

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

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

FMOS

Année universitaire 2020-2021

Thèse N° : /

THEME

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRONOSTIQUES
DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE SERVICE
DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU C.H.U DU POINT-G**

Présenté et Soutenu publiquement le 10/ 06/2021 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Binafou NIMAGA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Abdoul AZIZ DIAKITE

Membre : Dr. Ibrahim KANTE

Co-Directeur : Dr. Konimba KONE

Directeur : Pr. Tioukani THERA

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail

Au Tout Puissant Allah Soubanah Wa Taallah, le Clément, le miséricordieux.

*Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous
les bienfaits que Tu nous as accordés en permanence.*

*Puisse ALLAH faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et
celles des hommes.*

*YA ALLAH ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de
soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes
les éducations que les autres ont pu me donner.*

*YA ALLAH guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin
soucieux et conscient de son métier.*

*J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur. Au prophète Muhammad
PSL*

*Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la
meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la nôtre
et j'espère qu'ALLAH nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin.*

*Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'ALLAH car la
science est toujours une source de spiritualité.*

– A ma mère Alima TRAORE

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

*Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu
as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de
sa mère, nous avons tous reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls
pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et
ton souci pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire. Ton
exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance
de t'avoir comme mère. Je t'aime maman et je t'aimerai toujours.*

Ce modeste travail est le tien qu'ALLAH nous prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

– **A mon Père Feu Aly NIMAGA**

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous avais appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu avais toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille.

Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu nous avais consenti. Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

– **A mon tonton Feu Binafou NIMAGA**

Ce jour est le vôtre, ce travail est le fruit de ton réconfort moral et soutien matériel et financier. Que ton âme repose en paix.

– **A mes Frères et Sœurs : Binafou, Bouya, Assitan, Dramane, Yamoussa, Bassaro, Bandjougu, Bakary, Sirantou, Ousmane**

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

– **A mes Cousins et Cousines**

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels.

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre.

Courage et bonne chance. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

– **A mes Oncles et Tantes**

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge.

Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

– **A ma femme Kadiatou SANOU.**

Les mots me manquent pour m'exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi. Ton amour, ta gentillesse, ton esprit communicatif.

Soit assuré de mon amour et de ma fidélité, puisse DIEU le tout puissant nous guider et nous protéger.

– **Dr FALL Ibrahim, Dr SACKO Siaka et son équipe :**

La rigueur, la patience, le sens de la responsabilité et l'endurance dans le travail font de vous des maîtres exemplaires. Vous m'avez beaucoup donné.

A mes amis et compagnons de tous les jours : Aboubacar B Moustapha D, Abdoulaye K, Youssouf S, Nassira S, Mahamadou K, Daouda K, Maguiraga S O, Lamine T, Mamadou K D, Kanté Z, Bamoussa C, Amoro T, Moussa A S, Aly S, Assitan K, Atoumata S, Ousmane S ; Fatoumata T, Konate M, Mahamadou B T, les mots me manquent pour évaluer à la juste mesure tout ce que vous m'avez apporté. Je reste confiant à votre amitié et j'espère que Dieu accompagnera nos pas pour le meilleur et le pire.

REMERCIEMENTS

– A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

– A la FMPOS

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

– Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A tous nos aînés du service : C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

– A tous les D.E.S du service de Gynéco/Obstétrique

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

A tous les internes du Service

Pour tout votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail.

Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A tous les membres de la grande famille : DUBA

Recevez mes sincères remerciements. Que Dieu donne longue vie à ce groupe pour former des bons leaders au service de l'école Malienne.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Abdoul AZIZ DIAKITE

- Professeur Agrégé en pédiatrie a la FMOS ;
- Chef de service de la pédiatrie générale au CHU Gabriel Toure ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- Diplôme universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;
- Responsable de l'unité prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU Gabriel Toure.
- Président de la commission médicale d'établissement CHU Gabriel Toure (CME)

Cher maitre

Nous sommes reconnaissants pour la promptitude avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable Maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

A notre maitre et membre du jury

Docteur Ibrahim KANTE

- Gynécologue- obstétricien au CHU du point G ;
- Maitre - assistant de gynécologie et d'obstétrique a la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- Spécialiste en Infertilité, Andrologie, Hormonologie ;

Cher Maitre,

C'est un honneur pour nous d'être compte parmi vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable fond de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher maitre l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Docteur Konimba KONE

- Gynécologue obstétricien ; au CHU du point G ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- Ancien chef de service de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf de Kati.

Cher Maître

Ce travail le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité et votre exigence font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici cher Maître, l'assurance de notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Tioukani THERA

- Gynécologue-Obstétricien ; au CHU du point G ;
- Praticien Hospitalier au CHU du Point-G ;
- Maître de conférences agrégé de gynécologie - obstrique à la FMOS ;
- Chef de service de gynécologie- obstétrique du CHU Du Point-G.
- Ancien chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital
Nianankoro Fomba de Ségou

Cher Maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'apporter votre contribution à la réalisation de ce travail. Votre dynamisme, votre gentillesse, votre abord facile, votre grande simplicité, et votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants. Et nous ont grandement marqué.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer nos sincères remerciements et toute notre gratitude.

ABREVIATIONS ET DES SIGLES

AP	Accouchement Préaturé
ASACO	Association de Santé Communautaire
ATP	Adénosine triphosphate
BDCF	Bruit du Cœur Foetal
Ca+	Calcium
CRAP	Coefficient de Risque d'Accouchement Préaturé
CPAP	Continuous Positive Airways Pressure
CPN	Consultation Périnatale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémésinine
DAO	Diamine Oxydase
DES	Distilbène
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
FCS	Fausse Couche Spontanée
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FDR	Facteur De Risque
GE	Goutte Epaisse
HPL	Hellp Syndrome
HRP	Hématome Rétro Placentaire
IMAP	Indice de Menace d'Accouchement Préaturé
K	Potassium
MAF	Mouvement Actif du Fœtus
MAP	Menace d'Accouchement Préaturé
NFS	Numération Formule Sanguine
OAP	Cedème Aigu du Poumon
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PP	Placenta Prævia
PF	Planning Familial
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RRLA	Retard de Résorption du Liquide Alvéolaire
SA	Semaine d'Aménorrhée
TDR	Test de Dépistage Rapide
VPP	Valeur Prédictive Positive
VPN	Valeur Prédictive Négative
%	Pourcentage
HTA	Tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140mmHg et / ou diastolique supérieure ou égale à 90mmHg.
Eclampsie	c'est une complication du pré éclampsie caractérisé par des crises convulsives.

RPM est la rupture franche de l'amnios et du chorions se produisant avant le début du travail d'accouchement.

ROM rétention d'œuf mort

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 parturientes selon le statut matrimonial	51
Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession.	51
Tableau V : Répartition des parturientes selon l'admission.....	52
Tableau VI : Répartition des parturientes selon la parité.....	54
Tableau VII : Répartition des parturientes selon les antécédents obstétricaux...	55
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les pathologies survenues au cours de la grossesse actuelle.	56
Tableau IX : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.	57
Tableau X : Répartition des parturientes selon les paramètres de l'examen d'entrée.	58
Tableau XI : Répartition des parturientes selon l'état des membranes et l'aspect du liquide amniotique à l'entrée.....	59
Tableau XII : Répartition des parturientes selon les constantes à l'entrée	60
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la taille des patientes.....	60
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le score d'indice de menace d'accouchement prématuré.	61
Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction de la présentation du	61
Tableau XVI : répartition selon les facteurs de risques connus.	62
Tableau XVII : Répartition selon les paramètres des nouveau-nés.	63
Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés en fonction l'évacuation.	64
Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic (ROM, J0 à J7).....	64

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction de complications et type de complications maternelles.....	65
Tableau XXI : répartition selon le score d'Apgar et le poids de naissance	66
Tableau XXII : Répartition des parturientes en fonction de l'Agar à la 5ème minute et l'âge gestationnel.....	67
Tableau XXIII : Répartition selon l'âge gestationnel et le poids de naissance. .	67
Tableau XXIV : Répartition selon l'âge gestationnel et là hauteur utérine (HU)	68
Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés référé en fonction du poids de naissance.....	69
Tableau XXVI : Répartition en fonction du poids de naissance et du devenir du nouveau-né	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du col au cours du travail chez la multipare [Lansac Pratique d'accouchement 6ème Edition page :.....	12
Figure 2 : Descente et rotation de la tête dans l'accouchement du sommet [Lansac Pratique d'accouchement 6ème Edition page .	13
Figure 3 : Délivrance selon le mode de Duncan (d'après M. Lacomme) Délivrance selon le mode de Duncan (d'après M. Lacomme).	17
Figure 4 : schema de échographie du col (Atlas d'échographie Aly abbara.com)	26
Figure 5 : Aspect du prématuré	35
Figure 6 : salle de réanimation du nouveau – ne au centre de sante de référence de la commune 3 du district de Bamako	41
Figure 7 : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.....	50
Figure 8 : Répartition des parturientes selon le geste	54
Figure 9 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.....	57

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. GENERALITES.....	4
1.1. Définitions	4
1.2. Physiologie du travail d'accouchement.....	5
1.3. Facteurs intervenants dans le déclenchement spontané du travail d'accouchement.....	17
1.4. Accouchement prématuré : causes et facteurs de risque	18
1.5. Aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré.....	23
1.6. Aspect clinique de l'accouchement prématuré spontané :	33
1.7. L'accouchement prématuré provoqué :	34
1.8. Aspect clinique du prématuré :	35
1.9. Complications de la prématurité.....	36
1.10. Pronostic	38
1.11. Prise en charge du prématuré.....	38
II. METHOLOGIE	42
2.1. Cadre.....	42
2.2. Type d'étude	45
2.3. Période d'étude	45
2.4. Population d'étude	45
2.5. Échantillonnage	45
2.6. Collecte des données.....	46
2.7. Saisie et analyse des données	46
2.8. Variables étudiées	46
2.9. Difficultés et limites	47

2.10. Aspects éthiques	47
2.11. Définitions opératoires.....	47
III. RESULTATS.....	50
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	71
4.1. Fréquence.....	71
4.2. Caractéristiques sociodémographiques	71
4.3. Gestité et Parité.....	73
4.4. Histoire de la grossesse.....	73
4.5. Motif d'admission :.....	74
4.6. Etiologies des accouchements prématurés	74
4.7. Traitement	74
4.8. Le pronostic	75
CONCLUSION	78
RECOMMANDATIONS	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80
ANNEXES	86

INTRODUCTION

L'accouchement prématurité (AP) est défini comme une naissance survenant entre 22 SA et 36 semaines d'aménorrhées (SA) plus 6 jours révolues [1].

La nomenclature internationale de l'OMS recommande cependant de prendre en compte tous les nouveaux nés mis au monde dès 20-22 SA et pesant 500 grammes ou plus [1]. Dans notre contexte ce terme est de 28SA

L'âge gestationnel souligne 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 [2].

Dans le monde, on estime chaque année à 15 millions le nombre des nouveau-nés qui naissent prématurément. Le taux des naissances prématurées varie entre 5% et 18 % [1].

Si plus de 60% des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du Sud, cependant il s'agit d'un problème planétaire. Dans les pays en développement, on compte en moyenne 12% de nouveau-nés prématurément contre 9% dans les pays développés. Au sein même des pays, les familles les plus modestes présentent un risque plus élevé de prématurité [1].

L'incidence de la prématurité est d'environ 11 % en Amérique du Nord ; 5,6% en Océanie et 5,8 % en Europe. Ainsi, nous avons un taux de 12% aux Etats-Unis ; 7,5% au Canada ; 6,2% en France ; 7,6% en Allemagne et de même en Angleterre ; 7,9% en Australie ; 15,8% Pakistan et 15,5% en Indonésie [3, 4, 5]. En Afrique, le taux de prématurité est 18,5% au Malawi, 16,7% aux Comores ; 16,7% en République Démocratique du Congo ; 16,6% au Zimbabwe ; 16,5% en Guinée Equatoriale ; 16,4% au Mozambique et 16,3% au Gabon [1,6].

Au Mali, SANOGO en 2005 [7] ; KONATE en 2009 [8] et NDE en 2010 [9] ont trouvé respectivement 1,9%, 3,5 et 9,31%. Ce nombre serait en augmentation de nos jours.

La prématurité est, avec le retard de croissance intra-utérin (RCIU), les principales causes de morbidité et de mortalité néonatale sont 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. [2,10, 11, 12, 13,14]

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

L'étude des accouchements prématurés permet d'identifier les patientes les plus à risque enfin d'améliorer le pronostic néonatal. L'éviction des facteurs de risque et des causes de l'accouchement prématuré devraient faire partie des mesures préventives. [7, 8, 9, 15, 16,17]

Nous avons initié cette étude pour évaluer l'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique en visant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémio-cliniques et pronostiques de l'accouchement prématuré dans le service de Gynéco - Obstétrique du CHU Point G.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des accouchements prématurés ;
2. Identifier les facteurs de risque et les étiologies des AP ;
3. Décrire le protocole de prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (MAP) dans le service de Gynéco-Obstétrique ;
4. Déterminer le pronostic maternel, et néonatal ;

I. GENERALITES

1.1. Définitions

1.1.1. 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 [18].

1.1.2. Accouchement normal

Il est défini comme un accouchement qui remplit les conditions suivantes : il faut que :

- la grossesse soit à terme et ayant évolué 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 nouveauté vivant avec un bon APGAR et chez qui les suites sont simples ; - les suites soient également simples pour la mère.

1.1.3. Accouchement prématuré

L'accouchement prématuré est toute naissance survenant avant 259^{ème} 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 [1].

1.2. Physiologie du travail d'accouchement

1.2.1. Définition

Le travail d'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques qui concourent pour initier les contractions utérines, la dilation du col et entraîner l'expulsion hors des voies génitales le fœtus et ses annexes, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois, soit 28 semaines d'aménorrhée [19].

1.2.2. Physiologie des contractions utérines et des modifications du col au cours du travail [1, 18, 19, 20]

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

Pendant le travail, le tonus de base varie de 2 à 13 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 naît de façon plus fréquente au niveau du corps utérin, du fait du plus grand nombre de cellules myométriales.

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

Elle permet :

La poussée du fœtus vers la région segmento-cervicale ;

L'ampliation 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.

1.2.2.2. 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 maintient le fœtus à l'intérieur de l'utérus gravide jusqu'au terme. Lors de l'accouchement, le col devra avoir acquis une certaine souplesse pour permettre sa dilatation.

Les glandes fabriquent un mucus abondant formant le bouchon muqueux. La composition de la paroi utérine montre une augmentation croissante de la proportion du tissu conjonctif au fur et à mesure qu'on passe du corps au col de l'utérus. Le tissu conjonctif est donc le principal composant du col utérin.

b. Formation du segment inférieur

Pendant les 5 premiers mois de la gestation, l'isthme s'allonge du fait de la croissance musculaire qui affecte d'avantage la couche musculaire plexiforme interne que la couche externe.

Après le 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 plexiforme 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.

1.2.2.3. 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.

1.2.3. 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.

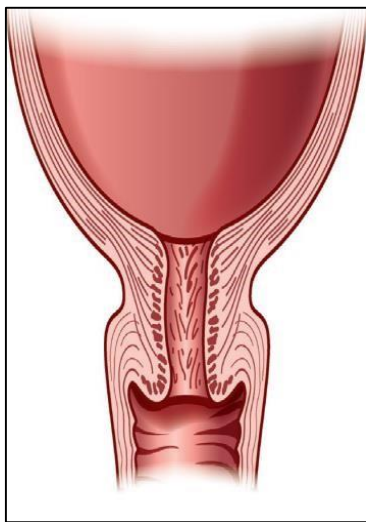
La dilatation comprend deux phases :

- 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.

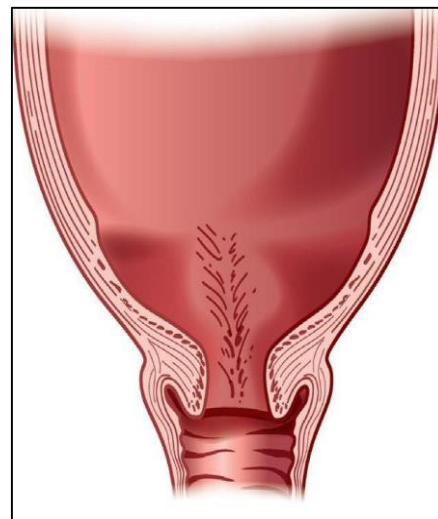
Effets sur le pôle inférieur de l'œuf :

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
[Lansac Pratique d'accouchement 6ème Edition page :27]

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

– 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 bubo-coccygien.

La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

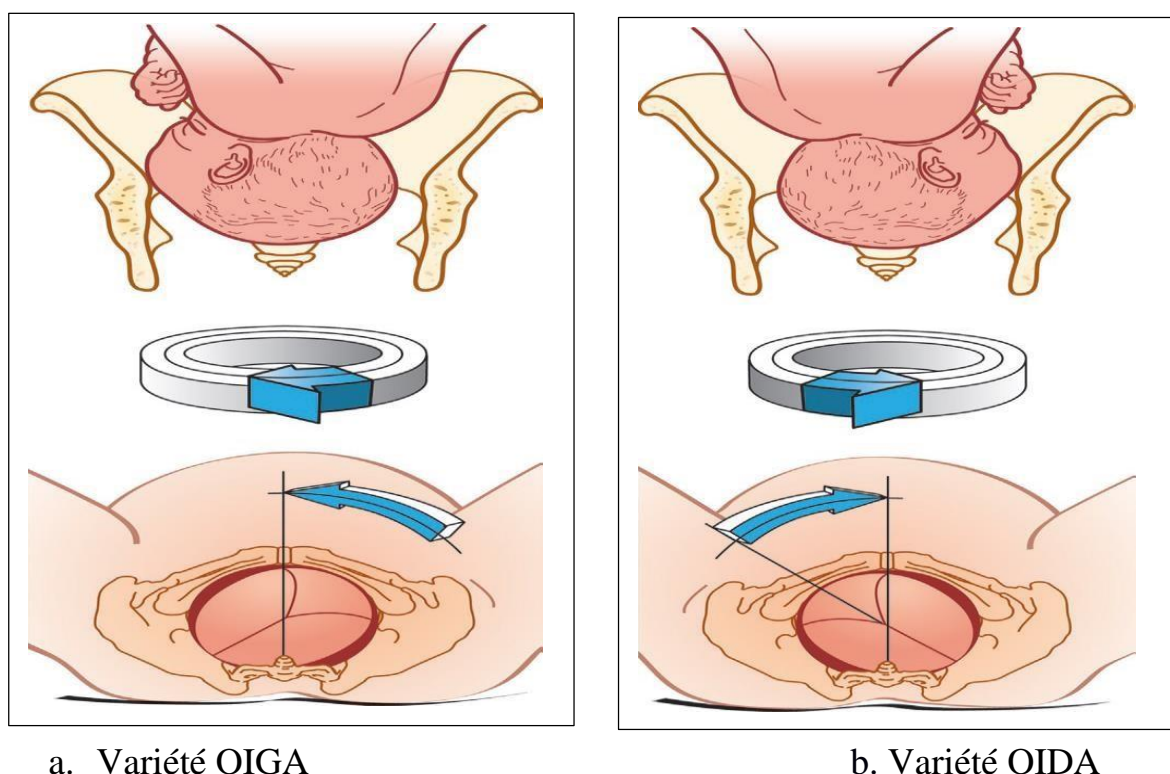


Figure 2 : Descente et rotation de la tête dans l'accouchement du sommet [Lansac Pratique d'accouchement 6ème Edition page :73].

– 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.

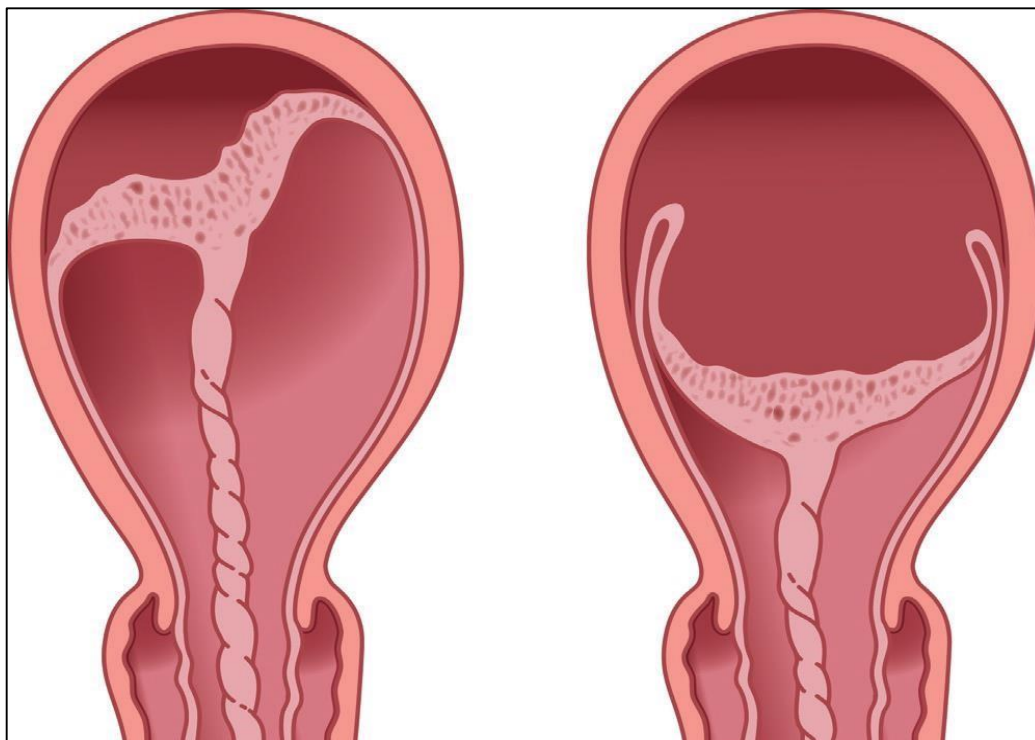
La seconde main placée au-dessus du pubis exerce une pression qui refoule le fond utérin vers le haut. Cette manœuvre contribue à éviter une inversion utérine. Ces deux gestes se font à la faveur d'une contraction de l'utérus.

Si le placenta ne descend pas dans la munit  qui suit, ne plus exerce la tension et clampes 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.



A

B

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.

1.3. Facteurs intervenants dans le déclenchement spontané du travail d'accouchement

Plusieurs facteurs semblent intervenir pour déclencher la parturition.

1.3.1. Prostaglandines

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

On peut déclencher le travail 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 entretenu.

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.

1.3.2. Ocytocine : Son rôle est encore mal précisé.

1.4. Accouchement prématuré : causes et facteurs de risque [11, 12, 13,17]

Il est défini comme une naissance survenant avant le 259ème jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines révolues et ceci quel que soit le poids du nouveau-né. [1]

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. [1]

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.

1.4.1. 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....

1.4.2. Etiologies

a. Pathologies maternelles générales : [10, 21] 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 : [22]

- 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 : [13, 23, 24]

- 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 : [25]

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-génésiq ue inférieur à 1 an ;
- Les interruptions volontaires de la grossesse

f) Prématurité induite ou provoquée : [26, 27]

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 [16]

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale Conditions socio-économiques médiocres	Un curetage - Court intervalle intergénésiq (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 2ème 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.

1.5. Aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré

1.5.1. Signes fonctionnels : [28]

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'accompagner de contractions utérines, tantôt elle est franche.

L'écoulement de liquide est abondant, il s'agit de rupture basse de mauvais pronostic.

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

1.5.2. Examen physique [20 ; 39]

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 [30].

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

1.5.3. 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.

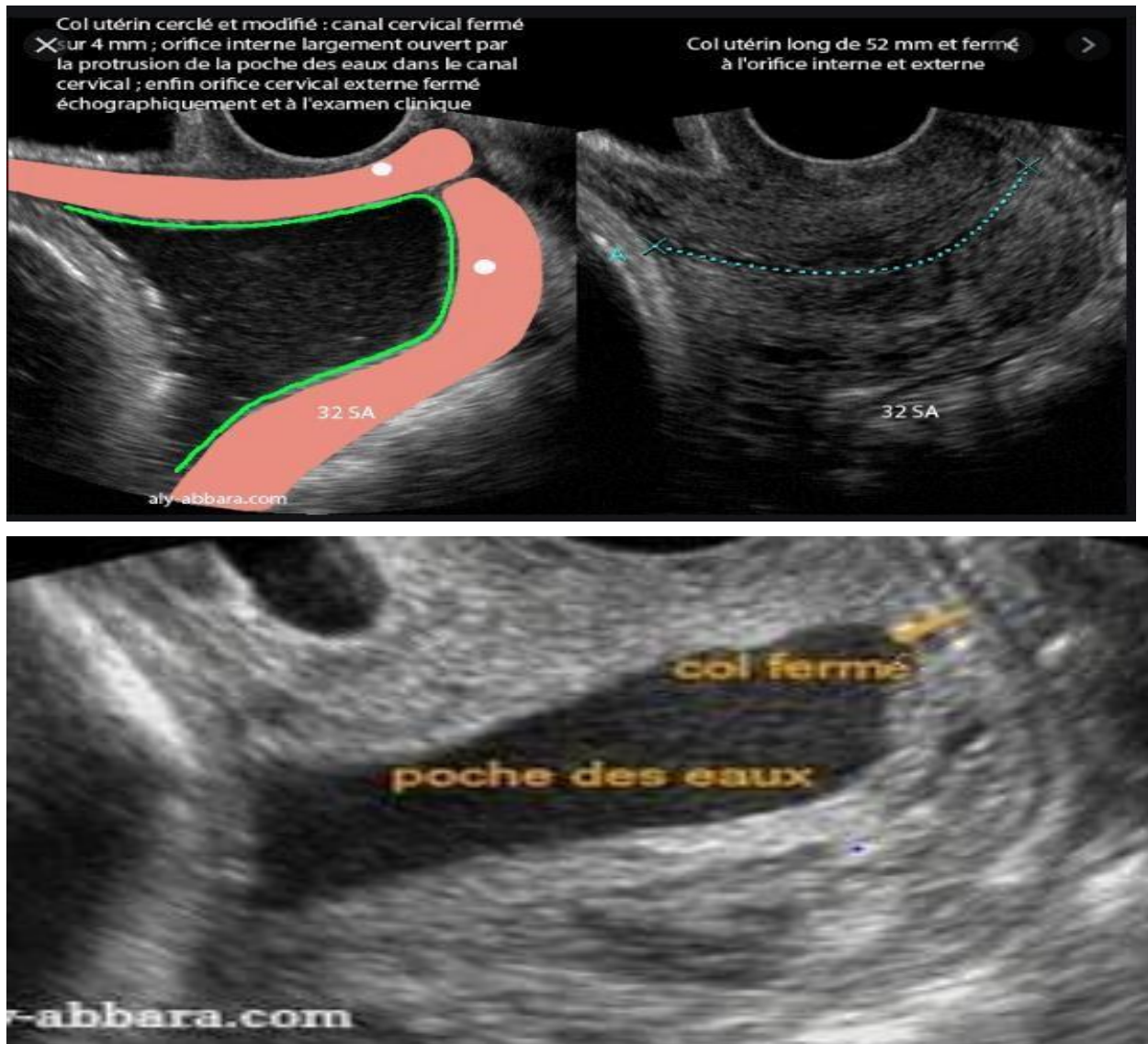


Figure 4 : schéma de échographie du col (Atlas d'échographie Aly abbara.com)

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 moins 5 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.

1.5.4. Traitement

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

1.5.4.1. Si la menace est légère

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

1.5.4.2. 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.

1.5.4.2.1. 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. bêta mimétiques [31, 32]

– 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 sévères 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) : [33, 34]

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 [35, 36]

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 [37].

– 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 (anti 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'oligoanurie. 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.

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

Maturation pulmonaire : bêtaméthasone

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 (bêtaméthasone, dexaméthasone) en cas de menace d'accouchement prématuré permet de réduire l'incidence de ces 2 complications ainsi que la mortalité néonatale, principalement en cas d'accouchement prématuré avant 34 SA.

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

La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre-indication absolue. Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 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 bénéfique 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).

1.5.6. Prévention de la prématurité : [17]

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 amplifié et présence de contractions utérines douloureuses durant plus de 35 secondes.

b. 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.

1.6. Aspect clinique de l'accouchement prématuré spontané : [38]

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.

1.7. L'accouchement prématuré provoqué : [26, 27]

La décision de faire naître prématurément un fœtus est justifiée 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.

1.8. Aspect clinique du prématuré : [1]

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 [1]

1.9. Complications de la prématurité

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturation 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 : [39]

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 broncho-dysplasie sont les complications les plus fréquentes.

b. Complications cardio-vasculaires : [40]

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 : [1]

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 : [42]

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

e. Complications digestives : [1]

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'hémi-parésie 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.

1.10. 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%) [43] que de l'apparition de séquelles neurologiques et psychomotrices (10-20%) [44].

De plus dans les cas d'extrême prématurité (< 27 semaines), la mortalité peut atteindre 50% et le pronostic à long terme reste très incertain [45].

1.11. Prise en charge du prématuré [43]

a. Au moment de la naissance

- Il est nécessaire d'avoir :
- un service de néonatalogie 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 Ca⁺⁺ 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

II. METHOLOGIE

2.1. Cadre

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie -Obstétrique du CHU du Point G.

2.1.1. Présentation CHU du Point G :

L'hôpital du Point G a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des Médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Érigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002, il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de Gynécologie - Obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

2.1.2. Présentation du service de gynecologie-obstetrique

Le service de Gynécologie - Obstétrique a été créé en 1912.

a. Succession des différents chefs de service

Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970 à 1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972 à 1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;

- 1975 à 1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- 1978 à 1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984 à 1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985 à 1986 : Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1986 à 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987 à 2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001 à 2003 : Professeur Niani Mounkoro (Gynécologue-Obstétricien malien)
- 2003 à 2014 : Professeur Bouraïma Maïga (Gynécologue- Obstétricien malien)
- . 2015 à nos jours : Professeur Tounkani Théra (Gynécologue-Obstétricien malien) ;

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pas pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

b. Situation

Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre les services de Médecine interne au Sud, de la Réanimation au Nord et de l'Urologie à l'Est. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

c. Personnel

- Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :
- 7 Gynécologues- obstétriciens ;
- 23 Techniciens supérieurs de santé dont :
- 17 sages-femmes dont une major

- 3 Infirmières obstétriciennes ;
- 3 Aides de bloc (Assistant médical) ;
- 1 Aide-soignante ;
- 5 Garçons de salle dont 3 au bloc opératoire ;
- 1 Secrétaire ;

d. Infrastructures

- Le service comporte :
- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (consultation prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une unité d'oncologie (une salle de dépistage du néo du col) ;
- Une unité de PF (planning familial) et de PTME (prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de procréation médicalement assistée non fonctionnelle.

e. Fonctionnement

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 4 jours d'interventions chirurgicales programmées (Lundi au Jeudi).

La prise en charge des urgences est effective 24 heures/24. Les consultations prénatales sont journalières.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 H 30 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Lundi. Elle est dirigée par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un Gynécologue, des DES de Gynécologie ou

de Chirurgie générale en rotation, deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc.

Unité mixte, le service de Gynécologie - Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs et celles de l'intérieur du pays.

Sa triple vocation de soins, de formation et de recherche en fait un centre dynamique

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie Obstétrique a mis en place : Et prévoit :

- La mise en place d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INPS (en cours de réalisation) ;
- Et l'ouverture d'un bloc d'urgence d'obstétricale déjà en réfection pour son utilisation.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective et descriptive.

2.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2014 au 31 Décembre 2017 (4ans).

2.4. Population d'étude

Elle a porté sur l'ensemble des parturientes admises dans le service durant la période d'étude.

2.5. Échantillonnage

✓ Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les parturientes ayant accouché à un terme compris entre 28 à 36 SA+ 6 jours et ayant un dossier complet.

✓ Critères de non inclusion

N'ont été incluses toutes les parturientes ayant accouché avec un âge gestationnel compris entre 28 à 36 SA plus 6 jours hors du service et celle ayant un dossier incomplet.

2.6. Collecte des données

Les données ont été collées à partir :

- les dossiers obstétricaux, les dossiers d'hospitalisation ;
- les registres de consultation prénatale, d'accouchement, de compte rendu opératoire et de décès maternel.

2.7. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2013 et analysées sur IBM SPSS STATISTICS 21.

Les moyennes ont été calculées à partir de test de χ^2 de Pearson avec un seuil de significativité de 0,05

2.8. Variables étudiées

- L'âge
- La profession
- Le statut matrimonial
- Le mode d'admission
- Les antécédents personnels (médicaux, obstétricaux et chirurgicaux) et familiaux
- La gestité
- La parité
- Les chiffres tensionnels, le pouls et l'état de la conscience à l'admission
- La voie d'accouchement
- Les complications materno - fœtales
- Le score d'Apgar et l'évolution du nouveau - né pendant 7 jours
- Le geste chirurgical effectué

- La transfusion sanguine
- La taille
- Le poids

2.9. Difficultés et limites

L'absence des heures sur la fiche d'évacuation ;

- Heure de prise de décision d'évacuer ;
- Heure de départ ;
- Heure d'arrivée à l'hôpital.
- Le mauvais remplissage des fiches d'évacuation.
- La non disponibilité du carnet de certaines gestantes
- L'absence d'information par téléphone avant l'arrive des évacuées à la maternité du CHU de Point G
- Le transfert in utero au CHU du Point G (unité néonatalogie non fonctionnelle)

2.10. Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. L'anonymat a été respecté.

Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la sante de la mère et enfant.

2.11. Définitions opératoires

Naissance survenant avant le 259ème jour d'aménorrhée, soit avant 37 semaines révolues. Cependant, il faut prendre en compte toutes les naissances survenant dès 20- 22 SA avec des nouveaux nés pesant 500 grammes ou plus.

Accouchement par voie basse : Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres. -

Césarienne : Intervention chirurgicale consistant à ouvrir abdomen et l'utérus afin d'extraire le fœtus et ses annexes.

Césarienne d'urgence : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel ou foetal est engagé. - Patiente : gestante ou parturiente

Primigeste : 1^{ère} grossesse

Pauci geste : 2 à 4 grossesses

Multi geste : 5 à 6 grossesses

Grande multi geste : ≥ 7 grossesses

Primipare : 1^{er} accouchement

Pauci pare : 2 à 4 accouchements

Multipare : 5 à 6 accouchements

Grande multipare : ≥ 7 accouchements

Hystérogrophie : suture de l'utérus

Hystérectomie : ablation partielle ou totale de l'utérus

Auto référence : patiente venue d'elle-même

Reference : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence.

Evacuation : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation

Anémie : Dès que la diminution de la concentration sanguine d'hémoglobine dans le sang ($< 11\text{g/l}$)

Placenta prævia : c'est insertion vicieuse du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Hématome retro placentaire(HRP) : ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le foetus est encore dans l'utérus.

Infections néonatales : l'hypothèse a été évoquée devant tout nouveau-né qui va mal, sans raison apparente.

Infection urinaire : est définie par la colonisation des urines par les bactéries, ce qui se traduit le plus souvent par des signes infectieux urinaires.

Etat de mort apparent : score d'Apgar allant de 1 à 3

Apgar morbide : nouveau-né ayant un Apgar à la 1ère minute entre 4 et 7

Pronostic materno-fœtal : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.

Bi ou tri antibiothérapie : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes

Mortalité périnatale : elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.

Mortalité néonatale précoce : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6ème jour de vie.

Mortalité néonatale : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28ème jour de vie.

Facteurs de risques : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attache à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque anormal existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »

Score infectieux : ensemble de paramètres côtés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne.

III. RESULTATS

Sur 6577 accouchements réalisés dans le service de Janvier 2014 au Décembre 2017, nous avons enregistré 625 cas d'accouchements Prématursés, soit une fréquence de 10,5%.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

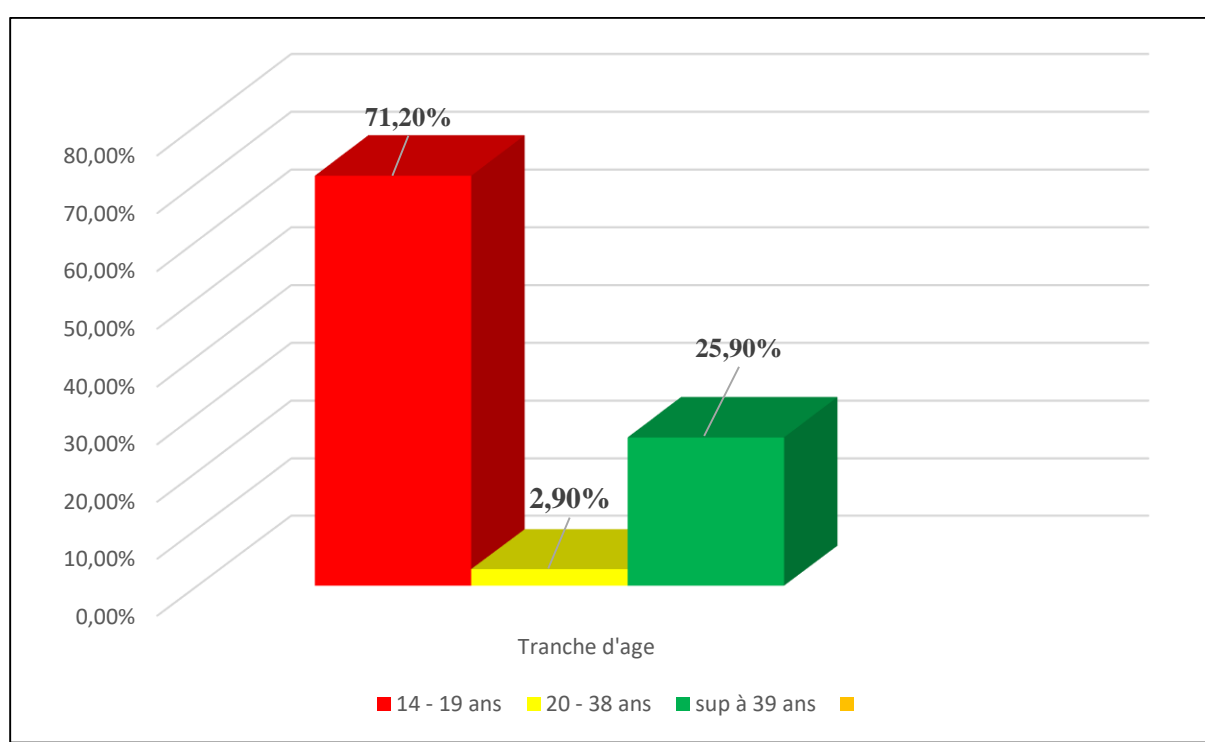


Figure 7 : Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20-38 ans, soit 71,2% des cas. La moyenne d'âge était de 25 ans \pm 6,8 ans avec des extrémité de 15 à 46 ans.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée	587	93,9
Célibataire	38	6,1
Total	625	100

Les patientes étaient célibataires dans **6,1%** des cas.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Efectif	%
Commerçante/vendeuse	33	5,3
Femme au foyer	494	79
Fonctionnaire	16	2,6
Elevé/Etudiante	65	10,4
Autres	17	2,7
Total	625	100

Les femmes au foyer dominaient avec **79%** des cas.

3.2. Clinique

3.2.1. Admission

Tableau V : Répartition des parturientes selon l'admission.

Mode d'admission	Effectif	%
Venue d'elle même	210	33,6
Referee en urgence	415	66,4
Structure		
CHU	52	8,3
CSRéf	290	46,4
Cscom	73	11,7
Autres structures	210	33,6
Motifs d'admission		
CUD	144	23
Eclampsie	160	25,6
HRP	67	10,5
RPM	29	4,6
HTA grave non maitrisée	19	3
Placenta praviae	16	2,6
Grossesse gémellaire avec syndrome transfuseur transfusé	6	1
Autres motifs d'admission	184	29,4
Total	625	100

Autres structures : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose,
Les cabinets médicaux, les cliniques ;

Autres motifs d'admission : crise vaso occlusive sur terrain de drépanocytose,
Anémie, Diabète mal équilibre, Hellp syndrome, transfert in utero, inter ;
ROM ; l'hydramnios, cardiopathies ; immunodépression au VIH,
préclampsie ;

Les parturientes étaient référées dans 66,4 % des cas.

Les références provenaient des C.S. Réf en majorité, soit 46,4% des cas.

Eclampsie était la plus représentée avec 25,6% des cas.

3.2.2. Antécédents

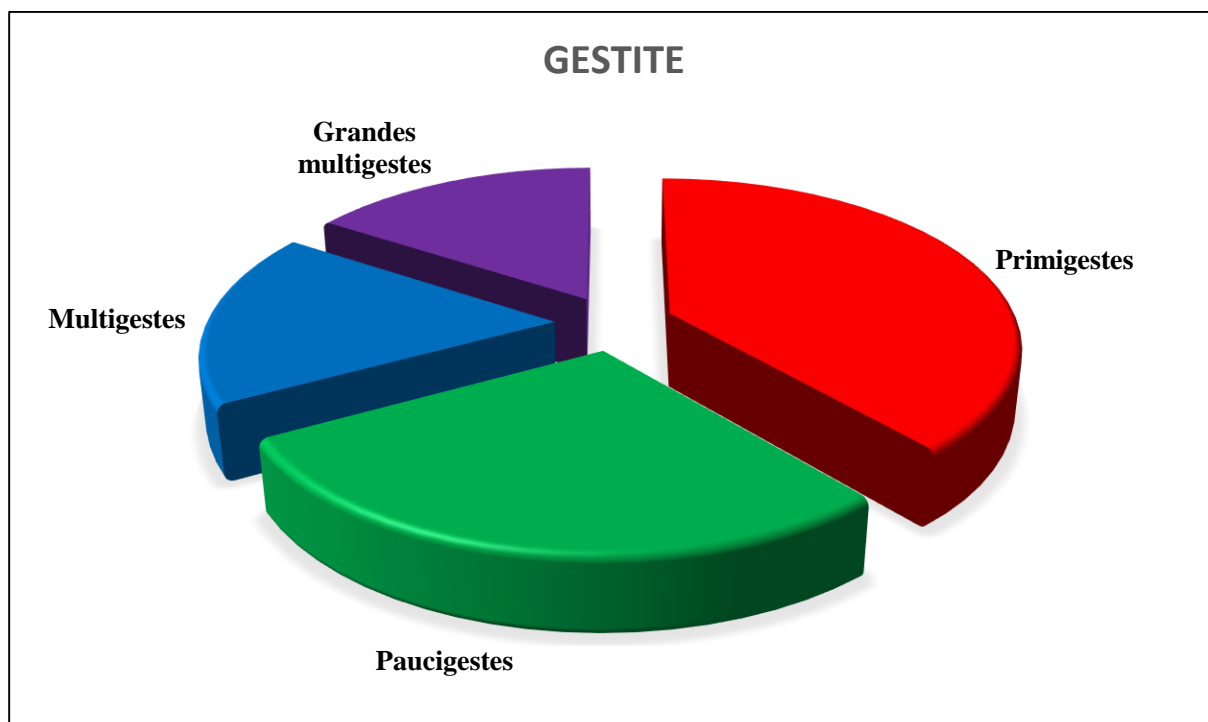


Figure 8 : Répartition des parturientes selon la gestité

Les primigestes étaient les plus représentées soit 38 ,7% des cas

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la parité

Parités	Effectif	%
Primipare	273	43,7
Pauci pares	172	27,5
Multipares	102	16,3
Grandes multipares	78	12,5
Total	625	100

Les primipares étaient majoritaires soit **43,7%** des cas.

Tableau VII : Répartition des parturientes selon les antécédents obstétricaux.

Antécédents obstétricaux	Effectif	%
Sans antécédent	450	72
Avortement	79	12,6
Déchirure du col	30	4,8
Accouchement prématuré	66	10,6
Antécédents de césarienne		
Oui	61	9,8
Non	564	90,2
Total	625	100

L'avortement était représenté dans **12,6 %** des cas.

Seulement **9,8%** des femmes avaient un antécédent de césarienne

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les pathologies survenues au cours de la grossesse actuelle.

Pathologie au cours de la grossesse	Effectif	%
Eclampsie	203	32,9
Paludisme	111	17,8
Sans pathologies	90	14,4
HRP	79	12,6
Infection urinaire	26	4,2
MAP	23	3,7
Menace d'avortement	1	0,2
Autres pathologies	92	14,7
Total	625	100

Autres pathologies : Drépanocytose, immunodépression au VIH, Anémie, cardiopathies, lupus, prééclampsie ; diabète

L'éclampsie était retrouvée au cours de la grossesse dans **32,9%**des cas.

3.3. Suivi prénatal

Surveillance de la grossesse actuelle

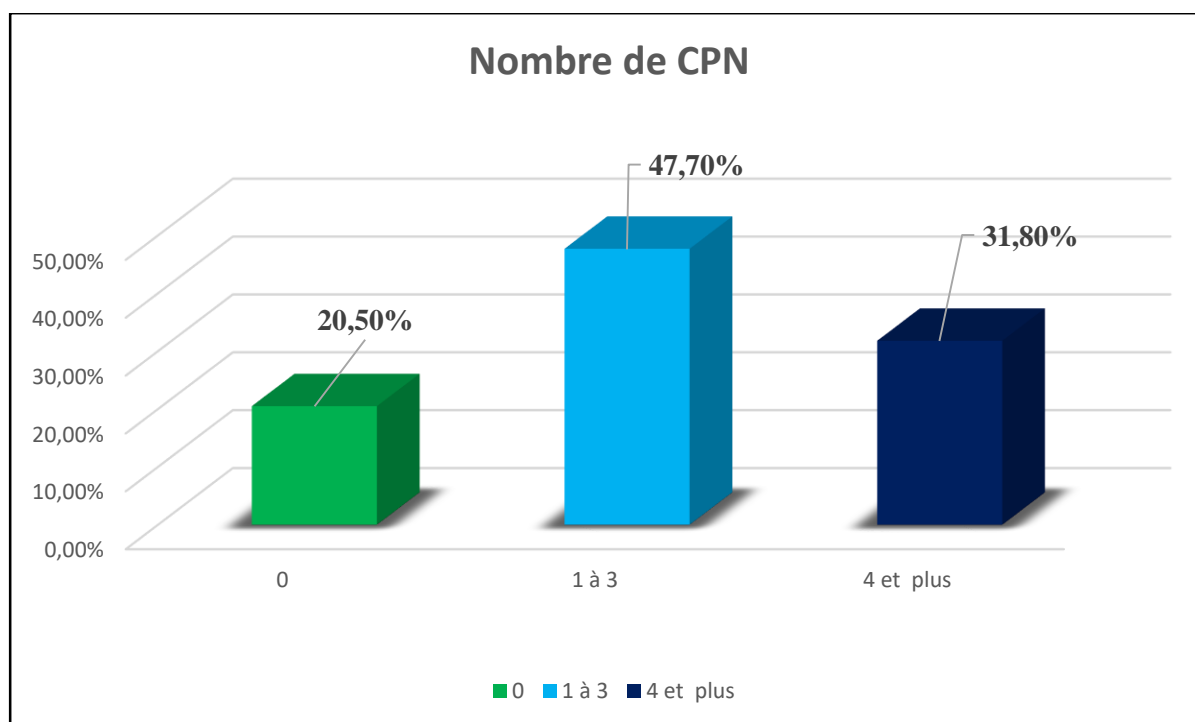


Figure 9 : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Les CPN n'étaient pas effectuées dans **20,5%** des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.

Age de la grossesse (SA)	Effectif	%
28 - 32	247	39,5
33- 36 + 6 jours	378	60,5
Total	625	100

L'âge compris entre 33-36 SA + 6jours était le plus représenté avec **60,5%** des cas.

Tableau X : Répartition des parturientes selon les paramètres de l'examen d'entrée.

Hauteur utérine	Effectif	%
≤ 32 cm	522	83,5
> 32 cm	103	16,5
BDCF		
Absents	322	46,5
<120	57	8,2
120-160	263	38
>160	50	7,2
Total	692	100
Contractions utérines		
Absentes	310	49,6
Régulières	292	46,7
Irrégulières	23	3,7
Total	625	100

Les parturientes avaient une HU ≤ 32 cm dans 83,5% des cas

Il n'y avait pas de BDCF dans 46,5% des cas.

Les parturientes avaient une contraction utérine régulière dans 46,7 % des cas.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon l'état des membranes et l'aspect du liquide amniotique à l'entrée.

Etat des membranes	Effectif	%
Membranes rompues	141	22,6
Membranes intactes	484	77,4
Total	625	100
Aspect du liquide amniotique		
Clair	392	62,7
Méconial verdâtre	60	9,6
Méconial puré de poids	23	3,7
Jaunâtre	53	8,5
Sanglant	97	15,5
Total	625	100

Parturientes avaient la poche des eaux rompue à l'admission dans **22,6%des cas**.
Teinte : Verdâtre ou jaunâtre et le liquide amniotique était teinté dans **21,8%
des cas**

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les constantes à l'entrée

Température à l'entrée	Effectif	%
Hypothermie	157	25,1
Normale	441	70,6
Hyperthermie	27	4,3
Tension artérielle à l'entrée (mmhg)		
Hypotension artérielle	22	3,5
Normo tension artérielle	282	45,1
Hypertension artérielle	321	51,4
Total	625	100

Il y avait hyperthermie à l'admission dans **4,3%** des cas.

Les parturientes avaient une hypertension artérielle dans **51,4%** des cas.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon la taille des patientes

Taille (cm)	Effectif	%
≤ 150	60	9,6
> 150	565	90,4
Total	625	100

Les femmes avaient une taille ≤ 50 Cm dans **9,6%** des cas.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le score d'indice de menace d'accouchement prématuré.

Indice de MAP	Effectif	%
> 6	208	33,3
≤ 6	417	66,7
Total	625	100

Dans **33,3 %** des cas l'indice de MAP était sévère, **66,7%** des cas accouché avant terme.

Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction de la présentation du Fœtus.

Présentation du fœtus	Effectif	%
Sommet	551	88,2
Siege	65	10,4
Transversal	9	1,4
Total	625	100

Le fœtus était en présentation vicieuse dans **11,8%** des cas.

Tableau XVI : répartition selon les facteurs de risques connus.

Facteurs de risques	Effectif	%
Eclampsie	200	32
Infections urinaires	33	5,3
Paludisme	80	12,8
Activité physique débordante	5	0,8
RPM	55	8,8
Grossesse multiple	26	4,2
Hydramnios	13	2,1
HRP	90	14,4
Autres facteurs de risques	123	19,7
Total	625	100

Autres facteurs de risques : prééclampsie, drépanocytose, diabète, immunodépression au VIH, anémie, cardiopathies,

L'éclampsie était le facteur de risque le plus représenté, soit **32%**.

3.4. Pronostic foetal

Tableau XVII : Répartition selon les paramètres des nouveau-nés.

Score d'Apgar	Effectif	%
0	322	46,5
1-7	32	4,6
>7	338	48,8
Sexe		
Masculin	335	48,4
Féminin	357	51,6
Poids de naissance (g)		
<1000	66	9,5
1000-2000	439	63,4
>2000 et <2500	187	27
Total	692	100
Taille (cm)		
≤45	513	75,2
>45 et <47	179	25,9
Total	692	100

L'Apgar était morbide dans 51,1% des cas.

Les nouveau-nés étaient majoritairement de sexe féminin, soit 51,6% des cas. Les nouveau-nés pesant 1000-2000g étaient les plus représentés, soit 63,4% des cas. Les nouveau-nés ayant une taille ≤ 45 cm étaient la plus représentés, soit 75,2% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés en fonction l'évacuation.

Evacuation	Effectif	%
Evacuée par ambulance	370	53,5
Non évacuée	322	46,5
Motifs d'évacuation		
Petit poids de naissance	284	76,8
Détresse respiratoire	78	21
Autre motif	8	2,2
Total	370	100

Autre motif : souffrance néonatale, mère immunodéprimé au VIH ;

53,5% des cas étaient évacuée +- en néonatalogie.

Le petit poids de naissance était le principal motif d'évacuation, Soit **76,8%**.

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic (ROM, J0 a J7)

Devenir des nouveau- nés	Effectif	%
Vivant	338	48,8
Décédé	32	4,6
ROM	322	46,5
Total	692	100

Le taux de décès était de **4,6%** des nouveau-nés après la naissance et ROM dans **46,5%** des cas.

Tableau XX : Répartition des parturientes en fonction de complications et type de complications maternelles.

Complication	Effectif	%
Oui	280	44,8
Non	345	55,2
Total	625	100
Type de complications		
Hémorragies	134	47,8
Eclampsie	128	45,7
Endométrite	18	6,4
Total	280	100

Les parturientes avaient présenté des complications dans 44%

Hémorragies étaient les complications la plus représentés, soit 47,8%.

Tableau XXI : répartition selon le score d'Apgar et le poids de naissance

Poids (g)	Score d Apgar			Total
	0	1 à 7	> 7	
< 1000	72 (10,4%)	7 (1%)	8 (1,2%)	66 (9,5%)
1000-2000	200 (28,9%)	22 (3,2%)	290 (41,9%)	439 (63,4%)
> 2000	50 (7,22%)	3 (0,4%)	40 (5,8%)	187 (27%)
Total	322 (46,5%)	32 (4,6%)	338 (48,8%)	692 (100%)

P=0,044

Nous avons trouvé 290 nouveau-nés, soit 41,9% des cas ayant un Apgar >7 à la 5ème minute et ayant un poids compris entre 1000g-2000g

Tableau XXII : Répartition des parturientes en fonction de l'Agar à la 5ème minute et l'âge gestationnel

Age gestationnel	Score Apgar			Total
	0	1-7	>7	
28sa – 32sa	105 (16,8%)	14 (2,24%)	128 (20,8%)	247 (39,5%)
33sa – 36sa+6jours	80 (12,8%)	16 (2,6%)	282 (45,2%)	378 (60,5%)
Total	185 (29,6%)	30 (4,8%)	410 (65,6%)	625 (100%)

P=0,000

Nous avons trouvé 282 nouveau-nés, soit 45,2% des cas ayant un Apgar >7 à la 5ème minute.

Tableau XXIII : Répartition selon l'âge gestationnel et le poids de naissance.

Age gestationnel	Poids de naissance			Total
	<1000	1000-2000	>2000	
28-32 SA	56 (8,1%)	181 (262,%)	28 (4%)	265 (38,3%)
33-36 SA+6j	10 (1,4%)	258 (37,3%)	159 (23%)	427 (61,7%)
Total	66 (9,5%)	439 (63,4%)	187 (27%)	692 (100%)

Les parturientes ayant un âge gestationnel de 33 SA à 36 SA + 6 jours avec un poids compris entre 1000g- 2000g, étaient représentés dans **37,3%** des cas.

Tableau XXIV : Répartition selon l'âge gestationnel et la hauteur utérine (HU)

Age gestationnel	Hauteur utérine		Total
	<32 cm	>32 cm	
28-32 SA	217 (34,7)	30 (4,8)	247 (39,5)
33-36 SA+6 j	305 (48,8)	73 (11,7)	378 (60,5)
Total	522 (83,5)	103 (16,5)	625 (100)

P=0,059

Les patientes ayant un âge gestationnel de 33SA à 36SA +6 jours avec une hauteur utérine inférieure à 32cm représentait **48,8%** des cas.

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés référés en fonction du poids de naissance

Poids de naissance	Référé en néonatalogie		Total
	Oui	Non	
<1000g	20 (2,9%)	46 (6,6%)	66 (9,5%)
1000g-2000g	255 (36,8%)	184 (26,6%)	439 (63,4%)
>2000g	95 (13,7%)	92 (13,3%)	187 (27%)
Total	370 (53,5%)	322 (46,5%)	692 (100%)

Parmi les 370 nouveau-nés référés en néonatalogie, 255 pesants entre 1000et 2000 g étaient la plus représentés, soit 36,8% des cas.

Tableau XXVI : Répartition en fonction du poids de naissance et du devenir du nouveau-ne (ROM et de j0 a j7)

Devenir du nouveau-né	<1000		Poids du nouveau-né (g)				>2000		Total
	N	%	1000-2000		N	%	N	%	
Vivant	19	2,7	259	37,4	60	8,7	338	48,8	
Décédé	2	0,3	20	2,9	10	1,5	32	4,6	
ROM	32	4,6	200	28,9	90	13	322	46,5	
Total	66	9,5	439	63,4	187	27	692	100	

Les nouveau-nés décédés avec un poids compris entre 1000 g et 2000g étaient les plus représentés, soit 2,9% et 28,9% des cas pour ROM.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Fréquence

Au terme de notre étude, la fréquence de l'accouchement prématuré au CHU du Point G était de 10,5%.

La prématurité représente, d'après l'OMS [46] 15 millions d'enfants. Au Canada, le taux de naissance prématurée se situe à 7,8 % et est en augmentation depuis les 20 dernières années. Les garçons sont légèrement plus touchés que les filles, avec des taux respectifs de 8,3 % et 7,3 %. [47]. Il s'agit de la principale cause de mortalité infantile [48]. Elle constitue l'événement pathologique le plus fréquent de la grossesse [49].

En Afrique, cette fréquence varie assez, elle est de : 18,1% au CHU d'Antananarivo [50], 9,10% au Gabon [50] et 7,23% au Maroc [50]. Sanogo T [6] dans son étude sur le Pronostic materno- foetal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako en 2009 et Konaté O.M [7] dans son étude sur l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ont trouvé respectivement 1,9% et 3,5%. NDE [8] dans son étude sur Aspect épidémio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G a trouvé 9,5% en 2010.

L'âge gestationnel de naissance a un impact très fort sur la mortalité, sur la morbidité néonatale sévère et sur le développement de l'enfant. Les pathologies de la grossesse et le contexte de naissance déterminent également en partie le devenir de l'enfant.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques

4.3. Age

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20-38 ans, soit 71,2% des cas. La moyenne d'âge était de 25 ans \pm 6,8 ans avec des extrêmes de 15 à 46 ans.

Ce résultat est similaire à ceux de Konaté O.M [7] et de Sanogo T [6] qui ont trouvé la tranche d'âge 20 -25 ans dans 39,44% des cas. Traoré F en 2006 [7] a trouvé dans son étude sur l'accouchement prématuré une tranche d'âge de 15 à 18 ans dans 29,4 % des cas au CSRéf Commune II. Ce résultat montre une population jeune qui semble relativement être la couche la plus active de la société.

Dans la littérature les femmes âgées de moins de 20 ans ou plus de 35 ans sont exposées à une menace d'accouchement prématuré [53] [54]. Ce fait était retrouvé au cours d'une autre étude concernant les facteurs de risque de survenue de MAP au CHUGOB en 2011 qui avait montré que les jeunes adolescentes étaient exposées à un risque d'AP avec un OR =1,806 [55].

4.4. Profession

Dans notre étude les femmes au foyer ont représenté 79% des cas suivi des élèves et étudiantes (10,4%), des commerçante/vendeuse (5,3%), des fonctionnaires (2,6%), les teinturières, les couturières et les coiffeuses 2,7%.

Sanogo T [6] au CSRéf Commune V et Konaté O.M [7] au CSRéf Commune II du District de Bamako ont trouvé respectivement 77,3% et 58,2%.

F Lett et coll ont regroupés la catégorie « contexte socio-économique défavorable », les patientes présentant au moins deux des critères suivants : sans profession, âge < 18 ans, célibataire, bénéficiant de la couverture maladie universelle(CMU) ; ou un critère majeur, tel qu'une patiente présentant une déficience mentale [56]. Dans leurs études les patientes présentant un contexte socio-économique défavorable représentaient 21,43 % des cas [56].

Dans la littérature, la profession et la condition socioéconomique défavorable sont reconnues comme facteur de risque de menace d'accouchement prématuré

[55]. L'amélioration des conditions de vie de la population est importante pour diminuer l'incidence de cette pathologie et ses conséquences.

4.5. Statut matrimonial

Les parturientes étaient des célibataires dans 6,1% des cas.

Ce taux est inférieur à celui de KONATE.O.M [7] avec 20%, qui avait identifié le célibataire comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

4.6. Gestité et Parité

Les primigestes avec 38,7% des cas ont constitué la population la plus forte dans notre série ; tandis que NDE [8] et DIALLO S [36] ont trouvé respectivement 36,3% et 23,8% des cas.

Cela pourrait être en rapport avec le fait que c'est dans ce groupe cible que la plupart des accouchements étaient à risque.

Les Antécédents personnels de la gestante :

Les Antécédents d'avortement ont représenté 12,6 %. DOUMBIA A.K [15] a obtenu 30,2%.

Les Antécédents chirurgicaux ont été dominés par la césarienne avec 9,8%.

L'HTA ont dominé les antécédents médicaux avec 10,9%.

4.7. Histoire de la grossesse

Selon l'OMS, les consultations prénatales effectuées sont normales en nombre si elles sont supérieures ou égales à 4 [1].

Parmi les 625 parturientes enregistrées, seulement 199 ont effectué quatre (4) consultations prénatales ou plus, soit 31,8%.

SANOGO T [6] a obtenu 25,4%.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que l'AP peut même survenir en cas de surveillance prénatale bien effectuée en nombre. Mais les consultations prénatales de bonne qualité permettent d'identifier certains facteurs de risque que l'on pourrait éviter.

4.8. Motif d'admission

Eclampsies ont été le principal motif de consultation avec 25,6% des cas ; tandis que NDE [8] a trouvé 25%, ensuite viennent les contractions utérines douloureuses sur grossesse dont l'âge gestationnel comprise 28sa à 36sa+ 6jours et les HRP avec 23% et 10,6% des cas.

4.9. Etiologies des accouchements prématurés

✓ Causes générales

Eclampsie avec 32% HRP avec 14,4% étaient au premier rang.

Ces taux 246 pourraient s'expliquer par le fait que les CS Réf évacuent vers les CHU tous les cas gravés comme la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie et HRP qui nécessitent une surveillance en réanimation.

Les infections urinaires à la bandelette urinaire ou à l'ECBU plus RPM avec 14,1% et le paludisme au TDR et à la goutte épaisse avec 12,8%.

Ces taux pourraient s'expliquer par le non suivi ou le suivi incorrect des CPN. DOUMBIA A.K [15] et KONATE O.M [7] ont trouvé respectivement 21,2% et 29,6% de cas d'infection urinaire.

✓ Causes ovulaires

La RPM a été la cause ovulaire la plus observée avec 55 cas, soit 8,8% ; des cas. DOUMBIA [15], SANOGO T [6] et NDE [8] ont trouvé respectivement 4%, 2,9% et 17,9% des cas.

La grossesse multiple est la deuxième cause ovulaire observée avec 4,2% des cas.

4.10. Traitement

Dans notre étude 171 gestantes étaient hospitalisées pour MAP (Menace d'Accouchement Prématuré) soit 27,4%.

Au cours de leur hospitalisation, le traitement était basé sur le repos et les bêtamimétiques ou les antispasmodiques.

Le traitement consistait à l'administration par voie intraveineuse de 6 ampoules de bricanyl LP dans du SG 5%, à faire passer pendant 12 heures, le relais était pris par le spasfon par voie orale à raison de 2 CP \times 3 /jour, et le nicardipine retard 20 mg était administré par voie orale en raison de 1 CP \times 2 / j.

En cas de contre-indication aux bêtamimétiques, étaient utilisés seuls les antispasmodiques (Spasfon).

En cas de rupture prématurée des membranes ont fait recours à la corticothérapie, célestène® 12 mg en IM toutes les 12 heures pendant 24 heures ; et à l'antibiothérapie (Amoxicilline) à raison de 1,5 à 3 g/24 heures.

Les mesures d'asepsie étaient prises (garniture stérile, éviction des TV).

Dans notre étude Indice de Menace d'Accouchement

Prématuré (l'IMAP) selon Baumgartner était obtenu en additionnant les points donnés à chaque signe. Lorsque le total était inférieur ou égale à 3 la menace était légère.

Au-dessus de 6, elle était sévère signifiant les chances de succès du traitement restreintes, soit une proportion de 33,3% dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par le retard à l'admission de nos patientes.

4.11. Le pronostic

✓ Maternel

A l'opposé du pronostic fœtal, le pronostic maternel est en général bon. Cependant nous avons eu 16 cas de décès maternel soit 2,6% dont la cause la plus fréquente est d'où à hémorragies.

✓ Néonatale

Les 625 accouchements prématurés avaient donné naissance à 692 prématurés parmi lesquelles 357 filles (sexe dominant en nombre) et 335 garçons.

A la 5ème minute, 282 de nos prématurés soit 45,2% avaient un

Score d'Apgar supérieur à 7 avec un âge gestationnel comprise entre 33SA – 36 SA+6jours. Ce taux est supérieur à celui de NDE [8] qui a trouvé 34,8%.

Nous pouvons conclure que plus l'âge gestationnel est élevé plus nous avons un bon score d'Apgar (≥ 7).

✓ **Nouveaux nés évacués en fonction du poids**

Le taux de référence de nos prématurés était de 53,5% dont 37,4% avaient un poids de naissance compris 1000 g et 2000g. Ce taux était de 47,14% dans la série de Sanogo T [6].

Notre taux était inférieur à celui de Konate.O.M [7] (77,2%), la différence était statistiquement significative ($P < 0,001$).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que nos prématurés recevaient les premiers soins au service de réanimation avant l'évacuation.

Plus le score d'APGAR était bon (> 7) moins les nouveaux nés étaient évacués.

✓ **Le taux de mortalité néonatale et périnatale**

Le taux de mortalité néonatale et périnatale lors de notre étude était de 51,1% soit 354 décès.

Ce taux était supérieur à ceux de Doumbia A.K [15] avec 41,5% et de Sanogo T [6] avec 31,7%.

L'insuffisance de plateau technique de réanimation néonatale et le faible poids de naissance influençaient le taux de mortalité.

Le taux de mortalité néonatale reste élevé.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que :

- les conditions de transfert n'étaient pas adéquates (perte de temps, prise en charge déficiente dans les minutes qui suivent la naissance, ambulance non équipée et rarement accompagnée par un agent de santé) ;
- le plateau technique et le personnel de réanimation néonatal étaient insuffisants en néonatalogie ;

- l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel Touré était saturée, car c'est la principale structure sanitaire qui reçoit la majorité des évacuations néonatales venant des différentes structures sanitaires de la ville de Bamako et même des environs.

CONCLUSION

Nous retenons que l'accouchement prématuré est une urgence obstétricale et un problème de santé publique avec une fréquence de 10,5% ;

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).
- Etoffer 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.

✓ **Au Directeur de l'Hôpital**

- Aider le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point-G pour la mise en place de la néonatalogie.
- Rendre fonctionnel le service de neonatologie du CHU du point G.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**), Communiqué de presse sur les naissances prématurées en 2018. [En ligne] 19 février 2018.
2. **Samaké M** Caractéristiques des prématurés décédés au niveau du service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE à propos de 109 cas. Thèse de Med, Bamako, 2009 ; 09M210.
3. **Martin JA**. United States vital statistics and the measurement of gestational age. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Sep; 21 Suppl 2:13-21.
4. **Joseph K. S., Huang, MD, MSc, Shiliang Liu, MB, PhD, et al**: Reconciling the High Rates of Preterm and Postterm Birth in the United States. Obstetrics & Gynecology 2007; 109:813-822.
5. The Information Centre. NHS Maternity Statistics, 2005-06. P:26
Osman Nafissa Bique, Kenneth Challis, Manuel Cotiro, Gunnar Nordahl, Staffan Bergstrom: Maternal and Fetal Characteristics in an Obstetric Cohort in Mozambique. African Journal of Reproductive Health/ La Revue Africaine de la Santé Reproductive, Vol. 4, No. 1 (Apr., 2000), pp. 110-119.
6. Sanogo T. Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Med, Bamako, 2005 ; 05M238
7. **Konate O.M.** Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Etude cas/témoin. Thèse de Med, Bamako, 2009 ; 09M370
8. **NDéMagassa B.** Aspect épidémiologique-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Thèse de Med, Bamako, 2010 ; 10M213

9. **Jacky Nizard, Teddy Linet.** Prématurité et retard de croissance intra-utérin, facteurs de risque et prévention.
10. Le concours médical, gynécologie obstétrique, institut la conférence Hippocrate. Editions du concours médical 2, cité Paradis, 75010 Paris, 2003 : P75-76
11. Bruno C. Menace d'accouchement prématuré : Etiologies, diagnostic, principes du traitement. La revue du praticien. Gynécologie – obstétrique 2000, 50
12. **B. Balaka, S. Beata, A. D. Agbere, K. et all** Facteurs de risques associés à la prématurité au CHU de Lomé, Togo. Manuscrit numéro 2388. « Santé publique ». Tunisie Med, 1999, 77, 224-228.
13. **Thoulon J.M.** Menace d'accouchement prématuré : Etiologies, diagnostic, traitement. La revue du praticien (Paris). Gynécologie - obstétrique 1995. 45.
14. **Diarra A** : Nouveaux nés vivants de petits poids de naissance. Facteurs étiologiques et pronostic foetal immédiat au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Med, Bamako, 2011 ; 11M209
15. **Doumbia A.K.** Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie -obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine Bamako 2006 ; N°358.
16. **Papiernik E.** Coefficient de risque d'accouchement prématuré (C.R.A. P). PresseMed. 1969 Avr 26 ; (21)793-4
17. **P. Sagot** : Causes et prévention de la prématurité
18. **Merger R., Levy J., Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition Masson Paris 1995 Accouchement prématuré et MAP : 228p
19. **Lansac, Berger, Magnin.** Obstétrique pour le praticien. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 1998 : p 297-303.

20. **Castaigne V., Picone O., Frydman R.** Accouchement du prématuré. EMC-Gynécologie Obstétrique 2005. 354 -363. Elsevier SAS
21. **Coulibaly D.** Infection urinaire et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Med, Bamako, 2007 ; 07M81
22. **CNGOF.** Recommandations pour la pratique clinique. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes (2002) ; Infections génitales hautes (2012)
23. **Macquart Moulin G, Baret C, Julian C et al.** Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie fœtale. Jr GynécoObstétBiolReprod 1992 ; 21, 1 : 9-18.
24. **Rachid R, Fekih MA, Movelhic C, Brahim H.** Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire. Rev Fr GynécolObstét 1992 ; 87, 5: 2995-98.
25. **Sanogo S.** Pronostic materno- foetal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako de Juin 2007 à Mai 2008. Thèse de Méd, Bamako, 2009
26. **Ssouline C, Rolland M, Fournie A, Bererebi A, Regnier C.** **Prématurité provoquée** : décision et conséquences : néonatalogie et réanimation. Med Infantile 1993 ; 100(1) : 13-19.
27. **Diarra S.** Accouchement prématuré provoque : indications et pronostic maternofoetal au CHU Gabriel Toure Thèse de Méd ; Bamako,2013, 1116M14802
28. **Carbonne B., Tsatsaris V.** Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? J GynécolObstetprod 2002; 31. Suppl au N°7 5S96 – 5S104. Masson, Paris 2002.
29. **Haas DM.** Preterm birth ClinEvid. 2006 Jun ;(15):1966-85

30. **Cabrol D.** Classification des menaces d'accouchement prématuré : implication pour le traitement. *J GynecolObstetBiolReprod*1997 ; 26 (suppl. n°2) : 69. Masson, Paris 1997.
31. **Rozenberg A.** La tocolyse : utilisation des bêtamimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. Département d'obstétrique et gynécologique, CHU Poissy-Saint- Germain. *J GynécolObstétBiolRéprod* 2001 ; 30 : 221-230.
32. **D'Ercole C., Bretelle F., Shojai R., Desbriere R., Boubli L.** Tocolyse : indications et contre-indications. Quand commencer ? Comment arrêter ? *J GynecolObstetReprod* 2002 ; 31 (suppl. au n° 7) : 5S84 – 5S95. Masson, Paris 2002.
33. **Bekkari Y., Lucas J., Beillat T., Chéret A., Dreyfus M.** Tocolyse par la Nifédipine. Utilisation en pratique courante *Gynécologie - Obstétrique & Fertilité* 2005 ; 33, 483 – 487. Elsevier
34. **Tsatsaris V., Goffinet F., Carbonne B., Abitayeh G., Cabrol D.** Tocolyse de première intention par la nifédipine. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 33 (2005) 263 – 265. ElsevierSAS.
35. **Lontsi Ngoulla G.R.** Utilisation de la Nifédipine dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré : essai clinique au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry. Thèse de Médecine Conakry 2007.
36. **Diallo S.** Menace d'accouchement prématuré : prise en charge par l'utilisation de la nifédipine au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Méd, Bamako, 2011; 11M266
37. **Nandita M., Christian V., Verma R.N., Desai V.** Maternal and fetal cardiovascular side effects of nifedipine and ritodrine used as tocolytics. *J ObstetGynecolIndia*2007 ; Vol 57, N°2.

38. **Kane J.** Etude épidémiologique et thérapeutique de la menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de Kadiolo. Thèse de Med, Bamako, 2011 ; 11M178
39. **Gabrol D, Amiel Tison C.** L'extraction prématurée du fœtus de moins de 1500 g. Rev Prat 1984 ; 34 : 3337-44.
40. **F. Gold.** Foetus et nouveau-né de petits poids de naissance Paris, Masson, 1993, -227 p
41. **A-Bourrillon; A. Casasoprana; JP Houragui; C. Job. Et al** PEDIATRIE Pour le praticien. Masson, 4ème édition : 1997, 47,8 : 822-826.
42. **BobosiSere, gbe G, MbongoZindamoyen AN, Diemer H, NadjiAdim F, Siopathis RMS.** Les nouveau-nés de faibles poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : devenir immédiat et pronostic. Med Afrique Noire 2000 ; 47 : 191-195.
43. **Aspect épidémiologique-clinique des urgences médicales en néonatalogie à Mahajanga Madagascar.** Revue d'anesthésie-Réanimation et de la médecine d'urgence. 2011 ; 3(1) : 27-31.
44. **Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A.** Preterm infants as young adults: A Swedish national cohort study. Pediatrics. 2007 Jul; 120(1): 70-7.
45. **Mohamed Mahmoud OIAbou.** Mortalité maternelle et fœtale par éclampsie à la maternité du centre hospitalier de Rosso du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2011. Université de Nouakchott.
46. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Naissances prématurées [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
47. CNFS. Prématurité [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/pathologies/premature>

48. Kayem G, Lorthe E, Doret M. Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré Management of preterm labor. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2016;45(10): 1364- 73. **Google Scholar**
49. Dalibon P. Traitement de la menace d'accouchement prématuré. *Actualités Pharmaceutiques.* 2017;56(566): 50-3.
50. Diallo S. MAP : prise en charge par l'utilisation de la nifedipine au service gyneco-obstetrique du centre de sante de référence de la commune V du district de BAMAKO. Thèse de Med Bamako 2003 ;
51. Nde Magassa B. Aspect épidémio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Thèse de Méd, Bamako, 2010 ; N°213
52. TRAORE F.- Etude épidemio clinique de l'accouchement prématuré Thèse med Bamako 2006, 76p;141.
53. Limat S, LansaWoronoff-Lemsi MC. Tocolytiques et menace d'accouchement prématuré. Dossier du NHIM. *Rev Eval Med.* 2002; 65: 10 – 7.
54. Olivier A, Aurélien D, Laurence F. Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané. Rapport d'évaluation technologique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2011) 40, 375-80.
55. Randriambola Natanaela. Facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré a l'HUGOB. Thèse Méd Antananarivo 2013 ; n°8521.
56. F Lett, A Belgy. Impact de la diminution des durées d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré. *La Revue Sage-Femme* (2013) 12, 196-2013.

ANNEXES

Fiche d'enquête

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRONOSTIQUES DE
L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE- OBSETRIQUE DU CHU DU POINT – G

QUETIONNAIRES

I- Identité :

{Q1} N° Fiche : / ____ /

{Q2} = Nom-----Prénom-----

{Q3} = Sexe : / ___ / 1 = Homme, 2 = Femme

{Q4} = N° des dossiers : / ___ / ___ /

II- Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

{Q5} = Age / ___ / ans 1 = 14 à 19 ans, 2 = 20 à 38 ans, 3 = \geq 39

{Q6} = Ethnie : / ____ / 1 = Bambara 2 = Peulh 3 = Soninké 4 = Sonrhäi 5 =
Dogon

6 = Malinké 7 = Senoufo, 8 = Autres

{Q7} = Etat matrimonial : / ____ / 1 = Mariée, 2 = Célibataire, 3 = Divorcée, 4
= Veuve

{Q8} = Niveau d'instruction : / ____ / 1 = Aucun, 2 = Primaire, 3 = Secondaire,
4 =

Supérieur, 5 = Alphabétisée, 6 = Autres

{Q9} = Profession : / ___ / 1 = Ménagère, 2 = Elève/ Etudiante, 3 = Commerçante,
4 =

Fonctionnaire, 5 = Autre

{Q10} = Profession du mari : /____/ 1= Cultivateur 2 = Ouvrier, 3 =
Elevé/Étudiant,

4 = Commerçant, 5 = Fonctionnaire, 6 = Autres

{Q11} = Provenance : /____/ 1 = Commune I-Commune VI(Bamako),2= (Hors
Bamako)

III- Admission :

{Q12} = Mode d'admission : // 1 = Venue d'elle-même, 2 = Référée {Q12a}

= pour les cas référés :

- Structure : /___/ 1 = CHU, 2 = CSREF, 3 = CSCOM, 4 = Autres
- Agent : // 1 = Médecin, 2 = Interne, 3 = Sagefemme, 4 = Infirmière obst, 5 =
Matrone, 6 = Autres à préciser
- Moyen de transport : /___/ 1 = Ambulance, 2 = Taxi, 3 = Voiture personnel, 4 =
Autres

{Q13} = Motif d'admission : /___/ 1 = CUD, 2 = RPM, 3 = Infection urinaire, 4 =
Placenta

Prævia 5 = HRP, 6 = Hydramnios, 7 = HTA grave non maitrise, 8 = RCIU, 9 =
Diabète mal

Équilibre ,10 = GG avec syndrome transfuseur transfuse ,11 = Hellp syndrome,
12 = Eclampsie, 13 = Autres à préciser

IV. Antécédents :

{Q14} = *Obstétricaux* :

{Q14a} = Gestité : /___/ / 1 = Primigeste, 2 = Pauci geste, 3 = Multi geste, 4 = Grande multi Geste

{Q14b} = Parité : /___/ / 1 = Nullipare, 2 = Primipare, 3 =Pauci pare, 4=Multipare, 5 =Grande multipare

{Q14c} = Enfant vivant : /___/ / 1 = 0, 2 = 1, 3 = 2 - 3, 4 = 4 - 6, 5 = > 6

{Q14d} = Enfant Décédé : /___/ / 1 = 0, 2 = 1, 3 = 2 - 3, 4 = 4 - 6, 5 = > 6

{Q14e} = Enfant Mort-né : /___/ / 1 = 0, 2 = 1, 3 = 2 - 3, 4 = 4 - 6, 5 = > 6

{Q14f} = ATCD d'avortement spontané : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q14g} = Antécédent d'accouchement prématuré:/___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q14h} =ATCD d'IVG : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q14i} = ATCD de déchirure du col : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q15} -Antécédents Chirurgicaux

{Q15a} = Césarienne : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q15b} = Laparotomie : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q15c} = Autres à préciser

{Q16} = Antécédents médicaux

{Q16a} = Paludisme:/___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q16b} = HTA : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q16c} =Diabète : /___/ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q16d} = Autres

V- Suivre de la grossesse :

{Q17} = Qualité de l'agent qui a suivi la CPN : /___/ 1 = Médecin, 2 = Sagefemme, 3 = Infirmière obstétricienne, 4 = Matrone 5 = thésard, 6 = Autres à préciser.....

{Q18} = Nombre de CPN : /___/ 1 = 0, 2 = 1-3, 3 = 4 ou plus

{Q19} = Age de la grossesse à la première CPN(SA) : /___/ 1 = 6-15 SA, 2 = 16 - 28 SA, 3 = 29 - 36SA + 6

{Q20} = Age actuel de la grossesse (SA) : /___/, 1 = 28 - 32 SA, 2 = 33 - 36 SA+ 6

{Q21} = Prophylaxie :

{Q21a} = SP : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21b} = Fer acide folique : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21c} = Antitétanique : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21d} = SP + VAT + FAF : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21e} = SP + FAF : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21f} = SP + VAT : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q21g} = Aucun : /___/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q22} = Lieu de la CPN : /___/ 1 = CHU, 2 = CS Réf, 3 = CSCOM, 4 = Autres a précisé

{Q23} = Tension artérielle : /___/ 1 = prise 2 = non prise

{Q24} = Pathologies associées à la grossesse : / ____ / 1 = Menace d'avortement, 2 = MAP 3 = Infection urinaire, 4 = Paludisme 5 = HRP, 6 = Eclampsie, 7 = Autre à préciser.....

{Q25} = Médicament pris pendant la grossesse :
/ _____ /

{Q26} = Qualité de la CPN : / _____ / 1 = 0, 2 = Bon, 3 = Moyenne, 4 = Mauvaise

VI- Examen à l'admission :

{Q27} = Taille : / ____ / m Poids : / ____ / Kg Pouls : / ____ / pul/mn

TA ----- / ----- mm hg Température : / ____ / degré C

{Q28} = H U : / ____ / ____ / ____ cm

{Q29} = Dilatation du col : / ____ / cm

{Q30} = Longueur du col : / ____ / 1 = Effacée, 2 = Mon effacée

{Q31} = Contractions utérines : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q31a} = Si oui : / ____ / 1 = Régulière, 2 = Irrégulière

{Q32} = Saignement : / ____ / 1 = Minimale, 2 = Modérée, 3 = Important

{Q33} = Poche des eaux : / ____ / 1 = Intacte, 2 = Fissuration haute,

3 = Rompue

{Q34} = Age de la grossesse : / ____ / 1 = 22 à 28 SA, 2 = 28 à 32SA+ 6j, 3 = 33 à 36SA+ 6j.

{Q35} = Présentation : / ____ / 1 = Céphalique, 2 = Siège, 3 = Transverse

Autres à préciser.....

{Q36} = BDCF : /_____/ 1 = Présent, 2 = Absent

{Q37} = Fréquence des BDCF : /_____/ 1 = < 120 ; 2 = 120 à 160 ; 3 = > 160

{Q38} = Liquide amniotique : /_____/ 1 = Clair, 2 = Teinte, 3 = Méconial, 4 = Sanglant

{Q39} = Evaluation de l'indice de MAP : /_____/ 1 = Supérieur à 6, 2 = Inferieur et ou égal à 6

VII- Examen complémentaires :

{Q 40} = BPN : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q41} = Groupage-Rhésus : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q42} = Test d'emmél : /_____/ 1 = Négatif, 2 = Positif, 3 = Non fait

{Q43} = Sérologie B83 : /_____/ 1 = Négatif, 2 = Positif, 3 = Non faite

{Q44} = Sérologie de la syphilis : /_____/ 1 = Négatif, 2 = Positif, 3 = Non faite

{Q45} = Toxoplasmose : /_____/ 1 = Négatif, 2 = Positif, 3 = Non faite

{Q46} = Echographie des 12 premières semaines : /_____/ 1 = Fait, 2 = Non fait

{Q47} = Echographie tardive : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q48} = ECBU : /_____/ 1 = Fait, 2 = Non fait si fait préciser le(s) germe(s)-
-

{Q49} = Autres examens à préciser

VIII-Conduite à tenir :

{Q50} = Patiente hospitalise pour MAP au service : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non,

3 = Tocolyse, 4 = antibiothérapie

{Q51} = Déclenchement du travail en cours d'hospitalisation : / _____ / 1 = Oui,
2 = Non

{Q52} = Indications du déclenchement :

{Q52a} = HTA grave : / _____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q52b} = Crise drépanocytaire : / _____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q52c} = Chorioamniotite : / _____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q53} = Transfusée : / _____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q54} = Durée d'hospitalisation : / _____ / 1 = ≤ 2 , 2 = 3, 3 = ≥ 4

{Q55} = Facteurs étiologiques : / _____ / 1 = Infections urinaires, 2 = Paludisme,
3 = Activité

Physique débordante, 4 = RPM, 5 = PP, 5 = HRP, 7 = Grossesse multiple, 8 =
Fibromyome,

9 = Malformation foéto-congénitale, 10 = Hydramnios, 11 = Autre à
préciser.....

IX- Accouchement :

{Q56} = Les modalités d'accouchement : / _____ / 1 = Spontanée, 2 = Induite

{Q57} = Voie d'accouchement :

{Q57a} = Voie basse : / _____ / 1 = Normale avec épisio ; 2 = Normale sans
épisio ; 3 = Instrumentale

{Q57a1} = Durée d'expulsion : / _____ / mn, 1 = < 10 , 2 = 10 - 20, 3 = 21 -30

{Q57a2} = Pathologie survenue pendant le travail : / _____ / 1 = Oui, 2 = Non

Si oui préciser: / ____ / 1 = SFA, 2 = Eclampsie, 3 = Travail prolongée
{Q57b} = Césarienne : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

Si oui l'indication: / ____ / 1 = SFA, 2 = Eclampsie, 3 = Travail prolongée

{Q58} = Hémorragie de la délivrance : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

Si oui quantité : / ____ / 1 = 500, 2 = 501-1000, 2 = 1001-2000, 3 = 2001-2500

X-Examen du nouveau-né :

{Q59} = Nombre : / ____ / 1 = 1, 2 = 2, Sexe : / ____ / 1 = M, 2 = F

PT : / ____ / cm 1 < 30, 2 > 30

{Q60} = Poids : / ____ / PC : / ____ / Taille : / ____ /

Apgar à la 1 ère minute : / ____ / Apgar à la 5ème minute : / ____ /

{Q61} = A-t-il été réanimé : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

Si oui préciser les indications :

{Q62} = Enfant référé à néonatalogie : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

{Q63} = Motif de référence : / ____ / 1 =- Petit poids de naissance, 2 =- Détresse respiratoire,

3 = Autres à préciser.....

{Q64} = Devenir du nouveau-né : / ____ / 1 = Vivant, 2 = Décédé 3= ROM

{Q65} = Morbidité du prématuré : / ____ / 1 = Infection, 2 = Détresse respiratoire, 3 = Souffrance cérébrale

{Q66} = Décès néonatal : / ____ / 1 = Oui, 2 = Non

Si oui causes du décès : /_____/ 1 = Infection, 2 = Détresse respiratoire, 3 =
Souffrance cérébrale

XI - Etat de la mère après l'accouchement :

{Q67} = Vivante : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q68} = Si vivante, complications : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q68a} = Si oui préciser: /___/ 1 = Hémorragie, 2 = Endométrite, 3 = Eclampsie,
4 = Autres à Préciser.....

{Q69} = Décédée : /_____/ 1 = Oui, 2 = Non

{Q69a} = Si oui préciser la cause du décès : /_____/ 1= Hémorragie, 2 =
Eclampsie, 3 = Septicémie, 4 = Autres à
préciser.....

Fiche signalétique

Nom : NIMAGA

Prénom : Binafou

Titre de la Thèse : Aspects épidémiocliniques et pronostiques de l'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G

Année Universitaire : 2020-2021

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, Réanimation, Pédiatrie

Résumé

Six cents vingt-cinq accouchements prématurés recensés au service de Gynécologie obstétrique du CHU du Point-G du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017 ont fait l'objet d'une étude rétrospective, transversale et descriptive des aspects épidémiocliniques et pronostiques. La fréquence de l'accouchement prématuré était de 10,5%.

Dans 39,5% des cas il s'agissait d'une grande prématurité avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA.

Les facteurs de risque suivants étaient identifiés : la faible couverture prénatale (absence de CPN dans 20,5% des cas) ; 1 éclampsie, soit 32% des cas ; HRP avec 14,4% des cas ; le paludisme avec 12,8% des cas.

La mortalité néonatale et périnatale était 51,1%.

Il existait un lien entre la qualité de la prise en charge en amont et les facteurs pronostics péjoratifs.

Les mesures préventives devraient l'emporter sur les traitements curatifs, telles que l'amélioration de la qualité de vie, le renforcement du planning familial et de la surveillance stricte de la grossesse dès la conception. Mots-clés : Accouchement prématuré, Consultation prénatale, Mortalité périnatale et perinatale.

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'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE