

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO
STOMATOLOGIE**

Thèse de Médecine N°

**MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE :
PRISE EN CHARGE PAR L'UTILISATION DE LA
NIFEDIPINE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT**

DE BAMAKO

Présentée et Soutenue le

25/ 7 /2011

Par

Monsieur DIALLO Soumaïla

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Pr TRAORE Mamadou

Membre : Dr THERA Augustin Tioukani

Co Directeur : Dr TRAORE Soumana Oumar

Directeur de thèse : Pr DIARRA Issa

DÉDICACE

De tout cœur je dédie ce travail :

A ma mère SANGARE Djénèba

Voici aujourd'hui le fruit du travail que tu as fait, Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut.

Te dédié ce travail n'est que le minimum que je puisse faire à ton endroit tout en te témoignant ma profonde gratitude.

Je remercie

Allah le tout puissant

Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux
Louange et gloire à toi, Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à
bien ce travail et de voir ce jour important dans ma vie.
Que ta volonté soit faite,
Amen

Son prophète Mohamed

Salut et paix sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent
jusqu'au jour du jugement dernier

Mon père DIALLO Daouda

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils et ta rigueur du travail
bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien
spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié.
Ba, par ce travail qui est aussi le tien, je tiens à te témoigner ma
gratitude et mon amour

Chers parents, puisse Dieu nous accorde d'être ensemble longtemps
afin que vous profitiez des fruits de votre labeur

Mon Tonton DIALLO Mary

En ce jour spécial, j'aurai tellement voulu que tu sois présent pour voir le
fruit du travail que tu as toujours encouragé même étant loin de moi.

Je ne pourrai te remercier assez, que ce modeste travail soit source de
fierté et de réconfort pour toi

Mon Tonton DIALLO Seydou

Sans toi j'allais sûrement être autre chose que médecin

Mon défunt frère DIALLO Karamoko

Tu as très tôt été arraché de notre affection.

Nous aurions vraiment voulu te voir parmi nous ce jour-ci mais Dieu en a décidé autrement, dors en paix KÔRÔ

Mes frères et sœurs : Fatoumata, Issiaka, Arouna, Ousmane, Bakary, Korotoumou et Daba

La vie est un combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour, la rigueur et le bon caractère dans laquelle nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible car le dit un dicton "***C'est son caractère qui fait à chacun sa destinée***". Restons unis et faisons la fierté de nos parents

Ma fiancée DIARRA Bintou

Que Dieu nous donne longue vie dans un heureux foyer

Mes compagnons de galère : Youssouf B. TRAORE, Ousmane COULIBALY, Sékou A. KANE, Abdrahamane M. KANE et Mahamoudou Amir MAIGA,

Et tous mes amis et amies, Ce travail vous appartient. Vous m'avez ouvert vos cœurs sans réserve et accepté comme un frère. Ce soutien moral dont nous avons tous besoin dans les moments difficiles, vous me l'avez toujours accordé. Je ne remercierai jamais assez le destin d'avoir permis que nos chemins un jour se soient croisés

Puisses le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront sur nos bonheurs

Mes tontons et tantes, cousins et cousines pour les moments de complicité de soutien et de partage passés ensemble. Merci du fond du cœur "***ALLAH KA NA N'KE AW MA FITIRIMAWALEN YE'***"

Dr MACALOU Ballan

Mes Aînés Docteurs: SAMAKE Moctar, DIAKITE Nouhoum, TRAORE Békaye, CAMARA Karounga, BELEK Didier R. etc.

Qui nous ont précédé et dirigé nos premiers pas dans le service

Tous les DES de gynécologie-obstétrique

Qui sont passés par le C.S.Réf.CV

Tout le personnel du C.S.Réf. CV du district de Bamako et plus particulièrement aux docteurs (TRAORE Soumana O., TRAORE Oumar M., ALBACHAR Hamidou), aux internes (DIANE Harouna, DOUMBIA Mahamadou, SIDIBE Drissa, KAMISSOKO Makandian, COULIBALY Salif et KEITA Abdoulaye), aux externes et élèves sages-femmes du groupe de garde N°1

Tous ceux qui m'ont enseigné depuis l'école de base *BIRGO* jusqu'à la *FMPOS* en passant par la *SAINT PIERRE A2* et le *LYCEE MICHEL ALLAIRE de DAOUDABOUGOU*

Mes remerciements également

A Toutes les femmes

En témoignage de ma modeste contribution à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population

A mon pays natal le MALI

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir

A tous ceux qui, de loin ou de près, m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A notre maitre et président du jury :

Professeur TRAORE Mamadou

Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique

Secrétaire général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Coordinateur national du programme GESTA Internationale.

Directeur de l'URFOSAME au C S Réf CV

Coordinateur de la Jeune Equipe Associée à l'IRD

Médecin chef du Centre de santé de référence de la commune V du

District de Bamako.

Cher Maître,

Merci de nous avoir accueillis dans votre service.

Ce travail est une fois de plus la preuve de votre attachement à la formation des étudiants en médecine.

Tout au long de votre enseignement nous avons été fascinés par votre sens élevé de la pédagogie mêlé à l'humour pour rendre plus digeste ce que vous transmettez.

Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines font de vous un maître admiré.

Recevez ici cher maître notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge

Docteur THERA Augustin Tioukani

Maître Assistant à la FMPOS

**Praticien au service de gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier
Universitaire du Point G.**

**Ancien chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro
Fomba de Ségou**

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de
siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de
vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

A notre maître et co-directeur :

Docteur TRAORE Soumana Oumar

Praticien en gynécologie obstétrique au C S Réf CV

**Leader d'opinion Local du Programme GESTA international
au C S Réf CV**

Point Focal de la Césarienne au C S Réf CV.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier au nom de tous les étudiants en stage au centre de santé de référence de la commune V pour votre courtoisie.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse :

Professeur DIARRA Issa

Maitre de conférences à la FMPOS

Praticien en Gynécologie obstétrique de la maternité de la Garnison de Kati

Médecin colonel dans l'armée malienne

Ancien directeur central des services de santé de l'armée malienne.

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de Thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions cher maitre d'accepter nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

% : Pour cent

> : Supérieur

≥ : Supérieur ou égal

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égal

= : Egal

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

ADP : Adénosine Di Phosphate

AP : Accouchement Prématuro

ATP : Adénosine Tri Phosphatase

CHUGT : Centre Hospitalier Universitaire du Gabriel Touré

CHUPG: Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

Cp : Comprimé

CPN : Consultation Prénatale

CRH : Corticotropin-Releasing-Hormone

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CU : Contractions Utérines

DDR : Date des Dernières Règles

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DHEA-S: Sulfate de Dehydroepiandrosterone

E : Effectifs

FFI : Faisant Fonctions d'Interne

G : Gramme

LI : Libération Immédiate

LP : Libération Prolongée

MAP: Menace d'Accouchement Premature

Mg: Milligramme

MIU: Malformation Intra Uterine

Mm hg: Millimètre de Mercure

NO: Monoxyde d'Azote

PF: Planning Familial

RCF: Rythme Cardiaque Foetal

RCIU: Retard de Croissance Intra-utérine

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Après Avortement

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SFA : Souffrance Foetale Aigue

TA : Tension Artérielle

**URFOSAME : Unité de Recherche et de Formation en Santé de la
Mère et de l'Enfant**

SOMMAIRE

PAGES

I-	
INTRODUCTION.....
.....2	
II-	
OBJECTIFS.....
5	
III-	
GENERALITES.....6
IV-	
METHODOLOGIE.....19
V-	
RESULTATS.....29
VI-COMMENTAIRES ET	
DISCUSSION.....50

VII-
CONCLUSION.....
.....56

VIII-
RECOMMANDATIONS.....
...57

IX-
REFERENCES.....5
8

X-
ANNEXES.....6
4

1-INTRODUCTION :

La Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) est définie comme étant la survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées et persistantes, s'accompagnant d'une modification du col survenant entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et dont l'issue est un accouchement prématuré en l'absence ou après échec d'une intervention médicale [14].

L'accouchement prématuré (AP) est défini comme étant un accouchement survenant entre la 28^{ème} et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) [35,38].

En Europe, la MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse et se complique d'un accouchement prématuré dans près de la moitié des cas [2,34]. Le

risque réel d'AP est très variable selon les études, il est de **15 à 50%** [34].

La prématurité reste la 1^{ère} cause de mortalité et de morbidité néonatales [2, 10,36] malgré les progrès réalisés en matière de réanimation. La fréquence d'accouchement prématuré est variable et de l'ordre de **7,1%** en France [11] ; la Suisse avec **9%** est le taux le plus élevé d'Europe [13]. Des taux de **7,6%** et de **10%** sont rapportés respectivement au Canada [20] aux Etats-Unis [2].

En Afrique, cette fréquence varie assez, elle est de:

7,23% au Maroc, **9,10%** au Gabon [4], **18,1%** au CHU d'Antananarivo [4].

EN GUINEE, LONTSI NGOULLA Guy Roger a trouvé **3,3%** de menace d'accouchement prématuré au CHU de Ignace Deen à CONAKRY en 2007[27].

Au Mali A KEITA [24] dans son étude portant sur la menace d'accouchement prématuré a trouvé un taux de **29%** à la maternité RENE CISSE en 2003 et A K DOUMBIA [18] a trouvé **18,75%** de MAP au centre de santé de la commune V en 2006.

Les causes du travail prématuré sont nombreuses avec au 1^{er} rang les infections. Mais la plupart des accouchements prématurés (environ 2 Sur 3) surviennent sans cause évidente [10,12].

Les tocolytiques sont des drogues utilisées pour tenter d'arrêter l'activité utérine prématurée, ces drogues existent depuis les années 1960[37]. Le but de la tocolyse est idéalement d'arrêter le travail prématuré et de permettre la prolongation de la grossesse jusqu'à terme, du moins en cas de menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Toutefois, des objectifs à plus courts termes sont également souhaités, notamment la prolongation de la grossesse de 48h de façon à permettre l'administration d'une cure de corticoïdes à viser de maturation pulmonaire et le transfert de la patiente dans une unité disposant d'une structure permettant l'accueil dans les meilleures conditions de l'enfant prématuré [15].

Il existe à ce jour cinq (5) familles de tocolytiques: les bêta mimétiques, les inhibiteurs calciques, les donneurs de monoxydes d'azote (NO), les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antagonistes de l'oxytocine.

Mais, la tocolyse classique par les bêtamimétiques a de nombreuses contre-indications maternelles et s'accompagne d'effets secondaires fréquents et parfois d'accidents maternels graves: œdème aigu du poumon, troubles du rythme cardiaque voire exceptionnellement décès maternels... [10]. Pourtant, un tocolytique idéal doit d'une part être efficace, c'est-à-dire bloquer l'activité contractile utérine et d'autre part, il doit présenter une totale innocuité maternelle et fœtale [21].

Les inhibiteurs calciques sont communément utilisés en Europe dans le traitement de l'hypertension de la femme enceinte. Les deux molécules les plus utilisées en tocolyse comme dans l'hypertension sont la nifédipine (Adalate®) et la nicardipine (Loxen®). Contrairement aux autres inhibiteurs calciques, ces molécules n'ont que peu d'effet sur la conduction cardiaque. Ils agissent en bloquant le flux calcique entrant, passant par les canaux voltage-dépendants. Le délai d'action est environ 20 minutes par voie orale [19].

Il faut rappeler que ni la nifédipine ni la nicardipine ne disposent d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de la menace d'accouchement prématuré [33].

La nifédipine est utilisée en tant que tocolytique depuis vingt cinq(25) ans [19,40].

Le but de notre étude est d'évaluer l'efficacité de ces inhibiteurs calciques en l'occurrence la Nifédipine dans le traitement de la MAP dans notre contexte de travail compte tenu de son coût et de ses effets secondaires minimes par rapport aux bêtamimétiques classiquement utilisés à cet effet. D'où le thème: «**Menace d'accouchement prématuré : prise en charge par l'utilisation de la Nifédipine dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO**».

-Objectif général :

Etudier l'utilisation de la Nifédipine dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré au service de gynécologie obstétrique du C.S.Réf.CV.

-Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence de la menace d'accouchement prématuré au C.S.Réf.CV.

-Décrire le profil épidémiologique des gestantes traitées pour MAP.

- Décrire les modalités d'utilisation de la nifédipine au C.S.Réf.CV.
- Formuler des suggestions.

1-DEFINITIONS:

1-1-L'accouchement: [31]

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes 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 de six mois (28 semaines d'aménorrhées).

1-2-L'accouchement prématuré: [14]

L'AP est l'accouchement qui se produit avant la 37^{ème}SA.

La définition légale de la viabilité est un terme supérieur ou égal à 22 SA ou un poids supérieur ou égal à 500 gramme selon l'OMS. Mais, le critère pondéral est un mauvais critère.

Il existe deux types de prématurité à savoir, la prématurité induite et la prématurité spontanée.

En fonction du terme à la naissance, on a 3 groupes:

Moyenne prématurité entre 32 SA et 36 SA

Grande prématurité entre 28 SA et 32 SA

Très grande prématurité avant 28 SA.

1-3-La Menace d'Accouchement Prématuré: [22]

Elle se définit par la survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées et persistantes, s'accompagnant d'une modification du col de l'utérus (raccourcissement+dilatation) et dont l'issue est un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale.

2-PHYSIOLOGIE DES CONTRACTIONS UTERINES :

2-1-Mise en jeu des contractions utérines : [8]

L'utérus est « intrinsèquement actif » pendant toute la durée de la grossesse. Les CU sont physiologiques pendant toute la gestation, mais avant le début du travail, ni leur intensité qui est faible, ni leur rythme qui est irrégulier n'ont d'action sur le col définissant l'entrée en travail.

2-2-Caractères de la contraction utérine : [7]

Les méthodes pour étudier les CU sont diverses:

La tocographie

Enregistrement de la pression intra-amniotique

Tocographie intra-myométriale

Palper abdominal

Explorations électriques

Les contractions utérines sont:

Involontaires,

Intermittentes

Rythmées

Douloureuses

Totales.

L'onde contractile apparaît de plus en plus tard, elle est de plus en plus courte, si bien que l'acmé de la contraction est simultanée dans trois territoires expliquant ainsi l'harmonie contractile de l'utérus. Cette onde est de moins intense plus le territoire étudié est bas situé.

Il existe donc une coordination verticale de la CU avec une dominance fundique importante. Il existe en outre une coordination transversale de l'activité contractile de l'utérus: l'onde utérine naissant au niveau des cornes utérines se propage de façon harmonieuse à tout l'utérus et ne reste pas confinée au niveau de l'hémi-utérus correspondant.

La région des cornes possède donc le pouvoir de donner naissance à une activité contractile diffusant ensuite par pacemakers cardiaques.

Cependant, l'absence de voie de conduction préférentielle et l'absence de centre inducteur défini histologiquement comme dans le myocarde font que ce pacemaker fonctionnel n'a pas de substratum anatomique.

2-3- Caractères chimiques de la contraction utérine : [26]

La contraction de la fibre musculaire résulte des glissements des filaments d'actine et de myosine les uns par rapport aux autres. La formation de liaison actine-myosine nécessite de l'énergie. Celle-ci est formée par l'hydrolyse de l'ATP. La phosphorylation d'une chaîne légère de la myosine permettrait l'établissement de points d'ancrage entre les myofilaments lorsque la concentration en calcium intracellulaire est supérieure à 10^7 moles, l'activité ATPasique de la myosine est stimulée. ***La concentration en calcium ionisé est donc un élément fondamental de la contraction utérine.***

3-PHYSIOPATHOLOGIE :

Au cours d'une MAP plusieurs hypothèses sont souvent évoquées pour expliquer le travail prématuré et de nombreux facteurs sont pris en compte [2]

3-1-Rôle des facteurs hormonaux: [2]

On connaît mieux le rôle des prostaglandines et de l'ocytocine dans le déclenchement de l'accouchement. Actuellement, les questions portent sur les mécanismes influençant leur synthèse. Le fœtus pourrait jouer un rôle important dans ce processus. La stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénalien du fœtus aboutit à la production de deux composants stéroïdiens: le sulfate de dehydroepiandrosterone (DHEA-S) et le cortisol. Au niveau placentaire, le DHEA-S est transformé en œstriol, un composant œstrogénique qui pourrait jouer un rôle en favorisant d'une part la synthèse des prostaglandines, et d'autre part l'expression de récepteurs à l'ocytocine au niveau des cellules musculaires lisses du myomètre.

3-2-Rôle du stress : [2,39]

Les facteurs de stress constituent une piste nouvelle de l'étiologie de la prématurité. S'il est incontestable que des situations de stress ou de troubles psychologiques sont associées à des comportements à risque pour la grossesse de nombreux auteurs estiment qu'il pourrait y avoir un lien direct entre les facteurs psychologiques et la prématurité. Des travaux rapportent une augmentation des taux plasmatiques de Corticotropin-Releasing-Hormone (CRH) avec l'intensité du stress chez les femmes ayant accouché prématurément In vitro, les hormones du « stress » (cortisol, angiotensine, catécholamines, ADH et acétylcholine) augmentent la production de la CRH placentaire. Toutefois, dans une revue de la littérature, Hoffman et Match montrent que les résultats sur la relation entre les facteurs de stress, le stress et la prématurité sont peu concluants.

3-3-Rôle de l'infection dans le travail prématuré à membranes intactes : [2]

Le diagnostic des chorioamniotites repose sur différentes définitions. Il peut être clinique, bactériologique et/ou histologique. Les liens entre les chorioamniotites et la prématurité sont clairement établis.

Ces données permettent d'estimer qu'environ **13%** des femmes en travail prématuré ont une infection intra-amniotique (culture bactérienne du liquide amniotique positive) bien qu'elles soient initialement asymptomatiques. Il est difficile de savoir si l'infection est la cause ou contemporaine du travail prématuré, car le diagnostic de chorioamniotite est souvent porté au moment où survient le travail.

Chez des femmes asymptomatiques et chez qui a été pratiquée une amniocentèse au second trimestre, le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré est fortement augmenté en présence de germes dans le liquide amniotique. De plus, une contamination de la cavité utérine par voie ascendante est confirmée par plusieurs études montrant un risque de prématurité significativement augmenté chez les femmes présentant une bactériurie asymptomatique ou une infection génitale basse. Pour la vaginose bactérienne, les associations avec le travail prématuré varient selon les études. Elle pourrait constituer le point de départ des infections génitales hautes, car des liens forts ont été rapportés avec les chorioamniotites. Bien que la piste infectieuse soit possible, l'efficacité des traitements antibiotiques dans la réduction de la prématurité chez des femmes ayant présenté un épisode de menace d'accouchement prématuré n'a pas été démontré. Ces traitements ne semblent pas non plus améliorer le pronostic de l'enfant car l'origine de la MAP est multifactorielle et l'infection n'est pas la seule en cause. Deuxièmement, il est possible que l'antibiothérapie intervienne trop tard. Enfin, concernant les conséquences chez l'enfant, rares sont les études disposant d'une puissance suffisante pour mettre en évidence un effet bénéfique potentiel des traitements antibiotiques.

4-Etude clinique:

4-1-Diagnostic positif de la MAP:

4-1-1-Interrogatoire: Il précisera:

La profession, l'état matrimonial, le mode de vie, la date des dernières règles(DDR), les antécédents gynécologiques, les antécédents obstétricaux: le nombre de grossesses, la parité, et le nombre d'avortement, l'âge de survenue et le mécanisme de survenue de ces avortements, antécédent d'accouchement prématuré, l'IIG, la notion de fièvre récente, d'infection urinaire, le suivi correct ou non de la grossesse, la notion d'algies pelviennes: leur mode de survenue, leur fréquence, leur intensité et leur périodicité, la notion de rupture des membranes assombrissant le pronostique materno-fœtal, la notion de métrorragies qui sont généralement minimales, et les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie)

4-1-2-l'examen physique :

-L'inspection: Permet d'apprécier l'état général de la patiente le plus souvent moins perturbé, elle peut être angoissée par crainte d'expulser le fœtus.

-La palpation abdomino-pelvienne: Doit rechercher des contractions utérines. Elles sont douloureuses avec une fréquence d'au moins une toutes les dix minutes durant plus de trente cinq secondes. Elles sont à différencier des contractions physiologiques de BRAXTON HICKS qui ne sont pas douloureuses, survenant de façon irrégulière avec une fréquence d'une contraction utérine toutes les heures à vingt semaines, trois ou quatre contractions utérines par heure à trente sept semaines. On n'oubliera pas de mesurer la hauteur utérine en appréciant une éventuelle sur distension utérine.

On recherchera et appréciera les bruits du cœur de fœtus avec le stéthoscope de pinard.

L'examen au speculum ou sous valves recherchera une vaginite, une cervicite, la présence de sang ou d'écoulement du liquide amniotique.

-Le toucher vaginal: Renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur et dans sa consistance, sa position et sa dilatation: il pourrait s'agir de raccourcissement et/ou d'une ouverture cervicale:

Le toucher vaginal apprécie également la présentation et les membranes. Il ne doit pas être répété au risque d'aggraver la MAP

Le score de Baumgarten (voir annexes) est utilisé pour évaluer la sévérité de la MAP et détermine de ce fait l'attitude thérapeutique à adopter

4-2-Diagnostic étiologique : [2,22] La MAP peut être secondaire à une pathologie maternelle ou ovulaire (Ovulaire= fœtale, placentaire ou amniotique). Elle est le plus souvent d'origine multifactorielle. Dans **40%** des cas, on ne met pas en évidence de cause particulière.

4-2-1-CAUSES OVULAIRES :

-Causes annexielles :

Elles sont représentées par le placenta prævia (responsable d'une irritation du segment cervico-isthmique), l'hydramnios (excès de liquide amniotique entraînant une sur distension utérine) et l'infection ovulaire (chorioamniotite).

-Causes fœtales :

Les grossesses multiples (jumeaux, triplés, ...) sont responsables d'environ **20%** de la prématurité. On note **40%** d'accouchements prématurés pour les grossesses multiples contre **4%** pour les grossesses simples. Le mécanisme est identique à celui de l'hydramnios (sur distension).

Une malformation ou une autre pathologie fœtale peuvent être responsable d'une MAP, principalement par sur distension utérine ou secondairement aux gestes invasif qui peuvent être réalisés.

4-2-2-CAUSES MATERNELLES :

-Facteurs de risques :

Ils sont très nombreux et sont résumés dans le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) établi par PAPIERNIK. Ce sont surtout des facteurs socio économique:

Classe sociale défavorisée (absence de travail, conditions de vie défavorables)

Condition de travail pénible (micro traumatisme répété, long trajet journalier, travail debout: femme de ménage...).

Age de la mère: inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans

Parité: primipares et grandes multipares.

Espace des naissances: inférieur à deux ans ou supérieur à six ans.

-Causes locales :

- ✓ Toutes malformations utérines :

Quelles soient congénitales (hypoplasie, utérus cloisonné, uni ou bicornes) ou acquises (synéchie, utérus cicatriciel, fibrome) peut induire une MAP par réduction du volume utérin. Les malformations sont retrouvées dans moins de 5% des cas, quant elles existent, elles entraînent une MAP dans **40%**.

- ✓ La béance cervico-isthmique :

Elle constitue une incapacité du col et de l'isthme utérin à se maintenir fermés; elle est congénitale ou acquise. Elle est suspectée devant les antécédents obstétricaux (avortement tardif, AP) et/ou des modifications précoces du col utérin pendant la grossesse. L'échographie endovaginale pourrait aider son diagnostic par la recherche d'une déhiscence de l'orifice interne. En dehors de la grossesse, elle est diagnostiquée lors de l'examen clinique (une bougie de HEGAR n°8 peut passer sans difficulté l'orifice interne) et/ou par une hystérosalpingographie son traitement est préventif et consiste en un cerclage du col utérin en fin de premier trimestre de la grossesse.

-Causes générales :

- ✓ L'infection :

Elle est certainement la principale cause des MAP. Elle peut être d'origine virale (hépatite virale, cytomégalovirus...), bactérienne (E. coli, streptocoque B) ou parasitaire (paludisme en zone d'endémie).

L'hyperthermie peut, à elle seule, être responsable de l'apparition des CU. L'infection urinaire doit être systématiquement recherchée. Elle est en effet extrêmement fréquente pendant la grossesse et est plus souvent asymptomatique. De même, il faut savoir suspecter une listériose devant un syndrome grippal. La présence de *Gardnerella vaginalis* et/ou de germes anaérobies au niveau vaginal (vaginose) pourrait être associée à un excès de prématurité.

✓ Un traumatisme:

Il peut être responsable d'une MAP. Il peut s'agir d'une chute, d'un AVP mais aussi d'une intervention chirurgicale.

✓ Altération de l'état général:

Quelque soit son origine et de nombreuses pathologies d'ordre général peuvent entraîner une MAP.

4-2-3-FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A LA MAP : [2,8, 38]

Peu de facteurs de risque sont identifiés. Les facteurs de risque les plus importants sont les antécédents d'AP, ou de fausse couche du deuxième trimestre de la grossesse; les malformations utérines (dont celles liées à l'exposition in utéro au diéthylstilbestrol; les grossesses multiples). D'autres facteurs de risque moins étroitement associés ont été mis en évidence dont le tabagisme, un bas niveau socio économique, une malnutrition, une mère très jeune ou très âgée, l'absence de vie de couple, la consommation de cocaïne. Les infections exposent également à un risque d'AP.

L'échographie endo-vaginale et le dosage de la fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales permettent de mettre en évidence ou d'écarter le risque de MAP.

4-2-4-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ils ne sont utiles que pour le diagnostic étiologique et la mise en route du traitement.

-Bilan biologique:

Il explore le terrain et le plus souvent constitué par: numération formule sanguine, goutte épaisse (en zone endémique), examen cytobactériologique des urines, taux d'hémoglobine, parasitologie des selles, examen cytobactériologique des sécrétions vaginales...

-Échographie :

Elle permet de préciser le nombre de fœtus, contrôler la biométrie fœtale, l'insertion du placenta et la quantité du liquide amniotique. Elle apprécie la vitalité fœtale (Mouvements du corps, mouvements respiratoires). Une malformation sera éliminée par l'étude de l'anatomie fœtale.

4-3-TRAITEMENT : [6, 10, 16,42]

4-3-1-Traitement préventif de la MAP :

La prévention repose sur un dépistage précoce des patientes à risque. Un suivi plus strict des CPN est instauré afin d'améliorer la surveillance des grossesses.

Quelques règles hygiéno-diététiques simples sont parfois suffisantes: repos, aide ménagère et sage femme à domicile, aménagement du temps et du poste de travail, arrêt de travail si nécessaire. Ces mesures seront renforcées en cas de grossesse multiple.

En cas de béance cervico-isthmique confirmée, d'antécédent d'avortement tardif, un cerclage est généralement réalisé en fin de premier trimestre.

4-3-2-Traitement curatif: Tocolyse

-Le repos :

C'est le premier élément du traitement tocolytique, il est primordial.

-Les tocolytiques:

Il en existe plusieurs classes thérapeutiques à savoir les bêtamimétiques, les inhibiteurs calciques, les anti-inflammatoires non

stéroïdien, les antagonistes de l'ocytocine, les monoxydes d'azote ainsi que la progestérone et le sulfate de magnésie :

✓ Les inhibiteurs calciques:

En évitant l'élévation du calcium intracellulaire, ils empêchent la contraction de la fibre musculaire. Les plus efficaces sont ceux de la famille des dihydropyridines (Nifédipine®, Nicardipine®). Ils n'ont pas de contre-indication formelle en dehors des hypotensions réelles ou des allergies connues. Leur prescription se fait en deuxième intention après les bêtamimétiques, notamment lorsqu'il existe une hypertension artérielle associée ou une contre-indication aux bêtamimétiques. Utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle, plusieurs études montrent leur efficacité dans la prise en charge des MAP.

✓ Les bêtamimétiques:

Leur action repose sur la stimulation des récepteurs bêta 2 adrénergiques utérins. Cette stimulation aboutit à la production d'un second messenger intracellulaire, l'AMP cyclique qui empêche les modifications de la myosine responsables de son interaction avec l'actine. Les effets ne sont pas strictement sélectifs des récepteurs bêta 2 adrénergiques, ce qui explique les effets secondaires multiples de ces produits, en grande partie liés à la stimulation des récepteurs bêta 1 adrénergique. Les effets secondaires maternels des bêtamimétiques représentent le principal frein à leur utilisation, en particulier les effets cardio-vasculaires. Au pire, ces effets peuvent aller jusqu'à la tachycardie supra-ventriculaire, l'ischémie myocardique et surtout l'œdème aigu du poumon. Des décès maternels imputable à l'utilisation des bêtamimétiques ont été rapportés. D'importantes précautions sont nécessaires afin d'éviter les accidents rares mais particulièrement graves dont ils sont parfois responsables.

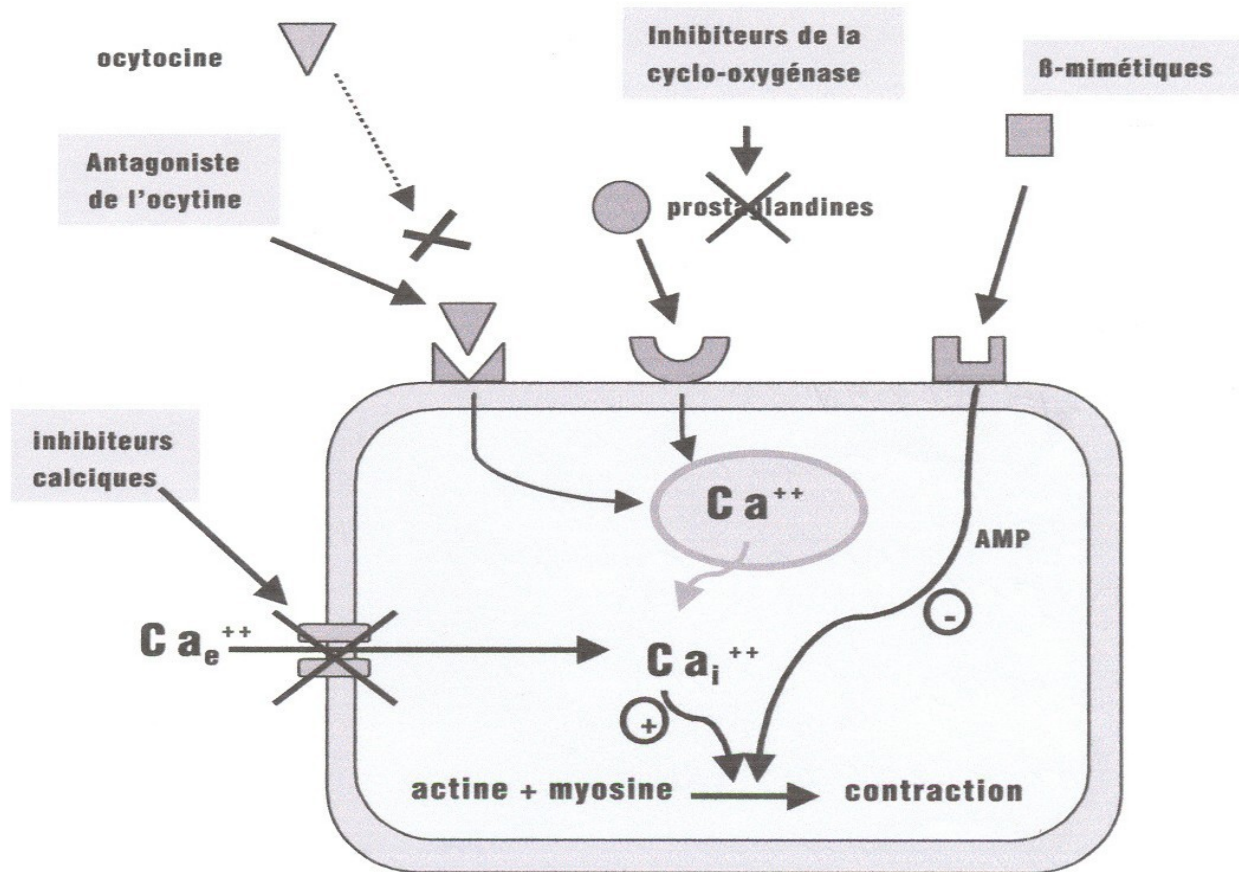


Figure : Mode d'action des tocolytiques

Les inhibiteurs des canaux calciques empêchent l'entrée du calcium extracellulaire à l'intérieur de la cellule. Les antagonistes de l'ocytocine bloquent la fixation de l'ocytocine à ses récepteurs membranaires (qui provoquent la libération du Calcium stocké dans le réticulum sarcoplasmique). Les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (AINS) empêchent la production des prostaglandines. Les β -mimétiques, en se fixant à leur récepteur membranaire, provoquent la libération d'un second messager intracellulaire, l'AMP cyclique, qui empêche l'interaction actine-myosine.

4-3-3-Prévention des complications fœtales :

-Les corticoïdes:

Ils sont utilisés en prévention de la maladie des membranes hyalines car ils accélèrent la maturation pulmonaire de façon démontrée. Ils ont un effet bénéfique certain entre 28-34 SA et probable en dehors de cette

période (avant 28 SA). Il s'agit de la dexaméthasone administré en voie intra musculaire 12mg à renouveler après 24 heures.

-L'antibiothérapie:

Elle doit être largement prescrite afin d'éviter les infections néonatales d'origine materno-fœtale.

✓ Indications :

En fonction de la gravité de la menace d'accouchement prématuré :

La notion de gravité repose sur l'importance des CU, la dilatation du col et surtout le terme de la grossesse. Au-delà de 3 cm de dilatation, l'accouchement peut être considéré comme imminent. La RPM est un facteur aggravant.

En cas de MAP légère et moyenne, la prise en charge associera repos à domicile avec traitement tocolytique par voie orale.

Dans les MAP sévère, la patiente sera hospitalisée et la tocolyse sera débutée par voie intra veineuse. Après 35 SA la voie parentérale n'est plus prescrite. Le traitement per os est le plus souvent maintenu jusqu'à 37 SA. En cas de RPM, la surveillance a pour but de dépister la chorioamniotite. La mise en route d'un traitement tocolytique peut permettre de retarder l'accouchement afin d'accélérer la maturation pulmonaire par administration de corticoïde et d'instaurer une antibiothérapie si nécessaire.

4-3-4-En fonction de l'étiologie:

Dans les cas où une étiologie a été mise en évidence, un traitement adapté sera bien sur associé au traitement tocolytique.

Plusieurs situations contre indiquent la mise en route d'un traitement tocolytique quel qu'il soit. Il s'agit essentiellement des pathologies maternelles nécessitant une interruption de la grossesse (pré éclampsie, cardiopathie, hémorragies abondantes...), de la SFA, de la MIU et de la chorioamniotite. En cas de RCIU, une surveillance fœtale rigoureuse (enregistrement du RCF) permettra d'adapter la conduite à tenir et

d'arrêter éventuellement le traitement tocolytique quand les bénéfices à maintenir la grossesse seront amoindris.

1- Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé des structures de santé de premier niveau (9 CSCOM) qui y réfèrent les patients.

Le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V comprend :

Une unité grossesses à risque.

Une unité accouchement/suites de couche.

Une unité de soins après avortement (SAA).

Une unité de CPN (consultations prénatales).

Une unité de PF (planning familial) et consultation post natale.

Une unité bloc opératoire.

Une unité post opérée.

Une unité des urgences gynécologiques et obstétricales.

Une unité de vaccination.

Une unité de consultation gynécologique.

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

Un professeur agrège en gynécologie-obstétrique qui est le chef de service

- Deux gynécologues-obstétriciens.
- Un DES en gynéco-obstétrique.
- Cinq étudiants en médecine faisant fonction interne (FFI).
- Deux sages femmes.
- Deux aides-soignantes.
- Un assistant médical en anesthésie.
- Un technicien de laboratoire.

- Un (e) caissier (e).
- Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (CHUGT, CHUPG) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- Deux techniciens de surface assurant la propreté du service.
- Une fille de salle.

Au niveau de l'organisation matériel du service de garde, l'équipe dispose de :

- Quatre tables d'accouchement.
- Une salle d'opération fonctionnelle.
- Un dépôt de sang.
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Un staff quotidien de 30mn a lieu tous les jours de la semaine à 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours du staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés pendant les 24 heures écoulées.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire.

Les urgences sont assurées tous les jours et à tout moment.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale tous les mercredis après le staff.

Le responsable du CS Réf CV assure la formation théorique et pratique des étudiants en médecine et des médecins inscrits au DES de Gynécologie-obstétrique.

2-Type d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

3-Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du **10 Mai 2009** au **09 Novembre 2009**. Elle a duré

6 mois.

4- Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes enceintes hospitalisées pour pathologie associée à la grossesse au service de gynécologie obstétrique du Centre de santé de Référence de la Commune V pendant la période de l'étude.

5-Echantillonnage :

5-1-Méthode d'échantillonnage :

La méthode d'échantillonnage utilisée dans notre étude est non probabiliste.

5-2-Technique d'échantillonnage :

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif portant sur toutes les femmes gestantes admises en menace d'accouchement prématuré au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence au cours de la période d'étude.

5-3-Taille de l'échantillon :

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré **117** cas de menace d'accouchement prématuré.

6-Critères :

6-1-Les critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude, les gestantes en MAP admises avec une grossesse unique ou gémellaire évolutive à membranes intactes ou rompues sans malformation fœtale incompatible avec la vie et ayant accepté de participer à l'étude, dont l'âge gestationnel est compris entre **28** et **36** SA plus **6** jours précisé à partir de la DDR ou une échographie précoce (avant la **16^{ème}** SA).

6-2-Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude, toutes les gestantes admises avec une pathologie autre que la MAP et/ou n'ayant pas accepté de faire partie de l'étude.

7-Les variables de l'étude : Elles sont :

- Qualitatives : le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, les antécédents maternels, le type de grossesse, les pathologies associées, les modalités d'administration, l'évolution clinique.
- Quantitatives : l'âge, la parité, l'âge gestationnel, le score de Baumgarten, la durée d'hospitalisation.

7-1-Définition opérationnelle des variables :

Pour des raisons de commodité, les variables d'études ont été regroupés en tranches, en classes ou en catégories.

7-2-L'âge :

L'âge en année des patientes a été regroupé en 3 classes.

7-3-La profession :

Les patientes ont été réparties en quatre groupes :

- Les ménagères : Patientes exerçant uniquement les activités domestiques.
- Les salariées : Toutes celles servant dans une structure de l'état ou privée dont le travail est rémunéré périodiquement.
- Les élèves et étudiantes : C'est toutes celles qui suivent des cours dans une institution d'enseignement.
- Les professions libérales : Patientes exerçant une activité lucrative à leur propre compte (teinturière, vendeuse, couturière, coiffeuse,....);

7-4-Le statut matrimonial :

Les patientes ont été groupées en deux:

- Mariées : Se sont des femmes qui sont dans un foyer conjugal.
- Célibataires : Se sont des femmes qui ne sont pas dans un foyer conjugal.

7-5-La parité :

Selon le nombre d'accouchement effectué nous distinguons 4 groupes :

- Nullipare : il s'agit des femmes qui n'ont jamais accouché.
- Primipare : il s'agit des femmes qui ont accouché une seule fois.

- Pauci pare : il s'agit des femmes qui ont accouché 2 à 3 fois.
- Multipare : il s'agit des femmes qui ont accouché 4 fois ou plus.

7-6-Les antécédents maternels :

Seront analysés afin de rechercher les facteurs de risque pouvant prédisposer aux MAP.

7-7-L'âge gestationnel:

Il correspond à l'âge de la grossesse donnée en semaine d'aménorrhée. Il est reparti en 2 classes d'âge : 28 – 33 SA+6 jours ; 34 – 36 SA+6 jours.

7-8-Le score de Baumgarten :

Il permet l'évaluation clinique de la sévérité de la menace, ainsi il regroupe les menaces en 3 groupes :

- Menace légère si score ≤ 3 .
- Menace moyenne si score compris entre 4 et 6.
- Menace sévère si score > 6 .

7-9-Mode d'admission :

Il s'agit des patientes :

- Venues d'elle-même : C'est-à-dire patientes admises directement dans le service sans passer par une autre structure ou un agent sanitaire.
- Evacuées : c'est-à-dire la référence dans un contexte d'urgence par une structure ou un agent sanitaire avec ou sans fiche d'évacuation.

7-10- La prise en charge médicamenteuse en fonction des pathologies:

- Les antis paludéens : utilisés lorsque le diagnostic de paludisme est retenu.
- Les antibiotiques : utilisés lorsqu'il s'agit d'une infection urinaire confirmée, d'une infection urinaire probable ou d'une rupture prématurée des membranes de plus de douze heures(12) heures.
- Les corticoïdes : utilisés lorsqu'il s'agit d'une grossesse dont l'âge gestationnel est compris entre 28 et 33 SA+6jours pour la prévention de la maladie des membranes hyalines du fœtus.

-Les tocolytiques : utilisés chez toutes les patientes hospitalisées pour MAP pour la lyse des CU.

7-11-Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré :

-Repos

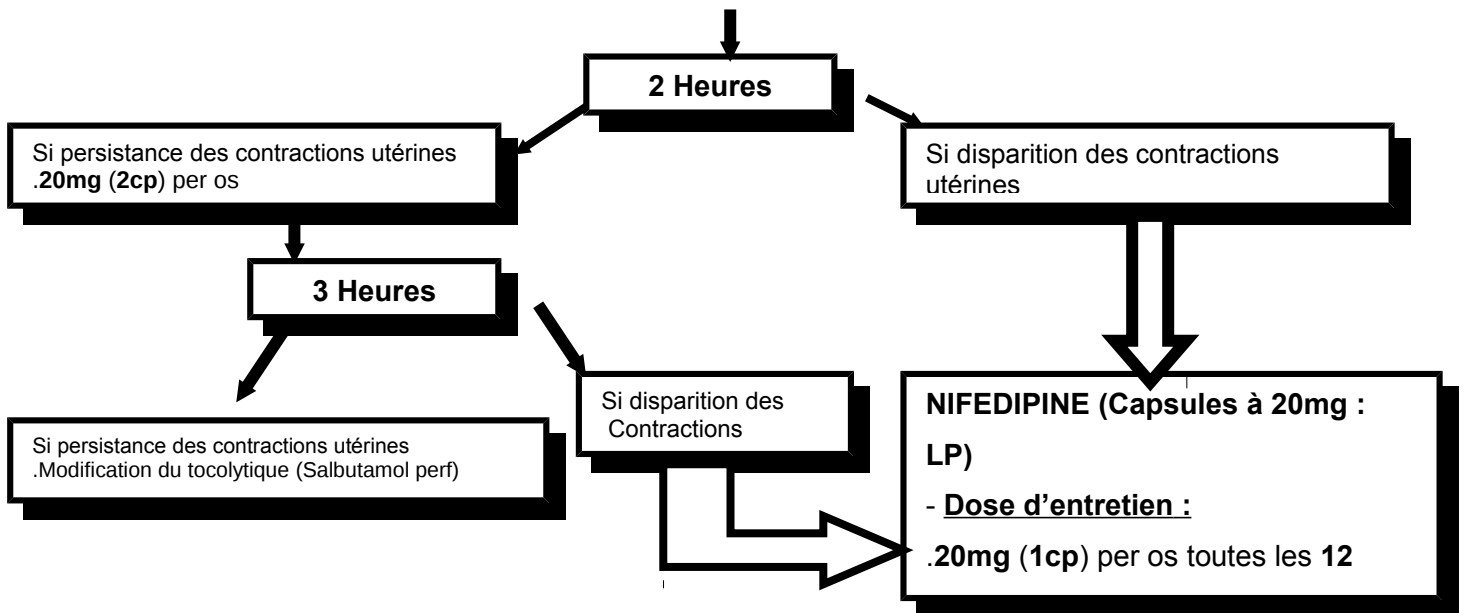
-Traitement étiologique

-Protocole de prise en charge de la menace d'accouchement prématuré avec la nifedipine illustré par un arbre décisionnel [3] ci-dessous :

NIFEDIPINE (Capsules à 10mg : LI)

-Dose d'attaque :

.20mg (2cp) per os en décubitus latéral gauche Ou 40mg (4cp) per os toutes les 30 minutes pendant



SURVEILLANCE :

- Pression artérielle
- Fréquence cardiaque
- Contractions utérines
- Bruits du cœur fœtal

EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES :

- Céphalées
- Hypotension artérielle
- Vasodilatation faciale

ASSOCIATIONS A EVITER :

- Sulfate de Magnésium
- Béta Bloquants (atenolol...)

NB :

- Contre indication si TA≤09/06 cm Hg.
- Arrêt de la tocolyse si apparition d'effet secondaire.
- En cas de menace sévère avant la 34^{ème} SA, faire une maturation pulmonaire fœtale.
- Injection d'1g d'amoxicilline toutes les 08heures si RPM > 12 heures.
- Si les contractions utérines réapparaissent après 72 heures, reprendre le traitement initial.

7-12- Evaluation de l'effet tocolytique :

Elle s'effectue en recherchant les contractions utérines au cours de l'interrogatoire et lors de la palpation de l'abdomen 2 heures au moins après administration de la Nifédipine. Ainsi on pourra constater :

- Un arrêt des contractions ou
- Une persistance des contractions

7-13-Le mode d'accouchement :

Les modes d'accouchement retenus ont été l'accouchement par voie basse et par césarienne.

- Voie basse : regroupe toutes les parturientes ayant accouché par voies naturelles.
- Césarienne : regroupe toutes les parturientes ayant accouché après ouverture chirurgicale de l'utérus.

7-14-Le score d'Apgar :

C'est un ensemble de paramètres qui permet d'apprécier la qualité de naissance du nouveau né.

Les nouveaux nés ont été repartis en deux groupes en fonction du score d'Apgar :

Le score d'Apgar ≤ 7 « mauvais ».

Le score d'Apgar > 7 « Bon ».

7-15-Durée de l'hospitalisation :

Elle a été répartie en trois(3) groupes de tranche de jours et représente le temps que la gestante a passé hospitaliser dans le service.

8-Collecte des données :

8-1-Technique de collecte :

Elle a porté sur le recensement des femmes enceintes admises au service de gynécologie obstétrique du Centre de santé de Référence de la Commune V pour menace d'accouchement prématuré, l'exploitation des dossiers d'hospitalisation de ces femmes. L'enquête auprès des femmes s'est effectuée par une entrevue à l'aide d'un questionnaire.

8-2-Outils de collecte :

Les outils suivants ont été utilisés :

- la fiche d'exploitation des dossiers des femmes enceintes en menace

- la fiche de surveillance du protocole
- le questionnaire d'entrevue
- le formulaire de consentement informé et éclairé

8-3-Equipe de collecte :

L'équipe chargée de la collecte des données a été constituée d'un gynécologue-obstétricien et des étudiants faisant fonction d'interne.

8-4-Pré test :

Les outils ont été pré testés au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry. Ainsi des améliorations ont été faites sur les outils.

Les procédures ont été respectées sur le plan éthique au niveau des femmes enceintes en menace d'accouchement prématuré. Le questionnaire a été administré après avoir obtenu le consentement informé et éclairé des cibles.

8-5-Déroulement de la collecte :

Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête pour l'obtention de l'autorisation par note de service du Médecin Chef du Centre de Santé de Référence.

Les femmes enceintes en menace d'accouchement prématuré ont été recrutées au fur et à mesure de leur admission et les données ont été relevées dans les fiches prévues à cet effet. Les données de laboratoire des femmes ont été complétées par la suite.

Pour l'entretien avec les femmes, les questionnaires ont été administrés directement avant leur sortie du service.

9-Traitement et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels Epi604fr, Word et Excel 2007.

L'analyse de notre échantillon a été descriptive.

La phase descriptive a consisté à décrire la distribution de la population de l'échantillon. Les variables quantitatives ont été présentées selon leur moyenne et leur écart type.

Les variables qualitatives sont présentées par leur fréquence et leur proportion.

10-Considérations éthiques :

Les gestantes en menace d'accouchement prématuré ont été informées de la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Les données sont confidentielles et l'anonymat a été garanti. Le questionnaire a été administré après avoir obtenu le consentement éclairé des cibles.

11-Difficultés :

- La non réalisation de certains examens complémentaires notamment l'étude cyto bactériologique des urines et antibiogramme.
- La non utilisation du tocographe.
- Les patientes perdues de vue ayant été initialement hospitalisées dans le service pour MAP mais n'ayant pas accouché dans notre structure.
- Le non respect des consignes par les gestantes notamment le repos.

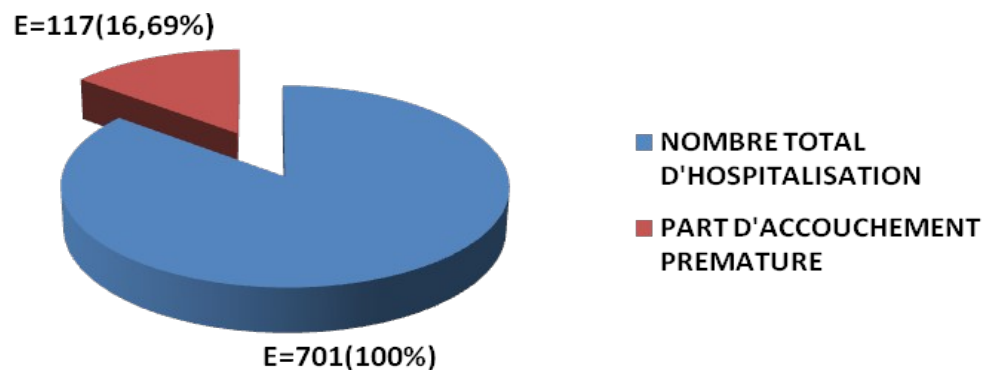


Figure 1 : Présentation graphique de la fréquence des gestantes en menace d'accouchement prématuré et celle des gestantes hospitalisées pour d'autres pathologies.

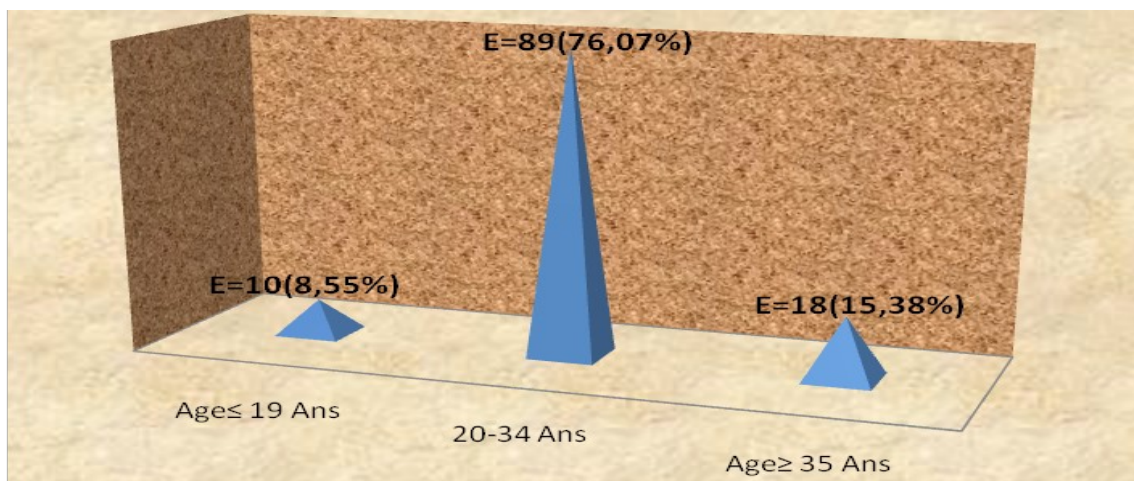


Figure 2 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon les tranches d'âge maternel.

Moyenne d'âge: 27 ans \pm 5 ans.

Médiane : 26 ans

Extrêmes : 15 à 40 ans.

TABLEAU I: Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le niveau d'instruction.

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	POURCENT
PRIMAIRE	31	26,50
SECONDAIRE	14	11,96
SUPERIEUR	8	6,84
ANALPHABETE	64	54,70
TOTAL	117	100,00

54,70% des gestantes étaient analphabètes.

TABLEAU II: Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la profession.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
MENAGERE	75	64,10
LIBERALE	8	6,84
ELEVE ETUDIANTE	OU 9	7,69
SALARIEE	25	21,37
TOTAL	117	100,00

64,10% des gestantes étaient des ménagères.

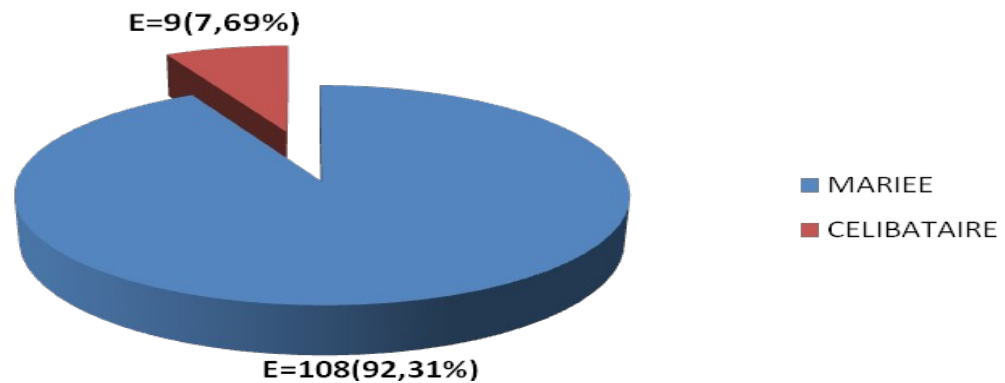


Figure 3 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le statut matrimonial.

TABLEAU III : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la gestité.

GESTITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
PRIMIGESTE	27	23,08
PAUCIGESTE	54	46,15
MULTIGESTE	36	30,77
TOTAL	117	100,00

46,15% des gestantes étaient paucigestes.

TABLEAU IV : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la parité.

PARITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NULLIPARE	20	17,1
PRIMIPARE	28	23,93
PAUCIPARE	45	38,46
MULTIPARE	24	20,51
TOTAL	117	100,00

38,46% des gestantes étaient paucipares

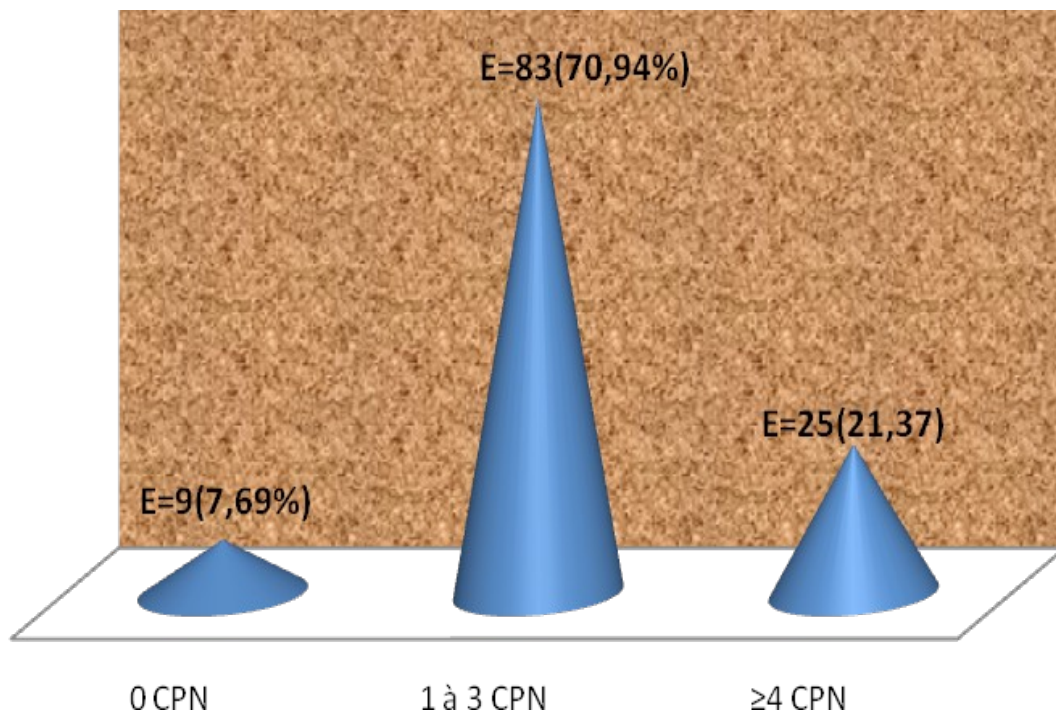


Figure 4 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le nombre de CPN.

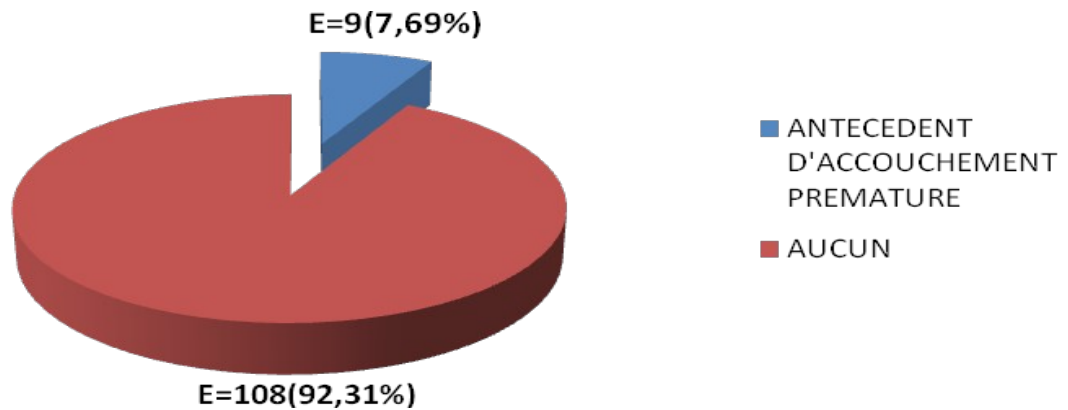


Figure 5 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'antécédent d'accouchement.

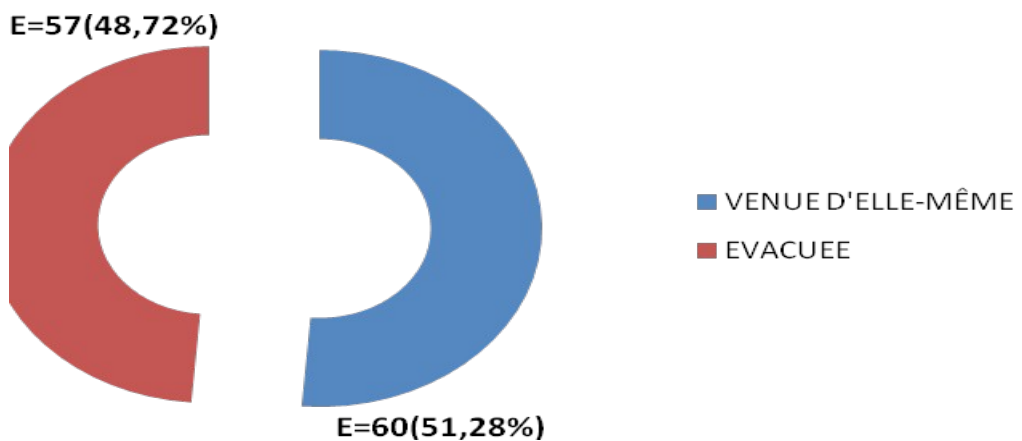


Figure 6 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le mode d'admission.

TABLEAU V : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le motif d'admission.

MOTIF	EFFECTIF	POURCENTAGE
ALGIES PELVIENNES	50	42,73
ALGIES PELVIENNES + METRORRAGIES	3	2,56
ALGIES PELVIENNES + VOMISSEMENTS	4	3,43
ALGIES PELVIENNES + SENSATION DE FIEVRE	4	3,43
ALGIES PELVIENNES, FIEVRE + CEPHALEES	3	2,56
MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	30	25,64
PERTES LIQUIDIENNES	15	12,82
METRORRAGIES	2	1,71
VOMISSEMENTS	3	2,56
SENSATION DE FIEVRE	3	2,56
TOTAL	117	100,00

Les algies pelviennes ont représentés **42,73%** des motifs de consultation.

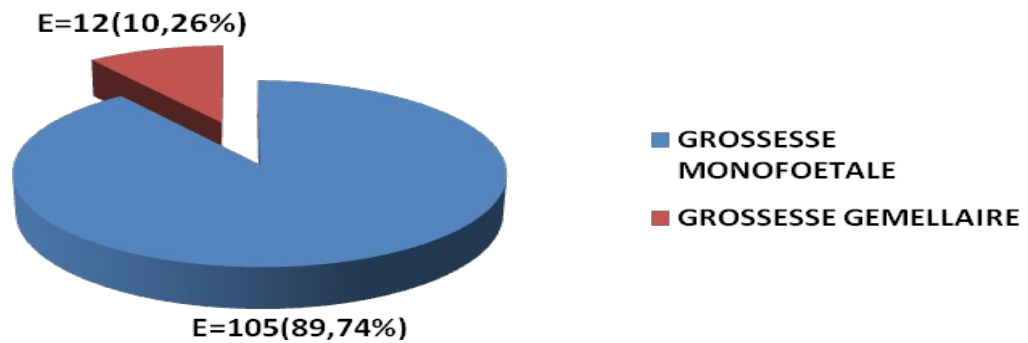


Figure 7 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le type de grossesse.

TABLEAU VI : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'âge gestationnel.

AGE GESATIONNEL	EFFECTIF	POURCENTAGE
28-33 SA+6 JOURS	52	44,44
34-36 SA+6 JOURS	65	55,56
TOTAL	117	100,00

55,56% des gestantes portent une grossesse dont l'âge gestationnel est compris entre et 36 SA+6 jours.

TABLEAU VII: Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le type de menace.

TYPE DE MENACE	EFFECTIF	POURCENTAGE
SCORE		
DE BAUMGARTEN ≤ 3	30	25,64
SCORE		
DE BAUMGARTEN 4-6	75	46,10
SCORE		
DE BAUMGARTEN >6	12	10,26
TOTAL	117	100,00

46,10% des gestantes présentent une menace d'accouchement prématuré modéré.

TABLEAU VIII : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le diagnostic étiologique.

DIAGNOSTIC	EFFECTIF	POURCENTAGE
PALUDISME	45	38,46
PALUDISME ET INFECTION URINAIRE	15	12,82
PALUDISME ET INFECTION URINAIRE PROBABLE	17	14,53
INFECTION URINAIRE	10	8,55
INFECTION URINAIRE PROBABLE	15	12,82
SURMENAGE PHYSIQUE	8	6,84
GEMELLITE	2	1,71
CAUSE IDIOPATHIQUE	5	4,27
TOTAL	117	100,00

Le paludisme a représenté 38,46% du diagnostic étiologique de la menace d'accouchement prématuré.

TABLEAU IX : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'état des membranes à l'admission.

ETAT DES MEMBRANES	EFFECTIF	GE	POURCENTA GE
INTACTES	107		91,45
ROMPUES	10		8,55
TOTAL	117		100,00

91,45% des gestantes ont les membranes intactes à l'admission.

TABLEAU X : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la contre-indication au protocole de nifédipine.

CONTRE- INDICATION	EFFECTIF	GE	POURCENTA GE
HYPOTENSION ARTERIELLE	9		7,69
EVACUEE DANS LE SERVICE AVEC DU SALBUTAMOL	1		0,86
AUCUNE	107		91,45
TOTAL	117		100,00

Aucune contre indication au protocole de nifédipine n'a été retrouvée dans **91,45%**.

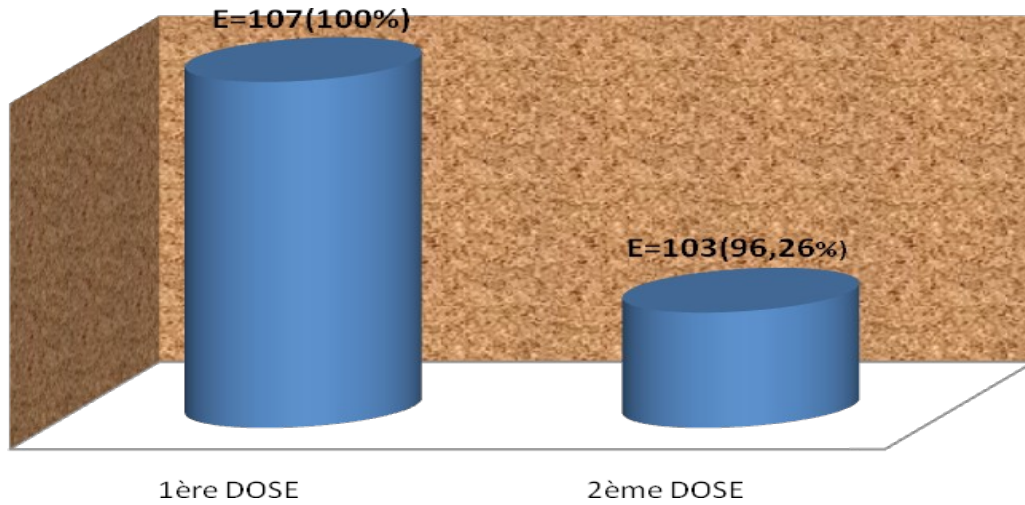


Figure 8 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la dose d'attaque de nifédipine reçue.

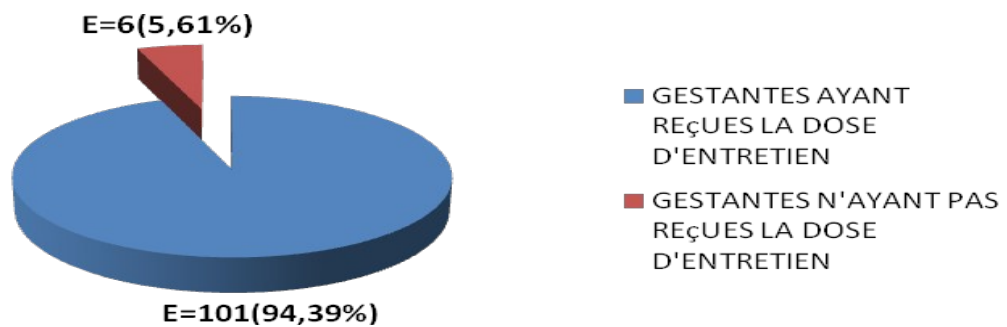


Figure 9 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la dose d'entretien de nifédipine reçue.

TABLEAU XI : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'évaluation de l'effet tocolytique de la nifédipine 2heures après la 1^{ère} prise.

EFFET DE LA NIFEDIPINE	EFFECTIF	POURCENTAGE
PERSISTANCE DES CU	103	96,26
ARRÊT DES CU	4	3,74
TOTAL	107	100,00

Les contractions utérines ont persistés chez **96,26%** des gestantes 2heures après la 1^{ère} prise de la nifédipine.

TABLEAU XII : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'évaluation de l'effet tocolytique de la nifédipine 3heures après la 1^{ère} prise.

EFFET DE LA NIFEDIPINE	EFFECTIF	POURCENTAGE
PERSISTANCE DES CU	5	4,67
ARRÊT DES CU	102	95,33
TOTAL	107	100,00

Les contractions utérines ont persistés chez **4,67%** des gestantes 3heures après la 1^{ère} prise de la nifédipine.

TABLEAU XIII : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'effet indésirable de la nifédipine.

EFFET SECONDAIRE	EFFECTIF	AGE	POURCENT
HYPOTENSION ARTERIELLE	6		5,61
AUCUN	101		94,39
TOTAL	107		100,00

Aucun effet secondaire n'a été observé chez **94,39%** des gestantes.

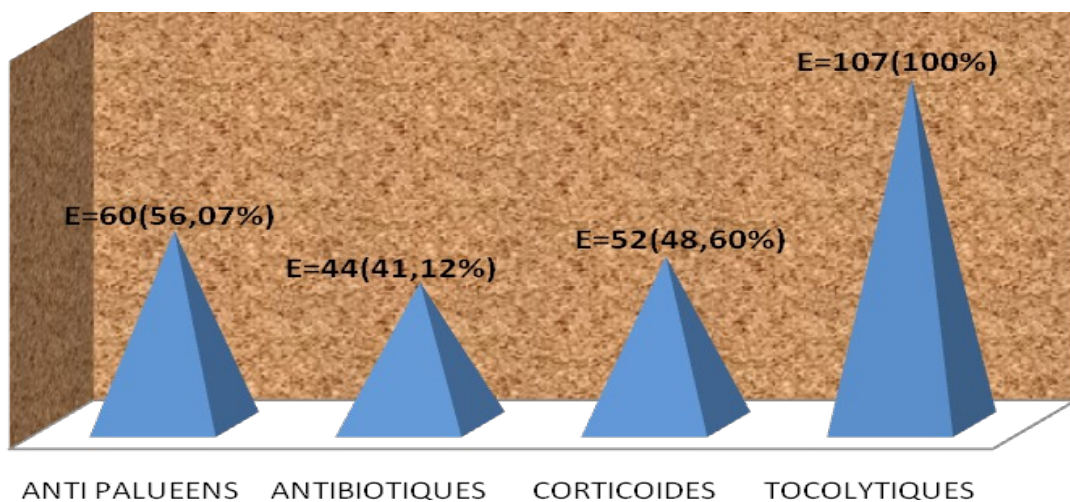


FIGURE 10 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la prise en charge médicamenteuse.

TABLEAU XIV : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la durée du séjour à l'hôpital.

DUREE DU SEJOUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
1 A 10 JOURS	70	65,42
11 A 20 JOURS	30	28,04
21 à 31 JOURS	7	6,54
TOTAL	107	100,00

La tranche d'hospitalisation de 1 à 10 jours a représenté **65,42%**.

TABLEAU XV : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'état des membranes et l'évolution des MAP sous traitement.

Etat des Membranes	Evolution sous traitement			TOTAL
	Accouchement dans les 48 h	Accouchement après 48 h	Changement de Tocolytique	
Intactes	6 (6,18%)	87 (89,70%)	4(4,12%)	97(90,65%)
Rompues	2(20%)	6 (60%)	2(20%)	10(9,35%)
TOTAL	8(7,48%)	93(86,91%)	6(5,61%)	107(100%)

L'accouchement après 48heures du début du protocole de nifédipine chez les gestantes ayant les membranes intactes a représenté **87,70%**.

TABLEAU XVI : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon la sévérité de la menace et l'évolution de la MAP sous traitement.

Type de Menace	Evolution sous traitement			TOTAL
	Accouchement dans les 48 h	Accouchement après 48 h	Changement de Tocolytique	
Score de Baumgarten ≤ 3	2 (8%)	20 (80%)	3 (12%)	25(23,36%)
Score de Baumgarten compris entre 4 et 6	3 (4,17%)	67 (93,05%)	2 (2,78%)	72(67,29%)
Score de Baumgarten >6	3 (30%)	6 (60%)	1 (10%)	10(9,35%)
TOTAL	8 (7,48%)	93 (86,91%)	6 (5,61%)	107(100%)

L'accouchement après 48heures du début du protocole de nifédipine chez les gestantes ayant une menace d'accouchement prématuré modéré a représenté **93,05%**.

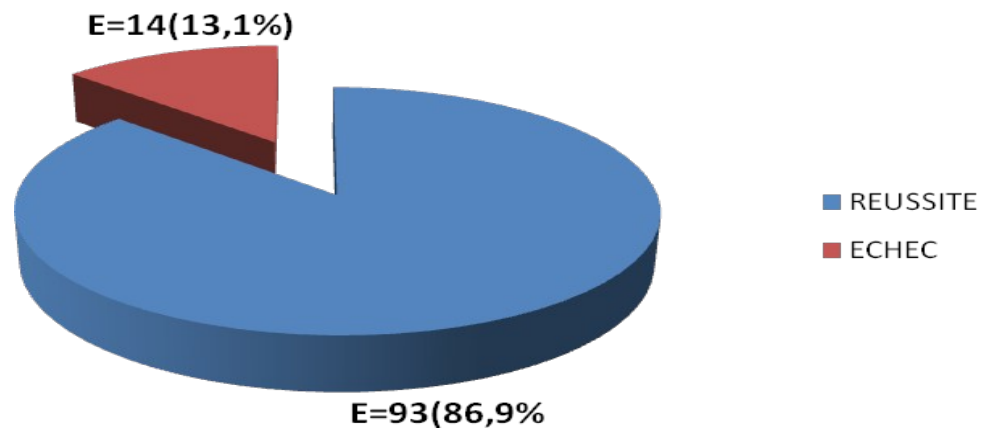


Figure 11: Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'issue du traitement 48heures après l'administration de la 1^{ère} dose de nifédipine en cas de MAP avec membranes rompues et intactes.

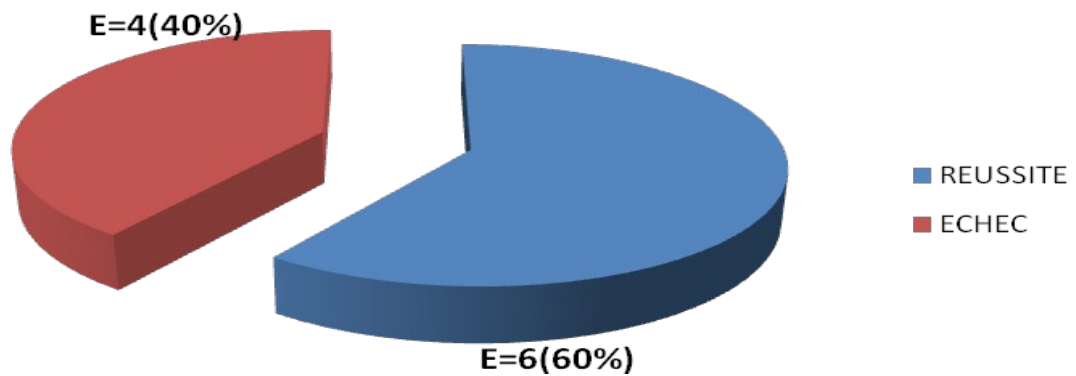


FIGURE 12 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'issue du traitement 48heures après l'administration de la 1^{ère} dose de nifédipine en cas de MAP à membranes rompues.

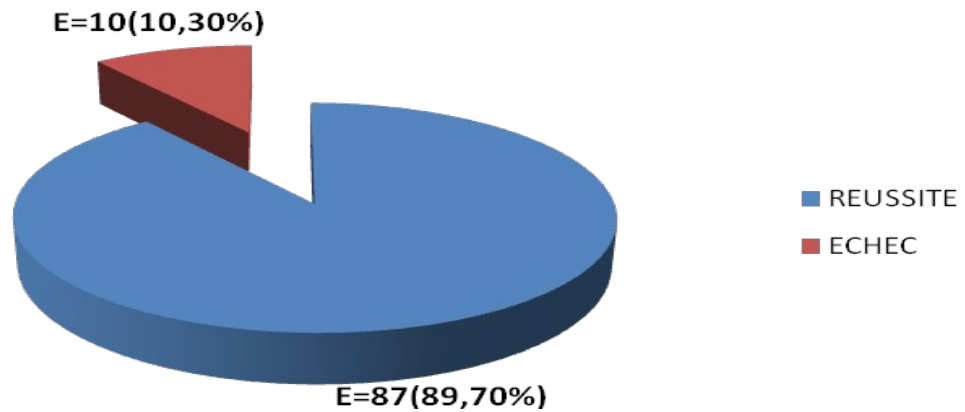


FIGURE 13 : Présentation graphique des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'issue du traitement 48heures après l'administration de la 1^{ère} dose de nifédipine en cas de MAP à membranes intactes.

TABLEAU XVII : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'issue des grossesses en fonction de l'état des membranes.

Etat des membranes	Issue des grossesses			TOTAL
	Accouchement pendant cette hospitalisation	Accouchement après la 37 ^{ème} SA	Cas perdus de vue	
Membranes intactes	15 (15,46%)	28 (28,87%)	54 (55,67%)	97(90,65%)
Membranes rompues	6 (60%)	2(20%)	2(20%)	10(9,35%)
TOTAL	21 (19,63%)	30 (28,04%)	56(52,33%)	107(100%)

L'accouchement après la 37^{ème} SA chez les gestantes ayant les membranes intactes a représenté **28,87%**.

TABLEAU XVIII : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon l'âge gestationnel de l'accouchement.

TERME D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
----------------------	----------	-------------

(SA)

< 34	5	9,8
34-36+6 Jours	16	31,4
≥ 37	30	58,8
TOTAL	51	100,0

NB : Le terme moyen de l'accouchement est de **36SA +3jours** avec un gain de **5 semaines** de grossesse en moyenne.

Les extrêmes : De **30 SA+2 Jours** à **39 SA+1 Jours**.

Le terme de l'accouchement à partir de la 37^{ème} SA a représenté **58,8%**

TABLEAU XIX : Répartition des gestantes en menace d'accouchement prématuré selon le mode d'accouchement.

MODE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
VOIE BASSE	25	49,02
CESARIENNE	26	50,98
TOTAL	51	100,00

Les gestantes césarisées ont représenté **50,98%**.

TABLEAU XX : Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute.

SCORE D'APGAR	1 ^{ère} MINUTE	5 ^{ème} MINUTE
≤ 3	2(3,51%)	1(1,7%)

Entre 4-7	5(8,77%)	3(5,3%)
≥8	50(87,72%)	53(93%)
TOTAL	57(100%)	57(100%)

NB : 6 Nouveaux nés issus de grossesses gémellaires et 51 Nouveaux nés de grossesses uniques.

Les nouveaux nés ayant un score d'Appgar ≥8 à la 5^{ème} minute ont représenté **93%**.

TABLEAU XXI : Répartition des nouveaux nés selon le poids à la naissance.

POIDS DES NOUVEAUX NES A LA NAISSANCE	DES A	EFFECTIF	POURCENTAGE
HYPOTROPHE TERME	A	3	5,26
HYPOTROPHE PREMATURE		10	17,54
NORMOTROPHE (Poids ≥ 2500g)		44	77,20
TOTAL		57	100

TABLEAU XXII : Répartition des nouveaux nés selon la référence à la néonatalogie.

REFERENCE A LA NEONATOLOGIE	E	EFFECTIF	POURCENTAGE
------------------------------------	----------	-----------------	--------------------

OUI	11	19,3
NON	46	80,7
TOTAL	57	100

Les nouveaux nés non référés à la néonatalogie ont représenté **80,7%**.

1-Qualité, validité et limites de l'étude :

La recherche des facteurs associés a été faite à travers une enquête transversale. Cette enquête, compte tenu de la période où le paludisme est fréquent a peut être permis d'avoir une fréquence élevée de paludisme.

La taille réduite de l'échantillon diminue la puissance de l'étude, ce qui fait qu'il se pourrait que d'autres facteurs soient associés ou non à ceux déjà identifiés si la taille de l'échantillon augmentait.

Le cas par exemple des gestantes perdues de vue (**52,33%**) dont nous ignorons l'issue des grossesses.

L'obtention du consentement de toutes les gestantes enquêtées dénote notre souci constant du respect de l'éthique tout au long de cette enquête.

Bien que toutes les mesures nécessaires soient prises pour assurer la validité de nos résultats, une prudence est nécessaire quant à l'interprétation de ces données et surtout pour son extrapolation.

2-Fréquence :

Au cours de notre étude, **117** femmes ont été hospitalisées pour MAP sur un total de **701** hospitalisations pour pathologie sur grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO, soit une fréquence de **16,69%**. DOUMBIA A.K. [18] dans son étude sur la menace d'accouchement prématuré en 2006 dans le même centre a rapporté une fréquence de **18,75%** et une fréquence de **3,3%** fût trouvée par LONTSI NGOULLA G.R. [27] au CHU de Ignace Deen à CONAKRY en 2007 dans son étude sur l'utilisation de la nifedipine dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré.

3-Age maternel :

L'âge moyen de nos gestantes était de **27** ans avec des extrêmes de **15** et **40** ans. La tranche d'âge **20 - 34** ans a été la plus représentée avec **76,07%**.

Cararach. V et coll. dans leur étude randomisée Nifédipine versus Ritodrine au cours de la prise en charge des MAP en 2006 en Espagne avaient trouvé une moyenne d'âge de **26,9** ans [9] et LONTSI NGOULLA G.R. a trouvé une moyenne d'âge de **25,92** et la tranche d'âge **35-39** ans, la plus représentée avec **34,2%** au CHU de Ignace Deen à CONAKRY en **2007** [27].

4-Niveau d'instruction :

Dans notre étude, **54,70%** des gestantes étaient analphabètes tandis que dans son étude en **2006** DOUMBIA A.K. [18] a trouvé une fréquence de **82,78%**.

5-Profession :

Les ménagères avec **64,10%** ont constitué la catégorie professionnelle la plus représentée dans notre étude.

Cette prédominance des sans professions a été aussi retrouvée par LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] au CHU de Deen à CONAKRY en **2007**.

Ce nombre élevé des sans professions chez les femmes admises pour MAP s'expliquerait dans notre série d'une part par les travaux ménagers effectués par ces dernières. Car d'après « la grille de risque professionnel de prématurité » sont comptés comme indice fort : la station debout plus de **2** heures, le transport des charges de plus de **10 kg** ou encore les tâches répétitives [28]. Et d'autre part, à cause du fait qu'elles ne soient pas instruites et leur manque d'information en ce qui concerne l'hygiène de la grossesse.

6-Statut matrimonial :

Dans notre étude **92,31%** des gestantes étaient mariées et DOUMBIA A.K. en **2006** [18] a trouvé une prédominance de **96%**.

La prédominance des femmes mariées dans notre étude serait en rapport avec les mariages précoces et par le fait que la conception avant le mariage n'est pas bien acceptée dans notre société.

7-Parité :

Les paucipares avec **38,46%** ont été les plus touchées par la MAP, la même prédominance fût trouvée par LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] au CHU de Deen à CONAKRY en **2007**.

Ali Akbar et coll. en **2007** dans leur étude évaluant l'efficacité de la Nifédipine dans la prise en charge des MAP en Iran retrouvaient une prédominance des primipares avec **50,9%** [9]. Cette prédominance des primipares fût retrouvées par plusieurs auteurs chez les femmes hospitalisées pour MAP [5,17, 32].

8-Antécédent d'AP :

Seules **7,69%** de nos gestantes hospitalisées pour MAP avaient un antécédent d'AP .LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] au CHU de Deen

à CONAKRY en **2007** et **Laohapojanart. N et coll.** [5,25] ont trouvé respectivement une fréquence de **23,7%** et **5%**.

9-Motif de consultation :

Les algies pelviennes ont été le motif de consultation dans **42,73%**. Cette même prédominance des algies pelviennes a été rapportée par DOUMBIA A.K. en **2006** mais avec une prédominance de **74,2%** [18].

10-Le score de Baumgarten:

Dans **64,10%** des cas, nos patientes avaient un score de Baumgarten de gravité modérée (score Compris entre 4 et 6).

LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] au CHU de Deen à CONAKRY en **2007** a trouvé la même prédominance mais avec seulement **47,3%**.

Janky. E et coll. [23] ont trouvé la même prédominance mais avec un pourcentage plus élevé de **73,3%**.

Ceci pourrait s'expliquer dans notre étude par le fait que c'est très souvent à ce stade de gravité moyenne que les gestantes poussées par les signes d'appels (douleur abdomino – pelvienne, écoulement non sanglant ou parfois sanglant...) viennent en consultation.

11-Diagnostic étiologique :

Le paludisme occupe la **1^{ère}** place avec **38,46%** suivi de l'infection urinaire confirmée associée au paludisme avec **14,53%**.

LONTSY NGOULLA Guy Roger a trouvé la même prédominance du paludisme au CHU de Deen à CONAKRY en **2007** [27].

Janky. E et coll. dans leur étude ont rapporté que l'infection urinaire avec une fréquence de **16,7%** a occupé la **1^{ère}** place étiologique de la MAP [23].

La prédominance du paludisme dans notre étude serait due au caractère endémique de cette pathologie dans notre région d'étude et aussi à la mauvaise observance du traitement préventif intermittent (TPI) à base du sulfadoxine pyriméthamine (SP).

Des données de la littérature placent les infections au **1^{er}** rang des causes retrouvées au cours des MAP, bien que la plupart d'accouchement prématuré environ **2/3** survient sans cause évidente [7].

12-Dose de NIFEDIPINE reçue :

Le protocole de prise en charge par la Nifedipine a été respecté dans **94,39%** des cas. La dose minimale reçue au bout de **48** heures a été **50** mg dans **3,74%**, contre les **90** mg dans **78,8%** de LONTSY NGOULLA Guy Roger [27]. La dose maximale au bout de **48** heures a été **150** mg dans **96,26%** contre la dose maximale comprise entre **120** et **150** mg dans **21,2%** de LONTSY NGOULLA Guy Roger [27].

Dans la série de **Janky. E et coll.** [23] la dose administrée était de **420mg** pour un taux de réussite de **63,33%**, mais le taux de succès dans cette étude n'est pas meilleur que le notre à savoir **86,9 %**.

13-Evaluation de l'effet tocolytique :

A la **2^{ème}** heure suivant la **1^{ère}** prise de nifedipine (**30** mg de nifedipine **LI**), on a noté une persistance des CU chez **96,26%** de nos patientes et une heure après (**3^{ème}** heure) une persistance des CU chez **4,67%** de nos patientes, ce qui a conduit à un accouchement chez ces patientes. LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] dans son étude a trouvé à la **2^{ème}** heure suivant la **1^{ère}** prise de nifedipine (**30** mg de nifedipine **LI**), une persistance des CU chez **26,3%** des patientes et une heure après (**3^{ème}** heure) une persistance des CU chez **3%** des patientes.

Les contractions utérines diminuant dès la première heure pour disparaître complètement en deux ou trois heures après la **1^{ère}** prise (**30** mg de nifedipine **LI**) associée à la prise en charge étiologique précoce dans la majeure partie des cas nous permettent de constater l'efficacité de la Nifédipine en tant que tocolytique .

14-Effets secondaires :

Dans notre étude, le seul effet secondaire constaté fût **l'hypotension artérielle** avec **5,61%**. LONTSY NGOULLA Guy Roger [27] dans son étude a retrouvé comme effets secondaires, des vertiges suivis de céphalées avec respectivement **39,5** et **18,4%**.

Ces effets secondaires rencontrés résulteraient de l'effet hypotenseur de la Nifédipine.

15-Type de menace et évolution sous traitement :

Dans notre étude nous avons enregistré **23,36%** de patientes avec une menace légère (score de BAUM GARTEN ≤ 3) avec un taux de réussite à **80%**.

Pour la menace modérée (score de BAUM GARTEN entre 4 et 6) nous avons enregistré **67,29%** de patientes avec un taux de réussite à

93,05%. Enfin pour la menace sévère (score de BAUM GARTEN >6) nous avons enregistré **9,35%** de patientes avec un taux de réussite à **60%**. LONTSI NGOULLA Guy Roger [27] dans son étude a trouvé **34,22%** de patientes avec une menace légère pour un taux de réussite à **93,3%**. En ce qui concerne la menace modérée, il a enregistré **47,36%** de cas, pour un taux de réussite à **80%**. Enfin pour la menace sévère, il a enregistré **18,42%** de patientes avec un taux de réussite à **100%**.

Dans notre étude, l'issue de l'évolution sous traitement ne peut être rattachée seulement à la sévérité du score de Baumgarten, mais pourrait aussi dépendre des étiologies et de la rapidité de leur prise en charge.

16-Issue du traitement dans les 48 heures :

Nous avons obtenu un taux de succès de **86,9%** ; ceci se traduisant par une absence d'accouchement dans les **48** heures suivant l'instauration du traitement. LONTSI NGOULLA Guy Roger [27] dans son étude a trouvé **86,8%** comme taux de succès.

L'efficacité tocolytique de la Nifédipine est ainsi établie dans plusieurs études qui avec des protocoles semblables ou différents du notre ont eu les mêmes résultats [9, 5, 25, 30].

Ce taux de réussite dans notre étude serait en rapport d'une part avec le respect du temps d'intervalle de prise de dose d'entretien et d'autre part celui du repos au lit en décubitus latérale gauche mais aussi avec la prise en charge précoce des pathologies associées pouvant être en cause lorsqu'elles ont été décelées.

17-Durée du séjour à l'hôpital :

65,42% des gestantes ont fait moins de **10** jours d'hospitalisation avec une durée moyenne de 10 jours et des extrêmes allant de 3 à 31 jours. La recherche étiologique et leur prise en charge précoce pourrait expliquer leur courte durée de séjour hospitalier.

18-Mode d'accouchement :

La césarienne avec **50,98%** fut le mode d'accouchement le plus pratiqué dans notre étude, par contre **LONTSI NGOULLA Guy Roger [27]** et **Van Der Water et coll. [41]** dans leur étude publiée en 2008 sur l'efficacité de la Nifédipine versus ritodrine dans la prise en charge des MAP [41] ont retrouvé une prédominance de la voie basse avec **81,8%**.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude c'est déroulé dans un centre de santé de référence à caractère chirurgical et non en rapport avec la MAP.

19-Le score d'Apgar :

Pour les nouveau-nés de notre étude, le score d'Apgar a été ≥ 8 dans **87,72%** des cas à la **1^{ère}** minute et dans **93%** à la **5^{ème}** minute. **LONTSI NGOULLA Guy Roger [27]** a trouvé un score d'Apgar ≥ 7 chez **72,5%** de nouveaux nés à la **1^{ère}** minute et chez **92,5%** des nouveau-nés à la **5^{ème}** minute.

20-Poids des nouveau-nés à la naissance :

Le poids moyen des nouveau-nés dans notre étude était de **2600g** avec des extrêmes allant de **1700g** à **3400g** ; **77,2%** des nouveau-nés de notre étude avaient un poids d'au moins égal à **2500g** avec un âge gestationnel moyen de **36 SA+3 jours** au moment de l'accouchement.

LONTSI NGOULLA Guy Roger [27] a trouvé un poids moyen à **2550g** et **Papatsonis et coll. [33]** et **Ali Akbar et coll. [1]** ont trouvé dans leur série une moyenne respective de **2120g** et **2002g** de poids de nouveau né à la naissance après tocolyse de la MAP à la Nifédipine.

Ce poids moyen de notre étude serait étroitement lié à la moyenne d'âge gestationnel à l'accouchement.

21-Transfert de nouveau- nés en néonatalogie :

Dans notre étude, **19,3%** des nouveau-nés ont été transférés à la néonatalogie. **LONTSI NGOULLA Guy Roger [27]** et **Laohapojanart. N et coll. [25]** avaient retrouvé respectivement **29%** et **11,1%** de nouveau-nés transférés en néonatalogie.

Ce taux de transfert dans notre série pourrait s'expliquer par la naissance de certains nouveau-nés avant la **37^{ème}** SA ce qui a parfois nécessité un transfère en néonatalogie.

CONCLUSION :

La prise en charge de la MAP reste une priorité, ceci afin de réduire les problèmes liés à la prématurité surtout dans les pays en voie de développement.

A l'issue de notre étude, nous proposons un protocole de prise en charge de la MAP avec la NIFEDIPINE compte tenu de son coût, son efficacité et son innocuité, il pourrait être utilisé dans les pays en voie de développement comme tocolytique même en l'absence d'autorisation de mise sur le marché.

L'hypotension artérielle a été la principale contre-indication de la tocolyse à la Nifédipine et le seul effet indésirable observé.

RECOMMANDATIONS :

- **Aux autorités :**

-Doter le laboratoire du C.S.Réf.CV d'un équipement permettant la réalisation d'antibiogramme.

-Doter le service d'un cardiotocographe.

-Assurer la disponibilité des différentes formes de NIFEDIPINE à savoir la forme rapide **10 mg** et la forme retard **20 mg** dans toutes les pharmacies de la place ainsi que dans celle du C.S.Réf.CV.

- **Aux praticiens :**

-Remplir correctement les dossiers médicaux et fiches de surveillance des gestantes hospitalisées.

-Utiliser le protocole de NIFEDIPINE dans la prise en charge des MAP dans les pays à ressources limitées compte tenu de son efficacité, de son coût et des effets secondaires presque négligeables qu'elle peut entraîner, des efforts doivent être entrepris dans le cadre de la promotion de son utilisation dans la pratique obstétricale de notre pays.

VII-REFERENCES :

1- Ali Akbar T.,Parisa D.

Comparison of efficacy and safety of nifedipine versus magnesium sulfate in treatment of preterm labor.

Journal of research in Medical Sciences Juin 2007 ; Vol 12, N° 3.

2- Ancel P.Y.

Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membrane intactes : physiopathologie, facteurs de risque et conséquences.

J Gynecol Obstét Biol Reprod 2002; 31 (suppl. au n°7): 5S10 – 5S21.

Masson, Paris 2002.

3- Adrienne Z.A., Romero A.M., Suneet P.C.

Use of calcium channel antagonists for preterm labor.

Obstetrics and Gynecology clinics of North America. 2005; 519 – 525.

4- Andriamady R.C.L., Rasamoelisoa J.M., Rakotonoel H., Ravaonarivo H., Ranjalahy R.J., Razanamparany M.

Les accouchements prématurés à la Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Arch Inst Pasteur Madagascar 1999; 65 (2): 93-95.

5- 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

6- Bretelle F., Cravello L., Agostini A., Roger V., Blanc B.

Avancée dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Lettre au Gynécologues – n°284 – Septembre 2003.

7- Bruno C.

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

La revue du praticien. Gynécologie – obstétrique 2000, 50

8- 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.

9- Cararach V., Monste P., Sergi M., Père D., Myriam S., Teresa C., Oriol Coll.

Nifedipine versus ritodrine for suppression of preterm labor comparaison of their efficacy and secondary effects.

European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology 2006 ; 127, 204 – 208.

10- 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.

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

Accouchement du prématuré.

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

12- CNGOF : Recommandation pour la pratique clinique

La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes (2002).

13- Confédération Suisse. Département de l'intérieur. Communiqué de Presse.

La santé des nouveau-nés. Nombreuses naissances prématurées.

Embargo: 02.07.2007, 9:15

14- Courbière B., Carcopino X.

Gynécologie Obstétrique Internat 2004 Edition Vernazobres – Grego ;
2004, 71.

15- Crowley P Cochrane Database Syst Rev 2000 CD 000065

[http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP.](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP)

16- 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.

17- Diallo A.B.

Menace d'accouchement prématuré : aspect épidémiologique et
thérapeutique au service de gynécologie- obstétrique du CHU DONKA.
Thèse de Médecine Conakry 2003.

18- 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.

19- Economy K.E., Abuhamad A.Z.

Semin Perinatol 2001; 25, 5:264-71

[http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP.](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP)

20-Farine D., Mundle W., Dodd J.

Utilisation de la progestérone pour la prévention de l'accouchement
prématuré

Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada. N° 202, Janvier
2008.

21- Guitteau C., Foucher S., Sfeir N., Taylor S., Preaux N.

Tractocile dans les traitements de menace d'accouchement prématuré : Bilan de son utilisation sur un an et demi. Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Antoine Béchère, AP-HP 2003.

22- Houfflin- Debarge V., Subtil, PUECH F.

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

La revue du praticien (Paris). Gynécologie - obstétrique 1998, 48.

23- Janky E., Leng J., Cormier J., Salamon R., Meynard J.

Etude randomisée de traitement de la menace d'accouchement prématuré Nifédipine versus ritodrine

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1990. 19, 478 – 482. Masson Paris.

24- Keïta A.

Menace d'accouchement prématuré : aspects socio épidémiologique, cliniques et thérapeutiques à la maternité René Cissé d'hamdallaye à propos de 150 cas. Thèse de médecine Bamako 2003; N°45

25- Laohapojanart N., Suchada S., Teera W., Chaveewan R.B.

Safety and Efficacy of Oral Nifedipine versus Terbutaline Injection in Preterm Labor.

J. Med Assoc Thai 2007 ; Vol 90, N° 11.

26- Liggins G.C.

Initiation of parturition. Br Med Bull 1979; 35:145-150.

27- 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.

28- Mamelle N.

Grille de risque professionnel de prématuré.

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

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

30- Nandita M., Christian V., Kasvishavar A.

Tocolytic efficacy of Nifedipine versus ritodrine in preterm labor.
International journal of gynecology and obstetrics (2007) 97, 147 – 159.

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- Papatsonis D., Kok J.H., MD, Van Geijn H.P., Bleker O.P., Ader
H.J., Dekker G.A.**

Neonatal Effects of Nifedipine and Ritodrine for Preterm Labor
Obstetrics & Gynecology April 2000. Vol95, N° 4.

33- Papatsonis D.N.M., van Geijn H.P., Ader H.J. et al.

Obstet Gynecol 1997; 90:230-4

[http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP.](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP)

34- Recommandations pour la pratique clinique :

La menace d'accouchement prématuré à membrane intactes. CNGOF
2002.

35- Revue prescrire :

Menace d'accouchement prématuré : Les tocolytiques ont une place
limitée. 2002 Volume 22. N° 232. P. 676/ 686.

36- SAVEY, BENCHI A., COLAU J.C.

Le traitement médicamenteux de la menace d'accouchement de
prématuré

Rev Fr Gynécol Obstét 1995, vol 90, 5-6, 297-301.

37- Tan C., Devendra K., Tan L.K.

Singapore Med J 2006 ; 47,5 :361-6

[http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP.](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP)

38- Thoulon J.M.

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

39- 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.

40- Ulmsten U., Andersson K.E., Wingerup L.

Arch Gynecol 1980; 229:1-5

http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1134&PHP.

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

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

42- 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.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **DIALLO**

Prénom : **SOUMAÏLA**

Nationalité : **MALIENNE**

Téléphone : **76-02-13-00**

E-mail : **diso772003@yahoo.fr**

Titre de la thèse : **MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE:
PRISE EN CHARGE PAR L' UTILISATION DE LA NIFEDIPINE AU
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO.**

Année universitaire : **2010-2011**

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Secteur d'intérêt : **Obstétrique**

Résumé :

Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité des inhibiteurs calciques en l'occurrence la Nifédipine dans le traitement de la MAP dans notre contexte de travail, compte tenu de son coût et de ses effets secondaires minimes par rapport aux bêtamimétiques classiquement utilisés à cet effet.

L'étude était prospective, de type descriptif, d'une durée de six mois, au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO.

Au cours de notre étude nous avons trouvé une fréquence de **16,69%** de MAP chez les gestantes hospitalisées pour grossesse pathologique et après utilisation de la nifedipine, la tocolyse a été une réussite dans **60%** des cas dans les MAP à

membranes rompues et dans **89,70%** des cas dans les MAP à membranes intactes. La réussite de la tocolyse à la Nifedipine a été de **86,9%** dans l'ensemble des cas (membranes rompues et intactes) avec un gain moyen de **5 semaines de grossesse** dont l'issue a été la naissance de nouveau-nés parmi lesquels **77,2%** ont un poids $\geq 2500g$ et **93%** avaient un score **d'Apgar ≥ 8 à la 5^{ème} minute**.

L'hypotension artérielle a été la principale contre-indication de la tocolyse à la Nifédipine avec **7,69%** et a été le seul effet secondaire observé avec **5,61%** chez les gestantes après la prise de la Nifédipine.

Mots-clés : ***NIFEDIPINE, TOCOLYSE, MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE.***

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 reçu 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.

