

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**  
\*\*\*\*\*

**REPUBLIQUE DU MALI**  
Un Peuple – Un But – Une Foi  
\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE: 2009-2010... N°...../**

**THEME:**

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DE  
L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE  
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO DE JANVIER  
2006 A DECEMBRE 2007 A PROPOS DE 195 CAS.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2010  
**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie**

Par

**Mr Abdoulaye Kadidia Diarra**

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

**Jury:**

**PRESIDENT:** Professeur Salif Diakité

**MEMBRE:** Docteur N'Diaye Maïmouna Diawara

**DIRECTEUR DE THESE :** Professeur Sy Assitan Sow

**CO-DIRECTEUR DE THESE :** Docteur Soumaré Modibo D

## **DEDICACES**

**Je dédie affectueusement ce travail à :**

**Allah le Tout Puissant.**

**Le Miséricordieux, le Très Miséricordieux,**

Louage à Allah, le Seigneur des mondes,

Le Miséricordieux, celui qui fait miséricorde

Souverain au jour du jugement dernier.

C'est toi que nous adorons, c'est toi dont nous implorons le secours.

Montre-nous le droit chemin.

Le chemin de ceux envers qui Tu t'es montré généreux, non le chemin de ceux qui ont encouru ta colère ; ni celui des égarés. Amen !

Toi qui m'as guidé mes pas chaque jour, merci pour cette volonté et ce courage que tu m'as donné. Aide moi par cette formation à sauver des vies et aussi peut être à apaiser des cœurs blessés.

**- Au Prophète Mohamed Rasouloulahi (Paix et Salut sur Lui).** Que la bénédiction et la paix de Dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille !

**Tous les nouveau-nés principalement ceux qui ont perdu la vie par suite de prématurité.**

**Mon père : feu Mahamadou Diarra**

Je suis fier d'être ton fils, vous vous êtes battus afin que nous puissions tous aller à l'école et vous avez su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour que vos enfants bénéficient de la meilleure éducation que vous puissiez leur offrir. Infatigable papa pour la réussite de ses enfants. Merci, que la terre te soit légère.

Trouve ici cher père la récompense de vos immenses sacrifices.

**Ma mère : Feue Kadidia Diarra**

Courageuse et dévouée, tu nous as entourés d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as endurés pour nous élever.

Tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu t'es toujours privée de tout pour que nous n'envions personne. Je ne saurai jamais te remercier assez. Ce travail est le fruit de tes efforts. Seul Dieu peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour nous. Merci, que Dieu le Tout Puissant pardonne tous les péchés que tu as commis. Que la terre te soit légère.

**Aux grands parents : Feu Yacouba Diarra et Feue Fatoumata Dembéle**

Vous avez été des personnes dévouées pour ma réussite, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous paie. Que votre âme repose en paix.

**Mes frères et sœurs : Amidou Diarra, Sinaly Diarra, Youssouf Diarra, Kadia Diarra, Ramata Diarra, Seydou Diarra.**

Vous avez tous été pour moi une chance, vous m'avez donné le goût de la fraternité. Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut tout au long de mes études.

Soyons et restons unis dans la vie, seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemi. Puisse le Tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le vôtre.

**A ma fiancée : Kadiatou Coulibaly**

Compagne fidèle de bons et mauvais jours, merci pour tout ce que tu fais pour moi et trouve ici l'expression de mon attachement.

Ce modeste travail est le fruit de ton courage. Que le Tout Puissant nous accorde longue vie, pleine de prospérité. Amen !

**A mon fils : Moustapha Diarra**

Je suis fier d'être ton père, je te souhaite une longue vie. Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde une vie meilleure.

**Au guide spirituel des Ançar Seid Chérif Ousmane Madani Haidara**

Votre qualité m'a beaucoup impressionné. Vous êtes un militant infatigable dans l'épanouissement de l'islam. Que le tout puissant vous accorde une longue vie.

## REMERCIEMENTS

### **Mes remerciements à :**

**Toute ma famille:** Adama Diarra, Moussa Diarra, Ousmane Diarra, Amidou Diarra, Feu Mamadou Diarra, Mama Diarra, Daouda Diarra, et mes petits frères et sœurs : Kadia, Bouba, Seydou, Fatoumata. Votre soutien a été déterminant dans le déroulement de mes études. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance

**Toute la famille Dembélé:** Fousseyni Dembélé, Ntonssoumé dit Gnaba Abdoulaye Dembélé et frères. Merci pour vos conseils et bénédictions.

**Mes cousins et cousines :** Djaminatou, Mama, Djèneba, Balla, Karim: Merci pour vos affections et vos soutiens tout au long de mes études.

Ce travail est le résultat de mon attachement et de mes sentiments pour vous.

**Mes Tantes :** Awa Koné, Mme Traoré Kadiatou Koné : merci pour votre soutien, ce travail est le vôtre.

### **Ma belle famille :**

Mme Coulibaly Sitan Diarra, Mm Coulibaly Awa Diarra, Boubacar Coulibaly, Abdoulaye Coulibaly, Drissa Coulibaly, Ami Coulibaly, Madou Coulibaly, Yaya Coulibaly.

Je ne sais sincèrement pas comment vous remercier, le mot merci étant si faible pour exprimer ma gratitude. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

**Mes Amis et Camarades :** Abdoulaye Dembélé, Boubacar Mariko, N'Tossoumé Dembélé, Modibo Boiré, Chaka Diarra, Nouhoum Diarra, Ibrahim Guindo, Ousmane Coulibaly, Dr Coulibaly Oumar S et sa fiancée Hourouma Sow, M'boullé Diallo, Mohamed Sidibé et sa fiancée, Ousmane Samaké.

Vos soutiens ont été déterminants dans le déroulement de mon enquête. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

**Docteur Ouattara Abdoulaye M : Spécialiste en chirurgie thoracique au CHU « Point G » et maître assistant :** Vous êtes un maître qu'on peut se confier de par votre disponibilité, votre simplicité et votre raisonnement scientifique. Soyez rassuré de mon profond respect et remerciement.

**Tout le personnel du CSREFCI,** notamment les Docteurs : Traoré Boubacar (Médecin-chef), Dr Soumaré Modibo (chef de service), Dr Dicko Modibo, Moussa Diallo, les sages-femmes : Mme Barry dite Tanti Mah (sage femme maîtresse), Mme Coulibaly Sali, Mme Bagayogo Astou, Mme Traoré Romaine, Germaine Dakouo et tous les faisant fonction d'internes.

**Tout le personnel de l'ASACODIAN :** le Médecin Chef et les Sages-femmes

**Tout le Personnel de l'ASACKO-NORD :** Dr Traoré S (médecin chef) et ses Sages femmes

**Mes aînés, promotionnaires et cadets :** Dr Konaré ; Dr Bamba, Dr Dogoni, Dr Diarra Salif, Dr Fomba, Dr Traoré Samba, Dr Samake Nouhoum : Merci

**Mes collègues et amis (es) de la FMPOS :** Dr Ouattara Abdoulaye, Dr N'Diaye

**Au corps professoral de la FMPOS, pour la qualité de l'enseignement**

**Tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation et/ ou à l'élaboration de ce travail.**

**Tout le bureau de la coordination locale et Nationale des thésards**

**Tous ceux qui manifestent des sentiments à mon égard.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury  
Professeur Salif Diakité,  
Professeur titulaire en gynécologie-  
obstétrique à la FMPOS  
Professeur en gynécologie-obstétrique au  
Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel  
Touré**

Nous avons été très marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Vos qualités humaines, votre compétence et votre expérience font de vous un maître sûr que la jeune génération aimerait longtemps avoir à ses côtés.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Que Dieu vous récompense pour votre effort.

**A notre maître et directrice de thèse**  
**Professeur SY Assitan SOW**  
**Professeur titulaire en Gynécologie**  
**Obstétrique à la Faculté de Médecine de**  
**pharmacie et d'Odontostomatologie.**  
**Présidente de la Société Malienne de**  
**Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)**  
**Chef de service de Gynécologie Obstétrique**  
**du CSRef C II.**  
**Chevalier de l'ordre national du mérite**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Cher maître nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité, votre abnégation associés à votre qualité de mère ont forcé notre admiration.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et notre sincère remerciement.

**A notre maître et juge**  
**Docteur NDiaye Maimouna Diawara**  
**Spécialiste en pédiatrie**  
**Maître assistant à la FMPOS**

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Cher maître nous avons été touchés par votre abord facile, votre disponibilité, votre grande simplicité. La clarté de votre raisonnement, votre caractère, votre compétence technique nous resterons toujours en mémoire. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect et remerciement

**A notre maître et co-directeur de thèse  
Docteur Soumaré Modibo Dianguiné  
Spécialiste en gynécologie-obstétrique  
Chef de service en gynécologie-obstétrique au  
CSRéfCI**

Cher maître vous m'avez créé un cadre idéal pour la réalisation de ce travail.

Vous avez beaucoup participé à notre formation de par vos critiques et votre qualité de raisonnement scientifique.

Recevez cher maître toute notre reconnaissance.

## **Abréviations**

AP : Accouchement prématuré

BDCF : Bruits du cœur foetal

Ca : Calcium

CRAP : Coefficient de risque d'accouchement prématuré

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CU : contraction utérine

DAO : Diamine oxydase

DES : Distilbène

ECBU : Examen Cytobactériologique des urines

FCS : Fausse couche

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

H.G.T : hôpital Gabriel Touré

HRP : hématome retro-placentaire

HTA : Hypertension artérielle

IMAP : Indice de menace d'accouchement prématuré

K : Potassium

LA : Liquide amniotique

MAP : Menace d'accouchement prématuré

Na : Sodium

Nné : Nouveau né

PP : Placenta prævia

PTME : Protection transmission mère enfant

RPM : Rupture prématuré des membranes

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

SA: Semaine d'aménorrhée

SIS: Système d'Information Sanitaire

USAC: Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil

## SOMMAIRE

Chapitre	page
I-Introduction : -----	1 à 3
-Objectifs : -----	4
II-GENERALITES: -----	5 à 25
III-METHODOLOGIE : -----	26 à 35
IV-RESULTATS : -----	36 à 52
V-COMMENTAIRES –DISCUSSIONS : -----	53 à 58
VI-CONCLUSION : -----	59 à 60
VII-RECOMMANDATIONS : -----	61 à 62
VIII- BIBLIOGRAPHIE : -----	63 à 69

# INTRODUCTION

## I INTRODUCTION

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes 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) [26]. Si l'accouchement se produit avant la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée révolue on l'appelle accouchement prématuré, soit le 259<sup>ème</sup> jour d'aménorrhée. La limite inférieure est imprécise: les progrès de la néonatalogie l'abaissent à 26 voire à 24 semaines d'aménorrhée. La prévention de l'accouchement prématuré est au premier rang des préoccupations de l'obstétrique tant est aléatoire l'avenir des prématurés. Cette prématurité constitue un facteur de risque important de morbidité et de mortalité néonatales, avec 65% de la mortalité périnatale globale ; elle est 30 fois plus importante que celle des enfants à terme. Chez les survivants, la proportion des séquelles psychomotrices et des retards intellectuels est élevée. [26]

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 de l'accouchement prématuré.

Malgré la baisse sensible du taux de mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar (8,2% naissances vivantes en 1994, 4,1% en 1995), la mortalité chez les prématurés est restée élevée de l'ordre de 65% [9]. Il a été rapporté une fréquence de 2,8% d'AP.

Au Mali, plusieurs études ont été réalisées sur l'accouchement prématuré :

-GARBA T [16] après une étude sur la prématurité a trouvé 5% comme fréquence ;

-DIAWARA M [12] en 1999 à l'Hôpital Gabriel Touré a eu une fréquence de 22,2%.

-SANOGO .T. C [37] en 2002-2003 au CSREF comV a eu une fréquence de 1,9%.

-Traoré F.M a rapporté 3,26%.

Un certain nombre de facteurs de risques extrêmement variés contribuent à la survenue de l'accouchement prématuré.

L'accouchement prématuré demeure encore une préoccupation constante dans la pratique obstétricale, d'où le présent travail qui a comme objectif:

## **-OBJECTIF GENERAL**

Etudier la prise en charge de l'accouchement prématuré au CSRef CI

## **-OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- préciser la fréquence de l'accouchement prématuré
  
- décrire les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des parturientes
  
- identifier les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré
  
- déterminer le pronostic foeto-maternel

## **II GENERALITES**

### **A- Définition :**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes 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 (28SA). [26]

- L'accouchement qui se produit entre le début de la 37<sup>ème</sup> semaine (259 jours) et la fin de la 42<sup>ème</sup> semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.
- L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures.
- Il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.
- L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est dirigé.
- Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale.
- L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal, dystocique dans le cas contraire.

### **Physiologie de l'accouchement:** [26]

L'accouchement comprend 3 périodes :

- La première correspond à l'effacement et la dilatation du col ;
- La deuxième à la sortie du fœtus (expulsion) ;
- La troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes) ou délivrance. Ces trois périodes portent le nom de travail.

### **2-1- Période d'effacement et de dilatation ou première phase du travail :**

- Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation du col est complète.

#### **a- Etude physiologique de la contraction utérine :**

Les méthodes d'enregistrement de la contraction utérine étudient les phénomènes mécaniques ou les phénomènes électriques.

⇒ **Phénomènes mécaniques :**

L'enregistrement par voie externe met en évidence la contraction par l'intermédiaire de la paroi abdominale sur laquelle est placé un capteur.

L'enregistrement de la pression amniotique par voie interne mesure l'activité globale de l'utérus ; donne les valeurs exactes de la pression amniotique, du tonus utérin et de l'intensité des contractions mais ne renseigne pas sur la topographie de l'activité utérine.

⇒ **phénomènes électriques :**

L'électrocardiographie se propose d'étudier l'activité du muscle utérin chez la femme en travail qu'il ne faut pas confondre avec les potentiels d'action de cellule musculaire isolée L'électrocardiographie n'est pas utilisée en pratique.

⇒ **Caractères chimiques de la contraction :**

La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate, en présence d'ions (Na, k, Ca).

⇒ **Régulation de l'activité utérine :**

L'activité contractile dépend de la contraction de chaque fibre et de la synchronisation entre fibres.

**b- Caractères chimiques de la contraction utérine :**

**b-1 - Le début de travail :** Il est en général franc, insidieux, marqué dans les jours précédents de la pesanteur pelvienne, 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 lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

**b-2- Les contractions utérines du travail :**

Une fois commencées, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Elles sont involontaires, intermittentes, rythmées, régulières et séparées par un

intervalle de durée variable d'abord long au début du travail (15 à 20 min) puis de plus en plus court (2 ou 3 min) 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 et 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.

### **b-3- Maturation du col :**

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

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

### **b-4-Effets de la contraction :**

La contraction utérine du travail a pour effet essentiel d'ouvrir le col ; puis de pousser le fœtus vers le bas, hors des voies vaginales.

#### **b-4-1- Effet sur l'utérus lui-même :**

##### **►L'ouverture de l'utérus :**

La formation et l'ampliation du segment inférieur ; l'effacement et la dilatation du col 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'oeuf :

✚ **Effacement** : Le col qui a gardé tout (3 à 4 cm) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourcit progressivement. Le degré d'effacement se mesure en centimètre de col restant. A 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 10cm (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 4cm.
- La deuxième ou phase de dilatation rapide est la phase active, va de 4 à 10cm.

Chez la primipare l'effacement et la dilatation sont successifs ; et sont simultanés chez le multipare.

#### **b-4-2- 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 lisse au toucher.

#### **b-4-3- Effets sur le mobile fœtal:**

La contraction a 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 comprend trois temps :

❖ **L'engagement** : c'est le franchissement du détroit supérieur.

Une présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre franchit l'aire du détroit supérieur.

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).

❖ **La descente qui s'accompagne de rotation :**

La présentation doit faire une rotation intra pelvienne telle qu'il amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur ; le sous pubo-coccygien. La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

❖ **Le dégagement :** C'est le franchissement du détroit inférieur.

Il faut que la dilatation soit complète, la présentation descendue et orientée, et que les membranes soient rompues.

**2-2- période d'expulsion :** Deuxième période du travail d'accouchement : Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Elle comprend deux phases :

- La première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation ;
- La seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

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

Sous l'influence simultanée de la contraction 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 grande circonférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

**2-3- Délivrance : 3<sup>ème</sup> période du travail :**

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Physiologiquement elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- **Décollement du placenta ;**
- **Expulsion du placenta ;**
- **Hémostase.**

Cliniquement elle comprend trois phases :

⇒ **Phase de rémission clinique** : c'est la sensation de bien être qui remplace 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.

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

### **3 - Pronostic de l'accouchement :**

- Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare.
- L'âge de la mère peut avoir une facilité du travail. S'agissant de primipares, les femmes de moins de trente ans sont en général celles qui accouchent le mieux.
- Le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que les contractions utérines sont de bonnes qualités, que le segment inférieur est mieux moulé sur la présentation, que les parties molles maternelles sont plus souples, que le volume du fœtus est plus voisin de la normale, que la position du fœtus est plus eutocique.

## **C- ACCOUCHEMENT PREMATURE : [26, 29]**

### **1- Définitions:**

- La survenue d'un accouchement entre la 28<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> SA révoquée réalise ce qu'il est convenu d'appeler un accouchement prématuré ;

- Dans les pays développés l'accouchement prématuré est tout accouchement survenant entre la 22<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> SA [26];

- La menace d'accouchement prématuré est l'existence de contractions utérines et de modification du col utérin entre la 28<sup>ème</sup> SA et 37<sup>ème</sup> SA.

La prématurité est classée-en :

-**Très grande prématurité:** l'âge gestationnel inférieure à 28 SA ;

- **Grande prématurité:** l'âge gestationnel est entre 28 à 32 SA ;

- **Prématurité :** l'âge gestationnel est entre 32 à 37 SA ;

La prévention de l'accouchement prématuré est au premier rang des préoccupations de l'obstétrique, tant est aléatoire l'avenir des prématurés. Leur mortalité représente 65% de la mortalité périnatale globale.

## **2- ETIOLOGIES :**

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 causes évidentes. On distingue des facteurs favorisants et les causes directes de l'accouchement prématuré.

### **2-1- Facteurs favorisants:**

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

-Primiparités ;

-Age maternel inférieur à 18 et supérieur à 35 ans ;

-Niveau socio-économique défavorisé ;

-Activités physiques débordantes.

### **2-2- Causes Gynéco obstétricales:**

#### **a- Causes Ovulaires :**

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

#### **a-1 Causes fœtales:**

Les causes fœtales pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré sont :

- Les grossesses multiples (jumeaux, triplés ...)
- Certaines malformations fœtales notamment par le biais d'hydramnios (atrésie de l'oesophage ; atrésie duodénale...).

## **a-2 Causes liées aux membranes et au liquide\_amniotique**

### **Rupture prématurée des membranes :**

L'ouverture 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 foetale supérieure à 160 battements par minute
- Hyper leucocytose supérieure à 18000
- Présence de contractions utérines

### **Hydramnios :**

L'hydramnios est l'existence d'une quantité excessive de liquide amniotique.

La surdimension 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 maternelles (diabète gestationnel ou permanent) ou fœtales (malformation, myasthénie, myopathie...) ; parfois idiopathiques.

#### **a- 3 Causes placentaires :**

L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur ; compliqué ou non d'hémorragie ou d'ouverture de l'oeuf, provoque souvent l'accouchement avant terme.

L'hématome rétro placentaire est responsable également d'accouchement prématuré.

#### **b- Causes Utérines :**

**b-1 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(s) couche(s) spontanée(s) tardive (s) 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).

**b-2 Malformation Utérine :** Hypoplasie, utérus bicorne, utérus cloisonné.

#### **b-3 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 (dénose vaginale, adénocarcinome vaginal).

#### **3- Causes Générales :**

##### **a- Infections: [29]**

Parmi les infections celles qui intéressent l'arbre urinaire (pyélonéphrites aiguës, subaiguës chroniques ou larvées) 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 B hémolytique du groupe B (streptocoque B), E. Colis; les bacilles Gram négatif et la vaginose bactérienne.

+ La vaginose bactérienne n'est pas une vaginite c'est un déséquilibre de la flore vaginale normale avec disparition de la flore de Döderlein (lactobacilles, producteurs d'acide lactique); elle est la conséquence d'une alcalinisation du PH vaginal (supérieur à 5.5); et favorise la prolifération de germes plus souvent anaérobies: Gardnerella Vaginalis; Pepto-Stretococcus, Mobiluncus, Bacteroïdes flagilis.

Urea plasma, Uréalyticum...

**Chorioamniotite :** (voir causes utérines)

**Les autres infections sont :** Cystites

**Toutes infections sévères**

**Infection parasitaire:** le paludisme; Recherche d'affection inapparente comme la toxoplasmose ou la maladie des inclusions cytomégaliennes ou une infection à Rickettsie ou à Néorickettsie.

**b- Les Syndromes Vasculo rénaux sont souvent causes** d'accouchement prématuré.

**c- Le diabète:** Quand il s'accompagne d'hydramnios, est une cause plus rare.

**d- Toute altération de l'état général :** Quelle que soit la cause favorise la prématurité !

**e- Les cardiopathies :**

**4 - Causes socio-économiques :**

La prématurité est plus fréquente dans les milieux défavorisés, favorisée par les mauvaises conditions de logement, l'absence de confort et en particulier d'ascenseur pour les femmes habitant à des étages élevés, aussi l'obligation de travaux pénibles professionnels ou ménagers surtout dans une famille nombreuse,

les longs trajets du domicile au lieu de travail dans l'inconfort et les secousses des transports, le rôle défavorable du célibataire et de l'abandon, les longs voyages en voiture, l'abus de tabac.

#### **5-Anomalies morphologiques et physiologiques générales :**

Accouchent souvent de façon prématurée les femmes de petite taille (Inférieure à 150cm) ; les femmes maigres ou celles dont le poids n'augmente pas au cours de la grossesse.

L'insuffisance du volume cardiaque, radiologiquement déterminée, a été invoquée dans la genèse de la prématurité.

#### **6- Antécédents obstétricaux :**

Les curetages, les accouchements prématurés antérieurs, les grossesses très rapprochées (moins d'un an) favorisent la prématurité.

Une place de plus en plus importante est accordée aux interruptions volontaires de la grossesse ayant pour conséquences les accouchements prématurés. Mais de nombreuses causes nous échappent encore, particulièrement d'éventuelles causes fœtales. Aujourd'hui encore les causes de 40% des accouchements prématurés restent inexplicables.

#### **7- Prématurité induite :**

IL s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par décision médicale devant une situation à risque de mort fœtale ou de séquelles pour l'enfant : Souffrance fœtale, retard de croissance intra utérine sévère... L'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne (PP hémorragique).

D'après ces données un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établi par PAPIERNIK [29] qui évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

Plusieurs facteurs sont retenus, cotés suivant leurs importances et classés en série. 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 CCRAP est supérieur à 10 le risque est certain.

**COEFFICIENT DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE [26 ; 29]**

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale. Conditions socio-économiques Médiocres.	Un curetage court intervalle après grossesse précédente (un an entre accouchement et fécondation).	Travail à l'extérieur.	Fatigue Inhabituelle. Prise de poids excessif
2	Grossesse illégitime non hospitalisé en maison maternelle. Moins de 20 ans, plus de 40 ans.	Deux curetages	Plus de trois étages sans Ascenseur. Plus de 10 cigarettes par jours.	Moins de 5Kg de prise de poids Albuminurie. Tension artérielle : Maxima supérieure à 13 ; Minima supérieure à 8.
3	Mauvaises conditions socioéconomiques : Moins de 1.5 m Moins de 45 Kg.	Trois curetages ou plus utérus cylindrique.	Long trajet quotidien. 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 la date éloignée du terme. Siège à plus de sept mois.
4	Moins de 18 ans			Pyélonéphrite. Métorragie du 2 <sup>ème</sup> trimestre. Col court. Utérus contractile.
5		Malformation utérine. Un avortement tardif. Un accouchement prématuré.		Grossesse gémellaire Placenta praevia. Hydramnios.

**D- Menace d'accouchement prématuré :**

**1- Signes fonctionnels :**

Les contractions utérines sont souvent typiques, ressenties par la patiente comme une douleur abdominale 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 la paroi de l'utérus. Elles sont à distinguer des contractions physiologiques de BRAXTON-HICKS, non douloureuses, irrégulières qui surviennent avec une fréquence d'une contraction toutes les quelques heures à 20 semaines d'aménorrhée, à 3 ou 4 par heures à 37 semaines d'aménorrhée. Les contractions peuvent aussi prendre une forme atypique : douleurs lombaires basses intermittentes non caractérisées, simple durcissement de la paroi abdominale sans sensation de douleur, de pesanteur pelvienne. La rupture de la poche des eaux 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 repentant ce qui laisse supposer une rupture haute des membranes qualifiée à tort de fissuration.

## **2 -Examens physiques :**

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 : longueur ; position ; consistance ; dilatation et hauteur de la présentation du fœtus. Au cours d'une grossesse normale, le col reste long ; postérieur ; tonique ; fermé et la présentation haute.

Au cours de la menace d'accouchement prématuré, le col se raccourcit, se ramollit s'ouvre et devient plus centré. Parallèlement, la présentation descend et le segment inférieur de l'utérus devient ample. Il est souhaitable d'enregistrer l'activité utérine et le rythme cardiaque fœtal pour avoir d'une part un document objectif de la menace de l'autre part 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. Un indice d'accouchement prématuré (IMAP) a été proposé BAUMGARTEN.

Il est obtenu en additionnant les points donnés à chaque signe. Lorsque le total est inférieur à 3 la menace est légère.

Au-dessus de 6, elle est sévère et les chances de succès du traitement sont restreintes.

**INDICE DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE SELON BAUMGARTEN [26]**

Points	0	1	2	3	4
Contractions Utérines	0	Irrégulière	Régulière		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture Basse
Métrorragies	0	Métrorragie peu importante	hémorragie		
Dilatation du col	0	1cm	2cm	3cm	4cm ou plus

L'évolution est variable. Le rythme contractile peut se préciser ; augmenter et provoquer la dilatation du col, ou au contraire s'espacer et disparaître, mais une nouvelle contraction peut survenir à plus ou moins longue échéance.

**3- Examens complémentaires :**

**Examens à visée diagnostique :**

La tocographie permet d'apprécier la fréquence des contractions utérines à l'aide d'un capteur mécanique placé sur l'abdomen de la patiente. L'échographie du col peut permettre de pallier 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.

#### □□ **Examens à viser étiologique :**

Bilan infectieux : prélèvement vaginal et ECBU systématiques.

□□ **Examen à viser préthérapeutique :** Lorsqu'un traitement par  $\beta$  mimétique est envisagé.

#### **4 -TRAITEMENT : [26,29]**

**a - Repos :** En cas de menace d'accouchement prématuré sévère terme précoce, col très modifié le repos est débuté en hospitalisation. En cas de menace modérée, le repos peut être institué à domicile, parfois avec des mesures de surveillances par une sage-femme ; en cas d'échec une hospitalisation est indispensable.

**b -Traitement de la cause :** Il est indispensable lorsqu'une cause a été mise en évidence.

Le bilan d'une menace d'accouchement prématuré comporte donc dans tous les cas, indépendamment de la clinique un prélèvement vaginal avec recherche de germes pathogènes et de vaginose bactérienne et un examen cytobactériologique des urines.

Les tocolytiques: traitement visant à arrêter ou à diminuer les contractions utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique. Les tocolytiques de référence jusqu'aujourd'hui sont les  $\beta$  sympathomimétiques (salbutamol).

Cependant, ces molécules présentent des effets secondaires parfois sévères et peuvent être responsables d'accident cardiovasculaires graves. Leur utilisation doit donc être précédée d'un bilan pré thérapeutique complet. D'autres molécules, d'utilisation plus simple, ayant moins d'effets secondaires et semblant aussi efficaces sont en cours de développement : les inhibiteurs calciques et les anti-ocytocines.

#### **b-1 Les $\beta$ mimétiques**

##### **Contre indications :**

- **absolues:** cardiopathie maternelle (valvulopathie, trouble de rythme, cardiomyopathie ; Hypocalcémie ; Hyperkaliémie) ;
- **Contre indication à la tocolyse :** chorioamniotite, hématome rétro placentaire... ; Hyperthyroïdie ;

- **relatives** : diabète (gestationnel ou non) mal équilibré ; métrorragies sévères d'origine indéterminée ; hypertension artérielle pré éclampsie sévère.

-**Effets secondaires** : tachycardie, tremblement, anxiété, dyspnée/polypnée.

-**Complications** : accidents hypokaliémie, hyperglycémie, troubles du rythme cardiaque, oedème aigu poumon, décès maternel.

-**Bilan pré thérapeutique** : interrogatoire (+++), auscultation Cardiaque (+++) électrocardiogramme, ionogramme sanguin, glycémie pour certains.

-**Mode d'administration, posologie** : le traitement est débuté par voie IV salbutamol [salbumol] : 5 ampoules dans 500mL de sérum physiologique ou de  $\beta$  21 (éviter le sérum glucosé qui favorise une hyperglycémie).

Débuter par une perfusion contrôlée (pompe cristallitique ou autre contrôleur de débit) à 25mL /h pendant 1h. Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions et doit être limité à la minimale efficace. Ne jamais dépasser une fréquence cardiaque maternelle de 120batt/min, même en cas d'inefficacité de la tocolyse.

Après 48h de traitement, si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par forme orale (salbutamol, 4 à 6 comprimés/j).

### **b-2 Inhibiteurs calciques :**

Les Inhibiteurs des canaux calciques ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses vasculaires et utérines. Leur utilisation comme tocolytique fait appel à la nifédipine par voie orale (Adalate 20 LP 1 comprimé 3 fois par jour ou chronadalate 1 comprimé 2 fois par jour) ou à la nicardipine par voie orale (Loxen 50 LP 1 comprimé 2 à 3 fois par jour) ou intraveineuse.

Les effets secondaires sont modérés et nécessitent exceptionnellement une interruption du traitement : flush, céphalées, veinite au point de perfusion (nicardipine), oedèmes, rarement hypotension.

L'efficacité semble au moins comparable à celle des  $\beta$  mimétiques

### **b-3 Anti-ocytocine**

Analogues de structure de l'ocytocine entrant en compétition au niveau de ces récepteurs, les anti-ocytocines ont obtenu très récemment l'autorisation de mise sur le marché.

Leur efficacité semble comparable à celle des  $\beta$  mimétiques mais leur tolérance est supérieure (moins d'interruption du traitement en rapport avec les effets secondaires).

#### **b-4 Autres tocolytiques:**

La progestérone naturelle a longtemps été utilisée alors que son efficacité n'a pas été démontrée formellement.

Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée.

Les antispasmodiques de type phloroglucinol (Spasfon) sont largement prescrits mais leur efficacité n'est nullement établie. Les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoires non stéroïdiens) sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets fœtaux potentiellement sévères : fermeture prématurée du canal artériel, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance rénale, oligoamnios. 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.

#### **c- Mesures visant à améliorer le pronostic néonatal en cas d'accouchement prématuré : [29]**

##### **□ Corticoïdes** (maturation pulmonaire foetale)

En cas d'accouchement prématuré, les principales complications néonatales sont respiratoires (maladie des membranes hyalines) et neurologiques (hémorragies intra ventriculaires).

L'administration de corticoïdes passant la barrière placentaire (bétaméthasone, dexaméthasone) en cas de menace 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 de corticoïdes sont rares** : chorioamniotite clinique, ulcère gastro-duodéal évolutif. La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre-indication absolue.

Le traitement s'administre par voie IM par cures de 48h, éventuellement répété une semaine plus tard.

□ **Transfert de maternité à niveau adapté** : Les maternités sont classées selon la possibilité de prise en charge pédiatrique depuis le niveau 1 (pas de néonatalogie) jusqu'au niveau 3 (présence d'unité de réanimation néonatale).

L'accueil d'un grand prématuré doit se faire, lorsque cela est matériellement possible, dans une maternité de niveau 3 afin de réduire le risque de complications néonatales. Un « transfert in utero » doit être organisé depuis une maternité de niveau 1 ou 2 vers un niveau 3 en cas de menace d'accouchement prématuré avant 32 SA.

#### **d- Prévention**

Certaines patientes sont à haut risque d'accouchement prématuré dès le début de grossesse :

- Antécédent d'accouchement prématuré ;
- Antécédent de rupture prématuré des membranes ;
- Antécédent de fausses couches tardives ;
- Malformation utérine ;
- Exposition in utero au Distilbène connu... (Facteurs de risque).

Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas :

- Modification des conditions de travail si possible ;
- Arrêt de travail précoce ;
- cerclage du col utérin en cas de béance.

#### **E- ACCOUCHEMENT PREMATURE : [26]**

L'accouchement prématuré étant la conséquence :

- soit d'une activité utérine anormale par son intensité ou sa fréquence
- soit d'une insuffisance de fermeture de l'appareil cervical, organique ou fonctionnelle,
- Soit l'association des deux.

La thérapeutique pourra agir sur l'un ou l'autre de ces facteurs.

#### **1- L'accouchement prématuré spontané :**

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 d'instaurer une thérapeutique.

□ **Le travail** : a certaines particularités. La rupture prématurée des membranes est fréquente, elle est souvent le mode de début du travail. Le fœtus se représente souvent par le siège n'ayant pas encore accompli sa maturation rapide. L'accommodation de la présentation, trop petite, est médiocre.

L'effet des contractions utérines, mêmes 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 cède brusquement ce qui explique les déchirures périnéales.

La conduite à tenir doit prendre en compte ces particularités,

le souci de l'obstétricien est de permettre une naissance le moins traumatique possible. La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être particulièrement attentive.

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

## **2- L'accouchement prématuré provoqué :**

La décision de faire naître prématurément un enfant est justifiée, lorsque le fœtus est menacé dans son existence ou dans son avenir ou qu'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 psychologique éclairée des parents et leur accompagnant.

Le taux des enfants extraits par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et de l'amélioration des conditions des services des prématurés face au risque de mortalité in utero de pathologies gravidiques.

Les indications sont avant toutes fœtales: Souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissances. Les éléments de décisions reposent sur le rythme fœtal cardiaque, la vitalité, le comportement du fœtus.

Elles peuvent être aussi maternelles : syndrome vasculo-renal, l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie. L'indication est souvent mixte, et materno-fœtale.

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

### **3 – COMPLICATIONS DE LA PREMATURITE**

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturité de certains organes de l'enfant né prématurément, quel que soit la cause de la naissance prématurée. Les complications respiratoires et vasculaires/neurologiques sont les plus importantes à connaître d'un point de vue de santé publique :

**3-1- Les complications respiratoires** : Sont essentiellement la maladie de la membrane hyaline.

**3-2- Les complications vasculaires/neurologiques** :

En situation de risque (Grande Prématurité), elles doivent être dépistées systématiquement par l'échographie trans-fontanelle. 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 SA ;

Seules 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 leucomalacie 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 SA, donc plus faible que celui de l'hémorragie sous épendymaire et intra-ventriculaire.

**3-3- l'ictère du prématuré**

**3-4 - Les autres complications :**

L'hypothermie ; l'anémie.

# METHODOLOGIE

### **III-METHODOLOGIE**

#### **1- Description du cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée en commune I du District de Bamako. L'ordonnance numéro 78\_32/CMLN du 18 Août 1978 qui fixait le statut du District de Bamako à la fois une circonscription administrative de l'état située au même niveau hiérarchique que la région, est une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. La même ordonnance créa les communes du District de Bamako.

- 🇲🇱 Commune I ;
- 🇲🇱 Commune II ;
- 🇲🇱 Commune III ;
- 🇲🇱 Commune IV ;
- 🇲🇱 Commune V ;
- 🇲🇱 Commune VI.

#### **1-1- La commune I du district de Bamako :**

##### **a) Situation de la commune :**

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle est limitée :

- 🇲🇱 Au Nord par le cercle de Kati ;
- 🇲🇱 Au Sud par le fleuve Niger ;
- 🇲🇱 A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités) ;
- 🇲🇱 A l'Est par le cercle de Koulikoro.

Elle comprend neuf (9) quartiers qui sont :

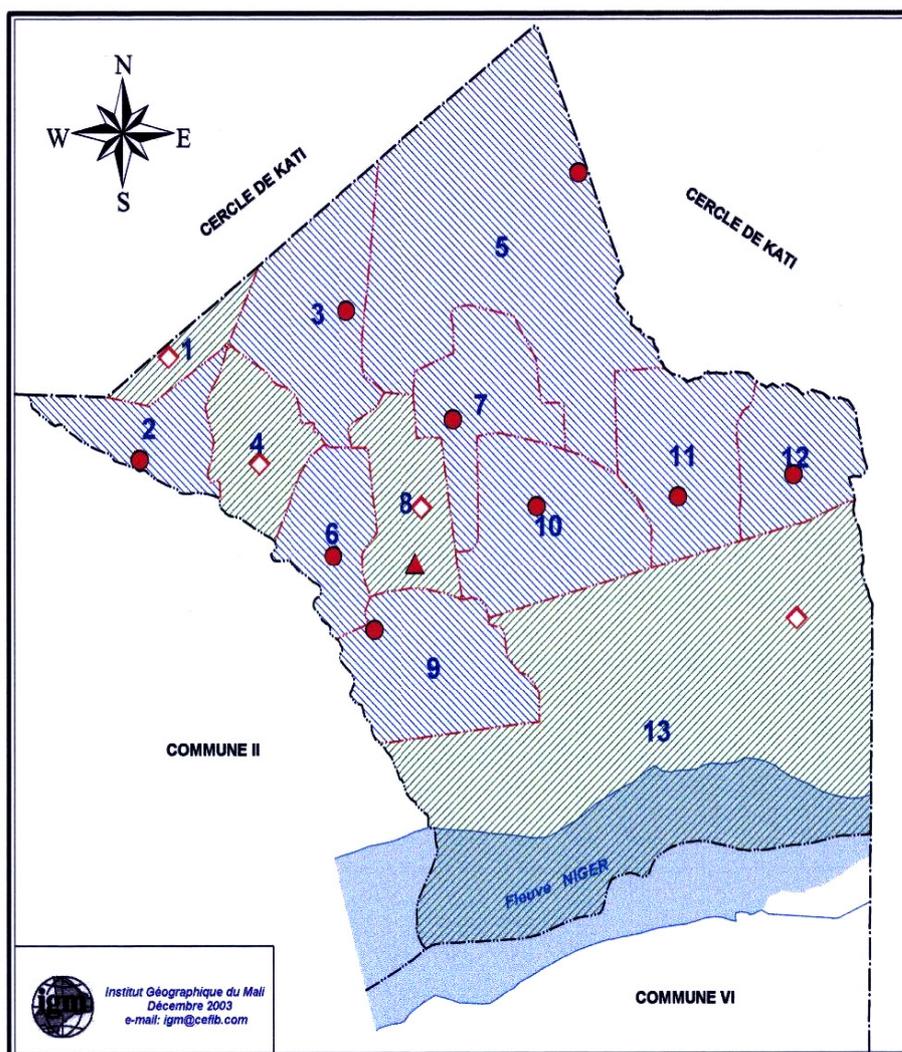
- 🇲🇱 Korofina (Nord et Sud) ;
- 🇲🇱 Djelibougou ;
- 🇲🇱 Boukassoumbougou ;

- 📍 Doumanzana ;
- 📍 Fadjiguila ;
- 📍 Banconi ;
- 📍 Sikoroni ;
- 📍 Sotuba.

Elle couvre une superficie de 34,26km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 261942 habitants soit une densité moyenne de 7331 hbts/km<sup>2</sup> (Recensement Général de la population /DNSI 2004).

## CARTE SANITAIRE THEORIQUE DE LA COMMUNE I

la com I de Bko



Institut Géographique du Mali  
Décembre 2003  
e-mail: igm@ceftb.com

### LEGENDE

-----	LIMITE DU DISTRICT
- - - - -	LIMITE DE COMMUNE
- · - · -	LIMITE D'AIRES DE SANTE
▨	AIRE DE SANTE OPERATIONNELLE
▩	AIRE DE SANTE A CREER
●	CSCOM opérationnel
▲	CSREF
◇	CSCOM à créer

### No DES AIRES DE SANTE

1. Sourakabougou	7. Fadjigula
2. Mekin - Sikoro	8. Korofina Nord
3. Diangulneougou	9. Korofina Sud - Salembougou II
4. Banconi Plateau - Layebougou	10. Djélibougou
5. Djoumanzana - Nafadji	11. Boulkassoumbougou II
6. ASACOBA (Banconi Flabougou, Salembougou I, Zekenekorougou)	12. Boulkassoumbougou I
	13. Sotuba

Echelle = 1 / 55 000



Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSRef C I)

### b) Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé de gouvernement et après le premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 qui avait prévu la création de onze aires de santé dont

dix (10) sont fonctionnelles ; un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CSREF, 10 CSCOM, des Cabinets et des Cliniques privés.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service social ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène
- La morgue.

**Le personnel est composé de :**

🚑 12 médecins dont un médecin chef, deux gynécologues obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux

chirurgiens, un agent de santé publique, 04 médecins généralistes ;

- ✚ 23 sages-femmes ;
- ✚ 07 assistants médicaux (4 Anesthésistes, 2 agents de la santé publique et un odonto-stomatologiste) ;
- ✚ 10 techniciens supérieurs spécialistes (deux (02) ophtalmologues, un anesthésiste, un odonto-stomatologiste, un agent de santé publique, deux (02) techniciens supérieurs spécialistes en ORL, trois (03) agents de laboratoire);
- ✚ 11 infirmiers (es) du 2<sup>ème</sup> cycle ;
- ✚ 08 infirmiers (es) du 1<sup>er</sup> cycle;
- ✚ 01 technicien de santé;
- ✚ 1 surveillant général;
- ✚ 3 infirmiers de bloc opératoire;
- ✚ 1 pharmacien;
- ✚ 15 matrones/ aides soignantes ;
- ✚ 03 comptables ;
- ✚ 03 chauffeurs ;
- ✚ 05 manœuvres ;
- ✚ 04 agents d'assainissement ;
- ✚ 02 gardiens ;
- ✚ 02 secrétaires ;

### **1-2- Le Service de Gynécologie et d'Obstétrique :**

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

#### **Ce service comprend :**

- Une salle de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques et les soins après avortement (SAA);
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les

suites de couches.

- Une unité de consultation prénatale et de PTME ;
- Une unité de planification familiale (PF) et consultation post-natale (CPON) ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
  - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits chacune;
  - ❖ Deux salles à deux (02) lits chacune ;
  - ❖ Une salle pour les faisant fonction d'internes;
  - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
  - ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
  - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales et chirurgicales ;
  - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
  - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
  - ❖ Une salle de réveil ;
  - ❖ Une salle de préparation des patients ;
  - ❖ Une salle de préparation des opérateurs ;
  - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
  - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

## **2- Type et période d'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007 soit une période de 24 mois.

## **3- Population d'étude**

Toutes les Gestantes admises dans le service pendant la période d'étude.

## **4- Echantillonnage**

### **\* Critères d'inclusion**

Gestantes reçues en salle d'accouchement à un terme compris entre 28 et 37 SA.

### **\* Critères de non inclusion**

Les avortements, les accouchements après 37SA révolues et les patientes ayant accouché en dehors de notre service.

### **5- Collecte des données**

Le recueil des données a été effectué à l'aide des supports suivants :

- questionnaires individuels (fiche d'enquête)
- registre des accouchements, et d'hospitalisation
- des partogrammes, le dossier obstétrical des parturientes et les carnets de CPN.
- registre de la néonatalogie
- L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 12
- La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Word

### **6- Tests statistiques :**

- Le test statistique a été le Khi2 et son intervalle de confiance.
- Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

### **7- Les difficultés rencontrées :**

- Nous avons été confrontés aux difficultés d'avoir des dossiers obstétricaux complets. Cependant avec l'aide des différents documents administratifs et médicaux plusieurs difficultés ont pu être surmontées.

Cependant ceci nous interpelle par rapport à la tenue des dossiers pour que les études ultérieures se passent dans les conditions les meilleures.

- Les problèmes financiers quant à la réalisation de ce travail (les photocopies, la saisie et le transport).

### **8-Aspects éthiques :**

Cette étude a été faite dans le but d'améliorer le pronostic de l'accouchement. Les dossiers ont été collectés et saisis dans la plus grande discrétion. Les résultats de ce travail seront à la disposition de tous les praticiens pour le bien-être des mères et de leurs nouveau-nés.

## 9- Définitions opératoires

- **Cas** : toute patiente rentrée pour MAP ou accouchée prématurément.
- **Variables** : Sont les paramètres qu'on se propose d'étudier par rapport à une population.
- **Le dossier complet et exploitable** : Est un dossier comportant la quasi-totalité des paramètres à étudier.
- **Venue d'elle-même** : gestante ou parturiente ou accouchée admise directement dans le service sans passer par un autre centre.
- **Référée** : toute gestante adressée par une structure de santé sans notion d'urgence.
- **Evacuée** : toute gestante adressée par une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- **L'adolescente** : toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission
- **La Gestité** est l'acte de faire une grossesse.
- **La parité** est l'acte de faire un accouchement.
- **Primipare** : il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement
- **Multipare** : une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 2 et 6.
- **Grande multipare** : une femme qui a fait plus de 6 accouchements.
- **La laparotomie** est une ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.
- **La césarienne** : est une intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus après une incision chirurgicale de l'utérus.
- **L'Apgar** est un score qui permet d'évaluer l'état du nouveau-né à la naissance.
- **HTA** : les tensions artérielles systoliques supérieures ou égales à 140mm Hg et ou diastoliques supérieures ou égales à 90mm Hg.
- **Pré-éclampsie** : état précédant l'apparition des convulsions éclamptiques et apparaissant au troisième trimestre de la grossesse, qui se manifeste par l'exagération de l'HTA et par l'apparition d'une albuminurie importante avec oligurie, de céphalées intenses, de

troubles digestifs (vomissements), de douleurs épigastriques (barre de Chaussier) et de troubles sensoriels oculaires (brouillard visuel, mouches volantes, amblyopie, diplopie...) ou auditifs (bourdonnements, vertiges).

- **RPM** : il s'agit d'une rupture spontanée de l'amnios et du chorion survenant en dehors du travail d'accouchement.
- **Activité physique débordante**: patiente ayant certaines activités (puiser et transporter de l'eau, vente ambulatoire, et la cuisine) sans aides ménagères.

# RESULTATS

## IV-Résultats

### **I- Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 Décembre 2007, nous avons enregistré 195 accouchements prématurés sur un total de 7107 accouchements soit une fréquence de 2,74%.

### **II-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

**Tableau I :** Répartition des patientes selon l'âge

Age (an)	Effectif	Pourcentage
14-19	51	26,15
20-38	140	71,80
≥39	4	2,05
Total	195	100

La tranche d'âge 20-38 représentait les 71,80% contre 26,15% de la tranche d'âge 14-19. La moyenne d'âge est de 26ans. Les âges extrêmes sont de 14 et 40ans.

**Tableau II :** répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	148	75,89
Vendeuse	12	6,15
étudiante et élève	21	10,76
Couturière	9	4,60
Enseignante	5	3,06
Total	195	100

75,89% représentaient les ménagères

**Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	179	91,79
Célibataire	16	8,21
Total	195	100

91,79% de nos patientes étaient mariées  
 P <0.05 donc on note une différence significative

**Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la résidence**

Résidence	Effectif	Pourcentage
CVI	1	0,51
CIII	2	1,02
CII	10	5,12
CI	144	73,84
hors Bamako	38	19,48
Total	195	100

73,84% de nos patientes résidaient dans la Commune I

**Tableau V:** Répartition des patientes en fonction de l'intervalle intergénéral

Intervalle intergénéral	Effectif	Pourcentage
Inf 12mois	37	18,97
12 à 24mois	51	26,15
25 à 37mois	23	11,79
38 à 50mois	8	4,10
51 à 63mois	5	2,56
64 à 76mois	1	0,51
77 à 89mois	1	0,5
Total	126	64,61

26,15% des Patientes avaient un Intervalle Intergénéral de 12 à 24 mois

### III-Clinique

#### 1-Mode d'admission

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuées	72	36,92
Venues d'elle-même	123	63,08
Total	195	100

Les patientes venues d'elle-même représentaient 63,08% contre 36,92% des référées. Le p est inférieur à 0,05 donc la différence est significative.

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
CUD sur grossesse	92	47,18
RPM	27	13,80
Métrorragie	1	0,51
PP	1	0,51
ancienne césarienne	1	0,51
Hyperthermie	3	1,54
Présentation siège	3	1,54
HTA	8	4,10
Anémie	4	2,05
HU excessive	46	23,59
procidence du cordon	7	3,59
Taille <1,50m	2	1,03
Total	195	100

47,18% des patientes étaient admises pour travail d'accouchement.

## 2-Antécédent

**TableauVIII:** Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestite	Effectif	Pourcentage
Primigeste	69	35,38
Multigeste	108	55,38
Grande Multigeste	18	9,24
Total	195	100

Les Multigestes représentaient 55,38% contre 35,38% des primigeste.

**Tableau IX :** Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	73	37,44
Multipare	111	56,92
Grande multipare	11	5,64
Total	195	100

56,92% étaient des Multipares contre 37,44% des Primipares.

**Tableau X :** Répartition des patientes selon l'antécédent d'accouchement prématuré (ATCD d'AP)

ATCD d'AP	Effectif	Pourcentage
Oui	26	13,33
Non	169	86,67
Total	195	100

86,67% des patientes n'avaient pas d'antécédent d'accouchement

**Tableau XI :** Répartition de l'âge des patientes en fonction de l'ATCD d'AP:

ATCD/ Age (an)	Oui	non	Total
14-19	3	49	52
20-38	23	116	139
≥39	0	4	4
Total	26	169	195

Dans la tranche d'âge 20-38 ans, 23 patientes avaient un ATCD d'AP contre 3 patientes dans la tranche d'âge 14-19 ans.

La différence est significative ( $p < 0,05$ )

**Tableau XII :** Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical

ATCD chirurgical	Effectif	Pour cent
Néant	178	91,28
Césarienne	11	5,64
Laparotomie	5	2,56
Thyroïdectomie	1	0,51
Total	195	100

91,28% des patientes n'avaient pas un ATCD chirurgical contre 5,64% des cas de césarienne.

**Tableau XIII:** Répartition des patientes selon l'antécédent médical

ATCD médical	Effectif	Pourcentage
Néant	167	85,64
HTA	21	10,77
Asthme	5	2,56
HIV	2	1,03
Total	195	100

85,64% des patientes n'avaient pas un ATCD médical.

### 3- Suivi prénatal

#### Surveillance de la grossesse actuelle

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon la réalisation de la C.P.N

C.P.N	Effectif	Pourcentage
Oui	159	81,54
Non	36	18,46
Total	195	100

81,03% des patientes avaient fait des C.P.N

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de C.P.N	Effectif	Pourcentage
0	36	18,46
1-3	113	57,95
≥4	46	23,59
Total	195	100

Les patientes avaient un nombre de C.P.N entre 1 à 3 dans 57,95%.

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon la longueur du col

Longueur du col	Effectif	Pourcentage
Court	19	9,74
Moyen	2	1,03
Efface	174	89,23
Total	195	100

La longueur du col était effacée dans 89,23%.

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Intactes	122	62,56
Rompues	73	37,44
Total	195	100

Les membranes étaient Intactes dans 62,56% des cas contre 37,44% des membranes Rompues.

**Tableau XVIII :** Répartition selon la fréquence des CU

Fréquence des CU	Effectif	Pourcentage
Absentes	5	2,56
Régulières	180	92,31
Irrégulières	10	5,13
Total	195	100

Les CU étaient régulières dans 92,31%.

**Tableau XIX :** Répartition selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
28-32SA	98	50,26
33-36SA	97	49,74
Total	195	100

50,26% des patientes avaient un terme de grossesse de 28-33SA

**Tableau XX** : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
< 20cm	5	2,60
20-30cm	151	77,40
> 30cm	39	20
Total	195	100

77,40% des patientes avaient une hauteur utérine de 20-30cm.

**Tableau XXI** : Répartition des patientes selon la fréquence des BDCF

Fréquence des BDCF	Effectif	Pourcentage
Absent	50	25,64
< 120	11	5,64
120-160	133	68,20
> 160	1	0,51
Total	195	100

Les BDCF étaient de 120-160 dans 68,20% et absents dans 25,64%.

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon l'aspect du L.A

L.A	Effectif	Pourcentage
Clair	131	67,18
Teinte verdâtre	25	12,82
Teinte jaunâtre	39	20,00
Total	195	100

Le L.A était teinté dans 32,82%.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes en fonction du type de grossesse

Type de grossesse	Effectif	Pourcentage
Mono foetal	166	85,13
Gémellaire	29	14,87
Total	195	100

85,13% étaient des grossesses mono-fœtales contre 14,87% des grossesses gémellaires.

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon mode d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
voie basse normale	181	92,82
Césarienne	13	6,67
Forceps	1	0,51
Total	195	100

92,82% des patientes ont accouché par la voie basse normale contre 6,67% par césarienne.

**Tableau XXV** : Répartition des patientes selon les facteurs étiologiques

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Infection urinaire	18	9,23
Paludisme	27	13,85
activité physique débordante	12	6,16
RPM	28	14,36
PP	8	4,10
HRP	22	11,28
Grossesse multiple	22	11,28
Malformation foetale	3	1,54
Fibrome + grossesse	1	0,51
Hydraminios	2	1,03
HTA	39	20
Béance cervicale	13	6,67
Total	195	100

La RPM représentait les 14,36%

#### IV Pronostic foetal

**Tableau XXVI** : Répartition des nnés en fonction de leur état à la naissance

Etat à la naissance	Effectif	Pourcentage
Vivants	170	75,89
Morts	54	24,11
Total	224	100

75,89% des nnés étaient vivants à la naissance contre 24,11% des morts nés

**Tableau XXVII:** Répartition des nés selon la taille

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
<46	198	88,39
≥47	26	11,61
Total	224	100

88,39% des nés avaient une taille <46 cm.

**Tableau XXVIII:** Répartition des nés selon le score d'Apgar à la naissance:

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0	54	24,11
1-3	48	21,43
4-6	98	43,75
≥ 7	24	10,71
Total	224	100

21,43% des nés avaient un score d'Apgar morbide (1-3) contre 10,71% de score d'Apgar satisfaisant (≥7) et 24,11% étaient des mort nés.

**Tableau XXIX:** Répartition des nés selon le poids

Poids (g)	Effectif	Pourcentage
< 1000	17	7,59
1000-1900	160	71,43
≥2000	47	20,98
Total	224	100

Les nés avaient un poids compris de 1000-1900g dans 71,43%.

**Tableau XXX:** Répartition du poids des nnés en fonction de la HU

Poids (g)/				
Hauteur utérine	<1000	1000-1900	≥2000	Total (%)
<20cm	3	2	0	5(2,23)
20-30cm	13	119	30	162(72,32)
≥ 30cm	1	39	17	57(25,45)
Total	17	160	47	224

Il existe une différence significative entre le poids des nnés et la HU (p<0,05)

**Tableau XXXI:** Répartition du poids des nnés en fonction de la taille

Taille/Poids (g)	< 46	≥47	Total (%)
< 1000	17	0	17(7,59)
1000-1900	150	10	160(71,43)
≥2000	31	16	47(20,98)
Total	198	26	224

Il existe une différence significative entre le poids des nnés et la taille (p<0,05)

**Tableau XXXII:** Relation entre le terme de la grossesse et le score d'Apgar

Terme de la grossesse/ Score d'Apgar	Score d'Apgar		Total
	28-32SA	32-36SA	
0	35	19	54
1-3	27	23	50
4-6	38	58	96
≥ 7	11	13	24
Total	111	113	224

Il existe une différence significative entre le terme de la grossesse et le score d'Apgar (p<0,05)

**Tableau XXXIII** : Répartition des nnés en fonction de leur référence à l'H.G.T

Nnés référés à l'H.G.T	Effectif	Pourcentage
Oui	133	59,37
Non	91	40,63
Total	224	100

59,37% des nnés avaient été référés à l'H.G.T

**Tableau XXXIV** : Répartition des nnés référés selon le motif de la référence

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
Petit poids de naissance	107	80,45
Détresse respiratoire	9	6,77
SFA	17	12,78
Total	133	100

80,45% des nnés étaient référés pour petit poids de naissance.

**Tableau XXXV**: Répartition des nnés vivants à la naissance en fonction de leur devenir

Devenir des Nnés	Effectif	Pourcentage
Vivants	104	61,18
Décédés	57	33,53
Non précis	9	5,29
Total	170	100

33,53% des nnés vivants à la naissance sont décédés.

**Tableau XXXVI:** Répartition des nnés décédés à l'H.G.T en fonction de la cause du décès

Motif du décès des Nnés	Effectif	Pourcentage
détresse respiratoire	15	28,85
Souffrance néonatale	27	51,92
Septicémie	5	9,62
Hémorragie	5	9,62
Total	52	100

51,92% des nnés sont décédés pour Souffrance néonatale contre 28,85% pour détresse respiratoire.

**Tableau XXXVII:** Répartition des nnés référés ou non en fonction du score d'Apgar:

Score /référés ou			
non	Oui	Non	Total
0	0	54	54
1-3	39	9	48
4-6	75	23	98
≥7	19	5	24
Total	133	91	224

56,39% des nnés référés avaient un score morbide. La différence est significative ( $p < 0.05$ ).

**Tableau XXXVIII:** Répartition des nnés référés ou non en fonction du poids:

Nnés référés à l'H.G.T/ Poids (g)	Oui	Non	Total
< 1000	4	13	17
1000-1900	106	54	160
≥2000	23	24	47

La différence est significative ( $p < 0.05$ ).

**Tableau XXXIX:** Répartition des nnés référés ou non en fonction de la taille

Taille/	<46	≥47	Total
Nnés référés			
Oui	120	13	133
Non	78	13	91
Total	198	26	224

-60,60%(120) des nnés référés avaient une taille <46cm contre

39,39%(78) des nnés non référés. La différence est significative ( $p < 0.05$ ).

#### V- Pronostic maternel

**Tableau XXXX :** Répartition des patientes selon la survenue d'une complication

Complication	effectifs	Fréquence
Oui	15	7,70
non	180	92,30
Total	195	100

92,30% des patientes n'avaient pas présenté de complications.

**Tableau XXXXI :** Répartition des parturientes selon le type de complication

Type de complication	Effectifs	Fréquence
Anémie	11	73,33
Preeclampsie	3	20,0
Septicémie	1	06,67
Total	15	100

L'anémie représentait les 73,33% des complications.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **V- COMMENTAIRE-DISCUSSION**

### **Fréquence**

L'accouchement prématuré est fréquent dans notre service. Sur 7107 accouchements en 24 mois, nous avons enregistré 195 accouchements prématurés, soit une fréquence de 2,74 %. Cette fréquence s'explique par des facteurs liés aux parturientes, aux facteurs médicaux, et aux facteurs socio-économiques.

Confrontée aux données de la littérature, notre fréquence est inférieure à celle de Garba T [16] à l'hôpital Gabriel Touré qui avait trouvé une fréquence de 5%, celle CISSE à Dakar avec 22,2% et à celle de Traoré F.M [41] au CSRef ComII avec 3,26%. Elle est supérieure à celle de Sanogo T. C [37] au CSRef ComV avec 1,9%. Notre taux pourrait s'expliquer par:

- l'ignorance des parturientes
- le manque de suivi prénatal
- les conditions socio-économiques défavorables des patientes

### **Les facteurs liés à la parturiente**

#### **1-Age-Parité**

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude correspondait bien à celle de la femme en pleine activité génitale. La moyenne d'âge était de 26ans avec les âges extrêmes de 14ans et 40ans.

Mais l'accouchement prématuré a été retrouvé chez l'adolescente et chez la femme âgée avec respectivement 26,15% et 5,64%. La femme dans nos traditions n'est valorisée que par le nombre d'enfants qu'elle possède, d'où sa procréation de l'adolescence jusqu'à l'âge avancé (40ans dans notre étude).

Comme l'ont souligné d'autres auteurs (30; 45): les conditions socio-économiques défavorables, l'ignorance, le célibat peuvent expliquer la fréquence élevée chez la primipare. Chez la multipare voire la grande multipare les grossesses nombreuses le souvent rapprochées « épuisent » la femme, de plus on pourrait associer à ce tableau le risque de malformation fœtale surtout si l'âge de la femme est avancé. Nos résultats sont voisins de ceux obtenus par des travaux de Sanogo T.C

[37] au CSREF comV avec une proportion de 37,3% chez les primipares et 41,7% chez les multipares.

## **2-Profession et statut matrimonial**

Dans notre étude 75,89% des patientes étaient des ménagères, le reste de la population d'étude était composé de vendeuses, d'étudiantes, coiffeuses etc....Nos résultats sont voisins de ceux de Diawara M [12] avec 76% et à ceux de Sanogo T. C [37] avec 77% et supérieurs à ceux de Traoré F.M [41] avec 58,8%, pour les ménagères. Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance des ménagères dans la population.

Dans notre étude 8,21% étaient des célibataires. Ce taux est voisin à celui obtenu par Sanogo T. C [37] avec 10% et inférieur à celui de Traoré F. M [41] avec 18,6%.

C'est ainsi que Sidibé B [38], Prazuk et Coll [30] ont identifié le célibat et les grossesses non désirées comme facteurs de risque d'accouchement prématuré.

## **3-Antécédents**

L'antécédent d'accouchement prématuré a été retrouvé dans 13,33% des cas. La plupart de ces femmes avaient au moins un antécédent d'accouchement prématuré dont la cause le plus souvent n'a pas été mise en évidence. En effet le manque de suivi de CPN de ces femmes pourrait être à l'origine de l'accouchement prématuré. Les causes (béances, malformation utérine) n'ont pas été traitées le plus souvent.

### **Facteurs médicaux**

#### **Consultation prénatale (CPN)**

Dans notre étude, 36 patientes n'ont fait aucune CPN soit 18,46%. Notre taux est inférieur à celui Garba T [16] avec 27,3% et de Traoré F.M [41] avec 27,5% des femmes qui n'ont effectué aucune CPN. La grossesse est mal suivie (<4CPN) chez 113 parturientes soit 57,95%, cela pourrait s'expliquer par l'ignorance, les grossesses non désirées et le manque de moyens financiers. Ainsi Prazuk et Coll [30] à Bobo-Dioulasso ont identifié la faible fréquence des CPN comme facteur de risque de l'accouchement prématuré. Alihonou [1] et Coll ont aussi montré que l'introduction d'un fichier comportant le paramètre du coefficient de

risque d'accouchement prématuré et son application systématique par le personnel en salle de CPN avait fait chuter de façon significative la prématurité au sein de la population à risque de 11,6% à 6,19% [1]

### **Pathologies associées à la grossesse**

L'analyse de nos résultats a montré que 9,23% de nos patientes présentaient une infection urinaire qui aurait entraîné une rupture prématurée des membranes (RPM).

Notre taux est inférieur à celui de Traoré F. M [41] au CSREF ComII avec 23,7%.

Ce pendant le paludisme et l'anémie maternelle jouerait un rôle non négligeable dans la survenue de l'accouchement prématuré.

### **Caractères obstétricaux des parturientes**

L'accouchement prématuré concernait surtout des grossesses dont l'âge était compris entre 28-32SA dans 50,26%. Ce taux est inférieur à celui de Sanogo T.C [37] avec 63,9%, voisin de celui de Garba T(16) avec 40,9% et supérieur à celui obtenu par Traoré F. M [41] avec 29,4%. La majorité des parturientes de notre étude était reçue dans un contexte d'accouchement prématuré avec des CU régulières dans 92,31%, le col était effacé dans 89,23%. La dilatation cervicale était supérieure à 3cm dans 80,51% des cas. Dans notre contexte social les femmes souvent dans des conditions socio-économiques défavorables ne viennent que tardivement dans les centres de santé.

La césarienne a été pratiquée dans 6,67% des cas pour les cas de PP hémorragique ou HRP pour sauvetage materno-fœtal. Ce taux est voisin à celui obtenu par Cissé [9] à Dakar avec 9,2% et inférieur à celui de Sanogo T.C [37] avec 16,8%.

### **Conduite à tenir en cas MAP dans le service**

Dans notre étude 25 femmes ont été hospitalisées pour MAP dont 16 ont accouché durant leur hospitalisation et 9 ont accouché à terme.

Au cours de leur hospitalisation, le traitement reposait sur le repos après les bêtamimétiques tout en respectant leurs contre-indications.

Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec 6 ampoules de Bricanyl Lp dans du SG 5%, à faire couler la perfusion pendant 12 heures.

Le relai est pris par la forme comprimée à libération prolongée à raison de 10 mg/jour ou par du salbutamol 1mg en suppositoire. Les inhibiteurs calciques (nifédipine 20mg comp) et les antispasmodiques sont souvent prescrits. Le traitement de la cause si elle est connue.

En cas de rupture prématurée des membranes: on fait recours à l'antibiothérapie (Amoxicilline) à raison de 1,5 à 3 g/24 heures et les mesures d'asepsie (garniture propre, éviction des TV) sont appliquées.

Une maturation pulmonaire fœtale est instituée dans les cas où l'âge de la grossesse est compris entre 28SA et 34SA, par administration maternelle de corticoïde (celèstène 12mg injectable). Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 heures éventuellement répétée une semaine plus tard. Ce protocole thérapeutique a été institué sur 25 patientes hospitalisées. Ce pendant 9 patientes ont vu leur MAP jugulée et leurs grossesses furent menées à terme.

### **Pronostic materno-fœtal**

Les 195 accouchements prématurés ont donné naissance à 224 prématurés. Il ressort de notre étude: 166 accouchements mono-fœtaux; 29 accouchements gémellaires;

54 nnés prématurés soit 24,11% étaient des morts nés, 48 nnés étaient en état de mort apparente soit 21,43% et 90 nnés avaient un score d'Apgar morbide, et 24 nnés avaient seulement un score d'Apgar satisfaisant  $\geq 7$  soit 10,71%.

Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude de CISSE [9] avec 64,7% des prématurés ayant un score d'Apgar  $< 7$  et ceux retrouvés chez Sanogo T. C [38] avec 61,07%.

36,16% de nos prématurés avaient un poids de naissance  $< 1500g$  contre 48,8 % retrouvés chez CISSE [9].

133 nnés prématurés (59,37%) ont été référés au service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré, parmi lesquels 52 nnés sont décédés; 9 non retrouvés et 72 nnés sont sortis en bonne santé.

Sur les 37 nnés prématurés non référés, 5 nnés sont décédés dans le service; 32 nnés sont sortis en bonne santé de la maternité. Le taux de mortalité lors de notre étude est de 49,55% soit 111 décès dont 81 prématurés de poids de naissance < 1500g ; et 30 de poids >1500g. Ce taux est supérieur à celui de CISSE [9] avec 30,7 % et à celui de Sanogo T (38) avec 31,7%. Le faible poids de naissance, l'insuffisance du plateau technique pour la réanimation néonatale constituent surtout des facteurs de risques importants de morbidité et de mortalité néonatales.

Dans notre étude nous avons identifié seulement 7,7% des parturientes qui ont présenté des complications: anémie avec 73,33%, la preeclampsie avec 20 %, la septicémie avec 06,67%. Ces complications s'expliquent par des grossesses non ou mal suivies.

# CONCLUSION

## **VI Conclusion**

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique au CSREF ComI sur une période de 24 mois.

195 accouchements prématurés ont été enregistrés sur 7107 accouchements soit une fréquence de 2,74%.

Les principaux facteurs de risques identifiés ont été:

- La faible couverture prénatale avec 57,95% des grossesses mal suivies
- La primiparité : 37,44%
- L'HTA : 20%
- La RPM : 14,36%
- Le paludisme : 13,85%
- Les grossesses multiples : 11,28%
- L'activité physique : 6,16%
- Le PP : 4,10%

Le taux de mortalité périnatale est très élevé dans notre étude avec 49,55% soit 111 prématurés décédés sur 224.

La prise en charge précoce et efficace de la MAP contribue à diminuer le taux d'accouchement prématuré qui est lourd de conséquences tant pour la mère que pour le prématuré.

La morbidité maternelle était de 7,7% soit 15 parturientes sur 195. Sa réduction ne peut résulter que de l'amélioration simultanée et conjuguée de l'éducation sanitaire, objectivée par l'assiduité des femmes aux consultations prénatales et de celle de la qualité des soins au niveau de nos structures respectives.

# RECOMMANDATIONS

## **VII Recommandations**

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :

### **Au Ministère de la santé**

- ✓ Former et recycler les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes des maternités périphériques pour la prise en charge de la MAP, dans le but de réduire le taux d'accouchement prématuré.
- ✓ Créer des services de néonatalogie dans tous les CSRef pour une prise en charge adéquate des prématurés.
- ✓ Equiper l'unité de néonatalogie de Hôpital Gabriel Touré pour une prise en charge adéquate des prématurés.

### **Au Ministère de l'éducation**

- ✓ Intensifier la scolarisation des filles pour améliorer le niveau de la santé de la reproduction

### **Aux sages femmes, aux gynécologues obstétriciens et aux néonatalogistes :**

Pratiquer des CPN de qualités pour diagnostiquer tôt les cas de MAP en introduisant le Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuré et son application systématique en salle de C.P.N.

Introduire la corticothérapie dans le protocole de traitement de la MAP

Introduire et intensifier le système mère Kankourou en néonatalogie au CSRef com I

### **Aux gestantes**

Fréquenter les CPN au moins 4 fois dans le but de prévenir les complications.

# BIBLIOGRAPHIE

## VIII BIBLIOGRAPHIE

**1- ALIHONOU E, PERRIN R, AAGUESSY B, HEKPAZO A, ZANFFONHOUÉDE C, ATCHADE D.**

Place du Coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

Afrique Médicale, 1982, 21, 203, 533-55338

**2- ANDRIAMADY RCL, RASAMOELISOA JM, RAKOTONOEL H, RAVAONARIVO H, RANJALAHY RJ, RAZANAMPARANY M.**

Les accouchements prématurés à la maternité de Befelatanana Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Arch Inst Pasteur Madagascar 1999 ; 65 (2) : 93-93

**3- ASSIMADI K, ZONGO P, GRANGA D, KESSIER, DEGBOEL A, HODONOU K, VORVOR M.**

Morbidité à l'unité des prématurés au C.H.U de Lomé : Bilan d'un an d'activité des soins.

Revue médicale de Cote d'Ivoire, février 1985, 70, 31-4

**4- ASSOULINE C, ROLLAND M, FOURNIE A, BEREREBI A, REGNIER C.**

Prématurité provoquée : Décision et conséquences : Néonatalogie et réanimation.

Médecine Infantile, 1993, 100, 1, 13-19

**5- AUBARD Y, DIXNEUF B, BAUDET JH.**

Menace d'accouchement prématuré et infection urinaire.

Gazette médicale. 1986, 93, 37, 19-20.

**6- BERARDI J.C.**

La prématurité de décision médicale : Analyse d'une étude rétrospective portant sur 18 maternités de la périphérie parisienne.

Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1992, 21, 8, 943-946.

**7- BOBOSSI SERENGBE G, MBONGO ZINDAMOYEN AN, DIEMER H, NADJI ADIM F, SIOPATHIS RMS.**

Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui (RCA) : Devenir immédiat et pronostic.

Médecine d'Afrique noire 2000, 47, 191-195

### **8- BROUSSONS LAZARUS SLa**

Menace d'accouchement prématuré : ses aspects psychologiques ; enquête sur l'appui.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie. 1991, 19, 5, 413-419.

### **9- CISSE CAT, TALL, DIAW C, SOW S, BNOUNHOUD M, DINA G, MARTIN SL, DIADDHIOU F.**

Accouchement prématuré Epidémiologie et pronostique au CHU de Dakar.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie. 1998, 27 :71-76.

### **10- DAO A.**

Les nouveau-nés de petits poids de naissance, devenir immédiat.

Thèse Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali 1987 n° M 22 87

### **11- DAVID.S**

Place des marqueurs infectieux dans le pronostic et la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'amniocentèse) Clinique de Gynécologie, Obstétrique et néonatalogie Hôpital Jeanne-de-Flandre,

CHU de Lille J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl. au n°7) :5S43-5S51

### **12- DIAWARA M.**

Prématurité : facteur de risque, prise en charge et devenir immédiat dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse 1999 Faculté de Médecine et de Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali n°15 P 99.

### **13- DUBOWITZ L, DUBOWITZ V, GOLBERG.**

Clinical assessment of gestationnal age in the New-Born J pediat 1970, 1, 77-79.

### **14- DUMONT M.**

La Gynécologie et l'obstétrique dans la Bible: De l'accouchement, ses suites

Journal de Gynécologie et Biologie de la reproduction, 1990, 19, 2, 145-153

**15- GABROL D, AMIEL TISON C.**

L'extraction prématurée du fœtus de moins de 1500g.

Rev Prat 1984 ; 34 : 3337-44

**16- GARBA T.S**

Les Aspects obstétricaux de la prématurité à l'Hôpital National du Point G  
Thèse de Médecine Bamako, 1994 -1995.

**17- HODONOU AKS.**

La menace d'accouchement prématurée : prévision du risque et conduite à tenir. EPU, Actes du 1er Congrès de la SGOBT, Cotonou 1988 : 296-300.

**18- KEITA M A.**

Rupture Prématurée des Membranes Aspect Epidémiologiques Cliniques et Thérapeutiques au service de Gynéco-Obstétrique du CSRef ComV BAMAKO.

Thèse de Médecine BKO 2001, no 45

**19- KOKI NDOMBO P O, TIETCHE F, GONSU FOTSIN J, NKO'O AMVENCE.**

Facteurs de risque et signes cliniques des hémorragies péri et intra ventriculaires du prématuré à Yaoundé (CAMEROUN)

Annales de pédiatrie (PARIS), 1994, 41, 4, 2246-248

**20- KONFE S.**

Facteurs de risque des accouchements prématurés à l'hôpital de Bobo-Dioulasso.

Thèse médecine Ouagadougou n0 93, 1990

**21- LUMLEY J, RICE, BRENNEKE S P.**

The epidemiology of preterm birth. Preterm labour and delivery. Baillere's clinical obstetrics and gynecology. 1993, 7, 3, 477-498

**22- MACQUART MOULIN G., BARET C, JULIAN C et al.**

Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie foetale.

Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. 1992, 21, 1, 9-18.

**23- MALINAS Y.**

La menace d'accouchement prématuré : mythe ou réalité?

In entretiens de Bichat-Pitié-Salpêtrière 1990, 119-122

**24- MAMELLE M, DREYFUS J., VAN., LIERDE M., RENAUD R.**

Mode vie et grossesse

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1982 ; 11 : 21-31

**25- MAYANDA H F, BETHO VMF, MALONGA H, DJONOB B, SENGA P**

Morbidité Mortalité néonatale au C.H.U. de Brazzaville.

Médecine d'Afrique Noire. 1989,36 (7)

**26- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.**

Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané.

Précis d'Obstétrique. 1993 6e édition revue et augmentée; 225-230

**27- OMS-NOUVELLE :**

Femmes à hauts risques pendant la grossesse.

Maternité sans Risques 1995 ; 17 : 3

**28- PAKE K R, PMAAS M, TITTLER M G, BUCK WALTER K.C**

Management of preterm labour and prevention of premature delivery ;  
Advence in clinical nursing research. 1993; 28, 2, 279-288.

**29- PAPIERNIK E.**

Prévention de la prématurité Obstétrique.

Flammarion Médecine-sciences Paris 1995.

**30- PRAZUCK T, TALL F, ROISSINN A J, KONFEE S, COT M, LAFAIX C.**

Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa).

International Journal of epidemiology, 1993 ; 22,3, 1, 88-91

**31- Pr. RAMBAUB.P**

Prématurité et hypotrophie à la naissance : épidémiologie, causes et  
Prévention dans le Service de Médecine Néonatale et Réanimation  
Infantile CHU de Grenoble

J Gynecol Obst et Biol Reprod 20030 ; 58-78.

**32- Pr. ROZENBERG.A**

La tocolyse : Utilisation des béta-mimétiques dans la menace  
d'accouchement prématuré : revue critique

Département d'Obstétrique et Gynécologie, Centre Hospitalier Poissy-Saint-Germain.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001, 30: 221-230

**33- RACHID R, FEKIH M.A, MOVELHIC C, BRAHIM H.**

Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire.

Revue française de Gynécologie Obstétrique, 1992, 87, 5, 2995- 298

**34-RAYR C**

Grande prématurité : abstention thérapeutique en question (enquête du collège national des gynécologues Obstétriciens français) Gyn Obst 1995 ; 325 : 4 -5

**35- SANGARE.S**

Morbidité et Mortalité néonatale dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital GABRIEL TOURE : Etude des facteurs de risques.

Thèse de Médecine Bko 1991, no20

**36- SAGOT P; ROSE C, DATALF, MOREL PH, SAMAKE M.**

Naissance avant 33 semaines d'aménorrhée. Intérêt du transfert in utéro au sein d'un département de Périnatalogie

Revue française de Gynécologie Obstétrique, 1990,85, 5, 293 -298

**37-Sanogo T.C**

Etude épidémiologique-clinique de l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la Com V de Bamako de 2002 à 2003 à propos de 238 cas.

Thèse de Médecine Bko 1985, no112.

**38- SIDIBE. B**

Contribution à l'étude des accouchements prématurés en milieu obstétrical Bamako (à propos de 140 cas)

Thèse de Médecine Bko 1986, no45

**39- TERZIBAHCIAN J.J., MIDA M., DAVID E. WEBER L. BOULANGER CH, VITSE M.**

Bilan des menaces d'accouchements prématurés : Etiologie, Conduite à tenir résultats :

Revue française de Gynécologie Obstétrique, 1990, 85, 12, 673-677.

**40- TIETCHE F, KOKINDOMBO P, KAGO I, ANGAYE -**

Facteur de mortalité de nouveau-né de petits poids de naissances à l'hôpital Central de Yaoundé. Annales de Pédiatrie (Paris), 1994, 41, 4, 259 – 263

**41-Traoré F M.**

Aspects épidémiologiques de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako en 2003 à propos de 102 cas.

Thèse de médecine 2006, no 303

**42- UNAL D, MILLET V, LLECLAIRE M, BARTTTOLI M, BOUBLI**

Conséquences néonatales de la rupture prématurée des membranes (plus de 5 jours) avant la 34<sup>e</sup> semaine de gestation.

Revue Française de Gynécologie Obstétrique 1992, 87, 5, 283 -287

**43- VAN LIERDE M, RENAUD R,**

La prématurité : Traité d'obstétrique : la grossesse et l'accouchement dystocique (R. VOKAER). Paris : Masson, 1985; 1 07-52.

## **QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE INDIVIDUELLE**

### **I- IDENTIFICATION**

Q1- N° [ ]

Q2 -Age [ ]

Q3 -profession [ ]

1= ménagère, 2= aide ménagère, 3= vendeuse, 4= autre

Q4 -Niveau d'instruction

1= analphabète, 2= fondamental, 3= secondaire, 4= supérieur  
5= non précis

Q5-Statut matrimonial [ ]

1= mariée, 2= célibataire, 3= veuve,

Q6-Ethnie [ ]

1= Bambara ;, 2= Sénoufo, 3= peulh, 4=Sarakolé, 5= Dogon, 6=  
Bobo ; ;7= Kassongue ; 8=Sorrhail ; 9=Autres

Q7 Résidence (C= commune) [ ]

1= CV, 2= CVI, 3= CIV, 4= CIII, 5= CII, 6= CI, 7= hors de  
Bamako

### **II- Admission**

Q8- Mode d'admission [ ]

1=évacuée, 2= venue d'elle-même

Q9- Motif d'admission [ ]

1= CUD sur grossesse, 2= RPM, 3= infection urinaire, 4=  
Métrorragie ;5= hydramnios, 6= grossesse multiple, 7= MAP  
8= fibrome, 9= pp, 10= ancienne césarienne ; 11=Autres

### **III- Antécédents**

Q10-Antécédent d'accouchement prématuré [ ]

1= oui, 2= non

Q11- Gestité parité enfant vivant [ ]

Q12- Antécédents chirurgicaux [ ]

1= néant, 2= césarienne, 3= laparotomie, 4= autre

q13-Antécédents médicaux [ ]

1=néant, 2= HTA, 3= diabète, 4= autre

#### IV- Examen clinique

q14- CPN [ ]

1= oui 2= non

Q15- Nombre de CPN [ ]

1= sup. 4

2= inf. 4

Q16- Dilatation du col [ ]

1= 1 cm

2= 2 cm

3= sup. 3 cm

Q17- Longueur du col [ ]

1= court

2= moyen

3= effacé

Q18- contractions utérines [ ]

1= oui 2= non

Q19- fréquence des contractions utérines [ ]

1= régulière

2= irrégulière

Q20- saignement [ ]

1= minime, 2= modéré, 3= important

Q21- Etat des membranes

1=intactes, 2=rompues

Q22- Age de la grossesse [ ]

1= 28-32 SA, 2=32-36 SA

Q23- Déterminer la HU [ ]

1= inf. 20 cm, 2= 20-30 cm, 3= >25-30 cm,

Q24- Evaluation de l'indice de MAP [ ]

1= sup. 7, 2= inf. ou égal 7

Q25- Présentation [ ]

1= céphalique, 2= siège, 3= transverse, 4= autres

Q26- BDCF [ ]

1= oui, 2= non

Q27- Fréquence des BDCF [ ]

1= inf. 120, 2= entre 120-160, 3= sup. 160

Q28- Liquide amniotique [ ]

1= clair, 2= teinté, 3= méconial

Q29- Intervalle intergésinifère en mois [ ]

1= fait, 2= non fait

#### V-Examens Complémentaires

Q30-Echographie obstétricale [ ]

1=fait, 2=non fait

Q31-Taux d'hémoglobine [ ]

1= fait, 2= non fait

#### VI- ACCOUCHEMENT

Q32-Voie d'accouchement [ ]

1= voie basse, 2= césarienne, 3=forceps

Q33-Durée d'expulsion en minute [ ]

1= inf. 45 mn, 2= sup. ou égal 45 mn

Q34- Hémorragie de la délivrance [ ]

1=oui, 2=non

Q35- Lésion des parties molles [ ]

1= oui, 2= non

### VII- Conduite à tenir

Q36-Patiente hospitalisée pour MAP au service [ ]

1= tocolyse, 2= ATB thérapie, 3= corticothérapie

Q37- Déclenchement au cours de l'hospitalisation [ ]

1= oui, 2= non

Q38- Transfusée [ ]

1= oui, 2= non

Q39 -Durée d'hospitalisation en jour [ ]

Q40-Facteurs étiologiques [ ]

1= infection urinaire, 2= paludisme, 3= activité physique débordant ; 4= RPM, 5= PP, 6= HRP, 7= grossesse multiple, 8= malformation foeto-congénital, 9= fibromyome, 10= hydramnios, 11 = HTA.

### VIII- Examen du foetus

Q41- poids [ ]

1= inf. 1000g, 2= 1000 à 1900g, 3= ≥2000g,

Q42-Apgar [ ]

1= 0, 2= 1-4, 3= 4-6 ,3= ≥ 7

Q43- Taille [ ]

1= inf. ou égale 46 cm, 2= sup. ou 47 cm

Q44 Enfant référé à HGT [ ]

1= oui, 2= non

Q45-Motif de référence [ ]

1= petit poids de naissance, 2= détresse respiratoire, 3= autre

Q46-Devenir de l'enfant [ ]

1= vivant, 2= décédé

Q47 -Motif du décès de l'enfant

1=détresse respiratoire

2=souffrance aigue

3=autres

Q48-Devenir de la mère

1=vivante 2=décédée

Préciser la cause du décès :

Q49 -complications maternelles

1=oui 2=non

Si oui préciser le(s) type(s) de complication :

## FICHE SIGNALITIQUE

**NOM :** DIARRA

**PRENOM :** ABDOULAYE KADIDIA

**TITRE DE LA THESE:** Etude épidémiologique-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

**ANNEE D'ETUDE :** 2009-2010

**VILLE DE SOUTENANCE :** BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**NUMEROS DE TEL :** (00223)76240401

**LIEU DE DEPOT :** BIBLIOTHEQUE DE LA F.M.P.O.S

**SECTEUR D'INTERET :** GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, SANTE PUBLIQUE.

### **RESUME :**

Cent quatre vingt quinze (195) cas d'accouchement prématuré au service de gynécologie obstétrique du csref comI, ont fait l'objet d'une étude rétrospective des aspect épidémiologique.

L'accouchement prématuré est relativement fréquent dans notre service (2,74%). Dans 50,26% des cas, il s'agissait d'une grande prématurité avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 32SA. La majorité des accouchements (93,33%) étaient effectués par la voie naturelle.

Les facteurs de risque suivant ont été identifiés :

--la faible couverture prénatale (57,55% des grossesses ont été mal suivie)

--les facteurs obstétricaux (63,59% surtout la gémellarité et dysgravidie)

Le pronostic néonatal est caractérisé par une mortalité élevée (49,55%). Il ressort de cette étude des facteurs péjoratifs qui se situent en amont qu'en aval des accouchements prématurés. Les mesures préventives doivent l'emporter sur les traitements curatifs. Elles reposent sur l'amélioration de la qualité de vie, le renforcement de la planification familiale, et la surveillance stricte de la grossesse.

**MOTS CLES :** Accouchement prématuré, consultation prénatale, mortalité périnatale.

## 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 classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

**Je le Jure !**