

TRAUMATISMES CORPORELS CHEZ LES GESTANTES A BOBO-DIOULASSO, BURKINA FASO

DA SOME^{1,2}, PWH DAKOURE^{1,3}, S OUATTARA^{1,2}, Y NAMOANO² B RASMANE^{1,3}, T KAMBOU^{3,4}, M BAMBARA^{2,4}, B DAO^{1,2,4,5}

RESUME

Objectif : Déterminer la fréquence intra-hospitalière des traumatismes corporels sur grossesse, identifier les circonstances de survenue et les types de traumatismes puis évaluer le pronostic maternel et fœtal.

Patientes et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive allant de 2007 à 2009, menée dans les services des urgences chirurgicales et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso. Nous avons analysé les dossiers de toutes les gestantes admises pour traumatisme corporel durant la période de l'étude. Une analyse descriptive des données a été réalisée avec le logiciel épi info version 6.0.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 58 traumatismes corporels sur 16053 admissions de femmes enceintes, soit une prévalence de 3,6‰. Les traumatismes ont concerné des femmes d'âge moyen égal à 24 ans \pm 6,5 ans, ménagères (74,1%), citadines (81,1%). L'âge gestationnel moyen était de 25 semaines d'aménorrhée. Les circonstances de survenue des traumatismes étaient les accidents de circulation (51,7%), les rixes (29,30%) et les chutes d'arbres (19%). Il s'agissait de traumatismes abdominaux fermés (19), traumatismes des membres (10), traumatismes crâniens (09), pelviens (04) et rachidiens (01). Le taux global des complications fœto-maternelles était 8,6% avec 17,2‰ de patientes décédées et 34,5‰ de morts fœtales in utéro.

Conclusion : Les traumatismes au cours de la grossesse sont rares mais graves. L'on a déploré le décès d'une patiente et deux morts in utéro dans cette série. Se déplacer avec les engins à deux ou grimper dans les arbres doivent être déconseillés aux femmes enceintes.

Mots clés : Traumatisme, grossesse, accident de la voie publique, chute du haut d'un arbre

ABSTRACT

PHYSICAL TRAUMAS DURING PREGNANCY IN BOBO-DIOULASSO, BURKINA FASO

Objectives : To determine the intra-hospital rate of traumas during pregnancy, to identify the circumstances of arisen and the types then to describe the maternal and fetal prognosis.

Patients and methods : This was a retrospective and descriptive study covering the period from 2007 to 2009. It took place in the departments of surgical and obstetric emergencies of Souro Sanou University Teaching Hospital (SS-UTH) Bobo-Dioulasso. We analyzed the files of all the pregnant women admitted with physical trauma during the period of the study. We analyzed collected data through software Epi Info version 6.0.

Results : At the period of the study, we registered 16053 admissions of pregnant women, that was a frequency of 3.6‰. These traumas concerned young women (average age of 24 years \pm 6,5 years), housewives (74.1 %), city-dwellers (81.1 %) and 23 weeks of gestational age pregnant. The most common causes of traumas were: road traffic accidents (51.7%), assault (29.30 %) and falling from a tree (19%). The types of injuries were blunt abdominal trauma (19), limb injuries (10), head injuries (09), pelvic trauma (04) and spinal injuries (01). The global feto-maternal complications' rate was 8.6% including 17.2 ‰ of patient's mortality rate and 34.5 ‰ of fetal fatality rate.

Conclusion : Traumas during pregnancy are rare and serious. We deplored the death of one patient and of two fetuses. Pregnant women should be advised against driving two wheels' vehicles or climbing the trees.

Key words: . Trauma, pregnancy, road traffic accident, falling from a tree

1Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso

2Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU Sourou Sanou, Bobo-Dioulasso

3Département de chirurgie, CHU Sourou Sanou, Bobo-Dioulasso

4Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou

5 Adresse actuelle : JHPIEGO, Baltimore, USA

Auteurs et Correspondances : Dr Somé Der Adolphe, CHUSS 01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso, Téléphone : cell (00226) 70 34 00 00/76 56 40 40, Service/INSSA : (00226) 20 98 38 52, Email : adolphesomeder@yahoo.fr.

INTRODUCTION

L'incidence des traumatismes chez la gestante est source de controverses [1,2]. Les circonstances de ces traumatismes sont variées : accidents de la voie publique (AVP), agressions, chutes, violences conjugales, homicides et brûlures [3,4]. Chez une gestante, ces traumatismes peuvent causer plusieurs complications tant maternelles que fœtales. Ils représentent la première cause non obstétricale de morbidité et de mortalité des femmes enceintes dans les pays développés [5-7]. Au Burkina Faso, nous ne disposons pas de données dans la littérature sur le sujet, exceptée une publication à propos d'un cas [8]. Les objectifs de notre étude ont été 1) d'identifier les circonstances de survenue, 2) de déterminer les types de traumatismes par chutes d'arbres, par rixes et par accidents de la voie publique chez les femmes enceintes et 3) de décrire le pronostic materno-fœtal.

PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale à visée descriptive allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 menée au Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. A partir des registres d'admission des services des urgences chirurgicales et obstétricales, nous avons identifié et recherché les dossiers cliniques de toutes les gestantes admises au CHU SS durant la période d'étude pour traumatisme par accident de la voie publique, chute de hauteur ou rixe. Les dossiers incomplets n'ont pas été retenus. Nous avons également écarté les traumatismes par ingestion de produits chimiques et les accidents corporels par brûlures.

En fonction de la gravité de l'atteinte maternelle ou fœtale à l'admission, ces femmes étaient hospitalisées d'emblée soit dans le département de chirurgie, soit dans celui de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction (DGOMR). Mais leur suivi au cours de l'hospitalisation était assuré par les obstétriciens, les chirurgiens et les réanimateurs si l'état de la mère le justifiait.

L'obstétricien vérifiait systématiquement au lit de la malade la vitalité fœtale à l'échographie une fois par jour pendant les deux premiers jours, puis une fois par semaine en cas de nécessité. L'auscultation des bruits du cœur fœtal au stéthoscope obstétrical de Pinard était biquotidienne pour les grossesses d'âge avancé (deuxième et troisième trimestre). Au total 58 dossiers ont été colligés.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire écrit. Les principales variables recherchées ont été les caractéristiques sociodémographiques de la patiente, les circonstances de survenue du traumatisme, les types de lésion, l'âge de la grossesse et les complications materno-fœtales.

Une analyse descriptive des données a été faite avec le logiciel Epi Info, version 6.0.

RESULTATS

1. Caractéristiques épidémiologiques

Durant la période de l'étude, 16 053 gestantes ont consulté en urgence au service d'obstétrique du CHU SS. La prévalence des traumatismes corporels (58 cas) était alors de 3,6‰. Ces traumatismes ont surtout concerné des femmes âgées de 24 ans \pm 6,5 ans en moyenne (extrêmes : 16 et 40 ans).

2. Aspects cliniques

2.1. Circonstances de survenue du traumatisme

Trente gestantes (52%) ont été victimes d'un accident de la circulation. Parmi elles, 76% étaient des utilisatrices d'un engin à deux roues, 16% étaient à bord d'un véhicule de transport en commun et 8% étaient des piétonnes. Les citadines étaient les plus nombreuses (29 gestantes), soit 97%. La deuxième circonstance de survenue était les rixes avec 17 cas, soit 29%, dont 15 rapportés par des citadines. Enfin, onze patientes (19%) étaient victimes de chutes d'arbres ; il s'agissait surtout de gestantes vivant en campagne (08 sur 11). Les aspects épidémiologiques et cliniques sont résumés dans le Tableau I.

Tableau I : Aspects épidémiologiques et cliniques

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES	EFFECTIFS(%)
Age des patientes	
≤20 ans	15 (26)
21-30 ans	33 (57)
>30 ans	10 (17)
Principale occupation	
Femmes au foyer	43 (74)
Elèves	8(14)
Salariées/commerçantes	7 (12)
Provenance	
Milieu urbain	47(81)
Milieu rural	11(19)
Parités antérieures	
0	18(32)
1	16(29)
≥2	22(39)
Terme de la grossesse	
Premier Trimestre	9 (15,5)
Deuxième Trimestre	25 (43,1)
Troisième Trimestre	24 (41,4)
Circonstances du traumatisme	
Accident de la voie publique	30 (52)
Rixe	17 (29)
Chute d'arbre	11 (19)

2.2. Types de lésions à l'admission

Douze patientes (21%) ne présentaient ni lésion corporelle diagnostiquée à l'admission, ni complication obstétricale immédiate liées à l'accident. Chez 43

gestantes (74%), les lésions corporelles étaient de localisations diverses, mais sans menace directe de l'œuf. Il s'agissait de traumatismes abdominaux (19 cas), traumatismes des membres (10 cas), traumatismes crâniens (09 cas), pelviens (04 cas) et d'un cas de traumatisme rachidien avec atteinte médullaire. Deux patientes souffraient d'une plaie vaginale sans atteinte de l'œuf alors qu'une autre enfin était victime de lésions mixtes, à savoir : une rupture prématurée des membranes avec menace d'accouchement prématuré à 36 SA et une plaie cutanée superficielle au pied gauche sans lésion osseuse ni abdominale.

3. Pronostic maternel et fœtal

Les gestantes qui n'avaient aucune lésion (physique et obstétricale) diagnostiquée à l'admission (12) ont été surveillées pendant 48 heures dans le service d'obstétrique. Aucune complication n'a été notée et elles ont été autorisées à regagner leur domicile.

Celles qui avaient des lésions autres qu'obstétricales (43) ont été prises en charge dans le service de chirurgie avec une durée moyenne du séjour égal à $16 \pm 14,4$ jours (extrêmes : 0 et 91 jours). Cinq complications fœto-maternelles (8,6%) ont été déplorées dont le décès d'une patiente (taux de létalité de 17,2‰) et deux morts fœtales in utéro, soit une fréquence de mort fœtale égale à 34,5‰. La patiente décédée était âgée de 31 ans. Elle a été victime d'un accident de la circulation à 24SA puis admise dans un tableau de polytraumatisme: traumatisme crânien, fractures multiples et contusion pelvienne ; le score de sévérité lésionnelle (ISS) était de 25.

En plus du fœtus mort in utéro (MIU) lors du décès de la patiente ci-dessus, nous avons déploré une autre MIU survenue après une chute d'un arbre. Il s'agissait d'une patiente de 23 ans, enceinte de 22 SA et victime d'une fracture du cadre obturateur avec disjonction symphysaire.

Un traumatisme abdominal lors d'une rixe était à l'origine d'une menace d'avortement tardif à 24 SA traitée avec succès.

Un accouchement prématuré a eu lieu sur une grossesse de 36SA. La gestante était reçue pour rupture prématurée des membranes avec accouchement prématuré inévitable au décours d'un accident de la circulation alors qu'elle circulait avec une motocyclette. Elle a accouché d'un enfant vivant de 2400g le jour de son admission.

DISCUSSION

Les objectifs de ce travail étaient d'identifier les circonstances de survenue et les types de traumatismes puis de décrire le pronostic materno-fœtal. En plus des insuffisances connues des études rétrospectives, les données de la littérature consultée sont très variables sur le sujet. Cette variabilité est liée à la fois aux lieux (pays, milieu urbain ou rural) et

aux patientes incluses dans les séries. Un suivi des femmes après leur sortie de l'hôpital ne pouvait être documenté à cause du caractère rétrospectif de notre étude.

La fréquence des traumatismes corporels au cours de la grossesse, dans notre étude (3,6‰), est nettement inférieure à celle rapportée par certains auteurs occidentaux où elle varie entre 60 et 70‰[9-11]. Mais ces chiffres sont discutés par Sugrue en 2004[2] qui estime que moins de 1% des personnes victimes de traumatismes en Australie sont des femmes enceintes. Notre taux est cependant proche de celui d'El Kady[7] qui, dans une série de plus de 10000 cas en Californie en 2004, trouve un taux égal à 1,62‰. Bien qu'il semble exister un biais de sélection dans de nombreuses études, cette différence pourrait aussi s'expliquer par la densité plus importante des infrastructures et du trafic routiers dans ces derniers pays. Il faut aussi souligner la sous-notification des cas telle que relevée par Kouamé en 2009 [12] et Rozenberg en 1997 [13]. Toutes les gestantes victimes d'un accident ne consultent pas non plus dans un centre de santé[14]. De plus, au Burkina Faso[15], le premier niveau de soin n'est pas le centre hospitalier universitaire, mais le district sanitaire.

Les accidents de la voie publique (AVP) ont été à l'origine de la majorité des traumatismes dans notre série, ce qui est en accord avec les résultats rapportés par nombreux auteurs [9,10,11,16]. Mais aucune publication ne relève les chutes d'arbres comme circonstance de traumatisme au cours de la grossesse. Elles étaient pourtant la première cause en milieu rural dans notre étude. Les raisons qui favorisent de tels accidents pourraient être la recherche de bois de chauffe, de feuilles pour la cuisine ou de fruits. Au Burkina Faso, le charbon et le bois de chauffe sont les principales sources d'énergie en milieu rural, 97,3%[17]. A cela s'ajoute la récolte de fruits tels que les mangues, les gousses du *Parkia biglobosa* communément appelé « néré » et les fruits du *Vitellaria paradoxa* ou *Butyrospermum parkii* appelé « karité ». Pour cueillir ces fruits, l'on est obligé de grimper dans ces arbres souvent très vieux.

Le taux global de complications dans notre série est de 8,6%, avec une seule femme décédée (17,2‰). Ce taux de décès est nettement inférieur aux 6,58% rapportés dans la série malienne [16] où 10 femmes sur 152 étaient décédées alors que les chutes d'arbres n'étaient même pas prises en compte dans leur étude. La violence des traumatismes et la gravité des lésions décrites par Traoré au Mali en 2009[16] pourraient expliquer cette différence. En outre, notre travail a couvert une période de 2 ans alors que l'étude malienne a concerné 5 ans ; on peut évoquer enfin la faible densité du trafic routier urbain à Bobo-Dioulasso comparativement à Bamako. Quant au

pronostic fœtal, il est d'autant plus grave que l'âge de la grossesse est avancé ; il ne dépend pas forcément du type, du mécanisme ou de la sévérité du traumatisme[5]. Nous avons déploré deux grossesses arrêtées à 22 et 24 SA (par chute d'arbre et par accident de la voie publique) et un accouchement prématuré à 36SA. Le pronostic fœtal apparaît plus sévère dans la série de Traoré[16] qui rapportent 18 grossesses arrêtées et 17 avortements au 2ème trimestre.

Comme dans notre série, la prise en charge des traumatismes au cours de la grossesse doit rester multidisciplinaire[3] et fonction des lésions[7] en donnant la priorité à la vie de la mère. Les engins à deux roues sont responsables des $\frac{3}{4}$ des accidents de la voie publique (AVP). Les décès de la gestante et de son fœtus de même que l'accouchement prématuré ont tous été observés parmi celles qui ont eu un AVP. La sensibilisation devra insister sur le respect du code de la route et déconseiller l'usage des engins à deux roues aux femmes enceintes.

CONCLUSION

Les admissions pour traumatismes corporels sur grossesse sont rares au CHU de Bobo-Dioulasso et occasionnent des complications graves. Les accidents de la circulation en sont la première cause en milieu urbain et les chutes d'arbres plus fréquentes en milieu rural. Les mesures préventives consisteront à dissuader les gestantes à se déplacer avec des engins à deux roues en ville et à grimper dans les arbres.

REFERENCES

1. Shah KH, Simons RK, Holbrook T, Fortlage D, Winchell RJ. Trauma in pregnancy: maternal outcome J Trauma 1998; 45:83-6.
2. Sugrue ME, O'Connor MC, D'Amours SK. Trauma in pregnancy. ADF Health 2004; 5:24-28.
3. Oxford CM, Ludmir J. Trauma in Pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 2009; 52:611-629.
4. Werman HA, Falcone RE. Trauma in pregnancy. Trauma Report.s 2008; 7:1-12.
5. Muench MV, Canterino JC. Trauma in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am 2007; 34:555-583
6. Fildes J, Reed L, Jones N,, Martin M, Barrett. J. Trauma: the leading cause of maternal death. J Trauma 1992; 32:643-645.
7. El Kady D, Gilbert WM, Anderson J, Danielsen B, Towner D, Smith LH. Trauma during pregnancy: An analysis of maternal and fetal outcomes in a large population. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1661-1668.
8. Dao B, Ouattara S, Some D.A, Sioho N. Rupture utérine par accident de la voie publique à propos d'un cas. . Mother Child Health 2009; 6:1029-1032.
9. Barre M, Winer N, Caroit Y, Boog G, Phillippe HJ. Traumatisme au cours de la grossesse : pertinence des éléments de surveillance dans l'évaluation des suites obstétricales. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006; 35:673-677.
10. Connolly AM, Katz VL, Bash KL, Mc Mahon MJ, Hansen W. Trauma and Pregnancy. Am J Perinatology 1997; 4:331-336.
11. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. A Prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990; 162:1502-1510.
12. Kouame KM, Ouede R, Anoumou NM, Traore M, Kirioua BJ, Varango GG. Traumatismes et Grossesse : Analyse rétrospective d'une courte série de 7 cas au centre hospitalier de Treichville Abidjan (Côte d'Ivoire). Med Af Noire 2009; 5606:301-304.
13. Rozenberg A. Démarches diagnostiques. Médecine thérapeutique 1997; 3:395-9.
14. Orji EO, Fadiora SO, Ogunlola IO, Badru OS. Road traffic accidents in pregnancy in Southwest Nigeria: a 21 year review. J of Obstet and gynaecol 2002; 22: 516-518.
15. Burkina Faso, ministère de la Santé. La santé d'après les enquêtes statistiques nationales. 2010 ; <http://www.sante.gov.bf/Publications%20Statistiques/Sante%20d'apres%20les%20enquetes.pdf>. Consulté le 25 avril 2012;
16. Traore Y, Traore M, Mounkoro N, Teguate I, Sissoko A, Diallo A. Traumatisme et grossesse : Aspects clinique et pronostic à propos de 152 cas colligés au CHU GABRIEL TOURE. Mali Médical 2009 ; 24:18-20.
17. Burkina Faso. Annuaire statistique des indicateurs sociodémographiques désagrégés selon le sexe et/ou sensibles au genre. insd 2009. <http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Annuaire%20complet.pdf> consulté le 25 avril 2012.