

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE

ANNEE SCOLAIRE: 1998-99

N° 49

**PREMATURITE :**  
FACTEURS DE RISQUE , PRISE EN CHARGE ET DEVENIR  
IMMEDIAT DANS L'UNITE DE REANIMATION PEDIATRIQUE  
DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ...../1999

Devant  
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali  
Par

Mme N'DIAYE Maïmouna DIAWARA  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ETAT)

**Jury:**

**PRESIDENT :** Professeur Amadou I. DOLO

**MEMBRES** Docteur Salif DIAKITE  
Docteur Mamadou B. CISSE

**DIRECTEUR DE THESE:** Professeur Mamadou Marouf KEITA

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **AROUNA KEITA** - MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **ALHOUSSEINI AG MOHAMED** : MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** : MAÎTRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** : CONTRÔLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE  
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1- PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie- Traumatologie ( <b>Chef de D.E.R.</b> )
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

**2- MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	ORL
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**3- MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

#### 4- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamdou L. DIOMBANA  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE  
Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mr Adama SANGARE  
Mr Youssouf COULIBALY  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme KONIPO Fanta TOGOLA  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Issa DIARRA  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Stomatologie  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Orthopédie Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Anatomie & Chirurgie générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Orthopédie Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
O.R.L.  
O.R.L.  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Orthopédie Traumatologie  
Chirurgie Générale

### *D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES*

#### 1- PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T. TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Bactériologie – Virologie  
Anatomie – Pathologie Histo-embryologie  
Chimie Analytique  
Biologie  
Biologie (Chef de D.E.R.)  
Chimie Organique  
Physiologie

#### 2- MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Parasitologie  
Immunologie  
Bactériologie – Virologie

#### 3- MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A. DEMBELE  
Mr Massa SANOGO  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdrahamane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique  
Chimie Analytique  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie

#### 4- MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr N'yebigue Simon KOITA  
Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Amadou TOURE  
Mr Ibrahim I. MAIGA  
Mr Benoit KOUMARE  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Amagana DOLO  
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie  
Entomologie Médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Chimie Organique  
Biochimie  
Histo-embryologie  
Bactériologie – Virologie  
Chimie Analytique  
Biophysique  
Parasitologie  
Physiologie

## 5- ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie  
Parasitologie

## *D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES*

## 1- PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag ; RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie (Chef de D.E.R.)  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie

## 2- MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Somita KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE

Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Hématologie  
Dermato-Leprologie  
Médecine Interne

## 3- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Mamady KANE  
Mr Saharé FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mme Tatiana KEITA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Diankiné KAYENTAO  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Mamadou B. CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Adama D. KEITA

Médecine Interne  
Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Dermatologie  
Pneumologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Radiologie  
Radiologie

## 4- ASSISTANT

Mr Chrick Oumar GUINTO

Neurologie

## ***D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES***

### **1- PROFESSEUR**

Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

### **2- MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Arouna KEITA

Matière Médicale

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

### **3- MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Boulkassoum HAIDARA

Législation

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie (Chef de D.E.R.)

### **4- MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Drissa DIALLO

Matière Médicale

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

Mr Yaya KANE

Galénique

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1- PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (Chef D.E.R.)

### **2- MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE**

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

### **3- MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Yanick JAFRE

Anthropologie

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

### **4- MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Bakary I. SACKO  
Mr Sidiki DIABATE  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA  
Mr Niama, to DIARRA  
Mr Mamadou Bocary DIARRA  
Mr Mahamadou TRAORE

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Biochimie  
Bibliographie  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du milieu  
Mathématiques  
Cardiologie  
Génétique

## ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A. E. YAPO  
Pr. M. L. SOW  
Pr. D. BA  
Pr. M. BADIANE  
Pr. B. FAYE  
Pr. Eric PICHARD  
Dr G. FARNARIER

Biochimie  
Médecine Légale  
Bromatologie  
Pharmacie Chimique  
Pharmaco-dynamie  
Pathologie Infectieuse  
Physiologie

## DEDICACES

- **A tous ceux qui luttent contre la souffrance humaine.**

- **A mes Grand-parents in Memorium :** c'est naturel que je me souviennne de vous aujourd'hui : Paix à vos âmes.

• **A mon Père : Mamadou DIAWARA**

Ce jour est le tiens, c'est ta gloire et ton honneur, sans Dieu et ton impulsion, ce jour ne serait pas arrivé. Qu'Allah le Miséricordieux te garantisse une longue vie à nos côtés.

• **A ma Mère : Mariétou KONTAGA**

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton courage, ta modestie et ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilité de notre foyer. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Que Dieu te donne une longue vie à nos côtés.

• **A mon Epoux : Mamadou N'DIAYE**

Ce travail s'accomplit aussi grâce à ton soutien moral et matériel.

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et sois assuré de toute mon affection.

• **A mes beau-parents : Diam N'DIAYE et Fatou DIAWARA.**

Merci pour votre sympathie à mon égard.

• **A mes Oncles et Tantes.**

• **A mes Frères et Sœurs :** Malick, Oumar, Fanta, Sory, Barou, Khalil.

• **A mes Cousins et Cousines :** Ousmane, Papa, Bâh, Faty, Niamoye, Maty, Djindé.

- **A mes enfants** : Anna, Diam, Inna par amour maternel. Ce travail es un encouragement pour vous tous.

- **A mon Homonyme** : Nieriba COULIBALY in Memorium

J'aurai voulu que tu sois présente aujourd'hui, mais Dieu en a décidé autrement.

- **A mes Compagnons de la FMPOS** : plus particulièrement ceux de la chambre 202 : Oumou Diam N'DIAYE, Badiala KEITA, Awa NIANGADOU, Mouminatou KATILE.

## REMERCIEMENTS

**Je dédie ce travail à ALLAH le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.**

Mes remerciements particulières vont à :

- Nouhoum TIMBINE pour son soutien moral.
- Docteur TRAORE Mariam SYLLA : je vous remercie sincèrement en ce jour solennel, de m'avoir accordé vos temps précieux pour réaliser ce travail.
- Docteur Idrissa CISSE : acceptez mes remerciements sincères et toute ma reconnaissance.
- Docteur Hamady BAH : merci pour les conseil et le soutien que vous avez fait pour moi.
- Docteur Ibrahim TEKETE
- A tous mes camarades de la promotion : 1989-1997 notamment ceux de la pédiatrie : Abdou MALLE, Aïssata TALL, Abdoulaye Kassim KONE, Ibrahim FARIAH, Josepha Maya TRAORE, Oumou KONE, Tati SIMAGA.
- A mes cadets : Nathalie GRAH, Mme DOUCOURE Fanta BAGAYOGO.
- Mes sincères remerciements vont à tous ceux qui étant externes m'ont aidé à passer ces nuits de gardes combien dures en pédiatrie.
- A tout le personnel de la pédiatrie.
- Je remercie sincèrement tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin pour la réalisation de ce travail.
- A tout le personnel de la maternité de l'HGT.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Amadou I. DOLO**

**Agrégé de Gynécologie Obstétrique**

**Chef de service de Gynécologie Obstétrique à l'hôpital national du point « G ».**

**Président de la société malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.GO).**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Au cours de notre formation médicale, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos connaissances étendues, vos qualités de grand praticien et votre capacité à transmettre vos connaissances. Le sens profond du devoir d'un enseignant envers les étudiants ne vous a jamais fait défaut. Vos qualités humaines et sociales font de vous un éminent professeur de gynécologie obstétrique.

Permettez-nous cher maître, de vous adresser nos vives reconnaissances et notre grand respect.

**A notre maître et juge**

**Monsieur le Docteur Salif DIAKITE**

**Maître de conférences**

**Gynécologue accoucheur**

Nous avons été honoré de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges. Nous avons eu à apprécier vos hautes qualités humaines et professionnelles au cours de notre formation médicale. Veuillez accepter l'expression de nos vifs remerciements, de nos sentiments respectueux et de notre profonde gratitude.

**A notre maître et juge**

**Monsieur le Docteur Mamadou B. CISSE**

**Assistant chef de clinique dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.**

Avant notre passage dans le service , j'avoue ignorer toutes vos qualités :

Votre rigueur dans le travail ;

Votre esprit de méthode et d'organisation ;

Votre abord facile ont forcé notre admiration.

Je vous remercie sincèrement en ce jour solennel, de m'avoir accordé vos temps précieux pour réaliser ce travail.

**A notre maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Mamadou Marouf KEITA**

**Chef de service de la pédiatrie du l'hôpital Gabriel Touré**

**Président de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED)**

**Président de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF)**

Vous avez inspiré, guidé et suivi ce travail.

Vous êtes toujours resté disponible malgré vos multiples occupations. C'est le moment et le lieu de vous rendre hommage.

Votre abord facile, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre dévouement incontestable pour la survie et le bien-être de l'enfant ont forcé notre admiration.

Recevez le témoignage de toute notre reconnaissance.

## ABREVIATIONS

SA= Semaine d'aménorrhée  
CHU= Centre Hospitalier Universitaire  
HPG : Hôpital du Point « G »  
ml : millimètre  
Kg= Kilogramme  
H= Heure  
Pao2 = Pression partielle d'oxygène  
PACO2 = Pression partielle de gaz carbonique  
CO2 = Gaz carbonique  
PO2 = Pression d'oxygène  
g= gramme  
% = pourcentage  
N° = numéro  
CRAP = coefficient de risque d'accouchement prématuré  
mg = milligramme  
m = mètre  
cm = centimètre  
CHU-GT = Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré  
CPN = Consultation prénatale  
PC = Périmètre crânien  
mm= millimètre  
FC = Fréquence cardiaque  
FR = Fréquence respiratoire  
VAT = Vaccin antitétanique  
HTA = hypertension artérielle  
Nné = nouveau-né  
CESAC = Centre de soins d'animation et de conseil pour les personnes vivants avec le VIH  
DCI = dénomination commune internationale

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION,
2. OBJECTIFS
3. GENERALITES
4. METHODOLOGIE
5. RESULTATS
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS
7. CONCLUSION
8. RECOMMANDATIONS

# 1.

# INTRODUCTION

1.1. Définition

1.2. Ampleur du problème

## **1.1. DEFINITION**

Selon l'ancienne définition, était considéré comme prématuré, tout enfant né avec un poids inférieur à 2500 grammes. De ce fait, on excluait du champs de la prématurité les gros bébés immatures, notamment les enfants de mères diabétiques et on y incluait les enfants matures mais présentant un retard de croissance intra-utérine et qui représentent une variation de 25 à 30 % environ des Nouveau-nés de petits poids de naissance sinon plus [45].

**La prématurité :** c'est « *une naissance qui survient à partir du sixième mois de la grossesse et avant huit mois et demi, soit entre 28 et 37 semaines révolues d'aménorrhée (S.A.)* » [41].

Cette définition est davantage valable grâce aux progrès de la science et de la technique notamment l'échographie qui, faite au début de la grossesse, peut la dater avec une marge d'erreur assez faible et l'évaluation du nouveau-né par le test de DUBOWITZ corrélé avec la courbe de LUBCHENCO et collaborateurs.

Cette courbe permet de déterminer l'âge gestationnel avec une précision de plus ou moins huit jours [23].

## **1.2. AMPLEUR DU PROBLEME :**

La pathologie néonatale reste un problème de santé préoccupant, surtout dans les pays en développement où la mortalité néonatale représente le tiers des décès des services de pédiatrie.

Parmi les causes majeures de cette mortalité néonatale, figure la prématurité. Ainsi, une étude effectuée au Nicaragua par VANGEEDE

HUYSEN en 1987 portant sur les accouchements prématurés retrouve une fréquence de 10% dans la région de Riva au Nicaragua [62].

Une étude effectuée au Burkina Faso sur la morbidité et la mortalité dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier National a montré que les principales causes de la morbidité sont la souffrance cérébrale aiguë (41,5%), les infections néonatales (35,9 %), et la prématurité (15,9%) [54].

Afin de mieux connaître les causes de décès néonataux, une étude sur la morbidité et la mortalité hospitalière à Nouakchott (Mauritanie) a été réalisée à partir de l'analyse rétrospective des dossiers des nouveau-nés hospitalisés en 1996 dans le service de pédiatrie. Sur 517 nouveau-nés, la mortalité néonatale est de 51,7 % chez les enfants âgés de moins de sept jours à l'admission. Les principales causes d'hospitalisation ont été le petits poids de naissance (hospitalisés pour élévation), la détresse respiratoire, la souffrance fœtale aiguë et la mort apparente, les infections néonatales. 64 % d'entre eux sont décédés. Chez ces enfants, le petit poids de naissance est un élément capital de pronostic : 92 % de décès chez les moins de 1500 grammes, 56 % chez les 1500 – 2500 grammes, 35 % chez les 2500 – 3500 grammes [50].

Au Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Cocody (République de Côte d'Ivoire), il ressort de l'analyse de la pathologie néonatale et de la perspective pour la mortalité sans risque que les quatre principales causes et les morbidités sont les infections néonatales (33,72 %), la souffrance cérébrale (30,31 %), la prématurité (17,35 %) et les détresses respiratoires (13 %). Pour les quatre principales causes de mortalité, la prématurité vient en tête avec un taux de létalité de 29,54 % suivie de la souffrance cérébrale (29,12%), des détresses respiratoires (27,27 %) et des syndromes hémorragiques (26,92 %) [26].

Une étude effectuée sur les facteurs liés aux pathologies en période néonatale précoce au C.H.U. de Lomé (Togo), à propos de 250 nouveau-

nés pathologiques a obtenu les résultats suivants : les infections : 36,4 %, la souffrance cérébrale : 19,6 %, la prématurité : 16,4 %, la détresse respiratoire : 7,6 % et la maladie hémorragique : 4,8 % [9].

Un travail mené dans l'unité de néonatalogie de Dakar (Sénégal), sur les aspects évolutifs de la pathologie néonatale a obtenu un taux de mortalité néonatale de 33,79 % dont 25,26 % de mortalité néonatale précoce. Ce taux de mortalité est trois fois plus élevé chez les prématurés que chez les nouveau-nés à terme. L'infection néonatale est la première cause de décès (60,20 %), suivie de la prématurité et la souffrance cérébrale anoxique [56].

Hormis cette mortalité élevée, la survie de ces nouveau-nés est parfois obtenue au prix de séquelles neurologiques plus ou moins sévères.

Une expérience de l'unité de néonatalogie du C.H.U. de Treichville (Côte d'Ivoire), réalisée sur l'impact de l'initiative hôpitaux amis des « Bébés » sur la mortalité néonatale a montré que pendant 10 ans, la prématurité a été la cause la plus fréquente d'hospitalisation. Elle a été aussi la cause principale de la mortalité néonatale. [42]

L'analyse rétrospective de 370 décès de nouveau-nés de 0 à 28 jours hospitalisés dans une structure pédiatrique semi-urbaine du Nord-Togo en 1984 – 1985, et 1994 et 1995 a révélé que la prématurité, l'infection, la souffrance cérébrale, la détresse respiratoire ont été les causes majeures de ces décès [1].

Les résultats de ces études ne reflètent pas les réalités du Mali à cause de la différence de facteurs socio-économiques, géographiques et culturels. Au Mali les statistiques nationales ont montré pour la population globale, une fréquence de 4,1 % de naissances de petits poids.

A Bamako, NDIAYE F. en 1979 [45] et SIDIBE B. [55] ont mis en évidence, la prédominance des facteurs socio-économiques et l'origine infectieuse dans la survenue de l'accouchement prématuré en milieu hospitalier bamakois.

GARBA T. S. a fait une étude portant sur les aspects obstétricaux de la prématurité à l'Hôpital du Point G (H.P.G.) et a enregistré 26,8% de décès dus aux causes classiques de l'accouchement prématuré [23].

Une étude prospective allant de février 1990 à février 1991 dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré au Mali sur 70 nouveau-nés âgés de 0-28 jours a permis de déterminer un taux de mortalité néonatale de 30% avec une mortalité néonatale précoce de 30,6% contre 31,6% pour la mortalité néonatale tardive.

Du point de vue morbidité, les différentes affections les plus fréquemment rencontrées sont : l'infection néonatale, l'ictère néonatale, la souffrance fœtale, le syndrome hémorragique et la prématurité ; ce dernier possède la létalité la plus élevée (57,14%).

L'accouchement prématuré demeure une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre, appelés à collaborer ensemble en vue de réduire la morbidité et la mortalité néonatales. Dans nos pays, elle se caractérise particulièrement par sa mortalité élevée et ses séquelles surtout neurologiques qui lorsqu'elles existent, compromettent l'avenir de l'enfant né prématurément.

# 2.

# OBJECTIFS

2.1. Objectif général

2.2. Objectifs spécifiques

## **2.1. OBJECTIF GENERAL :**

Etudier la prématurité dans le service de pédiatrie du C.H.U. Gabriel TOURE de Bamako (Mali).

## **2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence de la prématurité dans le service de pédiatrie C.H.U. Gabriel TOURE,
- Déterminer les facteurs de risque de mortalité chez les prématurés dans le service ,
- Analyser la prise en charge du prématuré dans le service,
- Déterminer le devenir immédiat du prématuré dans le service.

# 3

## GENERALITES

- 3.1. Embryologie
- 3.2. Particularités physiologiques du prématuré
  - 3.2.1. Adaptation respiratoire
    - 3.2.1.1. Pendant la vie fœtale
    - 3.2.1.2. Transformations post-natales
      - a) Première inspiration et résorption du liquide pulmonaire
      - b) *Première expiration et capacité résiduelle fonctionnelle*
      - c) Premiers mouvements respiratoires
      - d) Relations entre perfusion et ventilation
      - e) Modifications de l'hémoglobine
  - 3.2.2. Thermorégulation
    - 3.2.2.1. Pendant la vie fœtale
      - a) Limitation de la déperdition de la chaleur
      - b) Production de la chaleur
    - 3.2.2.2. A la naissance
  - 3.2.3. Adaptation métabolique
  - 3.2.4. Adaptation rénale
  - 3.2.5. Fonctions immunitaires
- 3.3. Quelques données épidémiologiques
- 3.4. Les étiologies de l'accouchement prématuré
  - 3.4.1. Anomalies du Contenu utérin
    - a) La grossesse gémellaire
    - b) Le placenta praevia
    - c) L'Hydramnios:
    - d) Les syndromes vasculo-rénaux
    - e) L'incompatibilité rhésus
  - 3.4.2. Les anomalies du contenant
    - a) Les malformations acquises
    - b) Les malformations utérines
    - c) La béance cervico-isthmique
  - 3.4.3. Les infections
    - a) Les infections urinaires
    - b) Les infections cervico-vaginales
    - c) Les maladies infectieuses
  - 3.4.4. Les maladies maternelles non infectieuses
    - a) Le diabète
    - b) Les cardiopathies
    - c) Les antécédents
    - d) Les maladies chroniques
  - 3.4.5. Les facteurs socio-économiques
- 3.5. Clinique

### **3.1. EMBRYOLOGIE :**

L'embryologie étudie le développement des êtres vivants depuis le germe initial jusqu'à l'âge adulte. Ces étapes, qui constituent l'ontogenèse, sont caractérisées par une succession de multiplications et de différenciations cellulaires, par une organisation progressive et par des transformations complexes. Elles aboutissent à la formation d'un organisme doué d'une vie autonome ou semi-autonome.

Le développement ontogénique ou embryogénèse, suit immédiatement la fécondation de l'ovule parvenu à maturité par le spermatozoïde. L'œuf fécondé, ou zygote, va présenter une série continue de processus de croissance et de changements morphologiques qui s'enchaînent sans interruption.

Certaines étapes se retrouvent chez tous les métazoaires. Ces stades, reconnaissables par la réalisation de processus du même ordre, sont les suivantes :

- La segmentation,
- La gastrulation,
- La neurulation,
- L'organogenèse.

En fait, ces processus s'enchevêtrent, car le développement ontogénique se déroule de façon continue.

Mais dans ce enchaînement d'événements morphogénétiques, il est utile, pour la commodité de l'analyse, d'isoler des phases dont la signification est particulièrement importante.

L'embryologie comparée, par l'étude des premiers stades de développement d'espèces appartenant à des classes différentes, a montré

que dans les débuts de l'ontogenèse, l'œuf de tous les vertébrés présente une série de dispositions morphologiques d'une similitude remarquable.

C'est ainsi que chez tout animal, l'œuf commence par se segmenter jusqu'à ce qu'il forme ce qu'on appelle une blastula. La poursuite du développement aboutit à un autre type d'organisation toujours retrouvé, la gastrula, dont la forme schématique comprend deux couches cellulaires distinctes, bientôt complétées par l'apparition d'une troisième couche qui s'interpose entre elles.

L'étape suivante est caractérisée par l'ébauche du système nerveux : c'est la neurulation. On assiste ensuite à la différenciation des tissus et organes, ou la phase d'organogenèse.

Il est vrai que ces stades fondamentaux présentent une grande diversité d'aspects selon les classes et les espèces étudiées. Chez certaines, la blastula et la gastrula sont littéralement schématiques, alors que chez d'autres, ces formes sont obscurcies par des adaptations complexes. Dans ce dernier cas, il s'agit généralement de contraintes imposées par les conditions de nutrition de l'embryon en voie de développement.

Pour amener ces exemples au modèle général, les embryologistes ont dû recourir à des homologues dont la justesse n'a pu être démontrée qu'à la suite d'observations laborieuses et de nombreux travaux expérimentaux. Moyennant quoi, on peut considérer comme une loi biologique générale que la segmentation et la gastrulation se font selon des principes communs à l'ensemble des vertébrés, peut-être même applicables à tous les Métazoaires.

Le plan général des premiers développements subit bien sûr des variations de détail pour chaque espèce. Ces différences sont dues à l'action de l'hérédité propres à l'espèce considérée.

Les facteurs de l'hérédité interviennent en effet dès le début de l'ontogenèse, justifiant la phrase de Brachet : « L'embryogenèse est au fond, l'hérédité en action ». Chaque espèce possède, inscrit dans ses chromosomes, un ensemble de potentialités qui s'exprimeront au cours du développement.

Le complément chromosomique est lui-même le résultat d'une longue évolution, caractérisée par d'innombrables modifications et transformations. Il garde ainsi l'empreinte d'une longue vie d'états antérieurs. Le zygote a derrière lui un long passé, dont seuls persistent des vestiges, mais qui est néanmoins à l'origine de son état actuel.

Ces quelques faits expliquent l'unité des grandes lois ontogénétiques chez les vertébrés. Puisque leur expression morphologique est la même, ou présentent la même signification chez tous leurs représentants, c'est qu'une parenté proche les unissait à l'origine.

Les adaptations structurelles propres à chaque classe montrent que les formes qui les composent ont été soumises ensemble et de façon identique aux facteurs de l'évolution. Ce n'est pas un hasard si l'embryon de tous les vertébrés y compris ceux qui ont une respiration strictement aérienne, présente toujours, au début de son développement des fentes ou des poches branchiales. Cet appareil brachial est en tout point comparable à celui des poissons du même stade, chez qui il se transformera en organe fonctionnel.

Il est ainsi évident que les mammifères, dans le développement de leur pharynx, commencent par suivre la voie commune à tous les vertébrés, ce qui fait présumer qu'ils ont eu, dans les premiers temps de leur évolution, des ancêtres à respiration aquatique.

Par l'unité des grandes lois du développement et de ses stades les plus précoces dont on pourrait facilement multiplier les exemples ,

l'embryologie générale a apporté une preuve de l'évolution des espèces au moins aussi convaincante que celles tirées de la paléontologie.

Cette conclusion légitime a entraîné certains embryologistes à des interprétations plus hasardeuses, en les faisant admettre que les premiers stades du développement étaient la reproduction des formes ancestrales réelles, autrement dit que le développement ontogénétique était la récapitulation en raccourci, de l'évolution phylogénétique de l'espèce considérée.

Erigée par Haeckel au rang d'une « loi biogénétique fondamentale », cette théorie faisait du zygote, de la blastula et de la gastrula des images de formes ancestrales dont on s'efforça de retrouver dans la nature des représentants plus ou moins approchés. Or, il existe des organismes qui sont constitués à l'état adulte sur le plan de la gastrula, ce sont les coelentérés ou gastrées, sortes de petits estomacs, où la cavité gastrulienne joue le rôle de cavité digestive.

Après les études de Heckel sur les coelenterées, on a constaté que chez un prochordé, l'amphioxus, la gastrulation se fait de façon schématique en formant un sac à double paroi cellulaire.

Tout en fournissant une base pour la compréhension de la gastrulation, chez les chordés, cette observation est à l'origine d'une théorie selon laquelle l'œuf des Métazoaires passe par une phase gastrulaire, parce qu'au cours de l'évolution phylogénétique, il y aurait eu une étape primordiale pendant laquelle les êtres vivants auraient été des gastrées.

Malgré son caractère séduisant, cette théorie était excessivement hasardeuse et a suscité des réactions critiques justifiées. Dire que l'ontogenèse est une récapitulation de la phylogenèse est manifestement exagéré, mais il reste incontestable que l'évolution phylogénétique a imprimé des schémas d'organisation indélébiles dans l'embryogenèse.

L'ontogenèse ne reproduit aucun ancêtre des vertébrés, mais garde le témoignage de leur existence passée.

Ainsi, partant de ce rappel, nous savons que toute interruption prématurée de la grossesse va aboutir à la mise au monde d'un être immature., dont le nom diffère selon l'âge auquel cette interruption a eu lieu.

Ceci va nous permettre de distinguer ces différents stades :

- de 0 à 27 S.A. —————> Avortement
- de 28 à 37 S.A. —————> Prématurité
- de 38 à 42 S.A. —————> Terme
- >42 S.A. —————> Post-terme [4]

### **3.2. PARTICULARITES PHYSIOLOGIQUES DU PREMATURE :**

Pendant toute la durée de la gestation (10 mois lunaires, soit 40 semaines), le placenta prend en charge les fonctions de respiration, d'échanges thermiques, de nutrition et d'épuration. L'embryon, puis le fœtus se développe et mature progressivement jusqu'à devenir aptes à assumer l'autonomie soudaine que réalise la naissance. Le passage brutal de la vie aquatique à la vie aérienne est certainement le plus spectaculaire impliquant de manière impérieuse la mise en jeu de la respiration et de la perfusion pulmonaire. Une adaptation immédiate est également indispensable en ce qui concerne la thermorégulation, les équilibres métaboliques, les fonctions rénale et digestive. La fonction immunitaire s'enrichit progressivement tandis que s'établissent les rythmes circadiens. Les processus d'adaptation ne sont pas seulement représentés par des modifications physiologiques néonatales immédiates mais s'échelonnent sur plusieurs jours, semaines ou mois.

L'interruption précoce de la grossesse chez le prématuré constitue un frein dans le suivi de cette chronologie. Ceci va se manifester par des troubles divers selon l'âge gestationnel.

### **3.2.1. Risque respiratoire :**

Pendant la vie fœtale les échanges gazeux sont assurés par diffusion à travers la membrane placentaire. L'appareil respiratoire évolue selon 4 périodes : embryonnaire (3 à 6 semaines), pseudo-glandulaires (6 à 17 semaines), canaliculaire (17 à 24 semaines), alvéolaire (24 semaines au terme). La microcirculation se développe : ce n'est qu'à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine que la surface d'échange est suffisante pour assurer les transferts gazeux respiratoires après la naissance. Durant toute la vie fœtale existe une sécrétion permanente de liquide par les cellules épithéliales alvéolaires (2,9 ml/Kg/h) ; ce liquide pulmonaire fœtal est déversé par à-coups dans la cavité amniotique. Des mouvements « thoraciques » apparaissent chez le fœtus dès la 1<sup>ère</sup> semaine de vie intra-utérine et occupent progressivement une part de plus en plus importante du temps. Ils sont en relation avec les périodes de sommeil paradoxal et ne sont influencés par les stimuli chimiques que lors des variations intenses : lors d'une souffrance fœtale aiguë par exemple.

L'aération pulmonaire à la naissance est tributaire de la présence dans les alvéoles d'un composé tensio-actif capable d'une forte tension en petite surface : le surfactant. Composé phospholipidique, riche en phosphatidylcholine, le surfactant est synthétisé dès la 24<sup>ème</sup> semaine par les cellules alvéolaires de type II. Cette synthèse d'abord assurée par méthylation, se fait aussi par condensation à partir de la 35<sup>ème</sup> semaine ; elle serait accélérée ou retardée par de nombreuses influences hormonales ou médicamenteuses.

Pendant la période post-natales, la première inspiration survient dans les 15 secondes qui suivent la naissance. Elle est déclenchée par le froid, par les stimuli nociceptifs, et les variations de PAO<sub>2</sub> et de PACO<sub>2</sub> secondaires à

la ligature du cordon. Il existe une très grande influence de la sensibilité des chémorécepteurs entre le fœtus et le nouveau-né. La réponse au  $\text{CO}_2$  du nouveau-né à terme est aussi importante que celle de l'adulte ; pour l'enfant prématuré, cette réponse est plus faible, surtout s'il existe associée une hypoxie. La réponse au  $\text{CO}_2$  s'accroît avec l'âge post-menstruel.

La première inspiration amorce le phénomène de résorption du liquide pulmonaire fœtal.

Très progressivement au cours du premier trimestre de vie, l'hémoglobine fœtale laisse place à l'hémoglobine de type adulte dont l'affinité pour l' $\text{O}_2$  est plus importante pour des  $\text{PO}_2$  plus élevées réalisant une adaptation aux échanges gazeux alvéolo-capillaires. Chez le nouveau-né prématuré le stock initial d'hémoglobine faible, les soustractions sanguines répétées dans les premières semaines, la sécrétion d'érythropoïétine insuffisante explique la fréquence de l'anémie. cette anémie est d'autant plus fréquente , marquée et précoce que l'immaturité est grande. Il s'agit d'une anémie normochrome normocytaire non régénérative (taux bas de réticulocytes). Elle est habituellement maximale 6-10 semaines après la naissance.

**\* Risque d'hypothermie :**

Pendant la vie fœtale, les conditions sont celles d'une lutte contre le chaud. Le fœtus est situé dans un environnement chaud et produit lui-même de la chaleur. Le placenta fonctionne comme un véritable échangeur thermique. En l'absence du placenta, la température du fœtus s'élèverait de trois degrés par heure.

A la naissance, le bouleversement est total puisque le nouveau-né est confronté à une lutte contre le froid. Au moment de la naissance, la température rectale du nouveau-né est aux environs de  $37^{\circ}6$  à  $37^{\circ}8$ . La température ambiante de la salle d'accouchement est en moyenne de  $23^{\circ}$ . Il existe donc un important gradient thermique. Or l'enfant est mouillé,

son pannicule adipeux est faible, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant prématuré, et le rapport surface corporelle/volume du corps est très nettement supérieur à celui de l'adulte surtout pour les enfants de poids de naissance inférieur à 2000 g. Les conditions sont donc réunies pour une déperdition calorique majeure par :

évaporation (enfant mouillé),  
conduction (matelas froid),  
convection (air ambiant),  
radiation (murs de la pièce).

En l'absence de précautions, la température cutanée du nouveau-né peut diminuer rapidement de 0,3°C/minute, la température rectale s'abaissant plus lentement.

Les dépenses énergétiques impliquées sont considérables et ne sont pas toujours correctement assumées par les enfants de faible poids de naissance. La soustraction énergétique nécessaire au maintien de la température centrale peut ralentir l'accroissement pondéral ou même statural de l'enfant. Il est donc nécessaire de veiller au maintien de la neutralité thermique c'est-à-dire maintenir l'enfant dans des conditions telles que les seuls ajustements de la circulation périphérique suffisent au maintien de la température centrale.

#### **\* Risque métabolique**

Dès le moment de la naissance, entrent en jeu les mécanismes régulateurs permettant d'assurer l'homéostasie calcique, l'équilibration glycémique. Chez le nouveau-né prématuré, l'absence de réserve notamment énergétique entraîne des risques d'hypoglycémie, d'hypocalcémie.

De la même manière, la mortalité est d'autant plus grande que le poids est plus faible; la cassure de la courbe de mortalité en fonction du poids se situe à 1500 grammes. [51]

Les progrès de la réanimation néonatale ont fait chuter la mortalité périnatale des prématurés. Les résultats sont spectaculaires pour les enfants de moins de 1500 grammes. c'est seulement la mortalité des enfants de moins 1000 grammes qui est peu influencée par les techniques récentes que sont les méthodes de réanimation respiratoire et circulatoire.

Les séquelles à long terme sont d'autant plus difficiles à étudier qu'il faut nécessairement un délai de plusieurs années.

### **3.4. LES ETIOLOGIES DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE :**

Elles sont nombreuses et souvent intriquées. Dans près de 40% des Cas, on ne retrouve pas de facteur étiologique précis. L'accent est actuellement mis sur les facteurs socio-économiques plus difficilement quantifiables que les anomalies du contenu utérin ou du contenant, ainsi que les infections urinaires ou cervico - vaginales.

#### **3.4.1. Anomalies du Contenu utérin :**

##### ***a- La grossesse gémellaire :***

La durée moyenne est de 36 - 37 S.A. soit 260 jours au lieu de 280 dans les grossesses uniques. Classiquement, l'accouchement prématuré est plus fréquent chez la primipare que chez la multipare et plus fréquent si la mère à moins de 25 ans.

La fréquence des accouchements prématurés est plus importante en cas de jumeaux de sexes différents que de même sexe [51].

Les causes de cet accouchement sont nombreuses :

- insertion basse du placenta.

- rupture prématurée des membranes ;
- insuffisance cardiaque fonctionnelle de la mère.

Dans ce cas précis, le repos complet protégerait les cas marginaux en dérivant vers l'utérus des masses sanguines requises habituellement pour d'autres territoires. Le repos intervient en diminuant le poids de l'utérus distendu sur le col utérin, en augmentant vraisemblablement le débit placentaire et peut être en modifiant la répartition hydrique dans les divers compartiments de l'organisme.

#### ***b- Le placenta praevia :***

Au cours du dernier trimestre, le développement du segment inférieur crée un clivage entre le placenta et l'utérus expliquant ainsi l'hémorragie de l'accouchement prématuré qui peut en découler.

Le nouveau-né issu d'un accouchement prématuré pour placenta praevia semble fragile ; la mortalité des enfants de 2 500g est nettement plus élevée dans le placenta praevia hémorragique. Ce taux peut s'expliquer par l'importance et la fréquence de l'anoxie foétale ainsi que l'hémorragie foétale et de l'anémie.

#### ***c- L'Hydramnios :***

Rare, mais il se termine par un accouchement prématuré une fois sur quatre par rupture prématurée des membranes. Les étiologies sont :

Maternelles : Diabète, iso-immunisation, toxémie gravidique.

Fœtales : malformations (système nerveux central : 50% et tractus digestif 25%).

#### ***d- Les syndromes vasculo-rénaux :***

Atteignant 5% des femmes enceintes. La toxémie gravidique survient surtout chez la primipare de moins de 30 ans. Elle est favorisée par une néphropathie sous-jacente la grossesse gémellaire, l'hydramnios et le diabète.

L'accouchement prématuré provoqué par Césarienne permet de sauver un fœtus d'une mort imminente, elle fait régresser la pathologie maternelle et évite les complications.

#### ***e- L'incompatibilité rhésus.***

La maladie hémolytique est un facteur, par elle-même d'accouchement prématuré. La transfusion in utero comporte un risque faible d'accouchement prématuré.

### **3.4.2. Les anomalies du contenant :**

#### ***a- Les malformations acquises :***

Les synéchies corporeales

Les fibromes sous-muqueux ou intra cavitaires. Ces malformations diminuent le volume de la cavité utérine.

#### ***b- Les malformations utérines :***

- Les utérus cloisonnés.
- Les utérus unicornes ou pseudo-unicornes ;
- Les utérus bicornes ;
- L'hypoplasie utérine fréquemment associée à la malformation joue un rôle très important dans la survenue de l'accouchement prématuré.

En plus du défaut d'extensibilité de la cavité utérine, d'autres facteurs interviennent :

- L'hypovascularisation.
- La mauvaise qualité des tissus recouvrant les cloisons ;
- La fibrose myométriale.

#### ***c- La béance cervico-isthmique :***

Elle est recherchée par le test du calibrage ; c'est le passage au niveau de l'orifice interne du col, d'une bougie de Hegar n°8 en phase lutéale.

L'hystérosalpingographie affirme le diagnostic devant la constatation d'une image en conduit de cheminée. On retrouve un élargissement du défilé isthmique persistant au cliché d'évacuation.

Sur le plan étiologique, on distingue :

- Les béances congénitales souvent associées aux malformations et à l'hypoplasie utérine.
- Les béances traumatiques : avortements provoqués.
- Les béances fonctionnelles : qui se relèvent au cours de la grossesse et diagnostiquées par le calibrage du col; le cerclage réalisé vers la 13<sup>ème</sup> - 15<sup>ème</sup> semaine permet de prévenir l'accouchement prématuré.

### **3.4.3. Les infections :**

#### ***a- Les infections urinaires :***

5 à 10% des femmes enceintes. L'infection urinaire haute ou basse est une cause majeure de menace d'accouchement prématuré. L'infection est souvent asymptomatique.

#### ***b- Les infections cervico-vaginales :***

Plusieurs micro-organismes incluant le streptocoque bêta, *Neisseria Gonorrhoeae*, listeria monocytogènes, chlamydia trachomatis, Bactéroïde, mycoplasma et trichomonas ont été associés à la naissance d'enfants de petits poids.

L'examen cyto bactériologique des urines, l'étude d'un marqueur de la « C. réactive protéine » et l'amniocentèse permettent d'affirmer le diagnostic de l'infection urinaire, la chorioamniotite et l'infection du liquide amniotique sont souvent incriminées dans l'accouchement prématuré.

#### ***c- Les maladies infectieuses.***

De la mère : l'infection agirait comme facteur de stress fœtal et le déclenchement prématuré de l'accouchement serait lié à la stimulation surrenalienne du fœtus.

Le liquide amniotique : la listériose représente une entité qu'il faut connaître. Il s'agit de listéria monocytogène, bacille gram positif, isolé par culture.

Le paludisme dans nos contrées : est une cause d'accouchement prématuré par les états fébriles prolongés. L'infection palustre va entraîner une anémie clinique et des dépôts de pigments malarines au niveau placentaire perturbant ainsi les échanges placentaires. Il s'en suit soit un accouchement prématuré, soit une hypotrophie fœtale, rarement un paludisme fœtal.

### **3.4.4. Les maladies maternelles non infectieuses.**

#### ***a- Le diabète :***

Le diabète chez la mère lorsqu'il n'est pas équilibré par le traitement médical constitue un risque important d'accouchement prématuré. Les risques fœtaux sont d'autant plus grands que le diabète est ancien, qu'il existe des lésions dégénératives.

#### ***b- Les cardiopathies :*** valvulaires ou congénitales.

#### ***c- Les antécédents :***

Les femmes ayant un ou plusieurs accouchements prématurés dans les antécédents.

#### ***d- Les maladies chroniques :***

toutes les maladies chroniques sont des facteurs favorisant l'accouchement prématuré, par leur retentissement sur les mécanismes d'adaptation de l'organisme maternel à la grossesse et essentiellement sur les systèmes cardio-vasculaires et pulmonaires.

### **3.4.5. Les facteurs socio-économiques :**

Ceux-ci sont actuellement les plus étudiés mais les moins quantifiables. Les enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence un certain nombre de facteurs défavorables : mères célibataires, grossesse non désirée, âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans, niveau culturel bas, grossesses rapprochées et répétées, présence d'enfants en bas âge au foyer familial. Tous ces éléments entraînent des conditions de vie et de travail défavorable.

L'absence ou l'insuffisance de surveillance médicale pendant la grossesse.

### **3.5. CLINIQUE :**

Les consultations prénatales permettent d'établir le coefficient du risque d'accouchement prématuré (CRAP).

Selon la méthode de PAPERNIK ( Confère Tableau I). Ainsi ce risque peut être quantifié et apprécié :

- Si le CRAP est inférieur à 5, il n'y a pas de risque d'accouchement prématuré.
- De 5 à 10, risque potentiel.
- Supérieur à 10, risque d'accouchement prématuré certain.

L'accouchement prématuré doit être prévenu. Le traitement en fonction de l'indice de BAUMGARTEN (Confère tableau II) est étagé à des degrés divers.

Il passe par la mise au repos de la gestante, à domicile ou en milieu hospitalier, les tocolytiques (les bétamimétiques), les antiseptiques vaginaux, les alfabloquants, le diazepam, et en cas d'étiologie retrouvée, le traitement étiologique.

Il faut accepter l'accouchement prématuré [14] d'emblée ou après échec de la tocolyse s'il existe :

- Une rupture franche des membranes.
- Un col effacé, dilaté à plus de 4 centimètres.
- L'accouchement prématuré étant fragilisé, l'accouchement par les voies naturelles sera un traumatisme supplémentaire.

**Pour ce faire, il faut :**

- Hâter la dilatation par les ocytocines et les antispasmodiques mineurs type Buscopan ®.
- Préserver la poche des eaux le plus longtemps possible sans pour autant entraver la dilatation.
- Aider à l'expulsion : épisiotomie et ou forceps.

Un engagement précoce des fesses avant la dilatation complète en cas de présentation de siège est une indication large de césarienne entre 32 et 37 semaines d'aménorrhée.

Après l'accouchement la révision utérine doit être systématique à la recherche de malformation utérine. Si les conditions ne sont pas bonnes pour accueillir un prématuré, il faut prévoir sa naissance et transférer la mère vers un centre où l'on peut accueillir le prématuré avant que celui-ci ne naisse.

Les risques du prématuré sont :

- Respiratoires : la maladie des membranes hyalines.
- Métaboliques : hypoglycémie pouvant laisser des séquelles graves.
- Hépatiques : ictère précoce grave avec ictère nucléaire.
- Hémorragiques : la maladie hémorragique du nouveau-né à prévenir par l'injection de la vitamine K1 20 mg en intramusculaire.

Tableau 1 : Estimation du C.R.A.P. : Coefficient du risque d'accouchement prématuré, selon Papiernik

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux enfants ou plusieurs sans aide familiale</li> <li>- Bas niveau socio-économique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Curetage</li> <li>- Court intervalle après grossesses antérieures (1 an entre accouchement et fécondité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail à l'extérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatigue inhabituelle</li> <li>- Prise de poids excessive</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle</li> <li>- Moins de 20 ans</li> <li>- Plus de 40 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Curetages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus de 3 étages sans ascenseur</li> <li>- Plus de 10 cigarettes par jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de 5 Kg de prise de poids</li> <li>- Albuminurie</li> <li>- Hypertension +13</li> <li>- Hypotension +8</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bas niveau socio-économique</li> <li>- Moins de 1,5 m</li> <li>- Moins de 45 kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Curetages ou +</li> <li>- Utérus cylindrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Long trajet quotidien</li> <li>- Effets inhabituels</li> <li>- Grand voyage</li> <li>- Travail fatiguant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chute de poids de mois précédent</li> <li>- Tête basse</li> <li>- Segment inférieur formé</li> <li>- Siège à 7 mois</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de 18 ans</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pyélonéphrite</li> <li>- Métrorragie du 2<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>- Col court</li> <li>- Col perméable</li> <li>- Utérus contractile</li> </ul>
5		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malformation utérine</li> <li>- 1 avortement tardif</li> <li>- 1 accouchement prématuré</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse gémellaire</li> <li>- Placenta previa</li> <li>- Hydramnios</li> </ul>

Tableau 2 : Indice de menace d'accouchement Prématuro de BOUMGARTEN et de GRUBER.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Contractions utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Métrorragies peu importantes	Hémorragies		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm ou +

# 4

# METHODOLOGIE

- 4.1. Lieu et cadre de l'étude
  - 4.1.1. Bamako
  - 4.1.2. l'H.G.T.
  - 4.1.3. Le Service de pédiatrie
    - a) Le Bâtiment
    - b) Le Personnel
    - c) Le Fonctionnement
  - 4.1.4. Hospitalisations
- 4.2. Période et type d'étude
- 4.3. Mode de recrutement
- 4.4. Critères d'inclusion
- 4.5. Critères de non inclusion
- 4.6. Déroulement de l'enquête
- 4.7. Support des données
- 4.8. Echantillonnage

#### **4.1. LIEU ET CADRE DE L'ETUDE :**

##### **4.1.1. Bamako :**

Notre étude a lieu dans le district de Bamako (Capitale du Mali).

Bamako est limité :

- Au Nord par la Commune de Kati
- A l'Est par l'arrondissement de Baguineda,
- Au Sud par l'arrondissement de Sanankoroba,
- A l'Ouest par l'arrondissement de Siby.

Le district de Bamako a une superficie de 300 Kilomètres carrés. Il est composé de six (6) communes subdivisées en 58 quartiers. La ville est située en zone soudanienne, dans une cuvette, avec de fortes précipitations de pluie de Juin à Septembre. Sa population est estimée à 809 550 habitants selon l'EDS-2.

Les enfants de 0 à 5 ans représentent 20 % de la population.

##### **4.1.2. Le Centre hospitalier Universitaire - Gabriel Touré : (CHU-GT)**

Situé au centre du CHU-G.T. reçoit les patients de toutes les communes de Bamako.

Malgré l'existence des Centres de Santé Communautaires et les Protections Maternelles et Infantiles (PMI), l'affluence reste encore très élevée.

##### **4.1.3. Le Service de pédiatrie :**

###### ***α- Le Bâtiment :***

Le service de pédiatrie est un bâtiment à 1 étage et est composé de :

- 4 services d'hospitalisation avec 96 lits
- 4 bureaux de consultation

salles avec 2 lits, 3 grands berceaux, 4 petits berceaux, 4 couveuses fonctionnelles, 2 appareils de photothérapie, 1 aspirateur, les dispositifs d'oxygène.

Le rôle principale de cette unité est la prise en charge des prématurés malades et sains, la prise en charge des nouveau-nés à terme malades, la prise en charge des Nourrissons et grands enfants dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Le personnel est au nombre de 7 dont un médecin pédiatre et 6 aides soignantes.

Fonctionnement : Il n'existe pas de consultation proprement dite mais nous assurons le suivi des malades après leur sortie de l'hôpital.

#### **4.1.4. Hospitalisations :**

Elles sont gratuites. L'unité de Réanimation a hospitalisé 705 malades du 20 décembre 1997 au 20 juin 1998. Ces malades proviennent soit des structures périphériques, soit de la maternité du CHU-G.T., soit des autres services de pédiatrie (I, II, III, IV).

Les malades sont inscrits à l'adresse de leurs parents, ou de leur tuteurs résidant à Bamako.

Les activités : la visite des malades est effectuée tous les jours par le médecin pédiatre. La garde est assurée par les 3 équipes d'aides-soignantes supervisées par le médecin de garde.

#### **4.2. PERIODE ET TYPE D'ETUDE :**

Notre étude a été longitudinale et comparative. Elle a été effectuée dans l'unité de réanimation du CHU-G.T. allant de décembre 1997 à juin 1998.

#### **4.3. MODE DE RECRUTEMENT :**

**Cas :** ce sont des nouveau-nés prématurés âgés de 0 à 72 heures ou 3 jours reçus vivants dans le service de réanimation du CHU-G.T. Ils sont au nombre de 50 au total. Ils sont reçus soit au cours des consultations de pédiatrie et référés à la réanimation, soit au cours des gardes et référés toujours à la réanimation.

**Témoins :** ce sont des nouveau-nés à terme âgés de 0 à 72 heures. Ils sont tous nés à la maternité du CHU-G.T. sans distinction de race et de sexe. Les témoins sont choisis de la manière suivante :

Chaque cas est apparié à 2 témoins qui sont :

- soit plus âgés que le cas d'au plus 72 heures.
- soit moins âgés que le cas d'au plus 72 heures.
- soit de même âge que le cas.

De manière que le nombre et l'âge des témoins soient fonctions de ceux des cas. Ainsi nous avons apparié 100 témoins de nouveau-nés à terme à nos 50 cas de prématurés au total. Ce qui constitue un échantillon de 150 Nouveau-nés.

#### **4.4. CRITERES D'INCLUSION :**

**Pour les Cas :** ont été inclus tous les nouveau-nés prématurés âgés de 0 à 72 heures reçus vivants dans le service de pédiatrie du CHU-G.T. pendant la période de notre étude et dont les parents sont consentants.

**Pour les témoins :** ont été inclus seulement les nouveau-nés à terme sains âgés d'au plus 72, ayant le même âge que les Cas résidant à Bamako et dont les parents sont consentants.

#### **4.5. CRITERES DE NON INCLUSION :**

**Pour les Cas :** ont été exclus de notre étude :

- les nouveau-nés prématurés âgés de plus de 72 heures ;
- Ou reçus non vivants dans le service de pédiatrie du CHU-G.T. ;
- Ou non reçus à la pédiatrie du CHU-G.T.

**Pour les Témoins :** ont été exclus de notre étude, les nouveau-nés à terme malades :

- Ou ne résidant pas à Bamako
- Ou dont les parents ne sont pas consentants
- Ou qui sont soit plus âgés de plus de 72 heures
- Soit moins âgés que les Cas de plus de 72 heures.

#### **4.6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :**

Les 150 nouveau-nés ont été enregistrés pendant la période de Décembre 97 à Février - Juin 98. Les parents d'enfants remplissant les critères de sélection ont fait l'objet d'un interrogatoire; chaque enfant a bénéficié de la part des médecins consultants d'un examen physique complet.

Un dossier a été constitué pour chaque nouveau-né dans lequel on a relevé toutes les informations fournies par l'interrogatoire.

Des examens complémentaires ont été également demandés selon la situation. L'interrogatoire a porté sur l'identité des parents, leur niveau d'instruction, leur statut matrimonial, les antécédents maternels à savoir les antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux, , le poids et la taille de la mère (cf. annexe).

Nous avons interrogé à propos de l'état du calendrier vaccinal, le mode d'alimentation, les informations sur le déroulement de la grossesse qui vient de se terminer, le déroulement de l'accouchement. Le carnet de Consultation Périnatale (C.P.N.) nous a permis de déterminer le terme défini en semaines pour certaines mères. Nous nous sommes basés sur

les tableaux de critères morphologiques et neurologiques pour la détermination de l'âge gestationnel des nouveau-nés.

Un examen physique complet (de Farr) a été effectué chez tous les nouveau-nés en recherchant particulièrement les signes de détresse respiratoire, de détresse neurologique, de détresse cardio-vasculaire, de malformation ou d'hypothermie.

Au terme de l'examen physique, nous avons déterminé la détresse respiratoire à partir de l'existence ou non des signes de lutte respiratoires qui sont les suivants :

- La fréquence respiratoire rapide par rapport à l'âge,
- L'existence d'un tirage ; il s'agit du tirage sous costal,
- La présence de battement des ailes du nez,
- L'existence de geignement.

La détresse respiratoire grave correspond à l'existence de ces quatre critères chez l'enfant.

La détresse respiratoire modérée est définie par la présence d'au moins deux (2) critères.

Le tout a été regroupé dans le score de SILVERMAN.

L'état cardio-vasculaire a été évalué en fonction de la fréquence cardiaque.

La détresse neurologique a été évaluée à partir du tableau de critères de maturation neurologique. (Confère. annexe ).

A la sortie de l'hôpital, le dossier nous servait de repère pour la liste de médicaments administrés à chaque prématuré. Sur cette liste figuraient les corticoïdes, les antibiotiques, les vitamines, la perfusion, la transfusion, la photothérapie, l'incubation, l'oxygénothérapie. Les antipyrétiques ne sont pas administrés à nos nouveau-nés prématurés. La

méthode utilisée pour faire baisser la température à la réanimation de l'H.G.T. est l'enveloppement humide.

Comme corticoïde était utilisé le solumédrol® 20 mg en injectable en raison de 3 mg / kilogramme / jour pendant 5 jours au maximum.

Comme antibiotiques étaient associés l'amoxicilline (50 - 100 mg / kilogramme / jour) et la gentamycine (3 mg / kilogramme / jour).

Comme vitamine était utilisé la vitamine K1 en raison de 3 mg / kilogramme en injection unique et l'Hydrosol en raison de 1 goutte par jour.

Par ailleurs, le phenobarbital a été utilisé en raison de 5 mg / kilogramme/jour dans les cas d'ictère ou de convulsion.

Chez les grands prématurés avec détresse neurologique, était pratiqué le gavage comme mode d'alimentation. Il se faisait toutes les 2 heures soit avec du lait maternel soit à défaut avec du lait artificiel.

La prescription de fer (Fer-in-sol) était systématique à partir du 2<sup>ème</sup> mois chez les prématurés.

### **Suivi :**

Nous avons fait un suivi à 1 mois, à 2 mois et à 3 mois. En dehors de ces visites systématiques, les enfants étaient revus chaque fois qu'une consultation médicale a été jugée nécessaire par les parents et les résultats d'examen sont consignés dans le dossier.

Un rendez-vous est donné à chaque nouveau-né au moment de sa sortie. Les jours de rendez-vous coïncidaient avec ceux de la réanimation qui étaient les mardi et les jeudi. Les nouveau-nés n'étant pas au rendez-vous

sont consultés à domicile les lendemains ou pendant le week-end. D'où l'intérêt de bien mentionner les adresses sur les dossiers.

Pour les consultations, nous disposions :

- d'un mètre ruban pour les mensurations (P.C., taille) gradué en millimètres (mm) ;
- d'un pèse-bébé pour la prise du poids, gradué en grammes (10 grammes) ;
- d'un thermomètre pour l'évaluation de la température, gradué en mm de mercure ;
- d'un cahier de suivi ;
- d'un agenda pour le rappel des rendez-vous et des adresses ;
- d'un stéthoscope pour la prise de la FC, l'auscultation pulmonaire, FR ;
- d'une montre avec trotteuse pour la détermination de la fréquence cardiaque par minute et de la fréquence respiratoire par minute ;
- des abaisse-langue pour bien visionner le fond de la gorge ;
- d'un ordonnancier pour les prescriptions ;
- des bulletins d'analyse.

#### **4.7. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES**

Le recueil des données a été fait à partir des supports suivants :

- les fiches d'enquête à partir de dossiers individuels,
- le registre d'hospitalisation,

L'analyse et le traitement des données ont été faits avec le Logiciel EPI-INFO (version 6.0).

#### **4.8. ECHANTILLONNAGE :**

Nous avons fait un choix raisonné d'un échantillon de 50 prématurés appariés à 100 Nouveau-nés à terme.

Notre enquête s'est bien déroulée. Nous n'avons noté aucun incident majeur au cours de l'examen clinique des Nouveau-nés.

Cependant, leur suivi nous a posé quelques difficultés, notamment le non respect par les parents des rendez - vous qui leurs sont donnés pour les suivis des Nouveau-nés à l'hôpital, ce qui nous obligeait à aller à leur recherche dans les quartiers, le plus souvent éloignés,

# 5.

# RESULTATS

## 5.1. Résultats descriptifs

### 5.1.1. Fréquence

### 5.1.2. Mères

- Ages
- Poids
- Taille
- Profession
- Statut matrimonial
- Antécédents
- Parité
- Consultations prénatales
- Vaccinations
- Pathologie de la grossesse
- Etat des membranes ovulaires à l'entrée
- Mode d'accouchement

### 5.1.3. Pères :

- Ages :
- Professions
- Niveau d'instruction

## 5.2. Résultats analytiques

### 5.2.1. Nouveau- nés :

- Sexe du Nouveau né
- Ethnie du Nouveau né
- Poids de naissance du Nouveau né
- Taille de naissance du Nouveau né
- Périmètre Crânien du Nouveau né
- Etat respiratoire du Nouveau né à la réception
- Etat cardio-vasculaire à la réception
- Etat du Nouveau né à la sortie de l'hôpital
- Durée d'hospitalisation
  
- Suivi de l'état général du Nouveau né
- Suivi du Poids du Nouveau né
- Suivi de la Taille du Nouveau né
- Suivi du Périmètre Crânien du Nouveau né
- Suivi concernant les Pathologies décelées chez le Nouveau né
- Décès. Répartition des Nouveau- nés en fonction de leur devenir
- Répartition des Nouveau- nés en fonction des séquelles à court terme
- Devenir selon la C.P.N
- Devenir du Nné selon la parité de la mère
- Devenir du Nné selon le nombre de C.P.N.
- Devenir du Nné selon la pathologie survenue au cours de la grossesse
- Devenir du Nné selon l'âge gestationnel
- Devenir du Nné selon le poids de naissance

## 5.1. RESULTATS DESCRIPTIFS :

### 5.1.1. Fréquence :

Dans l'unité de réanimation pédiatrique du C.H.U. Gabriel Touré, sur un total de 705 hospitalisations, nous avons trouvé 157 prématurés, soit une fréquence de 22,2 % pendant la période de notre étude (décembre 97 – juin 98).

### 5.1.2. Mères :

- **Ages :**

Tableau III : Répartition des mères en fonction de leur âge :

Ages Mères en années	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
≤ 16 ans	5	10 %	2	2 %
17 – 40 ans	45	90 %	96	96 %
> 40 ans	0	0 %	2	2 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Chez les prématurés, les âges extrêmes vont de 15 ans à 40 ans, tandis que chez les témoins, ils vont de 16 ans à 43 ans.

L'âge moyen des mères de prématurés est de 25, 28 ans.

L'âge moyen des mères de témoins est de 25, 44 ans.

- **Poids :**

Tableau IV : Répartition des mères en fonction de leur poids :

Poids en Kilogrammes	Mères de Prematurés Cas		Mères de Nnés à termes Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
≤ 45 Kg	1	2 %	6	6 %
≥ 45 Kg	47	94 %	94	94 %
Autres	2	4 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Aussi bien chez les Cas que chez les Témoins, 94 % des mères avaient un poids ≥ 45 Kilogrammes.

Chez les Cas, seulement une mère soit 2 % a un poids < 45 Kilogrammes, contre 6 mères , soit 6 % chez les Témoins.

Autres : poids de la mère inconnu au premier interrogatoire. Au nombre de 2, soit 4 % (une mère décédée à l'accouchement et une mère césarisée) restée longtemps immobilisée.

- **Taille :**

Tableau V : Répartition des mères en fonction de leur taille :

Tailles en centimètres (cm)	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
≤ 150 cm	7	14 %	7	7 %
≥ 150 cm	43	86 %	93	93 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2 = 1,93$

$p = 0,16$

Test non significatif.

La tranche de tailles la plus représentée aussi bien chez les Cas que chez les Témoins est celle  $\geq 150$  centimètres, avec 43 mères chez les Cas, soit 86 % et 93 mères chez les Témoins, soit 93 %.

- **Profession :**

Tableau VI : Répartition des mères en fonction de leur profession :

Profession de la mère	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Ménagères	38	76 %	66	66 %
Fonctionnaires	1	2 %	1	1 %
Commerçantes	6	12 %	20	20 %
Elèves, Etudiantes	5	10 %	6	6 %
Ouvrières	0	0 %	7	7 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2 = 6,25$        $p = 0,0124071$  (Chie2 de Yates corrigé).

Test significatif

Aussi bien chez les cas que chez les Témoins, les Ménagères et les Commerçantes occupent les premières places avec respectivement 88 % des cas, soit 44 mères au total et 86 % des Témoins, soit 86 mères.

Les fonctionnaires sont les moins représentées avec un cas, soit 2 % et un Témoin soit 1 %.

Parmi les cas, nous notons 5 élèves – étudiants, soit 10 % contre 6 Témoins, soit 6 % des Témoins.

Aucune mère parmi les cas n'occupe une fonction d'ouvrière. Cependant, 7 mères parmi les Témoins sont ouvrières, soit 7 %.

- **Statut matrimonial :**

Tableau VII : Répartition des mères en fonction de leur situation matrimoniale :

Situation matrimoniale	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Mariées	33	66 %	84	84 %
Célibataires	17	34 %	16	16 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$$\chi^2 = 6,29$$

$$p = 0,01$$

Test significatif .

Plus de mères sont mariées chez les Témoins avec 84 %, contre 66 % chez les Cas.

Par contre, plus de mères sont célibataires (soit le double), chez les Cas avec 34 % que chez les Témoins avec 16 %.

Parmi les mères célibataires, il faut noter qu'une est divorcée chez les Cas. Dans les deux catégories, nous ne notons pas de veuves.

- **Antécédents :**

Tableau VIII : Répartition des femmes selon les antécédents :

Antécédents	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Présence	36	72 %	66	66 %
Absence	14	28 %	34	34 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$$\chi^2 = 0,55$$

$$p = 0,459 \quad \text{Test non significatif}$$

- **Parité :**

Tableau IX : Répartition des femmes selon la parité :

Parité	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Nullipare	17	34 %	19	19 %
Primipare	6	12 %	28	28 %
Paucipare	10	20 %	36	36 %
Multipare	5	10 %	12	12 %
Grande multipare	12	24 %	5	5 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Parité moyenne : Pour les Cas : 4,2      Pour les Témoins : 3,6

$\chi^2 = 20,41$        $p = 0,00041$        $ddl = 4$       Test significatif .

- **Consultations prénatales**

Tableau X : Répartition des mères en fonction du nombre de C.P.N. :

Nombre de C.P.N.	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
0	17	34 %	23	23 %
1 à 3	22	44 %	29	29 %
4 et plus	11	20 %	48	48 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2 = 9,45$        $p = 0,00888$        $ddl = 2$       Test significatif

- **Vaccinations :**

Tableau XI : Répartition des mères en fonction de leur état vaccinal pendant la grossesse :

Nombre de vaccins Antitétanique	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
0	25	50 %	27	27 %
1	13	26 %	33	33%
≥ 2	12	24 %	40	40 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2 = 8,08$        $p = 0,01202$        $ddl = 2$

Test significatif.

Le carnet d'une mère parmi les cas qui est décédée au cours de l'accouchement n'a pas été retrouvé.

50 % des mères de prématurés n'ont pas été vaccinées contre le tétanos, alors que c'est 27 % des mères parmi les Témoins qui n'ont pas reçu de V.A.T.

13 mères, soit 26 % chez les Cas ont reçu au moins une dose de V.A.T. contre 33 mères chez les témoins, soit 33 %.

11 mères, soit 22 % ont reçu 2 doses de V.A.T. contre 40 mères parmi les Témoins, soit 40 %.

- **Pathologie de la grossesse :**

Tableau XII : Répartition des femmes selon la pathologie survenue au cours de la grossesse :

Pathologies	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Présence	31	62 %	84	84 %
Absence	19	38 %	16	16 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$$\chi^2 = 8,96 \quad p = 0,00276$$

Test significatif

- **Etat des membranes ovulaires à l'entrée :**

Tableau XIII : Répartition des femmes selon l'état des membranes à l'entrée :

Etat des membranes	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Membranes rompues	28	56 %	9	9 %
Membranes non rompues	22	44 %	91	91 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$$\chi^2 = 39,36 \quad p = 10^{-5}$$

Test significatif

- **Mode d'accouchement :**

Tableau XIV : Répartition des femmes selon Le mode d'accouchement :

Accouchement	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Voie basse	48	96 %	84	84 %
Césarienne	2	4 %	16	16 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Césariennes :

Cas : 1 cas pour placenta prævia hémorragique  
1 cas pour HTA sévère.

Témoins : 3 cas pour gros fœtus  
11 cas pour présentation transversale  
2 cas pour bassin rétréci.

$\chi^2 = 3,44$      $p = 0,06$     (Chie2 de Yates corrigé)

Test non significatif

### 5.1.3. Pères :

- Ages :

Tableau XV : Répartition des pères en fonction de leur âge :

Ages Pères en années	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
≤ 19 ans	2	4 %	0	0 %
20 – 29 ans	15	30 %	26	26 %
30 – 39 ans	12	24 %	39	39 %
40 – 49 ans	8	16 %	19	19 %
50 – 59 ans	6	12 %	11	11 %
60 – 69 ans	1	2 %	3	3 %
70 – 79 ans	0	0 %	1	1 %
Autres	6	12 %	1	1 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Parmi les cas, les pères dont l'âge est compris entre 20 et 39 ans sont les plus nombreux : 27 pères soit 54 %, de même que ceux se trouvant dans la même tranche d'âge chez les témoins soit 65 pères (65 %).

• **Profession**

Tableau XVI : Répartition des pères en fonction de leur profession :

Profession des pères	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Fonctionnaires	7	14 %	13	13 %
Employés de commerce	19	38 %	27	27 %
Paysans	1	2 %	5	5 %
Ouvriers	15	30 %	41	41 %
Elèves, Etudiantes	0	0 %	6	6 %
Sans profession	2	4 %	0	0 %
Autres	6	12 %	8	8 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Autres = non précisé

• **Niveau d'instruction :**

Tableau XVII : Répartition des pères en fonction de leur niveau d'instruction :

Niveau d'instruction des pères	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Primaire	17	34 %	26	26 %
Secondaire	5	10 %	16	16 %
Supérieur	1	2 %	5	5 %
Analphabète	17	34 %	25	25 %
Coranique	10	20 %	28	28 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

• **Poids du Nouveau né :**

Tableau XX : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur poids à la naissance :

Poids en grammes	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentage s	Effectifs	Pourcentage s
< 1000	4	8	0	0
1000-1500	35	70	1	1
>1500	11	22	99	99
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Poids moyen      pour les Cas :            1322 gr  
                           pour les Témoins :        2963,5 gr  
 Ecart type :      pour les Cas :            18,77  
                           Pour les Témoins :        46,00

• **Taille du Nouveau né :**

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur taille à la naissance :

Taille (en centimètres)	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
< 47 centimètres	48	96 %	20	20 %
≥ 47 centimètres	2	4 %	80	80 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Taille moyenne :

- pour les Cas :        39,66 centimètres (Extrêmes :    27    et    48 centimètres)
- pour les Témoins : 48,75 centimètres (Extrêmes :    41    et    55 centimètres)

- **Périmètre Crânien du Nouveau né :**

Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés en fonction du Périmètre crânien (P.C.) :

PC en centimètres	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
< 35 centimètres	49	98 %	65	65 %
≥ 35 centimètres	1	2 %	35	35 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

P.C. moyen :        pour les Cas :        27,74 centimètres  
                           pour les Témoins :        46,50 centimètres

- **Etat respiratoire du Nouveau né :**

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état respiratoire à la réception :

Déresse respiratoire	Cas	
	Effectifs	Pourcentages
Présence	31	62 %
Absence	19	38 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

31 Nnés prématurés, soit 62 % se trouvaient dans un tableau de détresse respiratoire à leur entrée à l'Hôpital.

• **Etat cardio-vasculaire à la réception :**

*Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état cardio-vasculaire à la réception :*

Fréquence cardiaque en battement / minute	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
0 - 50	0	0 %	1	1 %
51 - 100	8	16 %	5	5 %
101 - 150	37	74 %	74	74 %
151 - 200	5	10 %	20	20 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Aussi bien chez les Cas que chez les Témoins, 74 % des Nnés ont une Fréquence Cardiaque (F.C.) comprise entre 101 et 105 battements / min.

8 Nnés prématurés, soit 16 % ont une F.C. comprise entre 51 et 100, contre 5 Nnés à terme, soit 10 % contre 20 Nnés à terme , soit 20 %.

- **Etat du Nouveau né à la sortie de l'hôpital :**

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état à la sortie de l'hôpital :

Etat du Nné à la sortie de l'Hôpital	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Vivant sans séquelles	24	48 %	100	100 %
Vivant avec séquelles	1	2 %	0	0 %
Décédé	25	50 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

50 % des Nnés prématurés sont sortis vivants de l'Hôpital, dont 1 % avec séquelles neurologiques. Les autres 50 % prématurés sont décédés avant leur sortie de l'hôpital (au nombre de 25).

Les 100 % des Nnés à terme sont sortis vivants de l'hôpital, soit 100 Nnés à terme.

- **Durée d'hospitalisation :**

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation en jours	Cas	
	Effectifs	Pourcentages
0 - 5	23	40 %
6 - 10	13	16 %
11 - 15	10	14 %
16 - 20	3	2 %
21 - 25	1	6 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

- **Suivi de l'Etat général du Nouveau né :**

%tage de satisfaction enregistré sur le plan d'état de santé général

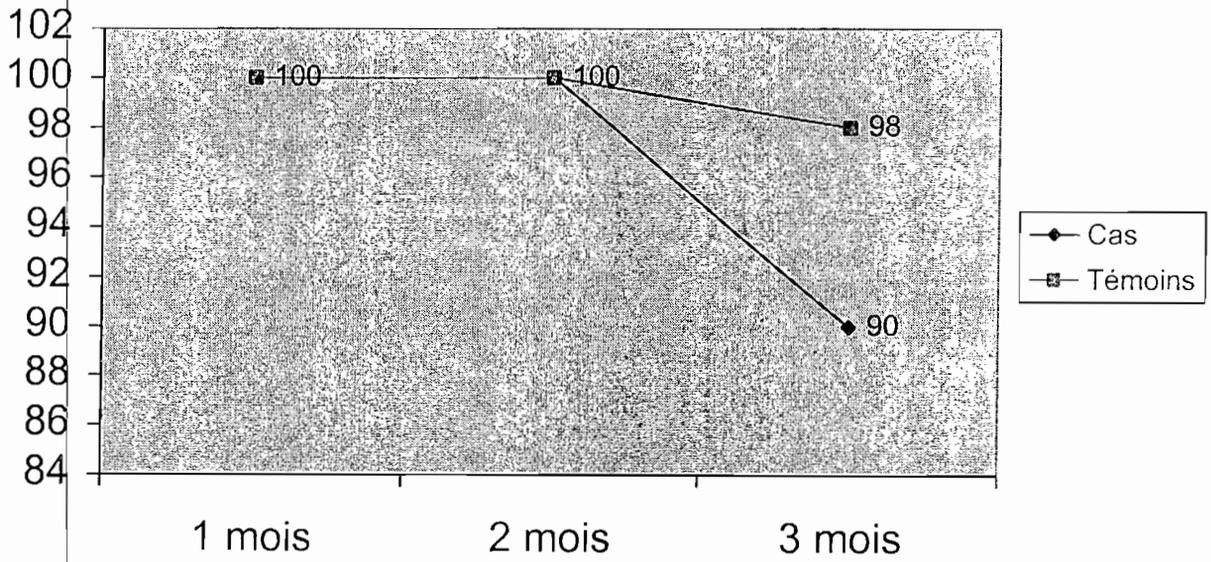


Tableau XXVII : A un mois :

Etat général	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Satisfaisant	22	100 %	96	100 %
Mauvais	0	0 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Au bout de un mois, le suivi de nos Nnés au sujet de leur état général a révélé 100 % de satisfaction aussi bien chez les Cas que chez les Témoins.

Tableau XXVIII : A deux mois :

Etat général	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Satisfaisant	20	100 %	96	100 %
Mauvais	0	0 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

A leur deuxième mois, tous les Cas et tous les Témoins avaient un état général satisfaisant.

Tableau XXIX : A trois mois :

Etat général	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Satisfaisant	18	90 %	94	98 %
Mauvais	2	10 %	1	2 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>95</b>	<b>100 %</b>

Au troisième mois, deux prématurés, soit 10 % se trouvaient dans un mauvais état général, contre 1 Nné à terme, soit 1 %.

Autre : indéterminé.

- **Suivi du Poids du Nouveau né :**

Suivi du poids du nouveau né (en grs)

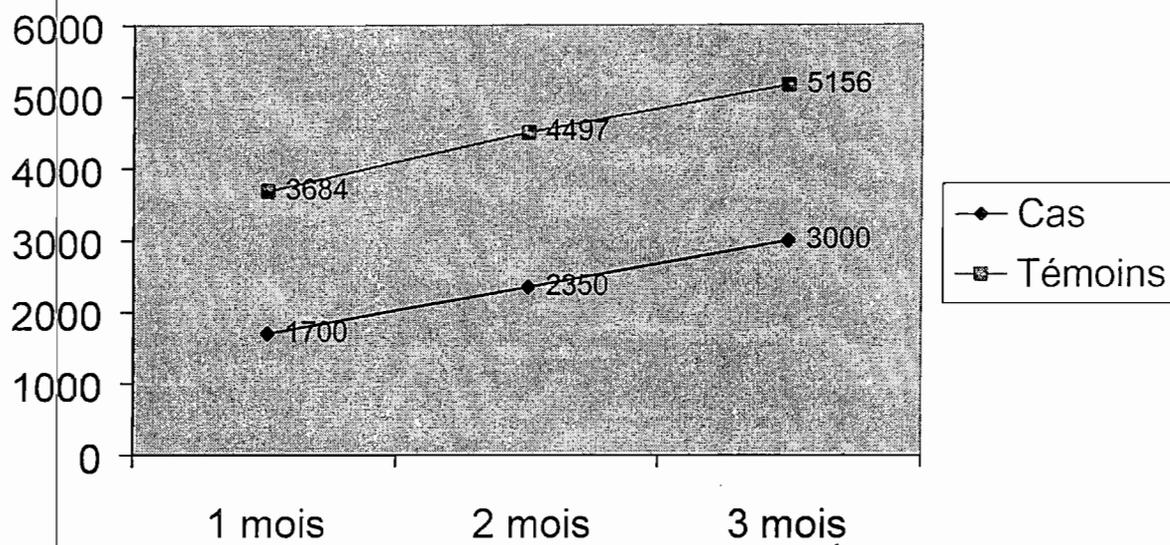


Tableau XXX : A un mois :

Poids en grammes	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
500 - 1000	2	9,1 %	0	0 %
1000 - 2000	14	63,4 %	1	1 %
2000 - 3000	6	27,2 %	11	11,3 %
3000 - 4000	0	0 %	56	58,3 %
4000 - 5000	0	0 %	24	24,9 %
5000 - 6000	0	0 %	4	4,1 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

A bout de un mois d'existence, les poids des prématurés ont varié de 1000 gr à 3000 grammes, et ceux des Témoins de 1700 gr à 5500 grammes  
2 prématurés, soit 9,1 % avaient un poids compris entre 500 et 1000 grammes.

14 prématurés, soit 63,4 % avaient un poids compris entre 1000 et 2000 gr contre 1 Nné à terme, soit 1 %.

6 Nnés prématurés, soit 27,2 % avaient un poids compris entre 2000 et 3000 gr contre 11 Nnés à terme, soit 11,3 %.

58,3 % des Témoins avaient un poids compris entre 3000 et 4000 grammes.

24,9 % des Témoins avaient un poids compris entre 4000 et 5000 grammes

4,1 % des Témoins avaient un poids compris entre 5000 et 6000 grammes

Tableau XXXI : A deux mois :

Poids en grammes	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
1000 - 2000	7	35 %	0	0 %
2000 - 3000	9	45 %	3	3 %
3000 - 4000	4	20 %	20	20,8 %
4000 - 5000	0	0 %	47	48,8 %
5000 - 6000	0	0 %	23	23,7 %
6000 - 7000	0	0 %	3	3 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Le suivi des Nnés à leur deuxième mois de vie nous a permis de connaître que.

7 Nnés parmi les Cas, soit 35 % avaient un poids compris entre 1000 et 2000 grammes.

9 Nnés prématurés, soit 45 % avaient un poids compris entre 2000 et 3000 gr contre 3 Nnés à terme, soit 3 %.

4 Nnés prématurés, soit 20 % avaient un poids compris entre 3000 et 4000 grammes, contre 20 Nnés à terme, soit 20,8 %.

Tableau XXXII : A trois mois :

Poids en grammes	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
1000 - 2000	1	5 %	0	0 %
2000 - 3000	9	45 %	2	2 %
3000 - 4000	9	45 %	8	8,1%
4000 - 5000	1	5 %	29	29,11 %
5000 - 6000	0	0 %	35	36,3 %
6000 - 7000	0	0 %	18	18,6 %
7000 - 8000	0	0 %	3	3,1 %
Indéterminé	0	0 %	1	1 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Au bout de trois mois, 90 % de nos Cas avaient un poids compris entre 2000 et 4000 grammes.

Seulement, 1 Cas, soit 5 % avait un poids compris entre 1000 et 2000 grammes et 1 autre entre 4000 et 5000 grammes, soit 5 %.

Plus de la moitié des Témoins avait un poids compris entre 4000 et 6000 grammes Ils étaient au nombre de 64 Témoins, soit 65,41 %.

10 Témoins, soit 10,1 % avaient un poids compris entre 2000 et 4000 grammes.

21 Témoins, soit 21,7 % avaient un poids compris entre 600 et 8000 grammes.

Parmi les Témoins, un Nné à terme dont la mère est décédée au cours de l'accouchement a été confié à ses grands parents dans un village de Kayes et son poids au troisième mois n'a pu être déterminé.

• **Suivi de la Taille du Nouveau né :**

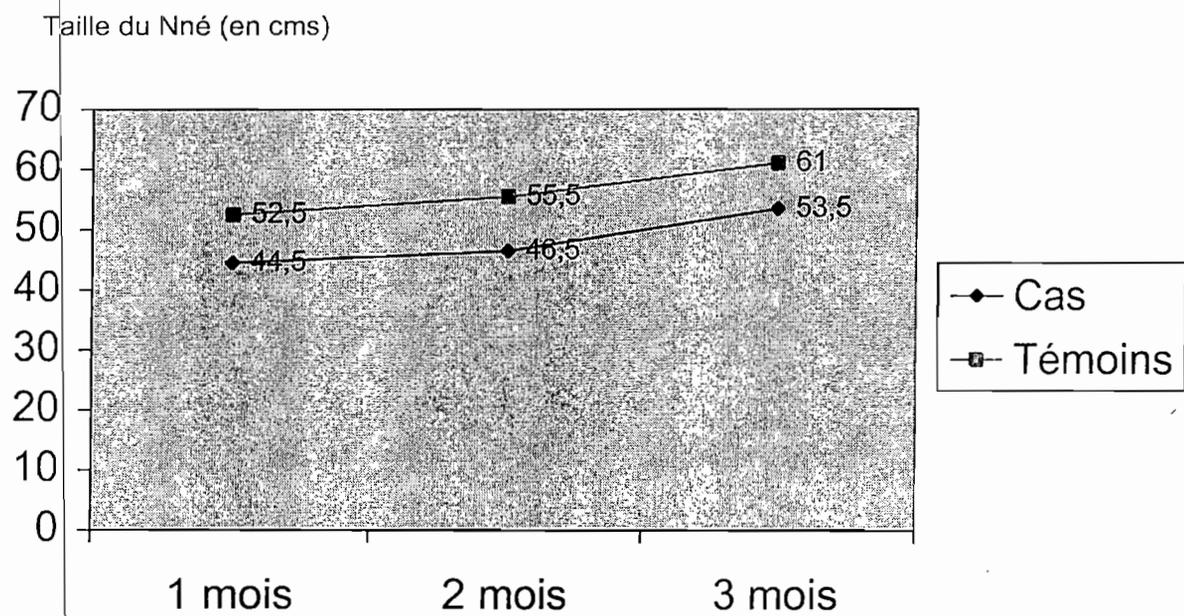


Tableau XXXIII : A un mois :

Taille en centimètre	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
30 - 39	1	4,5 %	0	0 %
40 - 49	21	95,5 %	23	23,9 %
50 - 59	0	0 %	73	76,1 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Au bout de un mois, 21 Nnés prématurés, soit 95,5 % avaient une taille comprise entre 40 et 49 centimètres, et 73 Nnés à terme, soit 76,1 % avaient une taille comprise entre 50 et 59 centimètres.

Le reste des Témoins, soit 23,9 % avaient une taille comprise entre 40 et 49 centimètres.

Tableau XXXIV : A deux mois :

Taille en centimètre	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
40 - 49	17	85 %	2	2 %
50 - 59	3	15 %	85	88,5 %
60 - 69	0	0 %	9	9,3 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Au bout de deux mois, 85,5 % des Nnés prématurés, au nombre de 17, avaient une taille comprise entre 40 et 49 centimètres. Les 15 % restants, au nombre de 3 avaient taille comprise entre 50 et 59 centimètres.

Chez les Témoins, la majorité, soit 88,5 %, au nombre de 85 avaient une taille comprise entre 50 et 59 centimètres.

Seulement 2 %, avaient une taille comprise entre 40 et 49 centimètres.

Les 9,3 % restants étaient dans la fourchette 60 - 69 centimètres.

Tableau XXXV : A trois mois :

Taille en centimètres	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
40 - 49	3	15 %	0	0 %
50 - 59	17	85 %	38	39,7 %
60 - 69	0	0 %	55	57,1 %
70 - 79	0	0 %	2	2 %
Indéterminé	0	0 %	1	1 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Trois mois après leur naissance, 85 % des Nnés prématurés avaient une taille comprise dans la fourchette 50 - 59 centimètres. Les 15 % restants, au nombre de 3, se trouvaient dans la fourchette 40 - 49 centimètres.

Parmi les Témoins, la fourchette de taille comprise entre 60 et 69 centimètres occupait la première place avec 55 Témoins soit 57,1 %, suivi de celle comprise entre 50 et 59 centimètres avec 38 Témoins soit 39,7 %.

Les fourchettes de taille 60 - 69 centimètres et 70 - 79 centimètres venaient en dernière positions avec respectivement 2 % et 1 %.

- **Suivi du Périmètre Crânien du nouveau-né :**

Périmètre crânien du Nné (en cms)

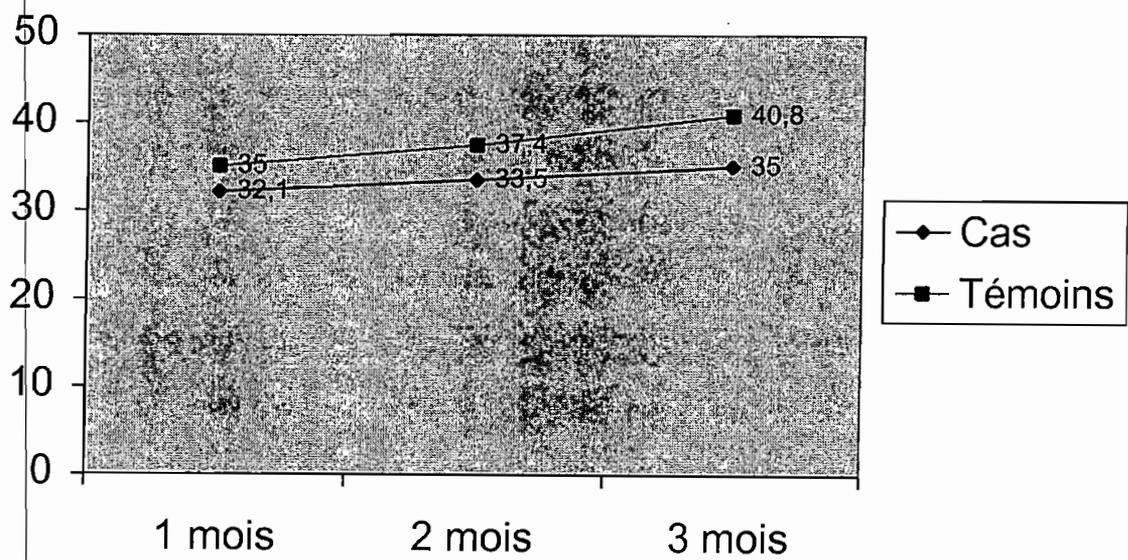


Tableau XXXVI : A un mois

Périmètre Crânien (P.C.) en centimètres	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
20 - 29,5	6	27,1 %	0	0 %
30 - 39,5	16	72,4 %	95	98,7 %
40 - 49,5	0	0 %	1	1 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

A leur premier mois, aussi bien pour les Cas que pour les Témoins, la majorité des Nnés avait un P.C. compris entre 30 et 39,5 centimètres, avec 16 Nnés prématurés, soit 72,4 % contre 95 Nnés à terme, soit 98,7 %.

Les 6 autres Nnés prématurés, soit 27,1 % se trouvaient dans la fourchette de P.C. comprise entre 20 et 29,5 centimètres.

Seulement 1 Nné à terme, soit 1 % avait un P.C. compris entre 40 et 49,5 centimètres.

Tableau XXXVII : A deux mois :

PC en centimètres	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
20 - 29,5	1	5 %	0	0 %
30 - 39,5	19	95 %	73	76,1 %
40 - 49,5	0	0 %	23	23,9 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

A deux mois, plus de la moitié des Cas et des Témoins étaient dans la fourchette 30 - 39,5 centimètres, avec respectivement 19 Nnés prématurés, soit 95 % et 73 Nnés à terme, soit 76 %. Seulement 1 Nné à terme, (5%) avait un P.C. compris entre 20 et 29,5 centimètres.

Les 23 Nnés à terme restants, soit 23,9 % se trouvaient dans la fourchette 40 - 49,5 centimètres.

Tableau XXXVIII : A trois mois :

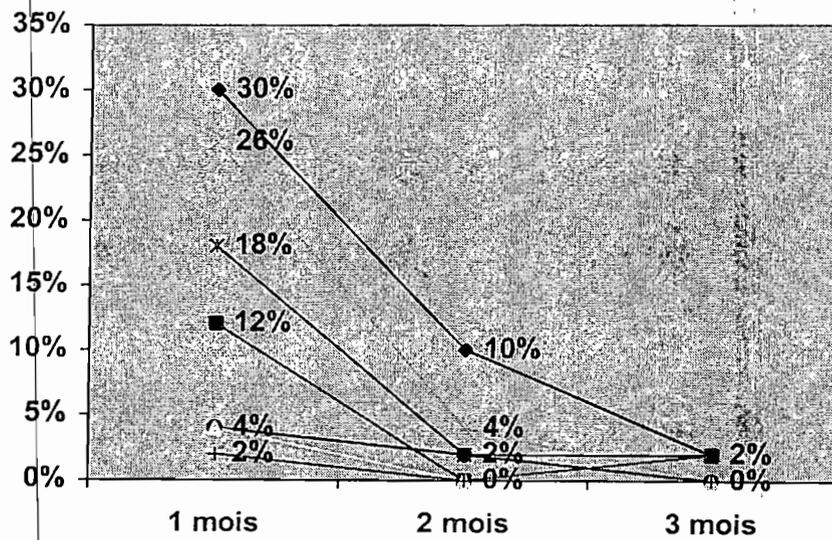
PC en centimètres	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
30 – 39,5	20	100 %	35	36,4 %
40 – 49,5	0	0 %	60	62,3 %
Indéterminé	0	0 %	1	1 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

La totalité des prématurés se trouvaient dans la fourchette de 30 – 39,5 centimètre à leur troisième mois. Plus de la moitié des Témoins, 62,3 % se trouvaient dans la fourchette 40 – 49,5 centimètres. 36,4 % dans celle de 30 – 39,5 centimètres.

Les 1 % restant des Témoins représente le prématuré dont la mère est décédée à l'accouchement et qui a été envoyé à ses grands parents se trouvant à Kayes, dans la première région du Mali, située à plus de 500 kilomètres de Bamako, la capitale du Mali.

- **Suivi concernant les Pathologies décelées chez le nouveau-né :**

Pathologies décelées chez les cas (en %)



◆ Affect. Broncho-pulmn.	× Gastro entérite	* Candidose buccale
● Dermatose	■ Conjonctivite	□ Infection urinaire
+ Accès palustre		

Tableau XXXIX : A un mois :

Pathologies associées	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Affections broncho-pulmonaires	15	30 %	11	11 %
Gastro enterite	13	26 %	13	13 %
Candidose buccale	9	18 %	7	7 %
Dermatose	2	4 %	4	4 %
Conjonctivite	6	12 %	8	8 %
Infection urinaire	2	4 %	2	2 %
Accès palustre	1	2 %	2	2 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>64</b>	<b>100 %</b>

Tableau XXXX : A deux mois :

Pathologies associées	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Affections broncho-pulmonaires	5	10 %	21	42 %
Gastro entérite	2	4 %	2	2 %
Candidose buccale	1	2 %	7	7 %
Dermatose	1	2 %	1	1 %
Conjonctivite	0	0 %	0	0 %
Infection urinaire	0	0 %	0	0 %
Accès palustre	0	0 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

Tableau XXXXI : A trois mois :

Pathologies associées	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Affections broncho-pulmonaires	1	2 %	4	4 %
Gastro entérite	0	0 %	6	6 %
Candidose buccale	1	2 %	3	3 %
Dermatose	0	0 %	3	3 %
Conjonctivite	1	2 %	1	1 %
Infection urinaire	0	0 %	1	1 %
Accès palustre	0	0 %	7	7 %
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>

• **Décès : Répartition des nouveau- nés en fonction de leur devenir :**

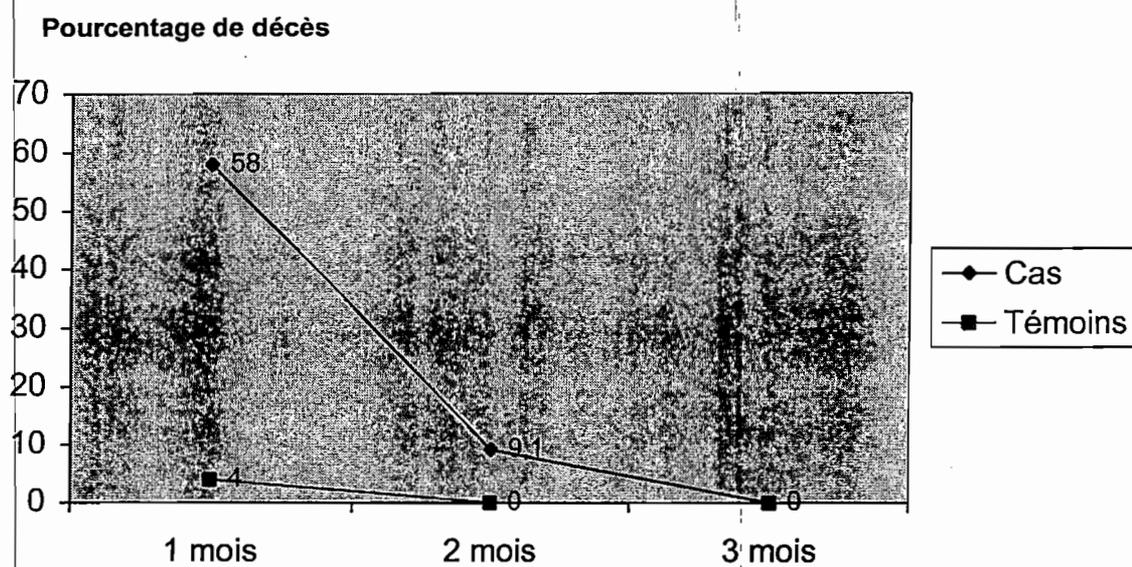


Tableau XXXXII : A un mois :

Décès	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
+	28	56 %	4	4 %
-	22	44 %	96	96 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2=53,71$                        $p=10^{-7}$                       Test significatif

A un mois, nous avons noté parmi les Cas, 28 décès, soit 56 %, contre 4 chez les Témoins, soit 4 %.

Tableau XXXXIII : A deux mois :

Décès	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
+	2	9,1 %	0	0 %
-	20	90,9 %	96	100 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Test Fisher exact :                       $p=0,03$                       Test significatif

A deux mois, nous avons noté 2 décès parmi les 22 Cas, soit 9,1 %. Il n'y a pas eu de décès parmi les Témoins.

Tableau XXXXIV : A trois mois :

Décès	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
+	0	0 %	0	0 %
-	20	100 %	96	100 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

A trois mois, nous n'avons enregistré aucun décès aussi bien parmi les Cas (22), que chez les Témoins (96).

Tableau XXXXV : A un mois :

Cas		
Séquelles a court terme	Effectifs	Pourcentages
+	1	4,5 %
-	21	95,5 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Au bout de un mois d'existence, nous n'avons retenu qu'un Cas de séquelle neurologique parmi les Nnés prématurés, soit 4,5 %.

Tableau XXXXVI : A deux mois :

Cas		
Séquelles a court terme	Effectifs	Pourcentages
+	1	4.5 %
-	21	95,5 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Au deuxième mois, nous n'avons pas enregistré d'autres séquelles en plus de celle retenue parmi les Cas.

Tableau XXXXVII : A trois mois :

Cas		
Séquelles a court terme	Effectifs	Pourcentages
+	1	4.5 %
-	21	95,5 %
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Au troisième mois, aucune autre séquelle n'a été décelée en plus de celle retenue au premier mois.

- **Devenir selon la C.P.N :**

*Tableau XXXXVIII : Devenir selon la C.P.N. :*

C.P.N.	Cas		Total
	Enfants vivants	Enfants décédés	
Aucune C.P.N.	3	13	16
C.P.N.	17	17	34
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

$$\chi^2=4,43$$

$$p= 0,03$$

Test significatif.

*Tableau IL : Devenir du nouveau-né selon la parité de la mère :*

Parité de la mère	Cas		Total
	Enfants vivants	Enfants décédés	
Nulliparité	10	7	17
Autres	10	23	33
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

$$\chi^2=3,80$$

$$p=0,05$$

Test non significatif.

Tableau L : Devenir du nouveau-né selon le nombre de C.P.N. :

Nombre de C.P.N.	Cas		Total
	Enfants vivants	Enfants décédés	
< 4 C.P.N.	12	25	37
≥ 4 C.P.N.	8	5	13
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

$\chi^2=3,40$        $p=0,06$       Test non significatif.

Tableau LI : Devenir du nouveau-né selon la pathologie survenue au cours de la grossesse :

Pathologie chez la mère	Cas		Total
	Enfants vivants	Enfants décédés	
Pathologie retrouvée	12	19	31
Aucune pathologie	8	11	19
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

$\chi^2=0,6$        $p=0,8$       Test non significatif.

Tableau LII : Devenir du nouveau-né selon l'âge gestationnel :

Poids en grammes	Cas		Total
	Enfants vivants	Enfants décédés	
≤ 32 SA	10	24	34
> 32 SA	10	6	16
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>50</b>

$\chi^2=4,96$        $p=0,02$       Test significatif.

Tableau LIII : Devenir du nouveau-né selon le poids de naissance :

Poids en grammes	Cas		Témoins	
	Enfants vivants	Enfants décédés	Enfants vivants	Enfants décédés
< 1000	0	4	0	0
1000- 1500	14	21	1	0
>1500	6	5	95	4
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>96</b>	<b>4</b>

• **Mode d'alimentation du Nouveau né :**

Tableau LIV : Répartition des nouveau-nés suivant leur mode d'alimentation :

Mode d'alimentation	Cas		Témoins	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Maternelle	39	84,8 %	80	80 %
Artificielle	7	15,2 %	20	20%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

$\chi^2 = 0,48$

$p = 0,48$

Test non significatif.

# 6

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

- 6.1. Importance de la prématurité dans l'activité hospitalière
- 6.2. Facteurs étiologiques
  - 6.2.1. Facteurs liés à la mère
    - 6.2.1.1. Age – Parité
    - 6.2.1.2. La profession et le statut matrimonial
    - 6.2.1.3. Taille – Poids
    - 6.2.1.4. Les antécédents
  - 6.2.2. Les facteurs médicaux
    - 6.2.2.1. C.P.N.
    - 6.2.2.2. V.A.T.
    - 6.2.2.3. Médicaments administrés à la mère pendant la grossesse
    - 6.2.2.4. Les pathologies
  - 6.2.3. L'âge gestationnel et la morbi-mortalité
  - 6.2.4. Nouveau-nés
- 6.3. Prise en charge hospitalière
  - 6.3.1. Réanimation
  - 6.3.2. Médication de soutien
  - 6.3.3. Durée d'hospitalisation
- 6.4. Devenir

Les résultats obtenus nous ont permis de faire des commentaires et nous avons discuté à la lumière de la littérature.

### **6.1. Importance de la prématurité dans l'activité hospitalière :**

<u>Auteurs</u>			Fréquences (en %)
ALIHONOU	(Cotonou)	1982	6,5 %
MBIYE	(Bangassou)	1988	18,6 %
TERZIBAHCIAN	(Amiens)	1990	4,5 %
JOHNSON	(Grande Bretagne)	1993	5,0 %
GARBA T. SALOMON	(Bamako)	1995	4,4 %
NOTRE ETUDE	(Bamako)		22,2 %

Durant notre étude, nous avons observé un taux de prévalence estimé à 22,2 %.

Ce résultat s'approche de celui de MBIYE (Bangassou) avec 18,6 % de prévalence [40].

Nos chiffres sont nettement supérieurs à ceux de TERZIBAHCIAN (Amiens) [58], avec 4,5 %, de JOHNSON (Grande Bretagne) [27] et de GARBA (Bamako) [23] avec 4,4 %.

Cette discordance s'expliquerait par des différences méthodologiques.

Elle appelle à une unification des critères de sélection.

La prématurité représente le 3<sup>ème</sup> motif d'hospitalisation avec une fréquence de 22,2 % dans l'unité de Réanimation après les infections (1<sup>er</sup> motif) et la souffrance fœtale. HOUËNOU Yveline et collaborateurs ont trouvé au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody 17,35 % [26].

## **6.2. Facteurs étiologiques :**

### **6.2.1. Facteurs liés à la mère :**

#### **6.2.1.1. Age - Parité :**

La tranche d'âge la plus fréquemment rencontrée dans notre étude correspond bien à celle de la femme en pleine activité génitale, aussi bien chez les Cas que chez les Témoins.

L'accouchement de l'adolescente a été retrouvé dans 10 % des Cas contre 2% des Témoins.

GARBA T. Salomon [23] a abouti au même résultat, avec une fréquence de 70,4 % pour les femmes en âge de procréation et 18,3 % pour les adolescentes. Les mères âgées représentaient 11,3 %.

En effet, le mariage précoce et le manque d'éducation sexuelle chez la jeune fille pourrait expliquer la fréquence de cette catégorie de femmes dans notre étude.

La femme dans nos traditions, n'est « valorisée » que par le nombre d'enfants qu'elle possède, d'où sa procréation depuis l'adolescence jusqu'à l'âge avancé (43 ans dans notre étude).

Comme l'ont souligné auparavant d'autres auteurs [39, 48 et 63], chez l'adolescente primipare, on note son insouciance des problèmes de la maternité et ses ressources financières en général limitées parce qu'elle est célibataire le plus souvent.

Chez la femme âgée multipare, voire grande multipare, les grossesses nombreuses et souvent rapprochées épuisent la femme. Et de plus, on pourrait ajouter à ce tableau la malnutrition et le risque de malformation fœtale plus l'âge de la femme est avancée.

#### **6.2.1.2. La profession et le statut matrimonial :**

Dans nos séries, nous avons eu 76 % de ménagères parmi les Cas contre 66 % de ménagères parmi les Témoins. De même, les célibataires sont plus nombreuses parmi les Cas que parmi les Témoins, soit 34 % contre 16 %, soit le double.

Ces résultats rejoignent ceux des travaux déjà effectués. Ainsi B. SIDIBE [55], PRAZUCK et collaborateurs [48] ont identifié dans nos conditions, le travail et le célibat de la mère comme facteurs de risque d'accouchement prématuré.

#### **6.2.1.3. Taille - Poids :**

Parmi les Cas, la taille moyenne a été de 161,45 centimètres, allant de 145 centimètres à 177 centimètres. Deux tailles n'ont pas pu être déterminées (une décédée au cours de l'accouchement, l'autre césarisée et qui est restée longtemps immobilisée).

Le poids moyen a été de 56,89 kilogrammes, allant de 43 kilogrammes à 77 kilogrammes. Deux poids n'ont pas pu être déterminés pour les mêmes causes que précédemment.

Parmi les Témoins, la taille moyenne a été de 161,93 centimètres, allant de 146 à 177 centimètres.

Le poids moyen a été de 59,02 kilogrammes, allant de 32 kilogrammes à 86 kilogrammes.

#### **6.3.1.4. Les antécédents :**

La rupture prématurée de la poche des eaux a été retrouvée chez 46 % des cas, contre 9 % des Témoins. La plupart de ces femmes avaient un minimum de deux antécédents de rupture prématurée de la poche des eaux.

En effet, le manque de suivi médical de ces femmes pourrait être à l'origine de cette situation. Les causes (béance cervicale, malformation utérine et infections), n'ont pas été traitées le plus souvent.

GARBA T. Salomon [23] a retrouvé dans son étude 21,1 % de RPPE. Nos deux résultats se rejoignent presque.

## **6.2.2. Les facteurs médicaux :**

### **6.2.2.1. C.P.N.**

32 % des mères de prématurés n'ont effectué aucune C.P.N. contre 23 % de mères de nouveau-nés à terme sains avec un effectif de décès périnatal plus élevé par rapport à celles qui ont fait au moins une consultation prénatale.

De même PRAZUCK et collaborateurs à Bobo Dioulasso [48] ont identifié la faible fréquentation des C.P.N. comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

Ali HONOU et collaborateurs à Cotonou [2] ont aussi montré que l'introduction d'un fichier comportant les paramètres du coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP), (Confère annexe) et son application systématique par le personnel en salle de C.P.N. avait fait chuter de façon significative la prématurité au sein de la population à risque (de 11,5 % à 6,19 %).

### **6.2.2.2. V.A.T.**

Nous nous sommes intéressés à l'état vaccinal des mères pendant la grossesse.

50 % des mères de prématurés n'avaient reçu aucune dose de V.A.T., contre 27 % de mères de Témoins. Cette différence peut s'expliquer par le fait que chez les Cas, le terme de la grossesse n'a pas été atteint.

### **6.2.2.3. Médicaments administrés à la mère pendant la grossesse :**

Au cours de notre étude, aucune mère de prématuré n'a déclaré avoir pris d'autres médicaments en dehors de ceux utilisés habituellement pendant la grossesse, à savoir les anti-émétiques, les anti-spasmodiques, les ovules et les antiseptiques vaginaux, la nivaquine, les antalgiques mineurs.

### **6.2.2.4. Les pathologies :**

Les pathologies retrouvées dans notre étude ne sont pas différentes de celles qui ont été classiquement décrites. Elles ont été les mêmes aussi bien chez les Cas que chez les Témoins.

différent des femmes chez lesquelles aucune pathologie n'a été retrouvée.

### **6.2.3. L'âge gestationnel et la morbi-mortalité :**

34 naissances parmi les Cas se sont déroulées de 28 à 32 S.A., soit 68 % avec 80 % de décès. Le pronostic fœtal a été significativement mauvais par rapport aux naissances à partir de 33 S.A.

SAGOT et collaborateurs [52] ont trouvé 50 %.

MBIYE et collaborateurs ont trouvé 81 % [40].

Parmi les 100 Témoins au total, nous avons noté 4 % de décès. Notre résultat n'est pas différent de celui de MBIYE et collaborateurs.

Par contre, il est significativement différent de celui de SAGOT et collaborateurs pour cette tranche d'âge de la grossesse. Mais nous savons que MBIYE et collaborateurs ont travaillé dans un hôpital de campagne (BANGASSOU).

Comme ces auteurs, nos résultats à court terme confirment la nécessité d'une prise en charge adéquate de cette pathologie grave.

#### **6.2.4. Nouveau-nés :**

Le pronostic néo-natal reste tributaire également du poids de naissance. Les fœtus de poids de naissance inférieurs à 1500 grammes avaient un pronostic sombre : 60 % de décès dans notre étude. Ce résultat est significativement différent de celui des enfants qui ont un poids de naissance  $\geq$  1500 grammes

Notre résultat est différent de celui de DAO à Bamako [17], qui trouve 35,2 % de décès dans cette tranche d'âge de poids de naissance. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'elle ne soit pas limitée uniquement aux prématurés, mais à l'ensemble des petits poids de naissance (prématurés + hypotrophes).

ASSI MADI, à Lomé, trouve 88,4 % pour une tranche de poids de naissance plus bas que le nôtre ( $\leq$  1000 grammes) [5].

Parmi nos Témoins, seulement un enfant, soit 1 % avait un poids de naissance inférieur à 1500 grammes (grossesse gémellaire). 13 % avaient un poids compris entre  $\geq$  1500 grammes et  $<$  2500 grammes

Cependant aucun des hypotrophes parmi les Témoins n'a été réanimé à la naissance, et nous n'avons noté qu'un cas de décès parmi eux. Cela s'est produit trois jours après le décès de la mère qui a eu lieu deux jours après l'accouchement par suite d'hémorragie post-natale.

Chez les prématurés, les causes de décès ont été principalement la détresse respiratoire : 62 %, les infections : 23 %, l'hypothermie : 8 %.

La gémellité a été retrouvée chez 18 % des prématurés.

### **6.3. Prise en charge hospitalière :**

#### **6.3.1. Réanimation :**

Vue la fréquence des détresses respiratoires, des infections, de l'hypothermie, la base de la prise en charge de la prématurité doit être la réanimation dans l'immédiat.

Malheureusement, à cause de l'insuffisance des moyens techniques face à la demande, certains prématurés n'ont pas reçu à temps la ventilation au masque avec aspiration.

La réanimation doit être respiratoire et générale.

Aucun cas de détresse respiratoire d'étiologie chirurgicale n'a été constaté chez nos prématurés.

Les étiologies médicales de la détresse respiratoire du prématuré sont :

- La maladie des membranes hyalines, qui est une insuffisance du surfactant entraînant un collapsus alvéolaire, responsable d'un shunt droit gauche, à l'origine d'une hypoxie [22].

La confirmation se fait par les images radiologiques montrant un parenchyme rétracté avec un fin granité et un bronchogramme aérien. Le traitement se fait par la ventilation artificielle avec  $FiO_2$  à 100 % et monitoring constant (le surfactant apparaît entre le 4<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour). Cependant, la réanimation ne disposait pas de matériel nécessaire pour le monitoring.

- Le syndrome de détresse respiratoire transitoire par retard de résorption du liquide pulmonaire. Traitement = oxygénothérapie.
- L'inhalation amniotique, dont le traitement repose sur une assistance ventilatoire temporaire.
- L'inhalation méconiale : elle accompagne une souffrance fœtale aiguë. Son traitement repose sur l'intubation, la broncho-aspiration systématique et la ventilation assistée (pas de ventilation au masque). La réanimation ne disposait pas non plus de matériel pour la broncho aspiration.
- L'infection pulmonaire et le pneumothorax suffoquant qui sont aussi des causes médicales n'ont pas été rencontrés au cours de notre étude

Le diagnostic de la détresse respiratoire a été posé devant une tachypnée (Fréquence respiratoire supérieure à 60 cycles par minute) irrégulière avec apnées, des signes de lutte (indice de SILVERMAN) et une cyanose.

Principes du traitement : (avant la recherche étiologique) :

- Désobstruction des voies aériennes supérieures
- Mise en incubateur (risque d'hypothermie)
- Perfusions
- Oxygénothérapie
- Radiographies thoraciques en urgence

Malheureusement, en cas d'absence d'amélioration sous ce traitement ou d'absence de ventilation spontanée, nous ne disposions pas de matériel adéquat pour pratiquer l'incubation et la ventilation assistée.

Aussi, vu le nombre limité d'incubateurs (4 couveuses), tous les prématurés n'y avaient pas accès dès leur arrivée.

### **6.3.2. Médication de soutien :**

L'immunité n'étant pas acquise totalement chez les prématurés, cela les expose aux infections.

Cette situation est aggravée surtout par la juxtaposition des prématurés avec d'autres Nnés infectés à la réanimation.

De ce fait, l'antibiothérapie a été systématique chez 100 % de nos prématurés dès leur entrée à la réanimation.

Les antibiotiques les plus fréquemment utilisés ont été l'association des Bétalactamines et des aminosides.

Les corticoïdes ont été utilisés en traitement de courte durée dans 100 % des cas. Les corticoïdes sont les médicaments à action anti-inflammatoire puissante notamment dans les cas de détresse respiratoire.

La vitamine K1 a été aussi systématique chez tous les prématurés dès leur entrée à l'hôpital pour la prévention de syndromes hémorragiques.

La voie parentale est la plus utilisée à cause de la détresse neurologique notamment l'absence de réflexe de succion-déglutition.

### **6.3.3. Durée d'hospitalisation :**

La durée moyenne d'hospitalisation de la prématurité a été de plus ou moins 6,94 jours (7 jours) avec des durées extrêmes allant de 1 à 25 jours.

### **6.5. Devenir :**

Le taux de mortalité s'est élevé, à 60 % des prématurés au cours de notre étude sur un délai de trois mois, contre 4 % des Nnés à terme.

GARBA [23] a trouvé un taux de mortalité s'élevant à 26,8 % et cela dans le post partum immédiat chez les prématurés.

Le sexe n'influence pas la survenue du décès, mais comme le révèlent certaines études, le petit poids de naissance et l'âge gestationnel constituent des facteurs de risque [17 et 23].

Nous avons enregistré 80 % de décès parmi les prématurés dont l'âge gestationnel se situe entre 28 et 32 S.A.

Pour les prématurés de poids de naissance inférieur à 1500 grammes, nous avons trouvé 60 % de décès .

Cette augmentation de la fréquence de décès dans cette tranche d'âge (28-32 S.A.) repose sur l'immaturité de l'organisme humain en général., car le terme n'étant pas atteint.

Tous les anticorps maternels ne sont pas transmis au fœtus à cet âge. Le fœtus résiste donc moins aux infections. Par ailleurs la détresse respiratoire plus fréquente chez les prématurés vient compléter le tableau, sans oublier que toutes les conditions n'étaient pas réunies dans notre service pour une prise en charge complète du Nné prématuré.

Chez certains de nos prématurés qui sont décédés par la suite, nous avons soupçonné le V.I.H. Cependant, nous ne nous sommes pas intéressé à cet aspect, car pas mal de mères n'ont pas voulu coopérer avec nous dans ce sens, après le décès de leur enfant. La sérologie V.I.H. était effectuée gratuitement dans le service par le Centre de Soins, d'Animation

et de Conseil pour les personnes vivant avec le V.I.H. (C.E.S.A.C.), tous les jeudis. Malgré cela, les mères ne venaient pas aux rendez-vous donnés.

56 % de nos Nnés prématurés sont décédés avant l'âge de un mois.

A deux mois, il y a eu 60 % de décès.

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès au début de leur 3<sup>ème</sup> mois d'existence.

Les mêmes pathologies étaient retrouvées aussi bien chez les prématurés que chez les Nnés à terme, au cours de notre étude, à savoir : les affections broncho-pulmonaires, la gastro-entérite et candidose buccale, la conjonctivite, la hernie ombilicale, l'infection urinaire, les dermatoses, l'accès palustre.

Elles se trouvent souvent en association chez le même enfant. Au bout de trois mois, nous n'avons décelé qu'un cas de séquelles neurologiques.

**7.**

# **CONCLUSION**

Au bout de cette étude longitudinale faite à la réanimation pédiatrique du C.H.U. Gabriel TOURE, ayant intéressé 150 Nouveau-nés de 0 à 3 mois, il nous est possible de tirer les conclusions suivantes :

- La prématurité représente le 3<sup>ème</sup> motif d'hospitalisation avec une fréquence de 22,2 %,
- Elle survient généralement chez la femme aux âges limites 16 - 20 ans et 30 - 40 ans et se caractérise par une morbidité et une mortalité périnatales élevées.
- Nous avons enregistré 60 % de décès.
- Et la détresse respiratoire a été la plus fréquente cause de décès chez les prématurés (62 %), suivie des infections (23 %).
- L'accouchement prématuré demeure une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre, appelés à collaborer en vue de réduire la morbidité et la mortalité néonatales qui en découlent.



# RECOMMANDATIONS

8.1. Aux autorités

8.2. Au Personnel socio-sanitaire

8.3. A la Population

A la lumière de nos résultats, nous recommandons ce qui suit :

### **8.1. Aux autorités :**

Doter les Centres de santé de plateaux techniques et de personnel compétent en vue de prendre en charge le nouveau-né prématuré dès sa naissance en fonction du niveau de la pyramide sanitaire ;

- ☞ Etendre la couverture sanitaire à toutes les couches de la population, en particulier dans le domaine materno-infantile ;
- ☞ Réaliser la formation continue du personnel socio-sanitaire ;
- ☞ Renforcer la politique de médicaments essentiels dans les Centres de santé communautaires ainsi que dans les structures hospitalières, afin de réduire le coût de la prise en charge ;
- ☞ Créer un Centre de néonatalogie au niveau du District de Bamako.

### **8.2. Au Personnel socio-sanitaire :**

- ☞ Faire dans la mesure du possible des prescriptions en Dénomination Commune Internationale (D.C.I.) ;
- ☞ Inciter les parents à payer les médicaments essentiels ;
- ☞ Repérer les cas à risque.

### **8.3. A la Populations :**

- ☞ Fréquenter les C.P.N. (Consultations Prénatales) ;
- ☞ S'adresser au plus tôt, dans les cas de nouveau-nés prématurés nés à domicile, au Centre de santé le plus proche.

# BIBLIOGRAPHIE

1. ABDOUL- RAHMANE DIPARIDE AGBERE, SENAME BAETA, BAHOURA BALAKA, et al.-  
Mortalité néonatale à l'Hôpital d'enfants de Tantigou, Dapaong (Nord Togo) en 1984-1985. α 1994-1995.  
*APANF'97 ; p.14.*
2. ALIHOUNOU E., PERRIN R., AGUESSY B., HEKPAZO A., ZANFOUNHOUEDE C., ATCHADE D.-  
Place du Coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.  
*Afrique Médical, 1982, 21, 203, 533-538*
3. ALLEN L. H.-  
Iron deficiency anemia increases risk of preterm delivery.  
*Nutrition Review, 1993, 51, 2, 49, -52. American Journal of Obstetrics and Gynecology : 1993, 168, 4, 1239-1246.*
4. ANDRE STHAL, GERAR COTTE.  
Embryologie générale.  
*(Association corporative des étudiants en médecine de Marseille). P. 3-5.*
5. ASSIMADI K. , ZONGO P., GRANGA K, KESSIEK., DEGBOEL A., HODONOU K., VORVOR M.-  
Morbidity à l'unité des prématurés au CHU de Lomé : Bilan d'un an d'activité de soins.  
*Revue médicale de Côte d'Ivoire, Février 1985, 70,31-41.*
6. ASSOULINE C., ROLLAND M., FOURNIE A., BEREREBI A., REGNIER C.-  
Prématurité provoquée : Décision et conséquences : Néonatalogie et réanimation.  
*Médecine infantile 1986, 93, 37, 19-20*

7. AUBARD Y., DIXNEUF B., BAUDET JH.-  
Menace d'accouchement prématuré et infection urinaire.  
*Gazette médicale.* 1986, 93, 37, 19-20.
8. AUDRA P., PUTET G.-  
Reste-t-il des indications de voie basse dans la présentation de siège ?  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique,* 1990, 85, 10, 545-548.
9. BALAKA B., DJIKI F.S., BAETA S., KPEMESSIE.\*\*  
Facteurs liés aux pathologies en période néonatale précoce au C.H.U.  
de Lomé  
*APANF'97. P. 8*
10. BERARDI J. C.-  
La prématurité de décision médicale: Analyse d'une étude  
rétrospective portant sur 18 maternités de la périphérie Parisienne.  
*Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction .* 1992,  
21, 8, 943-946.
11. BREART G., MAILLAR F.-  
Evolution récente de la prématurité en France. Résultats d'une  
enquête auprès des membres de l'AUDIPOG.  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique,* 1989, 84, 4, p.319
12. BRECHON J. M., DARBOIS Y.-  
Décollement prématuré du placenta du 3<sup>ème</sup> trimestre,  
*La Revue du praticien,* 1985, 35, 23 (21 avril 1985).
13. BROUSSONS LAZARUS S.-  
La menace d'accouchement prématuré : ses aspects psychologiques,  
enquête sur l'appui.  
1991, 19, 5, 413-419.

14. CACAULT J.A., LALANDE J., MARIE J.-  
Accouchement prématuré. L'urgence en garde de gynécologie et de  
Maternité.  
*1986, 1796, 34-35*
15. CREASY RK.-  
Preterm birth prévention : were are we ?  
*American Journal of obstetrics and gynecology, 1983, 147, 2, 125-132.*
16. CREN SHAW C. JR., PAYNE P., BLACKMON L., et al.-  
La prématurité et l'obstétricien. Une unité régionale de soins intensifs  
n'est pas suffisante.  
*American Journal of Obstetrics and gynecology, 1983, 147, 2, 125-132.*
17. DAO HALIMA.-  
Les nouveaux-nés de petits poids de naissance. Devenir immédiat.  
*Thèse Médecine Bamako 1987, 15.*
18. DAVID M., FLORET D., BONET H.-  
Adaptation à la vie extra-utérine. Médecine périnatale, 1984, Tome 1  
du SIMEP, P. 24-30. Décollement prématuré du placenta du 3<sup>ème</sup>  
Trimestre, *La revue du praticien, 1985, 35, 23 (21 Avril 1985).*
19. DIAWO M. BAH.-  
Accouchement prématuré spontané.  
*Afrique Médicale, 1982, 198, 175-180.*
20. DREYFUS M., DONATOL, J. MESSER J., WILLIARD D.  
Accouchement des grands prématurés : conduite à tenir obstétricale.  
*Journal de Médecine de STRASBOURG 1991, 22, 8, 431-434.*

21. DUMONT M.-,  
La Gynécologie et l'Obstétrique dans la Bible : de l'accouchement, ses suites,  
*Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*,  
1990, 19, 2, 145-153
22. FRANCOIS AUBERT, PHILIPPE GUITTARD.-  
Détresse respiratoire et souffrance cérébrale.  
*L'essentiel médical de poche. 2<sup>ème</sup> édition. P. 777-789.*
23. GARBA T.S.-  
Aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du Point  
« G ».  
*Thèse Médecine – Bamako 1995, n° 95 M.29.*
24. GIBBS R.S.-  
Subclinical infection as a cause of preterm delivery.  
*(The) Pediatric infections disease Journal, 190, 9, 10, p. 777 ;*
25. GRAVEN HORST JB., SCHREVDER AM., VEENS., BRAND R.et al-  
Breach delivery in very preterm and very low birth weight infants in  
the Netherlands.  
*British Journal of OBSTETRICS and Gynecology. 1993, 100, 5, 411-415.*
26. HOUENOU Y., ABO P., DIARRA Y., DOREGO A., NOUA F.,  
FOLQUET A., ZERBO C.F., WELFFENS E.C., KOUAME J.-  
Analyse de la pathologie néonatale et perspective pour la maternité  
sans risque.  
*APANF'97 ; p.7.*
27. HUAULT G.B. LABRENE-  
Pédiatrie d'urgence.  
*Edition Flammarion, 2<sup>ème</sup> Edition*

28. JOHNSON P.-  
Suppression of preterm labour : Current concepts : Drugs : (Basel).  
*1993, 45, 5, 684-692.*
29. KIRSCHBAUM T.-  
Antibiotics in treatment of preterm Labour :  
*American Journal of Obstetrics and Gynecology : 1993, 168,4, 1239-1246*
30. KOKI NDOMBO P.O., TIETCHE F., GONSU FOTSIN J., NKO'O AMVENCE et al.-  
Facteurs de risque et signes cliniques des hémorragies péri et intra ventriculaires du prématuré à Yaoundé (CAMEROUN)  
*Annales de pédiatrie (PARIS), 1994, 41,4, 246-248.*
31. KONFE Salif.-  
Facteurs de risque des accouchements prématurés à l'hôpital de Bobo-Dioulasso.  
*Thèse médecine Ouagadougou. N° 93, 1990*
32. KOUYATE CARVALHO D'ALVARENGA (Henriette-Thérèse)- Enquête bio-clinique à la recherche d'une étiologie infectieuse des interruptions prématurés de la grossesse.  
*Thèse : Médecine - Bamako : 1974, 5, n°4.*
33. LEDWARD R.S.-  
Premières observations faites dans un nouveau service d'obstétrique en Arabie Saoudite.  
*Tropical Doctor ; 1982, 12, 2, 63-6.*

34. LUMLEY J., RICE GE., BRENNEKE SP.-  
The epidemiology of preterm birth. Preterm labour and delivery.  
BAILLIERE'S clinical obstetrics and gynecology  
1999, 7, 3, 477-498.
35. MACQUART MOULIN G., BARET C., JULIAN C. et al-  
Surveillance auténatale et risques de prématurité et d'hydrotrophie  
foetale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la  
Reproduction*. 1992, 21, 1, 9-18.
36. MAMELLE N., BETUCAT I., AVRAY JP., PURU G.-  
Quelles mesures de prévention de la prématurité en milieu  
professionnel ? *Revue d'Epidémiologie et santé Publique*. 1986, 34, 4-5,  
286-293.
37. MAMELLE N., SEGUEILLA M., BERLAND M., et al.-  
Est-il possible de prévenir le risque d'accouchement prématuré par  
une intervention psychologique ? Approche épidémiologique.  
*In : Journées (22<sup>ème</sup>) Nationales de médecine périnatale 1992 ; pp.191-  
205*
38. MALINAS Y.-  
La menace d'accouchement prématuré : mythe ou réalité ?  
*In Entretiens de Bichat-Pitié-Salpêtrière 1990, 119-122.*
39. MAYANDA H.F., BETHO VMF, MALONGA H. DJONOB S., SENGA P.  
Morbidité et Mortalité néonatale au C.H.U. de Brazzaville.  
*Médecine d'Afrique Noire*. 1989, 36 (7).
40. MBIYE KAMUNA, KOYANDAKPA DIBERT CAROLIN.-  
L'accouchement prématuré et ses problèmes à la maternité de  
BANGASSOU (République Centrafricaine).  
*Afrique Médicale, Mai 1988, 263 260-261.*

41. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.-  
Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. *Précis d'obstétrique. 1993, 5<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, 204-208.*
42. MIGAN Y., ASSAH H., OULAI S.M., OREGA M., CISSE L., et al-  
Impact de « L'initiative Hôpitaux amis des bébés » sur la mortalité néonatale : expérience de l'unité de néo-natalogie du C.H.U. de Treichville.  
*APANF'97 ; p.11.*
43. MOUNANGA N., KOMBILA P., BOGUIKOUA J.B. ZINSOU R.D.-  
Complications maternelles et fœtales de l'H.T.A. au cours de la grossesse. A propos d'une étude rétrospective de 78 cas ;  
*Médecine d'Afrique Noire : 1989, 36(7).*
44. MULL DER. (DE)X.-  
Etiologie du travail prématuré : quel est le rôle des facteurs psychologiques ?  
*Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la eproduction ; 190, 19, 1, 77-82.*
45. NDIAYE (Fatoumata épouse NDIAYE)-  
De la prématurité en milieu obstétrical bamakois. Facteurs étiologiques. Conséquences - préventions ;  
*Thèse Médecine : Bamako : 1979 ; n° 22.*
46. PAKE K.R., MAAS M.L., TITLER M.G., BUCK WALTER K.C.-  
Management of preterm Labour and prevention of premature delivery .  
*Advance in clinical nursing research. 1993 ; 28, 2, 279-288.*

47. PALO P., ERKKOLA R.-  
Risk factors and deliveries associated with preterm, severely small for gestationnal age fetuses.  
*American Journal of Perinatology*, 1993, 10, 1, 88-91.
48. PRAZUCK T., TALL F., ROISIN AJ., KONFE S., COT M., LAFAIX C.-  
Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa).  
*International Journal of epidemiology*, 1993 ; 22, 3, 489-494
49. RACHDI R., FEKIH M.A., MOVELHIC C., BRAHIM H.,-  
Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire.  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique*, 1992, 87, 5, 295-298.
50. RENAUDIN P., KHALIFA I. O., SIDI MOHAMED AO., Morbidité et Mortalité néonatale dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier national de Nouakchott en 1996.  
*APANF'97*; p.5.
51. RUFH., CONTE M., FRANQUEBALME J.P.-  
L'accouchement prématuré.  
*EMCO, Tome 3, 5076, 1-12.*
52. SAGOT P., ROZE C., RIGAL E. DATALF, MOREL Ph., SAMAKE M., et al.-  
Naissance avant 33 semaines d'aménorrhée. Intérêt du transfert in utéro au sein d'un département de Périnatalogie.  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique*, 1990, 85, 5, 293-298.
53. SANGARE Safiatou (épouse BERTHE)-  
Morbidité et Mortalité néonatale dans le service de Pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE : Etude des facteurs de risque.  
*Thèse : Médecine – Bamako ; 1991,3.*

54. SANOU I., TRAORE A., KAM K L., YE D., KOUETA F., DAO L., ZEBAB. SAWADOGO S.A.-  
Morbidité et mortalité dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou (Burkina Faso). *APANF'97* ; p.4.
55. SIDIBE B.-  
Contribution à l'étude es accouchements prématurés en milieu obstétrical bamakois (à propos de 140 cas). Bamako  
*ENMP, 1986, 116p., (Thèse médecine) 86M-12.*
56. SIGNATE SY H., DIACK MBAYE A., MOREIRA C., DIAGANA M., FALL M.-  
Aspects évolutifs de la pathologie néonatale.  
*APANF'97* ; p.9
57. SIMPSON JL.-  
Are physical activity and employment related to preterm birth and low birth weight ?  
*American Journal of obstetrics and glyneecology, USA, 1993, 168. 4. 1231-1238.*
58. TERZIBAHCIAN J.J., MIDA M., DAVID E., WEBER L., BOULANGER J. CH., VITSE M.-  
Bilan des menaces d'accouchement prématuré : Etiologie, Conduite à tenir résultats :  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 1990, 85, 12, 673-677.*
59. THOULON J.M.-  
Faut-il encore traiter les menaces d'accouchement prématuré et comment ?  
*La lettre de Gynécologue (Lyon) ; 1989, n°12.*

60. TIETCHE F., KOKINDOMBO P., KAGO I., ANGAYE et al.-  
Facteurs de mortalité de nouveau-nés de petits poids de naissance à l'hôpital Central de Yaoundé.  
*Annales de Pédiatrie (Paris), 1994, 41, 4, 259-263.*
61. TRAORE M.S., KEITA M. M., BERTHE S.S. et al.  
Morbidité et mortalité néonatale dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Etude des facteurs de risque.  
APANF'97, 1.
62. UNAL D., MILLET V., LECLAIRE M., BARTOLI J.M., BOUBLI L., et al-  
Conséquences néonatales de la rupture prématuré des membranes (plus de 5 jours) avant la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation.  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 1992, 87, 5, 283-287.*
63. VANGEEDEER HUYSEN. LUMBI RAMIREZZO., CHAMORRO., MENDEZ S.-  
Etude préliminaire des facteurs de risque d'accouchement prématuré dans la région de RIVAS (Nicaragua).  
*Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 1987, 82, 3, 199-203.*

# QUESTIONNAIRE

## IDENTIFICATION

- {Q1} N° FICHE: /\_\_\_\_\_/ Malade: /\_\_\_/ (1=cas, 2=témoin)  
{Q2} Sexe: /\_\_\_/ (1=masculin, 2=féminin)  
{Q3} Référence: /\_\_\_/ (1=hôpital, 2=cscm, 3= maternité/PMI, 4=domicile)  
{Q4} Ethnie: /\_\_\_/ (1=bamabara, 2=peul, 3=sarakolé, 4=malinké, 5=sonraï  
6=mininaka/senoufo, 7=dogon, 8=bobo, 9=autres)  
{Q5} Age: /\_\_\_/ (1= inf.24H, 2= sup. 24H)  
{Q6} Date d'entrée: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## PARAMETRES SOCIO-ECONOMIQUES

### • Mère

- {Q7} Age Mère: /\_\_\_/  
{Q8} Poids Mère : /\_\_\_/ (kg)  
{Q9} Taille Mère: /\_\_\_/ (cm)  
{Q10} Niveau instruction Mère: /\_\_\_/ (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur,  
4=analphabète, 5=coranique, 6=autres)  
{11} Profession Mère: /\_\_\_/ (1=ménagère, 2=fonctionnaire, 3=commeçante,  
4=élève/étudiante, 5=ouvrière, 6=autres)

### • Père

- {Q12} Age Père: /\_\_\_/ (années)  
{Q13} Niveau d'instruction Père: /\_\_\_/ (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur  
4=analphabète, 5=coranique, 6=autres)  
{Q14} Profession Père:/\_\_\_/(1=commerçant, 2=fonctionnaire, 3=employé de commerce  
4=paysan, 5=ouvrier, 6=sans profession, 7=autres, 8=élève/étudiant)  
{Q15} Statut matrimonial: /\_\_\_/ (1=mariée, 2=célibataire, 3=veuve,  
4=divorcée, 5=indétermin.)  
{Q16} ATCD médicaux: /\_\_\_/ (1=HTA, 2=diabète, 3=néphropathie, 4=infection génito-  
urinaire, 5=hémoglobinopathie, 6=ind, 7=autres 8=incompati)  
{Q16a} autres à préciser: \_\_\_\_\_

{Q17} ATCD gynéco-obstétricaux: /\_\_\_/ (O/N)

{Q18} parité: /\_\_\_/ {Q18a} vivant: /\_\_\_/ {Q18b} DCD: /\_\_\_/

{Q19} avortement ou fausse couche: /\_\_\_/ (O/N)

{Q20} Accouchement prématuré: /\_\_\_/ (O/N)

{Q21} Pathologie gravidique: /\_\_\_/ (O/N)

{Q22} Césarienne: /\_\_\_/ (O/N)

{Q23} autres à préciser: \_\_\_\_\_

**Grossesse actuelle:**

{Q24} Nbre CPN: /\_\_\_/

{Q25} Grossesse gémellaire: /\_\_\_/ (O/N)

{Q26} Anémie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q27} Fièvre: /\_\_\_/ (O/N)

{Q28} Ictère: /\_\_\_/ (O/N)

{Q29} Infection: /\_\_\_/ (O/N)

{Q29a} si oui type infection: /\_\_\_/ (1=leucorrhée, 2=prurit, 3=cervicite, 4=vaginite  
5=infection urinaire, 6=vers intestinaux, 7=paludisme)

{Q30} Hémorragie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q31} Néphropathie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q32} Diabète: /\_\_\_/ (O/N)

{Q33} VAT: /\_\_\_/ (O/N)

{Q34} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

**Accouchement:**

{Q35} Dystocie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q36} Césarienne: /\_\_\_/ (O/N)

{Q37} RPPE: /\_\_\_/ (O/N)

{Q38} nouveau-né réanimation à la naissance: /\_\_\_/ (O/N)

{Q39} Terme d,fini en semaines: /\_\_\_/

{Q40} Détermination de l'âge foetal : /\_\_\_/

{Q41} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

**Examen du nouveau-né:**

{Q42} Poids /\_\_\_/ (g)

{Q43} Taille /\_\_\_/ (cm)

{Q44} PC : /\_\_\_/ (cm)

{Q45} Etat général: /\_\_\_/ (1=S, 2=M)

## **Pathologies associées:**

### *Peau et phanères:*

{Q46} Conjonctivites pâles: /\_\_\_/ (O/N)

{Q47} Ictère: /\_\_\_/ (O/N)

{Q48} Cyanose: /\_\_\_/ (O/N)

{Q48a} Hypothermie: /\_\_\_/ (O/N)

### *Appareil respiratoire:*

{Q49} FR: /\_\_\_/ (cycles/mn)

{Q50} Score de Siverman: /\_\_\_/ (1=inf.4, 2=4-7, 3=sup.7)

{Q51} Râles pulmonaires: /\_\_\_/ (O/N)

{Q52} Pauses: /\_\_\_/ (O/N)

{Q53} Apnées: /\_\_\_/ (O/N)

{Q54} Graspings: /\_\_\_/ (O/N)

{Q55} Détresse respiratoire: /\_\_\_/ (O/N)

### *Appareil cardio-vasculaire*

{Q56} FC: /\_\_\_/ (battements/mn)

{Q57} Bruits surajoutés: /\_\_\_/ (O/N)

{Q58} Syndrome hémorragique: /\_\_\_/ (O/N)

### *Appareil digestif*

{Q59} Splénomégalie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q60} Hépatomégalie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q61} Plis de déshydratation: /\_\_\_/ (O/N)

{Q62} Absence de muscles abdominaux: /\_\_\_/ (O/N)

{Q63} Masse abdominale: /\_\_\_/ (O/N)

### *Système nerveux*

{Q64} Graspings: /\_\_\_/ (O/N)

{Q65} Succion déglutition: /\_\_\_/ (O/N)

{Q66} Réactivité: /\_\_\_/ (O/N)

{Q67} Mooro: /\_\_\_/ (O/N)

{Q68} Détresse neurologique: /\_\_\_/ (O/N)

### *Appareil génito-urinaire*

{Q69} Malformation: /\_\_\_/ (O/N)

*Appareil lymphogladulaire*

{Q70} Présence d'adénopathie: /\_\_\_/ (O/N)

*Appareil locomoteur*

{Q71} Anomalie osseuse visible: /\_\_\_/ (O/N)

*ORL*

{Q72} Malformation: /\_\_\_/ (O/N)

*Ophthalmo*

{Q73} Conjonctivite: /\_\_\_/ (O/N)

{Q74} Réflexe pupillaire: /\_\_\_/ (O/N)

{Q74a} autres pathologies associées: \_\_\_\_\_

{Q75} Traitement associé: /\_\_\_/ (O/N)

{Q76} Perfusion: /\_\_\_/ (O/N)

{Q77} Transfusion: /\_\_\_/ (O/N)

{Q78} Gavage: /\_\_\_/ (O/N)

{Q79} Incubation (couveuse) /\_\_\_/ (O/N)

{Q80} Oxygénothérapie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q81} Antibiothérapie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q82} Corticothérapie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q83} Vitaminothérapie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q84} Photothérapie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q85} Antipyrétique: /\_\_\_/ (O/N)

{Q85a} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

{Q86} Bilan demandé: /\_\_\_/ (O/N)

{Q87} Glycémie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q88} Azotémie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q89} Créatinémie: /\_\_\_/ (O/N)

{Q90} Echographie transfontanellaire: /\_\_\_/ (O/N)

{Q91} GE + Frottis: /\_\_\_/ (O/N)

{Q92} Hb- Ht: /\_\_\_/ (O/N)

{Q93} Groupage + rhésus: /\_\_\_/ (O/N)

{Q94} ECBU: /\_\_\_/ (O/N)

{Q95} NFS VS: /\_\_\_/ (O/N)

{Q96} Radiographie du thorax: /\_\_\_/ (O/N)

{Q97} Autres: \_\_\_\_\_

{Q98} Alimentation: /\_\_\_/ (1=maternelle, 2=artificielle, 3=mixte)

{Q99} Absorption de liquide dans les 48 heures: /\_\_\_/ (O/N)

{Q100} Etat du nouveau-né à la sortie de l'hôpital: /\_\_\_/ (1=vivant sans séquelles,  
2=vivant avec séquelles, 3=DCD)

{Q101} Durée d'hospitalisation: /\_\_\_/ (jours)

### **Suivi à 1 mois**

{Q102} DCD: /\_\_\_/ (O/N)

{Q103} Poids: /\_\_\_/ (g)

{Q104} Taille: /\_\_\_/ (cm)

{Q105} PC /\_\_\_/ (cm)

{Q106} FR: /\_\_\_/ (cycles/mn)

{Q107} FC: /\_\_\_/ (battements/mn)

{Q108} Etat satisfaisant: /\_\_\_/ (O/N)

{Q109} Séquelles: /\_\_\_/ (O/N)

{Q110} si oui préciser: /\_\_\_/ (1= Neurologiques, 2= Ophtalmo, 3=ORL  
4= Psycho-moteurs)

{Q111} Pathologie à 1 mois: /\_\_\_/ (1=affection broncho-pulmonaire, 2=rhinite  
simple, 3=gastro-entérite, 4=candidose buccale, 5=dermatose,  
6=conjonctivite, 7=hernie ombilicale, 8=infectio urinaire, 9=accès  
palu, 10=autres)

{Q111a} autres à préciser: \_\_\_\_\_

### **Suivi à 2 mois**

{Q112} DCD: /\_\_\_/ (O/N)

{Q113} Poids: /\_\_\_/ (g)

{Q114} Taille: /\_\_\_/ (cm)

{Q115} PC /\_\_\_/ (cm)

{Q116} FR: /\_\_\_/ (cycles/mn)

{Q117} FC: /\_\_\_/ (battements/mn)

{Q118} Etat satisfaisant: /\_\_\_/ (O/N)

{Q119} Séquelles: /\_\_\_/ (O/N)

{Q120} Si oui préciser: /\_\_\_/ (1=Neuro, 2=Ophtalmo, 3=ORL, 4= Psycho-moteurs)

{Q121} Pathologie à 2 mois: /\_\_\_/ (1=affection bronchopulmonaire, 2=rhinite simple, 3=gastro-entérite, 4=candidose buccale, 5=dermatose, 6=conjonctivite 7=hernie ombilicale, 8=infectio urinaire, 9=accès palu, 10=autres)

{Q121a} autres à préciser: \_\_\_\_\_

### **Suivi à 3 mois**

{Q122} DCD: /\_\_\_/ (O/N)

{Q123} Poids: /\_\_\_/ (g)

{Q124} Taille: /\_\_\_/ (cm)

{Q125} PC /\_\_\_/ (cm)

{Q126} FR: /\_\_\_/ (cycles/mn)

{Q127} FC: /\_\_\_/ (battements/mn)

{Q128} Etat satisfaisant: /\_\_\_/ (O/N)

{Q129} Séquelles: /\_\_\_/ (O/N)

{Q130} Si oui préciser: /\_\_\_/ (1=Neuro, 2=Ophtalmo, 3=ORL, 4=Psycho-moteurs)

{Q131} Pathologie à 1 mois: ### (1=affection bronchopulmonaire, 2=rhinite simple, 3=gastro-ent,rite, 4=candidose buccale, 5=dermatose, 6=conjonctivite 7=hernie ombilicale, 8=infectio urinaire, 9=accès palu, 10=autres)

{Q131a} autres à préciser: \_\_\_\_\_

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM : DIAWARA**

**Prénom : Maïmouna**

**Titre de la Thèse : PREMATURITE : FACTEURS DE RISQUE, PRISE EN CHARGE ET DEVENIR EN MILIEU HOSPITALIER BAMAKOIS.**

**Année Universitaire : 1998-1999**

**Pays d'origine : Mali**

**Lieu de Dépôt : BIBLIOTHEQUE Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali**

**Secteur d'intérêt : Pédiatrie**

### RESUME :

Cinquante (50) cas de prématurités recensés au service de pédiatrie du CHU-GT ont été appariés à 100 nouveau-nés à terme du service de gynéco-obstétrique dudit CHU de décembre 1997 à juin 1998 pour faire l'objet d'une étude prospective comparative.

La prématurité est relativement fréquente dans le service (22,2%), c'est la troisième cause de l'hospitalisation dans l'unité de réanimation du service de pédiatrie après les infections et la souffrance fœtale.

La détresse respiratoire représente la principale cause de décès chez les prématurés (62%) suivi des infections (23%) et de l'hypothermie (8%).

L'âge gestationnel constitue aussi un facteur de risque. 34 naissances sur les 50 cas de prématurité se sont déroulées de 28-32 SA, soit 68% avec 80% de décès.

Au terme de notre étude nous avons enregistré 60% de décès parmi les prématurés contre 4% parmi les nouveau-nés à terme. Sur ces 60% de décès, 56% ont eu lieu avant l'âge de 1 an. Le manque de suivi médical de ces femmes pendant la grossesse pourrait être à l'origine de cette situation car les causes (béance cervicale, malformations utérines, infections) n'ont pas été traitées le plus souvent.

Le pronostic pourrait s'améliorer par une prise en charge immédiate et adéquate dans une unité de réanimation voire de néonatalogie.

**MOTS- CLES :** *Prématurité, facteurs de risque, prise en charge, devenir.*

## **Serment d'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.*