Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali
UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI

U.S.T.T-B

FMOS

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2022-2023 **Thèse N°/...../**

TITRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES NEONATAL DES ACCOUCHEMENTS PREMATURÉS AU CSREF CIII DU DISTRICT DE BAMAKO.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le21/3/25 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. CHAKA TRAORE

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

Jury

Président : Cheick Bougadari TRAORE, Professeur
Membres : M. Ibrahim KANTE, Maître de conférences agrégé
: M. Hamadi Sissoko, Gynécologue Obstétricien
Directeur : M. Tiounkani Thera , Professeur

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENT

BISMILLAYI RAHAMANI RAHIMI

Je dédie ce travail :

A ALLAH, mon créateur, le TOUT-PUISSANT, pour sa grâce, son amour, pour la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener bien ce travail.

Au messager Mohamed, que la paix et le salut soient sur lui, sa famille, ses compagnons et tout ce qui le suivra jusqu'à la fin du monde.

A mon père Feu MOHAMED TRAORE, j'aurais aimé du fond de mon cœur que tu sois encore en vie pour partager ce moment avec moi. Les mots m'ont toujours manqué pour exprimer à quel point tu as été un modèle pour moi. Puisse Allah me donner encore longue vie et bonne foi pour continuer à faire des Duas pour toi et puisse Allah nous réunir dans le FIRDAWS le Très haut.

A ma mère AMINATA COULIBALY, c'est avec les larmes aux yeux que je te dis merci pour ton amour, et ta bravoure. Ce travail est le fruit de ta patience et ton soutien sans faille. Merci de m'avoir toujours enseigné la patience et le sens de la responsabilité en tant qu'homme. Je suis fière d'être ton fils. Puisse Allah te préserver encore longtemps près de nous.

A MES FRERES ET SOEURS, merci d'être là depuis le depuis le début de cette aventure avec vos soutiens moraux matériels et financiers, Puisse Allah vous récompense par le meilleur.

A tous mes cousins et cousines ; ce travail est le vôtre aussi, je vous remercie tous et recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance.

A ma femme Fatoumata Bintou Traore, elle est pour moi une femme au sens propre et unique du terme, merci beaucoup pour ta générosité, ton accompagnement ton courage surtout ta patience et tu as été une source de motivation.

A mon pays le MALI ; Dont la générosité m'a permis d'avoir cette belle instruction. QU'ALLAH me donne la bonne santé pour le servir avec loyauté dévouement.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements :

A tous mes maitres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Nos hommages respectueux.

A tout le personnel du Csref de la commune III du district de Bamako, particulièrement ceux du service de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairais les noms.

A tous mes collègues en thèse ou déjà docteur, Dr Aboubacar Dembélé Dr Guido Boureima Dr Bore Hamssatou Dr Cissé Ibrahim Dr Idrissa Dembélé Dr Diaby Mariam Dr Hamala Sow Dr Malick Diarra Dr Bintou Traore Dr Hama Thienta Samakou Dembélé Mamadi Diakité Daou Moussa Yoro Diallo Foune Traore Kalilou Kone Youssouf Kone Abdoulaye Sanogo Ladji Coulibaly Mahamadou Diallo.

A tous mes amis du village. Youssouf Diarra Misbaou Coulibaly Soumaila Daouda Keita Madou Traore Soul Traore Bakole Traore Modibo Minon

A mes amis de médecine

Aliou Oumar Bagayoko, Seydou Doumbia, Amadou Konaté, Ouatt, Alkhader Maiga, Badra Alou Keita, Fodé Fafré Traoré, Makan, Adam Poudiougou, Badara Sadia Traore pour votre merveilleuse compagnie, plus que des amis, vous êtes mes frères, puisse Allah nous unir dans le bonheur

A mon groupe de travail

Karabenta, Yaya, Diabaté, Gogouna, Homo Keita, Zikoumé, Hassan et Badara Sadia Traore ce fut un réel profit de bosser avec vous, Puisse Allah nous accorde une excellente carrière professionnelle

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY DE THÈSE

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ✓ Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).
- ✓ Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T. T-B.
- ✓ Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G.
- ✓ Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.
- ✓ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.

Cher Maitre,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre. Grand homme de science et de culture, votre abord facile, votre grande simplicité, vos multiples qualités humaines et sociales surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maitre, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veuillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération. Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen

A notre maitre et membre de thèse

Professeur Ibrahim KANTE

- ✓ Gynécologue-Obstétricien
- ✓ Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la F310S
- ✓ Praticien hospitalier an CHU du point G
- ✓ Ancien président de l'antenne da groupe inter africain d'étude, de recherche et d'application sur la fertilité du Mall (GIERAF)

Cher Maitre

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités d'homme de science et votre enseignement nous ont impressionnés, votre simplicité et votre disponibilité ont largement améliorés ce travail. Agréer chers maitres notre sincère remerciement et profonde reconnaissance

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE THÈSE

Docteur Hamady SISSOKO

- ✓ Maître de recherche
- ✓ Gynécologue Obstétricien ;
- ✓ Chef de service de gynécologie obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune III du District de Bamako :

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Homme ouvert et pragmatique, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre humilité font de vous un maître respectable et admiré de tous.

En plus de vos connaissances scientifiques, votre sens social de la vie humaine mérite le respect.

Nous gardons de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos disciples. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur THERA Tiounkani. Augustin

- ✓ Professeur à la faculté de médecine a la FMOS
- ✓ Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G
- ✓ Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon. (France)
- ✓ Président de la commission médicale au CHU du Point G
- ✓ Secrétaire général de la société malienne de gynécologie obstétrique
- ✓ Membre des société malienne, africaine et française de gynécologie obstétrique

Cher maitre : Cher maître, directeur de cette thèse, vous êtes un homme exceptionnellement gentil, modeste, compréhensif et accueillant. Votre soutien infaillible, votre compréhension et votre capacité à guider avec une grande modestie ont été essentiels tout au long de cette recherche. Vous avez toujours su créer un environnement accueillant et motivant, propice à l'apprentissage et à l'innovation. Merci pour votre engagement, vos conseils avisés et votre précieuse contribution à ce travail. Vous êtes une véritable inspiration pour tous ceux qui ont la chance de travailler avec vous.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : le coefficient de risque d'accouchement prématuré 22
Tableau II : indice de menace d'accouchement prématuré selon Baumgarten. 24
Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge. 51
Tableau IV : Répartition des patients selon le motif d'admission 52
Tableau V : Répartition des patientes selon la profession 53
Tableau VI : Répartition des patientes selon les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré 54
Tableau VII : Répartition des patientes selon le statut matrimonial 54
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les ATCD médicaux/Chirurgicaux, ATCD gynécologique et Obstétricaux 55
Tableau IX : Répartition des patientes selon les pathologies survenues pendant la grossesse 56
Tableau X : Répartition des patientes selon les CPN réalisées 56
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'auteur des CPN 57
Tableau XII : Répartition des patientes selon la prise en charge préventive pendant la grossesse 57
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les bilans prénatals 59
Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'IMC 60
Tableau XV : Répartition des patientes selon la température 60
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique 62
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le délai de rupture 62
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le niveau de dilatation du col 63
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de présentation 64
Tableau XX : Répartition des patients selon la quantité du saignement 65
Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'accouchement 66
Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne 66
Tableau XXIII : Répartition selon l'état des nouveau-nés 69
Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nées selon le poids des nouveau-nés 69
Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence 70

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nées selon la cause du décès.....71

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la suite de couche 71

Liste des figures :

Figure 1 : Evolution du col au cours du travail chez la multipare 13
Figure 2 : Descente et rotation de la tête dans l'accouchement du sommet. 14
Figure 3 : Délivrance selon le mode de Duncan (d'après M. Lacomme).....17
Figure 4 : schéma d'échographie du col (Atlas d'échographie Aly abbara.com) 25
Figure 5 : Aspect du prématuré 34
Figure 6 : salle de réanimation du nouveau-né.....40
Figure 7 : Carte de la commune III.....43
Figure 8 : Répartitions selon le mode d'admission.....52
Figure 9 : Répartitions des patientes selon la réalisation du bilans prénatals.....58
Figure 10 : Répartitions des patientes selon l'âge gestationnelle.....61
Figure 11 : Répartitions des patientes selon l'état des membranes 61
Figure 12 : Répartitions des patientes selon les modifications du col.....63
Figure 13 : Répartitions des patientes selon la présence des contractions 64
Figure 14 : Répartitions des patientes selon le score de Baumgarten 65
Figure 15 : Répartitions des patientes selon l'hospitalisation pour MAP dans le service 66
Figure 16 : Répartitions des nouveau-nées selon l'état des nouveau-nés à la naissance 68
Figure 17 : Répartitions des nouveau-nées ayant reçu la réanimation 68
Figure 18 : Répartitions des nouveau-nées selon le devenir.....70

TABLE DES MATIERES

Table des matières :

INTRODUCTION 1

1. OBJECTIFS. 4

1.1. Objectif général 4

1.2. Objectifs spécifiques 4

2. GENERALITES 6

2.1. Définitions 6

2.2. Physiologie du travail d'accouchement 6

2.3. Facteurs intervenants dans le déclanchement spontané du travail d'accouchement 17

2.4. Accouchement prématuré causes et facteurs de risque [13 , 14 , 15]: 18

2.5. Aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré 22

2.6. Aspect clinique de l'accouchement prématuré spontané : [36] 31

2.7. L'accouchement prématuré provoqué : [25 , 37] 33

2.8. Aspect clinique du prématuré : [2] 33

2.9. Complications de la prématurité 34

2.10. Pronostic 37

2.11. Prise en charge du prématuré [41] 37

3. Méthodologie : 42

4. RESULTATS 51

5. Commentaire et discussion : 73

Conclusion : 79

RECOMMANDATIONS 80

REFERENCE: 82

ANNEXE : 90

IV. FICHE D'ENQUETE 90

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigle et Abréviations :

AP : Accouchement prématuré

ATB : Antibiotique

ATCD : Antécédents

ASACO : Association de Santé Communautaire

BCF : Bruits du cœur fœtal

BPN : Bilan Prénatal

Ca : Calcium

CRAP : Coefficient de risque d'accouchement prématuré

CRP : Protéine C Réactive

CPN : Consultation prénatale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DAO : Diamine Oxydase

DDR : Date des dernières règles

DES : Distilbène

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FCS : Fausse Couche Spontanée

Fig : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension Artérielle

GE : Goutte Epaisse

IMAP : Indice de menace d'accouchement prématuré

IMC : Indice Masse corporelle

K : Potassium

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

MgSO4 : Sulfate de Magnésium

NFS : Numération formule sanguine

NNés : Nouveau-Nés

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée) selon le Merger **[1].**

L'accouchement prématurité (AP) est défini comme une naissance survenant entre 22 SA et 36 semaines d'aménorrhées (SA) plus 6jours révolues selon l'OMS **[2].**

L'organisation mondiale de la sante (l'OMS) recommande cependant de prendre en compte tous les nouveaux nés mis au monde dès 20-22 SA et pesant 500 grammes ou plus **[2].** Dans notre contexte ce terme est de 28SA.

L'âge gestationnel indique l'importance de la maturation biologique du fœtus et conditionne ses possibilités d'adaptation à la vie autonome. La mortalité néonatale provient des enfants nés avant 30 SA dans 60% des cas et la moitié des séquelles neurologiques sont observées chez les nouveau-nés avant 32 SA **[3].**

Dans le monde, on estime chaque année à 15 millions le nombre des nouveaux nés qui naissent prématurés. Le taux des naissances prématurées varie entre 5% et 18 % **[2].**

La fréquence de l'accouchement prématuré est élevée, variable suivant le lieu et l'époque. Elle dépend surtout de la prévention et du traitement de la menace d'accouchement prématuré. Le taux d'accouchement avant 37 SA varie dans les pays européens entre 5% et 7% **[4].** Le taux de naissance prématurée aux États- Unis est le plus élevé dans les populations noires (13,8%), suivis des Amérindiennes/ Autochtones de l'Alaska (11,6%), des Hispaniques (9,6%), la race blanche (9,1%) et des insulaires d'Asie / Pacifique (8,7%) **[4].**

En Asie du Sud-est et en Afrique sub saharienne, le taux de naissance prématurée était de 12-13% en 2010 [4]. Au Mali, selon les rapports de l'EDS VI de 2018, le taux de naissance prématurée était de 4,1% **[5].** En effet à Bamako, Avodo M **[5]** et Diarra A **[6]** ont rapporté respectivement une fréquence de 2,11% et 2,74% d'accouchement prématuré. La prématurité est, avec le retard de croissance intra- utérin (RCIU), les principales causes de morbidité et de mortalité néonatale. Ils constituent la deuxième cause de décès, après la pneumonie, chez les enfants de moins de cinq ans. On estime que plus d'un million de nouveau-nés meurent chaque année de complications dues à leur naissance prématurée**. [7 ,8]**

La prévention de l'accouchement prématuré est l'une des préoccupations majeures de l'obstétricien. L'étude des accouchements prématurés permet d'identifier les patientes les plus à risque enfin d'amélioré le pronostic néonatal. L'éviction des facteurs de risque et des causes de l'accouchement prématuré devraient faire partie des mesures préventives. **[9]**

Le but de notre étude était d'évaluer l'ampleur du phénomène d'accouchement prématuré dans le CSREF de la commune III du distrit de Bamako, et d'identifier les facteurs de risques dans une perspective de prévention

OBJECTIFS

1. OBJECTIFS.

1.1. Objectif général

Etudier les facteurs de risque et le pronostic néonatal des accouchements prématurés dans l'unité de gynéco-obstétrique du CS réf CIII du district de Bamako.

1.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des accouchements prématurés.
2. Identifier les facteurs de risques associés aux accouchements prématurés.
3. Déterminer le pronostic périnatal des accouchements prématurés.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. Définitions

2.1.1. Accouchement : C'est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois, soit 28 semaines d'aménorrhée ou 180 jours [10].

2.1.2. Accouchement normal : Il est défini comme un accouchement qui remplit les conditions suivantes : il faut que :

– La grossesse soit à terme et ayant évoluée sans autres pathologies associées (toute pathologie médicale ou chirurgicale, anomalies utérines et du bassin) ;

– La grossesse soit mono-fœtale, fœtus ayant un poids normal, en présentation céphalique (variété du sommet) ;

– Le début du travail soit spontané sans médication ;

– Le travail se déroule dans un délai normal (8 à 12 heures pour une primipare et 6 à 8 heures pour une multipare) ;

– Le travail d'accouchement soit assorti de l'expulsion par voie basse d'un nouveau-né vivant avec un bon APGAR et chez qui les suites sont simples ;

- les suites soient également simples pour la mère.

2.1.3. Accouchement prématuré : L'accouchement prématuré est toute naissance survenant avant 259ème jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaine d'aménorrhée révolue. Cependant, il faut prendre en compte toutes les naissances survenant dès 20- 22 SA avec des nouveaux nés pesant 500 grammes ou plus [2].

2.2. Physiologie du travail d'accouchement

2.2.1. Définition : Le travail d'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques qui concourent pour initier les contractions utérines, la dilatation du col et entraîner l'expulsion hors des voies génitales le fœtus et ses annexes, à

partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois, soit 28 semaines d'aménorrhée [11].

2.2.2. Physiologie des contractions utérines et des modifications du col au cours du travail [2, 1, 11,12]

2.2.2.1. Contraction utérine : C'est la force motrice qui permet, au cours de l'accouchement, la dilatation du col utérin et la progression du mobile fœtal dans la filière génitale. La contraction de la fibre musculaire lisse utérine résulte du glissement, les uns par rapport aux autres des filaments d'actine et de myosine. La formation de liaisons actine myosine nécessite de l'énergie, fournie par l'hydrolyse de l'ATP.

Les contactions utérines sont involontaires et intermittentes, totales, intéressant tout l'utérus et douloureuses à partir d'un certain seuil d'intensité. Pendant la parturition, le début du travail est caractérisé par des contractions utérines qui vont croître progressivement. Pendant le travail, le tonus de base varie de 2 à 13 mm Hg. L'intensité totale est de 35 à 50 mm Hg. La fréquence des contractions utérines est de 3 contractions toutes les 10 mn. La régularité du rythme n'augmente pas la dilatation. Le décubitus latéral ne modifie pas le tonus de base mais l'intensité des contractions augmente de 10 mm Hg alors que la fréquence diminue. La tonicité est appréciée par la mesure de la pression amniotique basale ou tonus de base.

La contraction dépend de l'activité contractile des fibres myométriales et de la synchronisation des contractons cellulaires. Le lieu d'origine des contractions utérines n'est pas fixé, il n'y a pas de voies de conduction. L'activité nait de façon plus fréquente au niveau du corps utérin, du fait du plus grand nombre de cellules myométriales. L'efficacité du myomètre est fonction de la quantité de tissu simultanément actif. Elle permet :

La poussée du fœtus vers la région segmento-cervicale ;

L'ampliation du segment inférieur et la formation de la poche des eaux ;

- L'effacement et la dilatation du col utérin.

Les œstrogènes permettent l'élaboration des protéines contractiles qui rendent la fibre utérine plus excitable. L'ocytocine déclenche les contractions utérines, renforce l'activité contractile ; et augmente le courant de calcium. Elle est utilisée en thérapeutique. Les prostaglandines Pg E, libèrent le calcium stocké dans les membranes des organites cellulaires. Les contrôles nerveux s'effectuent par libération à distance des neurotransmetteurs surtout les catécholamines qui diffusent vers les fibres.

Le contrôle nerveux n'est pas déterminant, car la concentration utérine en catécholamines baisse au cours de la grossesse.

L'effet stimulant du salbutamol ou de la ritodrine sur les récepteurs bêta 2 du muscle utérin est supérieur à son effet stimulant sur les récepteurs P1 du muscle cardiaque, d'où son rôle myorelaxant.

2.2.2.2. Etapes de la maturation du col :

a. Modifications du col en fin de grossesse : Le col utérin joue un rôle capital tout au long de la grossesse. Sa tonicité constitue un véritable verrou qui maintien le fœtus à l'intérieur de l'utérus gravide jusqu'au terme. Lors de l'accouchement, le col devra avoir acquis une certaine souplesse pour permettre sa dilatation. Les glandes fabriquent un mucus abondant formant le bouchon muqueux.

La composition de la paroi utérine montre une augmentation croissante de la proportion du tissu conjonctif au fur et à mesure qu'on passe du corps au col de l'utérus. Le tissu conjonctif est donc le principal composant du col utérin.

b. Formation du segment inférieur : Pendant les 5 premiers mois de la gestation, l'isthme s'allonge du fait de la croissance musculaire qui affecte d'avantage la couche musculaire plexi forme interne que la couche externe. Après le 5ème mois,

les mouvements entre les couches musculaires entraînent la formation du segment inférieur qui est une entité propre à la grossesse. En effet, le cône musculaire plexi forme au niveau de la région isthmique ascensionne après la 20ème semaine et il existe un anneau musculaire marquant la limite entre la partie supérieure épaisse du corps utérin et le segment inférieur. Lorsque la dilatation est suffisante, la présentation pénètre dans le segment inférieur qui se moule sur elle. Cette ampliation du segment inférieur se produit en fin de grossesse chez la primipare.

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

- **Les facteurs de maturation du col sont :**

– La relaxine ;

– Les œstrogènes, les prostaglandines (Pg E2, Pg P2) jouant un rôle dans la synthèse des constituants du tissu conjonctif.

L'inhibiteur de synthèse des prostaglandines bloque la parturition. Les prostaglandines sont ubiquitaires et se trouvent notamment au niveau du col utérin et dans les membranes amniotiques.

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

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

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

Différents temps du travail ou périodes du travail :

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

– La première correspond à l'effacement et la dilatation du col ;

– La deuxième à la sortie du fœtus ou expulsion ;

– La troisième à la sortie des annexes (placenta, membranes) ou délivrance.

Ces trois périodes portent le nom du travail d'accouchement.

1.2.3.1. Période d'effacement et de dilatation : Elle est marquée par l'effacement et la dilatation des contractions utérines et leurs conséquences. Elle se termine lorsque la dilatation du col est complète (10 cm).

L'activité contractile dépend de la contraction de chaque fibre et de la synchronisation entre les fibres. Quelques jours avant le début du travail au cours d'une phase préparatoire, se produit la maturation du col qui lui permettra de se dilater, liée au changement de la structure du tissu conjonctif cervical.

Cette maturation entraîne une modification des propriétés mécaniques du col qui se laisse distendre sous l'effet des contractions utérines.

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

Le début du travail est en général franc, parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare.

L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres, parfois sanguinolentes, traduisant la perte du bouchon muqueux est un signe prémonitoire du travail. Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquises des caractères particuliers.

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

Les effets des contractions utérines :

Les contractions utérines du travail ont pour effet essentiel d'ouvrir le col, puis de pousser le fœtus vers le bas hors des voies vaginales.

Effet sur l'utérus c'est :

– L'ouverture du col (effacement et dilatation) ;
– L'ampliation du segment inférieur ;
– L'ampliation du fornix.

Sont les étapes successives d'un phénomène dont la contraction utérine est la cause principale. Mais la poche des eaux et la présentation ont cependant un rôle mécanique. L'effacement et la dilatation se réalisent même en l'absence d'une présentation appuyant sur le col comme dans la présentation de l'épaule.

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

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

– Dilatation

La dilatation du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm (dimension de la dilatation complète).

La marche de la dilatation n'est pas régulière, plus lente au début jusqu'à la fin.

La dilatation comprend deux phases :

– La première ou phase de latence ou phase de dilatation lente, est la dilatation de 1 à 3 cm ;

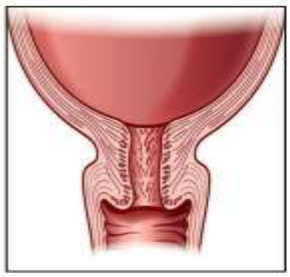
– La deuxième ou phase de dilatation rapide, est la phase active, elle va de 5 à 10 cm.

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

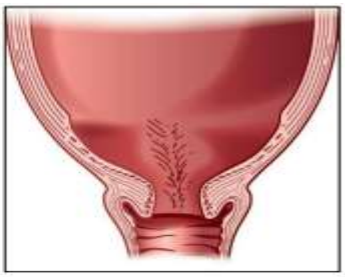
Effets sur le pôle inférieur de l'œuf :

Les progrès de la dilatation laissent découvrir une partie de plus en plus grande du pôle membraneux à son point déclive.

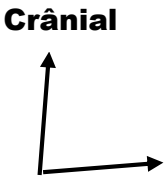
Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée, la poche des eaux qui est lisse au toucher vaginal



Col de multipare avant le travail



Effacement et dilatation simultanés du col. le travail



Dilatation presque complète

Figure 1 : Evolution du col au cours du travail chez la multipare [11]

1.2.3.2. Deuxième période ou d'expulsion :

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

La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

– Engagement

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

Pour Farabeuf, la tête est engagée lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigts dans le vagin, entre le plan coccy-sacré et la partie déclive de la

présentation. Les anglo-saxons utilisent comme repère le signe qui joint les épines sciatiques (niveau 0).

– Descente et la rotation

La présentation doit faire une rotation intra-pelvienne et amené son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur, le sous bubococcygien.

La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

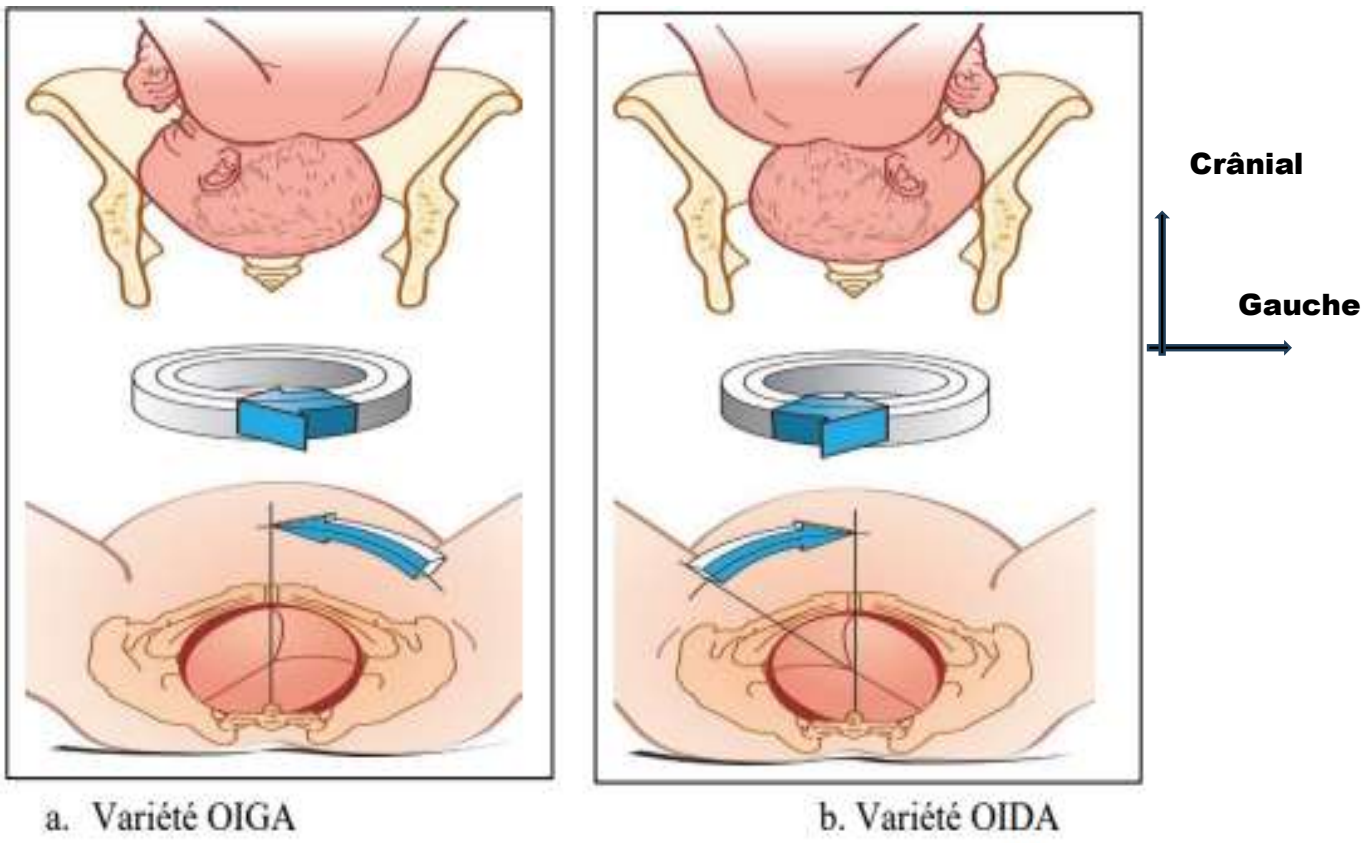


Figure 2 : Descente et rotation de la tête dans l'accouchement du sommet [11].

– Dégagement

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

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

La contraction s'accompagne du besoin de pousser, qui ne devra être effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée des contractions et de l'effort abdominal, le bassin bascule, le périnée postérieur se tend, l'orifice anal devient béant.

La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande circonférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

1.2.3.3. Troisième période du travail ou délivrance :

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus.

a. Physiologiquement elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

– Décollement du placenta ;

– Expulsion du placenta ;

– Hémostase.

b. Cliniquement, **elle comprend trois phases**

Phase de rémission clinique : c'est la sensation de bien-être qui fait suite à la période de contraction, l'utérus rétracté devient dur et régulier au palper ;

Phase de migration du placenta : réapparition des contractions utérines en général indolores, le décollement placentaire se traduit :

– Par le déroulement du cordon hors de la vulve ;
– Par le fait que si la main appliquée à plat au-dessus du pubis refoule de bas en haut le corps de l'utérus, le cordon ne remonte pas dans le vagin, il remonterait si le placenta était encore adhérent.

Phase d'expulsion : l'expulsion du placenta et de ses membranes peut être spontanée sous l'effort d'une poussée abdominale.

c. La GATPA (Gestion active de la troisième période de l'accouchement)

– Définition

La GATPA consiste en une manière d'interventions ayant pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines et de prévenir l'hémorragie du post- partum en évitant l'atonie utérine.

– Etapes

Faire 10 UI d'ocytocine en IM juste après expulsion tout en s'assurant de l'absence d'un autre fœtus ;

Traction contrôlée sur cordon :

Clamper le cordon proximité du périnée.

Maintenir le cordon et la pince d'une main. Exercer une tension contrôlée sur le cordon.

La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine. Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

Si le placenta ne descend pas dans la minute qui suit, ne plus exerce la tension et clampe plus près du périnée si nécessaire. Renouveler la tension sur le cordon et la pression vers le haut par la main sus pubienne à la faveur d'une autre contraction.

Tirer doucement sur le placenta pour extraire les membranes.

Massage utérin jusqu'à la formation du globe de sécurité.

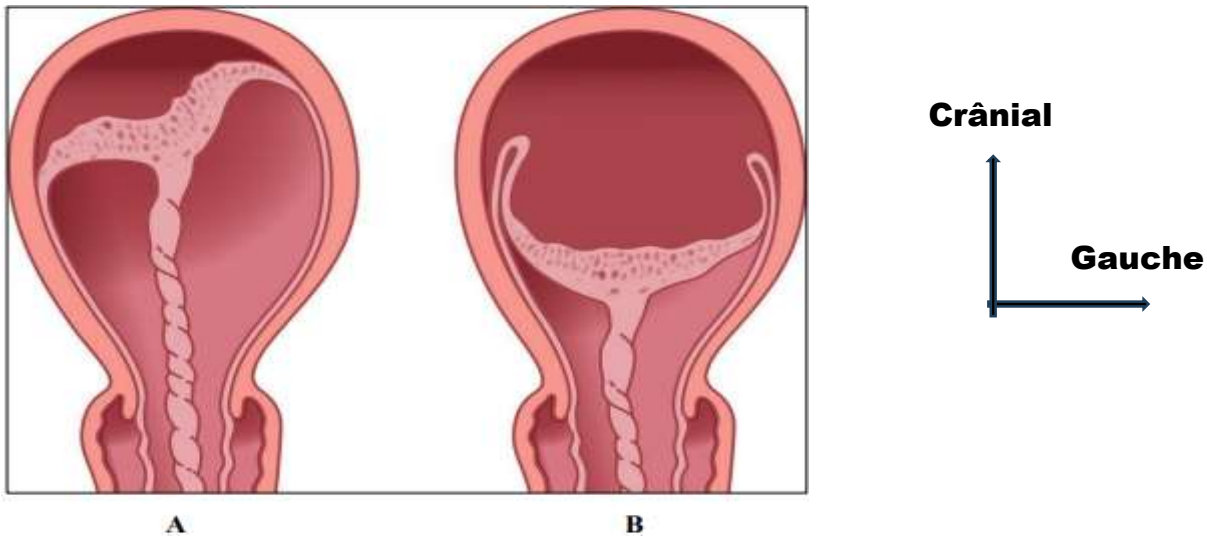


Figure 3 : Délivrance selon le mode de Duncan (d'après M. Lacomme)

Délivrance selon le mode de Duncan (d'après M. Lacomme).

Les schémas A et B montrent le mécanisme dit de Duncan :

Le placenta glisse le long d'une face de l'utérus et se présente à la vulve par son bord. Dans ce cas, le sac membraneux se décolle souvent sans S'inverser : la face fœtale du placenta reste donc à l'intérieur du sac.

2.3. Facteurs intervenants dans le déclanchement spontané du travail d'accouchement

Plusieurs facteurs semblent intervenir pour déclencher la parturition.

2.3.1. Prostaglandines

Ces substances constituent le facteur principal dans le déclanchement spontané du travail.

Elles peuvent modifier l'activité contractile de l'utérus. Leur production augmente progressivement au cours de la grossesse et atteint un taux élevé en début de travail dans le liquide amniotique, la déciduale et le myomètre.

On peut déclencher le travail quel que soit l'âge de la grossesse par administration de prostaglandines. Les médicaments anti prostaglandines permettent de réduire ou d'arrêter l'évolution du travail.

Les prostaglandines contribuent au mûrissement du col par action sur son collagène.

L'activation de la synthèse des prostaglandines est due à l'action de la progestérone de l'hormone lactogène placentaire mais aussi à l'élévation des œstrogènes et de l'ocytocine lorsque le travail est en cours. Les perturbations mécaniques et l'hypoxie contribuent à la synthèse de l'acide arachidonique et des prostaglandines. Le travail est alors auto entretenue.

Les facteurs de régulation de la synthèse des prostaglandines sont :

a. Les œstrogènes : elles augmentent l'excitabilité des fibres musculaires lisses et la vitesse de propagation de l'activité électrique ;

b. La progestérone : elle a une action inhibitrice sur les contractions utérines ;

Les facteurs maternels notamment la distension utérine en fin de travail ;

c. Les facteurs fœtaux : l'anencéphalie ou l'hypoplasie des surrénales sont des facteurs pouvant prolonger la grossesse. A l'inverse, l'hyperplasie des surrénales peut être responsable d'un accouchement prématuré.

Certains stimulants : l'amniotomie, l'infection, le décollement du pôle inférieur de l'œuf peuvent provoquer en fin de grossesse une brutale augmentation de la synthèse des prostaglandines et déclencher le travail.

2.3.2. Ocytocine : Son rôle est encore mal précisé.

2.4. Accouchement prématuré causes et facteurs de risque [13 , 14 , 15]:

Il est défini comme une naissance survenant avant le 259éme jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines révolues et ceci quel que soit le poids du nouveau-né. [2]

Les catégories gestationnelles de moins de 28 SA révolues, de 29 à 32 SA révolues et de 33 à 36 SA révolues sont dénommées respectivement prématurissime, grande prématurité et prématurité moyenne. [2]

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

2.4.1. Facteurs de risque

Dès le début de la grossesse on peut les reconnaître :

Antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesse ou curetage) ;

– Primiparité ;

– Âge (avant 18 ans et après 35 ans) ;

– Grossesses multiples ;

– Niveau socioéconomique défavorisé ;

– Stress physique ou psychique ;

– Taille (< 1,5m) ;

– Poids (< 45 kg) ;

– Malformation utérine ;

– Autres : fibrome, cardiopathie, anémie etc….

2.4.2. Etiologies :

a. Pathologies maternelles générales :[16] **nous avons :**

♣ Les infections :

– Toutes les septicémies ;

– La listériose ;

– Les infections virales telles que l'infection à VIH (qui occupe une place importante), hépatite B et C, Rubéole ;

– Les infections urinaires : pyélonéphrite, cystite ;

♣ Les parasitoses : le paludisme, la toxoplasmose ;

♣ Les immunopathies : anti-D, anticorps anti-HLA, collagénoses, lupus érythémateux systémique ; ♣ La pathologie vasculo-rénale : hypertension et complication (HRP ; éclampsie) ;

♣ Les cardiopathies (congénitales et acquises) ;

• Les endocrinopathies : diabète, troubles thyroïdiens ;

♣ Toutes les pathologies graves en général.

b. Pathologies génitales : [17]

– Les malformations utérines : hypoplasie, utérus bicorne, utérus cloisonné ;

– La béance cervico-isthmique ;

– Les traumatismes directs : accident des voies publiques ;

– Les infections cervico-vaginales pouvant atteindre les membranes et provoquer leur rupture prématurée ;

– L'hyper contractilité du myomètre qui recouvre sans doute d'autres étiologies, en pratique mal définies**.**

c. Causes ovulaires :[18 , 19 , 20]

– La gémellité et autres grossesses multiples ;

– Les présentations dystociques (siège) ;

– Certaines anomalies fœtales rares : atteinte des surrénales avec excès de sécrétion de corticoïdes ;

- Le placenta prævia ;

– L'hématome rétro placentaire ;

– L'hydramnios ;

– L'infection amniotique (patente ou latente) ;

– La rupture prématurée des membranes, elle-même liée à une béance, à une chorioamniotite localisée, à une sur distension ou idiopathique ;

- la mort in utéro préalable**.**

d. Causes socio-économiques : [21]

La prématurité est plus fréquente dans les milieux défavorisés. **Nous avons :**

– Les mauvaises conditions de logement, l'absence de confort et en particulier d'ascenseur pour les femmes habitant des étages élevés ;

– Les travaux pénibles : professionnels ou ménagers surtout quand ils doivent être associés et quand la famille est nombreuse ;

– Les longs trajets du domicile au lieu de travail dans l'inconfort et les secousses des transports ;

– Le célibat et de l'abandon, les longs voyages et l'abus de tabac**.**

e. Autres causes : Nous avons :

– Les accouchements prématurés antérieurs ;

– Les grossesses à intervalle inter-génésique inférieur à 1 an ;

– Les interruptions volontaires de la grossesse

f. Prématurité induite ou provoquée : [22 , 23]

Il s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par une décision médicale devant une situation à risque de mort fœtale ou de séquelles pour l'enfant : Nous avons :

La Souffrance fœtale chronique ;

Le Retard de croissance intra-utérin sévère ;

La Pré éclampsie sévère, l'hématome rétro placentaire (grade II de SHER) ;

Le Diabète instable, les maladies maternelles graves ;

L'incompatibilité fœto-maternelles.

L'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne.

g. Causes inconnues ou inexpliquées :

Bon nombre d'accouchements prématurés restent encore inexpliqués dans 40%.

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

Tableau I **: le coefficient de risque d'accouchement prématuré** [24]

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

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

2.5. Aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré

2.5.1. Signes fonctionnels : [25]

Les contractions utérines sont souvent typiques, ressenties par la gestante comme une douleur intermittente survenant à intervalles réguliers, de fréquence variable mais d'autant plus sévère que la fréquence est élevée (toutes les 5 à 10 minutes). Coïncidant avec un durcissement de l'utérus, elles sont à distinguer des contractions physiologiques de Braxton-Hicks, non douloureuses, irrégulières qui surviennent à la fréquence d'une contraction toutes les heures à 20 semaines d'aménorrhée, à 3 à 4 par heures à 37 semaines d'aménorrhée.

Les contractions peuvent avoir une forme atypique : douleurs lombaires basses intermittentes non caractérisées, simple durcissement de la paroi abdominale sans sensation de douleur et de pesanteur pelvienne.

La rupture prématurée des membranes est parfois le premier symptôme, elle peut être isolée ou s'accompagnée de contractions utérines, tantôt elle est franche. L'écoulement de liquide est abondant, il s'agit de rupture basse de mauvais pronostic.

L'écoulement peut être peu important, irrégulier se répétant ce qui laisse supposer une rupture haute des membranes qualifiée à tort de fissuration. On retrouve la notion de métrorragies qui sont généralement minimes.

2.5.2. Examen physique [26 ,27]

Le palper abdominal peut percevoir des contractions utérines.

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

Au cours d'une grossesse normale, le col reste long, postérieur, tonique, fermé et la présentation céphalique. Le col se raccourcit, se ramollit, s'ouvre et devient plus centré. Parallèlement, la présentation descend et le segment inférieur de l'utérus devient souple. Il est souhaitable d'enregistrer l'activité utérine et le rythme cardiaque fœtal pour avoir une preuve du bon état fœtal qui autorise la mise en route du traitement. A partir des symptômes et des données de l'examen,

la gravité de la menace peut être appréciée et chiffrée pour en suivre l'évolution et faire une étude comparative.

Ainsi, un indice de menace d'accouchement prématuré (IMAP) a été proposé par **Baumgarten.** Il est obtenu en additionnant les points donnés à chaque signe.

Tableau II **: indice de menace d'accouchement prématuré selon Baumgarten** [28]**.**

Points	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Contraction Utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture Basse
Métrorragies	0	Métrorragie peu importante	Hémorragie abondante		
Dilatation du Col	0	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm ou plus

Lorsque le total est compris entre 1 à 3, la menace est légère ;

un score entre 4 et 5 traduit une menace modérée ou moyenne ;

≥ 6, elle est sévère et les chances de réussite du traitement sont moindres

2.5.3. Examens complémentaires

a. Examens à visée diagnostique

Le cardiotocographe : il permet d'apprécier la fréquence des contractions utérines à l'aide d'un capteur mécanique placé sur l'abdomen de la parturiente.

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

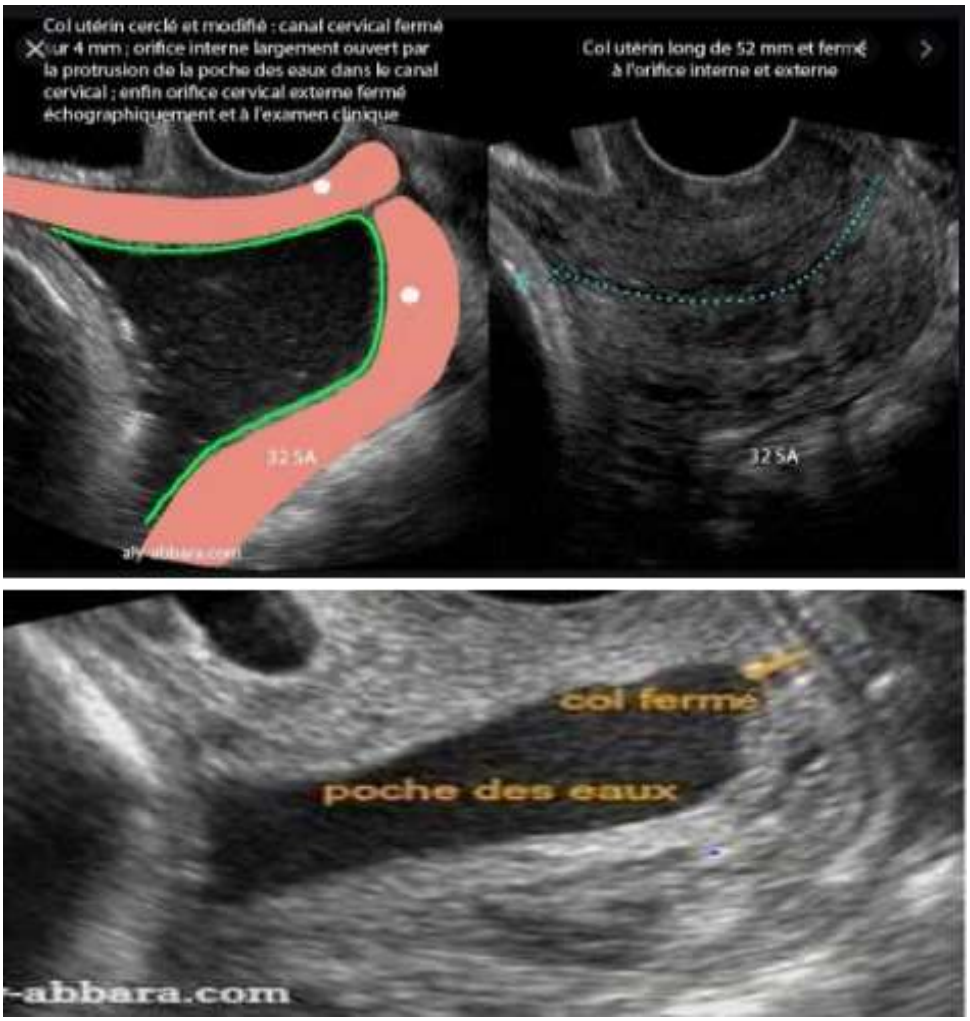


Figure 4 : schéma d'échographie du col (Atlas d'échographie Aly abbara.com)

L'échographie endovaginale du col utérin : elle doit se faire sur une population à risque, ciblée (antécédent de conisation) et béance (cerclée ou non). Elle ne doit pas se faire comme test de dépistage dans la population générale car elle possède, dans ce cas une très mauvaise sensibilité (16 à 39%) et une très mauvaise valeur prédictive positive (15%).

Elle doit se faire par voie endovaginale avec vessie vide. Le col s'étudie en coupe transversale, sans trop appuyer sur la sonde pour ne pas entraîner un allongement artificiel du col. Les berges antérieure et postérieure du col doivent être d'épaisseur et d'échogénicité identique.

On mesure la longueur du col de l'orifice externe à l'orifice interne fermé (longueur de col utile). On évalue l'ouverture éventuelle de l'orifice interne et on

précise la position de la poche des eaux par rapport au canal cervical. A cette mesure passive, on rajoutera une mesure active après pression sur le fond utérin pour une contraction utérine et évaluer une éventuelle modification cervicale. Les critères retenus pour définir un risque d'accouchement prématuré sont un raccourcissement du col utérin au-dessous de 30 mm, un orifice interne ouvert d'au moins5 mm, voire une protrusion de la poche des eaux dans le vagin. Le paramètre retenu principalement est la longueur cervicale avec un seuil à 30 mm si on veut une meilleure sensibilité avec une moins bonne spécificité. Si on recherche une meilleure spécificité, on abaissera ce seuil à 25 mm (moins bonne sensibilité).

L'échographie endovaginale pour l'évaluation du col utérin lors des MAP, a une sensibilité comprise entre 73% et 100%, une spécificité entre 44% et 78%, une valeur prédictive positive (VPP) autour de 55% et une valeur prédictive négative (VPN) autour de 90%.

Cet examen a une meilleure sensibilité que le toucher vaginal, mais il ne doit pas remplacer l'examen clinique.

b) Examens à visée étiologique

On demande un bilan infectieux : il comprend :

Le test de diagnostic rapide (TDR), la goutte épaisse et le frottis mince en zone d'endémicité palustre ou s'il y'a notion de séjour en zone endémique, les hémocultures et / ou les coprocultures au besoin ;

La recherche d'une éventuelle porte d'entrée (membres, tronc, sphère ORL et digestives) pour prélèvements à analyser ;

La recherche d'une infection urinaire et / ou génitale (vaginite, cervicite, infection de l'arbre urinaire) en demandant une bandelette urinaire, un prélèvement vaginal plus antibiogramme, un ECBU plus antibiogramme).

L'ECG qui est à faire au besoin ;

Les autres examens si la grossesse n'a pas été ou mal suivie et si l'on ne dispose d'aucun bilan prénatal : NFS, groupage sanguin + rhésus, sérologie (HIV,

toxoplasmose, rubéole, BW ou TPHA-VDRL), glycémie aléatoire et à jeun (test d'O' Sullivan et HGPO si nécessaire) à la recherche d'un diabète, créatininémie et albumine urinaire.

Ce bilan est d'une importance capitale, car la moindre anomalie détectable peut orienter vers une étiologie de menace d'accouchement prématuré.

2.5.4. Traitement

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

2.5.4.1. Si la menace est légère

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

2.5.4.2. Si la menace est moyenne ou sévère

Il faut hospitaliser et mettre au repos strict la gestante ;

Sédatifs au besoin, tocolytiques et traitement de la cause**.**

2.5.4.2.1. Tocolytiques

Les tocolytiques de référence aujourd'hui sont les bêta-sympathomimétiques (Salbutamol). Cependant, ces molécules présentent des effets secondaires parfois sévères et peuvent être responsables d'accidents cardiovasculaires graves. Leur utilisation doit être précédée d'un bilan pré thérapeutique**.**

a. βêta mimétiques [29]

– Contre-indications sont

Absolues : cardiopathie maternelle, hypocalcémie, Chorioamniotite, souffrance fœtale aigue, mort fœtale in utéro, malformation fœtale grave, hématome rétro placentaire et hyperthyroïdie.

Relatives : diabète mal équilibré, métrorragie sévère d'origine indéterminée, hypertension artérielle et pré éclampsie sévère.

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

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

Mode d'administration et posologie : le traitement est débuté par voie intraveineuse, Salbutamol (Ventoline), 5 ampoules dans 500 ml de sérum physiologique. Débuter par une perfusion contrôlée à 25 ml/heure pendant 6 heures. Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions et doit être limité au minimum efficace.

Ne jamais dépasser une fréquence cardiaque maternelle de 120 battements/min, même en cas d'inefficacité de la tocolyse.

Après 48 heures de traitement si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par la forme orale Salbutamol 4 à 6 comprimés/j.

Ces traitements visant à arrêter ou à diminuer les contractions utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique.

Bilan pré thérapeutique : interrogatoire

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

b. Inhibiteurs calciques (nicardipine et nifédipine) : [30, 31]

La tocolyse est souvent inefficace pour 50% des femmes hospitalisées avec un col < 1 cm et dilaté à plus de 3 cm. Ils sont utilisés préférentiellement en cas de diabète, de grossesse multiple, d'HTA et d'échec ou d'effets secondaires du salbutamol.

Ils ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses, vasculaires et utérines.

Leur utilisation comme tocolytiques fait appel :

A la Nifédipine par voie orale (Adalate 20 LP) : 1 comprimé 3 fois/jour ;

Ou Chronadalate : 1 comprimé 2 fois/jour) ;

Ou à la Nicardipine par voie orale (Loxen 50 LP) : 1 comprimé 2 à 3 fois / jour.

c. Autre protocole [32]**,** [33]

Dose d'attaque avec la nifédipine comprimé 10mg LI :

– 30 mg (3cp) per os et au repos en décubitus latéral gauche ou 10 mg (1cp) per os toutes les 20 minutes pendant une heure ;

– Deux Heures après, si persistance des contractions utérines, on donne 20 mg (2cp) per os ;

– Trois Heures après [si persistance des contractions utérines, on le fait la tocolyse avec Salbutamol perfusion.

– Dose d'entretien avec nifédipine 20 mg LP : si disparition des contractions utérines à raison de 1comprimé / 12 heures pendant 48 heures.

Les effets secondaires sont marqués par le Flush (vasodilatation faciale), les céphalées, la veinite et l'hypotension artérielle.

Il faut éviter l'association avec le sulfate de magnésium et les bêtas bloquants [34].

– Autres tocolytiques Progestérone naturelle : elle a longtemps été utilisée formellement. Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée.

La posologie est de 400 mg toutes les 4 heures. Inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (antis inflammatoires non stéroïdiens) : ils sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets fœtaux potentiellement sévères comme la fermeture prématurée du canal artériel, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'insuffisance rénale et l'Oligo anurie. Ils ne sont utilisés que de manière ponctuelle (généralement pas plus de 48 H), en cas d'échec ou de contre-indication d'un traitement**.**

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

Maturation pulmonaire :

Bétaméthasone On utilise les corticoïdes pour faire la maturation pulmonaire fœtale.

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

Les contre-indications des corticoïdes sont rares : la chorioamniotite clinique et ulcère gastroduodénal évolutif.

La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre-indication absolue.

Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 Heures, éventuellement répété deux semaines plus tard.

NB : le protocole du service est de 12 ml en intramusculaire renouvelé 12 h à 24 h après. **Protection cérébrale :** sulfate Magnésium (CNGO 2016) L'administration anténatale de sulfate de magnésium (MgSO4) intraveineux avant 32 SA réduit les taux de paralysie cérébrale et de troubles du développement moteur de l'enfant né prématuré (NP1).

Ces bénéfices sont indépendants de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de la cause de la prématurité (NP2).

Son administration est donc recommandée en cas de grossesse mono-fœtale ou multiple, et quelle que soit la cause de la prématurité en cas d'accouchement imminent, spontané ou programmé avant 32 SA (grade A) (NP2).

Les doses proposées dans les essais randomisés de neuro protection sont dénuées d'effets secondaires maternels délétères sévères ou d'effets indésirables chez le nouveau-né à court et moyen terme (NP1).

Les effets secondaires maternels modérés (flushs, bouffées de chaleur, tachycardie) ne sont pas supprimés par une dose de charge administrée sur un temps plus long de 60 min versus 20 min habituellement (NP1). Il n'y a ni effet délétère ni bénéfice significatif observé à l'âge scolaire associé à l'administration

anténatale de MgSO4 à visée de neuro protection (NP4). Il est recommandé d'administrer une dose de charge de 4 g (accord professionnel) suivie d'une dose d'entretien de 1 g/h jusqu'à l'accouchement pour une durée maximale de 12 h (accord professionnel).

2.5.6. Prévention de la prématurité : [35]

a. Hospitalisation

Le dépistage précoce des contractions utérines et la persistance des contractions utérines de plus de 35 secondes imposent l'hospitalisation chez les femmes ayant des facteurs de risque d'accouchement prématuré. Certaines patientes sont à haut risque d'accouchement prématuré dès le début de la grossesse à savoir :

– Antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes et de fausses couches tardives,

– Malformation utérine avec exposition in-utero au Distilbène connue ;

– Signes de modifications cervico-isthmiques :

– Une longueur cervicale < 1 cm ;

– Une ouverture de l'orifice interne > 1 cm ;

– Une présentation située à hauteur ou en dessous des épines sciatiques ;

– Un segment inférieur amplié et présence de contractions utérines douloureuses durant plus de 35 secondes.

d. **Autres mesures préventives**

Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas :

La modification des conditions de travail si possible arrêt de travail précoce ;

Le cerclage du col utérin en cas de béance.

2.6. Aspect clinique de l'accouchement prématuré spontané : [36]

Il peut faire suite à une menace plus ou moins longue qui n'a pu être maîtrisée par le traitement ou se faire d'emblée sans qu'on ait eu le temps de l'instaurer. Ce travail a certaines particularités à savoir :

– La rupture précoce des membranes qui est fréquente, elle est souvent le mode de début du travail ; – le fœtus se présente souvent par le siège car n'ayant pas encore accompli sa rotation ;

– L'accommodation de la présentation (trop petite) est médiocre ;

– L'effet des contractions utérines, même normales peut être dangereux pour le fœtus prématuré d'où la nécessité de le surveiller ;

– Au cours de l'expulsion, le dégagement se fait souvent en position irrégulière, en occipito-sacrée et même en oblique.

La présentation peut faire face à un obstacle dangereux pour le fœtus fragile qui est exposé aux lésions cérébro-méningées et à l'hypoxie.

Souvent sous la poussée d'une tête trop petite et mal orientée, il provoque brusquement des déchirures périnéales. La conduite à tenir doit prendre en compte de ces particularités.

Le praticien est appelé à permettre une naissance là moins traumatique possible.

La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être particulièrement attentive.

Des antibiotiques seront administrés quand les membranes sont rompues pour prévenir l'infection amniotique à laquelle le prématuré est particulièrement sensible. L'accouchement par voie basse est accepté si les conditions sont favorables. Pour éviter la lutte contre l'obstacle périnéal on est souvent amené, surtout chez la primipare à faire une épisiotomie et même une application de forceps, qui exécutée avec douceur est moins dangereuse pour l'enfant qu'une expulsion trop laborieuse.

2.7. L'accouchement prématuré provoqué : [25 , 37]

La décision de faire naître prématurément un fœtus est justifié lorsque le fœtus est menacé dans son existence ou dans son avenir ou s'il existe une pathologie maternelle grave nécessitant l'interruption de la grossesse.

Une concertation préalable entre l'obstétricien, le pédiatre et l'anesthésiste est indispensable de même que l'information éclairée des parents et leur accompagnement psychologique. Le taux des enfants extraits par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et de l'amélioration des conditions de survie des prématurés face au risque de mortalité in-utero de pathologies gravidiques.

Les indications sont avant toutes fœtales : souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissance.

Les éléments de décision reposent sur le rythme cardiaque fœtal, la vitalité et le comportement du fœtus.

Elles peuvent être aussi maternelles : syndrome vasculorénal, insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie, etc…

L'indication est souvent mixte (materno fœtale).

L'accueil du nouveau-né prématuré doit être prévu et préparé. Une équipe de réanimation sera présente pour assurer les soins aux prématurés, ainsi qu'un pédiatre néonatal pour les cas à haut risque. Les soins sont essentiels pour assurer le pronostic du prématuré tant immédiat que lointain.

2.8. Aspect clinique du prématuré : [2]

Le prématuré est un nouveau-né bien proportionné au visage gracieux. Il est recouvert de vernix caseosa. Sa peau est fine et érythrosique, parfois rouge-vive, elle est douce et de consistance gélatineuse.

Il existe parfois un œdème au niveau des extrémités.

Le lanugo plus ou moins important recouvre ses épaules et son dos. L'absence de relief et la mollesse du pavillon de l'oreille de même que l'absence de striation plantaire, la petite taille des mamelons et l'aspect des organes génitaux externes sont des critères importants de prématurité. Ils sont à comparer aux critères de maturation neurologique (tonus passif, les mouvements spontanés, les réflexes archaïques et les réflexes oculaires).

Figure 5 : Aspect du prématuré [2]

2.9. Complications de la prématurité

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturité de certains organes de l'enfant né prématurément quel que soit la cause de la naissance prématurée.

Les complications respiratoires, vasculaires et neurologiques sont les plus importantes à connaître d'un point de vue de santé publique.

a. Complications respiratoires : [38]

Le retard de résorption du liquide alvéolaire (RRLA) réalise un syndrome interstitiel transitoire qui évolue en général favorablement. La maladie de la membrane hyaline, le pneumothorax, la détresse respiratoire (Problème lié à

l'insuffisance du surfactant), l'apnée, la cyanose et la bronchodysplasie sont les complications les plus fréquentes.

b. Complications cardio-vasculaires : [39]

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

c. Complications hémodynamiques : [2]

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

d. Complications neurologiques : [40]

En situation de risque (grande prématurité) elles doivent être dépistées systématiquement par l'échographie transfontanelle.

Elles sont essentiellement de deux types :

- La pathologie veineuse : l'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire en est la traduction clinique la plus typique et l'hémorragie péri et intra ventriculaire ;

- Et la pathologie artérielle : leuco malacie péri ventriculaire en est la traduction la plus typique.

Il s'agit d'une lésion de nature ischémique de la substance blanche péri ventriculaire proche, mais susceptible de s'étendre plus ou moins à distance du toit du ventricule.

Son taux d'incidence qui croit avec l'incidence de la prématurité, est aux environs de 10% en-dessous de 32 semaines d'aménorrhée, donc plus faible que celui de l'hémorragie sous épendymaire et intraventriculaire.

La leuco malacie péri ventriculaire touche 15 à 25% des prématurés de moins de 1500 g

e. Complications digestives : [2]

Le résidu gastrique et le syndrome de stase duodéno-pylorique réalisent une intolérance digestive transitoire à la quantité et/ou à l'osmolarité du lait introduit dans l'estomac.

Un repos digestif de 24 à 48 h suivi d'une réintroduction très progressive suffit généralement. **Nous avons comme complications :**

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

Les vomissements et/ou les régurgitations : ils sont redoutables à cause du risque de fausses routes ;

- Les ballonnements ;

L'entérocolite ulcéro-nécrosante : est due à une ischémie mésentérique, une pullulation microbienne intra-luminale et une hyper osmolarité digestive ;

L'ictère du prématuré : il est dû à une faible glucuro conjugaison hépatique de la bilirubine ;

Les autres complications sont : l'hypothermie (température < 35°C), l'hypoglycémie, l'hypocalcémie, l'hyponatrémie, l'hypovitaminose K1, l'ostéogénie, le rachitisme, les rétinopathies, la susceptibilité aux infections et l'anémie.

Néanmoins, ce que l'on craint le plus c'est l'apparition des séquelles motrices dues aux atteintes corticales qui à l'heure actuelle ne sont pas encore guérissables.

Parmi celles-ci on a : la quadri parésie spastique, l'hémiparésie spastique et les déficits cognitifs. Ces maladies handicaperont l'enfant durant toute sa vie.

Toutefois, il est important de signaler que tous les prématurés ne présentent pas les mêmes risques de développer des séquelles.

Le facteur de risque le plus important étant la durée de gestation qui varie d'un enfant à un autre.

2.10. Pronostic

Il dépendra de l'âge gestationnel, du poids de naissance et de la cause de la prématurité.

Ainsi un bébé né au-delà de 32 semaines présentera un risque de mortalité et de séquelles très faible (< de 5%), alors que dans le cas d'une naissance en dessous de 32 semaines et avec un poids inférieur à 1000g, il y aura une augmentation très nette de la fréquence des complications, tant d'un point de vue de la mortalité (20-40%) [41] que de l'apparition de séquelles neurologiques et psychomotrices (10-20%) [42].

De plus dans les cas d'extrême prématurité (< 27 semaines), la mortalité peut atteindre 50% et le pronostic à long terme reste très incertain [43].

2.11. Prise en charge du prématuré [41]

a. Au moment de la naissance

– Il est nécessaire d'avoir :

– Un service de néonatologie bien équipé

– Un médecin ;

– Une à deux infirmières ;

Un système de monitoring et une protection thermique et infectieuse

b. Après la naissance :

– La naissance doit se faire de manière rapide et organisée à cause de la situation d'urgence que présente la naissance d'un bébé prématuré qui se trouve être très fragilisé dans les premiers mois de sa vie. Ceci explique l'important dispositif tant matériel qu'humain qui entoure son arrivée.

– La présente liste doit être vue comme une description non exhaustive des divers moyens mis en œuvre pour garantir la survie d'un prématuré :

– Une couveuse (isolette) à oxygénation et température constante : celle-ci peut être aussi muni d'un hublot permettant d'effectuer les soins avec un maximum d'asepsie ;

– Une sonde nasogastrique qui permettra d'alimenter le bébé soit de manière continue (s'il est hypoglycémique ou de très petits poids) ou discontinue (environ toutes les 2 heures) ;

– Une alimentation à base de lait maternel enrichi en protéines et en ça++ ou en utilisant du lait artificiel, un ajout de vitamines E, D, Cet acide folique est souvent nécessaire.

N.B : si le prématuré présent lors de sa naissance une défaillance respiratoire, il sera nourri par voie intraveineuse.

Un système de réanimation respiratoire ;

Une ventilation en pression positive continue ou CPAP (Continuous positive airways pressure) maintient ouvertes à tous les stades du cycle respiratoire les voies aériennes supérieures et empêche ainsi le collapsus du pharynx pendant le temps inspiratoire et expiratoire. Elle agit donc comme une attelle pneumatique pharyngée et provoque une augmentation de la surface de section pharyngée ;

Une lunette à oxygène ;

Un sphygmomanomètre ;

Un saturomètre ;

Une photothérapie, consistant en une exposition du nouveau-né à une lumière bleue (surtout en cas d'ictère) ;

Un monitoring cardio-pulmonaire ;

Un appareil enregistreur muni d'une alarme contrôlant les fonctions respiratoires, cardiaques et thermiques ;

De nombreux tests : glycémie, observations des selles, des résidus gastriques, de la formule sanguine et de la bilirubinémie ;

Et une prise en charge des éventuelles complications.

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

Figure 6 : salle de réanimation du nouveau-né

METHODOLOGIE

3. Méthodologie :

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisé au centre de santé de référence de la commune III (CS Réf CIII) du district de Bamako.

- **Présentation de la commune III :**

- **Superficie :**

La commune III : a une superficie de 23 km^2 soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako avec 267 km^2 et est peuplée de 167545 habitants répartis entre 19 quartiers.

- Population :

La population de la Commune III est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La densité de la commune avoisine les 3.920 habitants/Km^2.

- Limites ou situation géographique : Elle est limitée :

- Au nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;

-A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du Motel.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro-dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse.

La commune III comporte 20 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3, Bamako-coura, Bamako-coura-Bolibana, Darsalam, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wôlôfôbougou, Wôlôfôbougou-Bolibana, Sokonafing-Minkoungo, Point G, Koulininko, Sirakorodounfing, et Samè.

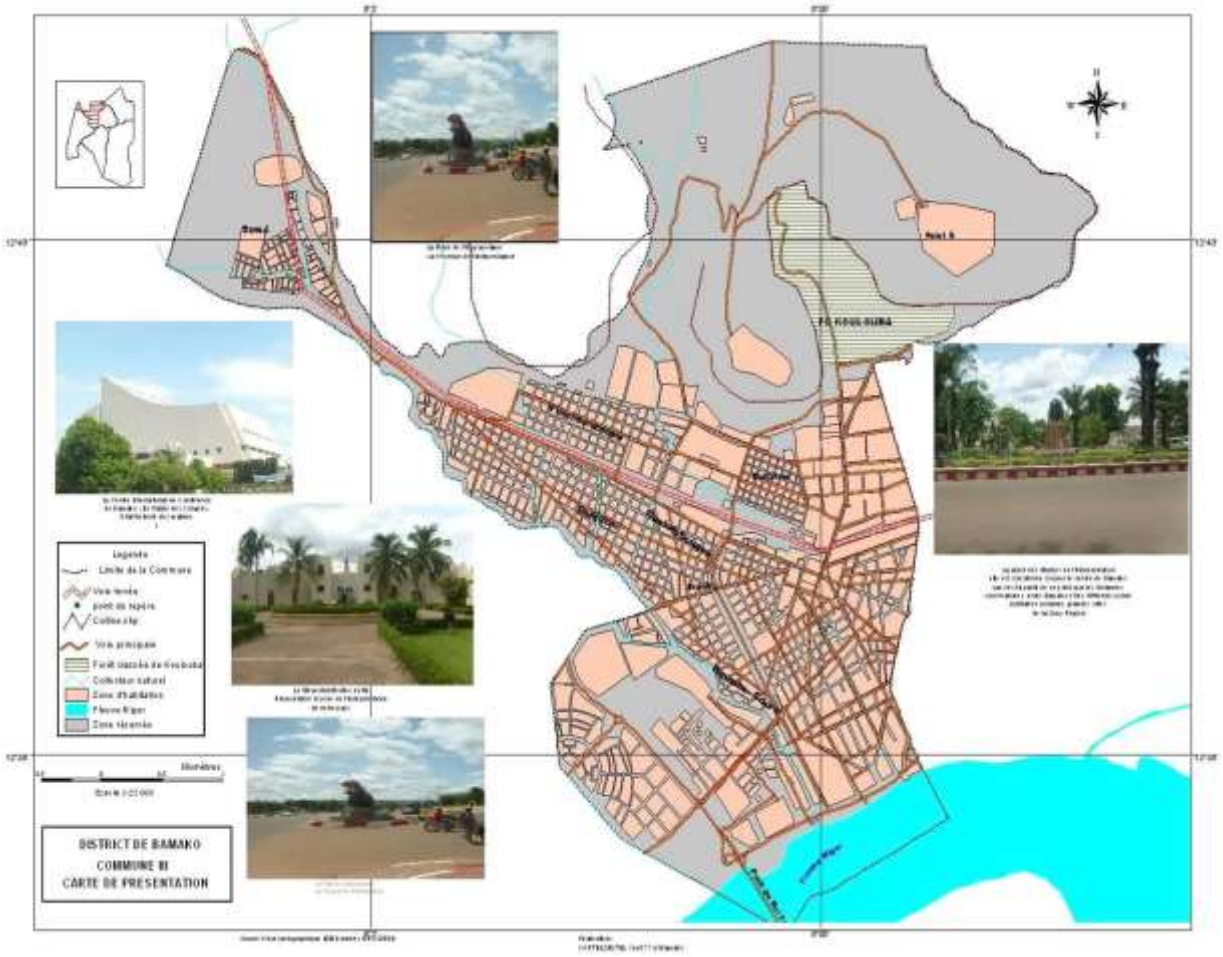


Figure 7 : Carte de la commune III

Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRéf.) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie-obstétrique.

- **Composition :**

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako Coura. Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;

- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastro-entérologie ;
- Le service d'urologie ;
- Le service de traumatologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de dermatologie ;
- Le service de Diabétologie-Endocrinologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de rhumatologie
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie générale ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- Le bloc opératoire ;
- La brigade d'hygiène ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire ;
- La morgue.
- L'unité de gynéco-obstétrique ;

- **Description de l'unité de Gynéco-Obstétrique :**

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre. Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 5 lits ;
- Une salle des infirmières et des aides-soignantes ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité prénatale (CPN) ;

-Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;

- Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

-Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;

-Une unité de soins après avortement (SAA) ;

- Quatre (4) salles d'hospitalisation avec dix (10) lits ;
- Une toilette externe pour le personnel ;

- **Le personnel comprend :**

-Trois (3) spécialistes en Gynécologie obstétrique ;

- Deux (2) médecins généralistes ;
- Des sage-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse (35) ;
- Des infirmières Obstétriciennes (15) ;

-infirmier anesthésie (3) ;

- Assistants médicaux (3) ;

- Des étudiants faisant fonction d'interne (13) ;

-Des manœuvres (8) ;

- **Fonctionnement du service :**

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24H/24

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sage-femmes avec l'appui des infirmières et une seule aide-soignante.

Un staff se tient tous les jours à partir de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc.).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres ; d'un médecin généraliste et d'un gynécologue-obstétricien.

La visite quotidienne des patientes hospitalisées se fait également à partir de 10 heures. Le CSRéf de la commune III est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

3.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective allant de mai 2023 à avril 2024 soit une période de 12 mois (1 an)

3.3. Population d'étude :

Elle a été portée sur l'ensemble des parturientes ayant accouchées dans le service pendant notre période d'étude

3.3.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les parturientes portant une grossesse évolutive ayant accouchées à un terme compris entre 28 à 36 SA+ 6 jours pendant notre période d'étude et qui ont acceptés de participer à l'étude.

3.3.2. Critères non d'inclusion :

- Toutes les parturientes ayant un âge gestationnel < à 28SA ou ≥ à 37SA pendant notre période d'étude.
- Toutes les parturientes ayant accouchées entre 28SA ont 36SA+6 sur grossesse non évolutive pendant notre période d'étude.

3.4. Echantillonnage

3.4.1 Méthode et technique d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif incluant tous les accouchements prématurés au CSREF de la commune III pendant la période d'étude soit 118 cas

3.4.2. Taille de l'échantillon :

Nous avons procédé à un échantillonnage en adoptant la formule de Schwartz. P=1-Q α=0,95

$N=(Z_\alpha)^2PQ/i^2$ i risque d'erreur=0,05 Zα=1,96

D'après une étude au Mali menée par EDSVI en 2018 la prévalence des accouchements prématurés étaient de 4,1%.

P=0,041 ; Q=1-0,041=0,959

$N=1,96^2(0,0041*0,959) / (0,05)^2=61$

3.5. Variable d'étude

3.5.1. Définition des variables :

- Fréquence
- Facteurs de risque d'accouchement prématuré
- Pronostic

3.5.2. Aspect opérationnel :

- Les facteurs de risques que nous considérons étaient :

  - ✓ Antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesse ou curetage) ;
  - ✓ Primiparité ;
  - ✓ Âge (avant 18 ans et après 35 ans) ;
  - ✓ Grossesses multiples ;
  - ✓ Niveau socioéconomique défavorisé ;
  - ✓ Stress physique ou psychique ;
  - ✓ Taille (< 1,5m) ;
  - ✓ Poids (< 45 kg) ;
  - ✓ Malformation utérine ;
  - ✓ Autres : fibrome, cardiopathie, anémie etc….

- **Pronostic :**

3.6. Technique et outils de collecte des données

Les données ont été collectées à partir de :

- Dossiers obstétricaux
- Les dossiers d'hospitalisations
- Fiche d'enquête
- Les registres d'accouchements et les comptes rendus opératoires

3.7. Traitement des données et analyse statistique :

La collecte des données a été faite sur les dossiers cliniques des patientes à travers une fiche d'enquête (voir Annexe), la rédaction a été faite sur le logiciel Word 2016 et les références bibliographiques avec le logiciel Zotero.

Les représentations graphiques ont été faites avec le logiciel Excel 2016.

Nous avons fait l'analyse des données par le logiciel SPSS, version : 27.0

3.8. Aspects éthiques :

La confidentialité des données était respectée. Chaque dossier présentait un numéro d'anonymat.

Le consentement éclairé verbal de chaque patiente était demandé avant son inclusion.Une présentation détaillée était d'abord fournie aux personnels du centre de santé sur le déroulement de l'étude. Chaque femme répondant aux critères d'inclusion était informée de l'objectif de l'étude et des modalités de recueil des données. Le recueil des données ainsi que leur traitement statistique étaient effectués de manière anonyme.

3.9. Définitions des concepts :

Gestité : c'est le nombre de grossesse.

Primigeste : c'est une femme qui est à sa première grossesse.

Paucigeste : c'est une femme qui est à sa 2 ou 3 grossesses.

Multigeste : une femme qui est à sa fait 4 ou 5 grossesses.

Grande multigeste : une femme qui a fait 6 grossesses ou plus.

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare : une femme qui a accouché une fois.

Pauciparité : une femme qui a accouché 2 à 3 fois.

Multiparité une femme qui a accouché 4 à 5 fois.

Grande multiparité : une femme qui a accouché 6 fois ou plus.

Nouveau-né : un enfant à la naissance jusqu'à 28 jours

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1. Aspect épidémiologie

4.1.1. Fréquence

Pendant notre période d'étude nous avons réalisée 5141 accouchements, 118 cas d'accouchement prématuré, soit une fréquence de 2,3%.

- **Caractère socio-démographique**

4.1.2. Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge en année	Effectifs	Pourcentage
< 19	23	19,5
19-35	80	67,8
> 35	15	12,7
Total	**118**	**100,0**

La tranche d'âge de 19-35 ans représentait plus de la moitié de notre échantillon avec un taux de 67,8%.

L'âge moyen était 26,32 ± 6,76 ans avec des extrêmes de 12 et 43 ans.

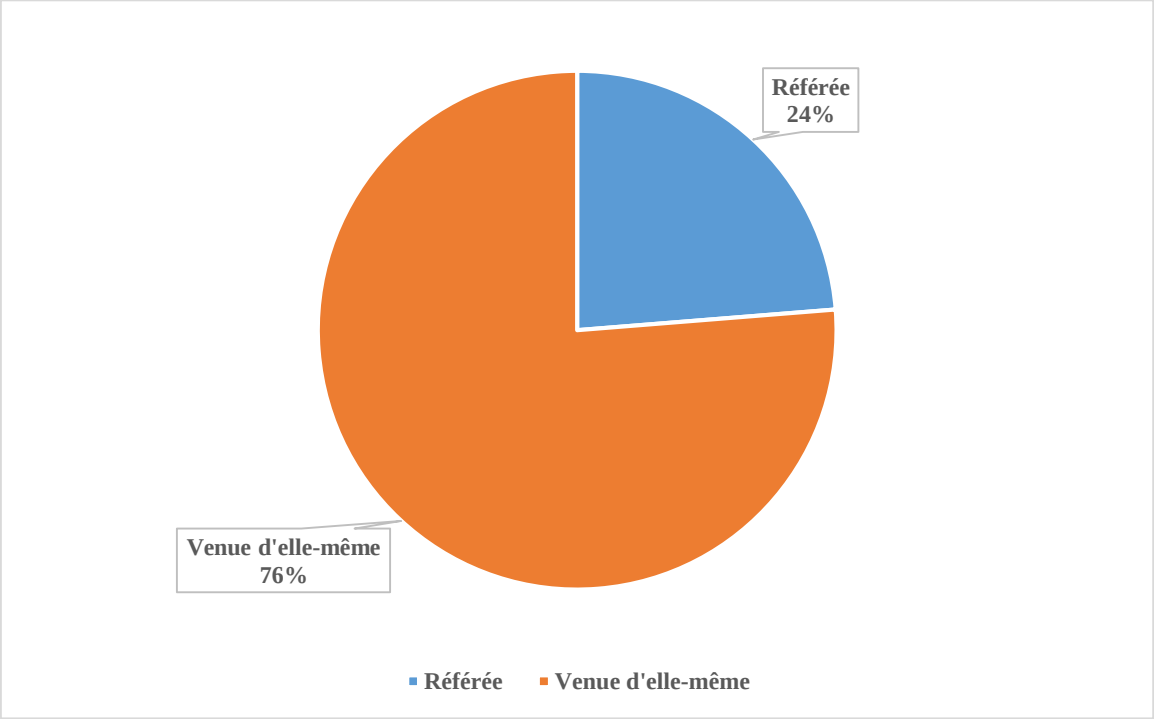


Figure 8 : Répartitions selon le mode d'admission

La majorité des patientes était venue d'eux-mêmes

Tableau IV : Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif	Effectifs N=118	Pourcentage
CUD sur grossesse	**57**	**48,3**
RCIU+ HTA	2	1,7
MAP	6	5,1
RPM	20	16,9
Hémorragie	7	5,9
Pré éclampsie sévère	7	5,9
HTA	8	6,8
RPM+CUD sur grossesse	10	8,5
CPN	1	0,8

Les contractions utérines sur grossesse étaient le motif le plus représenté avec

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	**65**	**55,1**
Commerçante	16	13,6
Etudiante/Elèves	12	10,2
Fonctionnaire	11	9,3
Infirmière	7	5,9
Autres	7	5,9
Total	**118**	**100,0**

Autres : Coiffeuses (4), Couturière (2), Agent de nettoyage (1),

Plus de la moitié de notre échantillon était constituait des ménagères soit un taux de 55,1%

4.1.5. Facteur de risque :

Tableau VI : Répartition des patientes selon les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré

Facteur étiologique	Effectifs N= 118	Pourcentage (%)
Infection urinaire	17	14,4
Béance cervico isthmique	15	12,7
HTA	13	11,0
Hydramnios	1	0,8
Paludisme	6	5,1
Activité physique débordante	8	6,8
RPM	**25**	**21,2**
PP	5	4,2
HRP	3	2,5
Grossesse multiple	24	20,3
Malformation Foteo congénitale	1	0,8

La RPM était l'étiologie la plus retrouvé dans 21,2%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	**102**	**86,4**
Célibataire	11	9,3
Divorcée	3	2,5
Veuve	2	1,7
Total	**118**	**100,0**

Les mariées étaient majoritaires avec un de 86,4% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les ATCD médicaux/Chirurgicaux, ATCD gynécologique et Obstétricaux

ATCD		Effectifs N=118	Pourcentage
Médicaux	HTA	8	6,8
	Diabète	5	4,3
	Asthme	2	1,7
	Trait drépanocytaire	1	0,8
	HIV	1	0,8
	AgHBS	4	3,4
Chirurgicaux	**Césarienne**	19	16,1
	Chirurgie du col	7	5,9
	Salpingectomie	6	5,1
	Myomectomie	2	1,7
Gynéco/obstétrique	Prématurité	17	14,4
	Primigeste	34	28,8
	Pauci geste	39	33,1
	Multigeste	27	22,9
	Grande multigeste	18	15,3
	Nullipare	41	34,7
	Primipare	21	17,8
	Pauci pare	32	27,1
	Multipare	18	15
	Grande multipare	6	5,1
	IVG	2	1,7
	Avortement spontanée	26	22,0

L'HTA représentait 6,8% de notre échantillon. La césarienne représentait 16,1% des cas. Les primigestes représentaient 28,8% de notre échantillon.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les pathologies survenues pendant la grossesse

Pathologie	Effectifs N=118	Pourcentage
Menace d'avortement	3	2,5
MAP	31	26,3
Infection urinaire	**38**	**32,2**
Paludisme	21	17,8
HTA	23	19,5
RPM	2	1,7
Diabète	5	4,3

L'infection urinaire représentait 32,2% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon les CPN réalisées

Nombre CPN	Effectifs	Pourcentage
0	10	8,5
1-3	54	45,8
≥ 4	54	45,8
Total	**118**	**100,0**

Dans notre étude 8,5% des patientes n'ont pas fait de CPN.

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Auteur	Effectifs	Pourcentage
Pas de CPN	10	8,5
Médecin	57	48,3
Sage-femme	51	43,2
Total	**118**	**100,0**

Les Médecins représentaient 48,3% des cas.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la prise en charge préventive pendant la grossesse

Médicaments	Effectifs	Pourcentage
Fer	6	5,1
Fer et VAT	1	0,8
Fer, VAT,SP et MII	89	75,4
Fer et SP	5	4,2
Aucun	17	14,4
Total	**118**	**100,0**

La majorité des patientes avait reçu du fer et VAT dans 75,4% des cas.

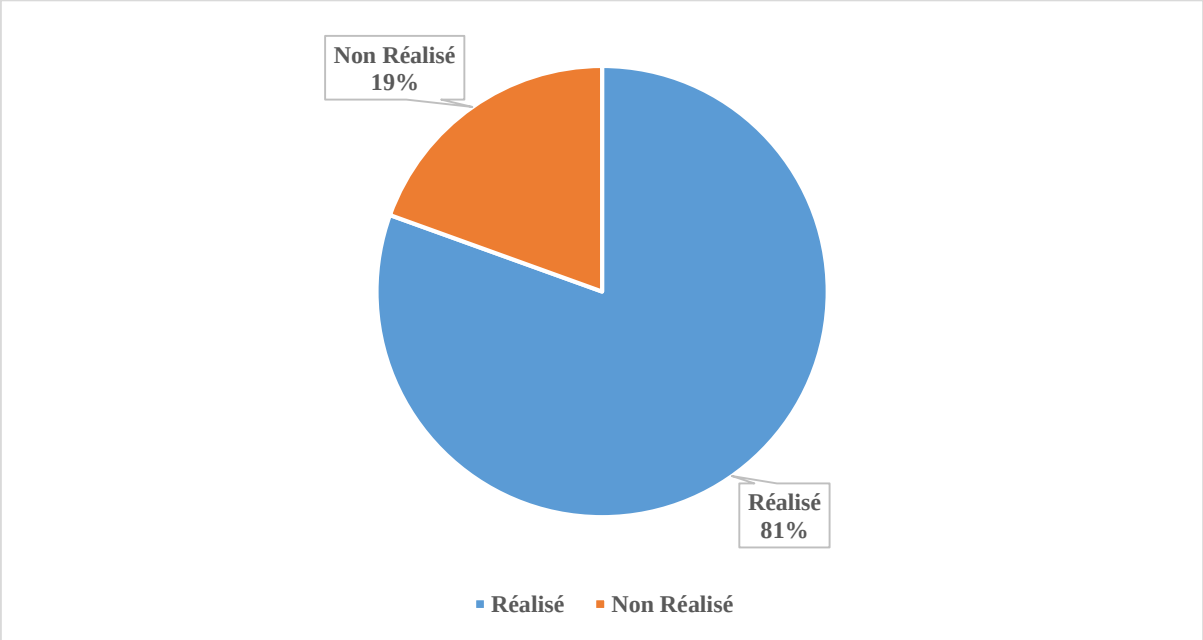


Figure 9 : Répartitions des patientes selon la réalisation du bilans prénatals

Les bilans ont été réalisés chez 95 (81%) des patientes.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les bilans prénatals

Bilan		Effectifs N=118	Pourcentage
Groupage rhésus	**Oui**	**95**	80,5
Test d'Emmel	Négatif	75	63,6
	Positif	**2**	**1,7**
	Non fait	41	34,7
	Négatif	92	78,0
Sérologie B83	**Positif**	**1**	**0,8**
	Non fait	25	21,2
	Négatif	71	60,2
BW	**Positif**	**3**	**2,5**
	Non fait	44	37,3
	Négatif	61	51,7
Albumine/sucre	**Positif**	**20**	**16,9**
	Non fait	37	31,4
	Négatif	76	64,4
AgHBS	**Positif**	**4**	**3,4**
	Non fait	38	32,2
	Négatif	49	41,5
Toxoplasmose	**Positif**	**2**	**1,7**
	Non fait	67	56,8
	Normal	76	64,4
Glycémie	Elevé	6	5,1
	Non fait	36	30,5
ECBU	Fait	13	11,0
	Non fait	105	89,0
Echographie 1	Fait	46	39,0
	Non fait	71	60,2
Echographie 2	Fait	74	62,7
	Non fait	44	37,3
Echographie 3	Fait	58	49,2
	Non fait	60	50,8

La glycémie était normale chez 64,4% des patientes.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'IMC

IMC en Kg/m^2	Effectifs	Pourcentage (%)
< 18,5	2	1,7
18,5-25	**50**	**42,3**
25-30	33	28,0
≥ 30	33	28,0
Total	**118**	**100,0**

Près de la moitié de nos patientes avait un IMC normal soit un taux de 42,3%.

L'IMC moyenne était 27,42 ± 6,14 Kg/m^2 avec des extrêmes de 16,01 et 49,21 Kg/m^2.

Tableau XV : Répartition des patientes selon la température

Température	Effectifs	Pourcentage (%)
36,5-37,5	**103**	**87,2**
37,5-38,5	12	10,2
≥ 38,5	3	2,6
Total	**118**	**10,2**

La majorité de nos patientes avait une température normale dans 87,2% des cas.

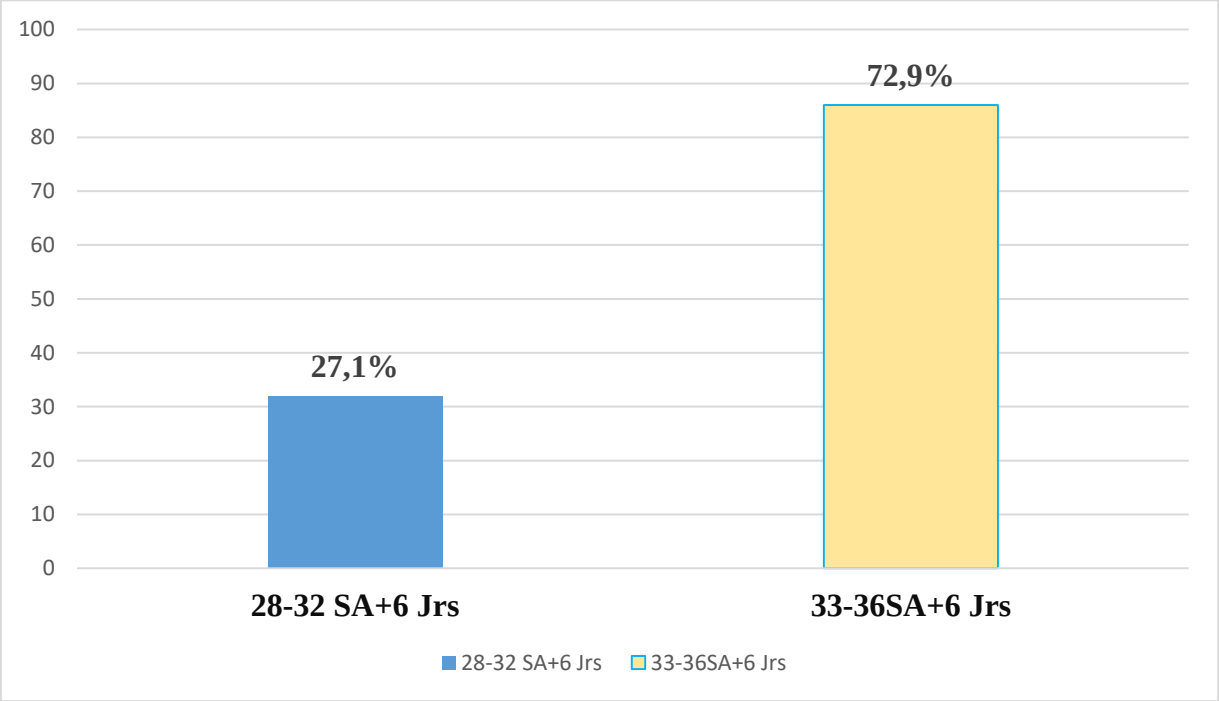


Figure 10 : Répartitions des patientes selon l'âge gestationnelle

La plupart de nos patientes avait un âge gestationnel de 33 SA-36 SA+ 6 jrs avec un taux de 72,9%.

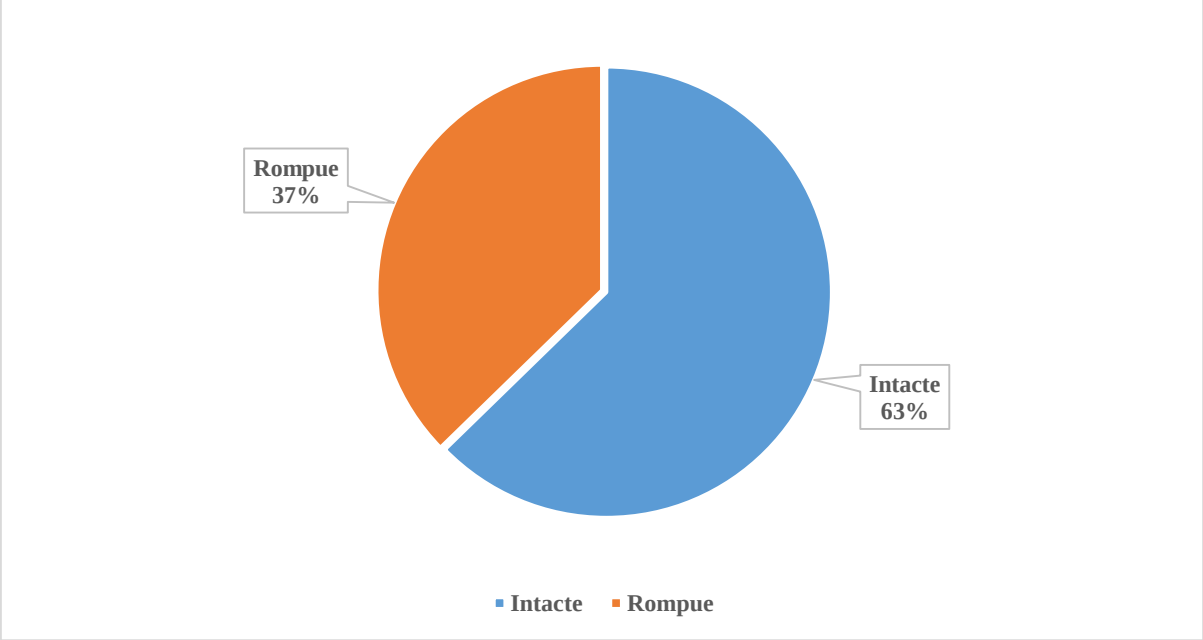


Figure 11 : Répartitions des patientes selon l'état des membranes

La majorité des patientes avait des membrâmes intactes soit un taux de 63%.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique

Couleur	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Clair	39	88,7
Teinte	3	6,8
Méconial	2	4,5
Total	**44**	**10,2**

La couleur était claire chez 88,7% de nos patients.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le délai de rupture

Délai de rupture	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
< 24h	35	79,5
24-36h	2	4,5
> 36h	7	16,0
Total	**44**	**100,0**

Le délai de rupture était < 24h dans 79,5%.

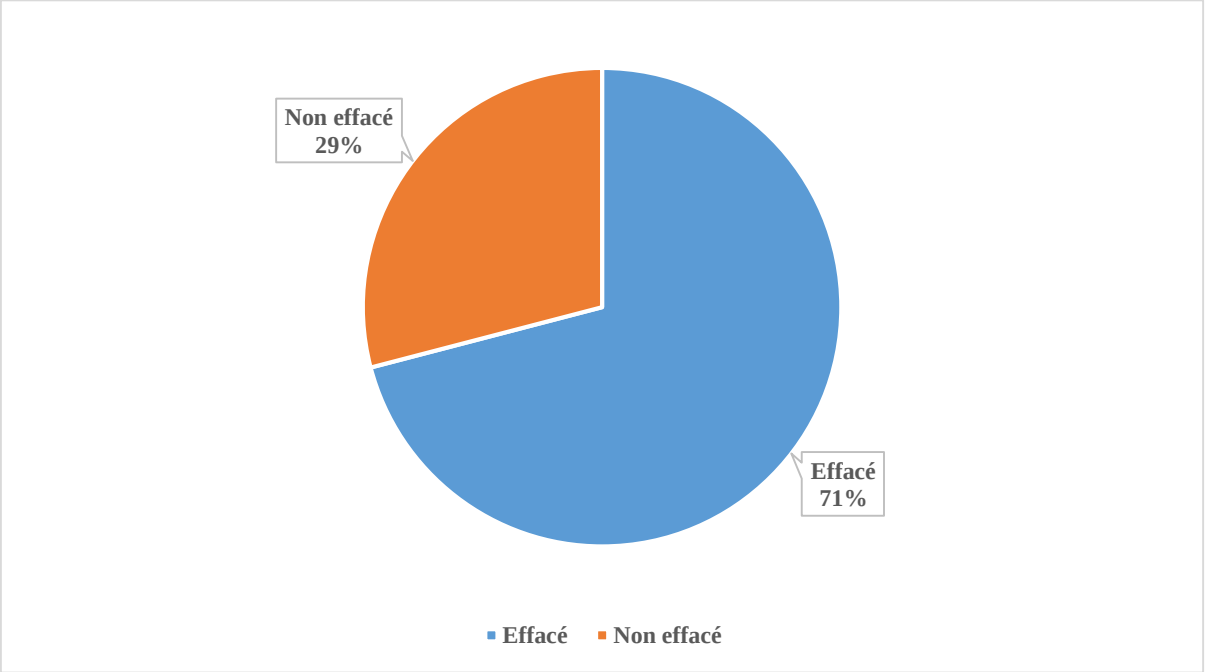


Figure 12 : Répartitions des patientes selon les modifications du col

Le col était effacé chez 83 (71%) des patientes.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le niveau de dilatation du col

Niveau de dilatation	Effectifs	Pourcentage
Inf a 5 cm	45	38,1
Sup ou égale à 5 cm	**63**	**53,4**
Non en travail	10	8,5
Total	**118**	**100,0**

Plus de la moitié des patientes avait une dilatation ≥ 5 cm dans 53,4% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de présentation

Types de présentation	Effectifs N= 342	Pourcentage (%)
Céphalique	**106**	**89,8**
Siège	11	9,3
Transverse	1	0,8
Total	**118**	**10,2**

La présentation était céphalique chez 89,8% des patientes.

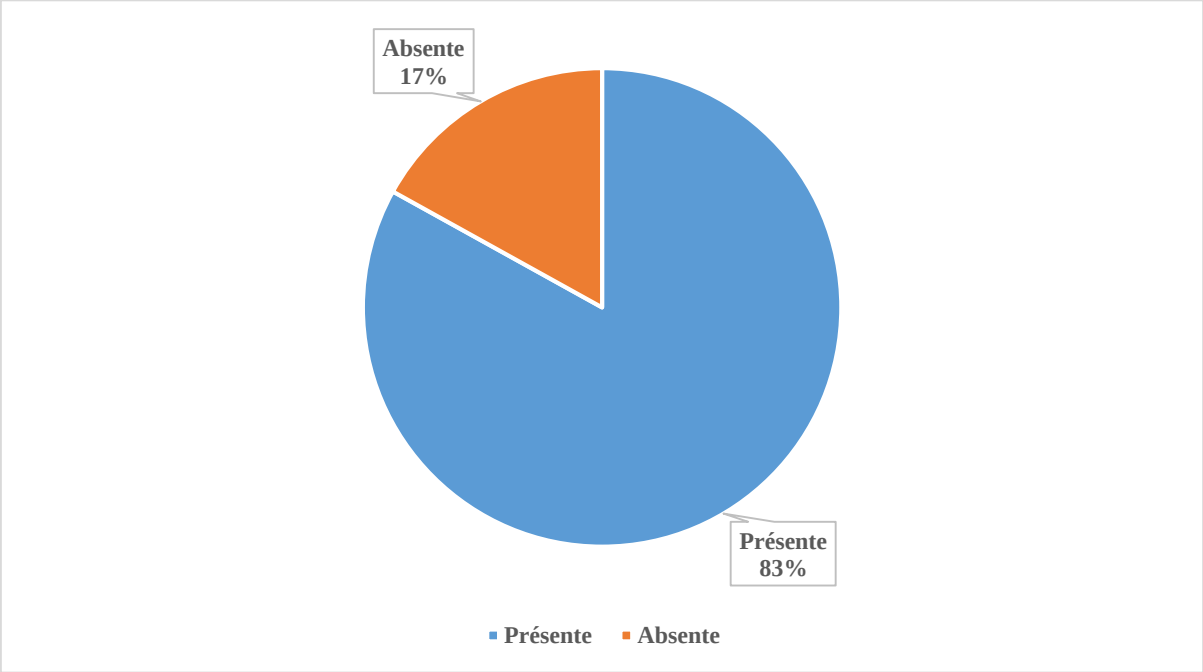


Figure 13 : Répartitions des patientes selon la présence des contractions

La majorité des patientes présentait des contractions dans 83% des cas

Tableau XX : Répartition des patients selon la quantité du saignement

Saignement	Effectifs	Pourcentage (%)
Absent	101	85,6
Minime	8	6,8
Modérée	6	5,1
Important	3	2,5
Total	**118**	**100,0**

La majorité des patientes ne présentait pas de saignement soit un taux de 85,6%.

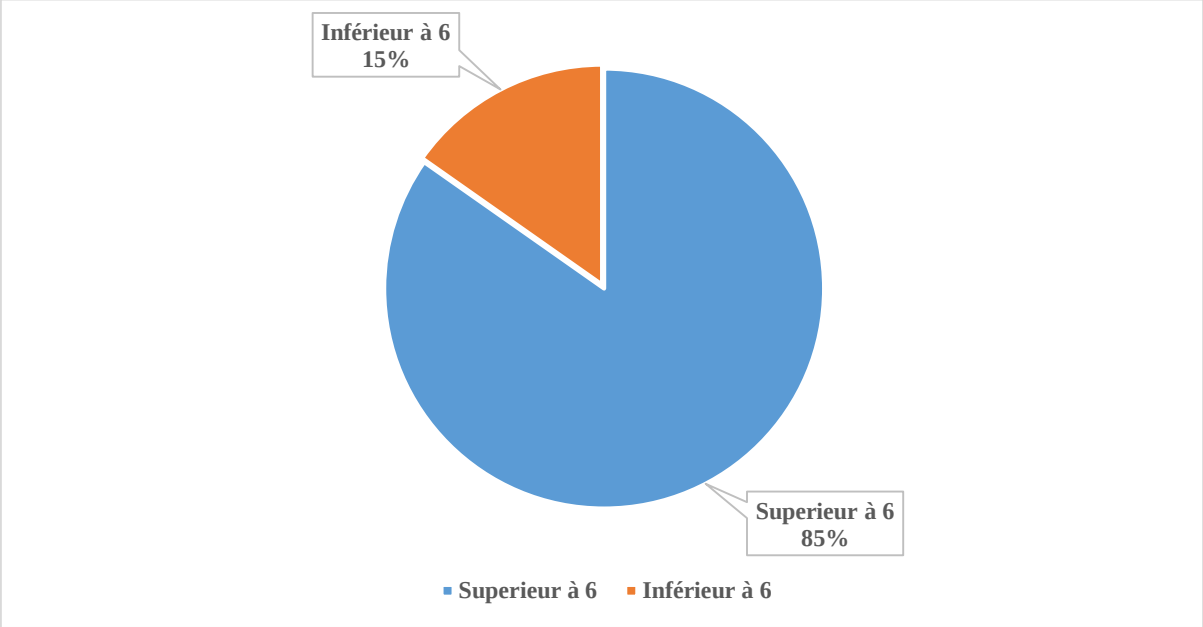


Figure 14 : Répartitions des patientes selon le score de Baumgarten

Le score était supérieur à 6 dans 110 (85%) des cas.

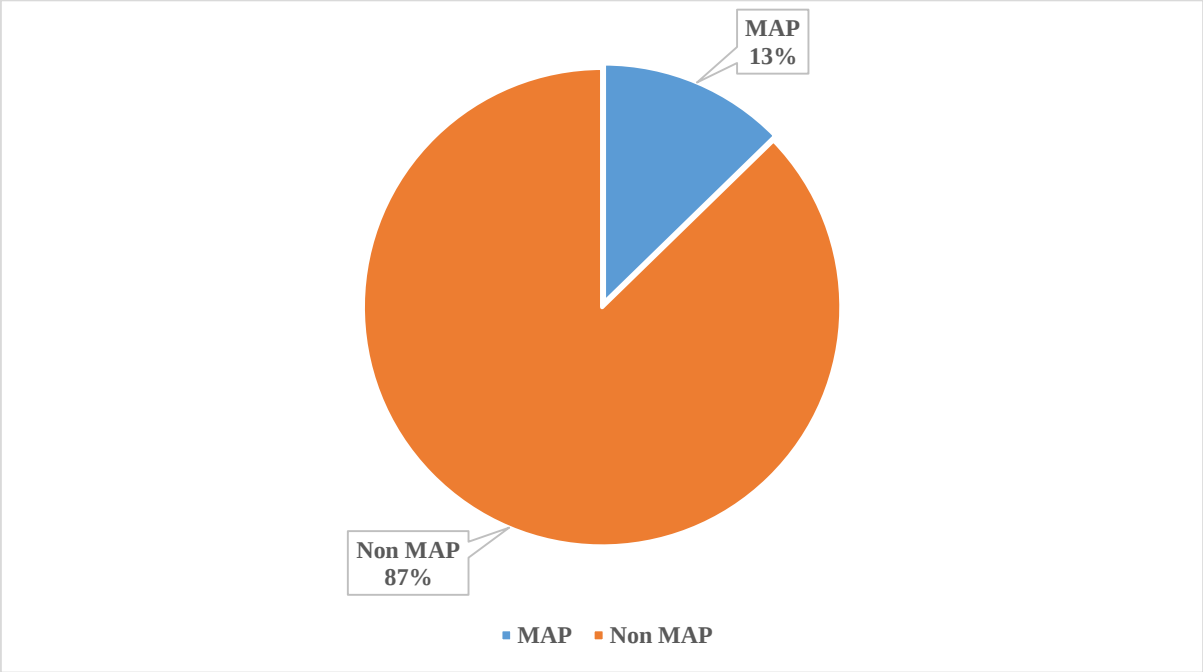


Figure 15 : Répartitions des patientes selon l'hospitalisation pour MAP dans le service

Dans notre étude 15 patientes étaient hospitalisées dans le service pour MAP soit un taux de 13% de notre échantillon.

5. Prise en charge

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'accouchement

Accouchement	Variable	Effectifs	Pourcentage
Voie	Voie base	85	72,0
	Césariennes	33	28,0
Durée	Inferieur a 10 min	64	75,3
	10 à 20 min	16	18,8
	20 à 30 min	5	5,9

La Voie base représentait 72% des cas.

La durée d'expulsion la plus représenté était < 10min dans 75,3% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

Indication	**Effectifs N=33**	**Pourcentage**
SFA	1	3,0
BGR	3	9,0
Siege sur utérus cicatriciel	1	3,0
Primipare âgé	1	3,0
PP recouvrant hémorragiques	5	15,1
Présentation transversale	2	6,0
Prééclampsies sévère/Eclampsie	**8**	**24,2**
Grossesse gémellaire sur bassin limite	1	3,0
HTA sévère sur utérus cicatriciel	2	6,0
Utérus bi cicatriciel en travail	1	3,0
Grossesse trimellaire sur utérus cicatriciel	1	3,0
RPM sur utérus cicatriciel	4	12,1
HRP grade II de sher	3	9,0

La pré-éclampsie sévère représentait 24,2% des indications de la césarienne.

6. Pronostic des nouveau-nés

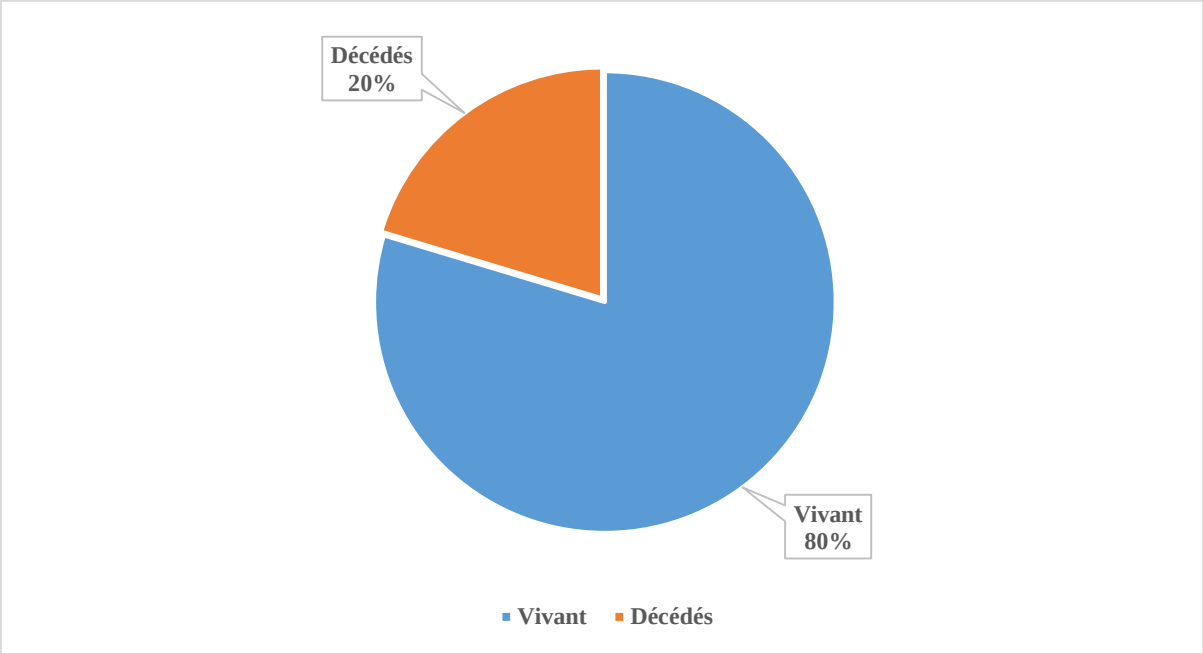


Figure 16 : Répartitions des nouveau-nées selon l'état des nouveau-nés à la naissance

Dans notre étude les nouveau-nées décédés représentaient 20% (24) des cas.

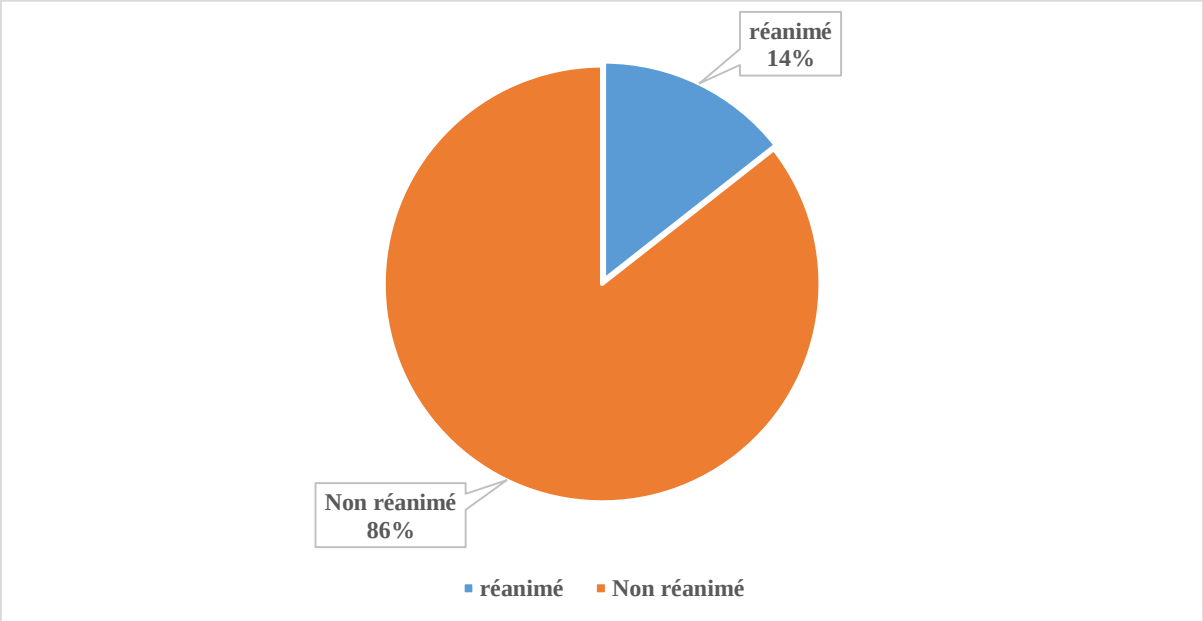


Figure 17 : Répartitions des nouveau-nées ayant reçu la réanimation

Seulement 14% des nouveau-nés ont subi une réanimation.

Tableau XXIII : Répartition selon l'état des nouveau-nés

Variable		Valeur	Effectifs	Pourcentage
Apgar	1ere minute	< 5	13	8,7
		5-8	25	16,7
		≥ 8	**112**	**74,6**
Apgar	5ere minutes	< 5	11	7,3
		5-8	18	12,0
		≥ 8	**121**	**80,7**
Sexe	Féminin	65	43,3	
	Masculin	85	56,7	

La majorité des enfants avait un score supérieur ou égal à 8 soit un taux de 80,7%.

Le sexe masculin représentait 56,7% des nouveau-nées.

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nées selon le poids des nouveau-nés

Poids en gramme	Effectifs	Pourcentage
< 1000	4	2,7
1000 à 2000	87	58,0
> 2000	59	48,3
Total	**150**	**100,0**

Plus de la moitié des nouveau-nés avait un poids compris entre 1000g et 2000g soit un taux de 58% des cas.

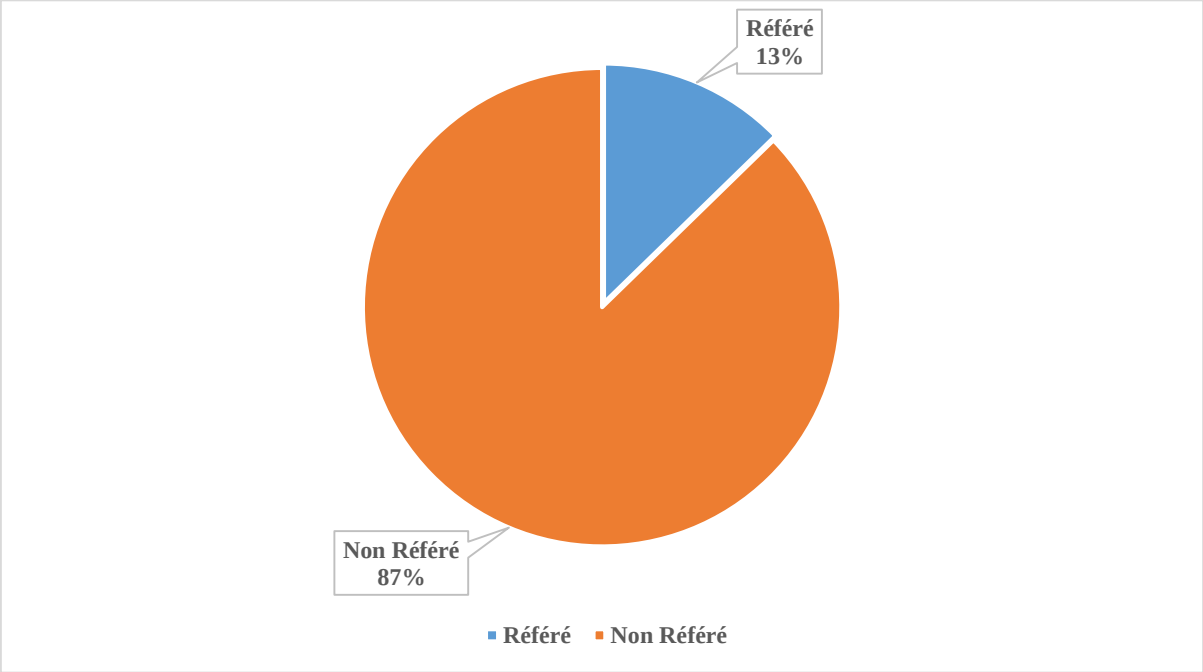


Figure 18 : Répartitions des nouveau-nées selon le devenir

Dans notre étude les nouveau-nées référés représentaient 13% de notre échantillon.

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence

Indication	Effectifs n=17	Pourcentage
Petit poids de naissance	**4**	**23,5**
Détresse respiratoire	6	35,2
Prématurité	4	23,6
Petit poids de naissance et prématurité	8	**47,0**

Le petit poids de naissance et les prématurées étaient présents chez 47% des nouveau-nés.

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nées selon la cause du décès

Causes	Effectifs n=20	Pourcentage
Infection	16	80,0
Détresse respiratoire	5	25,0
Malformation	2	10,0

L'infection représentait 80% des causes de décès des nouveau-nées.

Pronostic maternel

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la suite de couche

Suite	Effectifs	Pourcentage
Simple	103	87,3
Compliquée	15	12,7
Total	**118**	**100,0**

La suite simple représentait 87,3% de notre échantillon.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. Commentaire et discussion :

5-1- limites de l'étude :

Au cours de l'étude, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés à savoir :

-Les dossiers obstétricaux non suffisamment renseignés ;

-Le manque de fichier informatisé des dossiers ;

-La mauvaise conservation des dossiers obstétricaux.

Néanmoins nous avons eu l'accompagnement du personnel pour la collecte des données.

5-2-Frequence :

Pendant notre période d'étude nous avons réalisée 5141 accouchements, 118 cas d'accouchement prématuré, soit une fréquence de 2,3%. Cette fréquence est inférieure à celles de Héroual. N [44] en Algérie qui était de (9,31%) , mais similaire à celle de Avodo M [5] (2,11%) et de Diarra A [6] (2,74%).

La faiblesse de notre fréquence est dû au plateau technique qui ne permet pas de prendre en charge certains cas (cas de menace d'accouchement sur grossesses de moins de 32 SA) d'où le transfert in utero au niveau des CHU et la faible affluence.

5-**3- Caractéristiques socio-démographiques :**

Durant notre étude l'âge moyen maternel était de 26,35 ans avec des extrêmes de 19 et 35 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 19-35 ans avec 67,8% de notre échantillon. Notre résultat est similaire de celui trouvé par Diarra. K [45] au CSREF de Kalaban- Coro en 2022 ou l'âge moyen était de 26,5 ans, une autre similitude avait été retrouvé chez Nimaga. B [46] au CHU du point G dans le service de gynécologie du point G en 2021 ou l'âge moyen était de 25 ans. Par

ailleurs notre résultat est différent de celui trouvé par Heroual. Et al [44] à wilaya d'Oran au nord-ouest de l'Algérie en 2024 montre un âge moyen de 30,4 ans et une tranche d'âge de 19-34 ans. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes âgées de moins de 20 ans ou plus de 35 ans sont exposées à une menace d'accouchement prématuré.

Les ménagères représentaient plus de la moitié de notre échantillon avec un taux de 55,1% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Nimaga. B [46] et de Diarra. K [45] qui ont rapportés respectivement un taux de 79%. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des femmes au foyer dans la population générale.

Dans notre étude 86,4% des parturientes étaient des femmes mariés, 9,3% était célibataires, 2,5% était des femmes divorcés et 1,7% était des veuves. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Magassa. B.N [47] dans laquelle les ménagères prédominaient avec un taux de 66,5% des cas. Ce résultat pourrait s'expliqué par le mode de vie de la population.

Dans notre série les nullipares représentaient 34,7%, les primipares 17,8%, Paucipare 27,1%, les multipares 15% et les grandes multipares 5,1%. Notre série peut être comparable avec celui de Diarra. K [45] qui avait trouvé que le primipare était les plus représentés avec un taux de de 38% des cas suivie des grandes multipares avec 34%. Ce résultat est proche Avodo M [5] qui a rapporté (39%) mais supérieur à celui de Maiga H [48] avec (26,1%). Fatima B [49] rapportent un taux supérieur au nôtre avec 80,68%. Cela s'explique par le fait que la primiparité et la grande multiparité constituent un facteur de risque de la prématurité et aussi dans notre étude le cible groupe était les accouchements à risque.

L'antécédent de l'accouchement prématuré a été retrouvé chez 14,4% des cas. Notre résultat est inférieur de celui rapporté par Diarra. K [45] chez qui les antécédents d'accouchements prématurés étaient retrouvés à 88% des cas.

La césarienne a été retrouvé comme antécédent chirurgical chez 16,1% des cas et la chirurgie du col chez 5,9% des parturientes. Notre résultat est supérieur par celui trouvé par Diarra. K [45] et Nimaga. B [46] qui ont trouvé respectivement un taux d'antécédent de césarienne de 7% et 9,8%.

L'HTA était l'antécédents médicaux le plus majoritaire avec 6,8% des cas.

5-4. Caractéristiques cliniques

La majorité de nos parturientes a consulté pour contraction utérine douloureuse sur grossesse soit 48,3% des cas, suivi de la RPM avec un taux de 16,9%. Notre résultat est inférieur à celui de Diarra. K [45] qui avait trouvé dans son étude, les contractions utérines douloureuses sur grossesse étaient le motif de consultation le plus fréquent dans 57% des cas, par ailleurs notre résultat est supérieur à celui de Nimaga. B [46] qui avait trouvé un taux de 23% de contractions utérines douloureuses sur grossesse et la RPM 4,6% comme motif de consultation.

Dans notre étude 8,5% des cas n'avaient fait aucune CPN, 45,8% avaient fait 3 CPN ou plus. Notre résultat est inférieur à celui de Savadogo S [50] et Coulibaly Y [51] qui ont rapportés respectivement 38,5% et 33%. Aussi PRAZUK et collaborateurs [52] ont identifié la faible fréquentation des CPN Comme facteur de risque de l'accouchement prématuré. Cela pourrait s'expliquer par la baisse du niveau d'instruction et l'augmentation du nombre de grossesse dans notre population d'étude.

L'analyse de nos résultats a montré que 32,2% des cas ont manifestés une infection urinaire,19,5%, 26,3% MAP, 19,5% HTA, 17,8 Paludisme, 2,5 une menace d'accouchement prématurée. Cependant Magassa B [47] trouve 15,6% de cas d'HTA. Notre résultat peut expliquer par la non prise en charge de l'HTA dans les structures périphérique (CSCOM…).

La majorité de nos patientes avait un âge gestationnelle compris entre 33-36 SA+6jours avec un taux 72,9% des cas et de 28-32 SA+6 jours dans 27,1% des

cas. Nos résultats sont proches de Nzanza. I.U et al [53] au Congo Kinshasa qui avait un âge gestionelle de 34-37 SA qui représentait un taux de 54,8% et contraire à celui de Coulibaly [51], qui a rapporté 43,33% des grossesses de 35-36SA+6jours. Le retard de l'admission et le non suivi de la grossesse peut expliquer nos résultats.

Le col était effacé chez 71% de nos parturientes, une dilatation du col ≥ 5 cm dans 53,4% des cas, la majorité ne présentait pas de saignement dans la majorité des cas avec un taux de 85,6%, concernant l'IMC 42,4% de notre échantillon avait un IMC normal avec une moyenne 27,42 ± 6,14 Kg/m^2 avec les extrêmes de 16,01 et 49,21 Kg/m^2. La littérature consultée n'a pas discuté ce facteur étiologique, même si la plupart des auteurs s'accordent sur ce rapport taille/poids dans la survenue de la prématurité.

Les BDCF étaient absent chez 9% des cas avec une souffrance fœtale chez 21% des cas.

La MAP était présente chez dans 13% des cas.

La voie d'accouchement était normale chez 72% de notre échantillon et la césarienne pour 28%. Notre résultat est divergent de celui trouvé par Nzanza. I.U et al [53], ou la voie basse représentait 85,4% des cas et la césarienne 14,5%.

Par ailleurs dans notre étude la Prééclampsies sévère/Eclampsie représentait 24,2% des indications de césarienne suivi du PP recouvrant hémorragiques avec un taux de 15,1%.

5-6- Pronostic néonatal :

A l'opposé du pronostic fœtal, le pronostic maternel est en général bon. Cependant nous avons eu 13 cas de complications de suite soit 12,7%.

Dans notre étude nous avons enregistré 118 cas d'accouchement prématuré dont 150 prématurés parmi lesquels 20% de mort-nés, 8,7% en état de mort apparent

et 16,7% avaient un APGAR morbide, 74,6% seulement avaient un APGAR normal (≥7).Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par Magassa B [47] avec 33,9% qui avaient un APGAR morbide, mais proche de Diarra A [6] avec 40,18% d'APGAR morbide et 10,71% d'APGAR satisfaisant (≥7). Cela pourrait s'expliquer par la non réalisation des CPN, la méconnaissance du travail d'accouchement par les parturientes et le bas niveau socio-économique. En plus, la fréquence étant une mesure épidémiologique qui évalue la tendance d'une maladie, d'un problème de santé, cette mesure diffère d'une étude à une autre, d'un endroit à un autre, d'un pays à un autre, d'une formation sanitaire à une autre se trouvant au sein d'un même pays ou d'une même province.

Nous avons enregistré 58% de poids entre 1000-2000g. notre résultat est similaire de celui trouvé par Diarra.K [45] dans laquelle 52,21% de poids de naissances était compris entre 1500-2000g. Ce résultat est supérieur à celle de Samassékou M K [54] et de Coulibaly Z [55] qui ont rapporté respectivement 23,8% et 45,84% mais inférieur à celui rapporté par Diakité F L [56] avec 64,5%. Cette discordance s'explique par le fait que les structures de niveau trois III de la pyramide sanitaire au Mali reçoivent et hospitalisent les cas grands de prématurité.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

En conclusion, Nous pouvons dire que l'accouchement prématuré est une urgence obstétricale et un problème de santé publique avec une fréquence de 2,3% ; L'accouchement prématuré demeure un problème de santé publique par ses conséquences médicales, psychologiques sur la mère (séparation mère/enfant) et économique. Il survient généralement chez les adolescentes et se caractérise par une morbidité et une mortalité périnatale élevées. Il reste également une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre, appelés tous à collaborer en vue de réduire la mortalité et la morbidité néonatale. Sa diminution ne pourrait résulter que de l'amélioration des soins prénatals et des conditions socio-économiques à travers la lutte contre la pauvreté. Le pronostic maternel reste généralement favorable. Mais dans tous les cas, il peut dépendre de la pathologie causale et de l'accouchement prématuré.

RECOMMANDATIONS

- **Au ministère de l'éducation**
  - ✓ Alphabétiser et éduquer par les moyens d'information adéquats (médias) en insistant sur la santé de la mère et de l'enfant.
  - ✓ Au ministère de la sante
  - ✓ Renforcer les mesures de lutte contre la pauvreté dans notre pays en mettant en place les mécanismes de financement alternatif (caisse de solidarité pour les références/ évacuations).
  - ✓ Doter le plateau technique du laboratoire des matériels adéquats (gélose au sang, gélose lactosée de drigalski) pour l'identification des espèces bactériennes.
- **Aux gestantes**
  - ✓ Encourager les femmes à une fréquentation régulière aux consultations prénatales.
  - ✓ Sensibiliser, informer et éduquer la population sur les problèmes de santé de la mère et de l'enfant.
  - ✓ Sensibiliser les conjoints pour leur plus grande implication dans la prise en charge des grossesses.
  - ✓ Se reposer en cas de grossesse.

REFERENCES

REFERENCE:

[1] MERGER. R, LEVY.J, et MELCHIOR. J, *Précis d'obstétrique*, Retirage de la 6ème édition. Paris : Masson, 2001.

[2] Organisation mondial de la santé, « Naissances prématurées ». Consulté le: 14 octobre 2024.

[3] Samaké A. M, « Caractéristique des prématurés décédés au niveau du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré à propos de 109 CAS », Thèse de Médecine, Université de Bamako, Bamako, 2009. Consulté le: 14 octobre 2024.

[4] MALIKA.L. D, « Les facteurs de risque de la naissance prématurée en Guyane Française », Thèse de Médecine, l'université de Guyane, France, 2019.

[5] Avodo.M, « Etude épidémiologique et clinique des accouchements prématurés au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako », 2015, Consulté le : 14 octobre 2024.

[6] Diarra. A. K., « Etude épidémio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune I de Bamako », Thèse de médecine, Université de Bamako, 2010. Consulté le: 14 octobre 2024.

[7] Barra.E, Kamp.E, Chevallet.D, Roy.H, Brossard.N, Et Freysz.M, « Transport inter-hospitalier médicalisé des menaces d'accouchement prématuré: Résultats d'une enquête nationale », *J. eur. urgences*, vol. 13, n° 4, p. 221-228, 2000.

[8] Diarra.I, « Petits poids de naissance, facteurs étiologiques, pronostic foetal immédiat au centre de santé communautaire de Banconi de la commune I du district de Bamako », Thèse de médecine, Université de Bamako, Bamako, 2010. Consulté le: 14 octobre 2024.

[9] Berger.C et Magnin.G, *Obstétrique pour le praticien*, 4e éd. SIMEPRUE de l'éperon 75008 Paris, 1994. Consulté le: 26 septembre 2024.

[10] Merger.R, Lévy.J, et Melchior.J, *Précis d'obstétrique*, 6eme édition. in Précis de médecine. 2001. Consulté le: 14 octobre 2024.

[11] Lansac.J, Berger.C, et Magnin.G, *Obstetrique Pour Le Praticien. Edition 1997*. Elsevier Masson, 1997.

[12] J.-Y. NAU, « Prématurité: un combat jamais gagné », *Rev. méd. suisse*, vol. 8, nº 336, p. 818-819, 2012.

[13] Collège de gynécologie, « 28es journées de gynécologie obstétrique & fertilité », in *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 2000. Consulté le: 14 octobre 2024.

[14] Balaka .B, Baeta .S, Agbèrè .A.D, K. Boko, Kessie .K, et Assimadi. K, « Facteurs de risque associés à la prématurité au CHU de Lomé, Togo. », *Bull Soc Pathol Exot*, vol. 95, nº 4, p. 280-3, nov. 2002.

[15] Bruschettini. M, Brattström. P, Russo .C, Onland. W,Davis .P.G, et Soll. R, « Caffeine dosing regimens in preterm infants with or at risk for apnea of prematurity », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2023, nº 4, p. CD013873, avr. 2023, doi: 10.1002/14651858.CD013873.pub2.

[16] Coulibaly. D, « Infection urinaire et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune II (CSRef CII). », Thèse de médecine, Université de Bamako, 2007. Consulté le: 14 octobre 2024.

[17] le Collège national des gynécologues, « La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (2002) », France.

[18] Macquart-Moulin. G, Baret. C, Julian .C, Fancello. G, Vincent. A, et Ayme. S, « Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie fœtale », *J. gynécol. obstét. biol. reprod*, vol. 21, nº 1, p. 9-18, 1992.

[19] Thoulon. J.M, « Menace d'accouchement prématuré : étiologie, diagnostic, traitement », *Rev. prat. (Paris)*, vol. 45, nº 2, p. 231-235, 1995.

[20] Rachdi. R, Fekih. M.A, Mouelhi .C, et Brahim. H, « Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire », *Rev. fr. gynécol. obstét*, vol. 87, nº 5, p. 295-298, 1992.

[21] Sanogo. C.T, « Etude épidémio-clinique de l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003. A propos de 238 cas », Thése de Médécine, Université de Bamako, Bamako, 2005. Consulté le: 23 septembre 2024.

[22] Assouline. C, Rolland. M, Fournie. A, Berrebi.A, et Regnier. C, « Prématurité provoquée: décision et conséquences : Néonatalogie et réanimation », *Méd. infant. (Paris)*, vol. 100, nº 1, p. 13-19, 1993.

[23] Ananth. C.V et Vintzileos. A.M, « Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes », *J Matern Fetal Neonatal Med*, vol. 19, nº 12, p. 773-782, déc. 2006, doi: 10.1080/14767050600965882.

[24] TRAN, P. J, F. M, L. C. R, et G. R, « Réflexions sur le coefficient du risque d'accouchement prématuré. », *réflexions sur le coefficient du risque d'accouchement prématuré.*, 1977.

[25] Carbonne. B et Tsatsaris. V, « Menace d'accouchement prématuré: Quels tocolytiques utiliser? », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol. 31, janv. 2002.

[26] Yille. Y, « Accouchement prématuré et inflammation », in *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2001, p. 12-16. Consulté le: 14 octobre 2024.

[27] PAPIERNIK. E, « La prévention de la naissance prématurée est nécessaire, elle est possible: Analyse sur les naissances d'enfants de moins de 1500 g », *Cah. sociol. démogr. méd*, nº 3, p. 245-260, 1982.

[28] D'ercole. C, Bretelle. F, Shojai. R, Desbriere. R, et Boubli. L, « Tocolyse: indications et contre-indications. », *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, vol. 31, nº 7 Suppl, p. 5S84-95, nov. 2002.

[29] Doret.M et Kayem.G, « La tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré à membranes intactes », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 45, nº 10, p. 1374-1398, déc. 2016, doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.018.

[30] Bekkari. Y, Lucas. J, Beillat. T, Cheret. A, Et Dreyfus. M, « Tocolyse par la nifédipine. Utilisation en pratique courante », *Gynécol. obstét. fertil*, vol. 33, nº 7-8, p. 483-487, 2005.

[31] Tsatsaris. V, Goffinet. F, Carbonne. V, Abitayeh. G, et Cabrol. D, « [Tocolysis by first intention with nifedipine] », *Gynecol Obstet Fertil*, vol. 33, nº 4, p. 263-265, avr. 2005, doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.03.015.

[32] Sy.T *et al.*, « Menaces d'accouchement prématuré: utilisation de la nifédipine à Conakry, Guinée. », *Med Trop*, vol. 70, nº 2, p. 141-4, avr. 2010.

[33] Diallo. S, « Menace d'accouchement prématuré : prise en charge par l'utilisation de la nifédipine au Service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence ce la Commune V du District de Bamako », Thèse de Médecine, Université de Bamako, Bamako, 2011. Consulté le: 15 octobre 2024.

[34] Aiju. P. B et Dhabadi. V. B, « Nifedipine Versus Ritodrine for Suppression of Preterm Labor and Analysis of Side Effects », *J Obstet Gynaecol India*, vol. 61, nº 5, p. 534-537, oct. 2011, doi: 10.1007/s13224-011-0083-y.

[35] Sagot. P, « Prevention de la prématurité », *Concours méd. (Paris)*, vol. 124, nº 14, p. 933-938, 2002.

[36] Kané. J, « Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la ménace d'accouchement prémature au Centre de Santé de Référence de Kadiolo », Thèse de Médecine, Université de Bamako, Kadiolo, 2011. Consulté le: 15 octobre 2024.

[37] Soumana. T *et al.*, « Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako », *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, vol. 21, nº 8, Art. nº 8, juill. 2020, doi: 10.5281/hsd.v21i8.2186.

[38] Belinga. E, Foumane.P, Dohbit. S.G, Ngo Um. E.M, Kiyeck. D.M, et Mboudou. E.T, « Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-

Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) », *Pan Afr Med J*, vol. 28, p. 301, déc. 2017, doi: 10.11604/pamj.2017.28.301.10773.

[39] Haman. S, Evelyn. M, Andréas. M, Félicitée. D.N, Paul. K.N, et David. C, « Complications and Outcome of Premature Infants at the Yaounde Gynaecological-Obstetric and Paediatric hospital », *HEALTH RESEARCH IN AFRICA*, vol. 2, nº 9, Art. nº 9, août 2024, doi: 10.5281/hra.v2i9.5996.

[40] Bobossi-Serengbe. G, Mbongo-Zindamoyen. A.N, Diemer. H, Nadji-Adim. F.M, et Siopathis. R.M, « Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatologie du complexe pédiatrique de Bangui (R.C.A) : Devenir immédiat et pronostic », 2000, Consulté le: 15 octobre 2024.

[41] Rabesandratana. N, andrianarimanana.P, , Rasamimanana. N.G, et Tetto Tatnke. H, « Aspect epidemio-clinique des urgences medicales en néonatalogie a Mahajanga Madagascar », *Rev. anesth.-réanim. med. urgence*, p. 27-31, 2011.

[42] Lahnd. K, W. B, H. B, et H. A, « Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study », *Pediatrics*, vol. 120, nº 1, juill. 2007, doi: 10.1542/peds.2006-3260.

[43] Mme. Alkhanssae. A, « La mortalité maternelle en réanimation obstétricale: Etude rétrospective de 123 cas. », Thése de Médécine, universite cadi ayyad faculte de medecine et de pharmacie Marrakech, Maroc, 2015.

[44] Heroual. N, Boukfoussa. N, et Houti. L, « Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité dans le nord-ouest algérien », *The Pan African Medical Journal*, vol. 47, 2024, doi: 10.11604/pamj.2024.47.183.40657.

[45] Diarra. K, « Accouchement prématuré au CSRéf de Kalaban- Coro : Aspects épidémiocliniques, prise en charge et prognostic materno-foetal », Thesis, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Bamako, 2022. Consulté le: 23 septembre 2024.

[46] Nimaga. B, « Aspects épidémio-cliniques et pronostiques de l'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique du

C.H.U du Point-G », Thèse de médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2021. Consulté le: 23 septembre 2024.

[47] Magassa. B.N, « Aspects épidémio-cliniques de l'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G », thèse, Université de Bamako, 2010. Consulté le: 23 septembre 2024.

[48] Maiga. A.O. H., « Etudier le profil épidémioclinique des nouveaux nés prématurés de l'unité kangourou de l'hôpital de Sikasso », Thèse de Médécine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Sikasso, 2020. Consulté le: 15 octobre 2024.

[49] Beddek .F et Demmouche. A, « Facteurs relatifs au faible poids de naissance à l'EHS En Gynécologie Obstétrique de Sidi Bel Abbes (Ouest de L'Algérie) », *The Pan African Medical Journal*, vol. 16, nº 72, Art. nº 72, oct. 2013, doi: 10.11604/pamj.2013.16.72.3127.

[50] Savadogo. S, « Urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point-G », Thése de Médécine, Université de Bamako, Bamako, 2012. Consulté le: 15 octobre 2024.

[51] Coulibaly. Y.T, « Place du paludisme dans les accouchements prematurés au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako à propos de 100 cas », théses de médécine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2011. Consulté le: 15 octobre 2024.

[52] Prazuck. T, Tall. F, Roisin. A.J, Konfe. S, Cot. S, et Lafaix. C, « Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (west Africa) », *Int J Epidemiol*, vol. 22, nº 3, p. 489-494, juin 1993, doi: 10.1093/ije/22.3.489.

[53] Nzanza. I.U *et al.*, « Fréquence et causes des accouchements prématurés à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe », *Revue de l'Infirmier Congolais*, vol. 6, nº 2, Art. nº 2, juin 2022.

[54] Coulibaly. P *et al.*, « Pronostic materno-foetal de la rupture prematuree des membranes a l´hôpital somine dolo de mopti », *Revue Malienne de Science et de Technologie*, vol. 1, nº 23, Art. nº 23, oct. 2020.

[55] Coulibaly. Z, « Facteurs de risque des nouveau-nés prématurés dans le service de pédiatrie du CS Réf CI du district de Bamako », Thése de Médécine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Bamako, 2020. Consulté le: 15 octobre 2024.

[56] Diakité. M, « Aspects épidémio-cliniques de la rupture prématurée des membranes au centre de santé de Référence de la commune IV du District de Bamako », Thèse de Médecine, Université de Bamako, Bamako, 2018. Consulté le: 15 octobre 2024.

ANNEXE

ANNEXE :

IV. FICHE D'ENQUETE

I-Numéro d'identification : ……

Q1. Date d'entrée:/ / / /

Q2-Age : /___/___/

Q3- Profession : /_____/

Q4-Statut matrimonial : /___/ 1=mariée, 2=célibataire, 3=veuve, 4=divorcée

Q5-Ethnie : /_____/

Q6- Résidence : /_____/

II- ADMISSION

Q7- Mode d'admission : /____/ 1=référée, 2=venue d'elle-même.3=évacuée.

Q8- Motif d'admission : /____/ 1=contraction utérine douloureux sur grossesse 2=rupture prématurée des membranes 3=infection urinaire 4=hémorragie 5=hydramnios.

Q8a=autres à préciser : /_____/

III- ANTECEDENTS

Q9- Obstétricaux

Q9a- Antécédent d'accouchement prématuré : /____/ 1=Oui, 2=Non

Q9b- Nombre de grossesses : /___/___/

Q9c- Nombre d'enfant vivants : /___/___/

Q9d- ATCD avortement spontané : /____/ 1=Oui, 2=Non

Q9e- ATCD d'IVG : /____/ 1=Oui, 2=Non

Q9f-ATCD de déchirure du col : /____ / 1=Oui, 2=Non

Q9g-Intervalle inter-génésique:/_____/ 1=< 1an, 2=1à2ans, 3=>à2ans

–Q10.Médicaux / / 1=HTA ,2=DIABETE ,3=HIV ,4=HEPATITE,5=THYROIDITE ,6=1+2.

Q10a- Autres à préciser/_____ __/

Q11 – Chirurgicaux/ /

1- Césarienne : /____/ (1=Oui, 2=Non) si oui Indication…….

2- Laparotomie : /____/ (1=Oui, 2=Non)

Q11a- Autres à préciser : /_____/

IV- CONSULTATIONS PRENATALES

Q12-CPN:/_____/ 1=oui ; 2=non

Q12aSi oui nombre:/_____/

Q13-Qualité de l'agent qui a suivi la CPN:/_____/ 1=médecin, 2=sage-femme, 3=infirmière Obstétricienne ,4=matrone, 5=non précisé)

Q14-Lieu de la CPN:/_____/ 1=CHU, 2=CS Réf, 3=CSCOM, 4=autres, 5=non précisé)

Q15-Tension artérielle:/_____/ (1=prise, 2=non prise)

Q16-Pathologies survenues pendant la grossesse:/_____/ 1=menace d'avortement, 2=MAP, 3=infection urinaire, 4=paludisme, 5=HRP, 6=éclampsie,7=Autres à préciser…….

Q17-Médicaments pris pendant la grossesse:/_____/1=FER,2=VAT ,3=SP ,4=1+2,5=1+2+3,6=Autres à préciser

V- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q18-BPN:/_____/ 1=oui ; 2=non)

Q19.Si oui préciser…….

Q19a-Groupage rhésus:/_____/ 1=oui ; 2=non

Q19b-Test d'Emmel:/___/ 1=négatif ; 2=positif, 3=non fait

Q19c-Sérologie B83:/_____/ 1=négatif ; 2=positif, 3=non faite

Q19d-BW :/_____/ 1=négatif ; 2=positif, 3=non faite

Q19e-Toxoplasmose:/_____/ 1=négatif ; 2=positif, 3=non faite

Q19f- Echographie T1 : /____/ 1=fait, 2=non fait

Q19g-Echographie T2:/_____/ 1=oui ; 2=non

A19h.Echographie T3:/ / (1=oui ;2=non

Q19i- ECBU : /____/ 1=fait, 2=non fait

Q19j. Autres examens :/_____/

VI- EXAMEN A L'ADMISSION

Q20- Dilatation du col : /____/ 1=oui ;2=non

Q20a :si dilater préciser / /cm

Q21- Etat du col : /_____/ 1=effacé, 2=non effacé 3=dilate

Q21a si dilate précise/ / Cm

Q22- Contraction utérines : /____/ (1=présente, 2=absente)

Q22a- Si présente préciser : /____/ (1=régulière, 2=irrégulière)

Q23- Saignement : /____/ (0=absent ;1=minime, 2=modérée, 3=important)

Q24-Poid / / /kg

Q25. Taille / /cm

Q26.IMC/ / /Kg/m2

Q27.Temperature/ / /°C

Q28.Pouls/ / /btt/mn

Q 29- Age de la grossesse : /___/___/ (SA)

Q30- Hauteur utérine : /___/___/ Cm

Q31- Présentation : /____/ 1=céphalique, 2=siège, 3=transverse.

Q31a- Autre : /_____/

Q32- BDCF : /____/ 1=présent, 2=absent

Q33.Poche des eaux/ /1=intacte 2=rompue 3=délai de rupture.

Q34-Couleur du liquide amniotique : /____/ 1=clair, 2=teinté, 3=méconial.

Q35- Evaluation de l'indice de Baumgarten : /___/ 1=supérieur à 6, 2= inférieur ou égal à 6.

VII- CONDUITE A TENIR

Q36- Patiente hospitalisée pour MAP au service : /___/ (1=oui, 2=non)

Q37.Déclenchement du travail en cours d'hospitalisation : /___/ (1=Oui, 2=Non,

Q37a= Si oui indication du déclenchement/ /

Q37a1 .HTA grave/ / (1=oui ;2=non

Q37a2.Crise drépanocytaire / / (1=oui ;2=non

Q37a3.Chorioamniotite/ / (1=oui ;2=non

Q37a4.Autres à préciser……..

Q38.Nature du déclenchement……)

Q39.Transfusée : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Q40.Durée d'hospitalisation en jour : /____/

Q41.Facteurs étiologiques : /___/ (1=infections urinaires, 2=paludisme, 3=activité physique débordante, 4=RPM, 5=PP, 6=HRP, 7=Grossesse multiple, 8=fibromyome, 9=malformation foeto- congénitale, 10=hydramnios ,11=Autres à préciser)

VIII- ACCOUCHEMENT

Q42- Voie d'accouchement :

Q42a.Voie basse /____/ (1=normale avec épisio, 2=normale sans épisio ;3=instrumentale)

Q42a1- Durée d'expulsion : /_____/ (min) 1=10 ;2=10 à 20 ;3=20 à 30

Q42b.Cesarienne/ / (1=oui ;2=non

Q42b1.Si oui indication / /1=SFA 2=Eclampsie3=travail prolongé

Q42b2.Aures à préciser……

Q43- Hémorragie de la délivrance : /____/ (1=Oui, 2=Non)

IX-EXAMEN DU NOUVEAU NE

Q44-Nombre:/_____/ Sexe:/_____/ (1=m ;2=f) Poids : /___/ PC:/____/Taille/ /Apgar a la 1ère minute/ /Apgar a la 5è minute.

Q45-A-t-il été réanimé:/_____/ (1=oui, 2=non)

Q46- Enfant référé à l'HGT : /____/ (1=Oui, 2=Non)

Q47- Motif de référence : 1=Petit poids de naissance : /____/ (1=Oui, 2=Non) ,2=Détresse respiratoire : /____/ (1=Oui, 2=Non), 3=Autres à préciser……

Q48- Devenir du nouveau ne : /____/ (1=vivant, 2=décédé)

Q49-Décès néonatal : /____/1 précoce 2 tardive

Q50-Causes du décès néonatal…….

X : Pronostic maternel :

Q51. Suite de couche simple/ / (1=oui ;2=non

Q52.Suite de couche complique/ / (1=oui 2=non

Fiche signalétique :
Nom : TRAORE

Prénom : Chaka
Titre de la Thèse : Aspects Epidémiologiques Et Pronostiques Néonatal Des Accouchements Prématurés Au CSREF CIII du district de Bamako.

Année Universitaire : 2024-2025

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Pédiatrie

Résumé :

Introduction : L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques.

Objectifs : le but de notre étude était Etudier les facteurs de risque et le pronostic néonatal des accouchements prématurés dans l'unité de gynéco-obstétrique du CS réf CIII du district de Bamako.
Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective allant de mai 2023 à avril 2024 soit une période de 12 mois (1 an).

Résultat : Pendant notre période d'analyse, le taux d'accouchements prématurés observés était de 2,3%. L'âge moyen était de 26,32 ± 6,76 ans, avec une majorité (67,8%) d'individus âgés de 19 à 35 ans. Les femmes au foyer constituaient 55,1% du groupe. En ce qui concerne les antécédents médicaux, 6,8% souffraient d'hypertension artérielle. Parmi les patientes, 28,8% étaient des primigestes et 34,1% étaient nullipares. L'avortement spontané a été signalé par 22% des participantes. La pathologie la plus fréquente était l'infection urinaire, touchant 32,2% d'entre elles. 8,5% des patients n'ont pas effectué de CPN, 45,8% en ont réalisé 1 à 3, les BPN ont été effectués chez 81% d'entre eux et la CUD a été le principal motif d'admission dans 48,3% des cas. Le facteur étiologique le plus fréquent était RPM avec une représentation de 21,2%. 50,6% avaient un IMC normal, 1,7% étaient considérés comme maigres et le pourcentage de ceux qui étaient en surpoids ou obèses était identique à 28%. La présentation était céphalique pour 89,8% des cas, siège pour 9,3% et transverse pour 0,8%. Le saignement était absent chez 85,9% des patients. Un score de Baugarten supérieur à 6 a été attribué à 85% des cas. La MAP a été observée chez 13%, tandis que la voie d'accouchement était base pour 72% des patientes. En termes de durée, elle a été inférieure à 10 minutes dans 75,3% des situations. L'indication principale pour la césarienne était la prééclampsie dans 24,2% des cas. Pour ce qui est du pronostic des nouveau-nés, on observe un taux de survie de 80%, contre un taux de décès de 20%. La réanimation a été nécessaire dans 14% des cas. Le score d'Apgar était inférieur à 5 à la première minute chez 8,7% des cas. À la cinquième minute, le score s'était amélioré, atteignant 5-8 chez 12% des patients.
Conclusion : Nous pouvons dire que retenons que l'accouchement prématuré est une urgence obstétricale et un problème de santé publique.
Mots-clés : Accouchement prématuré, Consultation prénatale, Mortalité périnatale et perinatale.

Safety data sheet:

Name: TRAORE

First name: Chaka

Title of the thesis: Epidemiological and Neonatal Prognostic Aspects of Premature Deliveries at CSREF CIII in the Bamako district.

Academic year: 2024-2025

Defense City: Bamako

Country of origin : MALI

Deposit location: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontology-Stomatology (FMPOS)

Areas of interest: Obstetrics and Gynecology, Pediatrics

Summary :

Introduction: Childbirth is the set of physiological and mechanical phenomena which result in the exit of the fetus and its appendages from the maternal genital tract.

Objectives: The aim of our study was to study the risk factors and neonatal prognosis of premature deliveries in the gyneco-obstetrics unit of CS ref CIII in the Bamako district.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection from May 2023 to April 2024, a period of 12 months (1 year).
Result: During our analysis period, the rate of preterm deliveries observed was 2.3%. The mean age was 26.32 ± 6.76 years, with a majority (67.8%) of individuals aged 19 to 35 years. Housewives constituted 55.1% of the group. Regarding medical history, 6.8% suffered from high blood pressure. Among the patients, 28.8% were primigravida and 34.1% were nulliparous. Spontaneous abortion was reported by 22% of the participants. The most common pathology was urinary tract infection, affecting 32.2% of them. 8.5% of patients did not perform CPN, 45.8% performed 1 to 3, BPN was performed in 81% of them and CUD was the main reason for admission in 48.3% of cases. The most frequent etiological factor was RPM with a representation of 21.2%. 50.6% had a normal BMI, 1.7% were considered underweight and the percentage of those who were overweight or obese was identical at 28%. The presentation was cephalic in 89.8% of cases, breech in 9.3% and transverse in 0.8%. Bleeding was absent in 85.9% of patients. A Baugarten score greater than 6 was attributed to 85% of cases. MAP was observed in 13%, while the delivery route was vaginal in 72% of patients. In terms of duration, it was less than 10 minutes in 75.3% of cases. The main indication for cesarean section was preeclampsia in 24.2% of cases. As for the prognosis of newborns, there was a survival rate of 80%, compared to a death rate of 20%. Resuscitation was necessary in 14% of cases. The Apgar score was less than 5 in the first minute in 8.7% of cases. By the fifth minute, the score had improved, reaching 5-8 in 12% of patients.
Conclusion: We can say that premature birth is an obstetric emergency and a public health problem. **Keywords:** Preterm delivery, Prenatal consultation, Perinatal and perinatal mortality.

SERMENT D'HIPPOCRATE:

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !