

Échappées belles en gravido-puerpéralité dans les conditions à ressources limitées : Aspects épidémiocliniques à l'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda à Butembo en République Démocratique du Congo

Kambale Kyoghero Jackson^{* 1*}, Mumbere Matumo Philémon^{1, 2}, Masika Wangahemuka Love¹, Kakule Ndungo Etienne¹, Musubao Valyananzighu Justine¹, Juakali Sihalikyolo Jean-Jeannot³.

Résumé

Introduction : Une échappée belle en obstétrique est toute femme ayant survécu à une complication potentiellement mortelle au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum grâce aux soins appropriés. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques des échappées belles dans les milieux à ressources limitées.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive couvrant la période allant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Décembre 2022 à l'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda.

Résultats : La prévalence des échappées belles obstétricales a été de 2,12%. Cent cinquante-huit, soit 77,83% étaient dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, les échappées belles avaient un niveau d'instruction bas dans 67% des cas, étaient irrégulières aux CPN dans 73,13% des cas. La fréquence des complications obstétricales graves a été de 2,19% avec un ratio de mortalité de 73/100 000 accouchées. Les troubles hémorragiques et les maladies hypertensives étaient des complications obstétricales graves retrouvées respectivement dans 51,23% et 16,75%, suivies de l'endométrite retrouvée dans 11,33% des cas. La prise en charge était chirurgicale dans 58,62% des cas, médicale dans 32,02% et obstétricale dans 9,36%.

Conclusion : Les échappées belles sont fréquentes en ville de Butembo. La réduction de la morbi-mortalité maternelle nécessite donc un dépistage de facteurs de risque et leur prise en charge au cours de la grossesse lors des consultations prénatales, au cours du travail d'accouchement et pendant le post partum.

Mots-clés : Échappées belles, gravido-puerpéralité, Butembo

* 1 Département de Gynécologie Obstétrique, faculté de Médecine, Université Catholique du Graben, RDC.

2 Hôpital Matanda, Service de Gynécologie obstétrique, RDC

3 Département de Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, RDC.

*Auteur correspondant : Dr Kambale Kyoghero Jackson. E-mail: jkyoghero@gmail.com Tél: +243 997095350

Abstract

Introduction: A near miss in obstetrics is any woman who presented with a life threatening obstetric complication during pregnancy, childbirth and in the postpartum and who survived narrowly or with appropriate care. The objective of this study was to determine the epidemiological aspects of getaways in resource-limited settings.

Material and method: This was a retrospective and descriptive study covering the period from January 1, 2018, to December 31, 2022, at the Matanda Secondary Reference Hospital.

Results: The prevalence of obstetric near-miss cases was 2.12%. One hundred fifty-eight, or 77.83%, were in the 20 to 34 age group. The near-miss cases had a low level of education in 67% of cases and were irregular in prenatal visits in 73.13% of cases. The frequency of severe obstetric complications was 2.19%, with a mortality ratio of 73 per 100,000 deliveries. Hemorrhagic disorders and hypertensive diseases were severe obstetric complications found in 51.23% and 16.75% of cases, respectively, followed by endometritis, found in 11.33% of cases. Management was surgical in 58.62% of cases, medical in 32.02%, and obstetric in 9.36%.

Conclusion : Escapes (or severe complications) are frequent in the city of Butembo. Reducing maternal morbidity and mortality therefore requires screening for risk factors and managing them during pregnancy at prenatal consultations, during labor, and in the postpartum period.

Keywords: Escapes (or severe complications), gravidopuerpérality, Butembo

INTRODUCTION

La mauvaise santé pendant la grossesse représente une partie de la gradation entre les extrêmes que sont la bonne santé et la mort [1,2]. Sur cette échelle, une grossesse peut être considérée comme étant sans complication, avec complications (morbidité), avec complications graves (morbidité grave), ou engageant le pronostic vital (échappée belle) pouvant conduire dans le pire des cas au décès (mortalité) [3].

On qualifie d'échappée belle ou accident évité de justesse maternel, (« Near miss » en anglais), toute femme qui a présenté des complications potentiellement mortelles au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, et qui en a survécu de justesse grâce à des soins hospitaliers [2-4].

Huit millions des femmes, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, sont victimes de complications liées à la grossesse chaque année et près de 600 000 d'entre elles, en décèdent [5]. La prise en charge de ces complications obstétricales par un système de santé cohérent et efficace peut contribuer à réduire considérablement les décès maternels dans ces pays en voie de développement (PVD) [5,6].

Un bon système de santé maternelle doit pouvoir garantir l'accès aux soins obstétricaux essentiels de qualité, à savoir les soins obstétricaux de base dans les maternités périphériques et les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) dans les maternités de référence [7].

Dix à vingt millions des femmes développent un handicap physique ou mental chaque année à la suite des complications liées à l'accouchement ou de leur prise en charge inadéquate [8-9].

À l'échelle mondiale, le Ratio de mortalité maternelle (RMM) est passé de 380 en 1990 à 210 pour 100000 naissances vivantes en 2010 et en 2015, ce ratio était de 239 pour 100000 naissances vivantes dans les pays en développement contre 12 pour 100000 dans les pays développés [4]. En 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont décédées à la suite des complications pendant leur grossesse, lors de l'accouchement ou dans les 42 jours qui ont suivi l'accouchement. Actuellement, presque tous les décès maternels (99%) surviennent dans les pays à faible revenu, dont 62% en Afrique Subsaharienne [4].

Les complications hémorragiques (antépartum, perpartum, ou postpartum), les troubles hypertensifs (pré éclampsie sévère ou éclampsie), et les troubles liés à la septicémie puerpérale sont les complications obstétricales directes à l'origine de plus de 80% des décès maternels [10].

En République Démocratique du Congo (RDC), le ratio de mortalité maternelle en 2014 était à 846 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 28%. Ces valeurs demeurent élevées, le pays étant caractérisé par un faible accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgences [7].

En 2015, la RDC a eu le 17^e taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde, avec 693 morts/100 000 naissances [11]. Dans le cadre du suivi des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ; la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le rapport de la mortalité maternelle des trois quarts entre 1990 et 2015 [12].

À présent, tirant parti de l'impulsion donnée par l'objectif du millénaire pour le développement (OMD 5), les objectifs de développement durable (ODD) définissent une nouvelle initiative de transformation de la santé

maternelle, visant à mettre un terme à la mortalité maternelle évitable ; faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 [13]

Pour la ville de Butembo, sont rares des études menées sur la mortalité maternelle, alors que des cas de mortalité maternelle sont souvent signalés. Les particularités socio-économiques de la ville de Butembo, à l'occurrence les conflits armés autour de la ville, entraîne un exode rural massif, la rareté des gynécologues-obstétriciens dans la ville, peuvent augmenter le ratio et le taux de mortalité maternelle. C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude.

Elle permettra de répondre à la question : Quels sont les facteurs d'explication de la survenue des complications obstétricales graves à l'HRS Matanda ?

Cette étude avait pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques des échappées belles en gravidopuerpéralité dans les conditions de ressources limitées.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive couvrant la période allant du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2022 à l'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda.

L'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda se situe en ville de BUTEMBO, en République Démocratique du Congo.

Notre population d'étude était constituée des 9569 gestantes, parturientes et accouchées admises en service d'obstétrique de l'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda.

La collecte des données a été réalisée à partir des registres et fiches d'hospitalisation des patientes. Certaines informations manquantes ont été recherchées sur une série de registres, notamment les registres des admissions, des blocs opératoires, des soins intensifs et sur les fiches de consultation prénatale.

Nous avons inclus dans notre étude, toutes les gestantes, parturientes et accouchées ayant présenté une complication obstétricale grave (critères de l'OMS adaptés aux pays de l'Afrique sub-saharienne) et ayant survécu « échappées belles ».

Nous avons exclues de notre étude, toutes les gestantes, parturientes et accouchées dont les dossiers médicaux manquaient un certain nombre de paramètres pourtant important pour l'étude.

Les variables suivantes ont été exploitées

- Données sociodémographiques de la gestante : âge, adresse, état matrimonial, niveau d'instruction, etc. ;
- Données obstétricales : parité, intervalle inter génésique, etc. ;
- Antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, obstétricaux : antécédent de césarienne, antécédent d'hypertension artérielle ;
- Suivi de la grossesse : nombre de CPN ;
- Accouchement : mode d'accouchement, terme de l'accouchement, complications obstétricales ;
- Postpartum : modalité de sortie.

Les données collectées ont été encodées et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.4.0 (CDC, Atlanta, Etats Unis). Nous avons utilisé le pourcentage comme expression des résultats.

Etaient considérée comme « Echappées belles », toute femme dont le pronostic vital était mis en jeu pendant la grossesse, l'accouchement, et jusqu'à 6 semaines, et qui avait pu survivre grâce aux soins hospitaliers. Compte tenu de la disponibilité limitée des tests de laboratoire, du manque de la banque du sang et de la paucité des gynécologue-obstétriciens à l'Hôpital de Référence Secondaire de Matanda, les critères basés sur la défaillance des organes, nécessitant une surveillance biologique et clinique étroite, tels que proposés par l'OMS pour définir « un cas d'échappée belle » n'ont pas été documentées. Nous avons en effet eu recours aux critères adaptés aux pays d'Afrique sub-saharienne, tels que proposé par Abera et al. [10].

RÉSULTATS

1. Fréquence des échappées belles

Au cours de notre étude, 9569 femmes ont accouché et nous avons enregistré 210 femmes ayant présenté des complications obstétricales graves (soit une fréquence de 2,19% des accouchées) dont 203 femmes ont survécu

(soit une fréquence de 2,12%). D'où un ratio de mortalité de 73/100 000 accouchées.

Le tableau ci-dessous présente les échappées belles selon les années.

Tableau I. Répartition des échappées belles par année

Année	Nombre d'accouchées	Effectif des échappées- belles N=203
2018	1797	28
2019	2478	26
2020	1893	28
2021	1720	52
2022	1681	69
Total	9569	203

2. Échappées belles et variables sociodémographiques

Cent cinquante-huit des 203 échappées belles (soit 77,83 %) étaient âgées de 20 à 34 ans, 168 d'entre elles (82,76 %) étaient mariées et 136 (67,00 %) avaient un niveau d'instruction bas. (Age moyen= 29,5 min=16 et max=43).

Tableau II. Répartition des échappées belles selon les caractéristiques sociodémographiques.

Paramètres	Effectif (N=203)	Pourcentage
Age (années)		
<à 20	6	2,96
De 20 à 34	158	77,83
≥à 35	39	19,21
Etat matrimonial		
Célibataire	35	17,24
Mariée	168	82,76
Niveau d'instruction		
Bas	136	67,00
Moyen	53	26,11
Supérieur	14	6,90

3. Profil obstétrical des échappées belles

Les multipares représentaient 36,95% des échappées belles, 85,86% avaient un intervalle inter génésique $\leq$ à 24 mois et 73,13% n'avaient pas suivi régulièrement les consultations prénatales.

Tableau III. Répartition des échappées belles selon le profil obstétrical

Paramètres	Effectif (N=203)	Pourcentage
Gestité		
Paucigeste	74	36,45
Multigeste	86	42,36
Grande multigeste	43	21,18
Parité		
Nullipare	38	18,72
Paucipare	70	34,48
Multipare	75	36,95
Grande multipare	20	9,85
Intervalle Inter génésique (mois)		
$\leq$ à 24	170	85,86
$\geq$ à 25	33	14,14
Suivi de CPN		
$<$ à 4	148	73,13
$\geq$ à 4	55	26,87
ATCD d'avortement	68	
Avortement au 1er trimestre	58	85,29
Avortement au 2eme trimestre	10	14,71
HTA		
Oui	34	16,83
Césarienne		
Oui	80	39,41

4. Données cliniques des échappées belles

Quatre-vingt-douze des échappées belles (soit 45,32%) étaient référées, 81,77% des complications étaient survenues pendant la grossesse.

Tableau IV : Répartition des échappées belles selon leurs données cliniques

Paramètres	Effectif (N=203)	Pourcentage
Lieu de survenue de la complication		
A domicile	109	53,69
A l'hôpital	94	46,31
Modalité d'admission		
Référées	92	45,32
Non référées	111	54,68
Moment de survenue de la complication		
Pendant la grossesse	166	81,77
En post partum	37	18,23
Age gestationnel (semaines d'aménorrhée)		
≤ à 22	81	39,90
De 23 à 36	70	34,48
≥ à 37	52	25,62

5. Complications obstétricales graves

Les troubles hémorragiques étaient la principale cause des complications obstétricales graves chez les échappées belles.

Tableau V : Répartition selon les complications obstétricales graves des échappées belles

Complication	Effectif (N=203)	Pourcentage
Troubles hémorragiques	104	51,23
Hémorragie du post partum	10	4,93
Avortements compliqués	37	18,23
Hématome retro placentaire	14	6,90
Placenta prævia hémorragique	6	2,96
GEU rompue	37	18,23
Maladies hypertensives	34	16,75
Eclampsie	2	0,99
Pré-éclampsie	32	15,76
RU	8	3,94
Endométrite	23	11,33

6. Prise en charge de complications obstétricales graves

La prise en charge des complications obstétricales graves était chirurgicale dans 58,62% des cas.

Tableau VI : Répartition des échappées belles selon la prise en charge des complications

PEC des complications	Effectif(N=203)	Pourcentage
Mesure générale		
Chirurgicale	119	58,62
Médicale	65	32,02
Obstétricale	19	9,36
Actes faits		
Césarienne	64	31,53
Salpingectomie	28	13,79
Hystérectomie	22	10,84
Hystérogaphie	5	2,46
AMIU	16	7,88
Curetage	3	1,48
Transfusion		
Transfusé	98	48,28
Non transfusé	105	51,72

DISCUSSION

1. Fréquence des échappées belles

Au cours de notre étude qui s'est étendue sur une période de cinq ans, nous avons enregistré 203 cas d'échappées belles sur un total de la population fait de 9 569 patientes ; soit une fréquence de 2,12%.

Cette fréquence est légèrement supérieure à celle observée dans une étude prospective réalisée à BAMAKO dans le service de Gynécologie et Obstétrique au Centre de Santé de référence de la Commune VI qui était de 1,04% pendant une période de deux ans. Dans cette structure, 87,62% des patientes étaient référées des centres de santé communautaires [14].

A l'Hôpital MATANDA, 45,32% étaient référées tandis que 54,68% ne l'étaient pas. Etant donné que l'Hôpital est construit en plein centre-ville, et

vu la situation des populations, plusieurs femmes veulent y être suivies et d'autres structures sanitaires y réfèrent les patientes en cas de nécessité.

2. Paramètres sociodémographiques

Selon l'âge, parmi les échappées belles enregistrées, celles âgées de 20 à 34 ans (77,83%) avaient majoritairement développées les complications graves au cours de leur grossesse et dans les 42 jours suivant l'accouchement. L'âge moyen des patientes était de 29,5 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans. Cet âge moyen est dans la fourchette de ceux trouvés dans la littérature, soit de 22,5 à 31 [15]. En effet, les grossesses chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductive sont considérées comme à haut risque. La littérature rapporte des taux élevés de complications de l'accouchement et du devenir de la grossesse pour ces deux groupes de femmes par rapport à celles âgées d'une vingtaine d'année [16]. Théoriquement, sur base de préjudices vasculaires marqués par l'hypovascularisation évoquée chez l'adolescente et la baisse du flux sanguin urétero-placentaire observé chez la femme âgée, on pourrait s'attendre à des risques comparables à ces deux âges extrêmes [16].

Au Nigéria, Oladapo et al. , notent un risque de décès sept fois supérieur si la femme est âgée de 15 ans par rapport à celle de 20 à 34 ans [17]. Ceci peut s'exprimer par l'immaturité organique, la survenue de la grossesse précoce et compliquée chez des adolescentes aux conditions socioéconomiques modestes.

Le niveau d'instruction de nos patientes était relativement bas puisque, plus de la moitié des femmes (67,00%) n'avaient pas fini le niveau primaire, ce qui rejoint l'étude de Prual [10] où 47% des " échappées belles " ne savaient ni lire ni écrire.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les faibles niveaux d'étude sont également associés à des risques plus élevés de mortalité maternelle [18]. Aussi, d'après KARLSEN S et al. , il y a une variation statistiquement considérable dans le risque de mortalité maternelle parmi celles avec moins de sept années d'études comparé avec celles avec plus de 12 années d'études [19]. La littérature indique que, à l'instar du fonctionnement du système de soins, les caractéristiques des patientes ont une influence sur la qualité et le niveau de recours aux soins. A l'exception de l'état matrimonial, d'autres études ont également identifié l'âge, le niveau d'éducation, la parité et l'âge gestationnel comme facteurs prédictifs de la morbi-mortalité maternelle [20]. De plus, leur état d'analphabétisme est

source d'ignorance vis-à-vis des règles de suivi des grossesses avec à la clé l'abandon des consultations prénatales, cause de survenue et de découverte tardive des complications au cours des grossesses.

IV.3. Profil obstétrical

Les multipares (36,95%) et les paucipares (34,48%) ont constitué la cible des échappées belles en obstétrique dans notre milieu. Contrairement à nos résultats, une étude menée en ITURI (RDC) a démontré que la nulliparité et la multiparité multiplient respectivement le risque de complications obstétricales graves par trois et par deux [2]. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, les admissions aux urgences obstétricales étaient plus représentées par les primipares (42%) [21]. Dans leur série, la primiparité était associée à la pré-éclampsie et l'éclampsie dans la majeure partie des cas admis [22]. Au Bénin, ce sont les multipares (34,59%) et les primipares (27,83%) qui étaient majoritaires [21]. De manière isolée, une étude faite à Madagascar révèle que la parité ≥ 4 constituait un facteur de risque [23].

Ainsi donc, la période puerpérale de cette catégorie de gestantes est émaillée de beaucoup des problèmes obstétricaux du fait de l'immaturation et l'inexpérience des primipares d'une part, et de la fragilité de l'utérus des multipares d'autre part [21]. Ceci s'explique par le non-respect de la planification des naissances.

La grossesse n'était pas suivie (absence des consultations prénatales) ou avait été mal suivie (moins de quatre consultations prénatales) chez près de 73,13% de nos patientes. Ce pourcentage élevé a été retrouvé également par Mayi-Tsonga et al à Libreville [16]. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [24], il faut au moins quatre consultations prénatales pour le bon suivi d'une grossesse.

A la maternité Bonzala à Mbuji-Mayi en RDC, le nombre de consultations prénatales (≤ 2) avait constitué un facteur de survenue des ruptures utérines [25].

Nous constatons que la plus part de ces parturientes avec urgence obstétricale n'avait pas suivi les consultations prénatales. Certes, le suivi prénatal constitue une activité préventive efficace permettant d'améliorer

l'issue de grossesse, leur nombre ne suffit pas, il faut ajouter à cela la qualité pour une meilleure efficacité dans la surveillance prénatale [26]. Certains acteurs pensent que, le suivi prénatal reste souvent négligé par les multipares, celles-ci étant certainement rassurées à tort par l'expérience des grossesses précédentes. En outre, les consultations prénatales sont effectuées par des sages-femmes principalement.

Celles-ci évaluent très peu le pronostic obstétrical au 9^{ème} mois de la grossesse (3/16), même si statistiquement, il est connu que 15% des femmes enceintes connaîtront une complication en fin de grossesse, de manière générale [10]. Par contre, près de 67% des femmes ayant présenté une grossesse à risque ont consulté plus de quatre fois contre seulement 60% dans une étude à Monastir et un peu moins du tiers a consulté deux à trois fois [26].

Si le suivi régulier de la grossesse n'empêche pas la survenue des complications, il permet tout au moins le dépistage précoce des signes d'appel de certaines maladies liées ou survenant au cours de la grossesse, ou évite leur évolution vers les situations cliniques graves. Les consultations prénatales constituent donc un moyen privilégié pour réduire l'issue défavorable des grossesses à risque en particulier et des grossesses en général.

4. Causes des complications obstétricales graves

Dans cette étude, qui est descriptive, il a eu des corrélations pathologiques graves les plus fréquentes dans notre milieu mettant en jeu le pronostic vital maternel et survenant au cours de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ainsi, à l'hôpital MATANDA, les complications hémorragiques apparaissent comme étant la première cause de morbidité maternelle grave (51,23%) suivies des maladies hypertensives (16,75%), des infections puerpérales (Endométrite) dans 11,33% et en fin des ruptures utérines dans 3,94% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Madagascar [23]. Nos résultats rejoignent ceux de Bansal M et al. qui ont trouvé les complications hémorragiques comme cause principale des urgences obstétricales graves [27].

La prédominance de l'hémorragie est retrouvée par d'autres auteurs. Filippi et Coll, ne considéraient, pour les cas d'hémorragie, que ceux ayant conduit à une intervention obstétricale majeure et/ou à une transfusion

sanguine d'au moins 2 litres [28]. Toutes les urgences hémorragiques y compris les autres peu nombreuses (avortement hémorragique, GEU rompue, placenta praevia hémorragique et hématome rétroplacentaire, hémorragie du post partum) ont la particularité de mettre souvent en jeu le pronostic vital et fœtal en raison de l'importance de l'hémorragie qu'elles engendrent avec pour conséquence l'installation d'un état de choc. En général, la prise en charge des urgences hémorragiques est souvent confrontée à l'indisponibilité des produits sanguins et au manque de ressources financières des patientes. Nos résultats divergent avec ceux de Tuncalp et al [29], qui ont trouvé les troubles hypertensifs comme première cause des complications obstétricales graves. Bien que l'éclampsie soit une cause majeure connue mondialement de mortalité maternelle, le niveau moins élevé des femmes souffrant d'éclampsie dans notre milieu peut être en rapport avec la politique de la gestion existante pour les désordres hypertensifs au cours de la grossesse.

Selon l'OMS, pour réduire le risque de mortalité maternelle par éclampsie, l'administration des médicaments comme le sulfate de magnésium prévient l'apparition des crises potentiellement mortelles [14].

Selon l'OMS, l'hémorragie du post partum (HPP) représente 15 à 20% des causes de décès maternels [18]. Coulibaly F, dans une étude quantitative des causes de mortalité maternelle à BAMAKO, a trouvé 20% des causes de décès maternels liés à l'HPP [27]. Bengaly A a trouvé, en 2007, dans une étude cas témoins de mortalité maternelle dans le service de Gynécologie et Obstétrique du centre hospitalier universitaire du Point-G, toujours au BAMAKO, 29% de décès maternels liés à l'HPP [27].

Avec 4,9% des cas d'HPP, l'hôpital MATANDA est exclu dans les normes selon l'OMS. Les autres cas d'HPP étaient prévenus grâce à la gestion active de la troisième période d'accouchement (GATPA) et une surveillance du post-partum.

Les avortements septiques restent une cause fréquente d'admission au niveau hospitalier et des décès maternels en Afrique et touchent le plus des jeunes filles [30,31]. De manière surprenante, les raisons que les femmes poussent pour expliquer leur avortement sont identiques par le monde : leur santé, les raisons économiques et les problèmes avec les partenaires [32].

À l'hôpital Matanda, les complications des avortements criminels sont observés chez les jeunes filles élèves et étudiantes par peur d'abandonner les études, et même chez certaines femmes mariées pour des grossesses indésirables.

5. Prise en charge des complications obstétricales graves

Du tableau VI, la prise en charge des complications obstétricales graves a fait recours à des mesures chirurgicales (dans 58,62% des cas), médicales (32,02% des cas) et obstétricales (9,36% des cas). Les actes les plus fréquents sont la césarienne, la salpingectomie et l'hystérectomie respectivement dans 31,53%, 13,76% et 10,84% des cas. Le recours à la transfusion a été de 48,28%.

Dans la majorité de cas, la prise en charge des troubles hémorragiques fait recourt à une intervention chirurgicale d'urgence [30]. Concernant les troubles hypertensifs, la prise en charge est chirurgicale dans les cas sévères mettant en jeu la santé maternelle et le traitement médical est fait de Methyldopa (Aldomet) qui permet de réduire le risque de développer une hypertension artérielle sévère et l'administration du sulfate de magnésium prévient la survenue des convulsions [33].

CONCLUSION

Les échappées belles sont fréquentes en ville de Butembo. La réduction de la morbi-mortalité maternelle nécessite un dépistage de facteurs de risque et leur prise en charge au cours de la grossesse lors des consultations prénatales, au cours du travail d'accouchement et pendant le post partum. Une meilleure perception de l'urgence obstétricale et une amélioration de sa prise en charge devrait constituer le centre de la réflexion des acteurs des maternités.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Ronsmans C, Graham J. Maternal Survival Series Steering group. Maternal mortality: Who, When, Where, and Why. *Lancet* 2006;368 (9542):189-200.
2. Taji L, Katenga B, Philémon M, Amos K, Demupondo L, Bosenge N, et al. Aspects epidémio-cliniques des « échappées belles » en gravidopuerperalité et décès maternel à Bunia. *Revue Médicale des Grands Lacs* 2021;12:29–36.
3. Say L, Souza J, Pattison R. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23:287-96.
4. Kassebaum N, Bertozzi-villa A, Cogge Shall S, et al. Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;383:980-1004.
5. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with Scenario-based projections to 2030: a Systemic analysis by the UN Maternal mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017): 462-74.
6. Pattison R, Say L, Souza J, Van den Broek N, Rooney C. WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classification. *Bull World Health Organ* 2009;87(10):734-7.
7. Bolamba N, Lonema M. Décès maternel dans le milieu rural : cas de la zone de Santé rurale de Lita, dans le district sanitaire de Djugu, Ituri, RDC. *KisMed*. September 2015; 6 (2): 150p.
8. Sultana, Isthiaque S, Fareed S, Kamal S, Aslam Z, Hussain R et al. Clinical Spectrum of near miss cases in obstetrics. *Cureus*. 2019; 11(5): 4641p.
9. Nellisen JT, Estomih M, Hege LE, Bjorg EO, Jos JM and Jell S. Maternal near miss and mortality in rural referral hospital in morthen Tanzania: a cross-sectional Study, *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13:141.

10. Prual A, Bouvier-Colle MH, Bernis L, Breart G. Morbidity maternal grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'Ouest: incidence et létalité. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(5):593-602.
11. Ministère du plan(2014), enquête(EDS-EDC II, 2014). Sur la situation des enfants et des femmes, Rapport d'analyse. Kinshasa, Unicef, Vol.I et II, 184 pages.
12. Van Lerberghe.W ; De Brouwere.V. Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté, Studies in health service organisation and policy ; 18. 2001 :1-6.
13. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Tendances de la mortalité maternelle, 1990-2015. WHO; 2015.<http://www.who.int>
14. Lamina GC. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. The Guttmacher Institute, New York. 2010;21(16):p.
15. Tebeu PM, Major AL, Ludicke F, Obama AMT, Kouan L, Doh AS. Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive, revue medicine Liège 2004;59:7-8.
16. Mayi-Tsonga S., Meyé JF., Tagne A., Ndombi I., Diallo T., Oksana at al. Audit de la mortalité obstétricale grave (near miss) au Gabon (Maternité du centre hospitalier de Libreville). Cahiers santé avril-mai-juin 2007;17(2):111-15.
17. Oladapo OT, Sule-Odu AO, Olatunji AO, Daniel O. "Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. Reprod Health. 2005 ; (2) :9.
18. WHO. Maternal Morbidity Measurement Stakeholders Meeting Istanbul, WHO Maternal Morbidity Work group, Turkey, 2-3 October 2014.
19. Karlsen S, Say L, Souza JP, Carol J, Dinorah N, Rosalind R, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on maternal and perinatal health. BMC Public Health. 2011;(11):606-13.
20. Saizonou J, Fourn L, Leynen F, Mortany P, Dujardin B. Etude comparative de la qualité de prise en charge des échappées belles dans

- les maternités de référence au Bénin. *Arch Public Health*. 2005;63:85-105
21. Say L, Pattinson R et Gulmezoglu AM., WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health*. 2004;1(1),3.
 22. Bah AO, Diallo MH, Conde AM, Keita N. Hypertension artérielle et grossesse: Mortalité maternelle et périnatale. *Med Afr Noire*. 2001;4811:461-4.
 23. Solofomalala GD, Randriamalalaarijaona RT, Rosendramino MH, Ratsivalaka R, Canonne F. Les urgences gynéco-obstétricales dans une maternité de District Malgache. *Rev Trop Chir*. 2007;1:67-70.
 24. UNICEF, OMS, et FNUAP. La mortalité maternelle est anormalement élevée dans les pays en développement, Communiqué de presse commun. 2008 [en ligne] www.unicef.org consulté le 22 juillet 2019
 25. Kadima MC, Mumba MA et Biayi MJ, Profil et pronostic des urgences obstétricales en salle de travail de la maternité bonzala à Mbuji-Mayi. *Mali medical*. 2015;30(4):6.
 26. Otiabanda GF, Manoungou KC, Itoua C, Ellenge FB, et Soussa RG. Morbidité et mortalité gravido-puerperalité dans un service de réanimation polyvalente. *Saranf R.A.M.U.R*. 2012;17(2):201-7.
 27. Sitti N, Carbonne B. Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo. *Rev sage-femme* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/J.sagf.2015.12.001>.
 28. Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, Goufodji S, Lardi M, Sahel A, et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(1):11 –16
 29. Tuncalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D et Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG*. 2012;119:653-61.
 30. Oladapo OT, Sule-Odu AO, Olatunji AO et Daniel O. "Near miss" Obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. *Reprod Health*. 2005;(2):9.

31. Organisation mondiale de la santé (OMS). Mortalité maternelle. *Aide-mémoire*. 2015;348.
32. Allan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. The Guttmacher Institute, New York. 2010;43:8.
33. Duley L, Gulmezoglu AM. Magnesium sulfate versus lytic cocktail for eclampsia. Cochrane database of systemic reviews 2000;(4):5p.