

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	4
III- GENERALITES.....	6
IV – METHODOLOGIE.....	45
V- RESULTATS.....	58
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	80
VII-CONCLUSION.....	88
VIII –RECOMMANDATIONS.....	90
IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93
X-FICHE D’ENQUETE.....	104
XI-FICHE SIGNALITIQUE.....	116

ABREVIATIONS

AP : Accouchement prématuré

ASACO : Association de Santé Communautaire

BDCF : Bruit du cœur fœtal

Ca : Calcium

CRAP : Coefficient de risque d'accouchement prématuré

CPN : Consultation prénatale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf CIV: Centre de Santé de Référence Commune IV

CTA: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisine

DAO : Diamine Oxydase

DES : Distilbène

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

FCS : Fausse Couche Spontanée

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FDR : Facteur de risque

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GE : Goutte Epaisse

HTA : Hypertension artérielle

HRP : Hématome rétro placentaire

IMAP : Indice de menace d'accouchement prématuré

K : Potassium

MAF : Mouvement Actif du Fœtus

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL: Oto-rhino-laryngologie

OAP : Œdème Aigu du Poumon

PP: Placenta Prævia

PF: Planning Familial

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

RPM : Rupture Prématuré des Membranes

TDR: Test de Dépistage Rapide

VPP : Valeur Prédictive Positive

VPN : Valeur Prédictive Négative

I- INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

L'accouchement prématurité (AP) est défini comme une naissance survenant avant le 259^e jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines d'aménorrhées (SA) révolues [6]. La nomenclature internationale de l'OMS recommande cependant de prendre en compte tous les nouveaux nés mis au monde dès 20-22 SA et pesant 500 grammes ou plus. L'âge gestationnel souligne l'importance de la maturation biologique du fœtus et conditionne ses possibilités d'adaptation à la vie autonome. 60% de la mortalité néonatale proviennent des enfants nés avant 30 SA et la moitié des séquelles neurologiques sont observées chez les nouveau-nés avant 32 SA [43].

Dans le monde, on estime chaque année à 15 millions le nombre de bébés qui naissent prématurément. Le taux des naissances prématurées varie entre 5% et 18 %. Plus de 60% des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du Sud, mais il s'agit vraiment d'un problème planétaire. Dans les pays les plus pauvres, on compte en moyenne 12% de bébés nés prématurément contre 9% dans les pays à revenu plus élevé. Au sein même des pays, les familles les plus modestes présentent un risque accru.

L'incidence de la prématurité est d'environ 11 % en Amérique du Nord ; 5,6% en Océanie et 5,8 % en Europe. Ainsi, nous avons un taux de 12% aux Etats-Unis [48] ; 7,5% au Canada ; 6,2% en France ; 7,6% en Allemagne et de même en Angleterre ; 7,9% en Australie ; 15,8% Pakistan et 15,5% en Indonésie [50 ; 51 ; 52].

En Afrique, on trouve 18,5% au Malawi, 16,7% aux Comores ; 16,7% en République Démocratique du Congo ; 16,6% au Zimbabwe ; 16,5% en Guinée Equatoriale ; 16,4% au Mozambique et 16,3% au Gabon [7].

Au Mali, NDE avait trouvé un taux de 9,31% en 2010 [6] ; KONATE 3,5% en 2009 [8] et SANOGO avait trouvé un taux de 1,9% en 2005 [49]. Ce nombre est en augmentation. La prématurité est, avec le retard de croissance intra-utérin(RCIU), la principale cause de morbidité et de mortalité néonatale (au cours des quatre premières semaines de leur vie) et la deuxième cause majeure de décès, après la pneumonie, chez les enfants de moins de cinq ans. On estime que plus d'un million de bébés meurent chaque année de complications dues à leur naissance prématurée.

La prévention de l'accouchement prématuré est l'une des préoccupations majeure de l'obstétricien. Le devenir des enfants nés avant terme conditionne toute l'organisation obstétricale et néonatale de leurs naissances, tant sous l'aspect technique que d'un point de vue éthique.

L'étude des accouchements prématurés permet d'identifier les patientes les plus à risque. L'éviction de facteurs de risque et causes des accouchements prématurés devraient faire partie des mesures préventives. Nous avons initié cette étude pour évaluer l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune IV (CSRéf CIV) en visant les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les accouchements prématurés (AP) dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

2. Objectifs spécifiques :

- déterminer la fréquence des accouchements prématurés (AP) au CSRéf de la CIV ;
- identifier les facteurs de risque et les étiologies des AP ;
- décrire le protocole de prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (MAP) dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf CIV ;
- déterminer le pronostic maternel et néonatal.

III.

GENERALITES

III-GENERALITES :

A-Définitions opératoires :

L'accouchement :

Est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois, soit 28 semaines d'aménorrhée [30].

L'accouchement normal :

Est défini comme un accouchement qui remplit les conditions suivantes:

- il faut que la grossesse soit à terme et ayant évolué sans autres pathologies associées (toute pathologie médicale ou chirurgicale, anomalies utérines et du bassin) ;
- que le début du travail soit spontané sans médication ;
- que la grossesse soit mono-fœtale, fœtus ayant un poids normal, en présentation céphalique (variété du sommet) ;
- que le travail se déroule dans un délai normal (8 à 12 heures pour une primipare et 6 à 8 heures pour une multipare) ;
- que le travail d'accouchement soit assorti de l'expulsion par voie basse d'un nouveau-né vivant avec un bon APGAR et chez qui les suites sont simples ;

-que les suites soient également simples pour la mère.

L'accouchement prématuré :

Est défini comme une naissance survenant avant le 259^e jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines révolues. Cependant, il faut prendre en compte toutes les naissances survenant dès 20-22 SA avec des nouveaux nés pesant 500 grammes ou plus [4;13].

B-Physiologie du travail d'accouchement

1. Définition :

Le travail d'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques qui concourent pour initier les contractions utérines, la dilation du col et entraîner l'expulsion hors des voies génitales le fœtus et ses annexes, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 7 mois, soit 28 semaines d'aménorrhée [45 ; 47].

2. Physiologie des contractions utérines et des modifications du col au cours du travail [6 ;19 ; 21 ; 24]

2.1- La contraction utérine :

C'est la force motrice qui permet, au cours de l'accouchement, la dilatation du col utérin et la progression du mobile fœtal dans la filière génitale. La contraction de la fibre musculaire lisse utérine résulte du glissement, les uns par rapport aux autres des

filaments d'actine et de myosine. La formation de liaisons actine myosine nécessite de l'énergie, fournie par l'hydrolyse de l'ATP.

Les contractions utérines sont involontaires et intermittentes, totales, intéressant tout l'utérus et douloureuses à partir d'un certain seuil d'intensité. Pendant la parturition le début du travail est caractérisé par des contractions utérines qui vont croître progressivement.

Pendant le travail le tonus de base varie de 2 à 13 mmHg, l'intensité totale est de 35 à 50 mmHg, la fréquence des contractions utérines est de 5 contractions toutes les 10 mn. La régularité du rythme n'augmente pas la dilatation. Le décubitus latéral ne modifie pas le tonus de base mais l'intensité des contractions qui augmente de 10 mmHg alors que la fréquence diminue.

La tonicité est appréciée par la mesure de la pression amniotique basale ou tonus de base. La contraction dépend de l'activité contractile des fibres myométriales et de la synchronisation des contractions cellulaires. Le lieu d'origine des contractions utérines n'est pas fixé, il n'y a pas de voies de conduction. L'activité naît de façon plus fréquente au niveau du corps utérin, du fait du plus grand nombre de cellules myométriales.

L'efficacité du myomètre est fonction de la quantité de tissu simultanément actif. Elle permet :

- la poussée du fœtus vers la région segmento-cervicale ;
- l'ampliation de la poche des eaux et du segment inférieur ;

-l'effacement et la dilatation du col utérin.

Les œstrogènes permettent l'élaboration des protéines contractiles qui rendent la fibre utérine plus excitable. L'ocytocine déclenche les contractions utérines, renforce l'activité contractile, augmente le courant de calcium, elle est utilisée en thérapeutique. Les prostaglandines Pg E, libère le calcium stocké dans les membranes des organites cellulaires.

Les contrôles nerveux s'effectuent par libération à distance des neurotransmetteurs surtout les catécholamines qui diffusent vers les fibres. Le contrôle nerveux n'est pas déterminant, car la concentration utérine en catécholamines baisse au cours de la grossesse.

L'effet stimulant du salbutamol ou de la ritodrine sur les récepteurs bêta2 du muscle utérin est supérieur à son effet stimulant sur les récepteurs P1 du muscle cardiaque, d'où son rôle myorelaxant.

2.2- Les étapes de la maturation du col

a) les modifications du col en fin de grossesse :

Le col utérin joue un rôle capital tout au long de la grossesse. Sa tonicité constitue un véritable verrou qui maintient le fœtus à l'intérieur de l'utérus gravide jusqu'au terme. Lors de l'accouchement, le col devra avoir acquis une certaine souplesse pour permettre sa dilatation. Les glandes fabriquent un mucus abondant formant le bouchon muqueux. La composition de la paroi utérine montre une augmentation croissante de la

proportion du tissu conjonctif au fur et à mesure qu'on passe du corps au col de l'utérus. Le tissu conjonctif est donc le principal composant du col utérin.

b) La formation du segment inférieur :

Pendant les 5 premiers mois de la gestation, l'isthme s'allonge du fait de la croissance musculaire qui affecte d'avantage la couche musculaire plexiforme interne que la couche externe. Après le 5^e mois, les mouvements entre les couches musculaires entraînent la formation du segment inférieur qui est une entité propre à la grossesse. En effet, le cône musculaire plexiforme au niveau de la région isthmique ascensionne après la 20^e semaine et il existe un anneau musculaire marquant la limite entre la partie supérieure épaisse du corps utérin et le segment inférieur. Lorsque la dilatation est suffisante, la présentation pénètre le segment inférieur qui se moule sur elle. Cette ampliation du segment inférieur se produit en fin de grossesse chez la primipare.

c) La maturation du col :

Elle se produit quelques jours avant le début du travail, le col devient mou, court centré. La maturation est due aux modifications du tissu conjonctif du stroma cervical, indépendamment des contractions utérines. Les facteurs de maturation du col sont :

- la relaxine,
 - les œstrogènes, les prostaglandines (PgE2, PgP2) jouent un rôle dans la synthèse des constituants du tissu conjonctif.
- L'inhibiteur de synthèse des prostaglandines bloque la

parturition. Les prostaglandines sont ubiquitaires et se trouvent notamment au niveau du col utérin, les membranes amniotiques.

2.3 La dilatation du col au cours du travail :

Les contractions développées par le corps utérin sont transmises au segment inférieur, au col. Les phénomènes de maturation du col se poursuivent en début du travail, puis le col se dilatera sous l'effet des contractions utérines et de la pression de la présentation.

Chez les nullipares, l'effacement du col marque l'entrée en travail. L'orifice interne s'ouvre, puis le col se raccourcit en s'incorporant au segment inférieur. La dilatation suit l'effacement.

Chez les multipares, l'effacement et la dilatation sont simultanés. La dilatation peut même précéder le travail. La durée est beaucoup plus brève que chez la nullipare.

2.4 Les différents temps du travail :

- Le premier temps comprend :
 - Une phase de pré travail où se fait la maturation cervicale ;
 - Une phase préparatoire latente dont la durée moyenne est de 8heures ;
 - Une phase d'accélération avec le début de la dilatation.
- Le deuxième temps est celui de la dilatation comprenant une phase active précoce et une phase tardive.
- Le troisième temps, pelvien, comprend :
 - La phase de décélération de la dilatation ;

- La descente fœtale active dans la filière génitale, en sachant que ces deux phases sont souvent concomitantes ;
- En fin, la phase périnéale

3. Les facteurs intervenants dans le déclenchement spontané du travail d'accouchement

Plusieurs facteurs semblent pouvoir intervenir pour déclencher la parturition.

3.1 Les prostaglandines :

Ces substances constituent le facteur principal dans le déclenchement spontané du travail. Elles peuvent modifier l'activité contractile de l'utérus. Leur production augmente progressivement au cours de la grossesse et atteint un taux élevé en début de travail dans le liquide amniotique, la déciduale et le myomètre. On peut déclencher le travail quelque soit l'âge de la grossesse par administration de prostaglandines. Les médicaments anti prostaglandines permettent de réduire ou d'arrêter l'évolution du travail. Les prostaglandines contribuent au mûrissement du col par action sur son collagène. L'activation de la synthèse des prostaglandines est due à l'action de la progestérone de l'HPL mais aussi de l'élévation des œstrogènes et de l'ocytocine lorsque le travail est en cours, les perturbations mécaniques et l'hypoxie contribuent à la synthèse de l'acide arachidonique et des prostaglandines. Le travail est alors autoentretenu.

Les facteurs de régulation de la synthèse des prostaglandines sont :

- Les œstrogènes augmentent l'excitabilité des fibres musculaires lisses et la vitesse de propagation de l'activité électrique.
- La progestérone a une action inhibitrice sur les contractions utérines.
- les facteurs maternels notamment la distension utérine en fin de travail.
- les facteurs fœtaux : l'anencéphale ou l'hypoplasie des surrénales sont des facteurs pouvant prolonger la grossesse. A l'inverse, l'hyperplasie des surrénales peut être responsable d'un accouchement prématuré.
- Certains stimulants : l'amniotomie, l'infection, le décollement du pôle inférieur de l'œuf peuvent provoquer en fin de grossesse une brutale augmentation de la synthèse des prostaglandines et déclencher le travail.

3.2 Ocytocine :

Son rôle est encore mal précisé.

4. L'accouchement : évolution normale

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- la première correspond à l'effacement et la dilatation du col,
- la deuxième à la sortie du fœtus,

-la troisième à la sortie des annexes (placenta, membranes) ou délivrance. Ces trois périodes portent le nom de travail.

4.1. Période d'effacement et de dilatation :

Première phase du travail : elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation du col est complète. L'activité contractile dépend de la contraction de chaque fibre et de la synchronisation entre fibres. Quelques jours avant le début du travail au cours d'une phase préparatoire se produit la maturation du col qui lui permettra de se dilater, liée au changement de la structure du tissu conjonctif cervical. Cette maturation entraîne une modification des propriétés mécaniques du col qui se laisse distendre sous l'effet des contractions.

Parallèlement à la maturation du col les propriétés contractiles du myomètre s'accroissent profondément sous l'influence d'une modification de production d'œstrogène et progestérone par le placenta.

Le début du travail est en général franc, parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare. L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres, parfois sanguinolentes, traduisant la perte du bouchon muqueux lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

Une fois commencées, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Elles sont involontaires, intermittentes, rythmées et irrégulières, séparées par un intervalle de durée variable d'abord long au début de travail (15 à 20 min) puis de plus en plus court (2-3min) à la fin de la période de dilatation. Elles sont progressives dans leur durée qui est de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation, dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation, elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ; elles sont douloureuses, la douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Pendant les contractions les bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation. .

Effets de la contraction :

La contraction utérine du travail a pour effet essentiel d'ouvrir le col, puis de pousser le fœtus vers le bas hors des voies vaginales.

Effet sur l'utérus : l'ouverture de l'utérus.

La formation et l'ampliation du segment inférieur : l'effacement et la dilatation du col, l'ampliation du fornix sont les étapes successives d'un phénomène dont la contraction utérine est la cause principale. Mais la poche des eaux et la présentation ont cependant un rôle mécanique. L'effacement et la dilatation se réalisent même en l'absence d'une présentation appuyant sur le col comme dans la présentation de l'épaule.

Sur le plan clinique : Le toucher vaginal permet de reconnaître les modifications du col utérin et le pôle inférieur de l'œuf.

Effacement :

Le degré d'effacement se mesure en centimètre du col restant à la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord mince et régulier.

Dilatation :

La dilatation du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm ; dimension de la dilatation complète. La marche de la dilatation n'est pas régulière, plus lente au début jusqu'à la fin. La dilatation comprend deux phases :

- la première ou phase de latence ou phase de dilatation lente est la dilatation de 1 à 4 cm,
- la deuxième ou phase de dilatation rapide est la phase active, va de 4 à 10 cm.

Chez la primipare l'effacement et la dilatation sont successifs et ils sont simultanés chez la multipare.

Effets sur le pôle inférieur de l'œuf :

Les progrès de la dilatation laissent découvrir une partie de plus en plus grande du pôle membraneux à son point déclive. Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée, la poche des eaux lisse au toucher.

Effets sur le mobile fœtal :

La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. L'ensemble de cette progression porte le nom de phénomène mécanique de l'accouchement. La présentation procède à chaque étage à une accommodation successive qui s'opère par orientation et par amoindrissement. La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

L'engagement :

C'est le franchissement du détroit supérieur. Une présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre franchit l'aire du détroit supérieur. Pour le diagnostic clinique, au toucher vaginal lorsque la présentation est engagée, deux doigts introduits sous la symphyse et dirigés vers la deuxième pièce sacrée sont arrêtés par la présentation (signe de Demelin).

Pour Faraboeuf la tête est engagée lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigts dans le vagin, entre le plan coccy-sacré et la partie déclive de la présentation. Les anglo-saxons utilisent comme repère le signe qui joint les épines sciatiques (niveau 0).

La descente et la rotation :

La présentation doit faire une rotation intra-pelvienne et amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur, le sous pubo-coccygien. La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

Le dégagement :

C'est le franchissement du détroit inférieur. Il faut que la dilatation soit complète, la présentation descendue et orientée et que les membranes soient rompues.

2.2.2. Période d'expulsion : deuxième période du travail

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases :

- la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation.
- la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines. La contraction s'accompagne du besoin de pousser, qui ne devra être effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule, le périnée postérieur se tend, l'orifice anal devient béant. La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande circonférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

2.2.3. Délivrance : 3ème période du travail :

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Physiologiquement elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,

- expulsion du placenta,
- hémostase.

Cliniquement elle comprend trois phases :

- Phase de rémission clinique : c'est la sensation de bien-être qui fait suite à la période de contraction, l'utérus rétracté devient dur et régulier au palper.
- Phase de migration du placenta : réapparition des contractions utérines en général indolores, le décollement placentaire se traduit :
 - par le déroulement du cordon hors de la vulve ;
 - par le fait que si la main appliquée à plat au-dessus du pubis refoule de bas en haut le corps de l'utérus, le cordon ne remonte pas dans le vagin, il remonterait si le placenta était encore adhérent.
- Phase d'expulsion : l'expulsion du placenta et de ses membranes peut être spontanée sous l'effort d'une poussée abdominale.

5. L'accouchement prématuré : causes et facteurs de risque [2]

Elle est définie comme une naissance survenant avant le 259^e jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines révolues, et ceci quel que soit le poids du nouveau-né. Les catégories gestationnelles de moins de 28 SA révolues, de 29 à 32 SA révolues et de 33 à 36 SA révolues sont dénommées respectivement prématurissime, grande prématurité et prématurité moyenne. Les causes de

l'accouchement prématuré sont multiples. Parmi les causes retrouvées, les infections occupent le premier rang, mais la plupart des accouchements prématurés surviennent sans cause évidente. On distingue des facteurs de risque et les causes directes de l'accouchement prématuré.

5.1. Facteurs de risque [5 ; 18]

Dès le début de la grossesse on peut les reconnaître : antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesse ou curetage). Primiparité, très jeune âge maternel (inférieur à 21 ans) et gestante âgée de plus de 36 ans, grossesses multiples (triplets, jumeaux), niveau socioéconomique défavorisé, stress physique ou psychique, taille inférieure à 1,50 mètres, poids maternel inférieur à 45 kg, malformation utérine, fibrome, cardiopathie, anémie.

5.2. Etiologies

Pathologies maternelles générales [3 ; 4]

- les infections (toutes les septicémies, en particulier la listériose, les maladies virales telles que l'infection à VIH qui occupe une place importante ; les infections urinaires, même sous forme de simple bactériurie asymptomatique) ;

- les parasitoses : le paludisme ;

- les immunopathies (anti-D, anticorps anti-HLA, collagénoses, lupus érythémateux systémique) ;

- la pathologie vasculo-rénale (hypertension et toxémie),

- les cardiopathies ;
- les endocrinopathies (diabète, troubles thyroïdiens) ;
- toutes les pathologies graves en général.

Pathologies génitales [9 ; 25]

- les malformations utérines (hypoplasie, utérus bicorne, utérus cloisonné) ;
- la béance cervico-isthmique ;
- les traumatismes directs ;
- les infections cervico-vaginales pouvant se transmettre aux membranes et provoquer leur rupture prématurée ;
- l'hypercontractilité du myomètre qui recouvre sans doute d'autres étiologies, en pratique mal définies.

Les causes ovulaires [32 ; 40 ; 44]

- la gémellité et surtout les grossesses multiples ;
- les présentations dystociques ;
- certaines anomalies foetales, rares, des surrénales avec excès de sécrétion de corticoïdes ;
- le placenta prævia ;
- l'hématome rétroplacentaire ;
- l'hydramnios ;
- l'infection amniotique, soit patente, soit latente ;

-la rupture prématurée des membranes, elle-même liée à une béance, à une chorio-amnionite localisée, à une surdistension, ou idiopathique ;

- la mort in utéro préalable.

Les causes socio-économiques [27]

La prématurité est plus fréquente dans les milieux défavorisés. Interviennent les mauvaises conditions de logement, l'absence de confort et en particulier d'ascenseur pour les femmes habitant des étages élevés. Interviennent aussi l'obligation de travaux pénibles professionnels ou ménagers surtout quand ils doivent être associés et quand la famille est nombreuse, les longs trajets du domicile au lieu de travail dans l'inconfort et les secousses des transports ; on a prouvé aussi le rôle défavorable du célibat et de l'abandon, les longs voyages, l'abus de tabac.

Autres causes :

Les accouchements prématurés antérieurs ; les grossesses à intervalle inter-génésique inférieur à 1 an favorisent la prématurité ; les interruptions volontaires de la grossesse ayant pour conséquences les accouchements prématurés ; mais bon nombre d'accouchements prématurés restent encore inexpliqués.

Prématurité induite [36]

Il s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par une décision médicale devant une situation à risque de mort fœtale ou de séquelles pour l'enfant : souffrance fœtale, retard de croissance intra-utérin sévère, pré

éclampsie, hématome rétro placentaire, diabète instable de la mère, maladie maternelle grave, incompatibilité rhésus. L'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne.

Le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établi par Papiernik dans le but d'évaluer le risque pour une femme d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse. Plusieurs facteurs sont tenus en compte, côtés suivant leur importance et classés en série. L'addition des points donne un coefficient qui schématise le risque[6 ; 42].

Tableau I : Le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) selon Papiernik

1	-Deux enfants ou plus sans aide familiale -Conditions socio-économiques médiocres	-Un curetage -Court intervalle inter-génésique (1an entre le dernier accouchement et la fécondation)	-Travail l'intérieur à	-Fatigue inhabituelle -Prise de poids excessive
2	-Grossesse illégitime, -Moins de 20ans -Plus de 40ans	-Deux curetages	-Plus de trois étages sans ascenseur -Plus de 10 cigarettes par jour	-Moins de 5kg de prise de poids -Albuminurie -TA maximale > 13cmHg -TA minimale < 8cmhg
3	-Mauvaises conditions socio-économiques -Moins de 1,5m -Moins de 45 kg	-Trois curetages ou plus -Utérus cylindrique	-Longues distances parcourues quotidiennement -Effort inhabituel -Travail fatiguant -Long voyage	-Chute de poids le mois précédent -Tête trop basse située pour un fœtus loin du terme -Segment inférieur déjà formé à un stade éloigné du terme -Siège de plus de 7 mois
4	-Moins de 18ans			-Pyélonéphrite -Métrorragie du 2 ^{ème} trimestre -Col ouvert -Utérus contractile
5		- Malformations utérines -Avortement tardif - Accouchement prématuré		-Grossesse gémellaire -Placenta prævia -Hydramnios

- Si le CRAP est inférieur à 5, le risque d'accouchement prématurité est quasi nul
- Si le CRAP est compris entre 5 et 10 le risque est potentiel
- Si le CRAP est supérieur à 10 le risque est certain.

6. Aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré

6.1 Signes fonctionnels [23]

Les contractions utérines sont souvent typiques, ressenties par la patiente comme une douleur intermittente survenant à intervalles réguliers, de fréquence variable mais d'autant plus sévère que la fréquence est élevée (toutes les 5 à 10 minutes). Coïncidant avec un durcissement de l'utérus, elles sont à distinguer des contractions physiologiques de Braxton-Hicks, non douloureuses, irrégulières qui surviennent à la fréquence d'une contraction toutes les heures à 20 semaines d'aménorrhée, à 3 à 4 par heures à 37 semaines d'aménorrhée. Les contractions peuvent avoir une forme atypique : douleurs lombaires basses intermittentes non caractérisées, simple durcissement de la paroi abdominale sans sensation de douleur, de pesanteur pelvienne. La rupture précoce des membranes est parfois le premier symptôme, elle peut être isolée ou s'accompagner de contractions utérines, tantôt elle est franche. L'écoulement de liquide est abondant, il s'agit de rupture basse de mauvais pronostic. L'écoulement peut être peu important, irrégulier se répétant ce qui laisse supposer une rupture haute des membranes qualifiée à tort de fissuration.

6.2 Examen physique [24 ; 28]

Le palper abdominal peut percevoir des contractions utérines. Le toucher vaginal est l'examen clé, permettant de percevoir les modifications du col utérin. Les différents points suivants sont notés : longueur, position, consistance, dilatation et hauteur de la présentation du fœtus.

Au cours d'une grossesse normale, le col reste long, postérieur, tonique, fermé et la présentation céphalique. Le col se raccourcit, se ramollit s'ouvre et devient plus centré. Parallèlement, la présentation descend et le segment inférieur de l'utérus devient souple. Il est souhaitable d'enregistrer l'activité utérine et le rythme cardiaque fœtal pour avoir d'une part une preuve du bon état fœtal qui autorise la mise en route du traitement. A partir des symptômes et des données de l'examen la gravité de la menace peut être appréciée et chiffré pour en suivre l'évolution et faire une étude comparative. Ainsi, un indice de menace d'accouchement prématuré (IMAP) a été proposé par Baumgarten. Il est obtenu en additionnant les points donnés à chaque signe.

Tableau II : indice de menace d' accouchement prématuré selon BAUMGARTEN

	0	1	2	3	4
CU	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Peu abondantes	Hémorragie		
Dilatation du col	0	1Cm	2Cm	3 Cm	4 Cm

-lorsque le total est inférieur à 3 la menace est légère ;

-un score entre 3 et 6 traduit une menace modérée ;

-au-dessus de 6, elle est sévère et les chances de réussite du traitement sont moindres **[6 ; 22]**.

6.3 Examens complémentaires

La tocographie permet d'apprécier la fréquence des contractions utérines à l'aide d'un capteur mécanique placé sur l'abdomen de la patiente.

L'échographie du col utérin : elle permet de pallier la subjectivité de l'examen clinique en mesurant directement la longueur du canal cervical. Un col de longueur normale (à titre indicatif supérieur à 30 mm) est associé à un risque très faible d'accouchement prématuré.

L'échographie endovaginale du col utérin doit se faire sur une population à risque, ciblée (antécédent de conisation,), béance (cerclée ou non), contraction utérine au cours d'une grossesse normale. Elle ne doit pas se faire comme test de dépistage dans la population générale car elle possède, dans ce cas une très mauvaise sensibilité (16 à 39%) et une très mauvaise valeur prédictive positive (15%) (35, 94). Elle doit se faire par voie endovaginale, vessie vide. Le col s'étudie en coupe transversale, sans trop appuyer sur la sonde pour ne pas entraîner un allongement artificiel du col. Les berges antérieure et postérieure du col doivent être d'épaisseur et d'échogénicité identique. On mesure la longueur du col de l'orifice externe à l'orifice interne fermé (longueur de col utile). On évalue l'ouverture éventuelle de l'orifice interne et on précise la position de la poche des eaux par rapport au canal cervical. A cette mesure passive, on rajoutera une mesure active après pression sur le fond utérin pour reproduire une contraction utérine et évaluer une éventuelle modification cervicale. La longueur normale du col selon Iams est de 45mm pour le 90^{ème} percentile, de 35mm pour le 50^{ème} et de 25mm pour le 10^{ème}. Les critères retenus pour définir un risque d'accouchement prématuré sont un raccourcissement du col utérin au-dessous de 30mm, un orifice interne ouvert d'au moins 5mm, voire une protrusion de la poche des eaux dans le vagin. Le paramètre retenu principalement est la longueur cervicale avec un seuil à 30mm si on veut une meilleure sensibilité avec une moins bonne spécificité. Si on recherche une meilleure spécificité, on abaissera ce seuil à 25mm (moins bonne sensibilité). L'échographie endovaginale pour l'évaluation du col utérin lors

des MAP à une sensibilité comprise entre 73% et 100%, une spécificité entre 44% et 78%, une valeur prédictive positive (VPP) autour de 55% et une valeur prédictive négative (VPN) autour de 90%. Cet examen a une meilleure sensibilité que le toucher vaginal, mais elle ne doit pas remplacer l'examen clinique.

Examens à visée étiologique ;

Bilan infectieux selon la clinique et le contexte épidémiologique : Test de dépistage rapide (TDR)-goutte épaisse-frottis mince en zone d'endémicité palustre ou s'il y a notion de séjour en zone endémique, hémocultures et ou coprocultures au besoin ; rechercher une éventuelle porte d'entrée (membres, tronc, sphère ORL et digestives) pour prélèvements à analyser. Rechercher une infection urinaire et ou génitale (vaginite, cervicite, infection de l'arbre urinaire en demandant une bandelette urinaire, un prélèvement vaginal- ECBU plus antibiogramme). Faire un ECG au besoin.

Autres examens si la grossesse n'a pas été ou mal suivie et si l'on ne dispose d'aucun bilan prénatal: NFS, groupage sanguin-rhésus, sérologie HIV, toxoplasmose, rubéole, TPHA-VDRL, glycémie aléatoire et à jeun, test d'O' Sullivan et HGPO à la recherche d'un diabète, créatininémie, albumine urinaire. Ce bilan est d'une importance capitale, car la moindre anomalie détectable peut orienter vers une étiologie de menace d'accouchement prématuré.

6.4. Traitement

La prise en charge est fonction du degré de la menace d'accouchement prématuré :

6.4.1. Si la menace est légère :

Il est recommandé un repos strict à domicile avec tocolytiques en suppositoire ou en comprimé accompagné d'un bilan étiologique.

6.4.2. Si la menace est moyenne ou sévère :

Il faut hospitaliser et mettre au repos strict la patiente ; sédatifs au besoin tocolytiques et traitement de la cause.

Les tocolytiques :

-les bêta mimétiques [1 ; 26] dont les Contre indications sont absolues (cardiopathie maternelle, hypocalcémie, Chorioamniotite, souffrance fœtale aigue, mort fœtale in utéro, malformation fœtale grave, hématome rétroplacentaire, hyperthyroïdie) et relatives (diabète mal équilibré, métrorragie sévères d'origine indéterminée, hypertension artérielle, pré éclampsie sévère).

Effets secondaires : tachycardie, tremblement, anxiété, dyspnée, polypnée.

Complications : accidents hypokaliémie, hyperglycémie, troubles du rythme cardiaque, œdème aigu du poumon, décès maternel.

Bilan pré thérapeutique : interrogatoire

Auscultation cardiaque, électrocardiogramme, ionogramme sanguin, glycémie pour certain.

Mode d'administration, posologie : le traitement est débuté par voie intraveineuse, Salbutamol (Salbutamol), 5 ampoules dans 500 ml de sérum physiologique. Débuter par une perfusion contrôlée à 25 ml/heure pendant 6 heures. Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions et doit être limité au minimum efficace. Ne jamais dépasser une fréquence cardiaque maternelle de 120 battements/min, même en cas d'inefficacité de la tocolyse.

Après 48 heures de traitement si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par la forme orale (Salbutamol 4 à 6 comprimés/j). Ces traitements visant à arrêter ou à diminuer les contractions utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique. Les tocolytiques de référence jusqu'aujourd'hui sont les bêta-sympathomimétiques (Salbutamol). Cependant, ces molécules présentent des effets secondaires parfois sévères et peuvent être responsables d'accidents cardiovasculaires graves. Leur utilisation doit être précédée d'un bilan pré thérapeutique.

-Les inhibiteurs calciques [20 ; 33] (nicardipine ou nifédipine). La tocolyse est souvent inefficace pour 50% des femmes hospitalisées avec un col <1 cm et dilaté à plus de 3 cm. Ils sont utilisés préférentiellement en cas de diabète, de grossesse multiple, en présence d'une HTA, en cas d'échec ou en présence d'effets secondaires du salbutamol. Ils ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses vasculaires et utérines ; leur utilisation comme tocolytiques fait appel à la Nifédipine par voie orale, (Adalate 20 LP1 comprimé, 3 fois/jour

ou Chronodalate 1 comprimé 2 fois/jour) ou à la Nicardipine par voie orale (Loxen 50 LP1 comprimé 2 à 3 fois/jour).

Autre protocole [29 ; 47]

Dose d'attaque avec la nifédipine 10mg LI: 30mg (3cp) per os en décubitus latéral gauche ou 10mg (1cp) per os toutes les 20 minutes pendant 1heure. 2 Heures après, si persistance des contractions utérines, on donne 20mg (2cp) per os. 3 Heures après, si persistance des contractions utérines, on modifie le tocolytique (Salbutamol perf) et si disparition des contractions utérines, on passe à la nifédipine à 20mg LP en dose d'entretien : 20mg (1cp) per os toutes les 12 heures pendant 48 heures.

Les effets secondaires sont marqués par le Flush (vasodilatation faciale), céphalées, veinite et l'hypotension artérielle. Il faut éviter l'association avec le sulfate de magnésium et les bêtas bloquants [31].

Autres tocolytiques :

-La progestérone naturelle a longtemps été utilisée formellement. Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée. La posologie : 400mg toutes les 4 heures.

-Les antispasmodiques de type phloroglucinol (spasfon) sont largement prescrits mais leur efficacité n'est nullement établie. Ils sont efficaces en cas de saignement et administrés à la dose de 6 ampoules dans du sérum glucosé isotonique à passer en 4 à 6 heures à renouveler au besoin pour couvrir le nycthémère. Après arrêt des contractions, voie orale (2 comprimés 3 fois par jour).

-Les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoires non stéroïdiens) sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets fœtaux potentiellement sévères comme la fermeture prématurée du canal artériel, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'insuffisance rénale, l'oligoanuries. Ils ne sont utilisés que de manière ponctuelle (généralement pas plus de 48H), en cas d'échec ou de contre-indication d'un traitement.

6.5. Mesures visant à améliorer le pronostic néonatal en cas de menace d'accouchement prématuré :

Corticoïdes : maturation pulmonaire fœtale.

En cas d'accouchement prématuré les principales complications néonatales sont respiratoires (maladie des membranes hyalines) et neurologiques (hémorragies intra ventriculaires). L'administration de corticoïdes passant la barrière placentaire (bêtaméthasone, dexaméthasone) en cas de menace d'accouchement prématuré permet de réduire l'incidence de ces 2 complications ainsi que la mortalité néonatale, principalement en cas d'accouchement prématuré avant 34 SA.

Les contre-indications des corticoïdes sont rares : chorioamniotite clinique, ulcère gastroduodéal évolutif. La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre-indication absolue. Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 H, éventuellement répété une semaine plus tard.

6.6. Prévention [16 ; 46]

Le dépistage précoce des contractions utérines, la persistance des contractions utérines de plus de 35 secondes imposent l'hospitalisation chez les femmes avec des facteurs de risque d'accouchement prématuré. Certaines patientes sont à haut risque d'accouchement prématuré dès le début de la grossesse : antécédent d'accouchement prématuré, antécédent de rupture prématurée des membranes, antécédent de fausses couches tardives, malformation utérine, exposition in-utero au Distilbene connue, signes de modifications cervico-isthmiques:

- une longueur cervicale < 1cm,
- une ouverture de l'orifice interne > 1cm,
- une présentation située à hauteur ou en dessous des épines sciatiques,
- un segment inférieur amplifié et par la présence de contraction utérine douloureuse et durant plus de 35 secondes. Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas : modification des conditions de travail si possible arrêt de travail précoce cerclage du col utérin en cas de béance.

8. Aspect clinique de l'accouchement prématuré spontané [34 ;39]

Il peut faire suite à une menace plus ou moins longue qui n'a pu être maîtrisée par le traitement ou se faire d'emblée sans qu'on ait eu le temps de l'instaurer. Le travail a certaines particularités ; la rupture précoce des membranes est fréquente ; elle est souvent le

mode de début du travail. Le fœtus se présente souvent par le siège n'ayant pas encore accompli sa mutation. L'accommodation de la présentation, trop petite est médiocre. L'effet des contractions utérines, même normales peut être dangereux pour le fœtus prématuré d'où la nécessité de le surveiller.

Au cours de l'expulsion, le dégagement se fait souvent en position irrégulière, en occipito-sacrée et même en oblique. La présentation peut faire face à un obstacle dangereux pour le fœtus fragile qui est exposé aux lésions cérébro-méningées et à l'hypoxie. Souvent sous la poussée d'une tête trop petite et mal orientée, il cède brusquement à des déchirures périnéales.

La conduite à tenir doit prendre en compte ces particularités. Le praticien est appelé à permettre une naissance la moins traumatique possible. La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être particulièrement attentive. Des antibiotiques seront administrés quand les membranes sont rompues pour prévenir l'infection amniotique à laquelle le prématuré est particulièrement sensible. L'accouchement par voie basse est accepté si les conditions sont favorables. Pour éviter la lutte contre l'obstacle périnéal on est souvent amené, surtout chez la primipare à faire une épisiotomie et même une application de forceps, qui exécutée avec douceur est moins dangereuse pour l'enfant qu'une expulsion trop laborieuse.

8.1 L'accouchement prématuré provoqué [36]

La décision de faire naître prématurément un enfant est justifié lorsque le fœtus est menacé dans son existence ou dans son avenir ou qu'il existe une pathologie maternelle grave nécessitant

l'interruption de la grossesse. Une concertation préalable entre l'obstétricien, le pédiatre et l'anesthésiste est indispensable de même que l'information éclairée des parents et leur accompagnement psychologique. Le taux des enfants extraits par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et de l'amélioration des conditions de survie des prématurés face au risque de mortalité in-utero de pathologies gravidiques. Les indications sont avant toutes fœtales : souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissance. Les éléments de décision reposent sur le rythme cardiaque fœtal, la vitalité, le comportement du fœtus. Elles peuvent être aussi maternelles : syndrome vasculo-rénal, l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie. L'indication est souvent mixte, materno-fœtale. L'accueil du nouveau-né prématuré doit être prévu et préparé. Une équipe de réanimation sera présente pour assurer les soins des prématurés, ainsi qu'un pédiatre néonatal pour les cas à haut risque. Les soins sont essentiels pour assurer le pronostic du prématuré tant immédiat que lointain.

8.2 Aspect clinique du prématuré [43]

Le prématuré est un nouveau né bien proportionné, au visage gracieux. Il est recouvert de vernix caseosa. Sa peau est fine et érythrosique, parfois rouge-vive. Elle est douce et de consistance gélatineuse. Il existe parfois un œdème au niveau des extrémités. Le lanugo plus ou moins important recouvre ses épaules et son dos. L'absence de relief et la mollesse du pavillon de l'oreille de

même que l'absence de striation plantaire, la petite taille des mamelons et l'aspect des organes génitaux externes sont des critères importants de prématurité. Ils sont à comparer aux critères de maturation neurologique (tonus passif, les mouvements spontanés, les réflexes archaïques et les réflexes oculaires).



Figure1 : aspect du prématuré

8.3 Complications de la prématurité

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturité de certains organes de l'enfant né prématurément quelque soit la cause de la naissance prématurée. Les complications respiratoires et vasculaires, neurologiques sont les plus importantes à connaître d'un point de vue de santé publique.

- Les complications respiratoires [15]

Le retard de résorption du liquide alvéolaire RRLA réalise un syndrome interstitiel transitoire qui évolue en général favorablement.

La maladie de la membrane hyaline, le pneumothorax, la détresse respiratoire (problème lié au surfactant), l'apnée, la cyanose, la bronchodysplasie.

- Les complications cardio-vasculaires [17]

La tension artérielle du prématuré est très sensible aux paramètres tels que l'asphyxie, l'hypercapnie, les apnées, les gavages et l'hypothermie. L'hypotension artérielle est présente chez près de la moitié des prématurés de très petit poids de naissance. L'hypertension artérielle est favorisée par le gavage.

- complications hémodynamiques [43]

Le retour à la circulation fœtale qui réalise une hypoxémie réfractaire due à un shunt Droit-Gauche par le foramen ovale ou le canal artériel. La persistance du canal artériel, réalise un tableau de fuite diastolique aortique pouvant se compliquer de surcharge pulmonaire et de défaillance cardiaque secondaire à un shunt Gauche- Droit.

- Complications neurologiques [37]

En situation de risque (grande prématurité) elles doivent être dépistées systématiquement par l'échographie transfontanellaire. Elles sont essentiellement de deux types : la pathologie veineuse (l'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire en est la traduction clinique la plus typique, hémorragie péri et intra-

ventriculaire) et la pathologie artérielle (leuco malacie péri ventriculaire en est la traduction la plus typique. Il s'agit d'une lésion de nature ischémique de la substance blanche péri ventriculaire proche, mais susceptible de s'étendre plus ou moins à distance du toit du ventricule, son taux d'incidence qui croît avec l'incidence de la prématurité, est aux environs de 10% au-dessous de 32 semaines d'aménorrhée, donc plus faible que celui de l'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire). La leucomalacie péri ventriculaire touche 15-25% des prématurés de moins de 1500g.

- Complications digestives [43]

Le résidu gastrique et le syndrome de stase duodéno-pylorique réalisent une intolérance digestive transitoire à la quantité et/ou à l'osmolarité du lait introduit dans l'estomac. Un repos digestif de 24 à 48 h suivi d'une réintroduction très progressive suffit généralement ;

Le retard à l'élimination du méconium : syndrome du bouchon méconial : c'est une occlusion néonatale due à une immobilité du méconium dans le côlon gauche ;

Les vomissements et/ou régurgitations redoutables à cause du risque de fausses routes ;

Les ballonnements ;

L'entérocolite ulcéro-nécrosante : due à une ischémie mésentérique, pullulation microbienne intra-luminale, hyperosmolarité digestive ;

- L'ictère du prématuré : est due à une faible glucuroconjugaison hépatique de la bilirubine.
- Les autres complications : l'hypothermie (température $<35^{\circ}\text{C}$) avec les risques d'hypoglycémie, hypocalcémie, hyponatrémie, hypovitaminose K1, ostéopénie, rachitisme, rétinopathies, susceptibilité aux infections et l'anémie.

Néanmoins, ce que l'on craint le plus est l'apparition de séquelles motrices suite à des atteintes corticales qui à l'heure actuelle ne sont pas encore guérissables. Parmi celles-ci : la quadriparésie spastique, l'hémi-parésie spastique, les déficits cognitifs.

Ces maladies handicaperont l'enfant durant toute sa vie et, à l'inverse de celles citées précédemment, ne pourront se résoudre avec le temps. Toutefois il est important de signaler que tous les prématurés ne présentent pas les mêmes risques de développer des séquelles, le facteur de risque le plus important étant la durée de gestation qui varie d'un enfant à un autre.

8.4 Pronostic

Il dépendra de l'âge gestationnel de l'enfant, de son poids de naissance et de la cause de sa prématurité. Ainsi un bébé né au-delà de 32 semaines présentera un risque de mortalité et de séquelles très faible ($< 5\%$), alors que dans le cas d'une naissance en dessous de 32 semaines et avec un poids inférieur à 1000g, il y aura une augmentation très nette de la fréquence des complications, tant d'un point de vu de la mortalité (20-40%) [10] que de l'apparition de séquelles neurologiques et psychomotrices (10-20%) [12]. De plus dans les cas d'extrême prématurité

(< 27 semaines), la mortalité peut atteindre 50% et le pronostic à long terme reste très incertain [11].

8.5 La prise en charge du prématuré [37]

a) Au moment de la naissance

Il est nécessaire d'avoir : un néonatalogue senior, un médecin responsable de la ventilation, un médecin responsable de l'accès vasculaire, une à deux infirmières responsables de l'équipement, un système de monitoring, une protection thermique et infectieuse.



Figure 2 : protection thermique et infectieuse

b) Après la naissance :

La naissance doit se faire de manière rapide et organisée au vu de la situation d'urgence que présente la naissance d'un bébé prématuré qui se trouve être très fragilisé dans les premiers mois de sa vie. Ceci explique l'important dispositif tant matériel qu'humain qui entoure son arrivée. La présente liste doit être vue comme une description non exhaustive des divers moyens mis en œuvre pour garantir la survie d'un prématuré :

- Une couveuse (isolette) à oxygénation et température constante. Celle-ci pouvant être aussi muni d'hublot permettant d'effectuer les soins dans un maximum d'asepsie ;
- Une sonde nasogastrique qui permettra d'alimenter le bébé soit de manière continue (si il est hypoglycémique ou de très petits poids) ou discontinue (environ toutes les 2 heures) ;
- L'alimentation : à base de lait maternel enrichi en protéines et en Ca^{++} ou en utilisant du lait artificiel. Un ajout de vitamines E, D, C, acide folique ;

N.B : si l'enfant a été victime lors de sa naissance d'une défaillance respiratoire, il sera nourri par voie intraveineuse ;

- Un système de réanimation respiratoire ;
- Une ventilation en pression positive continue ou CPAP

(continuous positive airway pressure) maintient ouvertes à tous les stades du cycle respiratoire les voies aériennes supérieures empêchant ainsi le collapsus du pharynx pendant le temps inspiratoire et expiratoire. Elle agit donc comme une attelle

pneumatique pharyngée et provoque une augmentation de la surface de section pharyngée ;

- Une lunette à oxygène ;
- Un sphygmomanomètre ;
- Un saturomètre
- Une photothérapie, consistant en une exposition du nouveau-né à une lumière bleue (surtout lors d'ictère) ;
- Un monitoring cardio-pulmonaire ;
- Un appareil enregistreur munis d'une alarme contrôlant les fonctions respiratoires, cardiaques et thermiques ;
- De nombreux tests : glycémie, observations des selles, des résidus gastriques, de la formule sanguine, de la bilirubinémie ;
- Prise en charge des éventuelles complications.

Lorsque le bébé va mieux, on peut envisager la sortie et un suivi en ambulatoire conditionnée à certaines garanties. Il est par exemple indispensable que le bébé, avant de pouvoir sortir, prouve sa capacité à se nourrir au biberon, évitant dès lors une alimentation par voie parentérale, réservée naturellement au milieu hospitalier.

IV.

METHODOLOGIE

IV – METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

Notre étude c'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako, l'un des six centres de références du District de Bamako. Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de 6 communes dotées chacune d'un centre de référence de deuxième niveau. Le Mali est un pays continental situé en Afrique de l'Ouest, entouré du Burkina, de la Côte d'Ivoire, du Niger, de l'Algérie, du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée.

1.1- Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Kalabambougou en 2000. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- ✓ l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,

- ✓ la loi N° 95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- ✓ la loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1.2- Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du District qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

1.3- Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 347342 habitants en 2013 (source DNSI).

1.4- Les structures sanitaires :

1.4.1- Structures communautaires de 1^{er} niveau : sont représentées par les centres de santé communautaires (**CSCOM**) au nombre de 09 (ASACOSEK, ASACOLA I, ASACOLAB5, ASACOLA II, ASACODJIP, ASACOLABASAD, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA et ASACOHAM) ; **et la Maternité Renée Cisse (MRC).**

1.4.2- Structures communautaires de 2^{ème} niveau :
représentées par le Centre de Santé de Référence de Commune IV
(**CS Réf CIV**).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981), érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

a-Les locaux : le CSRéf CIV comprend :

- ⇒ 1 bureau pour le Médecin chef avec 1 secrétariat
- ⇒ 2 bureaux de consultation gynécologique
- ⇒ 3 bureaux de consultation médicale dont 2 pour la médecine générale et 01 pour la diabétologie
- ⇒ 2 salles de consultation pédiatrique
- ⇒ 1 bureau de consultation pour la chirurgie générale
- ⇒ 1 bureau de consultation ophtalmologique
- ⇒ 1 salle des urgences
- ⇒ 1 bureau pour le chef comptable
- ⇒ 1 bureau des entrées avec 03 guichets dont 01 pour l'assurance maladie obligatoire(AMO)
- ⇒ 2 blocs opératoires,
- ⇒ 1 salle de réveil,

- ⇒ 1 salle de stérilisation,
- ⇒ 1 salle d'accouchement,
- ⇒ 1 salle de suites de couches,
- ⇒ 1 salle de réunion,
- ⇒ 1 salle pour le SIS,
- ⇒ 1 unité de développement social et de l'économie solidaire,
- ⇒ 1 unité de brigade d'hygiène,
- ⇒ 2 blocs d'hospitalisation dont,
- ✓ 5 salles pour la gynécologie-obstétrique avec 19 lits dont 1 salle VIP,
- ✓ 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits dont 1 salle VIP,
- ✓ 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie,
- ✓ 1 salle pour l'ophtalmologie avec 5 lits,
- ✓ 1 salle pour le major de la gynécologie-obstétrique
- ✓ 1 salle pour le major et les infirmières de la médecine,
- ⇒ 1 unité de consultation prénatale,
- ⇒ 1 unité de consultation post-natale,
- ⇒ 1 unité de consultation ORL,
- ⇒ 1 unité d'anesthésie réanimation avec 1 salle de consultation et 1 salle de garde,
- ⇒ 1 unité PEV,

- ⇒ 1 salle pour les étudiants thésards,
- ⇒ 1 salle pour le surveillant général,
- ⇒ 1 salle d'échographie,
- ⇒ 1 cabinet dentaire,
- ⇒ 1 laboratoire,
- ⇒ 1 dispensaire antituberculeux,
- ⇒ 1 unité USAC,
- ⇒ 2 salles de soins infirmiers,
- ⇒ 1 cantine,
- ⇒ magasins pour les matériels et consommables,
- ⇒ 1 magasin pour le groupe électrogène,
- ⇒ 1 poste de haute tension électrique,
- ⇒ 1 parking avec hangar pour voiture,
- ⇒ 1 mosquée,
- ⇒ 1 buanderie,
- ⇒ Des toilettes
- ⇒ 1 hangar pour l'incinérateur,
- ⇒ 1 morgue

b- Personnel : le CSRéf CIV emploie :

- ✓ 1 médecin pédiatre, qui est le médecin-chef du centre,

- ✓ 5 médecins gynécologues obstétriciens, dont un le médecin-chef adjoint,
- ✓ 1 pharmacien responsable de la pharmacie et du laboratoire,
- ✓ 5 médecins généralistes,
- ✓ 30 sages-femmes,
- ✓ 1 médecin, 4 infirmiers assistants et 1 infirmier technicien anesthésistes,
- ✓ 7 infirmiers d'état,
- ✓ 5 techniciens supérieurs,
- ✓ 2 assistants de laboratoire,
- ✓ 2 assistants en odontostomatologie,
- ✓ 8 aides de bloc dont un major,
- ✓ 1 coursier,
- ✓ 4 agents de dépôt de médicament,
- ✓ 2 plantons,
- ✓ 01 technicien de Laboratoire ; 7 aides soignants,
- ✓ 7 manœuvres,
- ✓ 5 chauffeurs,
- ✓ 7 comptables,
- ✓ 6 gardiens,
- ✓ 2 comptables.

✓ A ceux-ci s'ajoutent : les médecins stagiaires en 3ème année de formation pour le diplôme d'études spéciales, les médecins généralistes stagiaires et les faisant fonction d'interne (FFI).

c- Transport et communication :

Le CSRéf CIV dispose d'une ambulance qui assure la liaison pour les références/évacuations entre les CSCOM et le CS Réf CIV d'une part et du CS Réf CIV vers les établissements hospitaliers publics d'autre part, et un véhicule de liaison.

En ce qui concerne la communication le CSRéf CIV est doté d'un réseau téléphonique fixe et mobile plus l'internet.

d- Fonctionnement :

Le CS Réf CIV assure la permanence des soins avec une équipe de garde composée journalièrement de :

- 01 gynécologue-obstétricien ;
- 02 Médecins généralistes ;
- 01 échographiste ;
- 03 étudiants en médecine en fin de cycle ayant des thèses au CSRéf CIV ;
- 01 Sage-femme et 01 infirmière ;
- 05 infirmiers respectivement pour la salle de perfusion et les salles d'hospitalisation de la chirurgie, gynéco-obstétrique, médecine, et pédiatrie ;
- 01 technicien supérieur en Anesthésie;

- 01 gestionnaire pour la pharmacie et les tickets de consultation ;
- 01 chauffeur d'ambulance ;
- 02 garçons de salle assurant la propreté permanente du service.
- 01 gardien de la morgue
- 1 portier.

Cette équipe dispose de : 01 table de consultation, 01 table gynécologique, 03 tables d'accouchement, 02 blocs opératoires fonctionnels, 01 stock de sang, 01 pharmacie, 01 laboratoire et 01 morgue.

1.4.3- Structures privées : au nombre de **39** sont **localisées un peu partout** dans la commune.

1.4.4- Centres de recherche : représentés par le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (**CNAM**).

2-Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

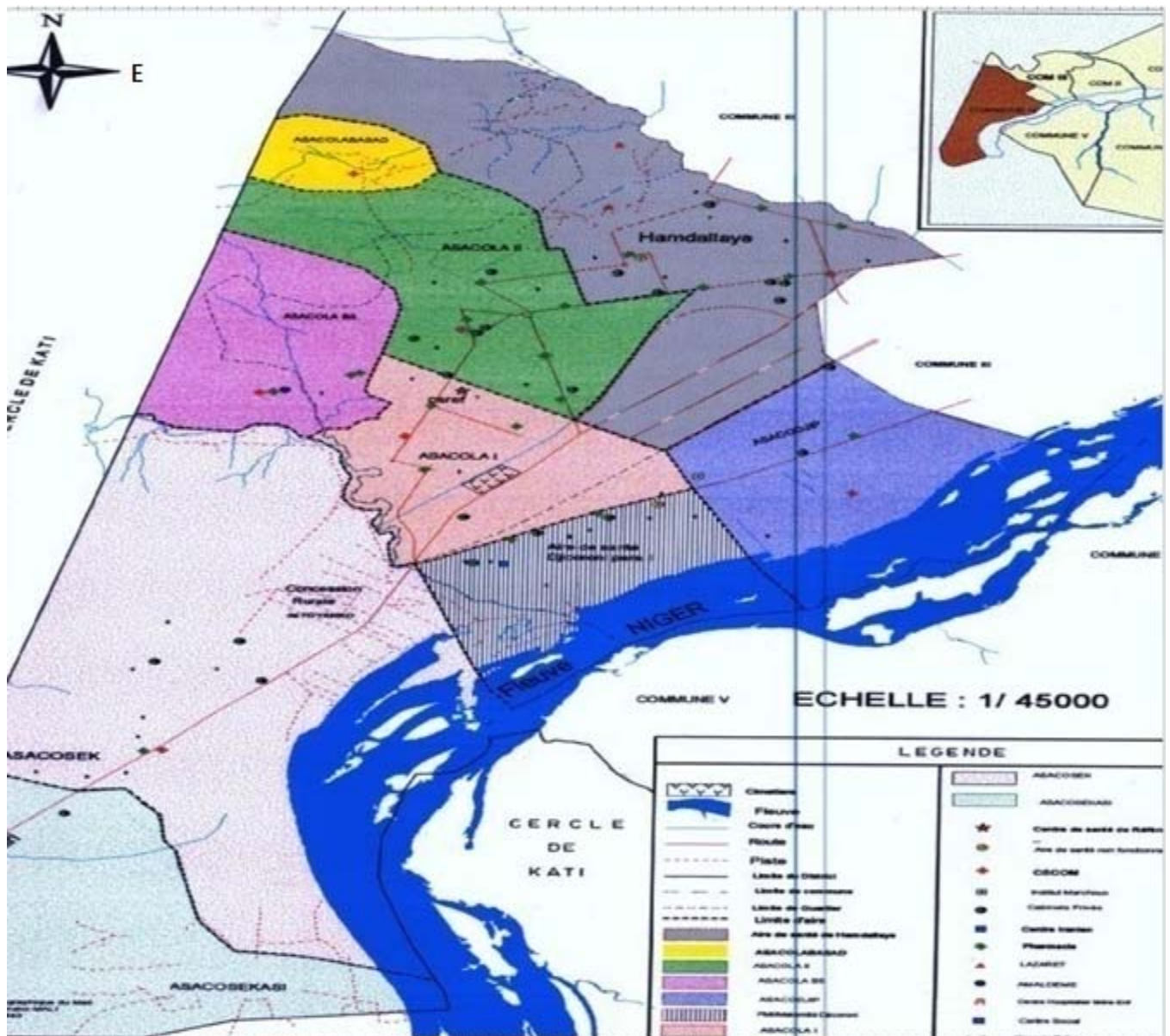


Figure 3 : Carte sanitaire de la commune IV du district de Bamako (PUS CIV Mars 2000)

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique avec collecte prospective des données enregistrées dans la maternité du CSRéf C IV du district de Bamako.

4. Période d'étude :

L'étude s'est étendue sur une période de 12 mois allant de janvier 2014 à décembre 2014.

5. Population d'étude :

Les patientes admises de janvier à décembre 2014 pour accouchement.

.Critères d'inclusion :

Patientes ayant accouché à un terme compris entre 28 et inférieur à 37 SA. Parturientes ayant un dossier complet dans le service.

.Critères de non inclusion:

Parturientes ayant accouché après la 37ème SA et celles ayant accouché hors du service.

.Collecte des données :

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaires individuels (fiche d'enquête) portées en annexe, des dossiers médicaux et ou obstétricaux des patientes, des registres d'accouchement et d'une fiche du suivi des nouveau nés évacués remplie à partir des dossiers médicaux de ces derniers.

.Traitement et analyse des données :

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Office Word 2007 et l'analyse des données à partir des logiciels Epi – info-6-4 et SP SS. 11. 0. La comparaison des données quantitatives a été

réalisée à partir du test Chi2 Pearson. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

6. Prise en charge des patientes hospitalisées pour MAP au centre de santé de référence commune IV:

Le but du traitement :

- mener la grossesse à terme ;
- traiter l'étiologie ;
- prévenir les complications ;

Les moyens : non médicamenteux et médicamenteux

a) Traitement non médicamenteux :

- hospitalisation ;
- repos au lit ;
- si RPM: mesures d'asepsie (garnitures stériles, éviction des touchers vaginaux) et position de Trendelenbourg.

b) Traitement médicamenteux :

-antispasmodiques: 6ampoules de phloroglucinol (Spasfon 40mg/0,04mg solution injectable, boîte de 6 ampoules de 4ml) dans 500 ml de sérum glucosé 5 % à passer en 4 ou 6 heures en intraveineuse ; le relai est assuré par la voie orale à raison de 2 comprimés de phloroglucinol (Spasfon 62,23/80mg comprimé enrobé, boîte de 30 comprimés) 3 fois par jour.

-corticothérapie (en vue de la maturation pulmonaire) : si MAP avant 34 SA. La molécule fréquemment utilisée est la

bêtaméthasone (célestène injectable 4mg, boîte de 3 ampoules de 1ml), à raison de 12mg par voie intramusculaire à renouveler 24 heures plus tard.

-traitement étiologique : en fonction de la cause identifiée, des antibiotiques au moindre risque infectieux (amoxicilline seule, amoxicilline + acide clavulanique, et les céphalosporines de troisième génération) ; des antifongiques pour traiter les affections fongiques éventuelles ; les antipaludiques (la quinine ou les CTA).

- les autres thérapeutiques au besoin: antipyrétiques, antalgiques, fer ferreux ou fer plus acide folique, transfusion sanguine, antiémétiques, antihypertenseurs.

c) surveillance :

-clinique: concerne la température, la tension artérielle, le pouls, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, les contractions utérines, les mouvements actifs du fœtus, les bruits du cœur fœtal, les écoulements génitaux(les leucorrhées suspectes, le sang, le liquide amniotique) ;

-paraclinique : NFS, PV-ECBU+antibiogramme, échographie obstétricale.

V. RESULTATS

V- RESULTATS

Sur 7958 accouchements réalisés dans le service de Janvier à Décembre 2014, nous avons enregistré 168 cas d'accouchements prématurés, soit une fréquence de 2,11%.

I. Identité

Tableau III : répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
14-19	58	34,5
20-29	38	22,6
25-29	38	22,6
30-34	23	13,7
35-39	10	6,0
40-45	01	0,6
Total	168	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 14-19 ans, soit **34,5%**.

Tableau IV : répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	56	33,3
Peulh	22	13,1
Dogon	8	04,8
Minianka	6	03,6
Malinké	46	27,4
Sonrhai	10	06,0
Autres*	20	11,9
Total	168	100,0

* : Non maliennes(5), Sarakolé(4), Soninké(2), Bobo(2), Bozo(1), Sénoufo(1), Dafing(1), kassoké(1), Mossi(1).

Les bambaras étaient majoritairement représentées, soit **33,3%** des cas.

Tableau V : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	effectif	pourcentage
Mariée	146	86,9
Célibataire	22	13,1
Total	168	100,0

Les patientes étaient célibataires dans **13,1%** des cas.

Tableau VI: répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Aide ménagère	23	13,7
Femme au foyer	94	56,0
Elève/Etudiante	28	16,6
Fonctionnaire	07	4,2
Autres*	16	9,5
Total	168	100,0

*: commerçante(6), teinturière(4), couturière(3), coiffeuse(3)

Les femmes au foyer dominaient avec 56% des cas.

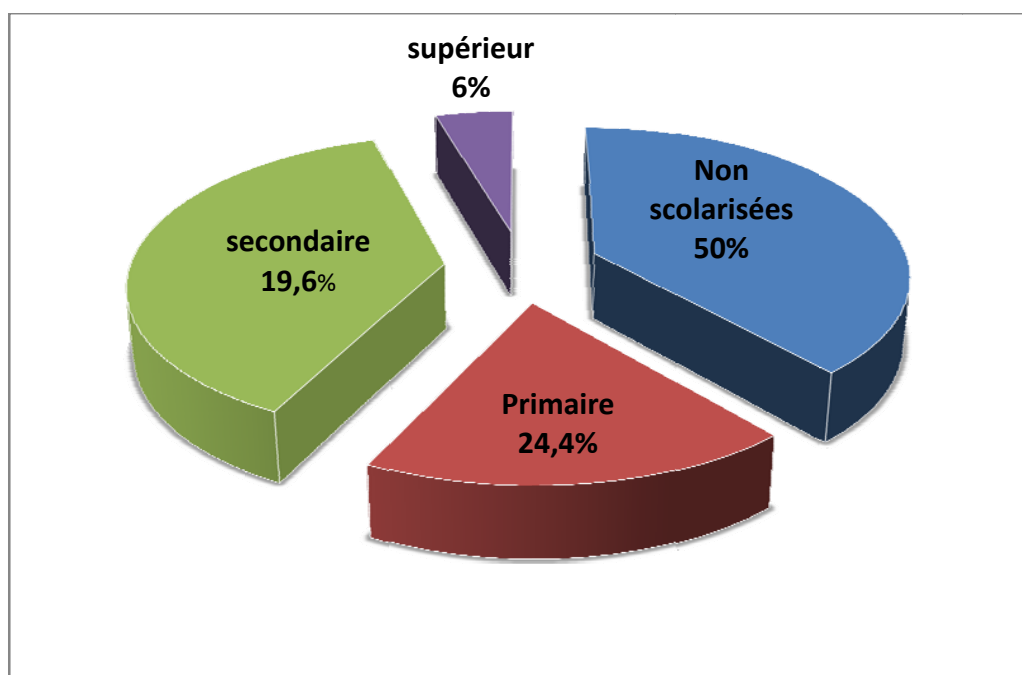


Figure 4 : répartition des parturientes en fonction du niveau d'instruction

Les femmes non scolarisées représentaient **50 %**.

II. Statut socio-économique

Tableau VII: répartition en fonction de la source de revenu

Source de revenu	Effectif	Pourcentage
Parents	27	16,0
Le mari	132	78,6
La femme	9	5,4
Total	168	100,0

Les femmes avaient pour source de revenu leurs maris avec **78,6%**.

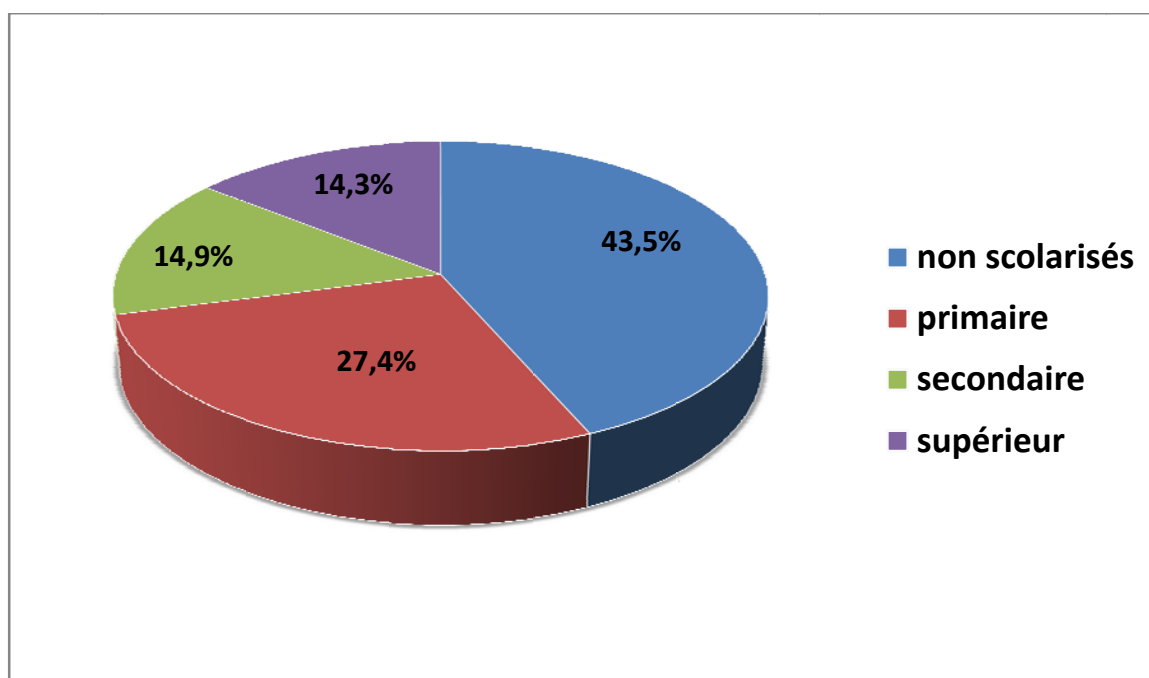


Figure 5: répartition en fonction du niveau d'instruction du mari

Les non scolarisés étaient majoritaires avec **43,5%**.

III. Antécédents personnels:

A- Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes	74	44,1
Paucigestes	44	26,2
Multigestes	32	19,0
Grandes Multigestes	18	10,7
Total	168	100,0

Les primigestes étaient les plus représentées, soit **44,1%**.

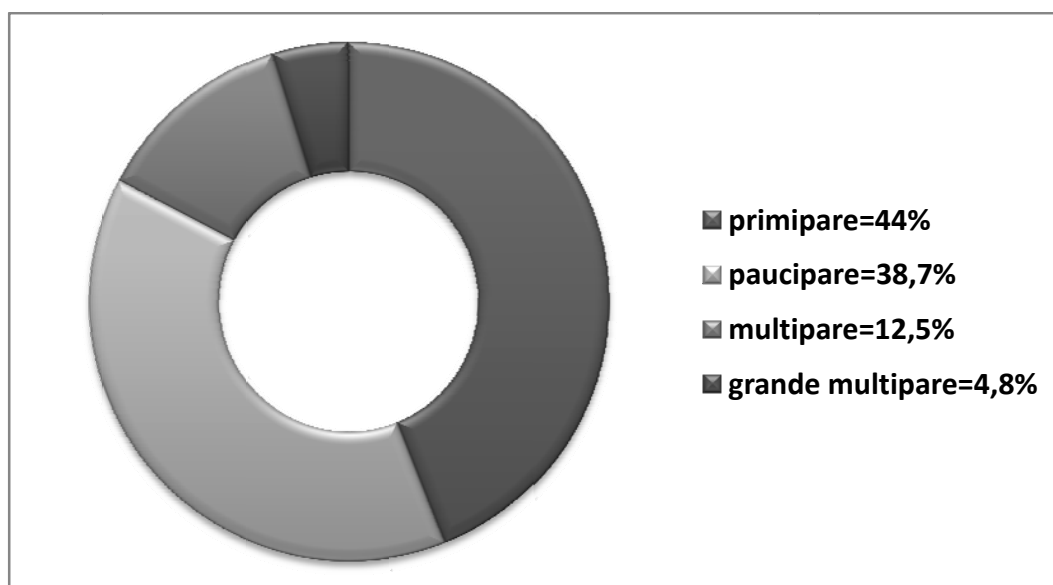


Figure 6: répartition des parturientes selon la parité.

Les primipares dominaient, soit **44%** des cas.

Les multipares représentaient **12,5%** et les grandes multipares **4,8%** des cas.

Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction du nombre d'avortements.

ATCD d'avortements	Effectif	Pourcentage
0	147	87,5
≥1	21	12,5
Total	168	100,0

Les femmes avaient au moins un antécédent d'accouchement prématuré dans **12,5%** des cas.

B- Antécédents chirurgicaux**Tableau X : Répartition des parturientes en fonction des antécédents de césarienne.**

Antécédent de césarienne	Effectif	Pourcentage
Oui	12	7,1
Non	156	92,9
Total	168	100,0

Seulement **7,1%** des femmes avaient un antécédent de césarienne.

C- Antécédents médicaux**Tableau XI: Répartition en fonction des antécédents d'hypertension artérielle (HTA)**

Antécédent d'HTA	Effectif	Pourcentage
Oui	6	3,6
Non	162	96,4
Total	168	100,0

Les femmes étaient hypertendues connues dans **3,6 %** des cas.

Tableau XII: Répartition en fonction des antécédents d'infection urinaire.

Antécédent d'infection urinaire	Effectif	Pourcentage
Oui	14	8,3
Non	154	91,7
Total	168	100,0

Les femmes avaient un antécédent d'infection urinaire dans **8,3%** des cas.

IV- Histoire de la grossesse

Tableau XIII : répartition des parturientes en fonction de l'âge de la grossesse

Age gestationnel	Effectif	pourcentage
≤ 32 SA	46	27,4
33-34 SA	51	30,4
34SA et 37SA	71	42,2
Total	168	100,0

L'âge gestationnel □34SA et □37 SA était le plus représenté avec **42,2 %**.

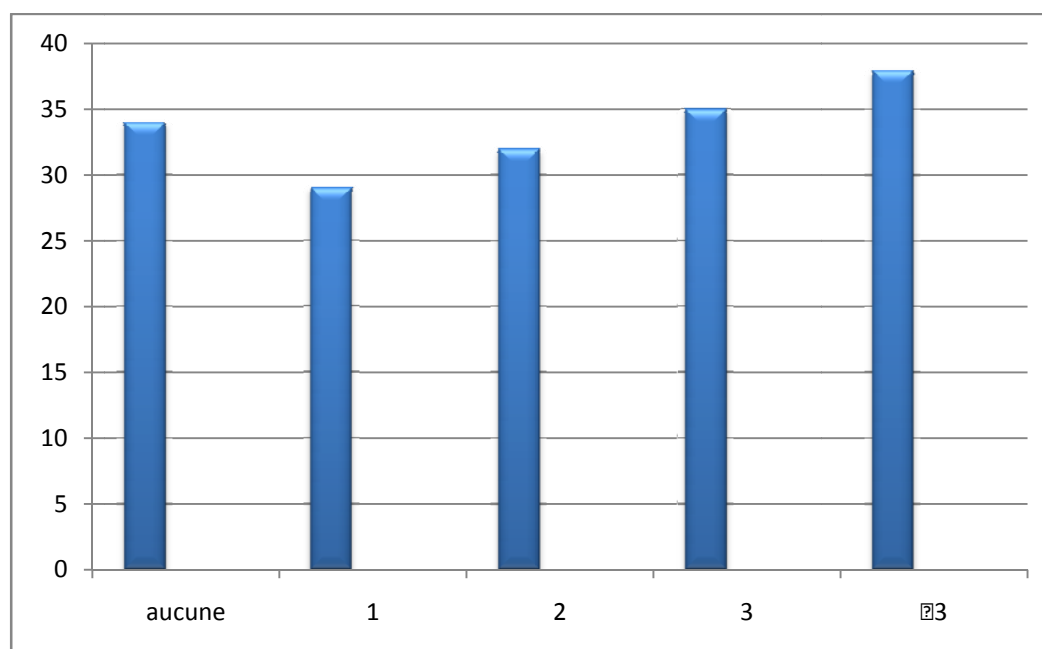


Figure 7 : répartition des parturientes en fonction du nombre de consultations prénatales (CPN).

Les CPN n'étaient pas effectuées dans 20,2% des cas.

Tableau XIV: Répartition en fonction des prophylaxies et bilan réalisés.

Bilan	VAT	Prophylaxie antipaludique	Prophylaxie antianémique	Echograph ie
Oui	64 (38,1)	119 (70,8)	123 (73,2)	117 (69,6)
Non	104 (61,8)	49 (29,2)	45 (26,8)	51 (30,4)
Total	168 (100)	168 (100)	168 (100)	168 (100)

La vaccination anti tétanique n'avait pas été faite dans **61,8 %**.

La prophylaxie antipaludique n'avait pas été faite par **29,2%** des femmes.

Les parturientes n'avaient fait aucune prophylaxie anti-anémique dans **26,8%** des cas.

Il y avait **30,4%** de femmes qui n'avaient pas effectué d'échographie

V. Examen clinique

A. Interrogatoire

Tableau XV: Répartition en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Autoréférence	114	67,9
Evacuée	26	15,5
Référée	28	16,7
Total	168	100,0

Les patientes venues d'elle-même représentaient **67,5 %** cas.

Tableau XVI: Répartition des parturientes en fonction du motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
CUD	122	72,6
Ecoulement liquidien	12	7,1
Saignement	10	6,0
Accouchement dystocique	7	4,1
Déclenchement	6	3,6
HTA/éclampsie	5	3,0
Dilatation cervicale	2	1,2
Autre*	4	2,4
Total	168	100,0

* : perte de connaissance(1), grande multipare en travail(1), procidence du cordon(1), hauteur utérine excessive(1).

Les CUD représentaient **72,6%** des motifs d'admission.

B. Examen général

Tableau XVII : Répartition des parturientes en fonction du poids à l'admission

Poids	Effectif	Pourcentage
≤ 50kg	9	5,4
50-80kg	150	89,3
> 80kg	9	5,4
Total	168	100,0

Les parturientes avaient un poids ≤50Kg dans **89,3%** des cas.

Tableau XVIII: répartition des femmes selon la taille

Taille en Cm	Effectif	Pourcentage
≤50cm	4	2,4
>50cm	164	97,6
Total	168	100,0

Les femmes avaient une taille ≤ 50Cm dans **2,4%** des cas.

Tableau XIX : répartition en fonction de la température à l'admission

Température	Effectif	Pourcentage
Hypothermie	1	0,6
Normale	160	95,2
Hyperthermie	7	4,2
Total	168	100,0

Il y avait hyperthermie à l'admission dans 4,2% des cas.

Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de la tension artérielle à l'admission

TA à l'admission	Effectif	Pourcentage
Basse	6	3,6
Normale	148	88,1
Elevée	14	8,3
Total	168	100,0

Les patientes étaient hypertendues dans **8,3%** des cas.

C. Examen obstétrical

Tableau XXI: répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine à l'admission

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
≤ 32cm	133	79,2
> 32 cm	35	20,8
Total	168	100,0

Les parturientes avaient une HU ≤ 32cm dans **79,2%** des cas.

Tableau XXII: répartition en fonction des BCF à l'admission

BCF	Effectif	Pourcentage
Absent	15	8,9
120	8	4,8
120-160	145	86,3
> 160	00	0,0
Total	168	100,0

13,7%(8,9%+4,8%) des parturientes avaient des BCF ≤ 120.

Tableau XXIII : répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission

Poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intacte	102	60,7
Rompue	66	39,3
Total	168	100,0

39% des parturientes avaient la poche des eaux rompue à l'admission.

Tableau XXIV : répartition en fonction de la couleur du liquide amniotique à l'admission

Couleur du LA	Effectif	Pourcentage
Clair	154	91,6
Teinté*	9	5,4
Méconial	5	3,0
Total	168	100,0

* : verdâtre ou jaunâtre

Le liquide amniotique était teinté dans **5,4%** des cas.

Tableau XXV: répartition des parturientes selon la présentation du fœtus

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	148	88,1
Siège	17	10,1
Epaule	3	1,8
Total	168	100,0

Le fœtus était en présentation vicieuse dans **11,9%** des cas.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	155	92,3
Césarienne	13	7,7
Total	168	100,0

Les accouchements par voie basse étaient majoritaires avec **92,3%** des cas.

Tableau XXVII: répartition des parturientes en fonction de la manœuvre obstétricale utilisée pour les accouchements par voie basse

Manœuvre	Effectif	Pourcentage
Normale	71	42,3
Épisiotomie	83	49,4
Césarienne	13	7,7
Extraction instrumentale	1	0,6
Total	168	100,0

L'épisiotomie a été réalisée chez 83 patientes, soit dans **49,4%** des cas.

Tableau XXVIII: répartition des parturientes en fonction du nombre de fœtus

Grossesse multiple	Effectif	Pourcentage
Oui	39	23,2
Non	129	76,8
Total	168	100,0

Les grossesses multiples représentaient **23,2%** des cas.

VI. Etiologies et ou facteurs de risque liés à l'accouchement prématuré

Tableau XXIX : répartition des parturientes en fonction de la cause de l'AP

Etiologie/ facteur de risque	Effectif	Pourcentage
Aucune	24	14,3
Infection urinaire	27	16,0
Paludisme	22	13,1
Immunopathie anti D	4	2,4
HTA et toxémie	7	4,2
Traumatisme direct	2	1,2
Grossesse multiple	33	19,6
Anomalie/malformation fœtale	5	3,0
Hydramnios	9	5,3
RPM	15	8,9
PP	5	3,0
HRP	3	1,8
Mort fœtale in utéro au préalable	7	4,2
Béance cervico-isthmique	5	3,0
Total	168	100,0

La grossesse multiple était le facteur de risque le plus représenté, soit **19,6%** des cas.

Tableau XXX: répartition des parturientes en fonction du traitement étiologique reçu

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
Antibiotiques	63	37,5
Antipaludiques	44	26,2
Antihypertenseurs	5	2,9
Autres*	7	4,2
Aucun	49	29,2
Total	168	100,0

* : transfusion sanguine(3), antifongiques(4)

Les parturientes n'avaient reçu aucun traitement dans 29,2% des cas.

VII. Pronostic du nouveau-né

Tableau XXXI : Répartition en fonction du score d'APGAR à la 5^{ème} minute

Apgar à la 5^{ème} min	Effectif	Pourcentage
0	17	8,2
7	26	12,6
> 7	164	79,2
Total	207	100,0

L'Apgar était morbide dans **20,8%** des cas.

Tableau XXXII: répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	112	54,1
Féminin	95	45,9
Total	207	100,0

Les nouveau-nés étaient majoritairement de sexe masculin, soit **54,1%** des cas.

Tableau XXXIII: répartition des nouveau-nés en fonction poids

Poids	Effectif	Pourcentage
□1000g	18	8,7
1000-2000g	137	66,2
>2000g	52	25,1
Total	207	100,0

Les nouveau- nés pesant 1000-2000g étaient les plus représentés, soit **66,2%** des cas.

Tableau XXXIV: répartition des nouveau-nés en fonction de l'état à la sortie de la maternité

Etat à la sortie	Effectif	Pourcentage
Bon	14	6,8
Référé en pédiatrie	174	84,0
Décédé	19	9,2
Total	207	100,0

Les nouveau-nés décédés à la naissance représentaient **9,2%** et **84%** ont été évacués en néonatalogie.

Tableau XXXV: Répartition des nouveau-nés référés en fonction de l'issue en néonatalogie

Issue en néonatalogie	Effectif	Pourcentage
Vivant	148	85,1
Décédé	19	10,9
Sorti contre avis médical/perdu de vue	7	4,0
Total	174	100,0

Le taux de décès était de **18,4%** des nouveau-nés après la naissance.

Tableau XXXVI : répartition selon le poids de naissance et l'âge gestationnel

AG	1000g	1000-2000g	>2000g	Total
≤ 32SA	10 (6)	34 (20,2)	3 (1,8)	46 (28)
33-34 SA	1 (0,5)	38 (22,6)	12 (7,1)	51 (30,2)
>34et≤37SA	3 (1,8)	37 (22,1)	30 (17,9)	70 (41,8)
Total	14 (8,3)	109 (64,9)	45 (26,8)	168 (100)

P=0,000

Les nouveau-nés issus d'une grossesse d'âge gestationnel compris entre 33 et 34SA et ayant un poids entre 1000 et 2000g étaient majoritaires avec **22,6%** des cas.

Tableau XXXVII : répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine et de l'âge gestationnel

AG	32cm	>32 cm	Total
≤32SA	42 (25,0)	4 (2,4)	46 (27,4)
33-34 SA	39 (23,2)	12 (7,1)	51 (30,4)
>34 et 37SA	52 (31,0)	19 (11,3)	71 (42,3)
Total	133 (79,2)	35 (20,8)	168 (100,0)

 $\chi^2=5,846$ **P=0,054**

Les patientes ayant un AG supérieur à 34SA et inférieur à 37SA avec une HU inférieure à 32cm représentaient **31%** des cas.

Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes en fonction de l'Agar à la 5^{ème} minute et l'âge gestationnel

AG	0	7	> 7	Total
≤32SA	9 (5,3)	10 (6,0)	27 (16,1)	46 (27,4)
33-34 SA	2 (1,2)	6 (3,5)	43 (25,6)	51 (30,4)
>34et 37SA	2 (1,2)	4 (2,4)	65 (38,7)	71 (42,3)
Total	13 (7,8)	20 (11,9)	135 (80,4)	168 (100)
$\chi^2=21,473$			P=0,000	

Nous avons trouvé 65 nouveau-nés, soit **38,7%** des cas ayant un Apgar >7 à la 5^{ème} minute et issus d'une grossesse supérieure 34SA et inférieure à 37SA.

Tableau XXXIX : Répartition en fonction des BCF et du facteur de risque

	Absent	120	120-160	Total
Aucune	1 (0,5)	0(0,0)	23(13,7)	24(14,3)
Infection urinaire	2(1,2)	2(1,2)	23(13,7)	27(16,0)
Paludisme	2 (1,2)	0(0,0)	20(12,0)	22(13,0)
Immunopathie anti D	0(0,0)	0(0,0)	4(2,4)	4(2,4)
HTA/toxémie	3(1,8)	0(0,0)	4(2,4)	7(4,2)
Traumatisme direct	1(0,5)	0(0,0)	1(0,5)	2(1,2)
Grossesse multiple	1(0,5)	1(0,5)	31(18,4)	33(19,6)
Malformation fœtale	2(1,2)	1(0,5)	2(1,2)	5(3,0)
Hydramnios	0(0,0)	0(0,0)	9(5,3)	9(5,3)
RPM	1(0,5)	0(0,0)	14(8,3)	15(9,0)
PP	2(1,2)	0(0,0)	3(1,8)	5(3,0)
HRP	0(0,0)	1(0,5)	2(1,2)	3(1,8)
Mort fœtale in utéro au préalable	7(4,2%)	0(0,0)	0(0,0)	7(4,2)
Béance cervico-isthmique	0(0,0)	0(0,0)	5(3,0)	5(3,0)
Total	22(13,0)	5(3,0)	141(84,0)	168(100)

P=0,0000

NB : pas de BCF supérieurs à 160 enregistrés au cours de notre étude.

La mort fœtale in utéro au préalable était l'étiologie la plus représentée avec les BCF inférieurs à 120 battements/minute (absents) avec 7 cas, soit 4,2%.

Tableau XXXX: Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance et du devenir des nouveau-nés

Devenir des nouveau-nés	1000g	1000-2000g	2000g	Total
Référés				
Vivants	3 (1,7)	105 (60,3)	38 (23,1)	148 (85,1)
Décédés	3 (1,7)	15 (8,6)	1 (0,6)	19 (10,9)
Perdus de vue	4 (2,4)	1 (0,6)	2 (1,1)	7 (4,0)
Total	10 (5,7)	121 (69,5)	41 (24,8)	174 (100)

P=0,0000

Parmi les 174 nouveau-nés évacués en néonatalogie, 15 pesant entre 1000 et 2000g sont décédés, soit **8,6%** des cas.

VI.

COMMENTAIRES

ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude prospective descriptive et transversale nous a permis de recenser 168 parturientes ayant accouché prématurément sur une période de 12 mois (du 10 janvier au 20 décembre 2014) au CSRéf CIV.

1. La fréquence :

Au terme de notre étude, la fréquence de l'AP au CSRéf CIV était de 2,11%. NDE [6] au CHU du Point G et KONATE [8] en commune II ont trouvé respectivement 9,5% et 3,5%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les CSRéf évacuent vers les CHU les cas les plus compliqués que d'accouchements normaux.

2. L'analyse des paramètres sociodémographiques :

2.1 L'âge:

La majeure partie des patientes avaient un âge compris entre 20 et 34 ans avec 58,7% des cas. Cette tranche d'âge correspond à celle de la femme en pleine activité génitale. SANOGO [49] et KONATE [8] ont rapporté une prédominance de cette tranche d'âge. La différence n'est pas statistiquement significative. Les âges extrêmes sont compris entre 14 à 45 ans. Les adolescentes représentaient 34,5% des cas. Il y aurait donc une relation statistiquement significative entre l'adolescence et l'accouchement prématuré.

2.2-Profession:

Dans notre population d'étude les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 94 cas, soit 56%. Le reste de la population

était composé d'aides ménagères (13,7%), d'élèves et étudiantes (16,7%), de fonctionnaires (4,2%) ; ensemble, les commerçantes, les teinturières, les couturières et les coiffeuses représentaient 9,5%. KONATE [8] et SANOGO [49] ont rapporté respectivement 58,2% et 77,3%. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des femmes au foyer dans la population générale.

2.3- Statut matrimonial :

Les parturientes étaient des célibataires dans 13,1% des cas. Ce taux est inférieur à celui de KONATE [8] avec 20%, qui avait identifié le célibat comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

2.4- Niveau d'instruction :

Les patientes non scolarisées représentaient 50% de notre effectif. Ce résultat est inférieur à celui de DOUMBIA [27] avec 82,78%. L'insuffisance ou l'absence de scolarisation constitue un problème majeur, car elle influence la compréhension et une bonne surveillance de la grossesse.

2.5- Gestité et Parité:

Les primigestes avec 44,1% des cas ont constitué la population la plus forte dans notre série ; tandis que NDE [6] et DIALLO [47] ont trouvé respectivement 36,3% et 23,8% des cas. Cela pourrait être en rapport avec le fait que c'est dans ce groupe cible que la plupart des accouchements étaient à risque.

3. Les Antécédents personnels de la gestante :

Les Antécédents d'avortement ont représenté 12%. DOUMBIA [27] a obtenu 30,2%.

Les ATCD chirurgicaux ont été dominés par la césarienne avec 7,1%.

L'infection urinaire et l'HTA ont dominé les ATCD médicaux avec 8,3% et 3,6% respectivement.

4. Histoire de la grossesse :

Selon l'OMS, les consultations prénatales effectuées sont normales en nombre si elles sont supérieures ou égales à 4 [8].

Parmi les 168 parturientes enregistrées, seulement 38 ont effectué quatre (4) consultations prénatales ou plus, soit 22,6%. SANOGO [49] a obtenu 25,4%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que l'AP peut même survenir en cas de surveillance prénatale bien effectuée en nombre. Mais les consultations prénatales de bonne qualité permettent d'identifier certains facteurs de risque que l'on pourrait éviter.

5. Motif d'admission :

Les contractions utérines douloureuses sur grossesse non à terme ont été les principaux motifs de consultation avec 72,6% des cas ; tandis que DOUMBIA [27] a trouvé 74,2%, ensuite viennent les écoulements liquidiens et les métrorragies avec 7,1% et 6%.

Dans notre étude, 6 patientes, soit 3,6% ont été adressées par leurs médecins traitant pour déclenchement artificiel du travail

d'accouchement devant une grossesse arrêtée ou une malformation fœtale grève.

Une de nos parturientes de rhésus négatif et VIH positif sous traitement, a bénéficié d'une laparotomie pour grossesse abdominale de 34SA avec fœtus vivant.

6. Etiologies des accouchements prématurés :

• Causes générales:

Les infections urinaires à la bandelette urinaire ou à l'ECBU avec 16% et le paludisme au TDR et à la goutte épaisse avec 13,1% étaient au premier rang. Ces taux pourraient s'expliquer par le non suivi ou le suivi incorrect des CPN. DOUMBIA [27] et KONATE [8] ont trouvé respectivement 21,2 et 46,2% de cas d'infection urinaire.

NDE [6] au CHU du Point G a trouvé l'éclampsie comme la cause la plus fréquente avec 29,3% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les CSRéf évacuent systématiquement vers les CHU tous les cas graves comme la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie qui nécessitent une surveillance en réanimation.

• Causes utérines :

La béance cervico-isthmique a été la seule cause utérine trouvée avec 5 cas, soit 3%. DOUMBIA [27] et SANOGO [49] ont trouvé respectivement 2,64% et 11,3%. Ces patientes ont été admises pour CUD en salle d'accouchement où on procéda à un décerclage sur un col utérin déjà cerclé.

- **Causes ovulaires:**

La grossesse multiple a été la cause ovulaire la plus observée avec 33 cas, soit 19,6%; DOUMBIA [27] et SANOGO [49] ont trouvé 7,94% et 15,9%. Au cours de notre étude, nous avons enregistré deux cas d'accouchement trimellaire.

La RPM est la deuxième cause ovulaire observée avec 8,9% des cas. DOUMBIA [27], SANOGO [49] et NDE [6] ont trouvé respectivement 4%, 2,9% et 17,9% des cas.

- **Causes idiopathiques :**

La proportion des AP d'étiologie inconnue était de 14,3% de cas. Presque toutes nos patientes (158 au total, soit 94%) étaient en travail à l'admission. Sur les 158 cas, seules 30 patientes étaient entrées spontanément en travail après une hospitalisation pour MAP.

Les 10 autres patientes, soit 5,95%, étaient des cas de déclenchement pour grossesse arrêtée ou pour malformation fœtale grave.

8. Le pronostic

- **Maternel:**

A l'opposé du pronostic fœtal, le pronostic maternel est en général bon. Cependant nous avons eu 1 cas de décès maternel suite à une hémorragie du post-partum sur un terrain d'anémie, soit une fréquence de 0,6%.

Les décès périnataux, néonataux ou les mort-nés entraînent souvent un syndrome dépressif accentué chez des femmes ayant déjà un antécédent d'avortement ou d'accouchement prématuré.

• **néonatal:**

Les 168 accouchements prématurés avaient donné naissance à 207 prématurés parmi lesquels 112 garçons (sexe dominant en nombre) et 95 filles.

A la 5^{ème} minute, 65 de nos prématurés soit 38,7% avaient un score d'Apgar supérieur à 7 avec un âge gestationnel > 34SA et □ 37SA. Ce taux est supérieur à celui de NDE [6] qui a trouvé 34,8%. Nous pouvons conclure que plus l'âge gestationnel est élevé plus nous avons un bon score d'Apgar (≥ 7).

Sur les 207 prématurés, 19 étaient décédés dans les premières minutes suivant la naissance, soit 9,2% ; 174 ont été évacués en néonatalogie, soit 84%.

Parmi les 174 nouveau-nés évacués, 19 autres étaient décédés, soit 10,9% et la majorité dans un contexte d'infection néonatale ; 7 ont été perdus de vue ou sont sortis contre avis médical, soit 4%.

Nous avons trouvé que 15 (8,5%) de nos nouveau-nés pesant entre 1000 et 2000g étaient décédés en néonatalogie. Seulement 3 nouveau-nés pesant moins de 1000g étaient sortis vivants.

Au terme de notre étude, nous avons perdu 38 nouveau-nés, soit **18,35%**. Ce résultat est inférieur à celui de NDE [6] qui a trouvé **29,9%**.

Le taux de mortalité néonatale reste élevé. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que :

- les conditions de transfert n'étaient pas adéquates (perte de temps, prise en charge déficiente dans les minutes qui suivent la naissance, ambulance non équipée et rarement accompagnée par un agent de santé) ;
- le plateau technique et le personnel de réanimation néonatal étaient insuffisants en néonatalogie ;
- l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel Touré était saturée, car c'est la principale structure sanitaire qui reçoit la majorité des évacuations néonatales venant des différentes structures sanitaires de la ville de Bamako et même des environs.

VII. CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Notre étude a porté sur 168 parturientes. Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique avec collecte prospective des données qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014. Nous retenons que l'AP est une urgence obstétricale et un problème de santé publique avec une fréquence de 2,11% et un taux de mortalité néonatal élevé, soit 18,35%. Ce travail nous a permis de faire ressortir l'infection urinaire, le paludisme et les grossesses multiples comme les principaux facteurs étiologiques. L'amélioration du pronostic néonatal repose sur la prévention avec des consultations prénatales recentrées (de bonne qualité) et la communication pour le changement de comportement (CCC).

VIII.

RECOMMANDATIONS

VIII.RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les médias, les élites locales pour une meilleure adhésion aux consultations prénatales.

Introduire le système de transport médicalisé vers les structures spécialisées.

Au ministère de l'éducation

Intensifier la scolarisation des filles.

Aux prestataires

Dépister dès la 1 ère consultation les facteurs de risque d'accouchement prématuré et introduire le coefficient de risque d'accouchement prématuré et son application systématique en salle de CPN.

Multiplier les séances de CCC pendant les CPN et faire participer activement les conjoints.

Recyclages et formations continues du personnel.

Au médecin chef du CSRéf commune IV

Doter le service de néonatalogie du CSRéf Commune IV d'un personnel qualifié et permanent pour une prise en charge adéquate des prématurés.

Aux populations

Prendre conscience de l'importance des consultations prénatales qui permettent de détecter les grossesses à risque.

IX.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

IX.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- - Rozenberg A. La tocolyse : utilisation des bêta-mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. Département d'obstétrique et gynécologique, CHU Poissy-Saint-Germain. J Gynécol Obstét Biol Réprod 2001 ; 30 : 221-230.

2- Sanogo S.

Pronostic materno- foetal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako de juin 2007 à mai 2008.

Thèse de Méd, Bamako, 2009

3-Diarra A.

Nouveaux nés vivants de petits poids de naissance. Facteurs étiologiques et pronostic foetal immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Thèse de Méd, Bamako, 2011 ; 11M209

4- Jacky Nizard, Teddy Linet.

Prématurité et retard de croissance intra-utérin, facteurs de risque et prévention .Le concours médical, gynécologie obstétrique, institut la conférence Hippocrate. Editions du concours médical 2, cité Paradis, 75010 Paris, 2003 : P75-76

5- Kane J.

Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de Kadiolo.

Thèse de Méd, Bamako, 2011 ; 11M178

6- Nde Magassa B.

Aspect épidémio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G.

Thèse de Méd, Bamako, 2010 ; 10M213

7- OMS/ Les naissances prématurés

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/. Aide mémoire N°363. Novembre 2013

8- Konate M.

Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Etude cas/témoin.

Thèse de Méd, Bamako, 2009 ; 09M370

9- Coulibaly D.

Infection urinaire et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Thèse de Méd, Bamako, 2007 ; 07M81

10- Aspect épidémio-clinique des urgences médicales en néonatalogie à Mahajanga Madagascar.

Revue d'anesthésie-Réanimation et de la médecine d'urgence. 2011 ; 3(1) :27-31. <http://www.rarmu.com/>

11- Mohamed Mahmoud Ol Abou.

Mortalité maternelle et fœtale par éclampsie à la maternité du centre hospitalier de Rosso du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011. Université de Nouakchott.

12- Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. Pediatrics. 2007 Jul;120(1):70-7.

13-Accouchement prématuré

www.em-consulte.com/article/113642

14- A-Barkat, A- Mdaghri Alaoui, S- Hamdani Naima LAmadouar Bouazzaoui.

Problématique de la prise en charge de la prématurité au Maroc.

[http : www.santemaghreb.com/maroc/aboussad 0404.htm](http://www.santemaghreb.com/maroc/aboussad0404.htm).

15- F.Gold.

Fœtus et nouveau né de petits poids de naissance Paris, Masson, 1993, -227 p

16-P. Sagot.

Cause et prévention de la prématurité

17-A-Bourrillon ; A. Casasoprana ; JP Houragui ; C. Job. Deslandre ; C. Loirat ; PH. Narcy ; M. Rybojad ; P. Czernichow ; M. Hassan ; M.F. Le Heuzey ; M. Odievre ; G.F.Pennecot ; E. Vilmer.

PEDIATRIE Pour le praticien. Masson, 4ème édition : 1999

18- B. Balaka, S. Baeta, A. D. Agbere, K. Boko, K. Kessie, K. Assimadi

Facteurs de risques associés à la prématurité au CHU de Lomé, Togo. Manuscrit numéro 2388. « Santé publique ».Revu le 31 décembre 2001. Accepté le 19 juin 2002.

19- Goldenberg RL, Hauth JC, Andrwes WW, Intrauterine infections and preterm delivery. N Engl J Med 2000;342:1500-7.

20- Bekkari Y., Lucas J., Beillat T., Chéret A., Dreyfus M.

Tocolyse par la Nifédipine. Utilisation en pratique courante Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2005 ; 33, 483 – 487. Elsevier

21- Bruno C.

Menace d'accouchement prématuré : Etiologie, diagnostic, principes du traitement.

La revue du praticien. Gynécologie – obstétrique 2000, 50

22- Cabrol D.

Classification des menaces d'accouchement prématuré : implication pour le traitement.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26 (suppl. n°2) : 69. Masson, Paris 1997.

23- Carbonne B., Tsatsaris V.

Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ?

J Gynécol Obstet reprod 2002 ; 31. Suppl au N°7 5S96 – 5S104. Masson, Paris 2002.

24- Castaigne V., Picone O., Frydman R.

Accouchement du prématuré.

EMC- Gynécologie Obstétrique 2005. 354 -363. Elsevier SAS

25- CNGOF.

Recommandation pour la pratique clinique. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes (2002) ;

Infections génitales hautes (2012)

26- D'Ercole C., Bretelle F., Shojai R., Desbriere R., Boubli L.

Tocolyse : indications et contre-indications. Quand commencer ? Comment arrêter ?

J Gynecol Obstet Reprod 2002 ; 31 (suppl. au n° 7) : 5S84 – 5S95. Masson, Paris 2002.

27- Doumbia A.K.

Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.
Thèse de Médecine Bamako 2006 ; N°358.

28- Haas DM. Preterm birth Clin Evid. 2006 Jun;(15):1966-85

29- Lontsi Ngoulla G.R.

Utilisation de la Nifédipine dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré : essai clinique au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry .Thèse de Médecine Conakry 2007.

30- Merger R., Levy J., Melchior J.

Précis d'obstétrique, 6^e édition Masson Paris 1995
Accouchement prématuré et MAP : 228p

31- Nandita M., Christian V., Verma R.N., Desai V.

Maternal and fetal cardiovascular side effects of nifedipine and ritodrine used as tocolytics.
J Obstet Gynecol India 2007 ; Vol 57, N°2.

32- Thoulon J.M.

Menace d'accouchement prématuré : Etiologie, diagnostic, traitement.
La revue du praticien (Paris). Gynécologie - obstétrique 1995. 45.

33- Tsatsaris V., Goffinet F., Carbonne B., Abitayeh G., Cabrol D.

Tocolyse de première intention par la nifédipine.

Gynécologie obstétrique & fertilité 33 (2005) 263 – 265. Elsevier SAS.

34- Van De Water M., Timmerman – Van Kessel E., De Kleine M.J.

Acta Obstetricia et gynecologica. 2008 ; 87 : 340 – 345.

35- Wallrich M., Bonneaux F., Delaporte M.O., Labrude P.

La menace d'accouchement prématuré et son traitement.

Lyon pharmaceutique 1996 ; 47 : 338 – 343. Elsevier, Paris.

36- Assouline C, Rolland M, Fournie A, Bererebi A, Regnier C.

Prématurité provoquée : décision et conséquences : néonatalogie et réanimation. Med Infantile 1993; 100(1) : 13-19.

37- Bobosi Sere, gbe G, Mbongo Zindamoyen AN, Diemer H, Nadjji Adim F, Siopathis RMS.

Les nouveau-nés de faibles poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : devenir immédiat et pronostic. Med Afr Noire 2000 ; 47 : 191-195.

38- D. David S.

Place des marqueurs infectieux dans le pronostic et la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'amniocentèse). Clinique de Gynécologie, Obstétrique et néonatalogie Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille. Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl 7) : 5S43-5S51.

39- Gabrol D, Amiel Tison C.

L'extraction prématurée du fœtus de moins de 1500 g. Rev Prat 1984 ; 34 : 3337-44.

40- Macquart Moulin G, Baret C, Julian C et al.

Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie fœtale. Jr Gynéco Obstét Biol Reprod 1992 ; 21, 1 : 9-18.

41- Merger R, Levy J, Melchior J.

Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. Précis Obstétrique, 6 ème Edition, revue et augmentée. 1993 ; 225- 230.

42- Papiernik E.

Prévention de la prématurité obstétrique. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1995.

43 SAMAKE M.

Caractéristiques des prématurés décédés au niveau du service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE à propos de 109 cas.

Thèse de Méd, Bamako, 2009 ; 09M299

44- Rachid R, Fekih MA, Movelhic C, Brahim H.

Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire. Rev Fr Gynécol Obstét 1992; 87, 5: 2995-98.

45- Lansac, Berger, Magnin.

Obstétrique pour le praticien. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 1998 : p 297-303.

46-:B.Hedon, P.Madelémat,D.Dargent,S.Frudman.

Gynécologie. 32 Rue Barque 75015 Paris : Ellipses, 1998 : P210-226.

47- Diallo S.

Menace d'accouchement prématuré : prise en charge par l'utilisation de la nifédipine au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de Méd, Bamako , 2011 ; 11M266

48- Martin JA.

United States vital statistics and the measurement of gestational age. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Sep;21 Suppl 2:13-21.

49- Sanogo T.

Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse de Méd, Bamako, 2005; 05M112

50- Joseph K. S., MD, PhD, Ling Huang, MD, MSc, Shiliang Liu, MB, PhD, Cande V. Ananth, PhD, MPH, Alexander C. Allen, MD, Reg Sauve, MD, MPH, Michael S. Kramer:

Reconciling the High Rates of Preterm and Postterm Birth in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 109:813-822.

51- The Information Centre. NHS Maternity Statistics, 2005-06.

52- Osman Nafissa Bique, Kenneth Challis,

Manuel Cotiro, Gunnar Nordahl, Staffan Bergstrom: Maternal and Fetal Characteristics in an Obstetric Cohort in Mozambique. *African Journal of Reproductive Health/ La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, Vol. 4, No. 1 (Apr., 2000), pp. 110-119.

X. FICHE D'ENQUETE

X.FICHE D'ENQUETE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES ACCOUCHEMENTS PREMATURES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

I-IDENTITE

•**Q1**=Nom et prénom.....

•**Q2**=Age /-----/ 1=14-19 ans, 2=20-24 ans, 3=25-29 ans, 4=30-35 ans, 5=35-39 ans, 6=40- 45 ans, 7=>45 ans

•**Q3**=Ethnie= /...../ 1=Bambara, 2=Peulh, 3=Bobo, 4=Sarakolé, 5=Dogon, 6=Minianka, 7= Malinkés, 8= sénoufo ,9= sonrhaï, 10= autres

•**Q4**=Résidence= /...../ 1=Commune IV, 2=hors de la commune IV, 3=hors de Bamako

•**Q5**=Situation matrimoniale : /-----/ 1=Célibataire, 2=Mariée, 3=Divorcée, 4=Veuve

•**Q6**=Profession de la femme /-----/ 1=Aucune, 2= Ménagère, 3=Aide-ménagère, 3=Commerçante, 5=Elève, 6=étudiante, 7=fonctionnaire, 8= autre

•**Q7**=Niveau d'instruction : /-----/ 1=non scolarisée, 2=Primaire, 3=Secondaire, 4=Supérieur

II-STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

- Q8**=Vivez-vous avec vos parents ? /...../ 1= oui, 2= non
- Q9**=Source de revenu/...../ 1=parents, 2=mari/Coprocréateur, 3=moi-même, 4 =autres
- Q10**=Profession du mari /Coprocréateur/...../ 1=Aucune, 2=Elève, 3=étudiant, 4=Ouvrier 5=Commerçant, 6=fonctionnaire, 7=cultivateur, 9=autre
- Q11**=Niveau d'instructions du Coprocréateur ou Mari /...../ 1=non scolarisé, 2=Primaire ,3= secondaire, 4=Supérieur

III-ANTECEDANTS PERSONNELS

A-Gynéco-obstétricaux :

- Q12**=Ménarche/...../ 1=méconnue, 2= <12ans, 3=12-14ans, 4=14-16ans, 5=>16ans
- Q13**= Gestité /...../ 1=1-3, 2=4-6, 3=>6
- Q14**=Parité // 1=0, 2=1-3, 3=4-6, 4=>6
- Q15**= Nombre d'avortement/..... / 1=0, 2=1, 3=2, 4= >3
- Q16**=Type d'avortement /...../ 1=spontané, 2=provoqué
- Q17**=Si provoqué préciser le motif /..... /

•**Q18**=Nombre d'enfants vivants /...../ 1=0,2=1,3=2, 4=3, 5= >3

•**Q19**=Nombre d'enfants décédés/...../ 1=0, 2=1, 3= >1

•**Q20**=Grossesse pathologique /...../ 1=oui, 2=non

•**Q21**=Si oui préciser/...../

•**Q22**=Grossesse induite /..... / 1=oui, 2= non

B-Antécédents chirurgicaux :

•**Q23**= Césarienne // 1=oui, 2=non

• **Q25**=Cure de GEU/...../ 1=oui, 2=non

•**Q26**=Appendicectomie/...../ 1=oui, 2=non

•**Q27**=Kystectomie /...../ 1=oui, 2=non

•**Q28**=Myomectomie/...../ 1=oui, 2=non

•**Q29**=Autre /..... /

C-Antécédents médicaux :

•**Q30**=HTA /...../ 1=oui, 2= non

•**Q31**=Diabète /...../ 1=oui, 2=non

•**Q32**=Drépanocytose/...../ 1=oui, 2=non

•**Q33**=Asthme/..... / 1=oui, 2=non

•**Q34**= Infection urinaire/...../ 1=oui, 2= non

•**Q35**=Autre/..... /

IV-HISTOIRE DE LA GROSSESSE

•**Q36**=Date des dernières règles /...../ 1=connue, 2=inconnue

•**Q37**=Age de la grossesse /...../ 1= ≤32SA, 2=32-34SA, 3=34-36SA

•**Q38**= Intervalle inter génésique /...../ 1= □ 1an, 2= 1an, 3= 2ans ou plus

•**Q39**=Nombre de CPN réalisé /...../ 1=aucune, 2=1, 3= 2, 4=3, 5= sup à 3

•**Q40**= Vaccination antitétanique/...../ 1=oui, 2= non

•**Q41**= Prophylaxie antipaludique réalisée /...../ 1=oui, 2=non

•**Q42**=Prophylaxie antianémique réalisée/...../ 1=oui, 2=non

•**Q43**=Echographie réalisée /...../ 1=oui, 2=non

•**Q44**=Bilan biologique fait /...../ 1=oui, 2=non, 3= incomplet

V-EXAMEN CLINIQUE

A-interrogatoire :

•**Q45**=Mode d'admission/...../ 1=autoréférence, 2 =évacuée,
3=référée

•**Q46**=Motif d'admission /...../ 1=contraction utérine
douloureuse, 2=écoulement liquidien, 3=saignement, 4=refus de
pousser, 5=accouchement dystocique, 6=HTA/éclampsie, 7=autre

•**Q47**=Perception des mouvements actifs du fœtus /...../ 1=oui,
2=non

•**Q48**= Durée du travail d'accouchement/...../ 1=1-4h, 2=5-9h,
3=10-14h, 4=15h et plus

•**Q49**=Rupture prématurée des membranes/...../ 1=oui, 2=non

•**Q50**=Si oui, durée/...../ 1=1-24h, 2=25-48h, 3=49-72h, 4=
plus de 72h

B-examen général :

•**Q51**=État général/...../ 1=bon, 2=altéré, 3=coma

•**Q52**=Œdèmes des MI /....../ 1=non, 2=oui

- Q53**=Aspect des conjonctives/...../ 1=Pâles, 2=moyen, 3=colorées
- Q54**=Examen cardio- pulmonaire/...../ 1=normal, 2=anormal
- Q55**=Poids en kg /..... / 1= ≤50kg, 2=50-80 kg, 3= plus de 80kg
- Q56**= Taille en cm /..... / 1= ≤150cm, 2 = >150cm
- Q57**=Température/...../ 1=hypothermie, 2=normale,3=hyperthermie
- Q58**=Tension artérielle /...../ 1=basse, 2=normale,3=élevée

C-EXAMEN OBSTETRICAL

- Q59**=Hauteur utérine /..... / 1= ≤ 32cm, 2= >32cm
- Q60**=Bruits du cœur fœtal /..... / 1=absents,2=<120,3=120-160,4=plus de 160
- Q61**=Etape du travail d'accouchement/...../ 1=1e période, 2=2e période, 3=3e période
- Q62**=Poche des eaux /...../ 1=intacte, 2=rompue
- Q63**=Si rompue, couleur du liquide amniotique/..... / 1= LA clair, 2= LA teinté

•**Q64**=Bassin /...../ 1=normal, 2=limite, 3=rétréci,

4=asymétrique

•**Q65**=Présentation/...../ 1=céphalique, 2=siège, 3= épaule, 4=

transversale, 5=autre

•**Q66**= Engagement /...../ 1= engagé, 2= non engagé

•**Q67**= Voie d'accouchement/...../ 1=voie basse, 2=césarienne

•**Q68**=Si voie basse/...../ 1=normale, 2=extraction

instrumentale, 3=épisiotomie

•**Q69**=L'assistance à l'accouchement /...../ 1=médecin, 2=interne,

3=sage-femme, 4=infirmière, 5=aide soignante

•**Q70**=Si césarienne indication/...../ 1=dystocie dynamique sur

utérus cicatriciel, 2=SFA, 3=pré-éclampsie sévère, 4=HRP,

5=PP, 6=syndrome de pré rupture, 7= utérus cicatriciel sur

bassin limite, 8=utérus bicicatriciel, 9=utérus tri cicatriciel,

10=présentation transversale, 11=présentation du front,

12=présentation de la variété postérieure, 13=grossesse

gémellaire avec J1 en présentation de siège, 14=macrosomie

foetale, 15=échec de l'épreuve de travail, 16= autre à

préciser/...../

•**Q71**= Grossesse multiple/...../ 1= oui, 2=non

VI-PRONOSTIC MATERNEL

•**Q72**=Complication au cours de l'accouchement /...../ 1=oui, 2=non

•**Q73**=Si oui, précise/...../

•**Q74**=Complications au cours de la délivrance/...../ 1=oui, 2=non

•**Q75**=Si oui, préciser/...../

•**Q76**=Complications du post-partum immédiat/...../ 1=oui, 2=non

•**Q77**=Si oui, préciser/...../ 1=hémorragie, 2=éclampsie, 3=autre

•**Q78**=Décès maternel/...../ 1=oui, 2 =non

•**Q79**=Si oui, préciser le contexte/...../

VII-PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE

Nouveau-né 1 :

•**Q80a**= Score d'Apgar à la 1ère minute/...../ 1=0, 2= <7, 3= >7

•**Q81a**=Score d'Apgar à la 5ere minute /...../ 1=0,2=<7, 3= > 7

•**Q82a**=Taille du nouveau-né /..... / 1= <45cm, 2=45-47cm, 3=>47cm

•**Q83a**= Poids du nouveau-né/...../ 1= <1000g, 2=1000-2000g, 3=>2000g

•**Q84a**=Sexe du nouveau-né /...../ 1=masculin, 2=féminin

•**Q85a**=Etat du nouveau-né à la sortie de la maternit/.../ 1=bon, 2=référé, 3=décédé

•**Q86a**=Si référé, la cause /...../ 1= prématurité, détresse respiratoire, 2=hypothermie, 3= anémie, 4=choc, 5=convulsion, 6= autre(préciser)/...../

•**Q87a**=Si décédé, la cause /...../

Nouveau-né 2 :

•**Q80b**= Score d'Apgar à la 1ère minute /..... / 1=0, 2= <7,3= >7

•**Q81b**=Score d'Apgar à la 5ere minute /...../ 1=0,2=<7, 3= > 7

•**Q82b**=Taille du nouveau-né /..... / 1= <45cm, 2=45-47cm, 3=>47cm

•**Q83b**= Poids du nouveau-né /...../ 1= <1000g, 2=1000-2000g,
3=>2000g

•**Q84b**=Sexe du nouveau-né/...../ 1=masculin, 2=féminin

•**Q85b**=Etat du nouveau-né à la sortie de la maternité /...../
1=bon, 2=référé, 3=décédé

•**Q86b**=Si référé, la cause /...../ 1= prématurité, détresse
respiratoire, 2=hypothermie, 3=anémie,
4=choc,5=convulsion,6=autre(préciser)/...../

•**Q87b**=Si décédé, la cause /...../

VIII- DIAGNOSTIC

•**Q88**=Etiologie retenue de l'accouchement prématuré?/..... /
1=oui, 2= non

•**Q89**=Si oui laquelle ? /...../ 1= infection uro-génitale, 2=
paludisme, 3= immunopathieanti-D, 4= HTA et toxémie, 5=
diabète, 6= malformation utérine, 7= béance cervico-isthmique,
8=traumatisme direct, 9=grossesses multiples, 10= anomalie
foetale, 11= RPM, 12= Placenta prævia, 13= HRP, 14=
hydramnios, 15= mort foetal in utero préalable, 16= autre (à
préciser :.....)

IX- CONDUITE A TENIR

•**Q90**=Traitement reçu par la mère/...../ 1= antibiotiques, 2= antipaludiques, 3= antifongiques, 4= antispasmodiques, 5= antalgiques, 6= autres, 7= aucun.

X- DEVENIR DU NOUVEAU-NE

•**Q91**=Issu du nouveau-né1 en néonatalogie, si référé /...../ 1= vivant, 2= décédé, 3=sorti contre avis médical ou perdu de vue.

•**Q92**=Issu du nouveau-né2 en néonatalogie, si référé /...../ 1= vivant, 2= décédé, 3=sorti contre avis médical ou perdu de vue.

XII- FICHE SIGNALITIQUE

Nom : AVODO AVODO

Adresse électronique : mauriceavodo@yahoo.fr

Prénom : Maurice

Titre de la thèse : étude épidémiologique et clinique des accouchements prématurés au centre de santé de référence de la commune IV.

Année : 2013- 2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Secteur d'intérêt : Chirurgie- gynécologie/obstétrique-pédiatrie

Lieu de dépôt : bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

RESUME

Cent soixante huit accouchements prématurés recensés au service de gynécologie- obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 ont fait l'objet d'une étude prospective, descriptive, transversale et analytique. La fréquence de l'accouchement prématuré était de 2,11% sur 7958 accouchements pendant la même période.

L'accouchement par les voies naturelles prédominait avec 92,3%. Les facteurs de risque suivants étaient identifiés : la faible couverture prénatale (absence de CPN dans 20,2% des cas) ; les grossesses multiples, soit 19,6% des cas ; l'infection urinaire avec 16% des cas ; le paludisme avec 13,1% des cas. Aucun facteur de risque n'avait été identifié dans 14,3% des cas.

La mortalité néonatale était de 18,35%. Il existait un lien entre le facteur de risque et le pronostic néonatal. Les mesures préventives devraient l'emporter sur les traitements curatifs, tels que l'amélioration de la qualité de vie, le renforcement du planning familial et de la surveillance stricte de la grossesse dès la conception.

Nous avons enregistré un cas de décès maternel sur les 168 femmes ayant fait l'objet de notre étude.

Mots-clés : Accouchement prématuré, facteurs de risques,

Pronostic materno-foetal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE