

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1979

N°

**DE LA PREMATURITE  
EN MILIEU OBSTETRICAL BAMAKOIS.  
Facteurs étiologiques-conséquences-pré-  
vention**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1979  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par: M<sup>me</sup> N'DIAYE née Fatoumata N'DIAYE  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**Examineurs:**

Professeur SANKALE

Président

Docteur B. FOFANA

Docteur DIOP

Juges

Docteur

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

Directeur Général : Professeur Aliou BA  
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL  
Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY  
Econome : Monsieur Dionkounda SISSOKO  
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique  
- Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection  
- André MAZER : Physiologie  
- Jean-Pierre BISSET Biophysique  
- Francis MIRANDA : Biochimie  
- Michel QUILICI : Immunologie  
- Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie  
- Jacques JOSSELIN Biochimie  
- Oumar SYLLA : Pharmacie chimique - Chimie organique  
- Georges GRAS : Toxicologie-Hydrologie  
Docteur Alain DURAND : Toxicologie  
- Bernard LANDRIEU: Biochimie  
- J.P. REYNIER : Pharmacie galénique  
- Mme P.GIONO-BARBER Anatomie-Physiologies Humaines  
- Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines  
- Emile LOREAL : O.R.L.  
- Jean DELMONT : Santé Publique  
- Boubacar CISSE : Toxicologie-Hydrologie.

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie  
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie-Secourisme  
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale  
- Mohamed TOURE : Pédiatrie  
- Souleymane SANGARE Pneumo-Phtisiologie  
- Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales-Phyto & Zoopharmacie  
- Pierre SAINT ANDRE Dermatologie-Vénérologie-Lèprologie  
- Philippe RANQUE : Parasitologie -  
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique  
- Oumar COULIBALY : Chimie organique

## ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Aly GUIINDO	: Sémiologie digestive
-	Abdoulaye AG-RHALY	: Sémiologie Rénale
-	Sory KEITA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Sémiologie chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Mamadou-Lamine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Médecine Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Mamadou Kouréissi TOURE	: Sémiologie Cardio-Vasculaire
-	Siné BAYO	: Histologie-Embryologie - Anapath.
Mme	KEITA (Oulématou) BA	: Biologie animale
Mr.	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.

## CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christian DUMAT	: Microbiologie
-	Mme SY (Assitan) SY	: Gynécologie
-	Isack Mamby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Sémi.chirurgicale
-	Henri DUCAM	: Pathologie Cardio-Vasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique - Chimie organique - Diététique et Nutrition
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hamadi Modi DIALL	: Chimie ANalytique
-	Mme Brigitte DUFLO	: Sémiologie digestive
Mr.	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeur	Tiénoko MALLET	: Mathématiques
-	Amadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
-	Lassana KEITA	: Physique
-	Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
-	Daouda DIALLO	: Chimie générale - Minérale.

JE DEDIE CE TRAVAIL.

A mon père

Tu es un père exemplaire.

La compréhension et l'affection ne te font jamais défaut. Tes enfants sont tes interlocuteurs et tes amis. Sage, psychologue, pédagogue, ta seule récompense est notre réussite.

A ma mère

Ta patience, ta persévérance, ton amour pour les enfants en général ont fait de toi la mère de tous les enfants de notre quartier.

Sévère du point de vue éducation, tu es toujours prête à exhausser les vœux de tes enfants et souvent au prix de grands sacrifices.

A mon maître et beau-frère . . . Baba BAMBA.

Ce travail est le fruit de ton enseignement.

Tu m'as toujours considéré comme une soeur et je te dois toute ma réussite.

A mon grand frère : Cheick N'DIAYE.

Pour le grand sacrifice qu'il a consenti  
pour ses frères et soeurs. Tu es l'aîné de notre  
famille et tu es toujours été présent pour accomplir  
ton devoir.

A mes autres frères et soeurs.

Pour votre soutien moral et matériel.

A l'oncle \* Isman.

A mes autres Oncles et Tantes.

A mes nièces et neveux.

A mes autres beaux-frères.

A mon mari

Tu n'as jamais manqué de compréhension.  
Ta collaboration est immense dans ce travail.  
Trouves ici l'expression de mes sentiments.

A mes deux enfants : Coumba et Papa.

Vous avez souffert de manque d'affection  
durant ces études médicales.  
Que ce travail mette terme à vos souffrances  
désormais.

A mes amies Enangnon et Martine.

Nous avons passé ensemble les moments les plus durs et les plus agréables.

Trouvez ici l'expression de profonde sympathie.

A tous mes camarades de promotion.

A tous mes enseignants

J'ai beaucoup appris auprès de vous.

Je vous en suis reconnaissante.

A notre Directeur Mr. Aliou BA.

Vos efforts ainsi que les sacrifices que vous consentez nuit et jour afin de donner une image de marque aux sortants de votre Etablissement mérite d'être souligner ici, nous vous disons un grand merci.

A notre Directeur le Docteur B. FOHANA.

Vous nous avez inspirés ce travail et vous vous êtes mis toujours à notre disposition. Malgré votre tâche immense, vous avez dirigé ce travail avec soins et dévouement. Le merci est insignifiant devant vos sacrifices.

A Monsieur le Président.

Malgré vos multiples occupations, vous nous avez accordés l'honneur de présider notre travail.

Notre gratitude est totale.

A Messieurs les membres du jury.

Pour avoir accepté de juger notre modeste travail. Soyez assurés de notre profonde gratitude.

A Madame Sy Directrice de la maternité de Gabriel TOURE.

Pour votre aide matériel à la réalisation de ce travail.

A Madame Ly Directrice Adjointe

Vous m'avez considérée comme votre fille.

Trouvez-ici l'expression de mes sentiments.

Au Medecin Chef de la PMI de Niaréla: D. Aïssata CISSE.

A tout le personnel de la maternité de Gabriel TOURE et de la PMI de Niaréla.

Votre collaboration a été bien fructueuse.

	Pages
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I .....	7
CHAPITRE II .....	41
CHAPITRE III .....	47
CHAPITRE IV .....	51
CONCLUSION GENERALE .....	59
BIBLIOGRAPHIE .....	62

---

I N T R O D U C T I O N

Pour bien saisir le phénomène de la prématurité, il est essentiel de se rappeler qu'il s'agit avant tout d'une prématurité d'ordre biologique et pas toujours chronologique.

Si l'évaluation de la durée d'une grossesse en semaines ou en mois permet de se faire une idée grossière de l'état de maturation du produit de conception, actuellement les procédés modernes comme l'échographie, la *fetoscopie* l'embrioscopie de contact et les dosages hormonaux permettent de connaître avec beaucoup plus de précision l'âge et la maturation du fœtus.

Compte tenu du fait que toutes ces méthodes sont à leur stade expérimental, la définition universellement admise de l'O.M.S. reste la seule valable: "est prématuré tout enfant dont le poids de naissance est égal ou inférieur à 2500 g." Et cela quel que soit la durée de la gestation.

Dans ce groupe définit par l'O.M.S. entrent 2 catégories d'enfants :

- Les nouveaux-nés prématurés dont la durée de gestation est comprise entre 6 mois et 8 mois et demi ou encore entre 28 et 38 semaines d'après la date des dernières règles.

- Les nouveaux-nés atteints de retard de croissance intra-utérin (R.C.I.U.) c'est à dire ceux qui ont atteint le terme de 9 mois 10 jours mais ont un faible poids par rapport à l'âge gestationnel; on les appelle aussi hypotrophiques.

Les nouveaux-nés prématurés par l'âge gestationnel mais dont le poids est supérieur à 2.500 gr. se trouvent exclus du lot comme exemple les prématurés de mère diabétique. C'est pourquoi le critère poids adopté par l'O.M.S. pour définir la prématurité a souvent été l'objet de critique par certains auteurs en l'occurrence A.ROSSIER directeur du centre d'unités hautement spécialisés de la faculté de médecine de Paris; et M.LELONG (24) écrit à propos de ROSSIER: "je l'approuve entièrement quand il critique la définition actuelle de la prématurité imposée depuis 1950 par les organisations sanitaires internationales et basée sur le poids.

II (ROSSIER) a raison de souligner la séparation qui s'impose d'une part entre le nouveau-né "né trop tôt" mais normal pour son âge foetal simplement immature et d'autre part le nouveau-né de poids insuffisant par rapport à son âge foetal, le plus souvent d'ailleurs près du terme ayant souffert pendant sa vie intra-utérine".

La vraie prématurité est liée à certains facteurs qui font qu'on la retrouve presque toujours chez les mêmes personnes. Il s'agit la plus part du temps d'états morbides maternels existant avant la conception :

- malformations utérines
- béance du col
- faible volume cardiaque.

Par ailleurs certains états morbides apparaissant pendant la grossesse sont presque toujours responsables d'accouchements prématurés :

- hémorragies de la grossesse (placenta praevia, menaces de fausses couches, toxémie gravidique)
- infections maternelles aiguës.
- Bactériémie maternelle.

Enfin le niveau socio-économique, le poids, la taille, l'âge de la mère et la primiparité interviennent pour une large part dans le phénomène de la prématurité classique.

Si telles sont les causes les plus évidentes de la vraie prématurité, pour le R.C.I.U. on retiendra, les lésions du placenta qui sont fréquemment associés à la toxémie gravidique. L'enfant atteint de R.C.I.U. peut naître avant terme, à terme ou après terme. Né avant terme, il présente les complications néonatales typiques de la dysmaturité et de la prématurité.

Sur le plan biologique le prématuré est caractérisé par une immaturité de toutes les fonctions vitales responsables de troubles que sont :

- la maladie à membranes hyalines
- le syndrome d'apnée récidivante
- les troubles métaboliques
- les syndromes hémorragiques.

Sur le plan clinique l'immaturation est responsable de la fragilité du prématuré, de la susceptibilité accrue aux infections. En essayant d'établir la relation poids de naissance mortalité périnatale on se rend compte que les enfants de poids inférieur à 2.500 gr. représentent la majorité de cette mortalité périnatale.

Donc immaturité et retard de croissance (intra-utérin (R.C.I.U.) convergent vers un même mal : le grossissement du taux de mortalité périnatale et en particulier celui de la mortalité néo-natale précoce.

Si dans les pays développés la prématurité est responsable de 7,2 % des mortalités périnatales, dans les pays en voie de développement elle est responsable de 10 à 15 % des morts périnatales (16).

Ainsi la prématurité constitue un problème de santé publique au Mali : chercher à réduire au minimum incompressible le taux de mortalité périnatale en agissant sur les facteurs susceptibles d'être corrigés.

Par ailleurs nul n'ignore la place de l'enfant dans notre société. Une femme sans enfant est toujours accusée, celle qui perd ses enfants est considérée comme une sorcière qui porte en elle le poison qui détruit sa progéniture, elle ne cesse d'être l'objet d'humiliation.

C'est compte tenu de ces différentes considérations qu'il nous a paru intéressant d'étudier le phénomène de la prématurité. Pour ce faire nous avons choisi la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE parcequ'elle reçoit le plus grand nombre de parturientes (environ 45 accouchements par jour).

Notre plan de travail sera le suivant :

#### Chapitre I.

- 1) Résumés d'observations (114)
- 2) Conclusions d'ensemble.

#### Chapitre II.

Les différents facteurs étiologiques de la prématurité.

Chapitre III.

Les conséquences de la prématurité.

Chapitre IV.

La prévention de la prématurité

Conclusion générale.

.../...

METHODES de TRAVAIL et MATERIELS.

Notre travail qui a commencé le 1er Janvier 1979 a pris fin le 30 Juin 1979. Sur les 8.280 naissances, 917 étaient des prématurés; nous avons pu interroger 100 femmes parmi les 917 ayant accouché d'enfants de poids inférieur ou égal à 2500 gr.

Par ailleurs, nous avons suivi 114 femmes à partir du deuxième trimestre de leur grossesse jusqu'à leur accouchement qui avaient un ou des antécédants de prématurité.

Dès l'instant qu'il n'ya pas de problèmes les mères ne reviennent plus pour les pesées au point que l'I.N.P.S a subordonné l'octroi des allocations à la présentation des carnets de pesées. Donc les enfants perdus de vue ne sont pas obligatoirement morts.

Nous avons pris soins de présenter d'abord les 25 prématurés qui ont été revus au moins 1 seule fois après leur sortie de l'Hôpital.

CHAPITRE I.

RESUMES D'OBSERVATIONS.

Observation n° 1

Madame B. SANGARE : âgée de 15 ans ménagère domiciliée à fadjiguila mariée à un étalagiste a régulièrement suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BV négatif.  
groupe 0 rhésus positif.

Elle a continué ses travaux domestiques jusqu'à l'accouchement. Primipare sans antécédant gynéco-obstétrical, a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 1800g. L'enfant au bout de 15 jours avait un poids égal à 1600g. et l'examen clinique était normal. Depuis cet enfant a été perdu de vue.

Observation n° 2

Madame M. SAMAKE : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à faladjè mariée à un chauffeur, n'a pas suivi de consultations prénatales. A continué les travaux domestiques jusqu'à l'accouchement.

Primipare sans antécédant gynéco-obstétrical, elle ignore la durée de sa grossesse, a accouché d'un enfant de poids égal à 1650g. l'apgar à la 1ère minute a donné 7.

A l'âge de 14 jours l'enfant avait un poids égal à 2080g. et l'examen clinique était normal.

A un mois et demi l'enfant pesait 3820g. avec un très bon état général. Dès lors nous l'avons perdu de vue.

★ Observation n° 3

Madame A. DOUCOURE : âgée de 15 ans ménagère domiciliée au quartier - Mali, n'a pas suivi de consultations prénatales, s'occupe uniquement de cuisine.

Primipare sans antécédant gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois 20 jours environ d'un enfant de poids égal à 2200g. qui a été réanimé pendant 5 minutes, l'apgar a donné 7 à la 10è minutes.

A l'âge de 27 jours l'enfant pesait 2500g. l'examen clinique était normal. Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 4

Madame M. DIALLO : âgée de 30 ans ménagère domiciliée à magnabougou mariée à un cultivateur, n'a pas suivi de consultations prénatales. En plus des travaux domestiques, apporte le repas au champ (situé loin) et cherchait du bois qu'elle transportait elle même à la maison.

8è parè avec 3 vivants, elle n'a pas d'antécédant gynéco-obstétrical. A accouché au terme de 7 mois 10 jours environ d'un enfant de poids égal à 2000g.

A l'âge de 15 jours l'enfant pesait 3000g. l'examen clinique était normal. A l'âge d'un mois l'enfant pesait 3220g. et à l'âge de deux mois il pesait 5500g.

Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 5

Mademoiselle A. DIAKITE : âgée de 22 ans élève en classe de 9è année, domiciliée chez sa grande soeur à Bolibana, a régulièrement suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants: BW négatif

Groupe O rhesus positif.  
A accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids = 2200g.

A l'âge de 15 jours l'enfant avait un poids égal à 2620g. et l'examen clinique normal.

A l'âge d'un mois le poids était égal à 3300g. et l'enfant présentait une rhinobronchite fébrile, le traitement fut institué d'emblée.

A l'âge de deux mois le poids était égal à 3500g. et l'enfant présentait une otite aiguë plus toux.

A l'âge de deux mois et demi le poids était égal 5500g.

Observation n° 6

Madame H. CISSE : Agée de 16 ans ménagère domiciliée à missira II mariée à un commerçant, s'occupe uniquement de la cuisine, n'a pas suivi de consultation prénatales.

Primipare n'ayant pas d'antécédant gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2440g.

A l'âge de 10 jours l'enfant pesait 2500g., l'examen clinique normal. Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 7

Madame D. BAGAYOGO : âgée de 18 ans ménagère domiciliée à obokorodji épouse du chef de village, n'a pas suivi de consultations prénatales. En plus des travaux domestiques, va chercher du bois en brousse.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, a accouché au terme de 8 mois 20 jours environ d'un enfant de poids égal à 2200g. l'apgar a donné 7 à la 1ère minute. A l'âge de 3 mois l'enfant pesait 3240g., l'examen clinique normal. Depuis nous avons arrêté les pesées.

Observation n° 8

Madame B. TRAORE : âgée de 32 ans domestique domiciliée à N'tomicorobougou, mariée à un ancien combattant, n'a pas suivi de consultations prénatales.

A continué à travailler jusqu'à l'accouchement et son lieu de travail est assez distant de son logement.

8è pare, elle a accouché au terme de 8 mois et demi d'un enfant de poids égal à 1900g., l'apgar a donné 9 à la première minute.

Dans ces antécédents on notait : un prématuré de 7 mois décédé un avortement de 3 mois.

A l'âge de 14 jours l'enfant pesait 2100g., l'examen clinique normal. Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 9

Madame F.KEITA : âgée de 22 ans commerçante à Dravéla, mariée à un maçon, n'a pas suivi de consultations prénatales. Se déplace très fréquemment en camions.

2è pare, elle a accouché au terme de 9 mois 10 jours d'un enfant de poids égal à 2460g.

A l'âge d'un mois 6 jours l'enfant pesait 4000g. et l'examen clinique était normal. Depuis on l'a perdu de vue.

Observation n° 10.

Madame S. DIARRA : âgée de 27 ans domestique domiciliée à Bagadadji résident à N'foi (Ségou) mariée à un charretier a suivi les consultations prénatales. Fait la domestique pendant la saison sèche et rentre au village pendant l'hivernage pour les travaux champêtres. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BW négatif  
groupe B Rhesus positif.

7è geste, ses antécédents sont :

- 1 prématuré de 8 mois (mort-né)
- 2 avortement de 5 mois
- 1 avortement de 4 mois
- 2 prématurés de 6 mois (mort-nés).

Elle a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1930g. dans un tableau d'hémorragie.

A l'âge de 19 jours l'enfant pesait 920g., à l'examen on notait:

fièvre ++  
thorax en entonnoir  
dépression respiratoire  
absence reflexes archaïques  
peau présentant des replis cutanés.  
Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 11

Madame R. DIAKITE : âgée de 32 ans ménagère domiciliée à Banconi mariée à un vendeur de poissons, n'a pas suivi de consultations prénatales. A continué ses travaux domestique et ménage jusqu'à l'accouchement.

7è pare avec 5 enfants vivants. Elle n'a ni d'antécédent d'accouchement prématurés ni d'antécédent d'avortement. Elle signale cependant que tous ses enfants sont de faible poids à la naissance.

Elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2400g. avec appgar = 5 à la 10è minute.

L'enfant revu une seule fois à l'âge de 20 jours pesait 2300g., à l'examen clinique on notait : une hypotonie, hyperthermie modérée, grasping absent.  
Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n° 12.

Madame A. OULINA : âgée de 18 ans potière domiciliée à Daoudabougou mariée à un forgeron, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe de son ménage, de ses travaux domestiques, en plus fait des courses chaque matin au marché qui est loin de chez elle.

Primipare avec un antécédent d'avortement, elle a accouché d'un enfant de poids égal à 1720g.

A l'âge de 18 jours l'enfant pesait 1500g. et à l'examen on notait :

- hypotonie +++
- absence des reflexes archaïques

A l'âge d'un mois l'enfant pesait 1760g. et l'examen clinique était normal.

A l'âge de 2 mois le poids était de 2620g. Depuis il fut perdu de vue. Observation n° 13.

Madame K. COULIBALY : âgée de 16 ans ménagère domiciliée à Niamakoro mariée à un étalagiste, n'a pas suivi de consultations prénatales. En plus des travaux domestiques va chercher du bois en brousse.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

L'enfant à l'âge de 14 jours pesait 2740g. et l'examen clinique était normal. A l'âge d'un mois et demi il pesait 4000g. Dès lors la maman a arrêté les pesées.

Observation n° 14.

Mademoiselle M. COULIBALY : âgée de 18 ans domiciliée chez sa tante à Magnambougou, a régulièrement suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donnés :

- BW négatif
- groupe B Rhesus positif.

S'occupe seule des travaux domestiques de sa tante. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois 8 jours d'un enfant de poids égal à 2400g. A l'âge de 20 jours cet enfant pesait 2300g. et à l'examen on notait un léger ballonnement.

Un mois après le poids est passé à 4200g. et l'examen clinique normal. Dès lors on ne l'a plus revu.

Observation n° 15.

Madame D. CAMARA : âgée de 19 ans ménagère domiciliée à Magnambougou, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe seule de ses travaux domestiques.

Primipare n'ayant pas d'antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

A l'âge de 20 jours l'enfant pesait 3140g. et à l'examen rien d'anormal. Un mois après le poids a atteint 3800g., il présentait un léger ballonnement, le traitement fut institué, dès lors on l'a perdu de vue.

Observation n° 16.

Madame F. TRAORE : âgée de 16 ans ménagère domiciliée à Magnambougou mariée à un employé de commerce, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe seule du ménage d'une famille très nombreuse.

Primipare n'ayant pas d'antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2100g. A l'âge d'une semaine l'enfant pesait 2200g. et l'examen clinique normal. A l'âge d'un mois il pesait 2700g. Ainsi on ne l'a plus revu.

Observation n° 17.

Madame A. KEITA : âgée de 18 ans marchande de fruit domiciliée au Badialan I mariée à un mécanicien, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe en plus de son commerce, de son ménage.

Primipare ayant présenté une menace d'avortement vers un mois de grossesse (qui a cédé sous l'effet du traitement progestérone), elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 1900g. L'enfant a été réanimé pendant 5 minutes.

L'enfant a été revu une seule fois, il avait 10 jours et il pesait 1960g.

A l'âge de 20 jours l'enfant pesait 2500g. et l'examen était normal.

A l'âge d'un mois il pesait 3800g. Ainsi on l'a perdu de vue.

Observation n° 19.

Mademoiselle S. CANARA : âgée de 16 ans élève en classe de 7ème année, vivant chez son père domicilié à Ouolofo-bougou Bolibana a suivi les consultations prénatales et les examens pratiqués ont donné<sup>s</sup> les résultats suivants :

BW négatif

groupe O rhesus positif.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g. A l'âge de 2 mois et demi le poids était égal à 4200g., et ce fut la dernière séance de pesée

Observation n° 20.

Madame M. Traoré : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à Sabalibougou mariée à un chômeur, n'a pas suivi de consultations prénatales. En plus de son ménage faisait des courses au marché chaque matin.

2è pare, le premier enfant, un prématuré de 7 mois, est décédé quelques heures après la naissance ; a accouché au terme de 8 mois 20 jours d'un enfant de poids égal à 2000g.

A l'âge de 20 jours l'enfant pesait 2400g. et l'examen RAS.

A l'âge d'un mois il pesait 3140g.

A l'âge de deux mois il pesait 5600g., et dès lors il fut perdu de vue.

Observations n° 21.

Madame N. COULIBALY : âgée de 27 ans de passage à Banconi résidant à Koula (Koulikoro), mariée à un planton, n'a pas suivi de consultations prénatales. N'a ni d'antécédent d'accouchement prématuré ni d'antécédent d'avortement. En plus des travaux domestiques, s'occupe des travaux champêtres (champ assez loin du village).

5è pare, deux vivants, elle a accouché au terme de 9 mois de jumeaux dont les poids étaient 1700g. et 1900g.

A l'âge de 15 jours les poids sont 2000g. et 1900g.

A l'âge d'un mois le poids est de 3000g. pour chacun d'eux.

A l'âge de deux mois chacun d'eux pesait 3600g.

C'est après cette dernière consultation que la maman est rentrée dans son village.

Observation n° 22.

Madame N. SANOGO : âgée de 25 ans ménagère domiciliée à Daoudabougou, mariée à un étalagiste, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe seule de son travail domestique 6è geste, un vivant, 3è, 4è et 5è grossesses avortées entre 2 et 3 mois.

A accouché d'un enfant de poids égal à 2300g., avec apgar = 10. A l'âge de 15 jours l'enfant pesait 2860g. et l'examen clinique était normal.

A l'âge d'un mois il pesait 3100g.

A l'âge de deux mois il pesait 5100g. Dès lors nous l'avons perdu de vue.

Observation n23.

Madame A. SACKO : âgée de 31 ans ménagère domiciliée à Daoudabougou, mariée à un manoeuvre en retraite, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe de travaux domestiques 5è pare dont 3 vivants, elle n'a pas d'antécédents d'accouchement prématuré ou d'avortement; mais elle précise que tous ses enfants sont de faible poids à la naissance.

Elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2200g. L'enfant a été revu une seule fois et cela à l'âge de 3 mois, il pesait alors 5900g.

Observation n° 24.

Madame A. DIALLO : âgée de 23 ans étudiante domiciliée à Daoudabougou, mariée à un professeur de lycée, n'a pas suivi de consultations prénatales. Assez loin de l'école, elle y va par taxi ou par cyclomoteur.

2è pare, le 1er enfant prématuré (7 mois) pesait 1900g. à la naissance. Cette fois-ci elle a accouché à l'âge de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2400g.

A l'âge d'un mois l'enfant pesait 3740g.

A l'âge de deux mois il pesait 5100g. et dès lors il fut perdu de vue.

Observation n° 25.

Mademoiselle M. DIAKRA : âgée de 17 ans domiciliée chez son père jardinier à Bakaribougou, n'a pas suivi de consultations prénatales. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 9 mois 15 jours d'un enfant de poids égal à 2200g. qui a été réanimé pendant 5 minutes.

L'enfant revu une seule fois avait 4 mois et pesait 6120g.

Observation n° 26.

Mademoiselle B. KEITA : âgée de 16 ans écolière domiciliée chez ses parents à Sogoniko, n'a pas suivi de consultations prénatales. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 7 mois d'un mort-né de poids égal à 960g.

Observation n° 27.

Mademoiselle K. COULIBALY : âgée de 16 ans domiciliée chez son père à Fadjioula, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché d'un enfant de poids égal à 2200g.

Observation n° 28.

Madame N. TRAORE : âgée de 21 ans ménagère domiciliée à Bamako-coura, mariée à un commis, a suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BW négatif

groupe A rhesus positif.

2è pare, 3ème geste, elle a fait un avortement de 5 mois lors de sa première grossesse.

A accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2400g. et l'apgar a donné 8 à la 5è minute.

S'occupe seule de son ménage.

Observation n° 29.

Madame T. KONE : âgée de 30 ans ménagère domiciliée à Tomikorobougou, mariée à un employé de bureau, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Marchande de condiments, elle s'occupe aussi de travaux domestiques,

9è pare, 3 sont vivants, n'a ni d'antécédant d'avortement, ni d'antécédant d'accouchement prématuré.

Elle vient d'accoucher au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

Observation n° 30.

Madame T. SINAYOGO : âgée de 25 ans ménagère domiciliée à Daoudabougou, mariée à un tôlier, n'a pas suivi de consultations prénatales. Sans aide, elle s'occupe seule de travaux domestiques, de ménage.

3è pare, les deux premiers sont morts à la suite de malnutrition. A accouché de terme de 8 mois 10 jours d'un enfant de poids égal à 2500g. et l'apgar a donné 8 à la première minute.

Observation n° 31.

Madame D. KONE : âgée de 25 ans ménagère domiciliée à Sogoniko, mariée à un gardien, n'a pas suivi de consultations prénatales.

3è pare dont deux vivants, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

S'occupait seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 32.

Madame A. TRAORE : âgée de 26 ans ménagère domiciliée à Fadjiguila, mariée à un cultivateur, n'a pas suivi de consultations prénatales. En plus du ménage elle s'occupe de travaux champêtres.

8è pare, dans ses antécédents on note :

- 1 accouchement prématuré de 8 mois l'enfant a vécu pendant 8 jours.
- 1 accouchement gémellaire prématuré : tous deux décédés dans les premières heures de la naissance.
- des morts-nés deux fois après accouchement à terme  
A accouché d'un enfant de poids égal à 2300g.

Observation n° 33.

Madame B. SIMPARA : âgée de 19 ans ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un étalagiste, a suivi les consultations prénatales. Les examens demandés n'ont pas été faits.

2<sup>e</sup> pare, 3<sup>e</sup> geste, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2740g.

A accouché de son premier enfant à 7 mois.

A avorté lors de sa 2<sup>e</sup> grossesse à 3 mois.

S'occupe seule de son ménage, de ses travaux domestiques/.

Observation n° 34.

Madame K. COULIBALY : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Bagadadji, mariée à un blanchisseur, a suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BW négatif.

groupe O rhesus positif.

2<sup>e</sup> pare, elle a accouché au terme de 8 mois 10 jours d'un enfant de poids égal à 1700g.

A présenté des hémorragies vers le 2<sup>e</sup> mois de sa grossesse.

A partir du 2<sup>e</sup> trimestre Albuminurie ++.

S'occupe seule de son ménage, de ses travaux domestiques.

Observation n° 35.

Madame P. SIDIBE : âgée de 18 ans ménagère domiciliée à Magnambougou, mariée à un manoeuvre journalier, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché d'un enfant de poids égal à 2200g.

S'occupe seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 36.

Madame M. SAMAKE : âgée de 28 ans ménagère domiciliée à DAOUAFOUGOU, mariée à un chômeur a suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BW négatif.

groupe O rhesus positif.

2è pare, dont 5 vivants, elle a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1060g., décédé 6 heures après la naissance. Dans ses antécédents on notait:

- deux morts-nés dont un par césarienne pour DPP (décollement prématuré du placenta).

- un accouchement prématuré à 7 mois : l'enfant est décédé à l'âge de 3 jours.

Observation n° 37.

Madame F. SANOGO : âgée de 28 ans ménagère domiciliée à Dravéla-Bolibana, a suivi les consultations prénatales. Les examens demandés ont donné les résultats suivants :

BW négatif

groupe B Rhesus positif.

7è pare, dont 6 vivants, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g. Ne présente pas d'antécédent gynéco-obstétrical. S'occupe seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 38.

Madame H. SANOGO : âgée de 20 ans domestique domiciliée à Banconi, mariée à un marchand de légumes, n'a pas suivi de consultations prénatales.

2è pare, elle a accouché au terme de 8 mois et demi d'un enfant de poids égal à 2200g.

S'occupe seule de son ménage et de ses travaux domestiques.

Observation n° 39.

Madame N. FOFANA : âgée de 29 ans domiciliée à Niaréla, mariée à un marchand de tissus, a suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné :

BW négatif.

groupe O Rhesus positif.

4è pare, dont deux vivants, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2100g.

A une aide pour les travaux domestiques.

Observation n° 40.

Madame H. FOFANA : âgée de 21 ans ménagère domiciliée à Ballé (NARA), mariée à un cultivateur, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Dès le 6<sup>e</sup> mois, œdème des membres inférieurs qui ont persisté après l'accouchement.

2<sup>e</sup>è pare, le premier vivant, elle a accouché au terme de 7 mois et demi d'un enfant de poids égal à 1200g., lequel est décédé 6 jours après.

En plus de son ménage, des travaux domestiques, s'occupe de travaux champêtres.

Observation n° 41.

Madame K. FOMBA : âgée de 23 ans ménagère domiciliée à Tomikorobougou, mariée à un ancien combattant, n'a pas suivi de consultations prénatales.

A présenté une hémorragie du 2<sup>e</sup>ème trimestre qui a duré 3 jours. Primipare, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

S'occupe seule de son ménage, de ses travaux domestiques.

Observation n° 42.

Madame H. BORE : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un marchand de céréales, a accouché au terme de 8 mois et demi d'un enfant de poids égal à 1900g.

N'a pas suivi de consultations prénatales.

2<sup>e</sup>è pare, elle a accouché lors de sa première grossesse à 8 mois et demi. A une aide pour ses travaux domestiques et le ménage.

Observation n° 43.

Madame C. MIGA : âgée de 21 ans Etudiante domiciliée à Hamdallaye, mariée à un officier de police, a suivi les consultations prénatales.

Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BV négatif.

groupe AB Rhesus positif.

A Présenté des œdèmes de la face et des extrémités qui ont cédé sous l'effet du régime sans sel.

Primipare, elle a accouché au terme de 7 mois et demi d'un enfant de poids égal à 2960g., qui malgré la réanimation est décédé 12 heures après sa naissance. Rejoint l'école par voiture. Ne travaille pas à la maison.

Observation n° 44.

Madame F. NANTOUME : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Chokorodji, mariée à un cultivateur, n'a pas suivi de consultations prénatales.

4è pare, elle a accouché au terme de 8 mois 20 jours des jumeaux dont les poids étaient 1940g. et 2000g.

Le deuxième enfant était un prématuré et ce dernier est vivant. S'occupe seule de son ménage et de ses travaux domestiques.

Observation n° 45.

Mademoiselle A. DOUMBIA : âgée de 17 ans domiciliée chez ses parents à Ouolofobougou, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Primipare, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2100g. n'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical.

S'occupe seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 46.

Mademoiselle B. DIAKITE : âgée de 16 ans domiciliée chez ses parents à KITA, n'a pas suivi de consultations prénatales. N'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical.

Primipare, elle a accouché au terme de 10 mois d'un enfant de poids égal à 1900g.

Elle ne travaille pas à la maison.

Observation n° 47.

Mademoiselle H. YREMATIE : âgée de 16 ans domestique domiciliée chez son oncle à Sabalibougou, n'a pas suivi de consultations prénatales.

A arrêté le travail de domestique vers le 5ème mois de grossesse.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2100g.

Observation n° 48.

Mademoiselle S. TRAORE : âgée de 18 ans domiciliée chez son père à Faladjé, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupe de travaux domestiques.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 1700g. avec Apgar = 9 à la 1ère minute.

Observation n° 49.

Mademoiselle W. TOUMKARA : âgée de 14 ans vivant chez son père à Torokorobougou, n'a pas suivi de consultations prénatales.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1500g. à la suite de crise d'éclampsie. L'enfant est décédé au bout de deux jours dans un tableau de détresse respiratoire malgré la réanimation.

Observation n° 50.

Mademoiselle F. SAMAKE : âgée de 17 ans, marchande d'épices, domiciliée à Tomikorobougou, n'a pas suivi de consultations prénatales. A été Hospitalisée vers le 7ème mois de sa grossesse pour accès palustre.

Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2000g.

Observation n° 51.

Mademoiselle M. OUATARA : âgée de 20 ans vivant chez son père domiciliée à Quinzambougou, n'a pas suivi de consultations prénatales.

2è pare, le 1er enfant, mort-né, était un post nature de 10 mois. A accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1500g. qui est décédé sans avoir crié.

S'occupait de travaux domestiques.

Observation n° 52.

Madame K. DIABY : âgée de 15 ans ménagère domiciliée à Diélibougou, mariée à un marabout, n'a pas suivi les consultations prénatales.

Primipare avec deux antécédents d'avortement (l'un à 2 mois et l'autre à 3 mois), elle a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g. avec Apgar = 8 à la première

minute. Ne travaille pas à la maison.

Observation n° 53.

Madame B. SAMAKE : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Boukassoubougou, mariée à un ouvrier, n'a pas suivi de consultations prénatales.

En plus du ménage, va chercher du bois en brousse.

2<sup>e</sup>è pare, un vivant, elle a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2300g.

N'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical.

Observation n° 54.

Madame N. DIARRA : âgée de 32 ans ménagère résidant à Mourdiah (MARA) de passage à Bamako, mariée à un cultivateur, n'a pas suivi de consultations prénatales.

8<sup>e</sup>è geste avec deux antécédents d'avortement (1 à 5 mois, 1 à 3 mois), elle précise que tous ses enfants sont nés avant le terme de 9 mois.

A accouché au terme de 8 mois de Jumeaux qui sont décédés dans lesières heures de la naissance.

En plus du ménage, des travaux domestiques, s'occupe de travaux champêtres.

Observation n° 55.

Madame A. COULIBALY : âgée de 39 ans ménagère domiciliée à Korofina, mariée à un Maître de Second cycle, n'a pas suivi de consultations prénatales, parcequ'elle ignorait être en grossesse (continuait à présenter des saignements uterins chaque mois).

4<sup>e</sup>è pare, avec un antécédent d'avortement, elle a accouché de mort-né de poids égal à 760g.

S'occupe sans aide de son ménage.

Observation n° 56.

Mademoiselle A. KEITA : âgée de 23 ans domiciliée chez ses parents au Badialan à suivi les consultations prénatales mais n'a pas fait les examens demandés.

2<sup>e</sup>è pare, un ~~accouché~~ des suites d'accouchement difficile, a accouché au ~~terme de 7 mois~~ d'un mort-né de poids égal à 2000g.

S'occupe de travaux domestiques.

Observation n° 57.

Madame C. BAGAYOGO : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à Banancabougou, mariée à un marchand de poissons, n'a pas suivi de consultations prénatales. S'occupait seule de son ménage, de ses travaux domestiques.

2<sup>e</sup>è pare, elle a un antécédent d'accouchement prématuré, a accouché au terme de 7 mois d'un mort-né.

Durant cette grossesse, elle présentait des hémorragies de 3 jours chaque mois.

Observation n° 58.

Madame B. TRAORE : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à Djicoroni, mariée à un employé de bureau, a été césariée au terme de 6 mois et demi pour placenta praevia, l'enfant mort pesait 300g.

2<sup>e</sup>è geste, elle a un antécédent d'avortement de 5 mois qui a fait l'objet de curetage. Ne suivait pas les consultations prénatales. Travaillait peu à la maison.

Observation n° 59.

Madame F. DIARRA : âgée de 28 ans ménagère domiciliée à Missira, mariée à un menuisier, a suivi les consultations prénatales. S'occupe seule des travaux domestique et ménager d'une famille très nombreuse.

5<sup>e</sup>è pare, 3 vivants, n'a ni d'antécédent d'accouchement prématuré, ni d'antécédent d'avortement.

Vers le 6<sup>e</sup>ème mois de la grossesse, sont apparus des œdèmes qui ont persisté jusqu'à l'accouchement. A présent des hémorragies vers le 2<sup>e</sup>ème mois de sa grossesse.

Observation n° 60.

Madame H. KONARE : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à Magnambougou, mariée à un maçon, a accouché dans un tableau d'hémorragie d'un enfant de poids égal à 1700g. décédé malgré la réanimation dans un tableau de détresse respiratoire.

3<sup>e</sup>è geste, 2<sup>e</sup>è pare, elle a un antécédent d'avortement de 4 mois qui a nécessité un curetage et un antécédent d'accouchement prématuré de 6 mois.

Ne suivait pas les consultations prénatales.

Ne travaillait pas durant sa grossesse.

Observation n° 61.

Madame B. KOUMARE : âgée de 35 ans ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un forgeron, n'a pas suivi de consultations prénatales.

7è pare, 5 vivants n'a ni d'antécédent d'accouchement prématuré, ni d'antécédant d'avortement.

A accouché au terme de 9 mois de jumeaux de poids égal à 2400g et à 2100g. S'occupait seule de son ménage.

Observation n° 62.

Madame K. KANE : âgée de 35 ans ménagère mariée à un commerçant a accouché de jumeaux au terme de 9 mois dont les poids 2300g. et 2230g.

10è pare, tous vivants, ne présente pas de passé gynéco-obstétrical. A une aide qui s'occupe de son travail domestique.

Observation n° 63.

Madame M. TRAORE : âgée de 15 ans ménagère domiciliée à Konobougou (Ségou) mariée à un cultivateur a accouché au terme de 8 mois 20 jours environ d'un enfant de poids égal à 2400g. Ne travaillait pas beaucoup durant cette grossesse. Primipare, ne présente pas d'antécédent gynéco-obstétrical.

Observation n° 64.

Madame A. TRAORE : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Bozola, mariée à un commerçant a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 2000g.

3è geste, 3è pare, a un antécédent d'accouchement prématuré de 6 mois. Sans aide, s'occupait seule du ménage bien qu'elle ait reçu l'ordre de se reposer.

Observation n° 65.

Madame B. TRAORE : âgée de 19 ans ménagère domiciliée à Missira, mariée à un horloger a accouché au terme de 8 mois de jumeaux dont les poids <sup>étaient</sup> ~~étaient~~ ~~égaux~~ à 1700g. et 2200g. 2è pare, premier enfant vivant, s'occupe seule de son ménage.

Observation n° 66.

Madame O. TARORE : âgée de 17 ans, ménagère domiciliée à Faladié, mariée à un commerçant résidant en Côte d'Ivoire, a accouché vers le début du 7ème mois d'un enfant de poids égal à 1500g. décédé à l'âge de deux jours. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle vit chez son père, car abandonnée par son mari il ya 7 mois environ. Sa maman est malade, divorcée. Travaille rarement à la maison.

Observation n° 67.

Madame A. DIANARA : âgée de 18 ans ménagère domiciliée à Banconi a accouché d'un mort-né macéré dans un tableau de crise d'éclampsie. Primipare, la maman a succombé.

Observation n° 68.

Madame K. DIARRA : âgée de 17 ans ménagère domiciliée à Torokorobougou, mariée à un chauffeur a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g. avec Apgar = 9 à la première minute. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle travaille peu à la maison.

Observation n° 69.

Madame A. DOUNBIA : âgée de 23 ans ménagère domiciliée à Bozola, mariée à un comptable a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1500g. a présenté une hémorragie du 2ème trimestre. Primipare, s'occupait seule de son ménage.

Observation n° 70.

Madame N. DEMBELE : âgée de 15 ans, ménagère domiciliée à Tomikorobougou, mariée à un cultivateur, a accouché au terme de 7 mois et demi d'un enfant de poids égal à 2200g.

A présenté une hémorragie vers le deuxième mois de sa grossesse. Le premier enfant est mort à l'âge de deux jours à la suite d'accouchement prématuré de 8 mois. S'occupe seule des travaux domestiques.

Observation n° 71.

Madame A. DOUMBIA : âgée de 15 ans ménagère domiciliée à Niamacoro, mariée à un chauffeur, a accouché au terme de 7 mois un enfant de poids égal à 1700g. Primipare, elle s'occupait seule de son ménage.

Observation n° 72.

Madame F. KOUREKAMA : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Badalabougou, a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2200g. 3è pare, elle précise que tous ses enfants sont de poids inférieur à 2500g. à la naissance. Vivant dans une famille très nombreuse, elle s'occupe seule de tout le ménage.

Observation n° 73.

Madame T. CISSE : âgée de 18 ans, ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un tailleur, a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2140g. 2è pare, le premier vivant avait aussi un faible poids à la naissance. Travaille peu à la maison.

Observation n° 74.

Madame K. CAMARA : âgée de 26 ans, ménagère domiciliée à Sébénikoro, mariée à un soudeur, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2400g. décédé à l'âge d'un jour. 5è pare, deux vivants, s'occupe du ménage d'une famille très nombreuse.

Observation n° 75.

Madame N. SOUKOUNA : âgée de 24 ans, ménagère domiciliée à Daoudabougou, mariée à un commerçant, a accouché au terme de 6 mois de jumeaux, le 1er mort-né et le 2ème décédé le même jour. 3è pare, premier enfant décédé à l'âge d'un jour à la suite d'accouchement prématuré de 8 mois, le 2è vivant.

Présente les antécédents d'hydramnios et de RPP (rupture prématurée des membranes), travaille peu à la maison. N'a pas suivi de consultations prénatales.

Observation n° 76.

Madame N. TRAORE : âgée de 22 ans élève domiciliée à Ouolofobougou, mariée à un comptable, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.  
2è pare, a présenté lors de sa première grossesse une menace d'avortement. Se rendait à l'école à pieds ou en cyclomoteur, a arrêté d'aller à l'école deux mois avant son accouchement.

Observation n° 77.

Madame D. SANGARE : âgée de 23 ans Elève à l'ECICA, domiciliée à Quinzambougou, mariée à un commerçant a accouché au terme de 7 mois d'un mort-né dans un tableau d'hémorragie qui a duré 8 jours.  
3è pare, premier enfant vivant, deuxième enfant décédé 24 h. après la naissance.  
Va à l'école en voiture ou en mobylette. Ne travaille pas à la maison.

Observation n° 78.

Madame F. SAMAKE : âgée de 24 ans ménagère domiciliée à Magnambougou, mariée à un étalagiste, a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2500g. avec Appar = = 8 à la première minute.  
4è geste avec un enfant vivant, Présente un antécédent d'avortement de deux mois.

En plus de son ménage va chercher du bois en brousse.

Observation n° 79.

Madame N. DACOU : âgée de 16 ans, ménagère domiciliée à Quinzambougou, mariée à un employé de bureau, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant mort-né.  
Primigeste, primipare s'occupe seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 80.

Madame M. DIALLO : âgée de 19 ans, domestique domiciliée à Quartier-Mali, mariée à un chauffeur a accouché au terme de 7 mois d'un enfant mort-né. Son lieu de travail est distant de son logis,  
Primipare, elle ne présente pas d'antécédent gynéco-obstétrical.

Observation n° 81.

Madame S. HAIDARA : âgée de 21 ans ménagère domiciliée au T.S.F, mariée à un menuisier a accouché au terme de 9 mois d'un enfant de poids égal à 2300g.  
2è pare, le premier enfant est vivant.  
S'occupe seule de son ménage.

Observation n° 82.

Madame M. DJIRE : âgée de 16 ans, ménagère domiciliée à Bozola, a accouché au terme de 7 mois d'un mort-né de poids égal à 1100g.

Primigeste sans antécédant gynéco-obstétrical, elle empruntait tous les jours les "Dourouni".

Observation n° 83.

Madame S. DIABY : âgée de 34 ans, ménagère domiciliée à Missira, mariée à un commerçant, a accouché au terme de 10 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.  
9è geste avec quatre antécédants d'avortements tous entre 3 et 4 mois. Tous ces avortements ont nécessité un curretage.

Observation n° 84.

Madame S. DIAKITE : âgée de 20 ans ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un ouvrier, a accouché au terme de 8 mois 28 jours d'un enfant de poids égal à 2450g. Primipare, elle n'a pas de passé gynéco-obstétrical.  
Primipare, ses activités se resument à son travail domestique.

Observation n° 85.

Madame N. DOUMBIA : âgée de 24 ans ménagère domiciliée à Sabalibougou, mariée à un ouvrier d'Usine, a accouché au terme de 8 mois et demi d'un enfant de poids égal à 2500g.  
5è geste, deux vivants, un antécédant d'avortement de 3 mois et demi. S'occupe de travaux ménagers et emprunte fréquemment les "Dourouni" pour le centre-ville.

Observation n° 86.

Madame K. LAMIAN : âgée de 32 ans, ménagère domiciliée à Médine, mariée à un chauffeur, a accouché vers le début 7è mois d'un enfant mort-né de poids égal à 800g. 5è pare, avec 4 vivants, a accouché dans un tableau d'hémorragie qui a duré 3 jours.

S'occupe de travaux ménagers, montées sur la colline pour se rendre au marché, ce qui n'était pas dans ses habitudes.

Observation n° 87.

Madame S. TOURE : âgée de 32 ans ménagère domiciliée à Bakodjikoroni, mariée à un employé des PTF en retraite, a accouché aux environs de 7 mois et demi d'un enfant de poids égal à 1400g. avec Apgar = 7. 7è geste, 5 vivants, a présenté une hémorragie ++ durant cette grossesse. A un antécédent d'avortement de 2 mois. En plus du ménage va chercher du bois en brousse.

Observation n° 88.

Madame A. YARE : âgée de 20 ans, ménagère domiciliée à Banconi, a accouché au terme de 7 mois d'un enfant de poids égal à 1200g.

3è pare dont 2 vivants, la parturiente avait les conjonctives sub-ictériques et elle affirme qu'il ya tout juste une semaine qu'elle a remarqué cela. En plus des travaux ménagers, se rend au champs pendant l'hivernage.

Observation n° 89.

Madame F. SOUCKO : âgée de 32 ans, ménagère domiciliée au quartier du Fleuve, mariée à un gardien, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 1220g.

7è geste, 7è pare, 4 vivants, elle a un antécédent d'accouchement prématuré de 6 mois et demi décédé à l'âge de deux jours. S'occupe du ménage.

Observation n° 90.

Madame A. TIAMAN : âgée de 18 ans, domestique domiciliée à Banconi, mariée à un marchand de tamis, a accouché d'un enfant de poids égal à 1680g. avec Apgar = 8 à la première minute.

Primipare, n'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical, n'a pas suivi de consultations prénatales. A arrêté de faire la domestique après 1 mois d'amenorrhée.

Observation n° 91.

Madame K. SAMAKE : âgée de 25 ans, ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un tailleur, a accouché au terme de 7 mois 17 jours d'un enfant de poids égal à 1300g. décédé à l'âge de 2 jours à la suite d'hémorragie ombilicale plus détresse cardiorespiratoire.

3è geste, un vivant, un avortement d'un mois ayant nécessité un curetage, avait un BW positif; suivait les consultations prénatales. S'occupe sans aide de son ménage.

Observation n° 92.

Madame N. MALE : âgée de 30 ans, ménagère domiciliée à Fadjiguila, mariée à un cultivateur, a accouché vers le début 9è mois de triplés dont les poids : 2200g, 2200g., 1830g. 9è geste, 7 vivants, n'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical. S'occupe seule de son ménage. Ne suivait pas les consultations prénatales.

Observation n° 93.

Madame K. KODJO : âgée de 25 ans, ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un maçon, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2500g.

2è pare, premier enfant décédé à l'âge de deux jours, à la suite d'accouchement prématuré de 7 mois. Cette fois-ci a présenté des m<sup>et</sup>rorrragies vers le 4è mois qui ont duré 5 jours. S'occupe seule de ses travaux domestiques.

Observation n° 94.

Mademoiselle F. SOUKO : âgée de 22 ans, domiciliée à Tomikorobougou, a accouché au terme de 8 mois, d'un enfant de poids égal à 2500g. 2è pare, un enfant vivant, un antécédent d'avortement de 3 mois ayant nécessité un curetage. S'occupe des travaux domestiques de sa mère.

Observation n° 95.

Mademoiselle T. CISSE ; âgée de 19 ans, domiciliée chez son père à Badalabougou, a accouché au terme de 8 mois 20 jours d'un enfant de poids égal à 2220g. Primipare sans antécédent gynéco-obstétrical, elle travaillait peu à la maison.

Observation n° 96.

Mademoiselle N. TRAORE : âgée de 17 ans, domiciliée chez sa maman bucheronne à Djikoroni (père décédé) a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2200g. Primipare, n'a pas suivi de consultations prénatales. Ne présente pas d'antécédent gynéco-obstétrical. Se déplace fréquemment en bachée pour rejoindre le centre-ville.

Observation n° 97.

Madame M. SIDIBE : âgée de 28 ans, ménagère domiciliée à Calambancoura, mariée à un maçon, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2160g. décédé à l'âge d'un jour à la suite de souffrance foetale par dystocie (présentation transversale). 3è pare, deux vivants, n'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical. N'a pas suivi de consultations prénatales. Travaille peu à la maison.

Observation n° 98.

Madame K. KONE : âgée de 25 ans ménagère, domiciliée à Djikoroni-Para, mariée à un tailleur, a accouché au terme de 6 mois et demi d'un mort-né de poids égal à 700g. 3è pare, deux vivants, n'a pas d'antécédent gynéco-obstétrical. S'occupe seule de ses travaux menagers.

Observation n° 99.

Madame A. DOUMBIA : âgée de 19 ans, ménagère domiciliée à Magnambougou, mariée à un chauffeur, a accouché au terme de 8 mois d'un enfant de poids égal à 2000g. N'a pas suivi les consultations prénatales. 3è pare, un vivant, a présenté des hémorragies vers le 2è mois de la grossesse. S'occupe de travaux domestiques; assez loin du marché où elle se rend tous les matins.

Observation n° 100.

Madame N. TRAORE : âgée de 17 ans, ménagère domiciliée à Bolibana, mariée à un chauffeur, a suivi les consultations prénatales. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

BW négatif

groupe O Rhesus positif.

Primipare, elle a un antécédent d'avortement d'un mois et demi, vers le deuxième mois de sa grossesse, menace d'avortement qui a cédé sous l'effet du traitement progestéronique.

A accouché au terme de 8 mois et demi d'un enfant de poids égal à 2000g. S'occupait des travaux domestiques.

Observation n° 101.

Madame M. DIALLO : âgée de 26 ans, Relieuse à l'imprimerie, mariée à un comptable, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse jusqu'à l'accouchement.

7<sup>e</sup> geste, 5 vivants, elle présente deux antécédents d'accouchements prématurés de 8 mois, l'un pesant 2000g. et l'autre 2300g.

Celui qui pesait 2000g. est décédé à l'âge de deux ans à la suite de Rougeole.

Durant cette septième grossesse, si les MF (mouvements fœtaux) étaient ++, Les BDC (bruits du coeur) n'étaient pas nets et ce-ci durant tout le 3<sup>e</sup> trimestre de la gestation. Vers le 6<sup>e</sup> mois, leucorrhées abondantes et purulentes, l'antibiothérapie a vite amélioré ce tableau.

A la dernière consultation on notait :

HU - 33 cm, col perméable à un doigt.

TA - 12/8.

15 jours après cette dernière consultation, elle a accouché de Jumeaux dont les poids étaient 2550g. et 2400g.

Le premier, qui pesait 2551g. est décédé à l'âge de 6 jours à la suite d'ictère.

A l'âge de 15 jours le poids du deuxième Jumeau est passé de 2400g. à 2770g. et à l'examen RAS.

Observation n° 102.

Madame R. BATHILY : âgée de 32 ans, ménagère domiciliée à Médine, mariée à un instituteur, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de sa grossesse.

8<sup>e</sup> geste, 3 vivants, ses antécédents sont les suivants :

- 2<sup>e</sup> enfant mongolien mort à l'âge de 9 mois.
- 3<sup>e</sup> enfant prématuré (7 mois) est décédé à l'âge

d'une semaine.

- 4<sup>e</sup> enfant, mongolien, est décédé.

- 1 Avortement de deux mois il ya un an environ.

Le 1<sup>er</sup>, le 5<sup>e</sup>, et le 6<sup>e</sup> enfant sont vivants.

Elle a accouché cette fois-ci à une HU = 43 cm de Jumeaux dont les poids étaient 3140g et 1800g.

Celui qui pesait 1800g. est décédé quelques heures après la naissance dans un tableau de détresse respiratoire.

Observation n° 103.

Madame F. BATHILY : âgée de 41 ans, Institutrice domiciliée à Missira, mariée à un instituteur, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse jusqu'à l'accouchement.

2<sup>e</sup> geste avec 6 vivants, ses antécédents obstétricaux sont les suivants :

- 2<sup>e</sup> enfant prématuré (6 mois et demi) mort-né.

- 3<sup>e</sup> enfant prématuré (7 mois) mort-né.

- 4<sup>e</sup> enfant prématuré (7 mois) mort-né, a accouché dans un tableau hémorragie ++ en brousse.

- 6<sup>e</sup> enfant prématuré, césarienne à 6 mois et demi pour placenta praevia.

- 11<sup>e</sup> enfant, mongolien, décédé à l'âge de 9 mois.

La parturiente affirme avoir toujours accouché avant le terme de 8 mois. Lors de sa 5<sup>e</sup> grossesse, a présenté une HTA qui dès lors est inconstante. Cette fois-ci elle a accouché au terme de 9 mois 10 jours d'un enfant de poids égal à 3000g.

Observation n° 104.

Madame S. COULIBALY : âgée de 25 ans, Bucheronne domiciliée à Sirakoro (Kati), mariée à un cultivateur, a été vue vers la fin du 6<sup>e</sup> mois.

4<sup>e</sup> pare, deux vivants, elle a un antécédent d'accouchement prématuré de 8 mois (mort-né).

Cette fois-ci elle a accouché à terme d'un enfant de poids égal à 3800g. A l'âge de 15 jours l'enfant pesait 4030g.

Observation n° 105.

Madame S. SANOGO : âgée de 29 ans, ménagère domiciliée à Djalou (San), de passage à Banconi, mariée à un cultivateur, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse.

12<sup>e</sup> geste, aucun est vivant, ses antécédents sont :

- 1<sup>er</sup> enfant prématuré (6 mois) mort-né.
- 2<sup>e</sup> enfant prématuré (7 mois) décédé à l'âge de 45 jours.
- 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> enfants prématurés (8 mois) décédés dans les premières heures de la naissance.
- 5<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> enfants Jumeaux prématurés (8 mois) étaient aussi des morts-nés.
- 6<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> enfants étaient tous des prématurés (8 mois) qui sont décédés dans les premières heures de la naissance. L'intervalle entre ses différentes grossesses est toujours inférieur à un an. Accouche toujours dans un tableau d'hémorragie.

Vient d'accoucher à 7 mois et demi après cerclage, de Jumeaux dont les poids 1040g. et 940g.; le 1<sup>er</sup> est décédé dans les premières heures de la naissance et la deuxième était un mort-né.

Durant toute cette grossesse, cette femme était sous cedilamide gouttes. Une semaine avant l'accouchement, elle a présenté au niveau des régions hypogastriques des lésions urticariennes et selon elle, c'est le signe précurseur fidèle de l'interruption de ses grossesses.

Après ce dernier accouchement prématuré, nous avons donné rendez-vous à la parturiente pour faire des investigations mais on ne l'a plus revue.

Observation n° 106.

Madame Y. SANGARE : âgée de 28 ans ménagère domiciliée au TCF, a été suivie à partir du 5<sup>e</sup> mois de la grossesse. 6<sup>e</sup> pare, 2 vivants, elle a un antécédant d'accouchement prématuré de 7 mois qui fut un mort-né. Cette fois-ci elle a accouché à terme d'un enfant de poids égal à 2600g.

Observation n° 107.

Madame A. QUATTARA : âgée de 38 ans, ménagère domiciliée au TCF, mariée à un boucher, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse.

11<sup>e</sup> geste, 4 vivants, ses antécédants sont les suivants :  
- 1<sup>er</sup> enfant prématuré (6 mois) décédé dans les premières heures de la naissance.  
- 10<sup>e</sup> enfant Jumeaux prématurés (6 mois) a accouché dans un tableau d'hémorragie ++.

Concernant la 11<sup>e</sup> grossesse c'est à dire celle que nous avons suivi, elle a accouché à terme d'un enfant de poids égal à 2500g.

Observation n° 108.

Madame M. KOUREKANA : âgée de 21 ans, ménagère domiciliée à Banconi, mariée à un commerçant, a été suivie à partir du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse.

5<sup>e</sup> geste, ses antécédants sont les suivants :

- 1<sup>er</sup> enfant prématuré (8 mois) décédé à l'âge de 13 mois
- 2<sup>e</sup> enfant Jumeaux prématurés (6 mois) morts-nés.
- 3<sup>e</sup> grossesse avortée à l'âge de 3 mois
- 4<sup>e</sup> enfant prématuré (7 mois) mort-né.

Concernant la 5<sup>e</sup>me grossesse, elle a présenté des hémorragies qui ont cédé sous l'effet de vitamine E, progestorone et repos.

Vers le 8<sup>e</sup> mois, des hémorragies ont conduit à la césarienne et le diagnostic de placenta praevia est posé en per-opératoire.

L'enfant qui avait un poids égal à 2100g, a vécu pendant 15 jours, et est décédé dans un tableau d'accès fébrile.

Après le retour de couche, l'H.S.G a donné le résultat suivant : Utérus de volume moyen aux contours réguliers. Obturation tubaire à droite, trompe gauche perméable, défaut de remplissage gaz injecté avec moyen de contraste. A l'examen la bougie n°7 ne passe pas même en forçant.

Observation n° 109.

Madame D. DIAKITE ; âgée de 24 ans Laborantine, mariée à un instituteur, elle est venue consulté à la PMI de Niaréla pour avortements à répétition.

Dans ses antécédants 4 avortements entre 4 et 6 mois. A l'examen utérus en arrière.

Le cerclage fait à la 8è semaine des règles a permis de mener la 5è grossesse à terme et cet enfant est vivant.

La 6è grossesse, celle que nous avons suivi, est arrivé à terme aussi sous l'effet conjugué du cerclage (fait à la 15è SR) et une surveillance régulière.

Observation n° 110.

Madame N. CAMARA : âgée de 24 ans, Etudiante, mariée à un Etudiant, est venue consulter à la PMI de Niaréla pour accouchements prématurés à répétition. Dans ses antécédants deux accouchements prématurés de 6 mois tous sont décédés.

Lors de sa 3è grossesse, le cerclage fait à la 12è semaine des règles, a permis de mener la grossesse à terme et elle a accouché d'un enfant de poids égal à 2300g. qui est vivant.

Elle a aussi été cerclée à la 12è semaine des règles lors de sa 4è grossesse, celle que nous avons voulu suivre.

A une EU = 25 cm, la gestante a présentée une hémorragie +++ ; une semaine avant on avait découvert un fibrome chez cette femme à l'examen clinique. Le traitement de l'hémorragie fut le suivant - repos 15 jours

- progesterone.

Par la suite, la femme a été perdue de vue.

Observation n° 111.

Madame F. SIDIBE : âgée de 20 ans est venue consulter à la PMI de Niaréla pour avortements à répétition. Ses antécédants :

- 1er enfant : prématuré (8 mois) mort-né
- 2è grossesse avortée à 6 mois
- 3è grossesse avortée à 3 mois.
- 4è grossesse avortée à 4 mois.
- 5è grossesse avortée à 3 mois.

A subi deux interventions ; une intervention à Niono pour prolapsus, une intervention à Bamako pour cystocèle.

Un cerclage prophylactique fut fait vers le 5è mois de la grossesse que nous avons suivi.

Vers le 6è mois, hémorragies+++ ont conduit à l'intervention et le diagnostic de placenta praevia fut posé en per-opératoire.

Observation n° 112.

Madame K. CAMARA : âgée de 28 ans est venue consulter à la PMI de Niaréla pour avortements à répétition. Ses antécédants : 8 grossesses, un seul vivant.

7 fausses couches tous entre 4 et 5 mois.

En 1978 a avorté sur cerclage.

En 1979 le diagnostic de beance cervico-isthmique est posé, elle a été cerclée à la 12è semaine des règles, elle a encore avorté entre le 5è et 6è mois.

Observation n° 113.

Madame B. COULIBALY : âgée de 32 ans, est venue consulter à la PMI de Niaréla pour avortements et accouchements prématurés à répétition. Ses antécédants : 10 grossesses : 2 vivants.

- 1 accouchement prématuré (6 mois et demi) en 1976, l'enfant est décédé.
- Avortement de 3 mois sur cerclage en 1977.
- Puis 6 avortements entre 1 mois et demi et 2 mois et demi.

En 1979, elle vient d'avorter sur cerclage à 6 mois. A présent, on n'a pu évoquer une étiologie précise

Observation n° 114.

Madame N. DIABATE : âgée de 31 ans, après un accouchement prématuré de 8 mois (lequel enfant est décédé) est venue consulter à la PMI de Niaréla. A été cerclée en 1976 à la 15è semaine des règles. A pu mener cette grossesse à terme.

En 1979 elle a été cerclée et elle a mené cette grossesse aussi à terme

CONCLUSION D'ENSEMBLE.

Au total - 100 parturientes interrogées

- 14 femmes présentant au moins un antécédant d'accouchement prématuré ont été suivies à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.

Notre enquête nous a permis de retenir un certain nombre de facteurs comme étiologies favorisant la prématurité; il s'agit :

- du bas niveau socio économique : en effet 44 % de nos parturientes habitent les quartiers périphériques de Bamako où les conditions de vie, la plus part du temps, sont précaires.

- De l'âge: 50 % de nos parturientes avaient un âge inférieur à 20 ans.

- De la primiparité qui se retrouve dans 37 % des cas.

- De grossesses multiples : 6 cas de gemellité, un cas de triplés.

- 23 % avaient présenté une hémorragie de la grossesse (2 cas d'éclampsie).

- 14 % avaient des antécédants d'accouchements prématurés).

- 17 % avaient des antécédants d'avortements.

- 18 % des mères étaient célibataires.

- 3 % avaient BW positif.

- 6 % en plus du ménage et de travaux domestiques s'occupaient des travaux champêtres.

- 1 présentait une cardiopathie

- 5 % ne résidaient pas à Bamako :

- 2 venaient de Nara (Kayes)

- 1 venait de Koulikoro.

- 1 de Konobougou (Ségou)

- 1 de Bla (Ségou).

Sur les 14 femmes suivies:

- 8 ont pu mener leur grossesse à terme:
  - . 2 après cerclage et surveillance régulière
  - . 6 sous surveillance régulière plus conseils pratiques.
- 1 a été perdue de vue après le cerclage.
- 5 malgré nos multiples efforts n'ont pas pu mener leur grossesse à terme
  - . 1 a été césarisée vers 8 mois pour placenta praevia.

L'enfant pesait 2100g. et il est décédé à l'âge de 15 jours des suites d'accès fébriles

- . 2 ont accouché prématurément malgré le cerclage: l'une à 7 mois et demi de Juneaux dont les poids étaient 1040g. et 9040g.; un fut mort-né et l'autre est décédé dans les premières heures qui ont suivi la naissance. L'autre a été césarisée à 6 mois pour placenta praevia.

- . 2 ont avorté sous le cerclage sans diagnostic précis.

Ces femmes ont été suivies en vue de faire ressortir les mesures prophylactiques.

\* \*

\*

CHAPITRE II

FACTEURS ETIOLOGIQUES

L'étude des facteurs étiopathogéniques de la prématurité a suscité depuis longtemps l'intérêt aussi bien des pédiatres que des obstétriciens. Cet intérêt est loin d'être diminué du fait que la cause véritable de la prématurité reste méconnue dans un pourcentage élevé de cas.

Par ailleurs concernant les causes de la prématurité, il ne s'agit évidemment pas le plus souvent de causes univoques et absolues; par conséquent il serait préférable de parler de facteurs favorisant le déclenchement prématuré du travail ou bien l'immaturité.

L'importance de chaque facteur étiologique ressort de la fréquence respective avec laquelle on la retrouve dans l'anamnèse des nouveau-nés prématurés.

Nous avons pris nos 100 prématurés au hasard en nous basant sur le critère poids uniquement.

De nos observations il ressort un certain nombre de facteurs qui sont:

- Niveau socio économique
- parité
- Age de la maman
- gemellité
- hémorragies de la grossesse
- avortements et accouchements prématurés à répétition.
- Malformations utérines
- grossesses illicites
- Maladies de la mère.

#### 1. Niveau socio économique

Sur nos 100 mères, 44 habitaient dans les quartiers situés à la périphérie du District de Banako; 5 venaient de la brousse. Le seul fait d'habiter dans ces quartiers permet de se faire une idée du niveau socio économique. Il s'agit en fait de quartiers très peuplés où les conditions d'hygiène et de salubrité sont des plus précaires.

C'est aussi le refuge de tous ces transplantés qui ont abandonné la campagne pour la grande ville; ils y vivent dans le pappe- risme et par-dessus le marché, ils sont la plus part du temps polygames.

A ce propos nous ne pourrions nous empêcher d'évoquer cette mère de 7 enfants mariée à un jardinier polygame qui venait d'accoucher de triplés.

Tout ceci a pour conséquence la malnutrition, la fatigue, qui créent les conditions d'accouchement difficile.

Par ailleurs dans nos pays en voie de développement, l'insuf- fisance de l'infrastructure sanitaire intervient beaucoup dans les étiolo- gies de la prématurité.

2. Parité: Ont été considérées comme multipares toutes celles qui en sont à leur 5<sup>e</sup> pare ou plus.

37 de nos patientes étaient des primipares, 22 étaient des multipares.

De nos jours, la primiparité fait partie des étiologies dites normales de la prématurité; ce qui semble ne pas présenter d'ambi- guité quand on sait que le poids de naissance chez une mère augmente avec la parité.

L'incidence remarquable de la primiparité s'explique aussi en partie par le fait qu'elle est très souvent associée au Jeune âge : 18 % avaient un âge inférieur à 17 ans.

Si le poids de naissance augmente avec la parité, les risques de la gros- se se multiplient dans le même sens. Ainsi ces grandes multipares forment une partie du lot de grossesses à hauts risques et l'accident de prématu- rité fait partie de ces risques.

3. Génellité: Comme la primiparité, elle fait partie des étiologies dites normales de la prématurité. La prématurité liée à la genellité est un problème purement physiologique qui s'explique par la surdistention uté- rine; en effet 6 % de nos prématurés étaient des Jumeaux.

4. Hémorragies de la grossesse: 23 % de nos parturientes ont présenté des hémorragies au cours de leur grossesse.

11 ont présenté des hémorragie pendant le 1er trimestre

12 l'ont présentées pendant le 2è trimestre et sur les 12, 5 ont accouché de mort-né.

Aussi remarque-t-on que la plus part des grands prématurés c'est-à-dire ceux qui ont un poids inférieur à 2000g. sont de nanans ayant présenté des hémorragies au cours de la grossesse. Ils constituent la catégorie qui a le moins de chance de survivre.

Néanmoins, l'avis de ces obstétriciens à savoir l'absténance thérapeutique devant une menace d'avortement est discutable. Et s'il faut laisser faire certains avortement par-ce-que l'oeuf est de mauvaise qualité, il faudrait intervenir pour éviter ces avortements qui réagissent d'ailleurs bien au traitement.

5. Le syndrome dit des avortements ou des accouchements prématurés à répétition: Ce syndrome s'applique à nos parturientes qui ont un ou des antécédants d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Sur nos 100 parturientes, 31 avaient des antécédants d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Sur ces 31 femmes: 8 avaient jusqu'ici un seul antécédant d'avortement et parmi ces 8: 3 étaient des multipares. On a supposé que chez ces 3 multipares il s'agit d'un phénomène purement accidentel. Chez les 5 autres qui étaient ou des sécondipares ou des primipares on peut s'attendre à la répétition du phénomène d'avortement ou d'accouchement prématuré au cours des grossesses suivantes.

Les 23 autres qui venaient de donner le jour à des prématurés avaient <sup>ou</sup> un antécédant de prématurité, ou des antécédants d'avortements et d'accouchements prématurés.

GILLOT (16) dans une étude retrouve le syndrome chez 16 à 12 % des femmes venant de donner naissance à un prématuré. Il suggère comme causes probables des troubles hormonaux:

Soit production excessive d'oestrogène par le placenta

Soit production insuffisante de progestérone.

Soit production insuffisante de pitocinase.

Ces causes hormonales peuvent ou non être associées à des causes anatomiques (malformations utérines).

Si GILLOT donne la priorité au facteur endocrinien, il nous semble qu'elle est d'ordre socio-économique et culturelle chez nous.

5. Maladies de la mère: Plusieurs maladies de la mère sont incriminées dans les étiologies de la prématurité. Au cours de nos recherches nous avons noté:

- 3 cas de syphilis

- 1 cas de néphropathie avec retentissement cardiaque.

- 1 cas de cardiopathie.

6. Malformations utérines: A ce niveau nos recherches sont restées sans suite parce que celles qui étaient suspectes ont toutes été perdues de vue. Néanmoins, ~~elle~~ demeurent un facteur non négligeable surtout par le biais de la bécance cervico isthmique.

7. Les grossesses très rapprochées: Chez ces femmes qui ont présenté le "syndrome dit des accouchements prématurés à répétition", l'intervalle entre l'accouchement et une nouvelle fécondation était toujours inférieur à un an. Il en est de même de la plus part de ces femmes en pleine activité génitale.

En effet, les grossesses rapprochées entraînent anémies et carences diverses qui peuvent engendrer des naissances prématurées.

8. Prématurité et Travail pendant la grossesse : Sur nos 1000 parturientes :

- 71 % s'occupaient seule~~de~~ de ménage et de travaux domestiques et elles n'ont pas interrompu avant l'accouchement.
- 10 avaient une aide.
- 5 étaient des domestiques de profession .
- 6 en plus du ménage et des travaux domestiques s'occupaient des travaux champêtres.
- 4 en plus du ménage et des travaux domestiques allaient chercher du bois en brousse.
- 5 ne travaillaient pas à la maison.

La fatigue semble un facteur étiologique jouant un rôle déterminant dans le déclenchement prématuré du travail. Pour Mme PINTAUD BOMPART, Travail = Risque de prématurité X 2,4 (29).

9. Prématurité et Consultations Prénatales : Le fait que nos femmes ne suivent pas les consultations prénatales ou n'appliquent pas les conseils qu'on leur donne, est responsable des accidents de la grossesse en général et de l'accident <sup>de</sup> prématurité en particulier. En effet, plus de la moitié de nos parturientes ne suivaient pas les consultations prénatales.

\*

\* \*

CHAPITRE III

CONSEQUENCES DE LA PREMATURITE

Nous aurions préféré que nos enquêtes s'étendent sur un ou deux ans ou même plus pour faire une étude longitudinale qui nous aurait permis de noter l'évolution psycho-motrice et intellectuelle de nos prématurés.

Vu le temps dont on disposait pour ces travaux, nous ne pourrions évoquer que les conséquences immédiates qui sont les suivantes:

1. Troubles respiratoires: 9 % de nos prématurés sont décédés dans les 1<sup>ères</sup> 48 heures dans un tableau de détresse respiratoire. Ces troubles respiratoires se retrouvent de préférence chez le grand prématuré. (Pds < 2000g.)

Les bras en croix, le prématuré mobilise à peine son thorax, alors qu'à chaque inspiration, l'abdomen se gonfle, la base du thorax s'élargit et un entonnoir xyphoïdien profond se creuse.

A certains moments, il se produit des alternances régulières d'apnée de mouvement respiratoire, ce qui donne un rythme semblable au Cheyne Stockes.

Ces troubles respiratoires presque synonymes de syndrome des membranes Hyalines s'expliquent par l'immaturité de l'appareil respiratoire.

Quant à la cyanose, si elle s'expliquait jusqu'à présent par l'état défectueux de l'appareil respiratoire, actuellement on a tendance à faire intervenir une nouvelle notion: La notion de crise d'adaptation; le prématuré n'est pas en mesure de faire face aux besoins d'une croissance très active qui dépasse sa capacité hémofornatrice (25).

2. Hémorragie-Anémie: La prématurité est synonyme d'immaturité.

L'immaturité des cellules hépatiques explique la carence des facteurs de coagulation chez le prématuré et par conséquent l'élévation du temps de coagulation.

L'immaturité au niveau de l'appareil circulatoire entraîne une fragilité capillaire chez le prématuré.

Dans notre enquête, nous avons rencontré seulement des hémorragies cutanées à type de pétéchies et de purpura qui sont à évolution très bénignes.

Quant à l'Anémie du prématuré qui est dite physiologique, elle est encore accentuée par les hémorragies et il a été constaté que plus l'enfant est petit, plus durable sera l'anémie (16). L'hémorragie survenant au moment de l'accouchement a été aussi incriminée dans les causes d'anémie.

3. Troubles dyspeptiques: L'immaturité de l'appareil digestif, explique les troubles de la déglutition observés chez le prématuré. Par ailleurs les possibilités physiologiques réduites exigent une ration alimentaire <sup>adaptée</sup> ~~adaptee~~ et la plus part des diarrhées et vomissements observés chez nos prématurés semblaient s'expliquer par cette sur-alimentation.

4. Prématurité et Mortalité peri-natale: Sur nos 100 prématurés, 13 étaient des mort-nés, 9 sont morts dans les 1<sup>ères</sup> 48 heures dans un tableau de détresse respiratoire, un décès à l'âge de 6 jours à la suite d'infection anté-portum car la maman présentait une néphropathie.

Nous tenons à souligner que ce - ci représente les cas sur lesquels nous avons été informé et nous sommes sûrs qu'il existe d'autre cas de décès. La prématurité est donc loin d'être négligeable dans les étiologies de la mortalité peri-natale et il semble exister une phase critique pour le prématuré: les 1<sup>ères</sup> 48 heures qui sont responsables de 85,4 % des décès neo-nataux. C'est en effet la période où les fonctions immatures du nouveau-né s'affrontent aux conditions du milieu extérieur. A partir du 3<sup>e</sup> jour, la mortalité baisse jusqu'au 7<sup>e</sup> jours (8,4 %). Enfin à partir du 8<sup>e</sup> jour, le prématuré restera exposé (2).

5. Prématurité et croissance pondérale: 27 de nos prématurés ont été revus au moins une seule fois.

Pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de sa vie, l'enfant normal gagne en moyenne 25g. par jour; ce qui revient à 365g. en 15 jours.

Sur les 21 revus à l'âge de 15 jours:

- 14 avaient gagné en moyenne 371g. et parmi ces 14, 8 avaient une prise de poids supérieure à 400g. en 15 jours.

- Un avaient son poids resté stationnaire.

- 6 avaient perdu en moyenne 171 g. et sur ces 6, 3 présentaient le tableau suivant:

- Hyperthermie.
- Dyspnée inspiratoire avec thorax en entonnoir.
- Hypotonie plus absence des reflexes archaïques.

Sur les 7 revus à l'âge d'un mois, la prise de poids était en moyenne égal à 890g.

9 sont revenus à l'âge de 45 jours et ils avaient en moyenne gagné 1430g.

3 revus à l'âge de 3 mois avaient gagné en moyenne 3200g.

2 revus à l'âge de 4 mois avaient gagné en moyenne 3920g.

De ces constatations, il ressort que le prématuré bien entretenu, a une croissance pondérale plus rapide que celle de l'enfant normal puisqu'à 3 mois déjà, il atteint le poids de l'enfant normal de 3 mois.

Devant la gravité et la complexité des troubles qui assaillent le prématuré, il est indispensable de chercher une prophylaxie adéquate à la prématurité.

\*        \*

\*

CHAPITRE IV

LA PREVENTION

Les lourdes conséquences de la prématurité font qu'elle mérite une prophylaxie appropriée.

Mais une vraie prophylaxie suppose une connaissance parfaite de l'étiopathogénie. Ors en matière de prématurité plusieurs causes restent inconnues, et même plus certaines étiologies connues depuis longtemps n'ont pas eu d'explication scientifique à présent.

Par ailleurs il existe des étiologies dites classiques comme par exemple la gemellité, la primiparité, sur lesquelles on ne peut pas agir.

Telle que nous la comprenons, la prématurité impose une prophylaxie double à savoir:

- prévention au niveau de la maman: ce qui en réalité, constitue la vraie prophylaxie.
- Prévention au niveau du nouveau-né à savoir soins appropriés et urgents pour éviter au maximum les complications liées à l'accouchement prématuré.

#### I. Prévention au niveau de la maman:

Nécessite certains efforts de la part:

- du gouvernement.
- des services de santé publique.
- du personnel directement intéressé: L'obstétricien ou la sage-femme.

1. De la part du gouvernement ces efforts consistent au relèvement du <sup>niveau</sup> nouveau de vie pour l'ensemble de la population:

- Par une politique de logement et d'assainissement.
- En luttant contre l'analphabétisme et par là l'ignorance qui intervient pour une large part dans les étiologies de la prématurité.
- En prenant des mesures vigoureuses contre l'exode rural qui contribue à la création d'une catégorie de population prédisposée aux risques d'accouchement prématuré.
- Par la multiplication des centres de PMI et la formation de personnels compétents.
- Par la création de maisons maternelles pour recevoir celles-là qui présentent des grossesses à hauts risques.

2. De la part des services de santé publique, ces efforts se resument à l'éducation sanitaire en vue de mettre en lumière l'importance:

- a - de la surveillance et des soins prénatals dès le debut et pendant toute la grossesse. En effet l'efficacité du traitement préventif dépend de la qualité de la surveillance prénatale. Il existe une relation évidente entre la fréquence des consultations et le risque d'accouchement prématuré.
- b - Du maintien pendant la grossesse d'un bon état de santé du point de vue alimentaire, physique et mental.

Sur nos 14 femmes, 6 ont pu mener leur grossesse à terme sous l'effet d'une surveillance régulière et de conseils pratiques.

Sur une serie de 1.000 accouchements consécutifs à Port-Royal en 1969, la fréquence de la prématurité était de 17 % pour les non consultantes et diminue avec l'augmentation de la fréquentation de la consultation pour se reduire à 2,5 % pour 10 consultations et plus (4).

c - Des risques des grossesses très rapprochées.

d - De l'éducation sexuelle: La prématurité liée à la Primiparité s'explique surtout par le jeune âge (18 % des mères avaient moins de 17 ans) et il s'agit le plus souvent de grossesses illegitimes (18 % des mères étaient des célibataires).

En plus de l'éducation sexuelle, faire intégrer ces filles aux programmes de planning familial.

Aussi serait il necessaire de faire comprendre et à ces filles, et à leurs parents, tous les risques liés à la parturition avant un certain âge.

3. De la part du personnel directement intéressé (obstétricien ou Sage-femme): Ces efforts consistent à tracer le profil des femmes prédisposées aux accouchements prématurés. Ainsi, l'établissement dans les centres de consultation prénatale du coefficient de risque d'accouchement prématuré (C.R.A.P.) comme présenté par E. PAPIERNIK tout en l'adaptant aux réalités de notre milieu, serait le meilleur.

L'importance de cette méthode reside dans le fait qu'elle est individuelle. Chaque femme est informée du risque et elle reçoit des consignes de mode de vie ou de traitement qui sont exactement adoptées à son risque personnel de mettre au monde un prématuré.

C O M P L I C I E N T de R I S Q U E - d'Accouchement Prématuro.

- NOM
- Date des dernières règles
- Date de fécondation
- Date examen clinique
- Terme de la grossesse en semaines depuis les D.R.N.

PRENOM Cycle habituel

Mariée Célibataire  
Primigeste Multigeste  
Age :

<p>2 enfants ou plusieurs sans aide familiale. Sa s niveau socio-économique N. S. D.</p>	<p>1 curetage court intervalle après grossesse précédentes. (1 an entre acc. et féco.)</p>	<p>Travail à l'extérieur</p>	<p>Fatigue inhabituelle Prise de Poids excessiv</p>
<p>Grossesse, illégitime non hospitalisée en maison maternelle. moins de 20 ans moins de 40 ans</p>	<p>2 curetages</p>	<p>Plus de 3 étages sans ascenseur Plus de 10 cis/J</p>	<p>Moins de 5 kg de prise de poids Alimentario 7 / Hypertension + de 13 + de 8</p>
<p>Très bas niveau socio-économique moins de 1,50 m moins de 45 kg.</p>	<p>3 curetages ou + Utérus cylindriques</p>	<p>Longs trajets quotidiens Effets inhabituels grand voyage</p>	<p>Chute de poids Le mois précédent. tête basse, segment inférieur formé Siège à 7 mois.</p>
<p>Moins de 18 ans</p>	<p>Pyélonéphrite</p>		<p>Métrorragies du 2<sup>e</sup> trimestre. col court. col perméable. Utérus contractile</p>
	<p>Malformations utérines 1 avortement tardif. 1 accouchement prématuré.</p>		<p>Grossesse Gemellaire Placenta praevia Hydranthes.</p>

Prescription et arrêt de travail date :

Repos au lit

Autres médicaments.

C.R.A.P. Inférieur à 5: pas de risque d'accouchement prématuré.

C.R.A.P. Entre 5 et 10: il existe un risque potentiel d'accouchement prématuré.

C.R.A.P. Supérieur à 10: il y'a un risque certain d'accouchement prématuré. Ainsi donc, un C.R.A.P. entre 5 et 10 à 6 mois conduit à l'arrêt du travail.

#### CERCLAGE ET ACCOUCHEMENT PREMATURE:

Sur nos 14 femmes, 7 ont été cerclées et 6 sans diagnostic précis, mais elles avaient toutes des antécédants d'avortements et d'accouchements prématurés à répétition.

- une a été perdue de vue
- deux ont pu mener leur grossesse à terme
- une a <sup>accouché à 6 mois</sup> ~~avorté~~ pour placenta praevia.
- une qui présentait une cardiopathie en plus de la suspicion de malformation utérine, a accouché à 7 mois et demi.
- deux ont reavorté sans diagnostic précis.

Le cerclage est donc un moyen prophylactique qui vaut la peine mais à condition de le faire assez tôt.

#### L'ISOXUPRINE (DUVADILAN) ET LE TRAITEMENT DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE:

L'efficacité de ce produit en pratique obstétricale nous oblige à le citer même sans l'avoir utilisé dans le cadre particulier de nos travaux.

Mais l'efficacité de la thérapeutique dépend de la précocité de son emploi (dilatation inférieure à 4 cm, membranes intacts) d'où la nécessité d'informer les femmes en grossesse de la nécessité impérieuse de consulter dès la survenue de contractions intempestives.

Il est possible que dans un proche avenir la combinaison de trois agents:

- Alcool éthylique (inhibiteur de la sécrétion d'ocytocine par le lobe postérieur).
- Dérivé de l'isoxuprine (agissant directement sur le muscle utérin).
- Un produit bloquant les récepteurs adrenergiques.

Puisse être le traitement idéal du déclenchement spontané du travail (60).

## II. PREVENTION DES COMPLICATIONS LIEES A LA PREMATURETE:

Dans la mesure du possible, la naissance d'un prématuré nécessite la collaboration entre obstétricien, pédiatre et infirmière spécialisée dans les soins pour prématuré.

Lorsque s'annonce la naissance d'un prématuré, tout doit être préparé pour la désobstruction des voies aériennes, la réanimation, le non refroidissement, la lutte contre l'infection.

Chez nous, l'infrastructure sanitaire n'est pas très développée et nous ne possédons pas de structures d'accueil pour nos prématurés. Ailleurs, nous ne possédons pas de personnels spécialisés dans les soins à donner aux prématurés.

Cependant nos prématurés arrivent bien à survivre et cela s'explique par notre climat qui est chaud d'une part et d'autre part grâce à des mesures d'asepsie. Par manque d'atmosphère stérile, nous avons procédé à une antibiothérapie précoce dans tous les cas d'infection, aussi minime soit l'infection.

Le fait aussi que nos prématurés soient nourris au sein, diminue non seulement les efforts d'asepsie, mais augmente aussi l'immunité de l'enfant grâce aux immuno-globulines contenues dans le lait maternel.

Ainsi, en absence d'incubateur, d'atmosphère stérile, nous avons certains de nos prématurés qui pesant 1650g. à la naissance avait un poids égal à 3820g. à l'âge d'un mois et demi, ou pesant 2000g. à la naissance avait un poids égal à 5500g. à l'âge de deux mois et demi.

A ces mesures élémentaires nous avons associé:

- Traitement à la vitamine K<sub>1</sub> pour ce qui ont présenté des hémorragies cutanées.
- Vitaminothérapie pour ceux qui présentaient une anorexie ou un certain retard pondéral.

- L'alimentation précoce c'est à dire avant la 24è heure, permet de limiter l'hypoglycémie des 1ers jours, la perte de poids initiale, (ce qui pourrait avoir une influence favorable sur le développement psychomoteur ulterieur) et le taux de bilirubine.

Malgré l'efficacité de ces mesures, la création d'un centre d'unité à soins intensifs serait la bienvenue. Il en est de même de la formation de personnels spécialisés.

Si du côté maternel, il faut essayer d'éviter au maximum la survenue d'accouchement prématuré, du côté foetal, on dirait que si c'était possible de la supprimer et cela, vu les lourdes tâches qu'elle incombent et à l'obstétricien et au pédiatre, acrobaties qui le plus souvent ne donnent pas un résultat positif, voir encourageant.

C'est pourquoi ROSSIER<sup>58</sup>(~~58~~) n'a pas hésité à poser la question à savoir: si "l'extrême prématuré mérite d'être élevé?" c'est à dire jusqu'à quelles limites de viabilité le Médecin se doit-il de mettre en oeuvre les traitements les plus modernes, risquant peut-être de faire survivre Un futur handicapé?

A notre avis, il serait très difficile de fixer ces limites étant donné les deux aspects de la prématurité: Prématurité vraie et R.C.I.U (retard de croissance intra-utérin), chaque cas restant un cas particulier et exigeant l'analyse la plus fine et la plus délicate; aussi faudrait il se mettre en tête que le devoir primordial du medecin est de respecter la vie.

\* \*

\*

18

CONCLUSION GENERALE

La prématurité est grave:

- Grave sur le plan fonctionnel s'il est vrai qu'elle est la cause la plus importante dans l'étiologie des séquelles neurologiques et intellectuelles
- Grave sur le plan vital puisqu'elle multiplie les risques par 100 pour l'ensemble des enfants de moins de 2500g. par rapport à l'ensemble des enfants de plus de 2500g. ( 48 )

Au mali la mortalité infantile atteint environ 55 ‰ et il se trouve que la prématurité est responsable de 11 à 15 ‰ de cette mortalité infantile. ( 23 )

Il est donc temps que le personnel médical et plus particulièrement les personnels des centres de PMI et de la maternité entreprennent des programmes d'action visant et à éviter la prématurité et à sauver le maximum de prématurés.

La réalisation d'un tel programme nécessite une collaboration étroite entre les deux groupes de travailleurs.

Déjà les services de PMI ont réalisé un progrès notable dans ce domaine par

- les consultations prénatales
- la pratique systématique de certains examens chez toutes les femmes enceintes à savoir:
  - Groupage - Rhesus
  - BW dans les urines
  - Recherche d'albumine tous les 15 jours à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.
- Détection systématique des infections gynécologiques au cours de la grossesse et traitement approprié.
- Conseils pratiques aux futurs mamans à la radio et pendant les séances de consultation prénatale.

Ces différents gestes ont permis de diminuer si non d'éliminer beaucoup de facteurs qui interviennent dans les étiologies de la prématurité comme la syphilis, la toxémie gravidique, les infections aiguës. Mais l'objectif est loin d'être atteint et l'établissement du CRAP ( coefficient du risque d'accouchement prématuré) dans les services de PMI serait un complément précieux des actions déjà entreprises.

Quant au personnel de la maternité, il doit accorder beaucoup plus d'attention aux prématurés et cela depuis la Sage-femme qui fait l'accouchement jusqu'à l'infirmière qui coupe le cordon et accomplit les soins du nouveau-né.

Si l'acquisition de centre de prématuré n'est pas possible dans l'immédiat, chaque maternité pourrait quand même réserver un certain nombre de lits aux grands prématurés (poids inférieur à 2000g.) Ainsi on pourrait les garder en observation au moins pendant 15 jours. Ce qui ne semble pas tellement difficile car 46 % de nos prématurés avaient un poids inférieur à 2001g.

Nous estimons que ces différentes mesures contribueraient à diminuer de façon notable le taux de prématurité et l'incidence de la pathologie sur la mortalité perinatale.

Le problème de la prématurité n'est pas d'ordre strictement médical, mais il est aussi d'ordre sociologique. Il exige une coopération soutenue entre les pouvoirs publics, les hôpitaux, les pédiatres, les obstétriciens et le personnel para-médical.

\* \*

\*

BIBLIOGRAPHIE

1. ALISON F.  
Importance medico-sociale de la prématurité et organisation de son traitement.  
Rev. prat. 1967, 17, (5): 663 - 668.
2. BOURDET P.  
Reflexions sur une statistique dans un service de clinique obstétricale pendant 5 ans.  
Thèse. med. Tours, 1970, n° 23.
3. BOURGEOIS J., SANN L. ET BETHENOD M.  
Le nouveau-né dysmature par hypotrophie foetale.  
Rev. prat. 1977, 27, (5): 249 - 261.
4. CHALLON R.J.  
Etat du prématuré à la naissance et pathologie de la grossesse.  
Thèse méd. Paris, 1970, n° 198.
5. CHEYNIER J.M.  
La surveillance de la grossesse menacée dans son évolution et la prévention de la prématurité.  
Rev. prat. 1973, 23, (19): 1753 - 1760.
6. COHEN J. ET GRALL.  
**L'hypotrophie** foetale.  
Rev. prat. 1970, 20, (18): 3027 - 3032.
7. COLLIN D., SPIRA N. ET COLL.  
Grossesse prolongée et souffrance périnatale.  
J. Gyn. obst. 1977, 6, 923 - 929.
8. CORNIER E., MENSCH B. ET COLL.  
Mesure échographique du segment inférieur au cours des menaces d'accouchement prématuré.  
J. Gyn. obst. 1978, 7, 827 - 829.

9. DARGASSIES St.A.  
La maturation neurologique du prématuré.  
Rev. neurol., 1955, 93, 331 - 340.
10. DUBUISSON J.B., BARROT J. ET HENRION R.  
L'embrioscopie de contact.  
J. Gyn. obst., 1979, 8, 39 - 41.
11. DUMONT M. THOULON J.M. ET COLL.  
Perfusion d'éthanol au cours des menaces d'accouchement prématuré.  
J. Gyn. obst., 1977, 6, 107 - 116.
12. DUPRE J.  
L'étude de l'interruption prématurée spontanée de la grossesse dans le service de gynéco-obstétrique du CHU SAINT-ANTOINE.  
Thèse, méd., Paris, 1958, n° 572.
13. ENGELMANN PH.  
Les impératifs de la surveillance médicale de toute grossesse.  
Rev. Prat., 1973, 23, (19): 1687- 1696.
14. FRYDMAN R., HAJERI H. ET PAPIERNIK E.  
Retard de croissance intra-utérin et nutrition prénatale.  
J. Gyn. obst., 1977, 6, 1123 - 1132.
15. GAREL M., KAMINSKI M. ET FRANC M.  
Prévention périnatale et comportement des femmes.  
J. Gyn. obst., 1978, 7, 1147 - 1188.
16. GILLOT F.  
Etiologie et prophylaxie de la prématurité.  
Rev. prat., 1967, 17, (5): 555 - 562.
17. GUINARD F.  
Contribution à l'étiologie de la prématurité par l'examen histologique du placenta.  
Thèse, med., Bordeaux, 1965, n° 129.

18. GRALL J.Y., MENTION J.E ET COLL.  
Une étude sur la mortalité néo-natale pécoce en ILLE et VILAINE de  
1972 à 1977.  
J.Gyn. obst., 1978, 7, 1333 - 1350.
19. GRISLAIN J.R., MAINAR R. ET COLL.  
La respiration du nouveau-né et ses troubles.  
Rev. prat., 1967, 17, (5): 565 - 580.
20. GROUPE D'EXPERTS SUR LA PREMATURITE  
Rapport final dans OMS, serie rapport technique, 1950, n°27, 12p.
21. HENRION R.  
La foetoscopie.  
J.Gyn.obst., 1978, 7, 576 - 580.
22. HENRION R., HENRION E., CHARTIER M.  
Les cellules orangées du liquide amniotique.  
Exploitation statistique de 504 prélèvements.  
J.Gyn. obst., 1977, 6, 325 - 336.
23. KOUYATE - CARVALHO D'ALVARENGA H.T.  
Enquête Bioclinique à la recherche d'une étiologie infectieuse  
des interruption prématurées de la grossesse.  
Thèse, med., Bamako, 1974.
24. KUNTZ C.A.  
Infections et antibiothérapie chez le nouveau-né prématuré.  
Thèse, med., Paris, 1960, n° 857.
25. LACOMME M.  
Reflexion sur le mécanisme de l'interruption de la grossesse dans les  
malformations utérines, le rôle de la béance du col.  
Toko. Gynecol. Practica, 1961, 20, 479 - 485.
26. LAITER N., ROUQUETTE C. ET COLL.  
Infirmité motrice cérébrale et prématurité.  
Bull. INSERM, 1967, 22, (4): 743 - 762.

27. LANGLOIS M., RICHARD M.  
Pédiatrie pratique  
Les presses de l'université laval, QUEBEC, 1963; - 137 p.
28. LEBARGY G.F.  
Prévention et traitement des accidents graves, précoces et éloignés  
de la prématuration.  
Thèse, med, Paris, 1952, n° 35
29. LECLERCQ - BRASSART (A.H.)  
Contribution à l'étude de l'étiologie de la prématurité: le travail  
pendant la grossesse.  
Thèse, med, Paris, 1971, n° 23.
30. LEJEUNE J.  
Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la prématurité  
"Unité de prématurés de la maternité de PELLEGRIA " 1955 - 1959.  
Thèse, med, Bordeaux, 1960.
31. LELONG M. Pref. ROSSIER A.  
Le prématuré.  
Paris, Ed. Baillière, 1971, 5 - 12.
32. LELONG M., LAUMONIER R. ET COLL.  
Le prématuré vaut-il la peine d'être élevée  
Sen. Hop. Paris, 1953, 29, (36): 1798 - 1803.
33. LEROUX P. et LERAT M.  
Le traitement des avortements par cerclage du col.  
Bull. Fed. Soc. Gyn. 1961, 31, (4 bis): 277 - 282.
34. LEROY B.  
Etude échographique du placenta.  
Aspects panoramiques du placenta normal et pathologique au cours de la  
grossesse.  
Rev. Prat. 1978, 28, (33): 2589 - 2603.

.../...

35. LEROY B.  
Estimation de l'âge et de la maturation du fœtus.  
Rev. Prat. 1976, 26, (3): 155 - 160.
36. LUCOT J.  
Etude statistique de la résistance capillaire des enfants prématurés  
Thèse, med., Bordeaux, 1956 n° 220.
37. MARCEL - MICHELIN J.  
L'alimentation du prématuré. Ses rapports avec l'équilibre thermique  
Thèse, med., Paris, 1949, n° 434.
38. MARTIN C.  
Le rechauffement des prématurés et les incubateurs.  
Rev. Prat., 1977, 17, (5): 583 - 599.
39. MENCHAGA E.J.  
Facteurs sociaux de la prématurité.  
Courrier, 1964, 14, (2): 76 - 81.
40. MICHEL A.  
Etude physiopathologique et thérapeutique de l'anémie des prématurés  
Thèse, med., Paris, 1956, n° 825.
41. MICHELLAND C.M.T.  
L'alimentation précoce du prématuré.  
Thèse, med, Paris, 1952, n° 35.
42. MONNET P., TOURNIAIRE J.  
Le syndrome ictère tardif pneumopathie du prématuré.  
Arch. Frase, Ped., 1961, 18, (8): 1014 - 1025.
43. MONNET P. ET COLL.  
Les infections à bacille pyocyanique chez le prématuré.  
Rev. Lyon . med., 1967, 16, 87 - 100.

44. NARBOUTON R.  
L'avenir du prématuré.  
Rev. Prat., 1967, 17, (5): 653 - 661.
45. OPPENHEIM T.  
Analyse d'une enquête prospective sur la prévention de la prématurité  
à l'aide du C.R.A.P.  
Thèse, med., Paris, 1974 n° 1.
46. PALMER R.  
Cerclage du col utérin dans les avortements à répétition par béance  
de l'isthme.  
Mem. Acad. Chirg., 1957, 829 - 833.
47. PAPIERNIK BERKHAUER E.  
Coefficient du risque d'accouchement prématuré.  
La presse med., 1969, 77, (21): 793 - 794.
48. PAPIERNIK E.  
Prophylaxie de l'accouchement prématuré.  
Cah. med. Lyon., 1971, 47, (7): 595 - 603.
49. PHILIAS J.  
Prévention de la prématurité chez les femmes ayant une malformation  
utérine.  
Thèse, med. Paris, 1973, n° 42.
50. POTTER A. ET COLL.  
La mesure échographique de l'embryon.  
J. Gyn. Obst., 1978, 7, 1221 - 1226.

.../...

51. PREVENTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE PERINATALES.  
Rapport sur un séminaire dans O.M.S., Serie Cah. de santé publique.  
Tours, 1969.
52. REBOUL J. ET MAES R.  
Observations de malformation utérines causes d'avortements et d'accou-  
nements prématurés et de présentation irrégulière.  
Rev. Franç. Gyn., 1957, 52, (1 - 2): 18 - 19.
53. RENAUD R., GANDAR R. ET COLL. par  
Traitement de la menace d'accouchement prématuré / l'isoxuprine.  
Gyn. Obst., 1967, 66, (5): 627 - 640.
54. ROME A.  
A propos de 1693 cas d'accouchements prématurés.  
Thèse, med., Paris, 1945, n° 451.
55. ROUQUETTE C. ET GOUCHARD J.  
Prématurité et insuffisance ponderale.  
Etude de quelques facteurs étiologiques.  
Bull. de l'I.N.S.E.R.M.; 1967, 22, (4): 733 - 741.
56. ROSSIER A. ET CALDERA R.  
L'ictère néo-natal par immaturité.  
Ann. Ped. (Sen. Hôp. Paris), 1966, 42, (2): 107 - 114.
57. ROSSIER A., POTTIRON L.  
L'anémie des prématurés, son traitement préventif par les transfusio-  
de sang précoces et répétées.  
Arch., Frse., Ped., 1952, 9, 113 - 139.
58. ROSSIER A.  
Prématurité et débilité congénitale.  
E.M.C. : Ped., 1963, 79, 97m.
59. SENECAL J., COUTURIER P. ET COLL.  
Prématurés à Dakar.  
Bull. Soc. med. Af. Noire, Lang. Frse., 1960, 5, (2): 109 - 115.

60. SENTERRE J.  
Contribution à l'étude de l'alimentation optimale du prématuré.  
Thèse présentée en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement sup. med., Liège 1975.
61. SUREAU C.  
L'accoucheur face aux problèmes de la prématurité.  
Rev. Prat. Paris, 1967, 17, (5): 627 - 642.
62. TOSSOULAN B.  
Les pneumopathies sub aiguës prolongées du nourrisson.  
Thèse, med., Paris, 1969, n° 281
63. VERGA A., POTOTSCHNI C.  
Quelques remarques sur l'étiologie de la prématurité d'après l'analyse de 1000 observations.  
XII<sup>e</sup> journées d'étude et d'information sur le nouveau-né et le nourrisson.  
Cah., Coll., med., Hop., Paris, 1961, 2.
64. VARANGOT J.  
Prévention de la prématurité.  
Progrès en obstétrique, Ed. Flam. Paris, 1970, 602p.
65. YUNGA G.  
Polydystrophie du prématuré ou syndrome de ERITIS-HANSEN-ROSSIER.  
Thèse, med., Univ. Lyon, 1965 n° 692.
66. ZARA C.  
Prévention de la prématurité.  
La vie med., 1973, 2, (41): 1 - 12.

\* \* \*

\*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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