur 100 naissances réalisées (voie basse, voie haute), nous avons colligé 16 cas de morbidité maternelle grave, soit une fréquence de 16%.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques

La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 20 et 35 ans dans 62,5%, provenant de la ville de Mbuji mayi (31,8%) et de niveau secondaire (31,3%) (tableau I).

Variables	Effectif (n=16)	Pourcentage (%)
Age		
<20	3	18,7
20-35	10	62,5
>35	3	18,5
Provenance		
Ville	11	31,8
Hors-ville	5	26,2
Niveau d'étude		
Analphabète	4	25
Primaire	4	25
Secondaire	5	31,3
Universitaire	3	18,7

Les multipares étaient prédominantes dans 56,3%, ayant suivi des CPN (62,5%) mais de manière irrégulière (60%) (tableau II).

Tableau II : Caractéristiques cliniques des patientes

Variables	Effectif (n=16)	%
Parité		
Primipare (1 accouchement)	2	12,5
Paucipare (2-3 accouchements)	5	31,2
Multipare (≥ 4 accouchements)	9	56,3
Suivi des CPN		
Oui	10	62,5
Non	6	37,5
Nombre de CPN		
<4	6	60
≥4	4	40

La cause la plus fréquente de la morbidité maternelle grave était l'hémorragie génitale abondante (tableau III).

Tableau III : Causes de MMG

Causes	Effectif	%
Hémorragie génitale abondante	5	31,3
Anémie sévère (de cause autre que l'hémorragie)	4	25
Pré-éclampsie sévère	3	18,7
Dystocie	2	12,5
Infection maternelle sévère	2	12,5

L'issue maternelle était marquée par la survie dans 87,5% et de 12,5% de décès, alors que du côté périnatal, on a noté 75% de survie et 25% de décès périnatal (tableau IV).

Les patientes décédées étaient toutes référées, dans un mauvais état général et tardivement.

Tableau IV : Issue maternelle et périnatale

Issue maternelle	Effectif (n=16)	%
Survie	14	87,5
Décès	2	12,5
Tableau du décès maternel		
Choc septique	1	50
Suspicion d'embolie amniotique	1	50
Délai entre admission et décès		
<24h	2	100
>24h	0	
Issue périnatale		
Survie	12	75
Décès	4	25

III. DISCUSSION

1. Fréquence de la morbidité maternelle grave

Dans notre étude, la fréquence de la morbidité maternelle grave est de 16%.

Elle est supérieure à celle de 10,9% trouvée par Chola MJ à Lubumbashi en 2022 et à 14,5% rapportée entre 2009-2010 au Canada [9-11]

Il est vrai que l'absence de définition consensuelle de la morbidité maternelle grave, le mode de recrutement, la multi-centricité peuvent expliquer en partie cette différence de fréquence sans oublier le rapportage pour mille dans certains pays tels qu'aux Pays-Bas ou' on trouve le taux de Morbidité maternelle grave de 6,4/1000 [12]

2. Causes de la Morbidité maternelle grave

L'hémorragie génitale abondante a été la principale cause de la MMG dans 31,3%. Ce résultat corrobore celui de Chola MJ qui trouve la prédominance de l'hémorragie génitale abondante dans 44,6%. Ben Hamouda S en Tunisie, a également rapporté la prédominance de l'hémorragie génitale abondante dans 39% [13]

Si dans la série de Chola, la pré-éclampsie vient en deuxième position avec 30,9%, après l'hémorragie génitale abondante [9], dans notre étude, la pré-éclampsie vient en troisième position avec 18,7%, après l'hémorragie et l'anémie sévère de cause autre que l'hémorragie (25%).

3. Issue maternelle et périnatale

L'issue maternelle a été marquée par la survie des patientes dans 87,5% et le décès maternel dans 12,5% alors que du côté périnatal, nous avons noté 75% de survie et 25% de décès périnatal.

Ce résultat est supérieur à celui rapporté par Chola MJ concernant le décès maternel (7,91%) mais inférieur par rapport à 46% de décès néonatal [9].

Cette différence de la fréquence de la mortalité pourrait être expliquée par le caractère multicentrique de l'étude de Chola et la diversité des pratiques dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales.

CONCLUSION

Malgré la taille limitée de l'échantillon, il y a lieu de dire que la morbidité maternelle grave est un problème de santé aux cliniques Universitaires de Mbujimayi.

Seule l'optimisation de sa prise en charge par tous les acteurs du système notamment la prévention de ses causes y compris la référence à temps des cas peut être garante de la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Conflit d'intérêt : *Aucun conflit d'intérêt.*

Contribution des auteurs : *Tous les auteurs ont contribué de façon significative à ce travail.*

REFERENCES

1. **Jonathan SM, Lyndon A, Kan P, El Ayadi A, Main E, Suzan CL.** Severe Maternal Morbidity : A comparison of definitions and Data sources. Am J Epidemiol ; Oxford University Press 2021, 190(9) :1890-1897
2. **Paola –Carla P, Marie-Pierre B.** Morbidité Maternelle sévère : Données françaises, Registre, Organisation pratique. Enquête MAPAR. INSERM U, 1153, équipe de recherche en Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique(EPOPé) 2015 p1-44
3. **Saucedo M, Deneux-Tharaux C ,Bouvier –Colle MH.** French National Experts Committee on Maternal Morbidity. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France ,1998-2007.Obstet Gynecol octobre 2013;122(4) :752-60 Pubmed PMID :24084531
4. **Saucedo M, Deneux-Tharaux C ,Bouvier–Colle MH.** Le comité national d'experts sur la mortalité maternelle2007-2009.J. Gynecol Obstet Biol Reprod novembre 2013, 42(7): 613-27 Pubmed PMID 24035736
5. **Institut Canadien d'information sur la santé.** Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10 CA) 2015, Canada p 1-7/1023
6. **Centers for Disease Control (CDC)** <https://WWW.cdc.gov>php<severe-maternal-morbidity>. Consulté le 25/09/2024
7. **Gouvernement of Canada Publications sur** <https://publications.gc.ca>H117-5-19-2011-fra>
8. **Sosthène MT, Jean-François M, Alain T, Isabelle N, Thierno D, Litovchenko O** et al. Audit de la morbidité obstétricale grave (near-Miss) au Gabon. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé 2007 ; 17(2) :111-5
9. **Chola MJ.** Pré-éclampsie et morbidité maternelle grave dans la zone de santé de Kisanga et à l'Hôpital Général Provincial de Référence Sendwe à Lubumbashi. In Thèse d'agrégation en Médecine intitulée «Marqueurs hématologiques,biochimiques et endocriniens pour le dépistage , le diagnostic et la surveillance de la pré-éclampsie en milieux à ressources limitées» cas de la ville de Lubumbashi), UNILU 2024, pp258
10. **Système Canadien de Surveillance Périnatale(SCSP).** Morbidité maternelle grave au Canada. 2011 ISBN :978-1-100-98013-3 pp3
11. **Joseph KS, Liu S, Rouleau J, Kirby RS, Kramer MS, Sauve R.** et al. Groupe d'étude sur la santé maternelle du Système canadien de surveillance périnatale. Severe Maternal Morbidity in Canada, 2003 to 2007: Surveillance Using Routine Hospitalization Data and ICD-10CA Codes. Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada 2010;32(9):837-46
12. **van Dillen J, Mesman JA, Zwart JJ, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J.** Introducing maternal morbidity audit in the Netherlands. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology march 2010.; 117(4):416-21. Pub Med PMID: 20105161. Epub 2010/01/29. eng.
13. **Ben Hamouda S, Khoudayer H , Ben Zina H, Masmoudi A, Bouguerra B , Sfar R.** La morbidité Maternelle Grave ; La Revue Sage-Femme 2008 ; 7(1), pp 21-26