

**MORT FŒTALE IN UTERO(MFIU) : ASPECT SOCIODÉMOGRAPHIQUE, PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC MATERNEL À LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL RÉGIONAL DE MAMOU.**  
*INTRAUTERINE FETAL DEATH (FETAL DEATH): DEMOGRAPHIC ASPECT, CARE AND MATERNAL PROGNOSIS MATERNITY REGIONAL HOSPITAL IN MAMOU*

**DIALLO MH<sup>1</sup>, BALDÉ IS<sup>2</sup>, DIALLO O<sup>1</sup>, DIALLO BS<sup>2</sup>, BALDÉ A<sup>2</sup>, BARRY H<sup>2</sup>, BALDÉ M D<sup>1</sup>, KEITA N<sup>1</sup>**

1 Service de Gynécologie et d'Obstétrique Donka CHU Conakry

2 Service de Gynécologie et d'Obstétrique Ignace Deen CHU Conakry

3 Hôpital régional de Mamou

**Correspondance :** Dr Mamadou Hady Diallo, Gynécologue-Obstétricien  
Assistant Chef de Clinique au CHU Conakry Hôpital National Donka  
BP 234 Email : [hadydiallo2002@yahoo.fr](mailto:hadydiallo2002@yahoo.fr)

---

## RÉSUMÉ

Objectifs. Les objectifs de ce travail étaient de :

- de calculer la fréquence de la mort fœtale in utero ;
- de décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes ;
- de décrire la prise en charge de la MFIU dans le service et d'établir le pronostic maternel.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique s'étendant sur une période de 6 mois allant du 01 mars au 31 août 2015 réalisée à la maternité de l'hôpital régional de Mamou portant sur une série continue de 70 cas de MFIU.

**Résultats :** La fréquence de la MFIU était de 6,95% des accouchements. Les principaux facteurs étiologiques étaient le paludisme, les syndromes vasculorénaux et leurs complications et l'anémie. L'hémorragie de la délivrance par trouble de la coagulation était la complication maternelle enregistrée. L'absence des mouvements actifs du fœtus(MAF) était le principal motif de consultation. Le profil sociodémographique de la gestante ayant développé une MFIU était celui d'une femme de 30 ans et plus (22,9%), au foyer (80%), non scolarisée (88,57%), mariée (100%), nullipare (25,71%) et n'ayant effectué aucune CPN (40%). Le misoprostol par voie vaginale a été la méthode la plus couramment utilisée pour l'induction du travail (54,2%). La majorité des gestantes ont accouché par voie basse (88,55%). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

**Conclusion :** Une amélioration de la qualité des CPN par un suivi régulier de toutes les femmes enceintes même en l'absence de facteur de risque contribuerait à diminuer de façon significative le taux de MFIU.

**Mots-clés :** Mort fœtale in utero, Socio démographie, Prise en charge

## ABSTRACT

**Objective:** The objectives of this study were to:

- to calculate the frequency of fetal death;
- to describe the sociodemographic characteristics of pregnant;
- to describe the management of fetal death in service and establish breast prognosis.

**Method:** This was a descriptive and analytical type of prospective study extending over a period of 6 months from 01.03 to 31.08.2015 conducted at the maternity of the regional hospital in Mamou on a continuous series of 70 if IUFD.

**Results:** The frequency of fetal death was 6,95% of births. The main etiological factors were malaria, vasculorénaux syndromes and their complications and anemia. The haemorrhage by coagulation disorder was recorded maternal complication. The absence of quickening (MAF) was the main reason for consultation. The socio-demographic profile of the pregnant who developed IUFD was that of a woman of 30 and over (22.9%), homemakers (80%), non-educated (88.57%), married (100%), nulliparous (25.71%) and who spent no CPN (40%). The vaginal misoprostol was the most commonly used for labor induction method (54.2%). The majority of pregnant gave birth vaginally (88.55%). We have not recorded maternal death.

**Conclusion:** Improving the quality of EIC by regular monitoring of all pregnant women in the absence of risk factors contribute to significantly reduce the rate of fetal death.

**Keywords:** fetal death, socio demographics, management

---

## INTRODUCTION

La mort fœtale in utero (MFIU), comprise dans la mortinaissance, se définit par tout décès fœtal avant la mise en travail, survenant après la limite de la viabilité fœtale telle qu'elle a été fixée par l'OMS, à savoir 22 semaines d'aménorrhée(SA) ou un poids de naissance de plus de 500 grammes<sup>1</sup>. Elle constitue un événement particulièrement traumatisant et mal accepté par les couples, suscitant un mélange de culpabilité et d'interrogation souvent sans réponse précise de la part des équipes médicales : pourquoi cette complication ? Quelque chose n'a-t-il pas été négligé ? Suis-je capable d'enfanter un enfant vivant lors d'une prochaine grossesse ? Afin de répondre à ces interrogations et de permettre d'envisager une grossesse ultérieure dans des bonnes conditions, le bilan systématique à la recherche d'une étiologie doit être exhaustive et la prise en charge de la grossesse suivante doit être optimale et adaptée au risque de récurrence de complications obstétricales sévères. Sa fréquence varie d'un pays à l'autre selon le niveau de vie socio-économique et la qualité de la prise en charge de la grossesse. Elle est inférieure à 1% dans les pays hautement médicalisés<sup>2</sup> : 0,66% en Suisse<sup>3</sup> ; 0,69% en France<sup>4</sup>. En Afrique, les données disponibles sont variables : 1,72% en Tunisie<sup>2</sup> ; 4,18% au Sénégal<sup>5</sup>. En Guinée, cette fréquence était de 2,96% en 2008 selon Diallo et al.<sup>6</sup>.

La fréquence élevée de cette pathologie obstétricale, les difficultés liées à sa prise en charge et son impact psychosocial sur le couple ont motivé la réalisation de ce travail. Le but de cette étude était de contribuer à l'amélioration du bien être du couple mère enfant par la prise en charge préventive de la mort fœtale in utero. Il s'agissait plus spécifiquement :

- de calculer la fréquence de la mort fœtale in utero ;
- de décrire les caractéristiques socio-démographiques des gestantes ;
- de décrire la prise en charge de la MFIU dans le service et d'établir le pronostic maternel

## MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif et analytique qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 01 mars au 31 août 2015, réalisée à la maternité de l'Hôpital régional de Mamou(maternité de niveau II en Guinée. Elle portait sur une série continue de 70 cas de MFIU. Les variables étudiées portaient

sur : l'âge de la parturiente, sa profession, son statut matrimonial, son niveau d'instruction, la parité, le nombre de consultation prénatale, le type de grossesse, les motifs de consultation, l'âge gestationnel. L'aspect para clinique, le mode d'accouchement, la prise en charge ainsi que le pronostic maternel et les facteurs étiologiques ont été prises en compte.

L'étude de certains paramètres sociodémographiques a été faite par comparaison des parturientes ayant eu une MFIU avec celles ayant accouché un fœtus vivant.

Etaient inclus dans l'étude tous les cas de mort fœtale in utero à partir de 22SA et avant tout début de travail d'accouchement et pris en charge dans le service au cours de la période d'étude.

N'étaient pas incluses dans l'étude, tous les cas d'avortement (âge inférieur à 22 Semaines d'Aménorrhées), les cas de MFIU survenus chez une femme en travail (mortalité fœtale per partum) et les femmes reçues pour complications de MFIU ;

Le test statistique utilisé était celui de  $\chi^2$  de Paerson avec un seuil de significativité de 5%.

## Résultats

### \* *Fréquence*

Pour 1007 accouchements réalisés, nous avons enregistré 70 cas de MFIU soit une fréquence de 6,95%.

### \* *Caractéristiques socio démographiques*

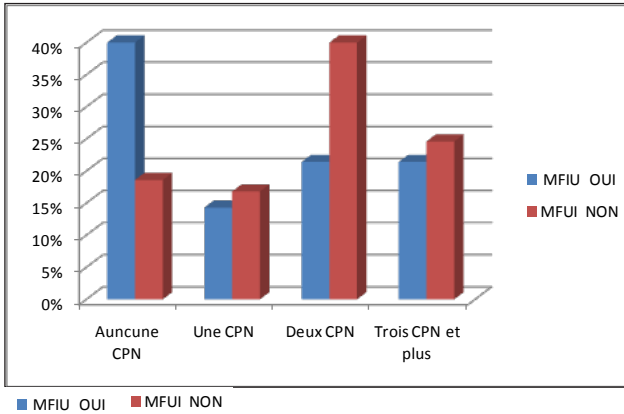
**a- Age maternel :** l'âge moyen des patientes était de 25 ans avec des extrêmes de 15 et de 45 ans. Les femmes âgées de 30 ans et plus étaient les plus affectées, 22,9%, sans différence statistiquement significative.

**b- Statut matrimonial :** toutes les gestantes de notre série étaient mariées.

**c- Profession :** les ménagères représentaient 80%.

**d- Niveau d'instruction :** la majorité des gestantes étaient non scolarisées : 88,57%.

**e- Parité :** les nullipares étaient les plus atteintes : 25,71%.



**Graphique 1** : graphique de la répartition selon le nombre de CPN (MFUI n OUI= 70 ; MFUI n NON= 937)  $\chi^2=18,910$   $P=0,000$

**\* Aspects clinique et para clinique**

**Tableau I** : Répartition des gestantes selon le motif de consultation

Motifs de consultation	n	%
Absence des MAF	33	47,14
Montée laiteuse	25	35,71
Régression de la HU	18	25,71
Découverte à l'échographie	11	15,71
Écoulement sanglant	9	12,85
Écoulement non sanglant	7	10
Crises convulsives	6	08,57

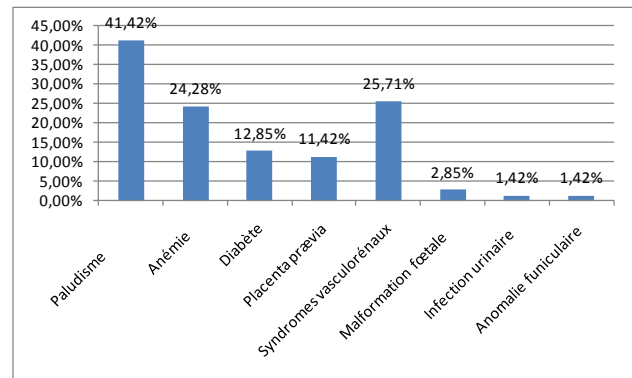
**Tableau II** : Répartition des gestantes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	n	%
22-26 SA	10	14,28
27-31	42	60
32-36	11	15,71
37-42	3	4,28
> 42	4	5,7
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**\* Réalisation des examens para cliniques**

L'échographie obstétricale n'a pas été réalisée dans 55,71% des cas, la goutte épaisse a été l'examen biologique le plus fréquemment réalisé avec 52,42%. Les sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose n'ont pas été réalisées faute de réactifs. Par contre la sérologie rétrovirale (SRV) a été réalisée chez toutes les patientes après leur consentement.

**\* Facteurs étiologiques**



**Graphique 2** Répartition des gestantes selon l'existence ou non des pathologies associées à la grossesse (Malformation fœtale, Infection urinaire et Anomalie funiculaire = pré-éclampsie, éclampsie et HRP)

**\* Prise en charge**

- **Type de déclenchement du travail d'accouchement** : l'induction du travail d'accouchement au misoprostol (cytotec) a été la technique la plus couramment utilisée : 54,2%.
- **Mode d'accouchement** : l'accouchement s'est déroulé le plus fréquemment par voie basse soit 88,55%.
- **3 pronostic maternel immédiat**: il a été plus fréquemment bon dans 90%. Par contre nous avons enregistré 3 cas d'hémorragie du post partum compliquée d'anémie. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

**DISCUSSION**

**I- Fréquence**

Notre taux (6,95%) est nettement plus élevé que ceux de divers auteurs notamment Diallo et al.<sup>6</sup> à l'hôpital national Ignace Deen en Guinée (2,96%). Ce taux élevé de MFUI dans notre série pourrait s'expliquer par 2 faits : d'une part l'Hôpital régional de Mamou est une structure de recours de différents centres de santé des districts sanitaires de Mamou et des Hôpitaux préfectoraux de la région de Mamou couvrant les complications obstétricales de ces structures périphériques et d'autre part la prise en charge déficiente des grossesses en rapport avec une mauvaise information des patientes, le bas niveau socio-économique, de la difficulté d'accès des soins de qualité et surtout du comportement de la femme enceinte du milieu rural et semi rural vis-à-vis des CPN. Notre taux est par contre inférieur à celui rapporté par Bwama kangulu et al.<sup>7</sup> en RDC (13,9%).

## 2- Caractéristiques sociodémographiques

Par rapport à l'âge notre résultat est proche de celui de Diallo et al.<sup>8</sup> rapportant une incidence de 6,43% chez les femmes âgées de plus de 35 ans contre 5,64% chez les femmes âgées de moins de 20 ans. La prédominance des femmes au foyer reflète la structure de notre société où ces femmes sont les plus nombreuses en majorité analphabètes avec un faible revenu pour couvrir les frais de santé.

La fréquence élevée des femmes mariées pourrait s'expliquer par 2 raisons :

- d'une part la précocité du mariage et l'attachement de cette population aux coutumes et à la religion et
- d'autre part une grossesse contractée hors mariage est considéré comme un crime responsable de déshonneur familial.

La prédominance des gestantes non scolarisées dans notre série (88,57%) est en rapport avec le niveau d'étude de la population générale guinéenne où l'on note 74% d'analphabètes dont 85,3% pour le sexe féminin selon l'EDS 2012<sup>9</sup>. De ces résultats il découle que la fréquence de la MFIU diminue au fur et à mesure que le nombre de CPN augmente. Elle est passée de 40% pour les gestantes n'ayant fait aucune CPN, à 24,3% pour celles qui ont fait 2CPN et à 21,4% pour celles qui ont fait 3 CPN et plus avec une différence statistiquement significative (P=0,000).

Moutongo au Mali<sup>10</sup> avait rapporté un taux de mort fœtale in utero de 34,44% chez les gestantes n'ayant fait aucune CPN.

## 3- Aspects clinique et para clinique

A propos de l'âge gestationnel il ressort que l'incidence de la mort fœtale in utero est plus forte entre 27-31SA (60%), résultat contraire à celui de Séfrioui et al.<sup>2</sup> au Maroc rapportant 54,5% de MFIU entre 37 et 41 SA.

La faiblesse du taux de réalisation d'échographie obstétricale pourrait s'expliquer par le bas niveau socio-économique de la population, l'échographie obstétricale coûtant en moyenne par séance un montant de 10 dollars USA (90.000FG) alors que 60% des guinéens vivent en dessous du seuil de la pauvreté avec un revenu national par habitant de moins de 0,5 dollar par jour<sup>11</sup>.

Le paludisme a été la principale pathologie associée à la grossesse soit 41,42% suivi par les syndromes vasculorénaux (25,71%) et

l'anémie(24,28%). Ce taux élevé de paludisme s'expliquerait d'une part par le fait que notre pays est une zone d'endémie palustre et d'autre part l'hyperthermie au cours de ces contractions utérines provoque une sécrétion d'acide lactique néfaste pour le fœtus<sup>12</sup>. Le taux élevé d'utilisation du misoprostol comme moyen de déclenchement du travail dans notre série pourrait s'expliquer par plusieurs raisons : d'une part, c'est le produit le plus disponible de conservation facile et, d'autre part, la plupart des gestantes avait un score de Bishop inférieur à 7, constat partagé par Diallo<sup>6</sup> rapportant un taux de 95% d'induction du travail avec le misoprostol.

## CONCLUSION

La majorité des études sur la mort fœtale in utero conclut qu'il est très difficile d'élaborer des stratégies de prévention dans le domaine. Cependant à la lumière de ces résultats, en terme d'évitabilité pour le futur peut être peut on suggérer quelques pistes :

-le suivi correct de la grossesse avec instauration des mesures préventives contre le paludisme conformément aux normes de l'OMS dans le cadre de la CPN recentrée ( traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine et l'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticides ;

-le dépistage précoce et la prise en charge adéquate des syndromes vasculorénaux et des autres pathologies liées ou associées à la grossesse ;

-la réalisation de l'échographie avec doppler pour la surveillance foetale

-l'amélioration du niveau socio-économique de la population.

## RÉFÉRENCES

- 1- **Lansac J, Descamps P, Oury J.** Pratique de l'accouchement , 5ème édition. Paris : Masson.2011.P.593P.
- 2- **Sefrioui O.N, Zinoum L,Zouad A, Abdoufalah N,Matar A.** Aspect épidémiologique des morts fœtales in utero Maternité lalla Meryem, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc Magreb médical 2000 ; 20(351).
- 3- **Martine KIE, Vial Y, Hohlfed P.** Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer. Département de gynécologie obstétrique, CHUV(Vaudois), Lausanne, Suisse 2006 ;35 ; 594-606.
- 4- **Lansac J , Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien. Paris : Simep, 1986 : 117

- 5- Cissé C T, Ngoma SJ, Martin SL, Diaw CT, Diadhiou F.** Surveillance épidémiologique de la mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar(Sénégal). Cahier de santé 1997 ;7(7) :109-112.
- 6- Diallo FB, Baldé IS, SY T, Diallo Y, Soumah AFM, Diallo T S, Bah IK, Diallo MS, Perrin RX.** Mort fœtale in utero : aspects épidémiologiques et prise en charge obstétricale à la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. Clinics in Mother and Child Health Vol.9(2012), Numéro C120101, 4pages doi :10 4303 /cmch/C120101
- 7- Bwama Kangulu I, Mwembo Tambwe A'Nkoy A, Ngoy Lumbule J, Kilolo Ngoy Umba E, Nzaji Kabamba M, Kalenga Muenze kayamba P.** Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort fœtale in utero à Kamina, République Démocratique du Congo Pan Afr Med J.2016 ;23 /114.
- 8- Diallo FB, Diallo ABD, Onivogui G, Sy T, Diallo Y, Camara F, Diallo OH et al.** Mort fœtale in utero : fréquence et aspects épidémiologiques, Guinée Med, 27(2002), 11-20
- 9- Enquête démographique et Santé( EDS )Guinée Conakry 2012**
- 10- Moutongo FAE.** Mort fœtale in utero dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital national du point G.Thèse de médecine Bamako 2000 95 PM 133.
- 11- Programme des nations unies pour le développement.** Rapport mondial sur le développement humain. Newyork 2012 : 200-203
- 12- Baeta S, Akpadza K, Hodonou AKS , Idder-Abdoulaye J.** Etiologies des morts fœtales in utero ; à propos de 308 cas observés de janvier 1984à Juin 1985, Pub Med Afr, 118(1991), 14-22.