



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But Une Foi



U.S.T.T-B

Année : 2012- 2013

N°...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE AU CSREF DE LA
COMMUNE II**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05/11/ 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M Salifou DIABATE

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

JURY

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre : Professeur Bouraïma MAIGA

Co-directeur : Docteur Mamadou HAIDARA

Directeur de thèse : Professeur SY Assitan Sow

DEDICACE

❖ A Dieu le tout puissant :

Nous te rendons infiniment grâce Allah, de ce que tu nous as accordé tout au long de ces années écoulées, la force, le courage, l'endurance et la santé nécessaire pour accomplir ce travail.

❖ Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) :

Nous te rendons grâce, de cette lumière que tu nous as apportée, que ta maison soit la nôtre.

Amen !

De tout cœur je dédie ce travail :

A ma mère Fatoumata Diabaté

Voici aujourd'hui le fruit du travail que tu as fait, Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut.

Tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu t'es toujours privée de tout pour que nous n'enviions personne. Je ne saurai jamais te remercier assez

Te dédier ce travail n'est que le minimum que je puisse faire à ton endroit tout en te témoignant ma profonde gratitude. Je ne saurais comment vous exprimer ma gratitude et mon profond amour.

A mon père Abdoulaye Diabaté

Vous avez été l'initiateur de ce que je fais aujourd'hui car vous avez guidé mes premiers pas vers l'école. Votre soutien moral, matériel, financier ne m'ont jamais fait défaut.

Père, tu nous as toujours enseigné le sens de l'honneur, du devoir, et de la dignité, et nous as chaque fois dit que le meilleur héritage est la bonne éducation.

Durant tout ce temps tu t'es battu pour que nous ne manquions de rien, ce qui nous a permis de mener à bien nos études.

Cette thèse est le faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

Bonheur et longue vie à toi Papa.

Mes remerciements

A tous mes grands-parents

Vous avez été pour moi une source d'affection et de bons conseils. A vos côtés, je n'ai manqué de rien. Trouvez à travers ce modeste travail, l'expression de mon profond amour filial et de ma reconnaissance. Je vous dédie ce travail. Reposez en paix

A Mon tonton Karim Diabaté

Fonctionnaire d'état, lieutenant de l'armée malienne, tonton en ce jour spécial, je ne saurai te remercier assez, que ce modeste travail soit source de fierté et de réconfort pour toi.

A mon oncle : Abdoulaye Diabaté

Tu as été un oncle exemplaire, très dévoué pour notre réussite. Que ce travail soit l'expression de ma reconnaissance, ma profonde gratitude envers toi

A ma tante Assitan Coulibaly

Une tante patiente et attentive. Merci pour ton soutien moral, et surtout pour ton amour. Que le tout puissant vous donne longue vie, je ne peux que te dire merci.

A mes cousins et cousines, à mes neveux et nièces

Je me garde de citer des noms pour ne pas en oublier. Que la solidarité et l'amour qui nous unissent ne disparaissent jamais.

En témoignage de notre fraternité et de notre union sacrée ;
trouvez ici l'expression de toute mon affection et de mon respect.

Ma défunte Sœur Sitan Diabaté

Tu as été très tôt arrachée à notre affection.

Nous aurions vraiment voulu te voir parmi nous ce jour-ci mais
Dieu en a décidé autrement, dors en paix DÔGÔ.

Mes frères et Sœurs : Soumaila, Drissa, Mariam et Salimata

La vie est un combat que nous devons défier avec courage et
persévérance. L'amour, la rigueur et le bon caractère dans
lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force. Frères
vous m'avez donné le goût de la fraternité, sans vous j'allais
devenir autre chose que médecin.

A toute la famille Touré : Tièdo, Soumaila, MKT et Moussa

Merci de m'avoir facilité la vie au « Point G »

A mes chers maitres Dr Mamadou HAIDARA, Dr Seydou Z DAO, et
Dr Mohamed DIABY.

Hommes de science, de principe, de rigueur et surtout de dignité,
chers maitres vous avez transmis votre connaissance avec
honnêteté. Soyez rassurés de notre profonde gratitude.

Au Dr NiagaléSylla :

Ce travail vous appartient. Vous m'avez ouvert votre cœur sans réserve et accepté comme un frère. Ce soutien moral dont nous avons tous besoin dans les moments difficiles, vous me l'avez toujours accordé. Je ne remercierai jamais assez le destin d'avoir permis que nos chemins un jour se soient croisés.

A Mes Aînés Docteurs: Koné Bocary, Sidibé Boubacar, Jean Koné, Awa Diarra, Yacouba Bakayoko, Salimata Kané et Ibrahim Fomba Qui nous ont précédé et dirigé nos premiers pas dans le service.

A tous les Médecins en formation pour le DES de gynécologie-obstétrique qui sont passés par le C.S.Réf.CII

A Tout le personnel du C.S.Réf. CII du district de Bamako et plus particulièrement aux **internes** (Boubacar Kassambara, Adama Diarra, Kassoum Sidibé, Mohamed Korenzo), aux **externes et** élèves sages-femmes du groupe de garde.

Au Dr Arouna Konaté

Votre simplicité, votre abord facile et surtout votre abnégation font de vous un homme remarquable. Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements également

A toutes les femmes

En témoignage de ma modeste contribution à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population

A mon pays natal le MALI

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir

A tous ceux qui, de loin ou de près, m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

Hommages

Aux honorables

Membres de jury

A notre Maître et président du jury :

Professeur Salif Diakité

Professeur Honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de l'université de Bamako.

Cher Maître

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury. La qualité de votre enseignement et votre haute culture scientifique font de vous un grand Maître aimé et admiré de tous. La probité, l'honnêteté, la rigueur et la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Veillez recevoir honorable Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et membre du jury

Professeur Bouraïma Maïga

Gynécologue obstétricien

Chef de service de gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire du Point G.

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille pour **la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale**

Responsable de la filière de formation des sages femmes à l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)

Chevalier de l'ordre national du Mali

Cher Maitre

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un

Regard critique sur ce travail nous a profondément touché.

Votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue font toute notre fierté.

Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Veuillez recevoir cher Maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

A notre Maitre et co-directeur de thèse

Docteur Mamadou HAIDARA

Gynécologue obstétricien

Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

Cher Maitre

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier au nom de tous les étudiants en stage au centre de santé de référence de la commune II pour votre courtoisie.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et directrice de thèse

Professeur SY ASSITAN SOW

**Professeur Honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**

**Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et
d'Obstétrique (SO.MA.G.O)**

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Chère Maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directrice
de thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité
de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la
formation des médecins.

Nous vous prions cher maitre d'accepter nos sincères
remerciements.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La menace d'accouchement prématuré (MAP) se situe au premier rang des complications au cours de la grossesse. Elle est l'une des principales causes d'hospitalisation au cours de la grossesse avec près de 50% des cas loin devant l'hypertension artérielle, le diabète, les hémorragies et la rupture prématurée des membranes. Il existe de plus une disparité des présentations cliniques de la MAP : modification franche du col sans contraction utérine ressentie ; contractions utérines nombreuses et intenses ne modifiant pas le col ou bien encore ; association de contraction utérine et de modification cervicale. Les causes du travail d'accouchement prématuré sont nombreuses avec au premier rang les infections. Mais la plupart des accouchements prématurés (environ 2 sur 3) surviennent sans cause évidente [2,5].

En Europe, la MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse et se complique d'un accouchement prématuré dans près de la moitié des cas [5]. Le risque réel d'AP est très variable selon les études, il est de 15 à 50% [6,17].

La prématurité reste la 1^{ère} cause de mortalité et de morbidité néonatales malgré les progrès réalisés en matière de réanimation[2, 5].

La fréquence d'accouchement prématuré est variable et de l'ordre de 7,1% en France [5,16] ; la Suisse avec 9% est le taux le plus

élevé d'Europe [5,16]. Des taux de **7,6%** et de **10%** sont rapportés respectivement au Canada et aux Etats-Unis [5].

En Afrique, cette fréquence varie assez, elle est de:

7,23% au Maroc, **9,10%** au Gabon [5], **18,1%** à Madagascar [5].

EN Guinée, LontsiNgoulla G.R a trouvé **3,3%** de menace d'accouchement prématuré au CHU de Ignace Deen à CONAKRY en 2007[14].

Au Mali Keita. A [12] dans son étude portant sur la menace d'accouchement prématuré a trouvé un taux de **29%** à la maternité René Cissé en 2003 et Dumbia. A K [18] a trouvé **18,75%** de MAP au centre de santé de la commune V en 2006.

La MAP demeure encore une préoccupation constante dans la pratique obstétricale et n'ayant pas fait l'objet d'étude dans notre service d'où le présent travail qui vise les objectifs suivants :

I.OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la menace d'accouchement prématuré au CSRéf CII du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la menace d'accouchement prématuré au CSRéf CII
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.
- Décrire les aspects cliniques de la menace d'accouchement prématuré.
- Identifier les causes de la menace d'accouchement prématuré
- Décrire les modalités thérapeutiques de la menace d'accouchement prématuré
- Déterminer le pronostic maternel et foetal

II. GENERALITES

II. GENERALITES

1-DEFINITIONS

➤ La Menace d'Accouchement Prématuré

Elle se définit par la survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées et persistantes, s'accompagnant d'une modification du col de l'utérus (raccourcissement plus dilatation) entre 28 et la 37SA et dont l'issue est un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale. [22]

➤ L'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme de six mois (28 semaines d'aménorrhées). [16]

➤ L'accouchement prématuré

L'AP est l'accouchement qui se produit avant la 37^{ème}SA.

La définition légale de la viabilité est un terme supérieur ou égal à 22 SA ou un poids supérieur ou égal à 500 gramme selon l'OMS. Mais, le critère pondéral est un mauvais critère.

Il existe deux types de prématurité à savoir, la prématurité induite et la prématurité spontanée.

En fonction du terme à la naissance, on a 3 groupes:

Moyenne prématurité entre 32 SA et 36 SA

Grande prématurité entre 28 SA et 32 SA

Très grande prématurité avant 28 SA. [14]

2-PHYSIOLOGIE DES CONTRACTIONS UTERINES

2-1-Mise en jeu des contractions utérines :

L'utérus est « intrinsèquement actif » pendant toute la durée de la grossesse. Les CU sont physiologiques pendant toute la gestation, mais avant le début du travail, ni leur intensité qui est faible, ni leur rythme qui est irrégulier n'ont d'action sur le col définissant l'entrée en travail. [8]

2-2-Caractères de la contraction utérine :

Les méthodes pour étudier les CU sont diverses: [5]

- La tocographie,
- Enregistrement de la pression intra-amniotique
- Tocographie intra-myométriale
- Palper abdominal
- Explorations électriques

Les contractions utérines sont: Involontaires, intermittentes, rythmées, douloureuses progressives et totales.

L'onde contractile apparaît de plus en plus tard, elle est de plus en plus courte, si bien que l'acmé de la contraction est simultanée dans trois territoires expliquant ainsi l'harmonie contractile de l'utérus. Cette onde est moins intense plus le territoire étudié est bas situé.

Il existe donc une coordination verticale de la CU avec une dominance fundique importante. Il existe en outre une coordination

transversale de l'activité contractile de l'utérus: l'onde utérine naissant au niveau des cornes utérines se propage de façon harmonieuse à tout l'utérus et ne reste pas confinée au niveau de l'hémi-utérus correspondant.

La région des cornes possède donc le pouvoir de donner naissance à une activité contractile diffusant ensuite par pacemakers cardiaques.

Cependant, l'absence de voie de conduction préférentielle et l'absence de centre inducteur défini histologiquement comme dans le myocarde font que ce pacemaker fonctionnel n'a pas de substratum anatomique.

2-3-Caractères chimiques de la contraction utérine :

La contraction de la fibre musculaire résulte des glissements des filaments d'actine et de myosine les uns par rapport aux autres. La formation de liaison actine-myosine nécessite de l'énergie. Celle-ci est formée par l'hydrolyse de l'ATP. La phosphorylation d'une chaîne légère de la myosine permettrait l'établissement de points d'ancrage entre les myofilaments lorsque la concentration en calcium intracellulaire est supérieure à 10^{-7} moles, l'activité ATPasique de la myosine est stimulée. **La concentration en calcium ionisé est donc un élément fondamental de la contraction utérine. [5]**

3-PHYSIOPATHOLOGIE

Au cours d'une MAP plusieurs hypothèses sont souvent évoquées pour expliquer le travail prématuré et de nombreux facteurs sont pris en compte [2,5]

3-1-Rôle des facteurs hormonaux:

On connaît mieux le rôle des prostaglandines et de l'ocytocine dans le déclenchement de l'accouchement. Actuellement, les questions portent sur les mécanismes influençant leur synthèse. Le fœtus pourrait jouer un rôle important dans ce processus. La stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénalien du fœtus aboutit à la production de deux composants stéroïdiens: le sulfate de dehydroepiandrosterone (DHEA-S) et le cortisol. Au niveau placentaire, le DHEA-S est transformé en œstriol, un composant œstrogénique qui pourrait jouer un rôle en favorisant d'une part la synthèse des prostaglandines, et d'autre part l'expression de récepteurs à l'ocytocine au niveau des cellules musculaires lisses du myomètre. [5]

3-2-Rôle du stress :

Les facteurs de stress constituent une piste nouvelle de l'étiologie de la prématurité. S'il est incontestable que des situations de stress ou de troubles psychologiques sont associées à des comportements à risque pour la grossesse de nombreux auteurs estiment qu'il pourrait y avoir un lien direct entre les facteurs psychologiques et la prématurité. Des travaux rapportent une augmentation des taux plasmatiques de Corticotropin-Releasing-Hormone (CRH) avec l'intensité du stress chez les femmes ayant

accouché prématurément In vitro, les hormones du « stress » (cortisol, angiotensine, catécholamines, ADH et acétylcholine) augmentent la production de la CRH placentaire. Toutefois, dans une revue de la littérature, Hoffman et Match montrent que les résultats sur la relation entre les facteurs de stress, le stress et la prématurité sont peu concluants. [5,]

3-3-Rôle de l'infection dans le travail prématuré à membranes intactes :

Le diagnostic des chorioamniotites repose sur différentes définitions. Il peut être clinique, bactériologique et/ou histologique. Les liens entre les chorioamniotites et la prématurité sont clairement établis. [5]

Ces données permettent d'estimer qu'environ **13%** des femmes en travail prématuré ont une infection intra-amniotique (culture bactérienne du liquide amniotique positive) bien qu'elles soient initialement asymptomatiques. Il est difficile de savoir si l'infection est la cause ou contemporaine du travail prématuré, car le diagnostic de chorioamniotite est souvent porté au moment où survient le travail.

Chez des femmes asymptomatiques et chez qui a été pratiquée une amniocentèse au second trimestre, le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré est fortement augmenté en présence de germes dans le liquide amniotique. De plus, une contamination de la cavité utérine par voie ascendante est confirmée par plusieurs études montrant un risque de prématurité significativement augmenté chez les femmes présentant une

bactériurie asymptomatique ou une infection génitale basse. Pour la vaginose bactérienne, les associations avec le travail prématuré varient selon les études. Elle pourrait constituer le point de départ des infections génitales hautes, car des liens forts ont été rapportés avec les chorioamniotites. Bien que la piste infectieuse soit possible, l'efficacité des traitements antibiotiques dans la réduction de la prématurité chez des femmes ayant présenté un épisode de menace d'accouchement prématuré n'a pas été démontré. Ces traitements ne semblent pas non plus améliorer le pronostic de l'enfant car l'origine de la MAP est multifactorielle et l'infection n'est pas la seule en cause. Deuxièmement, il est possible que l'antibiothérapie intervienne trop tard. Enfin, concernant les conséquences chez l'enfant, rares sont les études disposant d'une puissance suffisante pour mettre en évidence un effet bénéfique potentiel des traitements antibiotiques.

4-ETUDE CLINIQUE

4-1-Diagnostic positif de la MAP

4-1-1-Interrogatoire: il précisera:

la profession, l'état matrimonial, le mode de vie, la date des dernières règles(DDR), les antécédents gynécologiques, les antécédents obstétricaux (le nombre de grossesses, la parité, et le nombre d'avortements, l'âge de survenue et le mécanisme de survenue de ces avortements, antécédent d'accouchement prématuré, l'IIG), la notion de fièvre récente, d'infection urinaire, le suivi correct ou non de la grossesse, la notion d'algies pelviennes (leur mode de survenue, leur fréquence, leur intensité et leur

périodicité), la notion de rupture des membranes assombrissant le pronostic materno-fœtal, la notion de métrorragies qui sont généralement minimales et les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie etc...)

4-1-2-Examen général : la tension artérielle, la température, le pouls, la coloration des téguments.

4-1-3-Examen physique :

-**L'inspection:** permet d'apprécier l'état général de la patiente le plus souvent moins perturbé, elle peut être angoissée par crainte d'expulser le fœtus.

-**La palpation abdomino-pelvienne:** doit rechercher des contractions utérines. Elles sont douloureuses avec une fréquence d'au moins une toutes les dix minutes durant plus de trente et cinq secondes. Elles sont à différencier des contractions physiologiques de BRAXTON HICKS qui ne sont pas douloureuses, survenant de façon irrégulière avec une fréquence d'une contraction utérine toutes les heures à vingt semaines, trois ou quatre contractions utérines par heure à trente et sept semaines. On n'oubliera pas de mesurer la hauteur utérine en appréciant une éventuelle surdistension utérine.

On recherchera et appréciera les bruits du cœur du fœtus.

- **L'inspection de la vulve:** à la recherche d'un écoulement liquidien, des leucorrhées.

-L'examen au speculum ou sous valves : recherchera une vaginite, une cervicite, la présence de sang ou d'écoulement du liquide amniotique.

-Le toucher vaginal: renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur et dans sa consistance, sa position et sa dilatation: il pourrait s'agir de raccourcissement et/ou d'une ouverture cervicale.

Le toucher vaginal apprécie également les membranes et la présentation. Il ne doit pas être répété au risque d'aggraver la MAP.

5- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

La MAP peut être secondaire à une pathologie maternelle ou ovulaire (Ovulaire= fœtale, placentaire ou amniotique). Elle est le plus souvent d'origine multifactorielle. Dans **40%** des cas, on ne met pas en évidence de cause particulière. [5,22]

5-1-causes ovulaires:

-Causes annexielles :

Elles sont représentées par le placenta prævia (responsable d'une irritation du segment cervico-isthmique), l'hydramnios (excès de liquide amniotique entraînant une surdistension utérine) et l'infection ovulaire (chorioamniotite).

-Causes fœtales :

Les grossesses multiples (jumeaux, triplés, etc.) sont responsables d'environ **20%** de la prématurité. On note **40%**

d'accouchements prématurés pour les grossesses multiples contre 4% pour les grossesses monofoetales. Le mécanisme est identique à celui de l'hydramnios (surdistension).

Une malformation ou une autre pathologie fœtale peut être responsable d'une MAP, principalement par surdistension utérine ou secondairement aux gestes invasifs qui peuvent être réalisés.

5-2- Les causes maternelles

A) Les causes générales

L'altération de l'état général quelle que soit son origine, les pathologies infectieuses: **Virale**(rubéole, cytomégalovirus, hépatite virale),

Bactérienne(listériose, E. coli, streptocoque B),
Parasitaire(paludisme, toxoplasmose etc.)

L'hyperthermie peut, à elle seule, être responsable de l'apparition des Cu, la pathologie sanguine : anémie.

La pathologie cardio-vasculaire : hypertension artérielle.

La pathologie respiratoire : insuffisance respiratoire chronique.

La pathologie urinaire : infection urinaire et surtout pyélonéphrite.

Le diabète : responsable de la macrosomie fœtale

La pathologie chirurgicale : toute intervention chirurgicale, abdominale ou thoracique pendant la grossesse.

Les vaginoses : la présence de gardnerellavaginalis et/ou de germes anaérobies.

B) Les causes locales utérines

- Malformations utérines :

➤ **Congénitales** : il s'agit de l'hypotrophie utérine, d'utérus malformé (cloisonné, unicorne, bicorne). Les malformations sont retrouvées dans moins de 5% des cas. Quand elles existent, elles entraînent une MAP dans **40%**.

➤ **Acquises** : il s'agit de myomes utérins, de synéchies utérines, de cicatrices utérines (plastie tubaire, myomectomie)

➤ **Les béances cervico- isthmiques** : réalisent une incapacité du col et de l'isthme utérin à se maintenir fermés; elles peuvent être congénitales ou acquises. Elles sont suspectées devant les antécédents obstétricaux (avortement tardif, AP) et/ou des modifications précoces du col utérin pendant la grossesse. L'échographie endo-vaginale pourrait aider son diagnostic par la recherche d'une déhiscence de l'orifice interne. En dehors de la grossesse, elle est diagnostiquée lors de l'examen clinique (une bougie de HEGAR n°8 peut passer sans difficulté l'orifice interne) et/ou par une hystérosalpingographie son traitement est préventif et consiste en un cerclage du col utérin en fin de premier trimestre de la grossesse.

- Le traumatisme:

Il peut être responsable d'une MAP. Il peut s'agir d'une chute, d'un AVP mais aussi d'une intervention chirurgicale.

-Altération de l'étatgénéral:

Quelque soit son origine et de nombreuses pathologies d'ordre général peuvent entrainer une MAP

- Les causes idiopathiques :

-Elles représentent environ 40 % des MAP, une infection amnio – chorale développée à bas bruit donc infra clinique pourrait en être l'origine.

Il a été donc proposé de pratiquer une amniocentèse dans les MAP sans cause apparente à la recherche de preuves directes d'une infection du LA par examen bactériologique (CRP, IL8, leucotriène B) ou à la recherche d'indicateur d'une chorio amniotite infraclinique (Fusobactérium, GardnerellaVaginalis, Mycoplasmes)

5-3 Les facteurs favorisants

- Les facteurs socio – économiques

Ils sont représentés par :

.les milieux défavorisés (les travaux pénibles à domicile ou professionnels, l'augmentation des charges familiales, la pauvreté, famille nombreuse). Les mauvaises conditions de logement ; l'absence de confort (absence d'ascenseur pour les femmes travaillant ou habitant à des étages élevés, les montées d'escalier) ;

.les mauvaises conditions de transports : les secousses, les vibrations, les longs voyages en voiture

.les longs trajets de marche ;

.l'abus du tabac favorise la prématurité et l'hypotrophie fœtale ;

.les émotions vives telles que les décès, les échecs, le stress etc.

– Les anomalies morphologiques et physiologiques générales

Les femmes de petite taille inférieure à 1,50 m

Les femmes très maigres ou dont les poids n'ont pas augmenté au cours de la grossesse ou les femmes qui perdent du poids

– Les antécédents obstétricaux

Les manœuvres endo-utérines : les curetages, l'interruption volontaire de la grossesse (IVG)

Les accouchements prématurés antérieurs

Les grossesses rapprochées avec intervalle intergénérisique (IIG) court inférieur à 1an ;Uncoefficient de risque d'accouchement prématuré appelé CRAP a été établi par EmillePapiernick.

Ce CRAP permet d'évaluer pour chaque gestante le risque d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

CRAP inférieur à cinq points : pas de danger de prématurité.

CRAP compris entre cinq et dix points : risque potentiel de prématurité.

CRAP supérieur à dix points : risque certain de prématurité.

Tableau II: coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) d'Emile Papiernick

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale conditions socio- économiques médiocre	Un curetage, court intervalle intergénésiq(1an)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle
2	Grossesse illégitime Non hospitalisée en maison maternelle. Moins de 20 ans plus de 40 ans	2 curetages	Plus de 3 étages sans ascenseurs plus de dix cigarettes/ jour	Moins de 5 kg de prise de poids albuminurie. Tension artérielle >13 / 8 mmhg
3	Mauvaise conditionsocio-économique. Moins de 1,5 m Moins de 45 kg	3 curetages ou plus Utérus cylindrique	Long trajet quotidien Effort inhabituel Travail fatiguant Grands voyages	Chute de poids le mois précédent Tête trop basse située Pour un fœtus loin
4	Moins de 18 ans			Pyélonéphrite Métrorragie du 2 ^{ème} Trimestre Col court Col perméable Utérus contractile
5		MalformationsUtérines Un avortement tardif Accouchement prématurité		Grossesse gémellaire Placenta praevia hydramnios

La gravité de la MAP peut être appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution par un indice de MAP appelé indice de Baumgarten (SBG) comportant quatre paramètres cotés chacun de zéro à quatre points à savoir les CU, l'état des membranes, les métrorragies et la dilatation du col.

Tableau I : l'indice de gravité de Baumgarten [16]

cotation paramètres	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulières	régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragie	0	peu importante	Hémorragie		
Dilatation du col	0	1cm	2 cm	3 cm	4 cm

Interprétation

IBG ≤ 3 points : menace légère

IBG compris entre 3 et 6 points : menace modérée

IBG > 6 points : menace sévère dont les chances de succès du traitement sont restreintes.

6-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ils ne sont utiles que pour le diagnostic étiologique et la mise en route du traitement.

➤ **l'échographie pelvienne**

Appréciera la vitalité fœtale, la biométrie, le nombre de fœtus, la présentation, la quantité de liquide amniotique, le siège d'insertion du placenta.

Elle doit être systématiquement pratiquée.

➤ **Echographie du col pour la biométrie cervicale**

Cette méthode est plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal pour évaluer la longueur du col. Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisation et d'éviter les traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative .A l'inverse, pour certaines patientes mal évaluées par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intra veineuse, corticoïde, transfert in utero).

Les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 20 et 30 mm

➤ **La cardiotocographie**

Appréciera la fréquence des contractions utérines, le tonus utérin, et permet d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal donc renseigne sur l'état du fœtus.

➤ **Recherche de fibronectine fœtale**

La fibronectine, est une glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21^{ème} et 37^{ème} SA.

En cas de MAP, la valeur diagnostique de la fibronectine (> 50 ng) semble être supérieure à celle de l'examen clinique. Sa valeur prédictive négative est en particulier excellente.

➤ **Le bilan infectieux**

Il portera sur :

- la goutte épaisse, le frottis mince,
- l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme,
- le prélèvement vaginal avec antibiogramme.

Ces trois examens doivent être systématiques.

- le sérodiagnostic de Widal
- la sérologie de la syphilis (BW, TPHA, VDRL)
- la sérologie toxoplasmique (IgG, IgM)
- la glycémie à jeun
- la numération formule sanguine (NFS) recherchant une anémie, une hyperleucocytose.

➤ **L'électrocardiogramme maternel (ECG)**

Recherchera les éléments contre-indiquant la prescription des bêtamimétiques

➤ **Le bilan de maturation pulmonaire fœtale**

La maturation pulmonaire fœtale est acquise à partir de 34 SA et est liée à la présence de surfactant alvéolaire. Ce dernier est constitué de phospholipides dont la concentration dans le LA est le bon reflet de cette maturité pulmonaire fœtale.

Les principaux tests recherchant ces phospholipides sont : le rapport L/S, le dosage de la phosphotidylglycérole et le foetal lung-maturation (FLM test)

. **Le dosage des concentrations de lécithine (L) sur la sphingomyéline (S) :** un taux supérieur à deux témoigne de la maturation pulmonaire dans près de 100 % des cas

. **Le dosage de la phosphotidylglycérole :** un taux supérieur ou égal à deux microgrammes par millilitre témoigne de la maturation pulmonaire.

. **Le foetal Lung-maturation (FLM test) :** il est positif si le taux est supérieur à soixante et il semble plus fiable que le rapport L / S ou le dosage de la phosphotidylglycérole.

➤ **Le score biophysique de Manning**

L'examen échographique permet d'évaluer le score biophysique de Manning qui donne un bon reflet de l'état foetal donc du bien être foetal, il porte sur les paramètres suivants :

Tableau III :scorebiophysique de Manning (profil biophysique foetal)

Paramètre en 30 mn	Normal = 2	Anormal= 0
Mouvements Respiratoires	Au moins 1 épisode d'au moins 30 secondes	Absence ou aucun épisode d'au moins 30 secondes
Mouvements Foetaux	Au moins 3 mouvements, Vifs des membres	Au plus 2 mouvements
Tonus foetal	Au moins un mouvement actif d'extension flexion du tronc ou d'un membre	Absence ou mouvements lents
Liquide amniotique	Normal	Oligoamnios
Rythme cardiaque foetal	Au moins 2 accélérations	Inférieur à deux accélérations

Chaque paramètre est côté 0 ou 2 points

Score = 8 à10 points : pronostic rassurant pour une semaine sauf terme dépassé.

Score = 5 à 7 points : score suspect et l'examen doit être renouvelé toutes les 24 heures.

Score \leq 4 points : il faut interrompre la grossesse car il existe une forte probabilitéde souffrance foetale.

NB : on pense qu'une diminution de l'activité thoracique fœtale précéderait l'accouchement d'environ soixante douze heures.

Ce bilan n'est pas exhaustif car il peut s'élargir en fonction des autres atteintes associées à la MAP.

7-TRAITEMENT : [2, 5, 24]

A) -Traitement préventif de la MAP :

La prévention repose sur un dépistage précoce des patientes à risque.

- **Avant la grossesse :**

C'est le traitement des causes connues : traitement chirurgical des malformations utérines et des fibromes ; traitement des infections.

Recherche des causes : béance cervico-isthmique (bougie hegar, HSG), malformation

- **Pendant la grossesse :**

le repos, mesure générale de première importance, s'observera soit par un arrêt de travail, un congé prénatal, soit un repos au lit, soit une vie calme et régulière.

En cas de béance cervico-isthmique confirmée, d'antécédent d'avortement tardif, un cerclage est généralement réalisé en fin de premier trimestre.

La recherche et le traitement des infections surtout génito-urinaires

Le traitement des syndromes vasculo-renaux.

L'amélioration de la qualité et du nombre des consultations prénatales car le taux de prématurité est inversement proportionnel à la qualité des consultations prénatales.

La prise en charge des facteurs de risque du CRAP

La prophylaxie ambulatoire de principe par les bêtamimétiques chez les femmes ayant un risque très élevé (CRAP supérieur ou égal à onze points)

B) Traitement curatif:

Une femme présentant une MAP doit être hospitalisée pour instituer un bilan et un traitement. Ce bilan s'attachera à établir un diagnostic de gravité, recherchera une étiologie et appréciera la maturité foetale.

L'abstention thérapeutique est de règle dans les cas suivants :

- Un foetus mort ou polymalformé ;
- Si l'évacuation utérine est l'un des meilleurs traitements de la maladie causale (les syndromes vasculo rénaux sévères).

➤ But :

- Lyser les contractions utérines
- Mener la grossesse à terme viable

➤ **Moyens :**

a) **Mesures d'hygiènes :**

L'élément essentiel parfois difficile à imposer en dehors de l'hospitalisation qui devient indispensable dès que la menace devient nette, est le repos strict au lit car à lui seul il traite environ 50% des MAP

b) **Les Tocolytiques :**

Les tocolytiques sont des drogues utilisées pour tenter d'arrêter l'activité utérine prématurée, ces drogues existent depuis les années 1960[5,21]. Toutefois, des objectifs à plus courts termes sont également souhaités, notamment la prolongation de la grossesse de 48h de façon à permettre l'administration d'une cure de corticoïdes à viser de maturation pulmonaire et le transfert de la patiente dans une unité disposant d'une structure permettant l'accueil dans les meilleures conditions de l'enfant prématuré [10].

Il existe à ce jour cinq (5) familles de tocolytiques: les bêta mimétiques, les inhibiteurs calciques, les donneurs de monoxydes d'azote (NO), les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antagonistes de l'oxytocine.

❖ **Les bêtamimétiques**

Leur action repose sur la stimulation des récepteurs bêta 2 adrénergiques utérins. Cette stimulation aboutit à la production d'un second messager intracellulaire, l'AMP cyclique qui empêche les modifications de la myosine responsables de son interaction avec l'actine. Les effets ne sont pas strictement sélectifs des

récepteurs bêta 2 adrénergiques, ce qui explique les effets secondaires multiples de ces produits, en grande partie liés à la stimulation des récepteurs bêta 1 adrénergique. Les effets secondaires maternels des bêtamimétiques représentent le principal frein à leur utilisation, en particulier les effets cardiovasculaires. Au pire, ces effets peuvent aller jusqu'à la tachycardie supra-ventriculaire, l'ischémie myocardique et surtout l'œdème aigu du poumon. Des décès maternels imputable à l'utilisation des bêtamimétiques ont été rapportés. D'importantes précautions sont nécessaires afin d'éviter les accidents rares mais particulièrement graves dont ils sont parfois responsables.

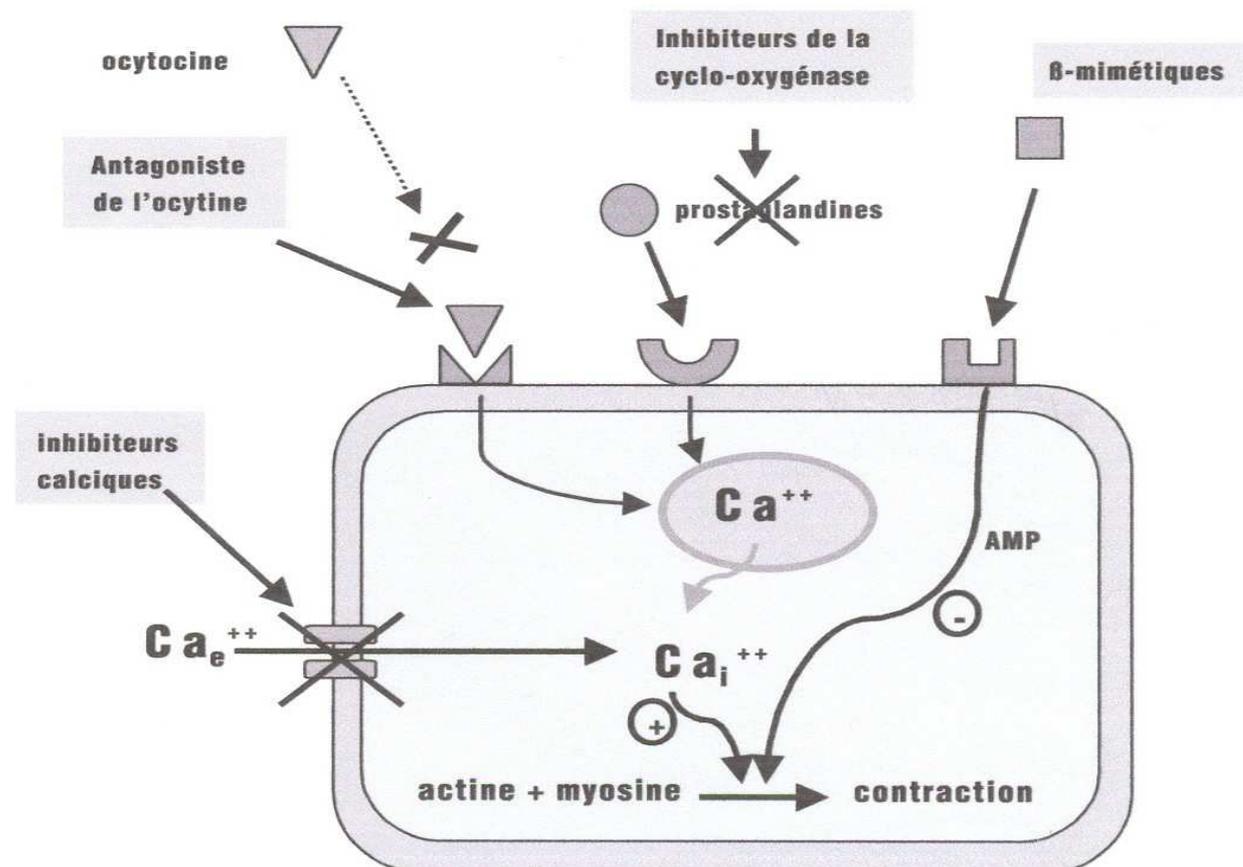


Figure : Mode d'action des tocolytiques: [5]

Effets secondaires des β -mimétiques :

Chez la mère :

La tachycardie, l'hyperglycémie avec risque d'acidocétose chez les mères diabétiques, l'hypokaliémie

Chez le fœtus :

Il s'agit d'une tachycardie fœtale si les doses sont élevées, d'une hyperglycémie, d'une lipolyse, d'une hypocalcémie, d'un iléus paralytique.

Les règles de prescription des bêtamimétiques : reposent sur le respect des contre-indications : l'hypertension artérielle, la cardiopathie hypertrophique (rétrécissement aortique), l'hyperthyroïdie, la souffrance fœtale avec acidose, l'association avec médicaments suscités, les infections amniotiques, les fièvres maternelles. La surveillance clinique et para clinique porte sur le contrôle du pouls, la tension artérielle, la température, la diurèse (qui doit être supérieure à 1,5l / 24h) l'ECG (qui doit être pratiqué au bout de quinze jours de traitement), la kaliémie (12 à 24 h après le début du traitement), le dosage de la créatinine phosphokinase, l'échographie cardiaque répétée à la recherche d'une cardiopathie débutante.

NB : en cas d'échec thérapeutique le traitement prolongé est dangereux. La voie intramusculaire est à proscrire car il a de risques de pic sériques brutaux avec effets secondaires incontrôlables.

La voie per os peut donner des accidents et créer des problèmes médico-légaux.

La perfusion impose le repos à la gestante d'où son intérêt.

❖ **Les anti-prostaglandines :**

Indométacine : est remarquablement efficace à la dose de 175 mg / jour avec une excellente tolérance maternelle. Il ne semble pas y avoir d'effets cardiovasculaires fœtaux et néonataux. L'insuffisance rénale transitoire est à craindre à la naissance. L'oligoamnios au-delà de trois semaines de traitement entraîne une malposition, une hypoplasie pulmonaire.

Ces règles d'utilisation sont les suivantes :

- Ne pas dépasser trois semaines de traitement,
- Interrompre le traitement entre la 32^{ème} et 35^{ème} SA
- Utiliser d'abord un bêtamimétique dans les 48 h du traitement puis l'indométacine en cas de MAP sévère car le risque d'accouchement prématuré sous traitement est élevé.
- Ne pas l'utiliser en cas de R P M

Posologie : les doses usuelles sont de 50 -150 mg par jour à fractionner jusqu'à 200 mg par jour au maximum.

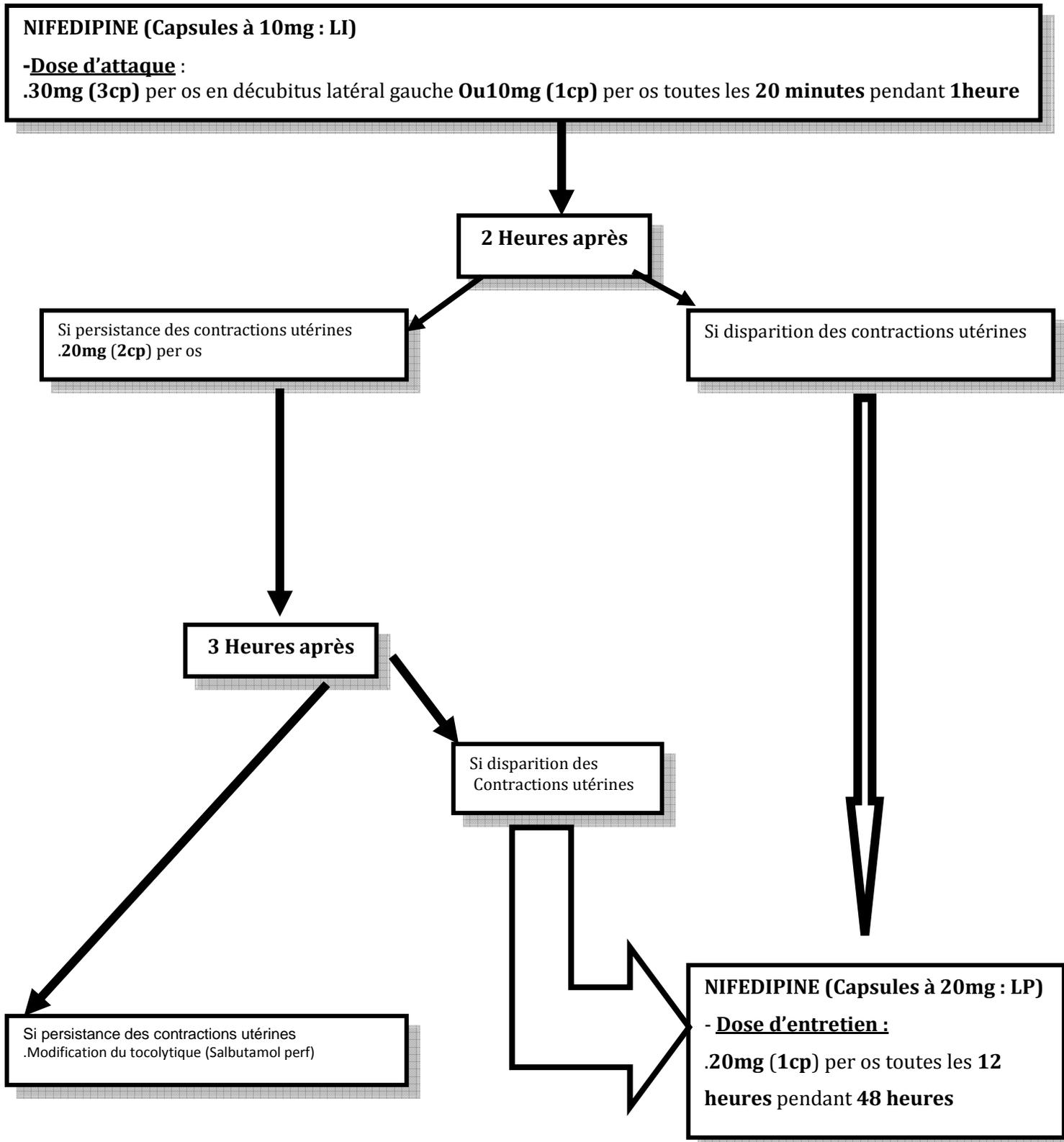
Présentation : gélule à 25 mg, suppo à 50 mg et 100 mg.

❖ **Les inhibiteurs calciques :**

❖ **Mécanisme d'action** : inhibitions des canaux calciques, fermeture des canaux calciques membranaires, entrée passive du calcium de l'espace extracellulaire vers le compartiment intracellulaire : empêchement de la contraction des fibres musculaires libres.

Lanifedipine (adalat®) et la nicardipine(l'oxen®) sont efficaces mais le risque d'hypotension sévère est majeur.

Le Protocole de prise en charge de la menace d'accouchement prématuré avec la nifedipine est illustré par un arbre décisionnel [5,6] ci-dessous :



Surveillance	Effets secondaires	Association à éviter
-Pression artérielle	-Céphalées	-Sulfate de Magnésium
-Fréquence cardiaque	-Hypotension artérielle	-Beta bloquants
-Contractions utérines	-Vasodilatation faciale	
-Bruits du cœur fœtal		

NB :

- Contre- indication si TA \leq 09/06 cm Hg.
- Arrêt de la tocolyse si apparition d'effet secondaire.
- Si les contractions utérines réapparaissent après 72 heures, reprendre le traitement initial.

❖ **Les anti-oxytocines**

Atosiban : est un antagoniste compétitif de l'oxytocine et entraîne une fermeture des canaux calciques avec blocage des récepteurs à oxytocine, inhibant ainsi les contractions utérines.

❖ **Les antispasmodiques**

Ne sont pas des vrais tocolytiques, ils ont une action relaxante du tonus utérin.

Les antispasmodiques sont également utilisés en perfusion lente, en association avec les bêtamimétiques.

Plusieurs situations contre indiquent la mise en route d'un traitement tocolytique quel qu'il soit. Il s'agit essentiellement des pathologies maternelles nécessitant une interruption de la grossesse (pré éclampsie, cardiopathie, hémorragies abondantes...), de la SFA, de la MIU et de la chorioamniotite. En cas de RCIU, une surveillance fœtale rigoureuse (enregistrement

du RCF) permettra d'adapter la conduite à tenir et d'arrêter éventuellement le traitement tocolytique quand les bénéfices à maintenir la grossesse seront amoindris.

C) L'antibiothérapie L'antibiothérapie systématique n'a pas fait la preuve de son intérêt dans la MAP à membrane intacte.

Dans la RPM, nous retrouvons une diminution de l'incidence de la chorio amniotite et de l'infection néonatale.

En revanche, il n'est observé aucune modification significative du syndrome de détresse respiratoire, de l'entérocolite nécrosant et de la mortalité périnatale

D) La corticothérapie :

La prescription d'une corticothérapie améliore le pronostic foetal en cas de naissance prématurée entre 28 et 34 SA. La corticothérapie accélère la maturation pulmonaire et diminue le risque de maladie des membranes hyalines et d'hémorragies intra ventriculaires. Elle consiste en une injection intra – musculaire de bétaméthasone 12 mg, renouvelée 24 heures plus tard. Une deuxième injection selon le même protocole sera répétée 10 jours plus tard si le terme est inférieur à 32SA.

Les contre - indications de ce traitement sont le diabète et les infections amnio-choriales

E) Le cerclage du col utérin

On peut envisager le recours au cerclage prophylactique en début de grossesse, entre 14 SA et 16 SA, avant toute modification du col devant chaque cas de béance cervico isthmique.

F) Le transfert in utéro

Un transfert in utéro dans un centre de périnatalogie doit être prévu dès la 22^{ème} semaine de gestation révolue. Même si aucune mesure médicale intensive ne sera prise en cas de naissance à cet âge, le transfert de la parturiente permettra de mieux conseiller et préparer les parents.

Ces derniers doivent être informés du but du transfert in utero de façon à ce que leurs attentes soient adaptées à la situation et qu'elles restent réalistes

G) Les indications thérapeutiques

Elles sont fonction de l'âge gestationnel, de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines et des modifications cervicales. Plusieurs situations peuvent se présenter :

1) MAP à membranes intactes

- **MAP légère** : Les contractions sont peu douloureuses, peu fréquentes, et les modifications cervicales minimales. Le traitement ambulatoire consiste en un repos à domicile, la recherche d'une infection urinaire, cervico-vaginale, on traitera l'infection s'il y en a une. On examinera la femme 8 jours plus tard.

Si le col se modifie il faut l'hospitaliser. L'utilisation de la progestérone naturelle n'est plus d'actualité.

- **MAPmodérée** : Les contractions ont entraîné des modifications cervicales importantes ; le col est raccourci, perméable cependant que la présentation est basse. L'hospitalisation s'impose. Le traitement comporte le repos strict au lit, les bêtamimétiques en perfusion, la corticothérapie si nécessaire, le traitement étiologique. Si la menace est jugulée, il faut poursuivre les

bêtamimétiques par voie orale, assurer une surveillance à domicile en poursuivant les bêtamimétiques.

- **MAP sévère** : Les contractions sont douloureuses et régulières, le col est dilaté à deux centimètres. Le traitement est identique, mais la perfusion sera prolongée plusieurs jours après l'arrêt des contractions. Le repos est absolu. Malgré ce traitement l'accouchement prématuré survient fréquemment, il faut alors réaliser l'accouchement dans les meilleures conditions.

NB : devant toute menace d'accouchement prématuré, il faut rechercher les causes déjà citées et surtout vérifier l'absence d'infections cervico-vaginales ou urinaires.

2) MAP à membranes rompues

Elle impose, l'hospitalisation. Elle nécessite la surveillance bactériologique du liquide amniotique par des prélèvements quotidiens à la recherche d'une infection. Il faut également vérifier la maturité pulmonaire par le dosage leucithine/sphingomyéline. Selon le rapport L/S plusieurs situations sont possibles :

- **Age de la grossesse < 28 SA**, il faut accepter l'accouchement après information donnée aux parents, car le pronostic fœtal est sombre et les risques infectieux maternels importants.
- **Age de la grossesse \geq 34 SA**, il faut également accepter l'accouchement, le risque fœtal de détresse respiratoire est faible.

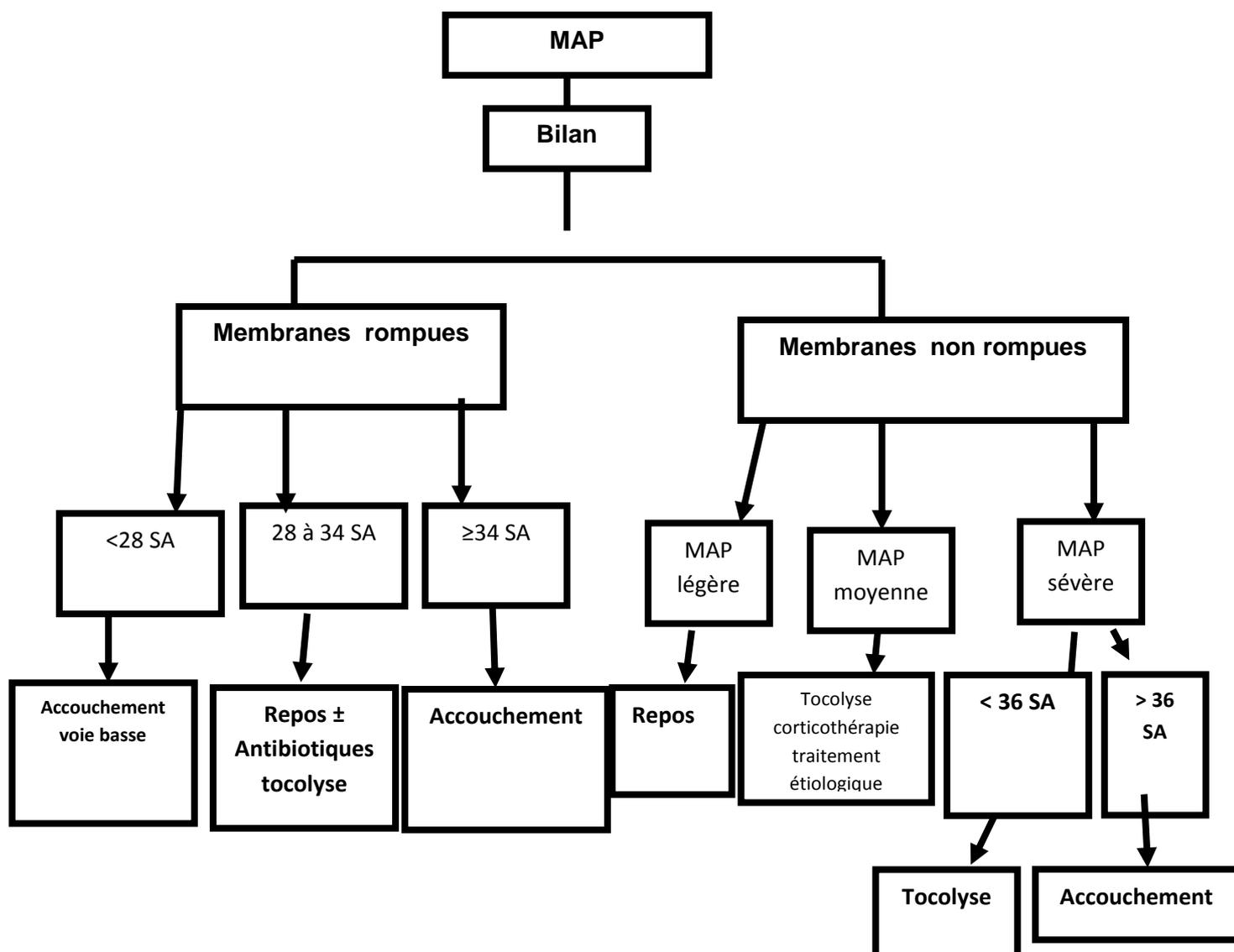
-**Entre ces deux termes**, il faut arrêter les contractions qui surviennent rapidement après la rupture des membranes, vérifier

qu'une infection amniotique n'apparaît pas et, si les prélèvements témoignent d'une

Infection ovulaire, il faut accepter l'accouchement et traiter la mère par une antibiothérapie adaptée,

Le choix de la voie l'accouchement est fonction de la présentation, du terme, du bien-être fœtal.

Prise en charge de la menace d'accouchement [15]



H-Evolution, complication, pronostic

L'évolution est variable : soit il s'agit d'une régression de la MAP soit une aggravation vers l'accouchement prématuré malgré toutes les thérapeutiques instituées. On parle alors d'accouchement prématuré inéluctable. Les récurrences de MAP peuvent survenir à plus au moins longue échéance.

Le pronostic maternel :

Il est en général bon mais un état de morbidité et de mortalité maternelle est à craindre devant certaines complications à savoir :

- . La crise d'éclampsie ; l'hémorragie avec ou sans choc hémorragique par suite d'hématome retroplacentaire, de placenta praevia et / ou d'anomalie de la délivrance.

- . L'anémie sévère pouvant être la traduction des métrorragies répétées, des maladies hémolytiques

- . La psychose puerpérale peut survenir en cas d'antécédent d'accouchement prématuré à répétition.

- . L'infection maternelle notamment l'endométrite en cas de RPM

Le pronostic foetal :

Il est fonction de la complication majeure qui est la prématurité avec ses petits poids de naissance inférieure à 2500g, ses séquelles psychomotrices, ses retards intellectuels qui contribuent à leur tour à une augmentation de la mortalité et de la morbidité périnatales.

III. METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'Echographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- **Trois spécialistes en gynécologie obstétrique** dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages femmes dont l'une est la sagefemme maîtresse ;
- (4) infirmières obstétriciennes ;
- (20) aides-soignantes ;
- (4) chauffeurs ;
- (5) manœuvres.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et les événements survenant lors des gardes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un CES, d'un médecin généraliste, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur et d'un manœuvre.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2-Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective et analytique allant du 1^{er} Novembre 2010 au 31 Octobre 2012 soit une période de deux (2) ans.

3-Population d'étude :

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

4 – Critères d'inclusion :

Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse était compris entre la 28^{ème}SA et la 37^{ème} SA présentant une menace d'accouchement prématuré et dont la prise en charge a été effectuée dans notre service.

5-Critères de non inclusion :

-Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est compris entre 28 et 37 SA ne présentant pas de MAP.

-Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est compris entre la 28^{ème}SA et la 37^{ème}SA présentant une menace d'accouchement prématuré diagnostiquée dans notre service et dont la prise en charge a été effectuée dans une autre structure.

-Les femmes enceintes avec un âge gestationnel inférieur à 28 SA ou un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 SA admises dans le service pour autres motifs.

-Les femmes enceintes avec un âge gestationnel compris entre 28 et 32 SA présentant une menace d'accouchement prématuré sévère (cas de transfert in utero au CHU GT).

6- Déroulement pratique de l'étude

Les femmes enceintes ayant un tableau de menace d'accouchement prématuré ont été recrutées au fur et à mesure de leur admission et les données ont été relevées dans les fiches prévues à cet effet. Les données de laboratoire des femmes ont été complétées par la suite. Pour l'entretien avec les femmes, les questionnaires ont été administrés directement avant leur sortie du service.

7- Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont :

- Qualitatives : le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, le mode d'admission, les antécédents maternels, les pathologies associées, le traitement l'évolution clinique.
- Quantitatives : l'âge, la parité, l'âge gestationnel, le score de Baumgarten, la durée d'hospitalisation.

8- La collecte des données

Elle a été faite à partir des informations recueillies sur :

- l'enquête auprès des femmes s'est effectuée par une interview à l'aide d'un questionnaire
- les dossiers obstétricaux
- les dossiers d'hospitalisation des malades

9-Traitement et analyses des données

Les données recueillies sur les fiches d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel Microsoft office Word version 2010 et SPSS version 20.

10-Considérations éthiques :

Les gestantes présentant un tableau de menace d'accouchement prématuré ont été informées de la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Les données sont confidentielles et l'anonymat a été garanti. Le questionnaire a été effectué après avoir obtenu le consentement éclairé des cibles

11- Définitions opérationnelles

- **Gestité** : nombre de grossesse.
- **Parité** : nombre d'accouchement.
- **Primigeste** : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a eu 2-3 grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a eu 4-5 grossesses.
- **Grande multigeste** : c'est une femme qui a eu au moins 6 grossesses.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une seule fois.
- **Paucipares** : c'est une femme qui a accouché 2-3 fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché 4-5 fois.
- **Grande multipare**.

IV. RESULTATS

RESULTATS

I. La fréquence :

71 cas de menace d'accouchement prématuré ont été enregistrés du 1^{er} Novembre 2010 au 31 Octobre 2012 sur un total de 7967 grossesses soit une fréquence de 0,89%.

II. Les caractéristiques socio-démographiques des gestantes

Tableau I : répartition des gestantes selon l'âge

âge (ans)	Effectif	Pourcentage
<20	22	30,99
20-25	28	39,44
26-30	10	14,08
31-35	5	7,04
36-40	4	5,63
≥41	2	2,82
Total	71	100,00

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-25 avec 39,44%des cas

Tableau II : répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	58	81,7
célibataire	13	4
Total	71	100

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 81,7%des cas

Tableau III: repartitions des gestantes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	42	59,2
Vendeuse	9	12,7
Elève/étudiante	9	12,7
Aide-ménagère	3	4,2
Autres	8	11,3
Total	71	100

Les ménagères représentaient 59,2% des cas.

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	20	28,17
Secondaire	12	16,90
Supérieur	2	2,82
Non scolarisées	37	52,11
Total	71	100,00

Les non scolarisées prédominaient avec 52,11% des cas

III. Caractéristiques cliniques

1) Mode d'admission

Tableau V: répartition des gestantes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Algies pelviennes	47	66,60
Hyperthermie	9	12,70
Ecoulement non sanguinant à la vulve	10	14,10
Saignement à la vulve	2	2,80
CUD/Hyperthermie	1	1,40
Autres	2	2,80
Total	71	100,00

L'algie pelvienne était le motif de consultation le plus fréquent avec 66,6% des cas.

Tableau VI: répartition des gestantes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	47	66,2
Référée	12	16,9
Evacuée	12	16,9
Total	71	100

L'autoréférence était le mode d'admission le plus représenté avec 66,2% des cas.

2) Antécédents

Tableau VII: répartition des gestantes selon la Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	21	29,6
Paucigeste	26	36,6
Multigeste	21	29,6
Grande Multigeste	3	4,2
Total	71	100

La majorité de nos gestantes étaient des Paucigestes avec 36,6% des cas.

Tableau VIII : répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	20	28,17
Paucipare	27	38,03
Multipare	17	23,94
Grandes multipare	7	9,86
Total	71	100

Les paucipares représentaient 38,03%des cas.

Tableau X: répartition des gestantes selon les antécédents médicaux

ATCD Médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	3	4,2
Hémoglobinopathie	1	1,4
Asthme	1	1,4
Aucun	66	93,0
Total	71	100

L'antécédent d'HTA est le plus représenté avec 4,2%des cas.

Tableau XI : répartition des gestantes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD Chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	11	15,5
Myomectomie	4	5,6
Aucun	56	78,9
Total	71	100

La césarienne est l'ATCD chirurgical le plus représenté avec 15,5%

Tableau XII : répartition des gestantes selon l'âge de survenue de la RPM

RPM/âge	Effectif	Pourcentage
32-34	1	25
34-37	3	75
Total	4	100

Dans 75% des cas, les gestantes admises pour RPM avaient un âge gestationnel compris entre 32-34 SA.

Tableau XIII: répartition des gestantes selon l'âge gestationnel

Age de la grossesse (SA)	Effectif	Pourcentages
32-34	14	19,72
34-37	57	80,28
Total	71	100

L'âge gestationnel entre 34-37 était le plus représenté avec 80,28% des cas.

Tableau XIV : répartition des gestantes selon le nombre de consultation prénatale effectuée

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune CPN	9	12,7
<4 CPN	35	49,3
≥ 4 CPN	27	38
Total	71	100

Dans 49,3% des cas, les gestantes ont fait moins de 4 CPN.

Tableau XV : répartition des gestantes selon l'intervalle intergenesique

Intervalle intergenesique	Effectif	Pourcentage
<1ans	33	46,48
≥1ans	38	53,52
total	71	100

Parmi nos gestantes, 46,48% avaient un intervalle inter génésique inférieur à 1 an.

Tableau XVI : répartition des gestantes selon le poids

Poids (kg)	Effectif	Pourcentage
<45	14	19,72
≥45	57	80,28
Total	71	100

Dans notre étude, 19,72% des gestantes avaient un poids inférieur à 45 kg.

Tableau XVII : répartition des gestantes selon l'état des conjonctives

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Pâles	1	1,4
Colorées	70	98,6
Total	71	100

Dans 98,6% des cas, les conjonctives étaient colorées

Tableau XVIII : répartition des gestantes selon la température

Température	Effectif	Pourcentage
Normothermie	46	64,8%
Hyperthermie	25	35,2%
Total	71	100

Parmi nos gestantes, 35,2% présentaient une hyperthermie.

Tableau XIX : répartition des gestantes selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage
Hypertension	5	7
Normotension	66	93
Total	71	100

Dans 7% des cas, nos gestantes avaient une hypertension artérielle.

Tableau XX : répartition des gestantes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
<32	56	78,9
32-35	48	4,2
>36	12	16,9
TOTAL	71	100,00

Parmi nos gestantes, 78,90% avaient une hauteur utérine inférieure à 32cm.

Tableau XXI : répartition des gestantes selon la position du col

TV (position du col)	Effectif	Pourcentage
Postérieur	31	43,70
Central	34	45,90
Antérieur	6	8,50
Total	71	100

Parmi nos gestantes, 45,90% avaient un col central.

Tableau XXII : répartition des gestantes selon la longueur du col

TV (Longueur du col)	Effectif	Pourcentage
Long	6	8,50
Court	65	91,50
Total	71	100

Dans 91,50% des cas, nos gestantes avaient un col court.

Tableau XXIII : répartition des gestantes selon l'ouverture du col

TV (Ouverture du col)	Effectif	Pourcentage
Fermé	20	28,17
1 cm	36	50,70
2cm	8	11,27
3 cm	6	8,45
4 cm	1	1,41
Total	71	100

Dans notre étude les gestantes qui avaient un col ouvert à 1 cm représentaient 50,70%.

Tableau XXIV : répartition des gestantes selon le score de Baumgarten

Type de menace	Effectif	Pourcentage
SBG \leq 3	10	14,1
SBG : 4-6	48	67,6
SBG >6	13	18,3
TOTAL	71	100,00

La MAP modérée était majoritaire avec 67,6% des cas.

Tableau XXV: répartition des gestantes selon l'examen de la vulve

Examen de la vulve	Effectif	Pourcentage
Liquide amniotique	5	7,04
Leucorrhée	2	2,87
Saignement	2	2,87
propre	62	87,32
Total	71	100

La majorité de nos gestantes avaient la vulve propre soit 87,32%.

Tableau XXVI : répartition des gestantes selon l'examen au speculum

Examen au speculum (état du col)	Effectif	Pourcentage
Sain	63	88,73
Inflammatoire	8	11,27
Total	71	100

Parmi nos gestantes, 11,27%avaient un col inflammatoire.

IV. Etiologie retrouvée

Tableau XXVII :Répartition des gestantes selon l'étiologie retrouvée

Causes	Effectif	Pourcentage
béance cervico isthmique	3	4,2%
grossesse multiple	8	11,3%
Hydramnios	2	2,8%
RPM	4	5,63%
Placenta prævia	2	2,8%
Paludisme	14	19,7%
Infection urinaire	21	29,6%
Incompatibilité sanguine(rhésus)	1	1,4%
Paludisme+ RPM	1	1,4%
paludisme+typhoïde	7	9,9%
Infection urinaire+ paludisme	6	8,5%
Infection génitale	2	2,82%
Total	71	100%

L'infection urinaire était prédominante avec 29,6% des cas.

VI. Etudes analytiques :

Tableau XXVIII : relation entre Score de Baumgarten et l'évolution

Score de Baumgarten	Evolution		Total
	Accouchement Prématuré	Accouchement à terme	
	Effectif	Effectif	
MAP légère	2	8	10
MAP modérée	12	36	48
MAP sévère	9	4	13
Total	23	48	71

Parmi les patientes présentant une MAP sévère, 39,13% ont accouché prématurément avec une différence statistiquement significative $P=0,0028$

Tableau XXIX: relation entre étiologie retrouvée à la MAP et le Score de Baumgarten

Etiologie retrouvée	Score de Baumgarten			Total
	MAP légère	MAP modérée	MAP sévère	
	Effectif	Effectif	Effectif	
Béance cervico-isthmique	0	2	1	3
Infection urinaire	1	15	5	21
Paludisme	7	6	1	14
Grossesse multiple	0	8	0	8
Hydramnios	0	2	0	2
RPM	0	3	1	4
Paludisme+ RPM	0	0	1	1
Infection génitale	0	2	0	2
Infection urinaire+ paludisme	0	5	1	6
Paludisme+ Typhoïde	1	3	3	7
Placenta prævia	1	1	0	2
Incompatibilité sanguin	0	1	0	1
Total	10	48	13	71

L'infection urinaire est la pathologie prédominante dans la survenue de la MAP en général et en particulier dans la MAP modérée avec une différence statistiquement significative $P=0,028$.

Tableau XXX : relation entre le motif de consultation et l'évolution de la MAP

Motif de consultation	Evolution		Total
	Accouchement prématuré	Accouchement à terme	
	Effectif	Effectif	
CUD	11	36	47
Hyperthermie	1	8	9
Métrorragie	2	0	2
Perte des eaux	8	2	10
CUD+ perte des eaux	1	2	3
Autres	1	0	1
Total	23	48	71

Parmi les patientes ayant consulté pour CUD 47, 83% ont accouché prématurément avec une différence statistiquement non significative $P=0,062$.

Tableau XXXI : relation entre étiologie retrouvée et évolution de la MAP

Etiologie retrouvée	Evolution		Total
	Accouchement Prématuré	Accouchement à terme	
	Effectif	Effectif	
Béance cervico- isthmique	1	2	3
Infection urinaire	7	14	21
Paludisme	1	13	14
Grossesse multiple	3	5	8
Hydramnios	0	2	2
RPM	4	0	4
Paludisme+ RPM	1	0	1
Infection génitale	0	2	2
Infection urinaire+ paludisme	3	3	6
Paludisme+ typhoïde	1	6	7
Placenta prævia	1	1	2
Incompatibilité sanguin	1	0	1
Total	23	48	71

L'accouchement prématuré était imputable à l'infection urinaire dans 30,43% (7 cas/21) des cas avec une différence statistiquement significative $P=0,0020$.

Tableau XXXII : relation entre l'étiologie retrouvée et le score d'Apgar.

Etiologie retrouvée	Score d'Apgar 1							
	0		3-4		5-7		8	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Infection urinaire	0		4	80	2	25	0	0
Paludisme	0		0	0	3	37,5	0	0
Grossesse multiple	0		0	0	0	0	4	40
Paludisme+typhoïde	0		0	0	0	0	2	20
Infection urinaire +Paludisme	0		1	20	2	25	0	0
RPM	0		0	0	0	0	2	20
Hydramnios	0		0	0	0	0	1	10
Incompatibilité sanguin	0		0	0	0	0	1	10
Paludisme+RPM	0		0	0	1	12,5	0	0
Total	0		5	100	8	100	10	100

L'association infection urinaire et grossesse était responsable de la survenue d'un score d'Apgar morbide a la première minute soit 80% des cas avec une différence statistiquement non significative $P=0,0529$.

Tableau XXXIII : relation entre l'étiologie retrouvée et le score d'Apgar

Etiologie retrouvée	Score d'Apgar à lacinquième minute							
	0		3-4		5-7		8	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Infection urinaire	3	75	0	0	1	100	2	11,76
Paludisme	0	0	1	100	0	0	2	11,76
Grossesse multiple	0	0	0	0	0	0	4	23,53
Paludisme+typhoïde	0	0	0	0	0	0	2	11,76
Infection urinaire +Paludisme	1	25	0	0	0	0	2	11,76
RPM	0	0	0	0	0	0	2	11,56
Hydramnios	0	0	0	0	0	0	1	5,89
Incompatibilité sanguin	0	0	0	0	0	0	1	5,89
Paludisme+RPM	0	0	0	0	0	0	1	5,89
Total	4	100	1	100	1	100	17	100

L'infection urinaire et grossesse était responsable de décès néonatal précoce dans 75% des cas suivie de l'association infection urinaire et paludisme soit 25% avec une différence statistiquement non significative $P=0,0529$.

Tableaux XXIII : Répartition des gestantes selon le traitement reçu

Traitements reçus	Reçus		Non reçus	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
β -mimétique	34	47,89%	37	52,11%
Inhibiteur calcique	11	15,49%	60	84,51%
Antispasmodiques	26	36,62	45	63,38
Corticothérapie	14	19,72	57	80,28%
Antibiotique	32	45,07%	39	54,93%
Antipaludéen	14	19,72	57	80,28%%

Les β -mimétiques ont été le traitement le plus utilisé avec 47,89% suivie de l'antibiotique soit 45,07%.

Tableau XXXV : répartition des gestantes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-3 jours	21	29,60
≥ 4 jours	50	70,4
Total	71	100

Dans 70,4% des cas les gestantes ont fait plus de 4 jours d'hospitalisation.

VI. Evolution

Tableau XXXVI: répartition des gestantes selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Accouchement prématuré	23	32,4%
Accouchement à terme	48	67,6%
Total	71	100%

Dans 67,6% des cas, la grossesse a évolué jusqu'à terme.

VII.Pronostic foetal

Tableaux XXXVII: répartition des nouveaux nés prématurés selon leur poids de naissance

Poids des nouveaux nés (en g)	Effectif	Pourcentage
<1500	7	30,43%
1500-2000	10	43,48%
>2000	6	26,09
Total	23	100

Dans 43,48% des cas, les nouveaux nés prématurés avaient un poids de naissance compris entre 1500-2000g.

Tableau XXXVIII : répartition des nouveaux nés prématurés selon le Score d'Apgar

Score d'Apgar	1^{ère} Minute	5^{ème} Minute
0	0	0
3-4	2	8,70%
5-7	7	30,43%
≥8	14	60,87%
Total	23	100

Dans 60,87% des cas les nouveaux nés prématuré avaient un Score d'Apgar ≥8.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. Commentaires et discussions

Au cours de notre étude au CSREFCII portant sur la MAP, nous avons connu des contraintes qui ont constitué des limites ou des difficultés de notre travail.

Limites : la rareté des cas de MAP

Difficultés liées:

-A la non réalisation de certains examens complémentaires notamment la fibronectine et l'examen bactériologique du liquide amniotique.

- A la non utilisation du tocographe.

-Aux patientes perdues de vue ayant été initialement hospitalisées dans le service pour MAP mais n'ayant pas accouché dans notre structure et le non respect des consignes par les gestantes notamment le repos.

-A la non réalisation de l'échographie cervicale

1. La fréquence:

Notre étude au centre de sante de référence de la CII sur une période de 2ans nous a permis de relever une fréquence de 0,89% de MAP sur un total de 7967 admissions. Les études faites par Keita. A [12] et Doumbia A.K. [18] ont trouvé respectivement une fréquence de 29 % et 18,75%. En Afrique, cette fréquence varie assez, elle est de: 18,1% au CHU d'Antananarivo [5], 9,10% au Gabon [5] et 7,23% au Maroc [5]. La différence relativement importante entre les fréquences traduit les variations d'appréciation et de l'échantillonnage dans les différentes séries

2. L'analyse des paramètres socio-démographiques

a. L'âge

Dans notre étude, la tranche d'âge 20 -25 ans était la plus représentée avec 39,44% des cas. Cette tranche d'âge correspond à celle de la femme en pleine activité génitale. Par contre Ngoulla L.G.R.[14], a trouvé une fréquence de 34,2% dans la tranche d'âge de 35-39ans.

b. Statut matrimonial

Dans notre étude 81,7% des gestantes étaient mariées et Doumbia A.K. en 2006 [6] a trouvé une prédominance de 96%.

La prédominance des femmes mariées dans notre étude s'explique par le fait que la conception avant le mariage n'est pas bien acceptée dans notre société.

c. Profession

Dans notre population d'étude 59,2% des patientes étaient des ménagères, le même constat a été fait par Diallo S.[5] qui a trouvé 64,10%.Ce nombre élevé des ménagères admises pour MAP s'expliquerait d'une part par les travaux ménagers effectués par ces dernières, d'autre part, à cause du fait qu'elles ne soient pas instruites , leur manque d'information en ce qui concerne l'hygiène de la grossesse, leur manque de protection contre les piqûres des moustiques et la prédominance de la grossesse chez les ménagères dans la population générale.

d. Niveau d'instruction

Dans notre étude **52,11%** des gestantes étaient des analphabètes. Ce taux est proche de celui de Diallo S [5] qui a trouvé une prédominance de **54,70%**. Ce taux élevé des analphabètes traduit la faible scolarisation de ces dernières dans la population générale.

3. Caractéristiques cliniques

a, Motif de consultation

L'algie pelvienne a été le principal motif de consultation avec **66,2%**. Cette même prédominance des algies pelviennes a été trouvée par Doumbia A.K [6] et Diallo S [5] avec respectivement **74,2%** et **42,72%**. Cette fréquence élevée est liée au fait que dans la MAP, les CUD responsables de modification cervicale s'accompagnent de douleur ce qui constitue le motif de consultation.

b, Gestité

Les paucigestes avec **36,6%** des cas ont été les plus touchées par la MAP, la même prédominance fut trouvée par Diallo. S.[5] avec **38,46%**. Cette prédominance s'explique par le fait que les femmes au foyer avec des enfants constituent un facteur de risque de la MAP comme cité dans le tableau d'Emille Papiernick. Par contre Doumbia A.K.[6] dans son étude sur la MAP a trouvé une prédominance des multigestes avec **74%**.

c, Le Score de Baumgarten

Dans **67,6%** des cas, nos patientes avaient un tableau de MAP modérée. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Diallo. S [5] Qui a rapporté en 2011 au CSRéf CII **64,10%**. A Conakry, au CHU de DeenLontsiNgoulla. G.R [14] a rapporté **47,3%**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est très souvent à ce stade de gravité moyenne que les gestantes poussées par les signes d'appels (douleur abdomino-pelvienne, écoulement non sanglant ou parfois sanglant...) viennent en consultation.

d, Le nombre de CPN

L'OMS recommande au cours d'une grossesse normale, la réalisation de 4 CPN. Dans notre étude **49,3%** des gestantes ont fait moins de quatre CPN. Doumbia A.K [6] dans son étude a rapporté **49,7%** des patientes qui avaient également effectué moins de quatre CPN. Cette prédominance de la MAP chez les femmes ayant effectué des CPN peut s'expliquer par la mauvaise qualité de la CPN.

e, La hauteur utérine

La hauteur utérine normale d'une grossesse à terme est comprise entre 32-35cm. Dans notre étude **78,90%** des gestantes avaient une hauteur utérine inférieure à 32cm. Doumbia A.K [6] a rapporté une prédominance de **70,37%**. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en cas de grossesse non à terme la hauteur utérine est inférieure à 32cm en général.

4. Les étiologies retrouvées

- Causes utérines

La béance cervico-isthmique a été la seule cause utérine retrouvée avec 3 cas soit 4,2%, Doumbia A.K [6] a trouvé 2,6%. Le diagnostic de ces béances a été posé bien avant la grossesse par le calibrage cervical à la bougie d'Hegarn°8 et c'est ce qui nous a permis de réaliser le cerclage chez deux de ces patientes.

- Causes ovulaires

La grossesse multiple a été la cause ovulaire la plus observée avec 11,3% des cas. Doumbia A.K a observé une fréquence de 7,9%. Cissé G. H [4] a rapporté le placenta prævia comme la cause ovulaire la plus fréquente avec 25%. Cette différence pourrait s'expliquer dans son étude par la prédominance de la multiparité qui est un facteur favorisant du placenta prævia.

- Causes infectieuses

Les infections urinaires avec 29,6% et le paludisme avec 19,7% sont au premier rang. Cette prédominance d'infections urinaires et de paludisme est légèrement supérieure à celle de Doumbia A.K. [6] qui a trouvé respectivement 21,2% et 17,9%.

Ces taux élevés de paludisme et d'infection urinaire peuvent s'expliquer par le non suivi et le suivi incorrect des CPN.

5. Prise en charge

- Hospitalisation

Dans la littérature, le traitement de la MAP obéit à trois grandes règles : le repos, les tocolytiques, la recherche étiologique et le traitement de cette étiologie. Dans notre étude, les β -mimétiques ont été le traitement le plus utilisé avec 47,89% suivie de l'antibiotique soit 45,07% ce qui confirme la littérature. L'instauration du traitement était fonction de l'étiologie retrouvée.

L'hospitalisation avec repos strict a été systématique chez toutes les femmes ayant au moins un signe de gravité et cela quel que soit le score de Baumgarten. Toutes nos patientes ont été hospitalisées.

Dans notre étude 70,43% des gestantes ont fait plus de 4 jours d'hospitalisations avec une durée moyenne de 4 jours et des extrêmes allant de 3 à 14 jours. La recherche étiologique et leur prise en charge précoce pourrait expliquer leur courte durée de séjour hospitalier. Les produits tocolytiques utilisés sont : les bêtamimétiques ; les inhibiteurs calciques et les AINS.

- Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec dix ampoules de bricanyl ou de salbutamol 0,5mg dans 500 ml de sérum glucosé à faire passer pendant 24h. Le relai est pris par la forme suppositoire en raison de 1 suppo toutes les 6 heures. Parmi nos gestantes 38 % ont reçu des bêtamimétiques.

- En cas de contre-indication à ces tocolytiques nous avons fait recours aux spasmolytiques : le triméthylphloroglucinol = spasfon® est la molécule la plus utilisée à raison de six ampoules dans 500 ml de sérum physiologique à faire passer pendant 24 heures. Le relai est pris par la forme comprimée (2 comprimés 3

fois par jour). Dans notre étude 36,62% ont reçu ce traitement. Les inhibiteurs calciques ont été utilisés surtout chez les hypertendues ; la molécule la plus couramment utilisée est la Nifédipine à raison d'une gélule de 10 mg par voie orale, renouvelable toutes les 20 minutes jusqu'à 4 gélules en une heure en cas d'inefficacité ou d'efficacité insuffisante. Le traitement pendant les heures suivantes repose sur Nifedipine LP20 (comprimé à 20mg) 1 comprimé 3 fois par jour. 18 patientes soit 25,4 % en ont reçu

b. La corticothérapie a été systématique chez toutes les femmes ayant présentée une MAP moyenne ou sévère avec un âge gestationnel inférieur à 34SA. C'est ainsi que 69 % des gestantes ont reçu des corticoïdes dans le but d'une maturation pulmonaire fœtale.

Le produit utilisé dans notre service est la bétaméthasone (célestene ®) injectable à raison de 12 mg en IM, à renouveler 24 heures après.

c-Evaluation du traitement

Le protocole thérapeutique utilisé par le service a fait preuve d'efficacité ; sur les 71 gestantes admises pour MAP durant notre période d'étude, 48 gestantes soit 67,60% ont vu leur menace jugulée, 23 gestantes soit 32,4% ont fait un accouchement prématuré et les nouveaux nés ont été référés à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

7-Evolution

d-Relation entre étiologie retrouvée et score de Baumgarten

L'infection urinaire est la pathologie prédominante dans la survenue de la MAP en général et en particulier dans la MAP modérée avec une différence statistiquement significative $P=0,028$. Cela explique la sévérité de l'association infection urinaire et grossesse.

c-Répartition des gestantes selon l'évolution

Dans notre étude 32,4% des gestantes ont accouché prématurément. Ce taux est nettement supérieur à celui de Cissé G.H [4] qui a rapporté 29,30% d'accouchement prématuré. Ceci s'expliquerait par un retard de prise en charge ou l'échec thérapeutique.

d-Motif de consultation et évolution

Parmi les patientes ayant consulté pour CUD, 47, 83% ont accouché prématurément avec une différence statistiquement non significative $P=0,062$. Ce résultat traduirait que l'évolution de la MAP n'est pas forcément liée au motif de consultation.

e-Score de Baumgarten et évolution

Dans notre étude 89,47% des gestantes présentant un tableau de MAP et ayant évolué à terme sont celles qui présentaient une MAP modérée avec une différence statistiquement significative $P=0,034$. Ce résultat est comparable à celui de Lontsi Ngoulla G.R. [14] qui a trouvé 81,6% avec une différence statistiquement significative $P=0,027$. Ces résultats traduisent que l'évolution de la MAP est fonction de la gravité du Score de Baumgarten.

f-Relation entre pathologie associée et évolution

L'accouchement prématuré était imputable à l'infection urinaire dans 30,43% des cas avec une différence statistiquement significative $P=0,020$. Cela peut s'expliquer par la fréquence élevée d'infection urinaire au cours de la grossesse. Dans la plupart des cas le diagnostic est tardif d'où la nécessité de dépistage systématique au cours des CPN par la bandelette urinaire.

8. Pronostic

a. Les nouveaux nés prématurés

Le pronostic des nouveaux -nés prématurés était assez bon dans 60,87% avec un poids foetal supérieur à 2000g et un âge gestationnel supérieur à 34SA. Le score d'Apgar était ≥ 8 dans 60,37%. Cependant nous avons enregistré 17,39% de décès néonatal précoce. L'association infection urinaire et grossesse était responsable de ce décès néonatal précoce dans 75% des cas suivie de l'association infection urinaire et paludisme soit 25% avec une différence statistiquement non significative $P=0,0529$. Cela pourrait s'expliquer par la gravité des pathologies infectieuses sur grossesse en général, et l'infection urinaire en particulier. Lontsi Ngoulla G.R. [14] a trouvé un poids d'au moins 2400g avec un âge gestationnel moyen de 35SA et un score d'Apgar supérieur à 8 dans 80,12%. Le poids moyen de notre étude serait étroitement lié à la moyenne d'âge gestationnel à l'accouchement.

2. Maternel

Le pronostic maternel a été en général bon. Cependant nous avons eu 1,4% de morbidité maternelle représentée par : un état de choc secondaire à l'hémorragie de la délivrance dans un contexte d'anémie chronique mais compensée par une transfusion de quatre (4) poches de sang.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

La prise en charge de la MAP reste une priorité, ceci afin de réduire les problèmes liés à la prématurité surtout dans les pays en voie de développement.

L'accouchement prématuré est une situation obstétricale très fréquente

Les Complications sont multiples et la prise en charge nécessite une collaboration multidisciplinaire.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude certaines recommandations sont proposées:

1-Au Ministère de la Santé

-Doter le laboratoire du C.S.Réf.CII d'un équipement permettant la réalisation de PV, d'ECBU et antibiogramme.

-Doter le service d'un cardiotocographe

-Créer des services de néonatalogie dans tous les CS Réf pour une prise en charge adéquate des prématurés.

2-Au Ministère de l'Education

Intensifier la scolarisation des filles pour améliorer le niveau socio-économique et le niveau de la santé de la reproduction.

3-Aux Agents de la Santé

-Pratiquer des CPN de qualité pour diagnostiquer tôt les cas de MAP.

-Pratiquer l'ECBU au cours des CPN dans le but de détecter les infections urinaires asymptomatiques

4- Aux Gestantes

-Faire des CPN au début de la grossesse.

-Respecter les consignes données par les agents de santé

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

1. **Bon C, Roubille M, Pichot J.** La détection de la fibronectine foétale dans l'évaluation du risque d'accouchement prématuré .

Immuno anal biolspéc. 2000 ; 15 :98 108

2. **Carbone B, Tsatsaris V.** MAP : quels tocolytiques utiliser, les corticoïdes dans la maturation pulmonaire foétale (comment et quand les prescrire). J gynécolobstetbiolrepro. 2002 ; vol 31 (suppl. au n° 7)

3- **Cabrol D.** Classification des menaces d'accouchement prématuré : implication pour le traitement.

J GynecolObstetBiolReprod1997 ; 26 (suppl. n°2) : 69. Masson, Paris 1997.

4. **CISSE G H.** Décollement prématuré du placenta normalement inséré et de ses formes Graves. Thèse Med Bamako 1988; N°88

5. **Diallo S.** MAP : prise en charge par l'utilisation de la nifedipine au service gyneco-obstetrique du centre de sante de référence de la commune V du district de BAMAKO. Thèse de Med Bamako 2003 ;

6. **Doumbia A K :** Menace d'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune du district de BAMAKO. Thèse de Med de Bamako 2006 ; N°358

7. Dreyfus M, Duran L Prise en charge à domicile de la MAP

J gynécolobstetbiolrepro. 2002; vol 31 (suppl. au n° 7)

8. Ercole C, Bretelle F, Shojai R, Desbrière R, Bouli L. Tocolyse: indication et contre indications. Quand commencer ? Quand arrêter ?

J gynécolobstetbiolrepro. 2002 ; 31(suppl. au no 7)

9. Fernandez H, Ville Y. Menace d'accouchement prématuré

10. Goffinet F, Kayen G. Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie. 2002 ; 31 (suppl. au n° 7)

11. Hodonou AKS. La menace d'accouchement prématuré : prévision du risque et conduite à tenir .EPU, actes du 1^{er} congrès de la SGOBT, Cotonou 1988 ; 296-300

12. Keita A. MAP : aspects socio épidémiologique, cliniques et thérapeutiques à la maternité René Cissé d'Hamdallaye à propos de 150 cas. Thèse de médecine Bamako 2003; n°45

13. Keita M. RPM: aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au Centre de Santé de la Commune V. Thèse Med Bamako 2001.

14. LontsiNgoullaG.R : Utilisation de la Nifédipine dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré : essai clinique au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry .Thèse de Médecine Conakry 2007.n°48

15. Lansac J, Berger C, Mangin G. Diagnostic et conduite à tenir devant une menace d'accouchement. Pratique de l'obstétrique 3^e édition Masson paris 2001 : 580p

16. Merger R, Levy J, Melchior J. MAP et accouchement prématuré spontané. Précis d'obstétrique, 6^e édition Masson Paris 2001 : 597p

17. Perrotin F, Lansac J, Body G. Place du cerclage dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré.

J gynécol obstetbiol et repro 2002 ; vol 31 (suppl. au n°7)

18. Sanogo T C. Etude épidémio clinique de l'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 238 cas. Thèse de médecine Bamako 2005 n°19

19. Stéphane st L. Prise en charge d'une MAP. Rev Med develop et santé 1999 ; n° 140

20. Subtil D. Place des marqueurs infectieux dans le pronostic et la prise en charge de la MAP (En dehors de l'amniocentèse)

J gynécolobstetbiol et repro 2002 ; vol 31 (suppl. au n°7)

21. Terzibahcian j, Mida M, David E, Weber L, Boulange CH, VitseM. Bilan des MAP : étiologie, conduite à tenir, résultats.

Revue française de gynécologie obstétrique 1990; 85 :12.673-677

22. Togo A. Infection urinaire sur Grossesse dans le service de gynécologie obstétrique del'hôpital Point G. Thèse de médecine Bamako 1993 ; n° 20

23. Vayssière C. Prise en charge particulière de la menace d'accouchement prématuré en cas de Grossesse multiple

J gynécolObstét et biolreprod 2002 ; vol 31 (suppl. au n° 7)

24. Winer N. Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré à membranes intactes : indications des antibiotiques

J gynécolobstetbiolreproduction 2002; vol 31 (suppl. au n°7).

ANNEXES

Numéro d'ordre :

Date d'entrée :

I. Caractéristiques sociodémographiques

q1. Nom/Prénom

q2. Age :

q3. Résidence :

q4. Ethnie : a. Bambara b. Peulh c. Sarakolé

d. Autres

q5. Statut matrimonial :

a. Mariée b. Monogamie c. Polygamie d. Veuve

e. Divorcée célibataire

q6 Mode de vie /Profession

a. Urbain avec aide-ménagère; Vendeuse

c. Urbain sans aide-ménagère ; Etudiante

d. Fonctionnaire

q7 .II Mode d'admissions :

a. Venue d'elle même

b. Évacuée

c. Référée

q8. III Motif de consultation/ admission

a. Algie pelvienne/ abdominal

b. Hyperthermie

c. Ecoulement génital : c1. Saignement c2. ; Perte des eaux

c3. Leucorrhée

q9 .IV Histoire de la maladie

a. Début : b. 24h ; c. plus de 24h ; d. traitement tocolytique

e. antispasmodique f. Antibiotique ; g. Autres.....

V. Antécédents

A.q10.Gynécologique :a.DDR : inconnue . connue

c. Dyspareunie d. Métrorragies

d. Leucorrhée ;e. Masse pelvienne

B.q11. Obstétricaux

a. Gestité : a1.Primigeste; .Paucigeste; a3ultigeste ; a4.

Grande multi geste

e. Nombre d'enfants vivants

f. Dernier enfant : f1. Vivant ; f2. Décédé

g.Avortement spontané : e. Nombre

i. Âge de la grossesse.....

j. Avortement provoqué : k.nombre

.l .âge de la grossesse

m. Accouchement prématuré : n .nombre

P .Placenta prævia ; q. Hématome retro placentaire

r. Curetage : s .nombret .âge de la grossesse

u. Nombres de CPN effectuées

v. Mort-né

q12. C.Médicaux / a. HTA b. diabète

c. hémoglobinopathie

d. cardiopathie; e. Pneumopathie

f. Insuffisance respiratoire

q13 .D Chirurgicaux

a. Césarienne b. Myomectomie ;

c. Cerclage pour béance cervicaux-isthmique

e. autre.....

q14 .VI Examen physique

1. Examen général : a. Tension artérielle.....
b. Poids(P)..... c .Température
- d. œdème des membres inférieurs
- c. Conjonctives.....e. Conscience.....
- f.Fréquence cardiaque.....
- b.Fréquence respiratoire.....

q15.2 Examen Obstétrical :

- a. Mouvement actif du fœtus : a1. Présent ; a2. Absent
- b. BDCF : b1. Présent ; c2. Absent
- a. Contraction utérine douloureuse : b1.fréquence
- b2.durée.....
- c.Hauteur utérine en cm.....

- q17. Inspection /vulve : a. liquide amniotique . sang
- c. leucorrhée

- q16.3.Examen au speculum :** a. état du col : a1 sain
- a2 non sain

- b.Etat du vagin a1 sain ; a1 non sain b. Leucorrhées
- pathologiques
- c. Perte de sang d. perte de liquide amniotique

q17.4. Toucher vaginal :

- a. Col : position : a1.postérieure ; a2.antérieure
- a3. Centrale
- b. longueur : b1. Court ; long ; c Ouverture : c1. Fermé
- c2. Ouvert

- q18 .Score de Baumgarten :** a. menace légère
- b. Menace modéré ; c. menace sévère

q19 .VII. Examen para clinique

- a. Groupe sanguin rhésus.....
- b. NFS
- c. CRP
- d. Echographie obstétricale.....
- e. ERCF
- f. Glycémie
- h. Electrophorèse de l'Hb
- h. Bilan hépato rénal.....
- f. Goutte épaisse : f1 Positif f2. Négatif
- g. prélèvement vaginal : g1 Positif g2 Négatif
- h. Hémoculture : h1. Positif h2. Négatif
- i. Uroculture: i1 Positive i2. Négatif
- j. EBLA : j1. Positive j2. Négatif
- k. Autre :

VIII. Etiologie :

q20 .Causes Utérines

- a. Béance cervico –Isthmique
- b. Myomectomie
- c. Hypotrophie Utérine ; d. Autres (à préciser)

q21. Causes Ovulaires

- a. Grossesse multiple
- b. Excès de liquide (hydramnios)
- c. Rupture prématurée des membranes
- d. Infection ovulaire : chorioamniotite
- e. Autres : f. placenta prævia g. Hématomes retro placentaire

q22. Cause générale : a. HTA ; .b Diabète

- c. Hémoglobinopathie , d. Age

e. Poids..... f. infection

Q23 .VI Traitement :

a. Prise en charge

b. Hospitalisation ; c. tocolyse d.maturation foetale.

e. Traitement étiologique : e1. Antibiotique

e2. Antispasmodique

e3.antihypertenseur ; f .cerclage

g. autre

q24 .VII. Evolution immédiate :

a. Accouchementprématuré : a1 voie basse , a2 .césarienne

a3. Référé

a4.réanimé ; Septicémie c. endométrite ; d. décès

e. Souffrance foetale aigue

f. mort foetale in utero

g. Accouchement à terme

h. Guérison . i. exeat

j. Date d'exéat

Fiche signalétique

Nom : DIABATE

Prénom : Salifou

Titre de la thèse : Menace d'accouchement prématuré

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique ; Santé publique.

Résumé : Nous avons effectué une étude de type transversale prospective et analytique de la menace d'accouchement prématuré du 1 Novembre 2010 au 31 Octobre 2012 au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako.

Notre étude nous a permis de recenser 71 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur un total d'admission de 7967 grossesses soit une fréquence de 0,89%.

Les facteurs de risque identifiés ont été :

- L'avortement spontané
- Les grossesses multiples avec 11,3%
- Le faible taux de CPN (12,7% des patientes n'ont fait aucune CPN et 49,3% ont fait moins de 4 CPN)
- Le bas niveau socio-économique
- La prise en charge rapide et adéquate de la MAP améliore le pronostic foetal

Mots clés: menace d'accouchement prématuré ; prise en charge ; pronostic materno- foetal.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.