

**Titre:** Severe maternal morbidity and risk of mortality beyond the postpartum period

**Auteurs:** Ukah UV et coll.

**Source:** Obstet Gynecol 2021;137 :277-284

**Type d'étude :** Banque de données rétrospective, 1989-2016, multicentrique

**Pays:** Canada : **Québec**

**Buts :** Évaluer la mortalité maternelle à **long terme** de femmes ayant vécu des événements morbides pendant la grossesse

**Méthodologie:** Banque de données basée sur les diagnostics de la RAMQ : codes ICD 9 et 10 des événements morbides en grossesse (selon les définitions du Système de surveillance périnatal canadien), de mortalité intra-hospitalière et des causes de mortalité (disponibles uniquement après 2006). Collection de plusieurs données démographiques et de comorbidités. Distinction entre période postpartum <43j et ≥ 43j. Comparaison avec les femmes sans morbidité sévère.

**Issues primaires :** Taux et causes de mortalité maternelle à long terme.

**Exclusions :** absence de numéro de RAMQ, mort extrahospitalière.

**Statistiques :** Analyse de Cox pour tenir compte du temps, « hazard ratio » et IC 95%. Études de sous-groupes : cause et sévérité de morbidité pendant la grossesse et mortalité maternelle; dernière grossesse affectée vs autre grossesse; multipare vs nullipare à la dernière grossesse.

**Résultats:** 1 229 306 femmes accouchées dont **2,9% avec morbidité sévère**. Celles-ci sont plus nombreuses à être âgées de plus de 35ans, primipares, avoir une grossesse multiple, des comorbidités et présenter une déprivation socioéconomique.

↑ **de mortalité** ds le groupe avec morbidité sévère : **0,86/1000** vs **0,42/1000** (HR 2,00 et IC 95% 1,81-2,20).

↓ **du délai** entre la grossesse et le décès si morbidité sévère: **6,8 vs 15,1** ans.

Les causes de morbidité les plus associées à la mortalité à long terme (de la plus significative à la moins significative statistiquement) : **complications cardiaques, intubation, AVC**, IRA ou dialyse, séjour SI, «autres», hystérectomie, hémorragie sévère, prééclampsie (une femme peut avoir 1 ou plusieurs complications).

Risque de mortalité surtout plus élevé **entre 43j et 11 mois** mais persiste avec le temps mais avec diminution en importance après 10 ans.

**Causes de décès** (disponible >2006 et ici pas de distinction entre < 43j et +): obstétricale (uniquement <11 mois), cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique et catégorie [sepsis-choc-insuffisance multi-organe].

Pas d'association avec la mortalité future si la dernière grossesse n'est pas compliquée de morbidité sévère. Primipares plus à risque.

**Discussion des auteurs :** Explication: séquelle permanente? Dysfonction endothéliale sous-jacente ou secondaire? Cause sous-jacente révélée par la grossesse? Étude d'association, pas de causalité.

**Forces :** 1ère étude sur la mortalité à long terme. **Limitations :** définition de morbidité sévère n'est peut-être pas exhaustive; exclusion des décès extrahospitaliers (suicides, accidents homicide).

**Conclusion des auteurs :** Les femmes ayant vécu des problèmes morbides pendant la grossesse devraient bénéficier d'une surveillance à long terme et de méthodes de prévention, car elles sont à risque de décès prématuré causé par des maladies cardiaques, cérébro-vasculaires et rénales.

**Discussion du groupe :** Taille de l'échantillon impressionnante. Limitations : étude faite sur les codes sans révision des dossiers (mais impossible à cette échelle); justesse des diagnostics en début d'étude aussi bonne que maintenant? Prise en charge de certaines pathologies et de leur suivi ont bien changé depuis 1989! (Ex: l'insuffisance cardiaque de la cardiomyopathie). Même l'analyse de Cox ne peut pas entièrement ajuster pour ces facteurs. L'impact des comorbidités est difficile à connaître.

Très bonnes validités interne et externe.

**Conclusions :** Ce papier supporte la nécessité d'offrir un suivi à long terme aux femmes qui ont vécu des évènements morbides pendant la grossesse. Il reste à déterminer comment et par qui...