

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un peuple - Un But - Une Foi**



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N° .....

## Thèse

**Accouchement prématuré au CSRéf de  
Kalaban-coro : Aspects épidémiocliniques,  
prise en charge et pronostic materno-foetal**

Présentée et soutenue publiquement le 13/06/2022  
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Koussé DIARRA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

## Jury

**Président :** Pr Niani MOUNKORO

**Membres :** Dr Amadou BOCOUM

**Co-directeur :** Dr Mamadou HAIDARA

**Directeur :** Pr Tioukani Augustin THERA

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS :**

Je dédie ce travail à Dieu, le Père, Tout puissant :« l'éternel est mon berger et je ne manquerai de rien »

Merci de m'avoir donné les moyens nécessaires pour réaliser ce modeste travail.

A Jésus Christ et à la toute Sainte Vierge Marie, vous ne cessez jamais d'exaucer nos prières. Amen !

A mon père : **Feu Samou DIARRA**, toi dont l'affection et le soutien ne m'ont jamais manqué, ton courage, ton sens humanitaire et tes conseils seront pour moi autant d'exemples dans la vie.

Dors en paix cher **PAPA**.

A ma mère, **Massaran MOUNKORO**, ce modeste travail ne suffit certes pas à apaiser tes souffrances endurées. Puisse -t-il cependant t'apporter la preuve que ces longues années de sacrifices ont été pour tes enfants une expérience enrichissante. Trouve dans ce travail mon indéfectible attachement.

A ma tante, **Kanou Antoinette Dembélé** qui m'a toujours considéré comme son propre fils. Les mots me manquent pour te remercier de ton soutien.

A mes **frères et sœurs**, mon souhait et mon souci de tous les jours sont d'être à votre image et de ne jamais vous décevoir. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon entière disponibilité.

A tous mes **oncles et à toutes mes tantes**, reconnaissance et gratitude.

A mes **cousins et cousines**, soyez rassurés de toute ma gratitude et de mon attachement indéfectible.

A mes **neveux et nièces**, toute mon amour et disponibilité n'y manqueraient pas.

Je profite de cette occasion solennelle pour adresser mes remerciements :

A ma famille d'accueil à San où j'ai effectué mes 03 ans du Lycée sans aucune difficulté qui pouvait entraver mes études. Merci pour tous les bienfaits tout au long de mon séjour.

Au **Dr GANABA Souleymane, Dr DAOU Bakary Z, DEMBELE Mamy, Dr Karim COULIBALY, Dr Fatoumata MAIGA, Dr SISSOKO Founéké, Dr TRAORE Mariam, Dr Dossé COULIBALY et au Dr DIARRA Joseph T**, vous nous aviez guidé les pas par vos multiples soutiens, les bonnes manières et vos conseils. Soyez rassurés que je vous serai éternellement reconnaissant.

Je leur dis merci pour leur disponibilité constante pendant toute la durée d'élaboration de ce travail.

Les mots me manquent pour exprimer avec la sincérité qu'il faut, les sentiments de gratitude qui m'animent. Sincères reconnaissances.

Aux internes, externes et amis

C'est dans les situations pénibles qu'on reconnaît les vrais amis et cela a été le cas, je ne finirai jamais de vous remercier.

Au **Dr GUINDO Issa**, médecin chef du CSRéf de kalaban-coro merci de m'avoir accepté au sein du centre, que j'apprenne au service, veuillez recevoir ma profonde gratitude.

A mes encadreur **Dr Mamadou HAIDARA, Dr Mahamoudou COULIBALY, Dr KONE Bocary Sidi, Mr Isaac COULIBALY**, la qualité de votre encadrement, de vos conseils, a fait de moi celui que je suis aujourd'hui, je n'ai été pour vous seulement un élève, mais aussi un fils, que le tout Puissant vous offre plus d'opportunité avec plein de succès et qu'il vous accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur, soyez rassuré de ma gratitude.

A tout le personnel de la maternité, je vous dis merci

A tout le personnel du CSRéf

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury,**

**Professeur Niani MOUNKORO**

- ✓ **Professeur titulaire de Gynécologie et obstétrique à la FMOS**
- ✓ **Chef de département de Gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Coordinateur du diplôme d'études spécialisés de gynécologie et Obstétrique du Mali**
- ✓ **Point focal national de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- ✓ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**
- ✓ **Officier de l'ordre du mérite de la Santé**

**Cher Maître**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations est l'objet de notre profonde admiration et votre présence dans ce jury est tout un honneur pour nous. Votre abord facile, votre disponibilité, votre sens élevé du travail bien fait forcent le respect. Trouvez ici, cher Maître toute notre reconnaissance et notre profond respect.

**A notre maître et Membre**

**Docteur Amadou BOCOUM**

- **Maitre-assistant en gynécologie et obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie et obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire cœlioscopie et Gynécologie ;**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie, Gynécologie et d'Obstétrique en France ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître,

Nous sommes plus que réjoui de vous avoir comme membre dans notre jury.

La spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté et apporté vos observations à ce travail nous a touchée.

Recevez cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **À notre maitre et Co-directeur**

**Dr Mamadou HAIDARA**

- **Gynécologue et obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie et obstétrique du CSRéf de Kalaban-Coro**
- **Chargé de recherche du CSRéf de Kalaban-Coro**
- **Membre de la SOMAGO**

### **Cher maître**

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail.

Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie d'être votre disciple.

Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez faite preuve à notre égard durant tout notre séjour.

Que Le Seigneur vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Tioukani Augustin THERA**

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie et obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- ✓ **Ancien chef de service de gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**

**Cher maître,**

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le diriger. Votre simplicité, votre dynamisme, votre souci du travail bien fait nous laissent le souvenir d'un maître exemplaire. Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération.

# **Table des matières**

## **Table des matières**

I-INTRODUCTION .....	1
OBJECTIFS.....	3
II-GENERALITES.....	5
III-METHODOLOGIE : .....	19
IV- RESULTATS .....	22
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	37
VI. CONCLUSION :.....	43
VII. RECOMMADATIONS :.....	44
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47
ANNEXES .....	i
FICHE D'ENQUETE.....	i
FICHE SIGNALITIQUE.....	vi

# **ABREVIATIONS**

## **Abréviations**

**AP** : Accouchement prématuré

**ATB** : Antibiotique

**ATCD** : Antécédents

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**BCF** : Bruits du cœur foetal

**BPN** : Bilan Prénatal

**Ca** : Calcium

**CRAP** : Coefficient de risque d'accouchement prématuré

**CRP** : Protéine C Réactive

**CPN** : Consultation prénatale

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CS Réf** : Centre de Santé de Référence

**DAO** : Diamine Oxydase

**DDR** : Date des dernières règles

**DES** : Distilbène

**ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**FCS** : Fausse Couche Spontanée

**Fig** : Figure

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie

**HTA** : Hypertension artérielle

**GE** : Goutte épaisse

**IMAP** : Indice de menace d'accouchement prématuré

**IMC** : Indice Masse corporelle

**K** : Potassium

**MAP** : Menace d'Accouchement Prématuré

**MgSO4** : Sulfate de Magnésium

**NFS** : Numération formule sanguine

**NNés** : Nouveau-Nés

**PA** : Pression artérielle

**PP** : Placenta Prævia

**RCIU** : Retard de Croissance Intra-Utérin

**RPM** : Rupture Prématurée des Membranes

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SFA** : Souffrance Foétale Aigue

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences

**%** : Pourcentage

# **INTRODUCTION**

## **I-INTRODUCTION**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée) [1]. Si l'accouchement se produit avant la 37ème semaine d'aménorrhée révolue on l'appelle accouchement prématuré, soit le 259ème jour d'aménorrhée. La limite inférieure est imprécise, les progrès de la néonatalogie l'abaissent à 26 voire à 24 semaines d'aménorrhée [2].

La fréquence de l'accouchement prématuré est élevée, variable suivant le lieu et l'époque. Elle dépend surtout de la prévention et du traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Le taux d'accouchement avant 37 SA varie dans les pays européens entre 5% et 7% [3].

Le taux de naissance prématurée aux États-Unis est le plus élevé dans les populations noires (13,8%), suivis des Amérindiennes/ Autochtones de l'Alaska (11,6%), des Hispaniques (9,6%), la race blanche (9,1%) et des insulaires d'Asie / Pacifique (8,7%) [3].

En Asie du Sud-est et en Afrique sub saharienne, le taux de naissance prématurée est de 12-13%, en 2010 [4].

Au Mali, selon les rapports de l'EDS VI de 2018, le taux de naissance prématurée était de 4,1%. En effet à Bamako, **Avodo M** [5] et **Diarra A** [6] ont rapporté respectivement une fréquence de 2,11% et 2,74% d'accouchement prématuré.

Vu l'absence de données sur l'accouchement prématuré dans le Centre de Santé de Référence de Kalaban-Coro, nous avons initié cette étude avec comme objectifs :

# **OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS**

### **- Objectif général**

➤ Etudier l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie et Obstétrique du CS Réf de Kalaban-Coro

### **- Objectifs spécifiques**

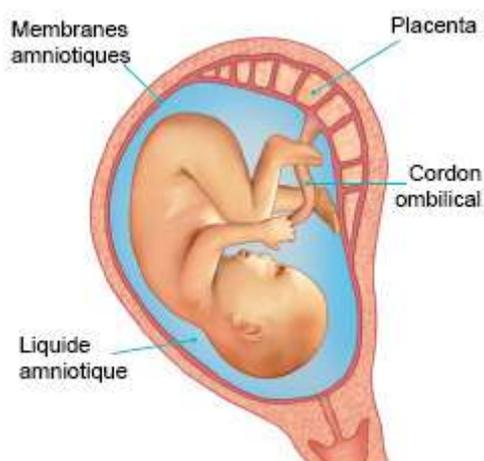
- Déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes
- Préciser les caractéristiques cliniques des patientes ;
- Décrire la prise en charge de l'accouchement prématuré ;
- Déterminer le pronostic materno-foetal ;

# **GENERALITES**

## **II-GENERALITES**

### **2-1. DEFINITIONS :**

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 SA) [1].
- L'accouchement prématuré est toute naissance survenant entre la 28ème et 37ème semaine d'aménorrhée révolue soit inférieur à 259 jours d'aménorrhée depuis le premier jour des règles.



**Schéma 1** : Utérus gravide

### **2-2. Epidémiologie :**

#### **2-2.1. Fréquence :**

Selon OMS en 2012, chaque année, quelque 15 millions de bébés dans le monde, soit plus d'une naissance sur dix, sont nés trop tôt, selon le rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées. L'AP est fréquent, 1 femme sur 5 sera hospitalisée pendant sa grossesse pour menace d'accouchement prématuré (MAP). Parmi ces femmes 1/3 accouchera avant 37SA. La prématurité est donc un problème important de Santé publique. Au Mali, sa fréquence est de 9,1 % au CHU Gabriel Touré.

Selon OMS, en Asie du sud-est et en Afrique sub saharienne, le taux est de 12-13%, en 2010 [7].

### **2-2.2. Facteurs de risque :**

Plusieurs facteurs ont été retenus entre autres :

- Les ATCD d'accouchement prématuré,
- Rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesses ou curetage), les grossesses multiples : triplets, gémellaires, malformation utérine,
- La Primiparité,
- L'Âge maternel inférieur à 21 ans et supérieur à 36 ans, taille inférieure à 1,50 mètres,
- Le niveau socio- économique défavorisé, activités physiques débordantes,
- Cardiopathie, anémie.

Un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établi par Papiernik, qui évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

L'addition des points donne un coefficient qui schématise le risque.

Si le CRAP est inférieur à 5, il n'y a pas de danger de prématurité

Si le CRAP est compris entre 5 et 10 le risque est potentiel

Si le CRAP est supérieur à 10 le risque est certain.

**TABLEAU I: COEFFICIENT DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE DE [9] PAPIERNIK**

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale. Condition socio-économique médiocre	Un curetage Court intervalle après grossesse, précédente (1 an entre accouchement et fécondation)	Travail à l'intérieur	Fatigue inhabituelle, prise de poids excessive
2	Grossesse illégitime, non hospitalisée en maison maternelle. Moins de 20 ans plus de 40 ans	Deux curettage	Plus de trois étages sans ascenseur, plus de 10 cigarettes par jour	Moins de 5kgs de prise de poids, albuminurie, tension artérielle : maxima supérieure à 13, minima supérieure à 8
3	Mauvaises conditions socio-économiques Moins de 1,5m, moins de 45kgs	Trois curettages ou plus utérus cylindrique	Long trajet quotidiens. Efforts inhabituels. Travail fatigant, grand voyage	Chute de poids le mois précédent, tête trop basse située pour un fœtus loin du terme segment inférieur déjà formé à une date éloignée du terme, siège à plus de sept mois
4	Moins de 18 ans			Pyélonéphrite, métrorragie du 2 <sup>ème</sup> trimestre, col court, utérus contractile
5		Malformation utérine, avortement tardif, accouchement prématuré		Grossesse gémellaire, placenta prævia, hydramnios.

## **2-3. ETIOLOGIE :**

### **2-3.1. CAUSES MATERNELLES :**

#### **2-3.1-1 CAUSES UTERINES :**

- **Béances cervico-isthmiques** : c'est l'incompétence du col qui s'ouvre précocement au cours de la grossesse. Le diagnostic repose essentiellement sur les antécédents : (fausse couche spontanée, tardive ou accouchement très prématuré en l'absence d'étiologie patente). L'existence d'une béance avérée impose des mesures préventives de repos et peut justifier la réalisation d'un cerclage (faufilage d'un fil non résorbable autour du col permettant de diminuer le risque d'ouverture prématurée).
- **Malformation utérine** : hypoplasie, utérus bicorne, utérus cloisonné. Exposition in-utero au distilbène (DES) : ce traitement a été prescrit à des femmes enceintes jusqu'en 1975 environ. Les filles de ces femmes traitées au DES peuvent présenter à des degrés divers des malformations utérines (hypoplasie utérus en T), cervicales (adénome vaginal, adénocarcinome vaginal).

#### **2-3.1-2 Infections :**

Parmi les infections celles qui intéressent l'arbre urinaire (pyélonéphrites aiguës ; subaiguës chroniques), méritent une mention spéciale. Un ECBU, une numération des corps microbiens par ml pour la recherche de la bactérie en cause sont nécessaires. Infections vaginales ou cervico-vaginales ascendantes, les infections cervico-vaginales sont responsables d'une réaction inflammatoire qui peut induire des contractions et des modifications du col utérin. Les germes les plus fréquemment en cause sont : streptocoque bêta-hémolytique, E. coli, les bacilles gram négatif, la vaginose bactérienne n'est pas une vaginite c'est un déséquilibre de la flore vaginale normale avec disparition de la flore de Doderlein (lactobacilles, producteurs d'acide lactiques), elle est la conséquence d'une alcalisation du pH vaginal

(supérieur à 5,5) et favorise la prolifération de germes plus souvent anaérobies : Gardnerella vaginalis, pepto-streptococcus, mobilucuns, bactéroïdesflagilis, urea plasma, uréalycum.

Chorioamniotite (voir causes utérines).

Les autres infections sont :

- Cystite
- Toutes infections sévères Infection parasitaire : le paludisme.

Recherche d'affection inapparente comme la toxoplasmose ou la maladie des inclusions cytomégaliqes ou une infection à Rickettsie ou à Néorickettsie.

### **Autres causes :**

Les syndromes vasculo-rénaux sont souvent les causes d'accouchement prématuré. Le diabète : quand il s'accompagne d'hydramnios est une cause qui favorise la prématurité.

Les cardiopathies

**2-3.1-3 CAUSES DUES A L'ANOMALIES MORPHOLOGIQUES ET PHYSIOLOGIQUES GENERALES :** accouchement survient de façon prématurée chez les femmes de petite taille (inférieur à 1,5 mètres) ; les femmes maigres moins de 45 kg ; ou celles dont le poids n'augmente pas au cours de la grossesse.

### **2-3.2. CAUSES OVULAIRES :**

On entend par causes ovulaires tout ce qui dépend du fœtus et de ses annexes : placenta, membranes, liquide amniotique.

- **Causes fœtales :** les causes fœtales pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré sont : les grossesses multiples (jumeaux, triplets,...) certaines malformations fœtales notamment par le biais d'hydramnios (atrésie de l'œsophage, atrésie duodénale).

- **Causes liées aux membranes et au liquide amniotique :**

**Rupture prématurée des membranes :**

La rupture prématurée (avant l'entrée en travail) de la poche des eaux lorsqu'elle survient avant 37 SA est un facteur de risque majeur d'accouchement prématuré, notamment d'origine infectieuse. La disparition de la barrière membranaire favorise l'infection ascendante à partir des germes vaginaux et la survenue d'une Chorioamniotite. Le diagnostic est évoqué devant un écoulement de liquide clair. Il peut être confirmé par un simple examen au spéculum relevant un écoulement de liquide provenant de l'orifice cervical. Dans certains cas le diagnostic peut être étayé par un test pH calorimétrique (le pH vaginal normal est acide, il devient alcalin en cas de rupture des membranes) ou par un test à la diamine oxydase (DAO).

**Chorioamniotite** : est une infection ovulaire ; elle survient le plus souvent après une rupture prématurée des membranes. Elle se traduit par l'existence d'au moins deux des signes suivants :

- Fièvre supérieure à 37,8°C,
- Tachycardie fœtale supérieure à 160 battements par minute,
- Hyperleucocytose supérieure à 18000,
- Présence de contractions utérines.

**Hydramnios** : c'est l'existence d'une quantité excessive de liquide amniotique. La sur dimension utérine qu'il provoque entraîne des contractions utérines et un accouchement prématuré. Le diagnostic peut être évoqué devant une hauteur utérine excessive et doit être confirmé par une échographie. Les causes d'hydramnios peuvent être maternelle (diabète gestationnel ou permanent) fœtales (malformation, myasthénie, myopathie) parfois idiopathiques.

• **Causes placentaires** : l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, compliqué ou non d'hémorragie ou d'ouverture de l'œuf, provoque souvent l'accouchement avant terme. L'hématome rétro-placentaire est responsable également d'accouchement prématuré.

## **2-4. DIADNOSTIC :**

### **2-4.1. DIAGNOSTI POSITIF :**

#### **INTERROGATOIRE :**

Est souvent constitués par : l'existence des contractions utérines : 2 ou 3 contractions utérines par période de 10 mn, involontaires, intermittentes et rythmés, progressives dans leur durée, intensité, fréquence et sont douloureuses. Coïncidant avec un durcissement de l'utérus, elles sont à distinguer des contractions physiologiques de **Braxton-X**, 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, 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.

#### **✓ SIGNES PHYSIQUES:**

- La perception des contractions utérines à la palpation ;
- Pertes glaireuses (bouchon muqueux)
- Au toucher vaginal le col est effacé, ramolli et dilaté,
- Le segment inférieur est amplifié ;
- La présentation appuie sur le col.
- Dilatation du col > 4 cm

✓ **EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

- L'échographie note un âge inférieur à 37SA. Elle donne l'âge de la grossesse plus de précision si elle est réalisée au 1<sup>er</sup> trimestre. Celle du 3<sup>e</sup> trimestre permet d'estimer le poids foetal.
- Le cardiotocographe met évidence des contractions utérines régulières.
- Les examens à visée diagnostic : la fibronectine, Alphafoetoprotéine, les cytokines (II1, II6 et TNFa)
- Les bilans biologiques : NFS, CRP, PV, ECBU, GE, Widal ou la coproculture.

✓ **EVOLUTION ET COMPLICATION :** l'évolution dépend d'âge de la grossesse, de la précocité et la qualité de la prise en charge.

Le prématuré est exposé à un certain nombre de complications qui sont :

- Les complications respiratoires et vasculaires, neurologiques sont les plus importantes à connaître d'un point de vue de santé publique.
- Les complications respiratoires : essentiellement la maladie de la membrane hyaline.
- Les complications vasculaires, neurologiques : en situation de risque (grande prématurité) elles doivent être dépistées systématiquement par l'échographie transfontanellaire. Elles sont essentiellement de deux types :
  - ✚ La pathologie veineuse : l'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire en est la traduction clinique la plus typique. Son taux d'incidence augmente avec l'importance de la prématurité ; globalement il avoisine les 25% au-dessous de 32 semaines. Seule les formes les plus étendues, c'est-à-dire avec dilatation ventriculaire ou « lésion parenchymateuse » associée comportent un risque évolutif mais elles sont rares.

✚ La pathologie artérielle : la 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 croît avec l'incidence de la prématurité, est aux environs de 10% au-dessous de 32 semaines d'aménorrhée, donc plus faible que celui de l'hémorragie sous épendymaire et intra ventriculaire.

- L'ictère du prématuré
- Les autres complications

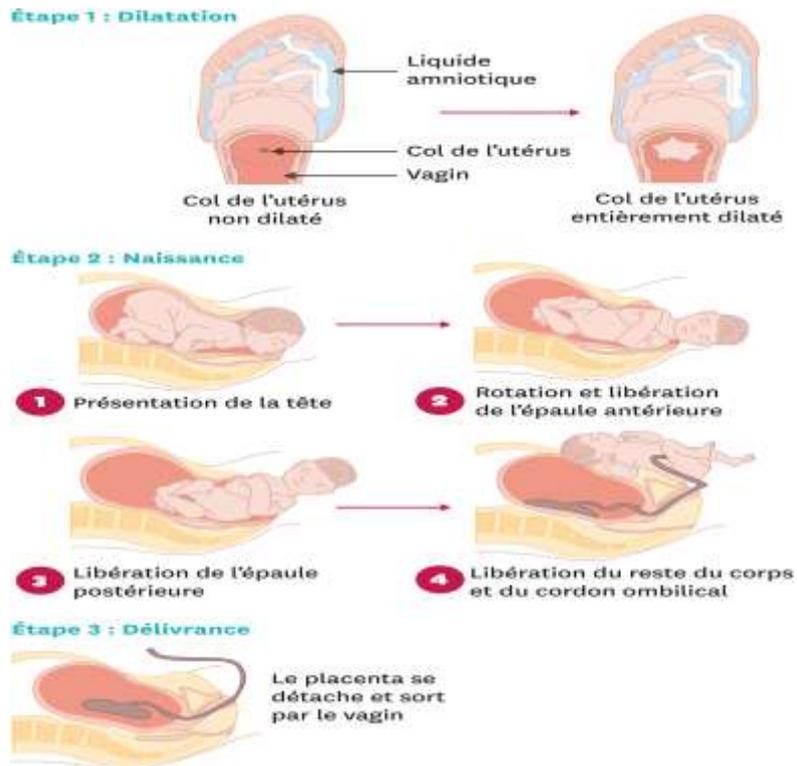
✚ L'hypothermie (température <35°C) avec les risques d'hypoglycémie, d'hypertension artérielle pulmonaire, de pathologie du surfactant secondaire et d'hémorragie péri et intra-ventriculaire.

L'anémie, pâleur plus évidente au niveau des muqueuses qu'au niveau des téguments.

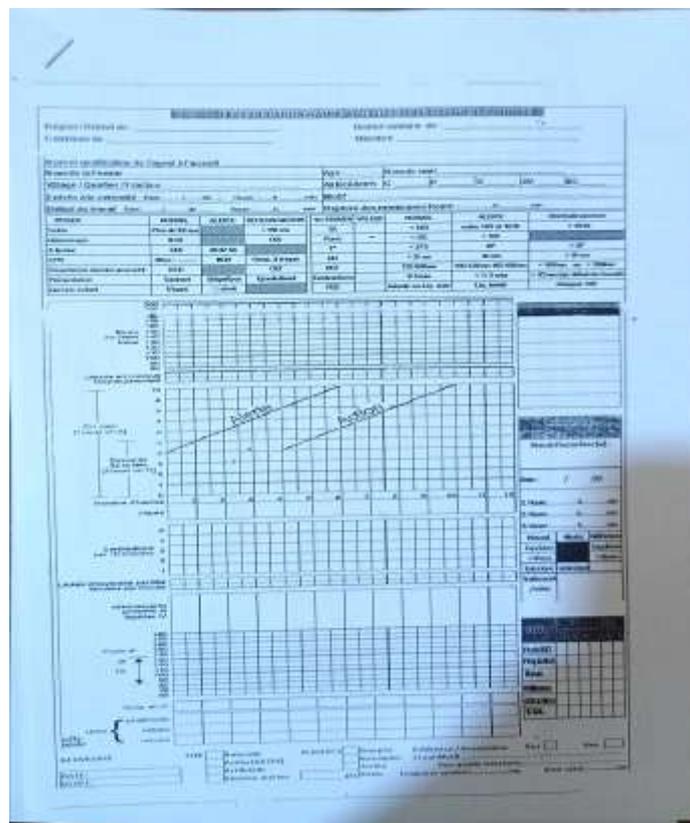
#### **2-4.2. MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE**

L'accouchement se déroule en trois périodes, toutes dépendant d'une bonne dynamique utérine :

- contractions utérines et modifications cervicales ;
- sortie du fœtus ;
- sortie des annexes.



**Schéma 2 : Mécanisme de l'accouchement**



**Schéma 4 : Le Partogramme**

**2-4.2. 1 Dynamique utérine** : Elle initie le travail. Ce sont des contractions du myomètre. Elles sont : involontaires ; rythmées ; douloureuses ; –totales (prenant l'ensemble de l'utérus). Leur fréquence est d'une par 15 à 20 minutes au début du travail, et d'une toutes les 2 à 3 minutes en fin de travail.

**2-4.2. 2 Modifications cervicales** : Elles associent un effacement et une dilatation du col.

- Effacement : raccourcissement jusqu'à ne plus sentir le relief cervical.

- Dilatation : ouverture de l'anneau cervical tel un diaphragme.

Ces deux étapes sont successives pour la femme primipare et simultanées pour la multipare.

**2-4.2.3 Sortie du fœtus** :

Descente dans la filière pelvienne grâce aux contractions utérines, moyennant une dilatation cervicale suffisante. Elle nécessite également des efforts expulsifs maternels.

**2-4.2.4 Sortie des annexes fœtales ou délivrance**

**2-4.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

- ❖ Contractions de Braxton X qui sont des contractions utérines 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.

- ❖ Travail d'accouchement sur grossesse à terme (erreur de calcul de l'âge gestationnel).

- ❖ RCIU

**2-4.4 PRISE EN CHARGE :**

**2-4.4.1. PRISE EN CHARGE PREVENTIVE :**

➤ Le dépistage et prise en charge des facteurs de risque

- Traitement chirurgical des malformations utérines, fibromes utérins etc ...
- Cerclage du col
- Traitements corrects des infections
- Traitement des syndromes vasculo-rénaux et autres pathologies
- Repos et traitement de la menace d'accouchement prématuré,
- Amélioration des conditions socio-économiques des femmes
- La prise en charge de la menace d'accouchement prématuré en tenant compte du score de Baumgarten

#### **2-4.4.1. PRISE EN CHARGE CURATIVE :**

##### **\* En salle de naissance :**

- Asepsie rigoureuse ; ne pas infecter, ne pas refroidir, et ne pas nuire.
- Le prématuré est accueilli dans un linge stérile préalablement réchauffé et déposé sur la table chauffante ;
- Aspiration douce des voies aériennes supérieures si nécessaire ; - Si détresse respiratoire : Oxygénothérapie, ventilation au masque voire intubation et transfert en unité de soins intensifs ;
- Si nouveau-né stable :
  - faire les Soins de routine (collyres, soins du cordon, vit K, mensurations) et vérification habituelle (choanes, œsophage, anus).
  - Placer une perfusion de SG10%.

Transférer le nouveau-né vers le service de néonatalogie dans un incubateur portatif pour respecter la chaîne du chaud.

##### **\* A l'unité de néonatalogie :**

- Mise en couveuse ;
- Bilan métabolique et infectieux ;
- Alimentation parentérale débutée à la naissance, alimentation entérale progressive en fonction de l'état du NNé ;
- Fiche de surveillance des constantes hémodynamiques et des complications ;

- Supplémentation :

\*en Vitamines dès le 7ème jour.

\*en fer 2mg/kg/j dès le 15ème jour jusqu'à diversification.

\*en Calcium



**Schéma 3** : Nouveau-né sous couveuse

**\*\* importance des soins de développement :**

- prise en charge individualisée, centrée sur le développement de l'enfant et sur sa famille
- Respect des rythmes biologiques de l'enfant, en particulier veille et sommeil
- Contrôle de l'environnement physique dans lequel il séjourne (bruit, lumière, stress ambiant)
  - Privilégier le contact mère-enfant par la peau à peau ou « méthode Kangourou » ;

**\*\*Encourager l'allaitement maternel.**

# **METHODOLOGIE**

### **III-METHODOLOGIE :**

#### **3-1- Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de référence de Kalaban-Coro crée le 9 Juillet 2013 qui couvre un ensemble de 14 CScom.

#### **3-2-Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale analytique.

#### **3-3-Période d'étude :**

L'étude s'est étendue sur une période de 2 ans du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018

#### **3-4-Population d'étude :**

Elle était constituée de l'ensemble des parturientes admises dans le service de gynéco-obstétrique de Kalaban-Coro pendant la période d'étude.

#### **3-5-Echantillonnage :**

##### **3-5-1-Critères d'inclusion :**

Toutes les parturientes ayant un âge gestationnel compris entre 28SA et 36SA+6jours et qui ont accouchée dans le service gynéco-obstétrique du CSRéf de Kalaban-oro durant la période d'étude et dont les dossiers sont exploitables

##### **3-5-2- Critères non d'inclusion :**

Toutes les parturientes ayant un âge gestationnel < à 28SA ou ≥ à 37SA et celles dont les dossiers étaient incomplets.

##### **3-5-3-Taille de l'échantillon :**

Nous avons procédé à un échantillonnage en adoptant la formule de Schwartz.

$$N = (z)^2 p (1 - p) / d^2$$

$$N = (2,575)^2 \times 0,0211(1-0,0211) / (0,07)^2 = 279$$

Considérant une fréquence de 2,11% selon **Avodo M**, la taille de l'échantillon nécessaire était de 279 avec un risque 5% et une précision de 7%. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif

incluant tous les accouchements prématurés au CSRéf de Kalaban-coro pendant la période d'étude, soit 325.

### **3-6-Variables :**

Les variables étudiées étaient :

-**Qualitatives** : le statut matrimonial, la profession, niveau d'instruction, le mode d'admission, le motif d'admission, les antécédents maternels, signes cliniques, les pathologies associées, le pronostic foetal.

-**Quantitatives** : l'âge, nombre d'accouchement, l'âge gestationnel, le score de Baumgarten.

### **4-7-Collecte des données :**

Le recueil des données a été rétrospectif, réalisé sur un questionnaire à partir des partogrammes, des registres d'accouchement, les dossiers obstétricaux, des registres de transfert de nouveau-né et des registres de césariennes.

### **3-8-Saisie et analyse des données :**

Le traitement et analyse des données ont été effectués sur les logiciels Word 2013, Excel, SPSS version 20, Epi info version7.

### **3-9-Définitions Opérationnelles:**

❖ **Gestité:** est le nombre de grossesse confirmée

❖ **Parité** : est le nombre d'accouchement après 22 SA

❖ **Age de la grossesse a été déterminé par :**

- La date des dernières règles
- Echographie surtout précoce
- Examen du nouveau-né

❖ **Accouchement prématuré** : c'est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques permettant la sortie du fœtus entre 28 à 36SA+6jours

# **RESULTATS**

## IV- RESULTATS

### 4-1-FRÉQUENCE :

Durant notre période d'étude 5278 accouchement ont été réalisés dans le service de gynéco-obstétrique du CS Réf de Kalaban-Coro parmi lesquels nous avons recensé 325 accouchements prématurés soit une fréquence de 6,16%.

### 4-2-Caractéristiques sociodémographiques :

**Tableau II :** répartition des gestantes selon l'âge

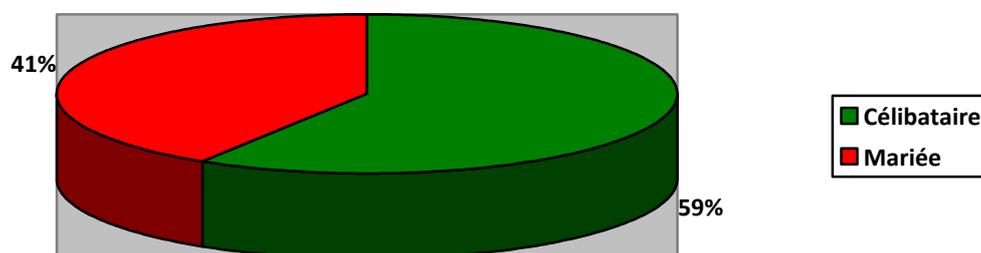
Age en année	Effectifs	%
≤19	85	26,00
<b>]20-29]</b>	<b>117</b>	<b>36,00</b>
]30-36]	81	25,00
≥36	42	13,00
Total	325	100

L'âge moyen des gestantes était de 26,5 ans avec des extrêmes de 19 et 37 ans.

**Tableau III :** répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectifs	%
<b>Femmes au foyer</b>	<b>263</b>	<b>81,00</b>
Aide-ménagère	13	4,00
Fonctionnaire	7	2,00
Elève	29	9,00
Commerçante	13	4,00
Total	325	100

Les femmes étaient les plus représentées soit 81% des cas.



**Fig 1** : répartition des gestantes selon le statut matrimonial  
Les célibataires étaient majoritaires soit **59%** des cas.

**Tableau IV** : répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs	%
<b>Non scolarisées</b>	<b>172</b>	<b>53,00</b>
Primaire	81	25,00
Secondaire	55	17,00
Supérieure	17	5,00
Total	325	100

La majorité des gestantes n'était pas scolarisée soit 53,00% des cas.

**Tableau V** : répartition des gestantes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	%
Référée	75	23,00
Evacuée	33	10,00
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>217</b>	<b>67,00</b>
Total	325	100

Plus de la moitié des cas sont venues d'elles-mêmes soit 67%

**Tableau VI** : répartition des gestantes selon la gestité

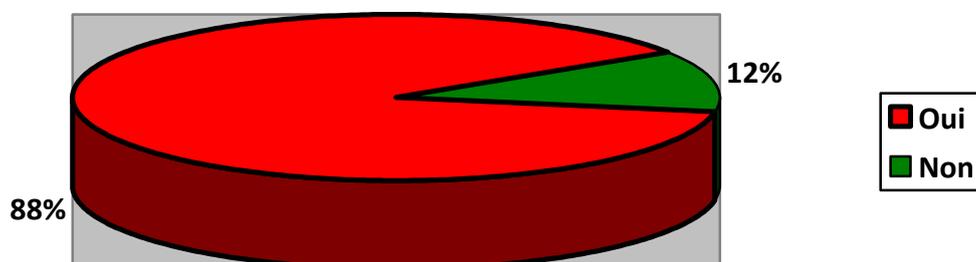
Gestité	Effectifs	%
<b>Primigeste</b>	<b>133</b>	<b>41,00</b>
Pauci geste	68	21
Multi geste	33	10,00
Grande multi geste	91	28,00
Total	325	100

Les primigestes étaient les plus représentées soit 41% suivies des grande multi gestes.

**Tableau VII** : répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectif	%
<b>Primipare</b>	<b>124</b>	<b>38,00</b>
Paucipare	65	20,00
Multipare	26	8,00
Grande multipare	110	34,00
Total	325	100

Les primipares ont donné, soit 38% des cas.



**Fig 3** : répartition des gestantes selon l'ATCD d'accouchement prématuré

La majorité des gestantes avaient un ATCD d'accouchement prématuré, soit 88% des cas.

**Tableau VIII** : répartition des gestantes selon les ATCD médicaux

ATCD Médicaux	Effectifs	%
<b>Paludisme</b>	<b>152</b>	<b>47,00</b>
HTA	23	7,00
Diabète	33	10,00
Autres	117	36,00
Total	325	100

**Autres:** Asthme, cardiopathies,....

Dans notre étude 47% des cas avaient un ATCD de paludisme.

**Tableau IX** : répartition des gestantes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Effectifs	%
Césarienne	23	7
Laparotomie	3	1
<b>AUCUNE</b>	<b>299</b>	<b>92</b>
Total	325	100

Parmi les 325 cas 92% n'avaient pas d'ATCD chirurgicaux.

## **4-3-Caractéristiques cliniques :**

**Tableau X :** répartition des gestantes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs
<b>CUD/grossesse</b>	<b>185</b>
RPM	39
Hémorragie	12
Hydramnios	4
HTA	85
Total	325

La plupart de nos gestantes est venue pour contractions utérines douloureuses sur grossesse.

**Tableau XI :** répartition des patientes selon le nombre de CPN

CPN	Effectifs	%
<b>0</b>	<b>169</b>	<b>52,00</b>
[1-3]	75	23,00
≥4	81	25,00
Total	325	100

Le nombre moyen de CPN était 2 avec des extrêmes 0 et 4.

**Tableau XII** : répartition des patientes selon les pathologies survenues au cours de la grossesse

Pathologies survenues au cours de la grossesse	Effectifs
Menace d'avortement	7
MAP	3
Infection urinaire	13
Paludisme	29
Anémie	85
<b>Pré-éclampsie</b>	<b>188</b>

Au cours de notre étude 58% des cas avaient fait la pré-éclampsie.

**Tableau XIII** : répartition des gestantes selon l'IMC.

IMC en kg/m <sup>2</sup>	Effectifs	%
<b>&lt;18,5</b>	<b>166</b>	<b>51,00</b>
[18,5-25[	84	26,00
[25-30]	39	12,00
[30-35]	36	11,00
Total	325	100%

L'IMC moyen était de 26,75 kg/m<sup>2</sup> avec des extrêmes de 18,5 et 35.

**Tableau XIV** : répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectifs	%
[28-31SA+6]	91	28,00
<b>[32-33SA+6]</b>	<b>214</b>	<b>66,00</b>
[34-36SA+6]	20	6,00
Total	325	100

L'âge moyen de la grossesse était de 32-33SA+6 avec des extrêmes de 28SA et 36SA+6jours.

**Tableau XV** : répartition des patientes selon la fréquence des BDCF à l'admission.

Fréquence des BDCF	Effectifs	%
0	29	9,00
<120	98	30,00
<b>[120-160]</b>	<b>130</b>	<b>40,00</b>
>160	68	21,00
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100</b>

Les parturientes qui avaient les BDCF entre 120-160 étaient majoritaires soit 40% des cas.

**Tableau XVI** : répartition des patientes selon l'indice de Baumgarten à l'admission.

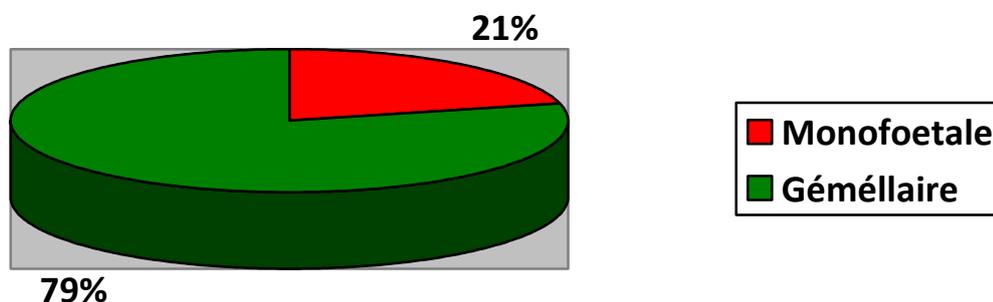
Indice de Baumgarten	Effectifs	%
<4	98	30,00
<b>4-6</b>	<b>198</b>	<b>61,00</b>
>6	29	9,00
Total	325	100

L'indice de Baumgarten était entre [4-6] chez 61% des cas.

**Tableau XVII** : répartition des parturientes selon le type présentation

Le type de presentation	Effectifs	%
<b>Céphalique</b>	<b>240</b>	<b>74,00</b>
Siège	65	20,00
Transversale	20	6,00
Total	325	100

La présentation était céphalique chez 74% des cas.



La grossesse gémellaire occupait 79% des cas.

**Figure 5** : répartition des gestantes selon le nombre de fœtus.

#### 4-4- Prise en charge :

**Tableau XVIII** : répartition des parturientes selon le traitement reçu à l'admission

Traitement reçu par à l'admission	Effectifs
ATBprophylaxie	25
MnSO4	305
Tocolytiques+ Corticothérapie	215

Celles qui avaient uniquement le sulfate de magnésium étaient les plus nombreuses.

**Tableau XIX :** répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	%
<b>Voie basse</b>	<b>276</b>	<b>85,00</b>
Césarienne	49	15,08
Total	325	100

La voie d'accouchement était la plus représentée, soit 85% des cas

**Tableau XX :** répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectifs	%
SFA	9	18,37
HRP	12	24,48
PP	7	14,28
<b>RPM/Utérus cicatriciel</b>	<b>13</b>	<b>26,53</b>
Dilatation stationnaire	8	16,32
Total	49	100

Parmi les césarisées, RPM/Utérus cicatriciel a été la plus indiquée avec 26,53% suivi de HRP avec 24,48%.

## 4-5-pronostic materno-foetal :

**Tableau XXI :** répartition des patientes selon les complications maternelles

Complications maternelles	Effectifs	%
<b>HPPI</b>	<b>171</b>	<b>46,15</b>
Infection puerpérale	154	44,92
Total	325	100

Les patientes ayant présentée l'hémorragie de la délivrance représentaient 46,15% des cas.

**Tableau XXII :** répartition des nouveau-nés le poids

Poids du Nouveau-né en g	Effectifs	%
<1000	144	27,43
<b>[1000-2000[</b>	<b>275</b>	<b>52,21</b>
≥2000	107	20,35
Total	526	100

Le poids moyen des nnés était de [1000-2000], soit 52,21% avec un extrême de 1000 et 2000g

**Tableau XXIV** : répartition des nouveau-nés selon la taille

Taille du Nouveau-né en Cm	Effectifs	%
<45	191	36,28
<b>[45-46]</b>	<b>335</b>	<b>63,72</b>
Total	526	100

L'intervalle de poids allant de [45-46] dominait avec 63,72% des cas.

**Tableau XXVII** : répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à 1<sup>er</sup> minute

APGAR à la 1 <sup>er</sup> min	Effectif	%
0	47	8,85
≤3	182	34,51
<b>[4-7]</b>	<b>237</b>	<b>45,14</b>
>7	60	11,50
Total	526	100

Dans notre étude 45% des NNés avaient un APGAR entre [4-7] avec 47 mort-nés soit 8,85%.

**Tableau XXVIII** : répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 5<sup>e</sup> minute

APGAR à la 5 <sup>e</sup> minute	Effectif	%
≤3	19	3,85
[4-7]	95	19,23
<b>&gt;7</b>	<b>380</b>	<b>76,92</b>
Total	494	100

A la 5<sup>e</sup> minute 76,92% des NNés avaient un APGAR>

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

**5-1- Approche méthodologique :** nous avons réalisé une étude transversale analytique avec collecte rétro des données sur une période de 2 ans allant de 2016-2018. Cette méthodologie nous a permis d'avoir un aperçu sur les accouchements prématurés.

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

- les dossiers obstétricaux non suffisamment renseignés ;
- le manque de fichier informatisé des dossiers ;
- la mauvaise conservation des dossiers obstétricaux.

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

**5-2-FREQUENCE :** notre étude nous a permis d'avoir sur 5278 accouchements, 325 cas d'accouchement prématuré, soit une fréquence de 6,16%. Cette fréquence est inférieure à celles de **Magassa B [2]** (9,31%) au CHU du Point-G, mais supérieure à celle de **Avodo M [5]** (2,11%) et de **Diarra A [6]** (2,74%). La faiblesse de notre fréquence est dû au plateau technique qui ne permet pas de prendre en charge certains cas (cas de menace d'accouchement sur grossesses de moins de 32 SA) d'où le transfert in utero au niveau du CHU Gabriel Touré et la faible affluence.

### **5-3- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

Dans notre étude l'âge moyen maternel était de 26,5 ans avec des extrêmes de 19 et 37 ans. La tranche d'âge la plus représentée est 20-29 ans avec 36%. Cependant, selon l'EDS VI, 36% des adolescents de 15-19 ans étaient déjà mères ou étaient enceintes au moment de leur enquête.

Les femmes au foyer représentaient 81% des cas. Ce taux est supérieur à celui de **Avodo M [5]** et **Magassa B [2]** qui ont rapportés respectivement (56%) et (66,5%) mais inférieur à celui rapporté par **Kane J [8]** avec 86,88%. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des femmes au foyer dans la population générale.

Dans notre étude **59%** des parturientes étaient des célibataires. Ce résultat est nettement supérieur à celui de **Togo A [10]** qui a rapporté 4,1%. Selon les auteurs de l'EDS VI édition 2018, 81% des femmes étaient mariées. Ce résultat pourrait s'expliquer par le mode de vie de la population et de la localité (la plupart de la population sont des exploitantes du sable au bord du fleuve ou qui viennent de différentes localités et n'ont pas de loge aire).

Les patientes non scolarisées représentaient 53% des cas. Ce résultat est comparable à ceux rapporté par **Avodo M [5]** (50%) et **Diabaté S [9]** (52,11%), supérieur à celui de **Belco B [11]** qui rapportait 46,1%. Notre taux s'explique par la baisse de la scolarisation des filles dans la population générale au Mali selon l'enquête sociodémographique réalisée en 2013 et ceci constitue un risque à la surveillance de la grossesse et au déroulement de l'accouchement.

Les primipares avec 38% des cas ont constitué la forte proportion dans notre série suivie des grandes multipares avec 34%. Ce résultat est proche **Avodo M [5]** qui a rapporté (39%) mais supérieur à celui de **Maiga H [4]** avec (26,1%). **Fatima B [12]** rapportent un taux supérieur au nôtre avec 80,68%. Cela s'explique par le fait que la primiparité et la grande multiparité constituent un facteur de risque de la prématurité.

L'antécédent de l'accouchement prématuré a été retrouvé chez 88% des cas. La césarienne a été retrouvée comme antécédent chirurgical chez 7% des cas tandis que 92% n'avaient aucun antécédent chirurgical.

Le paludisme domine les antécédents médicaux avec 47% des cas.

#### **5-4. Caractéristiques cliniques**

La majorité de nos parturientes a consulté pour contraction utérine douloureuse sur grossesse soit 57% des cas.

Dans notre étude 52% des cas n'avaient fait aucune CPN, 25% avaient fait 4 ou plus CPN. Notre résultat est supérieur à celui de **Sawadogo S [13]** et **Coulibay Y [14]** qui ont rapportés respectivement 38,5% et 33%. Aussi **PRAZUK et collaborateurs [15]** ont identifié la faible fréquentation des CPN Comme facteur de risque de l'accouchement prématuré. Cela pourrait s'expliquer par la baisse du niveau d'instruction et l'augmentation du nombre de grossesse dans notre population d'étude.

L'analyse de nos résultats a montré que 26% des cas ont manifestés une anémie, 4% une infection urinaire, 9% le paludisme, 3% une menace d'accouchement prématurée et 58% la pré-éclampsie. Cependant **Magassa B [2]** trouve 15,6% de cas d'HTA. Notre résultat peut expliquer par la non prise en charge de l'HTA dans les structures périphérique (CSCOM...).

L'accouchement prématuré a concerné la grossesse dont l'âge était compris entre 32-33SA+6jours avec 66% des cas. La moyenne était de 32,45SA avec des extrêmes de 28 à 36SA+6jours. Nos résultats sont proches de **Coulibaly Y [13]** qui rapporté 60%. **Coulibaly Z [16]**, au contraire a rapporté 43,33% des grossesses de 35-36SA+6jours. Le retard de l'admission et la non suivi de la grossesse peut expliquer nos résultats.

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

La menace était modérée à 61% des cas.

Il ressort dans notre étude : 79% de grossesses mono- fœtales et 21% de gémellaires. Nos sont inférieurs à ceux rapportés par **Hadiza Moutari Soule et al [17]** soit 91,24% pour le singletons et 8,29% pour les gémellaire et triplet.

## **5-5-Prise en charge :**

L'accouchement prématuré nécessite une prise en charge préventive et curative ; dans notre série en égard aux causes d'accouchement prématuré retrouvés dans notre étude, l'amélioration des réflexes archaïques par le Sulfate de magnésium a été adoptée chez 55,97% des cas. L'antibioprophylaxie a été pratiquée chez 4,59%. Cela s'explique par le fait que la plupart de nos accouchements étaient imminent

Afin de réduire le risque des membranes hyaline une corticothérapie a été instauré chez 39,44%. Nous sommes proche de ceux rapportés par **Maiga N S [18]** soit 33,33% mais supérieurs à ceux de **Diakité M [19]**, 24,40%. Nos résultats sont à égards de l'âge de la grossesse où la corticothérapie était nécessaire.

La majorité de nos patientes ont accouchées par voie basse soit 85% et ceci malgré qu'il ait des complications associées à la grossesse, l'accouchement par voie basse a été celui le plus préconisé.

La césarienne a été pratiquée chez 15% des cas. **Andriamady et al [20]** ont obtenu 20,9% de césarienne dans leur étudentt. Nos sont nettement inférieurs à ceux rapportés en **France [21]** et au **Maroc [22]** respectivement 74,9% et 62,5% de cas césarienne.

Cela peut s'expliquer par le manque du plateau technique qui nous obligeait à évacuer certains cas vers les centre du haut niveau élevé.

Les indications de césarienne ont été : SFA, HRP, PP, RPM/ utérus cicatriciel.

## **5-6- Pronostic materno-foetal :**

Dans notre étude nous avons enregistré 325 cas d'accouchement prématuré dont 526 prématurés parmi lesquels 8,85% de mort-nés, 34,51% en état de mort apparent et 45,14% avaient un APGAR morbide, 11,50% seulement avaient un APGAR nomal ( $\geq 7$ ).

Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par **Magassa B [2]** avec 33,9% qui avaient un APGAR morbide, mais proche de **Diarra A [6]** avec 40,18% d'APGAR morbide et 10,71% d'APGAR satisfaisant ( $\geq 7$ ). Cela pourrait s'expliquer par la non réalisation des CPN, la méconnaissance du travail d'accouchement par les parturientes et le bas niveau socio-économique.

Nous avons enregistré 52,21% de poids entre 1500-2000g. ce résultat est supérieur à celle de **Samassékou M K [23]** et de **Coulibaly Z [16]** qui ont rapporté respectivement 23,8% et 45,84% mais inférieur à celui rapporté par **Diakité F L [2]** avec 64,5%. Cette discordance s'explique par le fait que les structures de niveau trois **III** de la pyramide sanitaire au Mali reçoivent et hospitalisent les cas gande de prématurité.

# **CONCLUSION**

## **VI. CONCLUSION :**

L'accouchement prématuré est une urgence obstétricale et une situation fréquente dans notre contexte. Il concerne le plus souvent des femmes au foyer, jeunes, non scolarisées, primigestes et qui sont venues d'elle-même. Les patientes étaient admises entre 32SA et 33SA+6jours. Les facteurs influençant le pronostic des nouveau-nés étaient : la non réalisation de CPN, la parité, le terme de la grossesse.

# **RECOMMANDATION**

## **VII. RECOMMANDATIONS :**

Notre a étude nous permis de faire quelques recommandations, qui sont adressées :

### **Au ministère de la Santé**

- ✓ Renforcer la sensibilisation de la population pour une adhésion totale aux consultations prénatales à travers les médias ;
- ✓ Améliorer le plateau technique du service de néonatalogie du CSRéf de Kalaban-Coro ;

### **✓ Aux prestataires**

- ✓ Dépister dès la 1ère consultation les facteurs de risque d'accouchement prématuré à l'aide de scores préétablis comme le CRAP ;
- ✓ Faire une prise en charge adéquate des différentes pathologies pourvoyeuses de MAP ;
- ✓ Adopter la chimioprophylaxie et le MII pour prévenir le paludisme et ces complications pendant la grossesse.

### **Aux gestantes**

Faire le suivi prénatal dès le début de la grossesse avec respect des rendez-vous.

-

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1-Merger R, Levy J, Melchior J.** Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané. Précis Obstétrique, 6ème Edition, revue et augmentée. 1993 ; 225230.
- 2- Magassa B.** Aspects épidémio-cliniques de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point-G. Thèse méd 10M201.
- 3-Malika L D.** Les facteurs de risque de la naissance prématurée en Guyane Française. Thèse méd 20M33
- 4-Maiga H.** Profil épidemioclinique des nouveaux nés prématurés de l'unité kangourou de l'Hôpital de Sikasso. Thèse méd 20M23.
- 5-Avodo M.** Etude épidémiologique et clinique des accouchements prématurés au centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako. Thèse méd 15M229.
- 6-Diarra A.** Etude épidemio-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique de Bamako. Thèse méd 10M280.
- 7- Diarra I.** Petits poids de naissance, facteurs étiologique et pronostique foetal, immédiat au centre de santé communautaire de Banconi de la commune 1 du district de Bamako. Thèse Med Bamako 10M151.
- 8- Kané J.** Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la menace d'accouchement au centre de santé de Référence de Kadiolo ; Thèse 11méd178
- 9-Papiernik E.** Coefficient de risque d'accouchement prématuré (C.R.A. P) au CHU de Rouen. PresseMed.1969Avr26 ;(21)793-4

**10- Togo A.** Etude de la mortalité périnatale dans le service de gynéco-obstétrique du centre de Santé de référence de sikasso ; Thèse 11méd 206.

**11- Belco B.** Etude épidémioclinique des NNés prématurés de l'unité kangourou du CHU Gabriel Touré. Méd, 15M34.

**12-Fatima B.** Faible poids de naissance à l'EHS EB Gynécologie Obstétrique de Sidi Bel Abbes (Ouest de L'Algérie).

**13-Savadogo S.** Urgences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie et de l'obstétrique du CHU du Point G. Thèse méd ; 12M133.

**14-Coulibaly Y.** Place du paludisme dans les accouchements prématurés au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako à propos de 100 cas ; Thèse 11méd199.

**15- Prazuck T, Tall F, Roissinn AJ, Konfee F, Cot M, Lafaix C.** Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa). International journal of epidemiology, 1993 ; 22, 3, I, 88-91.

**16- Coulibaly Z.** Facteurs de risque des nouveau-nés prématurés dans le service de pédiatrie du CS Réf CI du district de Bamako, Thèse 20M52

**17-Hadiza Moutari Soule,** Epidémiologie, prise en charge et pronostic de la menace d'accouchement prématuré au service de gynéco-obstétrique II du CHU Hassan II de Faise Maroc : une étude rétrospective de 217 cas.

**18- Maiga N S.** Prevalence, prise en charge, et pronostic materno-foetal de l'accouchement prématuré les services de gynéco-obstétriques du CHU du Gabriel Touré et des CSRéf de CIII et CIV du district de Bamako, Thèse 18M19

**19-Diakité M.** Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la RPM au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako, Thèse 18M39

**20- Andriamady RCL, Rasamacliosa JM ; Rovaonarivoh H, Ranfalahye J.** Les Ruptures prématurés des membranes vues à la maternité de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antananarivo 1998 ; Arch Inst Paster Madagascar 1999 65 (2):100-02

**21- Geyl C, Claqueur E, Lambert J, Subtil D, Debarge V, Deruelle P.** Liens entre Prééclampsie et Retard de Croissance Intra-utérin. Gynecol Obstet Fertil 2014 ; 42 : 229-233.

**22- Chahid.N N, Boudana.S S, Kabiri M, Mrabet M, Knouni H, Karabach A.** Retentissement foetal et néonatal de l'hypertension artérielle gravidique : données marocaines. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2014 ; 27 (3) :111116.

**23- Samassékou M K.** Pronostic materno-foetal de la rupture prématurée des membranes à L'Hôpital Somine Dolo de Mopti. Bamako, Thèse 19M337.

**24- Bagayoko S.** Prématurité induite par hypertension artérielle grave associée à la grossesse : pronostic néonatal au centre de sante de référence de la commune v. Bamako, Thèse 19m325.

**25- Guindo A.** Aspects épidémio-cliniques et la prise en charge des nouveau-nés prématurés dans l'unité de néonatalogie de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Bamako, thèse 21M59

**26- Sangaré D.** Devenir immédiat des prématurés dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikassoe. Thèse de médecine FMOS ;2017 :98p

**27- Ouattara LB.** Profil épidémiologique et devenir à court terme. These de medicine Marrackech 2009 No88.

**28- S.Mouahid, H.Chafii.** Study of risk factors of neonatal mortality in the neonatology unit at Pagnon mother - child hospital in Meknes (Morocco) 2019 Volume 3 Issue 1, Page 75-80

# **ANNEXES**

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

I-Numéro d'Identification : .....

1-Age : /\_\_\_/\_\_\_/

3- Profession : /\_\_\_\_\_/

4-Statut matrimonial : /\_\_\_/ (1=mariée, 2=célibataire, 3=veuve, 4=divorcée)

5-Ethnie : /\_\_\_\_\_/

6- Résidence : /\_\_\_\_\_/

### II- ADMISSION

7- Mode d'admission : /\_\_\_/ (1=référée, 2=venue d'elle-même)

8- Motif d'admission : /\_\_\_/ 1=contraction utérine douloureuse sur grossesse 2=rupture prématurée des membranes 3=infection urinaire 4=hémorragie 5=hydramnios 6=autres : /\_\_\_\_\_/

### III- ANTECEDENTS

#### - Obstétricaux

9- Antécédent d'accouchement prématuré : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

10- Nombre de grossesses : /\_\_\_/\_\_\_/

11- Nombre d'enfant vivants : /\_\_\_/\_\_\_/

12- ATCD avortement spontané : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

13- ATCD d'IVG : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

14-ATCD de déchirure du col: /\_\_\_ / (1=Oui, 2=Non)

15-Intervalle inter-génésiq: /\_\_\_/ (1=< 1an, 2=1à2ans, 3=>à2ans)

- Médicaux

16- Paludisme : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

17- HTA : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

18- Diabète : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

19- Autres : /\_\_\_\_\_/

- Chirurgicaux

20- Césarienne : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

21- Laparotomie : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

22- Autres : /\_\_\_\_\_/

**IV- EXAMEN A L'ADMISSION**

23-Taille:/\_\_\_\_\_/ m      Poids:/\_\_\_\_\_/kg      TA:/\_\_\_\_\_/cmhg  
T°C:/\_\_\_\_\_/      Pouls:/\_\_\_\_\_/btt/mn

24- Dilatation du col : /\_\_\_/ (cm)

25- Longueur du col : /\_\_\_\_\_/ (1=effacé, 2=non effacé)

26- Contractions utérines : /\_\_\_/ (1=présente, 2=absente) 26a- Si présente : /\_\_\_/ (1=régulière, 2=irrégulière)

27- Saignement : /\_\_\_/ (1=minime, 2=modérée, 3=important)

28- Age de la grossesse : /\_\_\_/\_\_\_/ (SA)

29- Hauteur utérine : /\_\_\_/\_\_\_/

30- Présentation : /\_\_\_/ (1=céphalique, 2=siège, 3=transverse, 4=autre)

30a- Autre : /\_\_\_\_\_/

31- BDCF : /\_\_\_/ (1=présent, 2=absent)

32- Fréquence des BDCF : /\_\_\_\_\_/

33- Liquide amniotique : /\_\_\_/ (1=clair, 2=teinté, 3=méconial)

34- Evaluation de l'indice de Baumgarthen : /\_\_\_/ (1=supérieur à 6, 2=inférieur ou égal à 6)

## **V- CONSULTATIONS PRENATALES**

35-CPN:/\_\_\_\_\_/ (1=oui ; 2=non) Si oui nombre:/\_\_\_\_\_/

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

37-Lieu de la CPN:/\_\_\_\_\_/ (1=CHU, 2=CsRef, 3=CSCOM, 4=autres, 5=non précisé)

38-Tension artérielle:/\_\_\_\_\_/ (1=prise, 2=non prise)

39-Pathologies survenues pendant la grossesse:/\_\_\_\_\_/ (1=menace d'avortement, 2=MAP, 3=infection urinaire, 4=paludisme, 5=HRP, 6=éclampsie) 40-Médicaments pris pendant la grossesse:/\_\_\_\_\_/

## **VI- EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

42-BPN:/\_\_\_\_\_/ (1=oui ; 2=non)

43-Groupage rhésus:/\_\_\_\_\_/ (1=oui ; 2=non) Test d'emmél:/\_\_\_/ (1=négatif; 2=positif, 3=non fait)

44-Sérologie B83:/\_\_\_\_\_/ (1=négatif ; 2=positif, 3=non faite)

45-BW :/\_\_\_\_\_/ (1=négatif ; 2=positif, 3=non faite)

46-Toxoplasmose:/\_\_\_\_\_/ (1=négatif ; 2=positif, 3=non faite)

47- Echographie précoce : /\_\_\_/ (1=fait, 2=non fait)

48-Echographie tardive:/\_\_\_\_\_/ (1=oui ; 2=non)

49- ECBU : /\_\_\_/ (1=fait, 2=non fait)

Autres examens : / \_\_\_\_\_ /

## **VII- CONDUITE A TENIR**

50- Patiente hospitalisée pour MAP au service : /\_\_\_/ (1=tocolyse, 2=antibiothérapie)

- Déclenchement du travail en cours d'hospitalisation : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

- Transfusée : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

- Durée d'hospitalisation : /\_\_\_/ (jours)

- Facteurs étiologiques : /\_\_\_/ (1=infections urinaires, 2=paludisme, 3=activité physique débordante, 4=RPM, 5=PP, 6=HRP, 7=Grossesse multiple, 8=fibromyome, 9=malformation foeto- congénitale, 10=hydramnios)

## **VIII- ACCOUCHEMENT**

51- Voie d'accouchement : /\_\_\_/ (1=normale avec épisio, 2=normal sans épisio)

52- Durée d'expulsion : /\_\_\_/ (min)

53- Hémorragie de la délivrance : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non) 54- Césarienne: /\_\_\_/

## **IX- EXAMEN DU FOETUS**

55- Nombre: /\_\_\_/ Sexe: /\_\_\_/ (1=m ;2=f) Poids : /\_\_\_/ PC: /\_\_\_/ 49a- Taille Apgar à la 1ère minute : /\_\_\_/ Apgar à la 5ème minute

56- A-t-il été réanimé: /\_\_\_/ (1=oui, 2=non)

57- Enfant référé à l'HGT : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non)

58- Motif de référence : - Petit poids de naissance : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non) - Détresse respiratoire : /\_\_\_/ (1=Oui, 2=Non) - Autres : /\_\_\_\_\_/

59- Devenir de l'enfant : /\_\_\_/ (1=vivant, 2=décédé) 60-Décès néonatal : /\_\_\_/1 précoce

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom** : DIARRA

**Prénom** : Koussé

**Date de naissance** : 19 Avril 1993

**Tél** : 90-91-54-83/52-11-61-56

**Titre de la Thèse** : Accouchement prématuré au CSRéf de Kalaban-Coro : Aspects épidémiocliniques, prise en charge et pronostic materno-foetal

**Année Universitaire** : 2020-2021

**Ville de Soutenance**: Bamako

**Pays d'origine**: MALI

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

**Secteurs d'intérêt**: Gynécologie Obstétrique, Néonatalogie, Santé publique.

**Résumé** : il s'agissait d'une étude transversale analytique qui nous a permis d'enregistrer 325 cas d'accouchements prématurés au CSRéf de Kalaban-Coro du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2018. La fréquence d'accouchement prématuré était de 6,16 % soit 5278/325 (16,24). Notre profil moyen était celui d'une primipare âgée de 24,5 ans. Dans 66% des cas il s'agissait d'une prématurité modérée avec un âge gestationnel compris entre 32-33SA+6 jours.

Un certain nombre de facteurs de risques ont été identifiés : la non réalisation des CPN, la primiparité, le célibat, la non scolarisation, la Pré-éclampsie suivie de l'infection urinaire et le paludisme.

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.

## **CONCLUSION :**

L'accouchement prématuré est une urgence obstétricale et une situation fréquente dans notre contexte. Il concerne le plus souvent des femmes au foyer, jeunes, non scolarisées, primigestes et qui sont venues d'elle-même. Les patientes étaient admises entre 32SA et 33SA+6jours. Les facteurs influençant le pronostic des nouveau-nés étaient : la non réalisation des CPN, la parité, le terme de la grossesse.

**Mots-clés** : Accouchement prématuré, morbidité et mortalité périnatale, prise en charge.

## **INSTRUCTIONS**

**Name:** DIARRA

**First name:** Koussé

**Date of birth:** April 19, 1993

**Phone:** 90-91-54-83 / 52-11-61-56

**Thesis title:**

**University Year:** 2020-2021

**City of Defense:** Bamako

**Country of origin:** MALI

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine, and Odonto-Stomatology (FMPOS)

**Sectors of interest:** Obstetrics, Gynecology, Neonatology, Public health.

**Summary:** This was a descriptive and analytical cross-sectional study that enabled us to record 325 cases of premature deliveries at the Kalaban-Coro CSRéf from January 1, 2016 to December 31, 2018. The frequency of premature delivery was 6.16%.

Our average profile was that of a 31.5-year-old primipara. In 66% of cases it was a moderate prematurity with a gestational age between 32-33SA+6 days.

A number of risk factors have been identified: failure to perform ANC with, primiparity, celibacy, no schooling, pre-eclampsia followed by urinary tract infection and malaria with.

Preventive measures should take precedence over curative treatments, such as improving the quality of life, strengthening family planning and strict monitoring of pregnancy from conception.

## **CONCLUSION:**

Premature delivery is an obstetric emergency and a frequent situation in our context. It most often concerns housewives, young, uneducated, primigravidae and who have come on their own. The patients were generally admitted between 32SA and 33SA+6 days. The factors influencing the prognosis of newborns were: absence of CPN, parity, term of pregnancy.

**Keywords:** Premature delivery, perinatal morbidity and mortality, management.

## **SERMENT D'HYPOCRATE**

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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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!!!**