

ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



MEMOIRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE CONTEXTE DE LA PREECLAMPSIE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHU GABRIEL TOURE : ETUDE CAS/TEMOINS

***Présentée et soutenue le devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences Techniques et Technologie de
Bamako (USTTB)***

Par Dr. MOHAMED DIALLO

Pour obtenir le Grade de spécialiste en Gynécologie obstétrique

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : M. Youssouf Traore, Professeur

Membres : M. Soumana Oumar Traore, Maitre de Conférences

Membres : M. Seydou Fané, Maitre-Assistant

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION

II. OBJECTIFS

III. GENERALITES

IV. METHOLOGIE

V. RESULTATS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. CONCLUSIONS ET RECOMMADATIONS

VIII. REFERENCES

IX. ANNEXES

DEDICACES

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mon oncle et ma tante SOULEYMANE DIALLO, Mme KEITA ADIARATOU

Tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite de mes études, jusqu'à ta mort. Trouve ici ma sincère reconnaissance.

Qu'Allah t'accueille dans son paradis !

A mes femmes NDIAYE AWA et FATIM OUALY DIARRA à toute sa famille avec mention spéciale à ma cousine TENIMBA DIALLO.

C'est un plaisir pour moi de vivre ces instants de bonheur avec vous. Merci pour tout ce que vous faites pour moi !

A mes frères et sœurs : TIEMOKO, LASSANA, LADJI, BOUBACAR, BENGALY, ABDOULAYE, SEKOU DIALLO qui est exilé depuis 6 ans sans nouvelle, ISSA KEITA et SAMBOU SALIF, Mme COULIBALY ADIARATOU, Mme DEMBELE SARAN

Merci infiniment pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficié. Que le Seigneur renforce nos liens fraternels afin que nous demeurions toujours unis dans la paix.

A mes amis: BASSIDI DIALLO, YACOUBA KONE, Dr DJIGUIBA AMADOU, BALLA SISSOKO et Dr HONORE CAYO

Je ne pourrai jamais vous remercier assez par les mots. Vous m'avez toujours Compris et soutenu, vous avez été à mes côtés à chaque fois que j'aie eu besoin de Vous. Trouvez ici l'expression de mon affection.

AU Président de l'ASACO SAYON DIAKITE :

Merci pour accompagnement durant tout mon cycle !

A tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Toure du District de Bamako : Merci

Pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

A mes encadreur :

Pr NIANI MOUNKORO, Pr YOUSSEF TRAORE, Pr IBRAHIMA TEGUETE, Pr AMADOU BOCOUM, Pr FANE SEYDOU, Pr SANOGO CHAKA ,Pr SYLLA MAMADOU, Pr CISSOKO ABDOULAYE ,Pr THERA AUGUSTIN, PR SIMA ,Pr KANTE, Pr AMADOU COULIBALY, PR SEYDOU Z DAO Dr ADAM ADJAWIAKOYE, A TOUT LES PERSONNELS DES DIFFERENTS SERVICES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU DISTRICT SANITAIRE DE BAMAKO,TANTI BASSAN DU SERVICE GYNECO OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE ET SON EQUIPE,AUX SERVICES DE CHIRURGIE DE PEDIATRIE UROLOGIE

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A la pharmacie ALWAR et CSCOM DE DARSALAM KITA

Que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur

Sigles et abréviations :

- ATCD : Antécédent –
- ACOG: American College, obstetricians and Gynecologists
- AHC : Anti hypertenseur central
- ASACO : Association de Santé Communautaire
- ALAT : Alanine aminotransferases
- ASAT : Aspartate aminotransferases
- AVC : Accident vasculaire cerebral
- BDCF : Bruits du cœur fœtal
- CPON : Consultation postnatale
- CPN : Consultation prénatale
- CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée
- CSC om : Centre de santé communautaire
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
- CSRéf : Centre de Santé de Référence
- HRP : Hématome rétroplacentaire
- HTA : Hypertension artérielle
- IMCM : Institut malien de conseil en management
- IC : Inhibiteur Calcique - MMH : Maladie des membranes hyalines
- MMK : Méthode Mère Kangourou
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ORL : Oto rhino laryngologie
- PDF : Produits de dégradation de fibrine
- PF : Planification familiale - PF : Planification familiale
- PTME : Prévention de la transmission mère enfant
- PAD : Pression Artérielle Diastolique

- PAS : Pression Artérielle Systolique
- PMA : Paquet Minimum d'Activité
- RCIU : Retard de croissance intra utérin
- SGOT : Sérum glutamo-oxalacétique transaminase
- SPGT : Sérum glutamyl pyruvate transaminase
- S.A : Semaine d'aménorrhée
- SAA : Soins après avortement
- SLIS : Système local d'information sanitaire
- TA : Tension artérielle
- TAD : Tension artérielle diastolique
- TAS : Tension artérielle systolique
- TAD : Tension artérielle diastolique
- TAS : Tension artérielle systolique - $\geq$: Supérieur ou égal - $\leq$: Inférieur ou égal

I. INTRODUCTION

L'accouchement prématuré qui désigne toute naissance d'un enfant avant le terme de 37 semaines aménorrhée révolues soit 36 SA +6jours, la prématurité continue à être la principale cause de morbidité et de mortalité périnatales aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés [1]. Pour l'année 2010 dans le monde, la mortalité néonatale a été estimée à 3.1 millions de décès et les complications de l'accouchement prématuré ont été directement associées à 1,08 millions de décès néonataux, soit 35% [2,3]. La prématurité constitue un obstacle majeur à la réalisation de l'Objectif 4 du Millénaire pour le Développement en rapport avec la réduction de la mortalité infantile pour cela, il y a urgence à réduire le taux d'accouchement prématuré pour espérer atteindre cet objectif [4,5]. Les nouveau-nés prématurés qui survivent dans la période postnatale immédiate présentent un risque élevé de morbidité incluant les troubles de croissance et de développement et de mortalité dans leur enfance [6]. Selon l'OMS, on compte 9,6% de naissances en pré terme, avec approximativement 85% des cas concentrés en Afrique et en Asie. Ces pays sont plus affectés d'autant plus que leurs structures de santé sont limitées et ne fonctionnent pas correctement [7, 8].

La prématurité peut être le résultat d'un accouchement spontané tels que le travail prématuré spontané ou d'une décision médicale en raison des risques pour la mère et l'enfant qui sont les pathologies associées à la grossesse dont l'hypertension artérielle et ses complications constituent la première cause d'hospitalisation dans le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré, les hémorragies, la rupture prématuré des membranes. L'accouchement prématuré est la hantise de tout obstétricien, devant son ampleur et la morbidité et mortalité associée nous avons initié cette étude sur le pronostic néonatal des nouveau-nés issus d'un accouchement induit ou spontané prématurément dans un contexte de pré

Éclampsie comparées à d'autres causes de prématurité pour faire l'état de la question dans le service. Ainsi nous formulons comme objectif ce qui suit :

La prématurité est un évènement fréquent et pose clairement la problématique des modalités d'accouchement de ces fœtus aux multiples fragilités. Si la voie haute systématique n'a aucun fondement scientifique, il est des cas où le choix de la césarienne sera basé sur des éléments surajoutés à la prématurité. En particulier lorsqu'il existe une indication maternelle ou fœtale de terminer la grossesse alors que dans ces cas le déclenchement n'est pas envisageable. Par contre en cas de présentation du siège, qui est souvent retenue comme une indication de césarienne, la littérature ne permet pas de recommander une voie plutôt qu'une autre. La césarienne en cas de prématurité est plus difficile en raison de l'absence de segment inférieur et doit bénéficier d'une large incision pour extraire aisément ces fœtus fragiles. La sur morbidité maternelle de la césarienne en cas de prématurité est relevée dans l'ensemble de la littérature. La limite de la viabilité représente un biais dans la plupart des études disponibles car pour ces fœtus l'option césarienne est rarement retenue en raison d'un taux de survie espéré très bas, alors que c'est peut-être dans cette situation que la voie haute pourrait avoir un réel bénéfice. De larges études seront nécessaires pour le démontrer. La pratique systématique d'une épisiotomie ou d'une extraction instrumentale en cas de voie basse n'est pas recommandée en cas de prématurité, et l'utilisation de spatules à visée de protection de la tête fœtale nécessite des études complémentaires.

II. OBJECTIFS

2-1 Objectif général

Etudier le pronostic de l'accouchement prématuré dans le contexte de la pré éclampsie au centre hospitalier et universitaire Gabriel Toure.

2-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes
- Identifier les facteurs influençant l'accouchement prématuré,
- Préciser le pronostic.

1. Hypertension artérielle

1.1. Définitions

On parle d'hypertension artérielle, au cours de la grossesse, quand la pression artérielle est supérieure ou égale à 140 /90 mm Hg lors de deux mesures à plus de cinq (5) minutes d'intervalle après une période de repos de dix (10) minutes[21].

Pré éclampsie :

Il s'agit d'une maladie hypertensive de la grossesse.

La pré éclampsie se définit comme étant une hypertension avec apparition ou aggravation d'une protéinurie [9].

Pré éclampsie grave :

Pré éclampsie apparaissant avant 34 semaines de grossesse ou associée a une protéinurie importante (3 à 5 g par jour) ou en présence de critères de gravité [21].

Protéinurie :

C'est la présence de protéines dans les urines.

Elle est significative si elle est supérieure ou égale à 300mg dans les urines de 24heures ou en présence d'un résultat de deux (2 +) croix ou plus à la bandelette réactive [21].

On parle de protéinurie importante lorsque l'excrétion de protéines urinaires est de 3 à 5 grammes par jour (bandelette réactive supérieure ou égale à 3+) [21].

Œdèmes :

C'est un gonflement des membres inférieurs (jambe, chevilles, pieds) et souvent du visage ou de tout le corps. Ce signe clinique ne fait plus partie des critères diagnostiques de l'hypertension gestationnelle et de la prééclampsie [21].

Syndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelet count): Hémolyse, Elévation des enzymes hépatiques et thrombocytopénie.

Symptômes cliniques: caractérisés par une douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit, vomissements, nausées et ictère

Symptômes biologiques : il s'agit d'un taux d'hémoglobine bas, enzymes hépatiques élevés (SGOT, SPGT et /ou LDH), taux de plaquettes bas.

1. 2. Les préalables au bon contrôle de la tension artérielle [21]

La tension artérielle doit être mesurée dans les conditions suivantes : Après une période de repos de 10 minutes

La patiente doit être en position assise avec le bras pendant Il faut utiliser un brassard compressif de taille appropriée

On doit employer de préférence un sphygmomanomètre au mercure

3. Classification [21]

American College, obstetricians and Gynecologists (ACOG) classifie l'hypertension artérielle pendant la grossesse en :

Type I	Prééclampsie (toxémie gravidique)
Type II	HTA préexistante à la grossesse ou HTA Chronique
Type III	Prééclampsie surajoutée à une HTA
Type IV	HTA gestationnelle ou HTA isolée de la grossesse

4. Éléments de diagnostic [21]

Type I : Prééclampsie (toxémie gravidique) Elle apparait en général après 20 SA

La protéinurie à la bandelette est toujours supérieure ou égale à 2 croix (++) ou 300mg dans les urines de 24heures.

Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue :

HTA modérée : TA diastolique comprise entre 90mmHg et 109mmHg et ou TA systolique entre 140mmHg et 159mmHg

HTA sévère : TA diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg et ou TA systolique supérieure ou égale à 160mmHg.

La présence d'un des signes suivants doit faire poser le diagnostic de : Prééclampsie grave

Critères de gravité

- ☐ Apparition avant 34 semaines de grossesse
- ☐ Douleur épigastrique en barre
- ☐ Diurèse inférieure à 400 ml par 24 heures
- ☐ TA diastolique supérieure ou égale 110mmHg et / ou TA systolique supérieure ou égale à 160mmHg
- ☐ Protéinurie supérieure ou égale à 5 grammes par 24 heures (ou à 3 croix à la bandelette urinaire)
- ☐ Troubles visuels (scotome, flou visuel)
- ☐ Céphalées graves
- ☐ Syndrome HELLP (hemolytic, elevated Liver enzymes, Low Platelet count).
Attention la TA peut être presque normale.
- ☐ Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- ☐ Ascite, œdème pulmonaire.

Type II: HTA préexistante à la grossesse ou HTA Chronique

C'est une femme chez qui la présence d'une hypertension est connue avant la grossesse. La grossesse survient dans ce contexte et évolue sans aggraver HTA.

Type III: prééclampsie surajoutée à une HTA

C'est le cas d'une femme chez qui la présence d'une hypertension est connue avant la grossesse et chez qui apparaît, au cours de la grossesse, une protéinurie supérieure ou égale à 300mg dans les urines de 24heures.

Type IV : HTA gestationnelle ou HTA isolée de la grossesse

L'HTA apparaît au cours de la grossesse et disparaît après accouchement.

Elle se manifeste sous forme d'hypertension artérielle simple sans œdème ni protéinurie ; s'il y a protéinurie, elle ne dépasse jamais une croix à la bandelette urinaire (+) [21].

5. Complications maternelles Eclampsie

Elle se manifeste par des crises convulsives généralisées Tonio-cloniques suivies d'un état post critique chez une patiente présentant une prééclampsie. C'est une grande urgence thérapeutique afin d'éviter qu'un état de mal convulsif ne s'installe. Elle peut être révélatrice de la prééclampsie ou être précédée par des prodromes qui doivent être surveillés : céphalées, troubles visuels (phosphènes, diplopie, amaurose), troubles auditifs (acouphènes), douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit associées ou non à des nausées et/ou vomissements et des ROT vifs. Elle survient dans 30% des cas dans le post partum et dans 50% des cas elle survient avant 37 SA [22].

Œdème pulmonaire :

Il est souvent favorisé par des apports hydro-sodés excessifs ou le traitement par les corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale. Il survient dans 70% des cas dans le post-partum [22].

Hématome rétro placentaire (HRP):

Il complique 4% des prééclampsies, 10% des HTA chroniques et 16 % des HELLP syndromes. C'est un décollement prématuré d'un placenta normalement inséré par un hématome. L'hématome d'importance variable va supprimer une partie ou la totalité de la surface d'échange fœto-maternelle. C'est une urgence obstétricale mettant en jeu le pronostic vital fœtal et maternel. C'est un accident de survenue brutale, imprévisible, à symptomatologie bruyante faite d'une douleur abdominale violente, un utérus de bois (utérus dur, dur partout, dur tout le temps et dur comme du bois) les BDCF sont absents et il existe une métrorragie faite de sang noirâtre, minime et incoagulable. L'HRP peut se compliquer de troubles de la coagulation, de rein de choc voire de nécrose corticale, d'apoplexie utéro placentaire et même de mort maternelle [23].

Syndrome HELLP :

Décrit en 1982 par Weinstein, c'est un syndrome de définition purement biologique [12]. Il est constitué de trois phénomènes biologiques [12, 13] : hémolyse, cytolyse et thrombopénie. Il peut apparaître en post-partum dans 30% des cas ou en l'absence d'HTA dans 10 à 20% des cas [12]. Il témoigne d'une micro-angiopathie thrombotique et peut se compliquer d'un hématome sous capsulaire du foie. La complication maternelle la plus redoutée est la rupture hépatique. Cliniquement, le signe le plus fréquent est une douleur abdominale, maximale au niveau de l'hypochondre droit associée ou non aux nausées et/ou vomissements.

Insuffisance rénale :

Elle est liée en général à une nécrose corticale. C'est la complication à craindre surtout en cas de diagnostic tardif et qu'il existe une oligo-anurie prolongée. La surveillance de la diurèse doit être faite particulièrement en cas de prééclampsie sévère.

CIVD (coagulation intra vasculaire disséminée) :

Elle complique un HRP, un Hellp syndrome, une éclampsie et certaines CIVD asymptomatiques à l'occasion d'une hémorragie. Elle se caractérise par un effondrement des facteurs de coagulation (20 à 80%), du fibrinogène (<1g/l), des plaquettes (< 50.000/mm³), et de l'antithrombine (<70%), ainsi que l'apparition des complexes solubles, des produits de dégradation du fibrinogène (PDF) et des D-dimères, avec parfois un raccourcissement du temps de lyse des eu globulines [24]. Leur évolution peut être très rapide et leur surveillance biologique doit être répétée parfois à l'échelle horaire. Autres complications : Sont rares mais sont redoutées.

Il s'agit de :

- Atteinte hépatique
- AVC
- Instabilité tensionnelle
- Mort maternelle qui reste élevée dans nos pays, etc.

6. Complications fœtales et néonatales :

- Oligoamnios

- Retard de croissance intra-utérine :

Il touche 7 à 20% des grossesses compliquées de HTA [13,25]. Il est souvent tardif (apparaissant au 3ème trimestre) et de type disharmonieux (prédominant sur les biométries abdominales alors que le diamètre bipariétal est normal ou peu diminué).

- Prématurité :

Elle est souvent induite pour sauvetage fœtal et/ou maternel. La morbidité fœtale associe celle de la prématurité et de l'hypotrophie. Le pronostic est particulièrement mauvais avant 32SA en raison de la fréquence de la maladie des membranes hyalines.

- Mort fœtale :

Elle complique 2 à 5% des femmes enceintes atteintes d'HTA, au terme d'une souffrance fœtale chronique sévère ou à l'occasion d'un accident aigu (éclampsie, HRP) [25].

En période néonatale : hypoglycémie, hypocalcémie, hémorragie cérébrale.

7. Prise en charge des femmes hypertendues avec grossesse non en terme dans le service :

La prise en charge incluait :

- Une hospitalisation dans une salle moins aérée, calme, avec très peu de visiteurs ;
- Le protocole de prise en charge était expliqué au couple et à la famille ;
- Puis une évaluation clinique était faite :

☐ L'interrogatoire recherchait:

Chez la mère :

- Des céphalées en casque tenaces
- Des Troubles visuels

- Des bourdonnements d'oreilles
- Une douleur thoracique
- Une douleur épigastrique en barre (signe de Chaussier) ou douleur dans l'hypochondre droit
- Une épistaxis ou pétéchies
- Des métrorragies
- Une Perte liquidienne.
- La recherche de la présence des Mouvements Actifs du Fœtus.

☐ **Signes généraux :**

- Appréciait la TA Diastolique $\geq 110\text{mmHg}$ (est signe de gravité)
- Recherchait la Protéinurie / glycosurie (dans les urines)

Les conditions préalables pour la prise de la pression artérielle [21] :

- ☐ La patiente doit être en position assise, avec le bras à la hauteur du cœur.
- ☐ Il faut utiliser un brassard compressif de taille convenable.
- ☐ Il faut employer un sphygmomanomètre au mercure qui soit précis.
- ☐ Reprendre la mesure de la TA à des intervalles de 4 heures ou plus, à moins que la TA soit très élevé à la première mesure.

Chez le fœtus par :

- La mesure de la hauteur utérine
- Le monitoring obstétrical (La recherche des contractions utérines et des bruits du cœur fœtal)
- La recherche des métrorragies ou un écoulement liquidien vulvaire.

☐ **Examens de laboratoire portaient sur :**

- NFS-Plaquettes
- Glycémie
- Azotémie
- Créatinémie

- Transaminases
- Coagulation
- Uricémie
- Protéines des 24 heures

□ **Echographie Obstétricale et Doppler obstétricale** : à la recherche d'un retard de croissance intra utérin (RCIU), une asphyxie fœtale chronique, un oligoamnios voire la mort fœtale sont des signes de gravité.

Toute anomalie d'un ou plusieurs paramètres biologiques était considérée comme grave et invitait à extraire le fœtus sans délai, décision collégiale prise en réunion de Staff avec les Néonatalogistes et les Anesthésistes Réanimateurs.

□ **Traitement médicamenteux :**

- Antihypertenseur (Inhibiteurs calciques, antihypertenseurs centraux)
- Anticonvulsivant (Sulfate de magnésium)
- Corticothérapie si âge gestationnel <34 Semaines d'Aménorrhée (SA)
- Antalgiques, anti acides et IPP (Inhibiteur de pompe à proton).

NB :

-Le rythme de la surveillance était en fonction de l'état clinique de la patiente et du fœtus.

-La décision d'hospitaliser ou d'extraction d'emblée du fœtus était en fonction de l'état clinique de la patiente et ou du fœtus décision d'extraire du fœtus était dictée par toute situation pouvant compromettre la vie de la mère (patiente), du fœtus ou des deux. Il s'agit :

- Une TAD supérieure à 110 mm Hg, ou TA instable, incontrôlée;
- Céphalées tenaces en casque;
- Vertiges, bourdonnements d'oreilles;
- Troubles visuels;

- Douleur épigastrique en barre (Signe de Chaussier), ou douleur dans l'hypochondre droit
- Une hémolyse
- Une chute des plaquettes
- Une élévation des enzymes hépatiques
- Une élévation de l'acide urique
- Une protéinurie supérieure à 3 grammes
- Convulsions
- Retard de croissance intra utérin (RCIU)
- Doppler obstétricale pathologique

Le remède c'est l'accouchement

Il faut procéder à l'accouchement quand :

- ☐ AG $\geq$ 34 semaines en présence d'une hypertension gravidique sévère
- ☐ AG < 34 semaines en présence de l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - TA diastolique mal contrôlée
 - Analyses de laboratoire confirmant l'atteinte aggravée d'organes terminaux
 - Atteinte fœtale soupçonnée
 - Convulsions non contrôlées
 - Symptômes réfractaires au traitement approprié

8. Prise en charge du nouveau-né prématuré dans le service :

Prise en charge des nouveau-nés dans la salle de naissance :

Avant le transfert du nouveau-né en Néonatalogie, nous prodiguons ses soins et mesures de réanimation en salle de naissance [18] :

À l'accouchement, ces quatre questions suivantes étaient posées. Si la réponse était non pour au moins une de ces questions, le nouveau-né doit être réanimé.

- ☐ Respiration normale
- ☐ Respire ou crie

☐ Bon tonus musculaire

☐ Coloration rosée

☐ Grossesse à terme

FC > 100 et rose

Respirations anormales ou FC < 100

Méthode d'évaluation du nouveau-né consistait à :

- Une observation du mouvement de la poitrine du nouveau-né
- Une évaluation du rythme respiratoire (le rythme normal = 40-60 respirations/minute)
- Une identification d'un cri vigoureux.

– **Une respiration anormale pouvait se traduire par :**

- Une absence de mouvements de la poitrine ou la faiblesse de ceux-ci
- Des respirations haletantes : effort extrême pour inhaler associé à un rythme respiratoire lent

Cette évaluation permettait aussi d'évaluer le tonus musculaire du nouveau-né

- les nouveau-nés à terme en bonne santé ont une position fléchie).
- Les nouveau-nés en bonne santé ont les lèvres et les muqueuses roses. Une teinte bleutée, mate des lèvres et des membres indiquent la présence d'une cyanose centrale.

En outre, nous déterminions la fréquence cardiaque (normale = 120-160 bpm) en auscultant le cœur ou en tenant la base du cordon ombilical entre le pouce et l'index sans le compresser.

Si l'une des réponses aux quatre questions était NON, nous amorçons la réanimation :

- Tenir le nouveau-né au chaud

Placez le nouveau-né contre la peau de la poitrine ou de l'abdomen de la patiente, et couvrez-le de linges chauds, y compris un bonnet.

- Le sécher et le stimuler.

Sécher le nouveau-né immédiatement et enlever le linge mouillé. Stimuler le doucement en frottant le dos ou les pieds.

- Positionner le nouveau-né et dégager les voies respiratoires.
- Aspirer la bouche et les narines du nouveau-né à l'aide d'un injecteur à poire. S'il n'est pas disponible, essuyer sa bouche avec un linge propre.
- Sécher le nouveau-né pour prévenir la perte de chaleur
- Faire une évaluation immédiate, y compris attribution d'un score d'APGAR
- Clamper ou nouer, puis sectionner le cordon dans des conditions d'asepsie
- Entamer, s'il le faut, les mesures de réanimation
- Puis transférer le nouveau-né à la Néonatalogie

NB : Tous les nouveau-nés avec état stable, étaient mis au sein maternel dans l'heure qui suivait l'accouchement.

B. Prématurité

1. Définition

L'OMS a défini la prématurité par rapport à l'âge gestationnel comme étant une naissance survenant avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues [9]. La connaissance précise du premier jour des dernières règles chez une femme ayant des cycles réguliers et/ou les résultats d'échographie à la 12ème Semaine d'Aménorrhée permettent de connaître le terme avec précision dans l'extrême majorité des cas actuellement.

La prématurité est classée selon l'âge gestationnel en :

- **Très grande prématurité**: l'âge gestationnel est entre 22 à 27SA+6jours.
- **Grande prématurité** : l'âge gestationnel est entre 28 à 32 SA.
- **Prématurité moyenne** : l'âge gestationnel est entre 33 à 36SA+ 6jours. [10]

2 .Types d'accouchement prématuré

Selon l'indication :

2.1 Accouchement prématuré spontanée :

Elle a pour origine : les infections qui sont secondaires soit à un travail prématuré par l'intermédiaire d'une activité utérine, soit à une rupture prématurée des membranes, qui elle-même sera suivie d'une activité utérine et d'un accouchement prématuré. Elles constituent la principale cause de prématurité [1].

Les causes de distension utérine :

Les grossesses multiples, l'hydramnios ou l'excès de liquide amniotique parfois en rapport avec une malformation fœtale.

Toutes les malformations utérines avec la béance cervicale.

Le placenta prævia.

2.2 Accouchement prématuré induite :

2.2.1 Définition:

La prématurité induite (ou médicalement consentie) fait suite à une décision médicale. L'accouchement est alors déclenché lorsque la poursuite de la grossesse est menaçante pour la santé de la mère ou lorsqu'il est estimé que le risque pour l'enfant né avant terme est moins grand que s'il reste in utero tels que l'hypertension artérielle sur grossesse [11].

2.2.2 Physiopathologie

Deux éléments caractérisent le nouveau-né prématuré : L'absence de réserves, et l'immaturité des principales fonctions de l'organisme [12].

– L'absence de réserves :

C'est surtout lors du 3ème trimestre de la grossesse que se constituent les différentes réserves fœtales : énergétiques (graisses, glycogène), en oligo- éléments (fer, calcium,...) et en vitamines (surtout D) [13].

– L'immaturité biologique :

Le prématuré est un nouveau-né dont toutes les grandes fonctions sont immatures.

□ **L'appareil respiratoire :**

L'immaturité de l'appareil respiratoire est due en grande partie à un déficit quantitatif et/ou qualitatif en surfactant pulmonaire, dont le rôle principal est d'éviter le collapsus alvéolaire en fin d'expiration grâce à ses fonctions tensioactives. Ce déficit est responsable de la maladie des membranes hyalines (MMH). Le surfactant exerce également des fonctions anti-œdémateuses et

Immun modulatrices sur l'activité macrophagique. La physiopathologie des dysplasies broncho-pulmonaires est multifactorielle et fait intervenir comme facteurs principaux l'immaturité des structures broncho-pulmonaires, la toxicité de l'oxygène et les Baro et volo traumatismes liés à la ventilation en pression positive. La physiopathologie des apnées-bradycardies est complexe et fait intervenir plusieurs mécanismes plus ou moins intriqués dont le point commun est l'immaturité des différents systèmes intervenant dans la régulation cardiorespiratoire. La maturation progressive de ces systèmes explique l'évolution, avec l'âge gestationnel, de la fréquence et de la durée des apnées qui, très fréquentes et prolongées chez les extrêmes prématurés, vont devenir de plus en plus rares et courtes, pour disparaître tout à fait à l'âge corrigé du terme [18].

□ **Le foie:**

L'immaturité hépatique explique la grande fréquence des ictères « défaut de glucuroconjugaison hépatique de la bilirubine » et le défaut de synthèse de prothrombine à partir de la vitamine K [14].

□ **L'appareil digestif:**

Le réflexe de succion déglutition n'est acquis qu'à partir de la 34ème SA [14]. Les fonctions d'absorption des différents nutriments se trouvent encore immatures ainsi que les fonctions motrices du tube digestif avec pour conséquence de nombreux troubles mineurs de l'alimentation :

- Retard de l'évacuation de l'estomac ;
- Ballonnement abdominal ; adynamie intestinale transitoire ;
- Retard de l'évacuation du méconium, constipation ;
- Diarrhée, selles glaireuses...

□ **Le système immunitaire :**

L'immatunité immunitaire humorale et cellulaire explique la fréquence et la gravité des infections chez le prématuré. Ce dernier doit donc être isolé et manipulé avec de grandes précautions d'asepsie [15].

□ **La thermorégulation :**

Augmentation des pertes :

- Pertes par conduction;
- pertes par radiations;
- pertes par convection;
- perte par évaporation. Moyens de lutte réduits :
- Réduction du pannicule adipeux.
- Production de chaleur insuffisante. Conséquences de l'hypothermie :
- Aggravation des difficultés d'adaptation (respiratoire ++).
- Troubles métaboliques (hypoglycémie, acidose).
- Apnées. Nécessite une prévention adaptée.

□ **Immaturité cutanée :**

Particularités physiologiques

- Fine, non kératinisée, très fragile, d'autant plus que l'enfant est prématuré.

Conséquences

- Perte d'eau importante.
- Passage facile des substances appliquées sur la peau.
- Colonisation bactérienne, infection.
- Lésions traumatiques.

Et bien d'autres immaturités touchant :

L'épithélium vasculaire,

Les fonctions tubulaires rénales, Le système endocrinien,

La synthèse d'érythropoïétine, La digestion des graisses...

3. Incidence :

Le taux des enfants extraits par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et de l'amélioration des conditions des services des prématurés face au risque de mortalité in utero de pathologies gravidiques. Ainsi, elle représente 30 à 40 % des naissances prématurées [16].

4. Indications :

Les indications sont avant toutes fœtales : Souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissance. Les éléments de décisions reposent sur le rythme fœtal cardiaque, la vitalité, le comportement du fœtus. Elles peuvent être aussi maternelles : syndrome vasculo-renal, l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie. L'indication est souvent mixte, et materno-fœtale [17].

5. Voie d'accouchement :

Le choix de la méthode d'accouchement dépend de l'âge gestationnel et de l'état du col. Le déclenchement du travail peut être possible si le col est favorable (mou, effacé et commençant à se dilater). , les naissances dans le groupe « prématurité consentie » se produisaient plus souvent par césarienne. Ceci s'explique principalement par le fait que pour des termes prématurés, la césarienne va être privilégiée car le fœtus étant plus fragile, le déclenchement selon les conditions cervicales et le travail est moins bien supporté et donc plus souvent écarté au profit d'une césarienne. Selon le collège national des gynécologues obstétriciens [41]. En l'absence d'indication maternelle ou fœtale d'extraction urgente, il n'y a pas de

Contre-indication au déclenchement sous réserve que les conditions locales soient très favorables et le terme raisonnable (au-delà de 33-34 SA). Les contre indications de la césarienne peuvent comprendre, entre autres, la présence d'une coagulopathie, l'absence d'option sûres, en matière d'anesthésie, un fœtus très prématuré qui a très peu de chances de survivre, et une mort fœtale in utero [18].

6. Pronostic des prématurés :

- La prématurité moyenne :

Les nouveau-nés nés entre 33 et 36SA+6jours, comparés aux nouveau-nés à terme (37 SA jusqu'à 42 SA), présentent plus de complications à la naissance et durant les premiers jours de vie, mais ils seront rarement mis en couveuse et pourront rester auprès de la mère [19].

- La grande prématurité :

Les grands prématurés (nés entre 28 semaines et 32 semaines), pèsent généralement moins de 2000 grammes et doivent bénéficier de soins particuliers [20].

- La très grande prématurité :

Ces nouveau-nés (entre 22 semaines et 27 semaines) ont généralement un poids inférieur à 1000 grammes. Le pronostic tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité est beaucoup plus réservé. La limite d'âge gestationnel à partir duquel la réanimation néonatale est légitime est en perpétuelle évolution compte tenu des progrès de la néonatalogie et fait l'objet de débats éthiques qui sortent du champ du présent travail.

IV. METHODOLOGIE

4-1 Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako (CHU GT) dans les services de gynécologie obstétrique et de néonatalogie.

4-2 Méthode de l'étude :

4-2-1 Le type d'étude :

Il s'agit d'une étude analytique : Cas -témoins.

4.2.2. Période de l'étude : l'étude s'est déroulée du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.

4-2-3 La population d'étude :

L'étude a concerné tous les cas d'accouchement prématurés qui répondaient à nos critères d'inclusion durant la période d'étude.

4.2.4. Echantillonnage : nous avons procédé à un échantillonnage systématique des cas répondant à nos critères d'inclusion

4.2.4.1. La taille minimum de l'échantillon : Taille de l'échantillon La taille de notre échantillon a été une série chronologique des 128 premières patientes ayant accouché prématurément dans le service dans un contexte de pré éclampsie ou pas.

4-2.4.2. Critère d'inclusion : ont été inclus

Les cas :

-Accouchement des nouveau-né prématuré issu d'une grossesse associée à la pré éclampsie

- Un poids fœtal supérieur ou égal à 1000gr et ou
- Un âge gestationnelle entre 28 SA et 36SA jours
- Ayant accouché dans le service
- Un dossier obstétrical au complet

Les Témoins :

-Accouchement des nouveau-né prématuré issue d'une grossesse non associée à la pré éclampsie

- Un poids fœtal supérieur ou égal à 1000gr et ou
- Un âge gestationnelle entre 28 SA et 36SA+6 jours
- Ayant accouché dans le service
- Un dossier obstétrical au complet

4-2-4.3. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- Nouveau-né prématuré avec :
 - Un poids fœtal inférieur à 1000 grammes et ou
 - Un âge gestationnelle entre 22 SA et 27 SA jours
 - Ayant accouché dans un autre centre
 - N'ayant pas de dossier obstétrical au complet
- Nouveau-né à terme

4-2-5 Supports et collecte des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des supports des données suivantes :

- les dossiers obstétricaux et néonataux ;
- les registres de césariennes ;
- le registre de référence des nouveau-nés,
- le registre d'accouchement,
- Le registre de décès néonatal en néonatalogie

4-2-6 Variables étudiées :

Tableau N°1 : les variables étudiées

Variables	
Quantitatives	Qualitatives
L'âge de la grossesse et parturiente	La profession, le statut matrimonial
Parité, gestité et IIG, le nombre de consultation	Les antécédents médicaux, chirurgicaux, motif de consultation
Le nombre d'enfants vivants	Lieu de CPN
Le nombre d'enfants décédés	Le Traitement administré avant l'induction de la prématurité
La tension artérielle	La voie d'accouchement
Le nombre de CPN	L'état du nouveau-né à la naissance et durant toute la période néonatale - Référence du nouveau-né à la néonatalogie
Les antécédents obstétricaux	Etat du nouveau-né à la sortie

4-2-7 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur les logiciels Word et Excel 2010, analysées sur le logiciel SPSS version 18.0.0. Nous avons procédé à des croisements entre les cas et les témoins avec une analyse par régression logistique binaire sans ajustement et ajustement sur les paramètres maternels et du nouveau-né. Les tests utilisés ont été :

Test de khi2 pour les différences variables qualitatives

OR et son intervalle de confiance pour l'évaluation du risque à 95%

Seuil de significativité statistique = 0,05

4.2.8. Aspect éthique :

L'étude s'est déroulée dans l'anonymat, les données et les résultats seront utilisées dans le cadre purement scientifique, confidentialité respectée.

V. Résultats :

5.1. Fréquence :

Pendant la période de notre étude nous avons enregistré 3147 accouchements dont 1473 accouchements prématurés soit une fréquence de 46.80%.

Nous avons retenu comme des cas ayant des dossiers obstétricaux au complet qui répondaient à nos critères d'inclusion, 64 accouchements prématurés dans un contexte de pré éclampsie soit 4.34% des accouchements prématurés ($64/1473 \times 100$) et 64 cas pour les témoins.

5. 2. Profil socio démographique:

5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères :

Tableau N°2 : Caractéristiques sociodémographiques des mères :

Paramètres	Cas (n=64)	Témoins (n=64)
Age		
Inférieur à 19 ans	10(15,6 %)	13(20,3%)
20-34 ans	46(71,9%)	48(75%)
Supérieur ou égal à 35 ans	8(12,5%)	3(4,7%)
Profession		
Fonctionnaire	5(7,8%)	7 (10,9%)
Aide-ménagère	3(4,7%)	8(12,5%)
Ménagère	46(71,9%)	47(73,4%)
Autres	10(15,6%)	2(3,1%)
Statut matrimonial		
Marié	62(96,9%)	59(92,2%)
Célibataire	2(3,1%)	5(7,8%)
Résidence		
Zone rurale	8(12,5%)	15(23,4%)
Zone Urbaine	56(87,5%)	49 (76,6%)

Pronostic de l'accouchement prématuré dans le contexte de la pré éclampsie au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Toure

Les données sociodémographiques des mères ayant accouché prématurément sont regroupées dans le tableau N°2 ci-dessous. L'âge moyen était de 25,30 ans [15-41]

de la population générale de l'étude. Pour les cas cet âge moyen était de 26,50 avec des extrêmes de [15-38] et les témoins de 24,09 ans [15-41]

5.2.2. Les antécédents des mères :

Tableau N° 3 : Répartition des cas et témoins selon les antécédents

Paramètres	Cas (n=64)	Témoins (n=64)
Gestité		
Primigeste	25(39,1%)	25(39,1%)
Paucigeste	5(7,8%)	11(17,2%)
Multigeste	23(35,9%)	24(37,5%)
Grande multigeste	11(17,2%)	4(6,3%)
Parité		
Primipare	27(42,2%)	27(42,2%)
Paucipare	6(9,4%)	13(20,3%)
Multipare	25(39,1%)	21(32,8%)
Grande multipare	6(9,4%)	3(4,7%)
Intervalle inter génésique		
0	25(39,1%)	27(42,2%)
1	18(28,1%)	23(35,9%)
2	19(29,7%)	12(18,8%)
3	2(3,1%)	2(3,1%)
Antécédent avortement		
0	47(73,4%)	55(85,9%)
1-3	17(26,6%)	9 (14,1%)
Antécédents médicaux		
HTA	44(68,8%)	4(6,3%)
Drépanocytose	0(0%)	4(6,3%)
RAS	18(28,1%)	55(85,9%)

Pronostic de l'accouchement prématuré dans le contexte de la pré éclampsie au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Toure

La gestité moyenne était de 3,16 avec des extrêmes de [1-12], pour les cas de 3,45 [1-11] et les témoins de 2,88 [1-12]. Concernant la parité la moyenne était de 2,84 [1-12], pour les cas 3,03 [1-9] et les témoins 2,66 [1-12] selon le tableau N°3 ci-dessus.

5.2.3. La consultation prénatale :

Tableau N°4 : Répartition des cas et témoins selon les données de la consultation prénatale

Paramètres	Cas (n=64)	Témoins (n=64)
Consultation prénatale		
Oui	55(85,9%)	59(92,2%)
Non	9(14,1%)	5(7,8%)
Nombre de consultation prénatale		
1	9(14,1%)	6(9,4%)
2 -3	26(40,4%)	39(60,9%)
4 et +	29(45,3%)	19(29,7%)
Lieu de consultation prénatale		
Cs réf	23(35,9%)	20(31,3%)
CSC om	15 (23,4%)	21(32,8%)
CHU	7(10,9%)	7(10,9%)
Cabinet Médical	11(17,2%)	9(14,1%)
Autres	8(12,5%)	7(10,9%)
Agent ayant réalisé le suivi prénatal		
Gynécologue –Obstétricien	14(21,9%)	11(17,2%)
DES G/O	3(4,7%)	6(9,4%)
Sagefemme	33(51,6%)	37(57,8%)
Interne	4(6,3%)	2(3,1%)
Autres	10 (15,6%)	8(12,5%)
Age gestationnel		
28-32 sa	22(17,2%)	22(34,4%)
33-36 sa	53(82,8%)	53(64,1%)
La voie d'accouchement		
Voie basse	33(51,6%)	51(92,2%)
Césarienne	31(48,4%)	5(7,8%)

Elle n'a pas été réalisée chez 14,1% des cas VS 7,8% des témoins, lorsqu'elle est

Réalisée le nombre de CPN était inférieur à deux dans 40,4% pour les cas et la grande majorité était suivi au niveau CSCOM et CSREF principalement par les Sages-femmes. L'âge gestationnel était compris entre 28-32 SA dans 17,2% des Cas contre 34,4% des témoins et de 33-36 SA dans 82,8% des cas contre 64,1% des

Témoins. L'accouchement était réalisé par césarienne dans 48,4% des cas vs 7,8% des témoins selon le tableau N°4 ci-dessus.

5.2.4. Prise en charge pendant la grossesse :

Tableau N°5 : Répartition des cas et témoins selon le traitement reçu pendant la grossesse

Traitement instauré	Cas (n=64)	Témoins (n=64)
corticothérapie anténatale		
Oui	23(35,9%)	31(48,4%)
Non	41(64,1%)	33(51,6%)
traitement au sulfate de magnésium		
Oui	52(84,3%)	15(23,4%)
Non	12(18,6%)	49(76,6%)
Traitement antihypertenseur		
Oui	52(81,3%)	7(10,9%)
Non	12(18,8%)	57(89,1%)
Antibiothérapie		
Oui	23(35,9%)	35(54,7%)
Non	41(64,1%)	29(45,3%)

La corticothérapie ante natale n'a pas été réalisée chez 64,1% des cas contre 51,6% des témoins. Par contre la neuroprotection par le sulfate a été réalisée chez 84,3% des cas VS 23,4% des témoins selon le tableau N°5 ci-dessus

5.2.5. Les paramètres cliniques du nouveau-né:

Tableau N°6 : Répartition des cas et témoins selon les paramètres du nouveau-né

Paramètres	Cas (n=64)	Témoins (n=64)
Score d'Apgar à la 5 min		
0	0(0%)	1 (0%)
1-7	1(1,6%)	4(6,3%)
≥ 8	63(98,4%)	59(92,2%)
Réanimation du nouveau-né		
Oui (cardiaque)	30(46,9%)	40 (62,5%)
Non	34(53,1%)	24(37,5%)
Malformation du nouveau-né		
Oui	1(1,6%)	0 (0%)
Non	63(98,4%)	64(100%)
Sexe du nouveau-né		
Masculin	32(50%)	24 (37,5%)
Féminin	32(50%)	40(62,5%)
Le poids du nouveau-né		
Inférieur à 1000 grammes	0(0%)	2 (3,1%)
1000- 2000 grammes	35(54,7%)	39(60,9%)
2000-2499 grammes	29(45,3%)	23(35,9%)
Alimentation précoce		
Oui	46(71,9%)	35 (54,7%)
Non	18(28,1%)	29(45,3%)
Etat du nouveau-né à J28		
Vivant	48(75%)	41 (64,1%)
Décédé	16(25%)	22(34,4%)
Référence du nouveau-né		
Oui	64(100%)	60 (93,8%)
Non	0(0%)	4(6,3%)

La réanimation concernait 46.9% des nouveau nés prématurés des cas contre 62.5% pour les nouveau-nés prématurés de mère non pré éclamptique. L'apgar était Morbide respectivement de 1.6% pour les cas et 6.3% pour les témoins.

Les poids entre 1000-2000grammes on retrouvait 54.7% pour les cas contre 60.9% Pour les témoins, tandis que de 2000-2499 grammes un taux de 45.3% pour les Cas et 35,9% pour les témoins. Le décès néonatal était de 23.4% pour les cas et

34.4% pour les témoins et 100% de référence de des nouveaux nés pour les cas.

5.3. Analyse multi variée des données maternelles et du nouveau-né :

5.3.1. Maternelles :

Tableau 7 : Analyse multi variée des données maternelles

Variables		Cas				Témoins			
		Non ajusté		Ajusté		Non ajusté		Ajusté	
		OR	ICor	OR	Icor	OR	Icor	OR	Icor
CPN	Oui	----	----	----	----	----	----	----	----
	NON	2,51	1,16-3,64	3,28	2,23-4,55	2,51	1,16-3,84	2,55	1,10-3,10
Age	20-34	----	----	----	----	----	----	----	----
	19	1,8	1,52-2,10	2,33	1,98-5,20	2,78	1,69-11,14	1,71	1,42-6,92
	≥ 35	2,78	2,69-11,14	27,87	10 ,03-75,40	3,46	2,72-16,53	2,59	2,08-4,25
Gestité	Paucigeste	----	----	----	----	----	----	----	----
	Primigeste	2,2	1,66-7,25	2,32	2,19 - 5,47	1,45	1,13-1,50	1,92	1,02-3,97
	Multigeste	2,67	1,83-8,60	26,13	6,81 – 78,15	1,37	1,11-2,20	2,72	2,03-16,15
Parité	Paucipare	----	----	----	----	----	----	----	----
	Primipare	2,16	1,71-6,53	1,63	1,01 – 3,41	1,46	1,15-2,39	1,26	1,08-8,42
	Multipare	2,79	1,92-8,44	2,22	1,22 – 6,98	1,35	1,11-2,07	1,62	1,03-11,60
HTA	Non	----	----	----	----	----	----	----	----
	Oui	3,36	1,06-10,65	5,03	1,88-8,65	1,30	1,09-2,94	1,14	1,10-2,37

Après régression logistiques avec ajustement et sans ajustement sur les paramètres maternels il ressort que l'absence de CPN chez les cas multipliait le risque de prématurité par 3,28 (ORa), âge maternel supérieur ou égal à 35 ans un ORa= 27,87, des multigestes et multipares respectivement de ORa=26,13 Et OR=2,22 pour les cas.

5.3.2. Nouveau-né :

Tableau 8: Analyse multi variée des données du nouveau -ne

Variables		Cas				Témoins			
		Non ajusté		Ajusté		Non ajusté		Ajusté	
		OR	ICor	OR	Icor	OR	Icor	OR	Icor
Poids	2000g	----	----	----	----	----	----	----	----
	1000 - 2000g	1,71	1,34-2,45	1,33	1,18 - 9,48	1,40	1,18-2,86	1,7	1,18-2,61
Apgar	≥ 8	----	----	----	----	----	----	----	----
	1-7	1,23	1,02-2,15	1,30	1,04-2,50	1,27	1,04-3,93	1,72	1,42-3,93
Corticothérapie	Oui	----	----	----	----	----	----	----	----
	Non	1,67	1,28-3,39	6,65	4,70-9,62	1,59	1,29-2,21	1,39	1,11-2,31
Antihypertenseur	Oui	----	----	----	----	----	----	----	----
	Non	1,28	1,10-2,07	1,02	1 - 1,46	3,52	1,29-9,64	7,33	6,02-8,93,
Sulfate de magnésium	Oui	----	----	----	----	----	----	----	----
	Non	1,3	1,16-2,20	1,34	2,17 - 1,14	1,41	1,02-3,32	1,38	1,28-2,15
Age gestationnaire	34	----	----	----	----	----	----	----	----
	28-32	1,82	1,39-2,73	1,15	1,01 - 2,36	1,58	1,12-5,93	2,26	1,17-3,72
Voie d'accouchement	Voie basse	----	----	----	----	----	----	----	----
	Césarienne	1,10	3,93-3,12	2,28	1,02 - 1,25	1,09	1,03-1,25	1,16	2,03-2,71
Etat du nouveau-né	Vivant	----	----	----	----	----	----	----	----
	Décédé	1,58	1,26-2,26	1,16	1,06 - 2,58	1,28	1,10-2,10	1,05	0,97-2,03

Concernant les nouveau- nés après régression sur les caractéristiques, les principaux constats étaient que le pronostic serait fortement lié au poids de naissance, à la réalisation de la corticothérapie, de la neuroprotection par le sulfate de magnésium. L'accouchement par césarienne ORa=2,28 pour les cas, et de décès du nouveau-né ORa= 1,16 selon le tableau N°2 ci-dessous

6. DISCUSSION

6.1. Aspects méthodologiques :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec recueil prospectif des données.

Au cours de cette étude, les difficultés rencontrées ont été les suivantes :

- Les difficultés dans la collecte des données,
- Un suivi insuffisant des gestantes, notamment au cours des consultations prénatales par exemple les agents responsables des CPN dans les structures correspondantes,
- Dossier mal renseigné devant une prise en charge en urgence pour sauvetage materno-fœtal
- La non disponibilité de certains supports lors du transfert des malades
- Les problèmes liés à l'archivage des dossiers

6.3. Fréquence : Dans notre étude la fréquence globale d'accouchement prématuré est de 46,80% avec une fréquence pour les cas et témoins respectivement de 4,34%. Une étude cas –témoins des nouveau-nés de mère hypertendue ou non à la clinique universitaire de la ville de Lubumbashi dans la province du haut –Katanga en république démocratique du Congo sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010 (84 Cas 84 Témoin), fréquence de la naissance avant le terme est de 22,1% de naissances sont survenues avant le terme dans le groupe d'étude contre 5,8% dans le groupe témoins (p 0,0062) signifiant un risque multiplié par plus de 4 fois de naître avant le terme lorsqu'une gestante présente une HTA au cours de la grossesse OR=4,58 [1,57-13,36]) [27].

Le taux de prématurité dans notre étude chez les hypertendues (17,2%) est nettement inférieur à ceux trouvés par Dao [28] et par Itoua [29] qui ont enregistré respectivement 40 et 42,36% de prématurité. Ce dernier auteur trouve un risque comparable au notre (OR=3,65 [1,28- 6,85]) [29]. Cette différence de taux de

Prématurité observée pourrait s'expliquer par la variabilité de la méthodologie utilisée et des types d'étude.

6.4. Facteurs influençant l'accouchement prématuré

❖ Les principaux facteurs maternels influençant le pronostic étaient : l'âge maternel la parité, la gestité, l'antécédent d'hypertension artérielle, l'intervalle inter gésique court, l'absence de consultation prénatale et la césarienne. la parité dans notre étude la fréquence de la prématurité lie au pré éclampsie chez les primigestes était les plus représentées suivies des multi gestes, il en est de même pour la parité. Dans la littérature une étude réalise sur 11667 primipare dans une maternité de niveau III, ont donné naissance avant 34SA dans 697 cas soit 6% et la pré éclampsie était à l'origine de l'accouchement prématuré, dans 134 cas soit 19,2% [31]. La césarienne était la voie d'accouchement la plus fréquente avec 48,4% des cas contre 7,8% des témoins, les principales indications de ses césarienne était surtout d'ordre de sauvetage maternel [32]. le taux élevé de césarienne dans notre étude peut être lié à l'indication maternelle ou fœtale d'extraction urgente, il n'y a pas de contre-indication au déclenchement sous réserve que les conditions locales soient très favorables et le terme raisonnable (33-34 SA).. Il n'existe donc actuellement aucune restriction spécifique portant sur le poids ou le terme de naissance pouvant justifier la pratique systématique d'une césarienne. Par contre avant 34 SA, il existe des données permettant de confirmer une plus grande fragilité du fœtus de faible poids et notamment un risque accru d'acidose métabolique au cours du travail, pour le suivi prénatale 85,9% ont effectués la consultation prénatale ce taux élevé s'explique par la majeure partie de nos patient résidait en zone urbaine, dans notre étude avec un ood ratio et un intervalle de confiance pour les cas coté à (OR=3,28 [2,23- 4,55]) cela prouve qu' il y'a une corrélation entre le manque consultation prénatale et la survenue de la prématurité[32].. Latifa EL au Maroc avait trouvé 88.7% des grossesses non suivies

avec des complications fœtale[38], La corticothérapie anténatale pour la prévention des maladies respiratoires chez le fœtus se moins de 34sa est prouvée depuis 1994[34,35], notre étude retrouve un constat similaire a la littérature .Deux études cas témoins ont ultérieurement montré que les nouveau-nés des patientes ayant une pré éclampsie avaient un risque de maladie des membranes hyalines au moins identique à ceux des patientes n'ayant pas de pré éclampsie [36, 37].

❖ Concernant les paramètres biométriques néonataux dans notre étude a montré que la pré eclampsie influait sur la biométrie néonatale pour les poids à la naissance la fréquence de la tranche de 1000-2000 grammes est respectivement de 54,7% pour les cas et 60,9% pour les témoins, pour la tranche de 2000-2499 grammes la fréquence est de 45,3% et 35,9% pour les cas et témoins. Une étude réalisée par **Thiam** a retrouvé un déficit pondéral de 975 grammes l'lorsqu'on compare les nouveau-nés de mère hypertendue a ceux de mère non hypertendue [30]. Selon l'étude de **Itoua** [29] rapporte un taux faible de poids de naissance chez les mères hypertendues de 42,36% avec un risque multiplie par près de 5 OR=4,61 [2,12-9,35]. A Lubumbashi (RDC), une récente étude menée par Ilunga-Makinko trouvait que l'HTA au cours de la grossesse est un facteur de risque de survenue du faible poids de naissance [33].L'apgar morbide était retrouvé chez 1,6% des cas ;des fréquences plus élevés étaient retrouvé dans d'autre étude soit 37,9% des nouveau-nés prématuré issue de mère hypertendue[28].L'étude relève que l'asphyxie néonatale est liée de façon significative à l'association HTA et grossesse et le risque d'asphyxie néonatale était multiplié par 4 chez les nouveau-nés des MH. Les études de **Dao** [28] et le tiers des nouveaux nés étaient concernés par ses APGAR morbides selon Dao et Itoua [29].

6.5. Pronostic :

La fréquence de la mortalité périnatale était de 25% chez les nouveau-nés des mères pré éclamptique contre 34,4 % chez ceux des nouveau-nés de mère non pré éclamptique. Dans la littérature, l'HTA sur grossesse est connue comme la première cause de mortalité périnatale [39]. Dao avait trouvé un taux de déperdition périnatale de 28,8% [28], Sobande avait noté 14,1% [40]. Par contre, le taux le plus élevé de mortalité périnatale était enregistré par Thiam qui avait rapporté 50% avec un risque de décès calculé à 36 fois pour les nouveau-nés des MH [30]. Quoique différents d'un pays à un autre et dans un même pays d'une formation médicale à une autre, les taux de mortalité périnatale rapportés dans la littérature démontrent la forte responsabilité de l'association HTA et grossesse dans les déperditions périnatales. Le devenir du nouveau-né dans les 24 premières heures Dans notre étude, 71,59% versus 54,7% des nouveau-nés ont été mise au sein immédiatement et 28,1% versus 45 ; 3,5% ont été référés à la néonatalogie pour assistance avec un décès néonatale de 1,16%. Comparativement à une étude au csref de la commune V impact sur la morbidité et la mortalité 2018, seule 37,5% versus 83% des nouveau-nés ont été mise au sein immédiatement et 44,5% versus 14,5% ont été référés à la néonatalogie avec une différence statistiquement significative $p < 0,001$ décès néonatal était de 2,5%[42]. Une étude de Ndiaye. O et al dans une étude descriptive au Sénégal ont trouvé 36,5% de nouveau-nés transférés en néonatalogie avec 10,5% de décès en période néonatale précoce [43].

VII. Conclusion

La pré éclampsie est une affection remarquable au cours de la grossesse, elle constitue certainement un risque maternel élevé, et aussi responsable des complications fœtales dominées par la prématurité (20%), un retard de croissance intra-utérin (RCIU), l'hypoxie fœtale aigue ou chronique et la mort in utero. Ceci requiert des soins intensifs de néonatalogie pour la plupart de nouveau-né (xx). Un dépistage précoce et d'une prise en charge adaptée pourrait contribuer à réduire la morbi-mortalité fœtale, dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire entre l'obstétricien, le réanimateur, le néonatalogue.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Au personnel médical

Référer les cas d'hypertension gravidiques vers les centres spécialisés

Respecter le protocole de prise en charge des cas d'hypertension artérielle sur grossesse.

Promouvoir la présence des néonatalogies en salle de naissance pour éviter une discontinuité de prise en charge des nouveau-nés à faible poids de naissance ou ayant d'autres facteurs de risques. Elaborer des études permettant de rechercher de façon pointue, les facteurs prédictifs (cliniques et biologiques) de mort in-utéro chez les patientes pré éclamptiques.

Aux autorités publiques

- Doter les maternités en matériels adéquats pour réanimation du nouveau-né
- Equiper le service de Néonatalogie de matériels suffisants permettant une meilleure prise en charge des prématurés.
- Communication sensibilisation pour un changement de comportement
- Faciliter accès aux soins

A la communauté

Faire un suivi médical régulier des grossesses dès la conception.

VIII - References

- 1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD and Romero R.** Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*. 371(9606): 75-84;2008.
- 2. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE et al.** Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*. 2012; 379(9832): 2151-2161.
- 3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M Z, Chou D, Moller AB, Narwal R et al.** National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*. 2012; 379(9832): 2162-2172.
- 4. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S et al.** Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*. 2013; 381: 223-234.
- 5. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Masee Bateman O.** Newborn survival in low resource settings-are we delivering?. *BJOG*. 2009; 116 (s1): 49-59.
- 6. Gladstone M, White S, Kafulafula G, Neilson JP, Van Den Broek N.** Post-neonatal mortality, morbidity and developmental outcome after ultrasound-dated preterm birth in rural Malawi: a community-based cohort study. *PLoS Med*. 2011; 8 (11): e1001121.
- 7. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH et al.** The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(1): 31-38.
- 8. Mirzaie F, Mohammah-Alizadeh S.** Contributing factors of preterm delivery in parturient in a University Hospital in Iran. *Saudi Med J*. 2007; 28(3): 400-404.
- 9. Langer B, Boudier E, Haddad J.** Médecine foetale et néonatale. *Prématurité*. Page 475.

10. Rapport Banque de Données Médico-sociales (BDMS) 2005-2006 de l'ONE (L'Office de la naissance et de l'enfance). Dossier spécial : La prématurité.

<http://www.one.be/PUB/RAPBDMS0506/RA-BDMS- partie2.pdf>

11. Rozé JC, Muller JB, Baraton L. Point sur la grande prématurité en 2007, Réanimation 2007;16(5):409.

12. Boutroy MJ, Bayoumeu F. Utilisation des antihypertenseurs en obstétrique Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-036- A-20, 1999, 10.

13. Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle dans les pays en développement: données statistiques et amélioration des soins obstétricaux Med Trop 2003, Vol 63 ,358- 365

14. M. Voyer et coll. : Prématurité (I) Encycl. Med Chir (Elsevier, Paris), Pédiatrie, 4-002- S-10, 1996, 30 p.

15. Marcel Voyer, Jean-François Magny, 1998 : Prématurité: le préterme

16. Antoine JM. De la conception à la naissance. Abrèges modules transversaux. Paris, Masson, 2002:69.

17. Merger R, Levy J, Melchior J. Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. Précis Obstétrique, 6ème Edition, revue et augmentée. 1993 ; 225-230.

18. GESTA international Quatrième édition, 2008, ch21p10.

19. L. Vaivre-Douret, Papiernik E, Relier JP. Méthode et soins kangourou, Arch. Pédiatr. Elsevier Paris, 1996, 3, 1262 – 1269.

20. Amri F, Fatnassi F, Negra S, Khammari S. Prise en charge du nouveau- né prématuré Service de pédiatrie, hôpital régional Ibn El Jazzar, 3100 Kairouan, Tunisie. 2004.

21. Directives cliniques en soins obstétricaux et néonataux d'urgence République du Mali, ministère de la santé et de l'hygiène publique

- 22. Bah AO, Diallo MH, Conde AM, Keita N.** Hypertension artérielle et grossesse : Mortalité maternelle et périnatale Médecine d'Afrique Noire 2001, 48(11) ,461-464.
- 23. Édouard D.** Prééclampsie-Éclampsie. EncyclMédChir, Anesthésie-Réanimation, 36-980-A-10, Obstétrique, 5-071-B-30, 2003, 15.
- 24. Fournier P.** Prématurité spontanée ou induite : Qu'elle influence sur l'avenir des nouveau-nés ? Université d'Angers, Ecole de sage-femme – René ROUCHY ,2010.
- 25. Bouvier-Colle MH.** Mortalité maternelle EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris,), Obstétrique, 5082-D-10, 2001, 9.
- 26. Mahesh R, Asalkar, Pradeep R, Gaikwad, Ritesh P.** Perinatal morbidity and mortality due to preterm deliveries in a referral hospital, in rural India: a cross sectional study. Int J Reprod Cont, Obstet Gynecol 2013, 2:555-61.
- 27. Joëlle M. Mabaga, Patrick K. Mubinda, Carrel Z. Mavuta Olivier Mukuku, Prosper L. Kakudji, Oscar N. Luboya** Pronostic périnatal de l'association hypertension artérielle et grossesse aux cliniques universitaire de Lubumbashi
- 28. Dao ZS** Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure à propos de 120 cas Thèse de Médecine Université de Bamako ; 2005
- 29. Itoua C, Ngounda-Monianga AS, Ellenga-Mbolla BF, Mbemba-Moutounou GM, Gombert-Koulimaya CE, Gombert TR, Iloki LH** hypertension artérielle et grossesse épidémiologie et pronostic materno-fœtale au CHU de Brazzaville (Congo) Med Afr Noire 2013,60 (1) ; 21-29
- 30. Thiam M, Goumbala M, Gning SB, Fall PD, Cellier C,** pronostic maternel et fœtale de l'association hypertension et grossesse en Afrique Sub-saharienne (Sénégal), J Gynéco Obstet Biol Reprod 2003,32,35-38

- 31.** Lemonnier a,*,c , G. Beucher a , R. Avenir obstétrical après une première grossesse compliquée d'une prééclampsie sévère avec accouchement avant 34 SAM. Lemonnier a,*,c , G. Beucher a , R. Morello b, M. Herlicoviez a,c , M. Dreyfus a,c , G. Benoist a a Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Caen, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France
- 32.** Marpeau L, Goffinet F, Bouillie J. Modalités de naissance des enfants de faible poids. CNGOF, recommandation pour la pratique clinique 1998
- 33.** Ilunga PM, Mukuku O, Mutombo AM, Mawaw PM, Lubala TK, Shongo MYP, Kakudji PL, Wembonyama SO, Mutombo AK, Luboya ON. Etude de facteurs de risque de faible poids de naissance à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Médecine et Santé Tropicales 2016; 26: 386-390.
- 34.** Crowley P. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials, 1972 to 1994. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:322–35 [PubMed: 7631713].
- 35.** Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birCochraneDatabase Syst Rev 2007 ;(3):CD000065
- 36.** Bowen JR, Leslie GI, Arnold JD, Jones MP, Gallery E. Increased incidence of respiratory distress syndrome in infants following pregnancies complicated by hypertension. AustNZJ Obstet Gynaecol 1988; 28: 109-12.
- 37.** Schiff E, Friedman SA, Mercer BM, Sibai BM. Fetal lung maturity is not accelerated in preeclamptic pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 169 : 1093-101.
- 38.** Latifa El-Mhamdi. Nouveau-né de mère pré éclamptique : Morbidité et mortalité au CHU Med VI 2010. 2013;20 : 33-46.
- 39.** LansacJ, Berger C, Magnin G, Obstétrique pour le praticien, 4è édition. Paris : Masson, 2003.

- 40.** Sobande AA, Eskandar M, Bahar A, Abusham A. Severe pre-eclampsia and eclampsia in Abha, the south west region of Saudi Arabia. *Journal of obstetrics and Gynaecology* 2007 ; 27(2) ; 150-154
- 41.** J.-L. Benifla, J. Bouillié, P. Boulot, B. Carbonne, A. Fournié, J. Hamza et al. Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de naissance des enfants de faible poids ; 1998 Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_04.HTM. Consulté le 16 février 2014
- 42.** M PATOUMA NKONE Pré éclampsie et Eclampsie csref de la commune V impact sur la morbidité et la mortalité 2018,
- 43.** Ndiaye.o et al. Complications fœtales et néonatales de la prééclampsie sévère et éclampsie Etude rétrospective à la maternité et au service de néonatalogie au centre hospitalier abass ndao de Dakar (Sénégal). *J Afr pediatri genet Med.* 2017 ; 2 :10-14
- 44.** Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: à systematic review. *Lancet* 2006; 367 (9516): 1066-1074.

IX-Annexes

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE CONTEXTE DE LA PREECLAMPSIE AU CHU GABRIEL TOURE

FICHE D'ENQUETE N°

IDENTIFICATION DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée.....

Q2 Prénom et Nom de la patiente.....

Q3 Age.....

Q4 Profession.....

1 : fonctionnaire 2 : commerçante 3 : ménagère 4 : autres.....

Q6 Ethnie.....

1 : bambara 2 : peul 3 : more 4 : autres.....

Q7 Statut matrimonial.....

1 : mariée 2 : célibataire 3 : veuve 4 : remariage 5 : autres.....

Q8 Profession du mari.....

ANTECEDENTS

Q9 Antécédents gynécologiques/...../

**1 : leucorrhée pathologique 2 : fibrome utérin 3 : malformation utérine 4 : notion de
contraception 5 : autres.....**

Q10 Antécédents obstétricaux/

1 : Gestité : /...../ 2 : Parité : / / 3 : vivant (s) : /...../ 4 : décédé (s) : / /

4 : avortement /...../ 5 : Intervalle inter génésique /...../

Q11 Antécédents chirurgicaux/...../

1 : Césarienne : 2 : Myomectomie :..... 3 : Autres :.....

Q12 Antécédents médicaux...../...../

1 : HTA 2 : Diabète 3 : Obésité 4 : Drépanocytose 5 : Infection urinaire 6 :

Cardiopathie 7 : Néphropathie 8 : Pré éclampsie 9 : Autres

Q13 Antécédents familiaux.....//

1 : HTA 2 : Diabète 3 : Obésité 4 : Drépanocytose 5 : Autres.....

SUIVI DE LA GROSSESSE

Q14 Consultation prénatale (CPN)//

1 : Oui 2 : Non si Oui, précisé le nombre

Q15 Qualité de l'agent qui a suivi la grossesse.....//

1 : Gynécologue 2 : DES 3 : Sage-femme 4 : Interne 5 : Autres.....

Q16 Lieu de la CPN.....//

1 : CS Réf CV 2 : CSCOM 3 : CHU 4: Cabinet 5 : Autres.....

Q17 Pathologies survenues.....//

1 : HTA 2 : Toxémie 3 : Eclampsie 4 : Hématome retro placentaire

5 : Placenta prævia 6 : Autres.....

Q18 Pression artérielle à l'admission

1 : PAD 2 : PAS.....

Q18 Traitement reçu pour la circonstance//

1 : Loxen 2 : Sulfate de magnésium 3 : Corticothérapie 4 : Autres.....

ACCOUCHEMENT

Q19 Mode d'accouchement.....//

1 : Voie basse 2 : Césarienne

NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

Q20 Age gestationnel (en Semaine d'Aménorrhée).....//

Q21 Nombre.....//

1 : Unique 2 : Gémellaire 3 : Trimellaire

Q22 Sexe 1= Masculin 2= Féminin

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q23 Poids (en grammes).....

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q24 Taille (en centimètre)

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q25 Périmètre crânien en centimètre)

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q26 Périmètre thoracique (en centimètre).....

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q27 Score d'APGAR (1ere minute)...../10

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q28 Score d'apgar (5eme minute)...../10

1er nouveau-né / / 2eme nouveau-né / / 3eme nouveau-né //

Q29 Nouveau-né réanimé à la naissance...../

1 : Oui 2 : Non

Q30 Malformation...../

1 : Oui 2 : Non si Oui précisé.....

Q31 Nouveau-né référé à la néonatalogie...../

1 : Oui 2 : Non si Oui pourquoi.....

Q32 Alimentation précoce...../

1 : Oui 2 : Non

Q33 Durée du séjour à la maternité...../

Q34 Etat du nouveau-né à la sortie de la néonatalogie...../...../

Q35 Etat du nouveau-né à J28

1 : Vivant 2 : Décédé

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : MOHAMED

Nationalité : Malienne

Titre le pronostic de l'accouchement prématuré dans le contexte de la pré éclampsie au centre hospitalier et universitaire Gabriel Toure

E-mail : kotodiallo92@g mail.com

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé :

Sur une période de 12 mois allant du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021, nous avons mené une étude prospective transversale et analytique au CHU Gabriel Toure de Bamako. Nous avons enregistré 128 dossiers dont 64 accouchements prématurés liés à la pré éclampsie et 64 accouchements prématurés liés à d'autres causes. Pendant la période de notre étude nous avons enregistré 3147 accouchements dont 1473 accouchements prématurés soit une fréquence de 46.80%.

Nous avons retenu comme des cas ayant des dossiers obstétricaux au complet qui répondaient à nos critères d'inclusion, 64 accouchements prématurés dans un contexte de pré éclampsie soit 4.34% des accouchements prématurés ($64/1473 \times 100$) et 64 cas pour les témoins. Les facteurs de risque étaient : les références tardives mauvaises qualités du suivi prénatal chez la mère, un âge gestationnel inférieur à 34 semaines.

NB : Nous n'avons pas enregistré de décès maternel en rapport avec les troubles hypertensifs pendant la période d'étude.

Mots clés : HTA, grossesse, prématurité consentie et spontanée, pronostic