

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**RÉPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple—Un But—Une Foi**



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO -  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009**

**N°...../**

## **TITRE**

**ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE DANS LE  
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE AU CENTRE  
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU  
DISTRICT DE BAMAKO  
ETUDE : CAS / TEMOINS**

## **THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le ...27.../...05.../2009

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par

**Mr : Moussa Oulé KONATE**

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT :**

**PROFESSEUR SALIF DIAKITE**

**MEMBRES :**

**DOCTEUR ISSA DIARRA**

**DOCTEUR NIANI MOUNKORO**

**DIRECTRICE DE THESE :**

**PROFESSEUR SY ASSITAN SOW**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR**

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES**

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES**

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR**

**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie

Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie	
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie	
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE		Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA		Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA		Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY		Anesthésie-Reanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO		Chirurgie Générale

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro-Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAÏGA	Parasitologie

Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE

Physiologie  
Physiologie

## 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA  
Mr Mahamadou A. THERA

Histoembryologie  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie – Mycologie

## 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheick Bougadari TRAORE  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mahamadou DIAKITE  
Mr Bakarou KAMATE  
Mr Bakary MAIGA

Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie – Mycologie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie/ Virologie  
Anatomie – pathologie  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Biologie/ Parasitologie  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Parasitologie – Mycologie  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Immunologie – Génétique  
Anatomie – pathologie  
Immunologie

## 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Bokary Y. SACKO  
Mr Mamadou BA  
Mr Moussa FANE  
Mr Blaise DACKOUCO

Entomologie-Moléculaire Médicale  
Biochimie  
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  
Parasitologie /Entomologie  
Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAÏGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie-**Chef de D.E.R.**  
Neurologie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie-Hépatologie  
Dermato-Léprologie  
Cardiologie  
Pédiatrie

### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA

Pneumo-Phtisiologie

Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mr Sahare FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mr Adama D. KEITA  
Mr Sounkalo DAO  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Daouda K. MINTA

Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Endocrinologie  
Radiologie  
Maladies Infectieuses  
Pédiatrie  
Maladies Infectieuses

### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme KAYA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Cheick Oumar GUINTO  
Mr Mahamadoun GUINDO  
Mr Ousmane FAYE  
Mr Yacouba TOLOBA  
Mme Fatoumata DICKO  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA  
Mr Modibo SISSOKO  
Mr Ilo Bella DIALLO  
Mr Mahamadou DIALLO

Dermatologie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-entérologie  
Hépatogastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Neurologie  
Radiologie  
Dermatologie  
Pneumo-Phtisilogie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Neurologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Radiologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**  
Pharmacie Chimique  
Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAÏGA  
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales  
Galénique  
Chimie analytique  
Toxicologie  
Pharmacognosie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE

Galénique

Mr Saibou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Abdoulaye DJIMDE  
Mr Sékou BAH  
Mr Loséni BENGALY

Législation  
Parasitologie Moléculaire  
Législation  
Microbiologie – Immunologie  
Pharmacologie  
Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA  
Mr Jean TESTA  
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA  
Mr Hamadoun SANGHO  
Mr Massambou SACKO  
Mr Alassane A. DICKO  
Mr Hammadoun Aly SANGO  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Samba DIOP  
Mr Akory AG IKNANE  
Mr Ousmane LY

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Epidémiologie  
Anthropologie Médicale  
Santé Publique  
Santé Publique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO  
Mr Seydou DIARRA

Biostatistique  
Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA  
Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu  
Génétique  
Législation  
Chimie Organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Mounirou CISS  
Pr Amadou Papa Diop  
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Hydrologie  
Biochimie.  
Physiologie

## DEDICACES

**Je dédie cette thèse :**

**-A Mon père : ICHIAKA KONATE**

Ce travail est le fruit de ton éducation, tu nous as toujours appris à respecter l'être humain et à aimer le travail en nous inculquant des notions telles que la persévérance, la tolérance, la modestie et le courage. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien tant matériel que financier ne m'ont jamais fait défaut, font de toi un père exemplaire.

Qu'ALLAH Le miséricordieux te donne longue vie aux cotés de tes enfants.

**- A ma mère : FANTA OULE SOUCKO.**

Toi qui attendais patiemment ce jour, ta prière a été exaucée. Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissent, tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous fait jamais défaut. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as endurées pour tes enfants.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir

Puisse Dieu te garde auprès de nous le plus long temps possible Amen

**- Ma mère : HABIBATA TRAORE**

En témoignage de mon respect et mon profond attachement.

**- Ma mère : N'TISSON SAMAKE**

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien inestimable. Qu'ALLAH le tout puissant te récompense et te guide dans tes futurs projets

**-A mes frères et sœurs : DIAKARIDIA, SADIO, YAYA, MOUSSA, KONIBA, HAWA, MARIAM, NEISSA, AMINATA dite BALLOKO paix à son âme.**

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut, ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

**-A mes neveux et nièces :**

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler d'avantage.

**- A mes tantes : MAIMOUNA dite BAI, DJENEBA, LALA, MAIMOUNA**

Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimable. Ce travail est le vôtre.

**- A mes tontons : MAMADOU, YACOUBA, BAH.**

**- A mes cousines et cousins : IDRISSE, ADAMA , ISSOUF, MOUSSA, KOROTOUMOU, MOUSSA**

L'occasion est bonne pour moi de vous réaffirmer toute ma reconnaissance et mon profond attachement. Le fruit de ce travail est le vôtre.

**- A tous ceux qui luttent contre la souffrance humaine.**



## **REMERCIEMENTS**

Je profite de cet instant solennel pour adresser mes vifs remerciements :

- **A mes maîtres d'école** pour la qualité de l'enseignement reçu ;
- **A mes amis** : MAMADOU dit BALOBO, MOUSSA dit TOUKI, HAMED, MAHAMADOU

Vous m'avez démontré que le lien d'amitié peut être plus fort que celui de sang, je n'ai jamais douté de votre amitié. Votre soutien tant matériel que moral ne m'a jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

- **A Mme DIAW MARIAM SY**

Vous avez été pour moi une mère exemplaire ; le fruit de ce travail est le vôtre ; merci pour tout ; qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas. Merci pour votre soutien et vos conseils inestimables.

- **A Monsieur DEMBA SY**

Aucune expression orale ou écrite ne saurait exprimer ma reconnaissance à ton endroit. Seul ALLAH peut te payer de ce service rendu. Ce travail est le tien.

- **A Dr MAMADOU TRAORE, Dr BOCARI KONE, Dr OUSMANE DOUCOURE, Dr SAMBA S COULIBALY, Dr MAMADOU KEITA, Dr DRAMANE FOMBA.**

Je vous remercie de votre gentillesse et pour votre disponibilité.

- **A NIERIBA KEITA**

Vous avez été pour moi un guide, une sœur, ce travail est le votre, merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité.

- **A tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune.**

Le moment est venu pour moi de vous signer ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez attachée à ma personne.

- **A tous mes collègues du service de gynécologie obstétrique du centre de santé référence commune II.**

L'occasion est bonne pour moi de vous réaffirmer toute mon affection en témoignage du temps passé dans la cordialité.

- **A Médecin chef et tout le personnel de centre de santé de référence de la commune II.**

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et qui a permis la réalisation de ce travail.

## **A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY.**

### **Professeur SALIF DIAKITE ;**

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie ;
- Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE.

Honorable maître

- C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations ;
- Nous avons bénéficié de votre enseignement de qualité au cours de notre parcours universitaire ;
- L'assiduité, ponctualité, la clarté, la simplicité et votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous ;
- Veuillez accepter ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude,
- Puisse ALLAH vous accorder santé et prospérité.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**- Docteur ISSA DIARRA**

- Gynécologue obstétricien à la maternité de Garnison de Kati ;
- Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;
- Médecin colonel de l'armée malienne ;
- Ancien directeur central des services de santé de l'armée du Mali ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;

Honorable maître

- C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury ;
- Vos multiples qualités pédagogiques, sociales et humaines font de vous un maître apprécié de tous
- Soyez assurer cher maître de notre sincère gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

- **Docteur NIANI MOUNKORO**

➤ Gynécologue obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire GABRIEL TOURE ;

➤ Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;

Honorable maître

- Nous avons été beaucoup impressionné par votre sens élevé du devoir, votre disponibilité et votre amour pour le travail bien fait,
- Vos qualités humaines et intellectuelles font de vous un homme de rang exceptionnel.
- Acceptez ici cher maître notre sincère remerciement.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

### **Professeur SY ASSITAN SOW**

- Professeur titulaire à la faculté de Médecine de Pharmacie d'Odontostomatologie ;
- Présidente de la société malienne de la gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;
- Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de commune II du district de Bamako ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Honorable maître,

- Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avait fait, en nous acceptant dans votre service avec enthousiasme ;
- Nous avons beaucoup appris auprès de vous et profite de vos conseils d'une mère tendre ;
- La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître ;
- Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.
- Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité à fin que les générations futures puissent bénéficier de votre savoir.

## DEFINITIONS OPERATIONNELLES

- **Primigeste** : une grossesse
- **Paucigeste** : 2 – 3 grossesses
- **Multigeste** : 4 – 5 grossesses
- **Grande multigeste** : 6 ou plus grossesses
- **Primipare** : 1 accouchement
- **Paucipare** : 2 – 3 accouchements
- **Multipare** : 4 – 5 accouchements
- **Grande multipare** : 6 ou plus accouchements
- **Bilan prénatal** :

Test d'Emmel, Examen Cytobactériologique des Urines, Recherche de sucre et d'albumine dans les urines, Sérologie BW, Sérologie Toxoplasmose, Sérologie HIV, groupage rhésus, glycémie, Créatinémie NFS, Echographie obstétricale.

- **BDCF normal** : entre 120 – 160 battements / minute.
- **BDCF anormal** : < 120 et > 160 battements / minute.
- **HTA** : pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmhg et ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg.
  
- **Rupture prématurée des membranes** : Si la rupture des membranes survient avant tout début du travail.
  
- **Rupture précoce de la poche des eaux** : Si la rupture de la poche des eaux survient avant dilatation complète.
- **Grossesse rapprochée** : si l'intervalle inter gènesique est inférieur à un an.
  
- **M.A.P.** : Menace d'accouchement prématuré.

- **Accouchement par voie basse** : regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.
  
- **Les infections néonatales** : retenues devant les syndromes infectieux de la mère d'une part et du nouveau-né d'autre part (hyperthermie aussi bien chez la mère que chez l'enfant ; la rupture prématurée des membranes ; le liquide amniotique fétide)
  
- **Mort-né** :  
On entend par mort-né, tout nouveau-né n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance. Pour distinguer un avortement d'une naissance, il faut définir le seuil de maturité. Selon la réglementation française, on retient les naissances survenues au moins 180 jours après la conception (instruction générale relative à l'état civil). En revanche, l'organisation mondiale de la santé recommande de prendre tous les fœtus d'au moins 500 g à la naissance, ou si le poids est inconnu, d'au moins 22 SA ou ayant une taille d'au moins 25 cm à la naissance. La limite inférieure varie maintenant selon les pays de 22 semaines à 28 semaines. La Norvège va jusqu'à 16 semaines (Mugford).
  
- **La grossesse ou gestation** est la période qui va de la fécondation de l'œuf à l'accouchement. Elle dure en moyenne 266 à 270 jours.
  
- **L'accouchement** est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).
  
- **Grossesse à risque** est une grossesse dans laquelle le fœtus et / ou la mère court un risque accru de mortalité ou de morbidité, soit avant, soit pendant, soit après la naissance.



- **La Consultation Périnatale (CPN) :** Ensemble des actes qui permettent de : maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse (qui dure 266 à 270 jours), dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu.
  
- **Facteurs de risque :** « c'est l'ensemble des caractéristiques ou circonstances attachées à une personne ou à un groupe de personnes et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'exposition spéciale à un tel processus ».
  
- **Grossesse non suivie :** Il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation périnatale.

# **INTRODUCTION**

Par définition, était considéré comme prématuré, tout enfant né avec un poids inférieur à 2500 grammes et une taille inférieure à 47 cm. De ce fait, on excluait de la prématurité les gros bébés immatures, notamment, les enfants de mères diabétiques et on y incluait les enfants matures, mais présentant un retard de croissance intra utérine en fonction de l'âge gestationnel, et qui représentent une variation de 25 à 30% environ des nouveau-nés de petits poids de naissance [12].

L'accouchement prématuré est une naissance qui survient à partir du sixième mois de la grossesse et avant huit mois et demi, soit entre 28 et 37 semaines révolues d'aménorrhée (SA) [31]. La fréquence d'accouchement prématuré est élevée, variable suivant le lieu et l'époque.

Dans les pays industrialisés, la limite inférieure de maturité et de poids de naissance compatibles avec la survie ne cesse d'être repoussée actuellement. Cette limite est de 22 semaines d'aménorrhée ; ce qui correspond à peu près à 500 g [32].

On distingue actuellement deux groupes de prématurité [19]

- La moyenne prématurité : concerne les enfants nés entre 32 à 37 semaines d'aménorrhée (à 7 mois ou 7 mois 1/2)
- La grande prématurité concerne les enfants de moins de 32 SA dont la morbidité et la mortalité restent relativement élevées.

L'appréciation de l'âge gestationnel implique, que soient connus avec le maximum de précision :

- La durée de la gestation ;
- La date des dernières règles ;
- L'aspect morphologique du nouveau-né et les données mensuratrices (poids, taille et périmètre crânien) qui sont des données sujettes à caution.

La pathologie néonatale reste un problème de santé préoccupant, surtout dans les pays en voie de développement où la mortalité néonatale représente le tiers des décès des services de pédiatrie [12].

La plupart de ces décès ne sont pas recensés et surtout sont invisibles sauf pour les familles qui en font le deuil.

Parmi les causes majeures de cette mortalité néonatale figure la prématurité avec 80%.

Au Mali, les statistiques nationales ont montré pour la population globale, une fréquence de 4,1% de naissances de petits poids [11].

Une étude réalisée par Moyo Laure NADEYE [34], dans le service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré, a enregistré parmi les causes de mortalité néonatale 42,90% de prématurité avec une létalité de 55,5 % .

Au Mali l'accouchement prématuré reste encore fréquent, et peu d'études récentes ont été réalisées concernant les facteurs de risque associés à la prématurité ; d'où l'intérêt de notre étude dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.

# **OBJECTIF**

## **1- OBJECTIF GENERAL**

Etudier l'accouchement prématuré dans le service de gynéco obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako.

## **2-OBJECIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement prématuré.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des cas et des témoins.
- Identifier les facteurs de risque de l'accouchement prématuré.
- Décrire les aspects cliniques de l'accouchement prématuré.
- Evaluer le pronostic fœtal de l'accouchement prématuré.

# **GENERALITES**

## **1- DEFINITION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE**

L'accouchement prématuré est toute naissance survenant entre la 28<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée révolue soit inférieur à 259 jours d'aménorrhée depuis le premier jour des règles.

## **2- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT**

### **2 -1- Définition**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 7 mois ( 28 SA) . Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, celle de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale et par les contractions utérines du travail qui pousse le fœtus vers le dehors.

### **2 -2- Evolution de l'accouchement**

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- La deuxième à la sortie du fœtus ;
- La troisième à la sortie des annexes (placenta, membranes) ou délivrance.

Ces trois périodes portent le nom de travail.

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

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

#### **❖ Etude physiologique de la contraction utérine**

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

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

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

-Phénomènes électriques : l'électrohystérographie se propose d'étudier l'activité du muscle utérin chez la femme en travail qu'il ne faut pas confondre avec les potentiels d'action de la cellule musculaire isolée.

#### **-Caractères cliniques de la contraction**

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

#### **-Régulation de l'activité utérine**

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

#### **-Caractéristiques cliniques de la contraction utérine**

**Le début du travail** : est en général franc. Il est parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare. L'écoulement par la vulve de glaire épaisse et brunâtre, parfois sanguinolente, traduisant la perte du bouchon muqueux lorsqu'il existe, signe prémonitoire du travail.

#### **- Les contractions utérines du travail :**

Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Elles sont involontaires, intermittentes, rythmées et irrégulières séparées par un intervalle de durée variable d'abord long au début de travail

(15 à 20 min) puis de plus en plus court (2-3 min) à la fin de la période de dilatation.

Elles sont progressives dans leur durée qui est de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation, elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse. Elles sont douloureuses, la douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Pendant les contractions, les bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

#### **-Maturation du col :**

Quelques jours avant le début du travail au cours d'une phase préparatoire se produit la maturation du col qui lui permettra de se dilater, liée au changement de la structure du tissu conjonctif cervical. Cette maturation entraîne une modification des propriétés mécaniques du col qui se laisse distendre sous l'effet des contractions.

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

#### **-Effets de la contraction**

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

#### **Effet sur l'utérus**

##### **L'ouverture de l'utérus**

- **La formation et l'ampliation du segment inférieur** : l'effacement et la dilatation du col, l'ampliation du formix sont des étapes successives d'un phénomène dont la contraction utérine est la cause principale. Mais la poche des eaux et la présentation ont cependant un rôle mécanique. L'effacement

et la dilatation se réalisent même en l'absence d'une présentation appuyant sur le col comme dans la présentation de l'épaule.

Sur le plan clinique

Le toucher vaginal permet de connaître les modifications du col utérin et le pôle inférieur de l'œuf.

#### **- Effacement**

Le degré d'effacement se mesure en centimètre du col restant à la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1cm de diamètre, à bord mince et régulier.

#### **- Dilatation**

La dilatation du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm ; dimension de la dilatation complète.

La marche de la dilatation n'est pas régulière : plus lente au début qu'à la fin. La dilatation comprend deux phases :

- La première phase ou phase de latence ou phase de dilatation lente correspond à une dilatation de 1 à 4 cm,
- La deuxième phase ou phase de dilatation rapide ou la phase active, va de 4 à 10 cm.

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

#### **Effets sur le pôle inférieur de l'œuf**

Les progrès de la dilatation laissent découvrir une partie de plus en plus grande du pôle membraneux à son point déclive. Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée, la poche des eaux est lisse au toucher.

#### **Effet sur le mobile fœtal**



La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. L'ensemble de cette progression porte le nom de phénomène mécanique de l'accouchement. La présentation procède à chaque étage à une accommodation successive qui s'opère par orientation et par amoindrissement. La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

**- L'engagement**

C'est le franchissement du détroit supérieur. Une présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre franchit l'air du détroit supérieur.

Pour le diagnostic clinique, au toucher vaginal lorsque la présentation est engagée, deux doigts introduits sous la symphyse et dirigés vers la deuxième pièce sacrée sont arrêtés par la présentation (signe de Demelin).

Pour Faraboeuf la tête est engagée lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigts dans le vagin, entre le plan coccy-sacré et la partie déclive de la présentation.

Les anglo-saxons utilisent comme repère le signe qui joint les épines sciatiques (niveau 0).

**- La descente et la rotation**

La présentation doit faire une rotation intra-pelvienne de façon à pouvoir amener son plus grand axe à coïncider avec celui du détroit inférieur, le sous pubo-coccygien. La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

**-Le dégagement**

C'est le franchissement du détroit inférieur. Il faut que la dilatation soit complète, la présentation descendue et orientée et que les membranes soient rompues.

**2-2-2- Période d'expulsion : deuxième période du travail**

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases :

- la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation.

- la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

La contraction s'accompagne du besoin de pousser, qui ne devra être effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée. Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule, le périnée postérieur se tend, l'orifice anal devient béant. La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande circonférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

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

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

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase.

Cliniquement elle comprend trois phases :

- Phase de rémission clinique : c'est la sensation de bien-être qui remplace la période de contraction, l'utérus rétracté devient dur et régulier au palper.
- Phase de migration du placenta : réapparition des contractions utérines en général indolores, le décollement placentaire se traduit :
  - .par le déroulement du cordon hors de la vulve ;
  - .par le fait que si la main appliquée à plat au dessus du pubis refoule de bas en haut le corps de l'utérus, le cordon ne remonte pas dans le vagin, il remonterait si le placenta était encore adhérent.
- Phase d'expulsion : l'expulsion du placenta et de ses membranes peut être spontanée sous l'effort d'une poussée abdominale.

### **3- ACCOUCHEMENT PREMATURE**

#### **3-1- Définition**

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

Dans les pays développés l'accouchement prématuré est tout accouchement survenant entre la 22<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> SA.

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

La prématurité est classée en :

- très grande prématurité : inférieur à 28 SA
- grande prématurité : l'âge gestationnel est entre 28 à 32 SA
- prématurité : l'âge gestationnel est entre 32 et 37 SA
- la prévention de l'accouchement prématuré est au premier rang des préoccupations de l'obstétrique, tant est aléatoire l'avenir des prématurés. Leur mortalité représente 65% de la mortalité périnatale globale.

#### **3-2- Etiologie**

Les étiologies de l'accouchement prématuré sont multiples, mais près de 40% des accouchements prématurés ne connaissent pas d'étiologie précise et entrent dans le cadre des accouchements prématurés idiopathiques.

Parmi les causes retrouvées, les infections occupent le premier rang.

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

##### **3-2-1- Facteurs favorisants :**

- Antécédent d'accouchement prématuré ;
- Rupture prématurée des membranes ;
- Fausses couches tardives (interruption volontaire de la grossesse ou curetage) ;
- Primiparité,
- Age maternel inférieur à 20 ans et supérieur à 35 ans,
- Statut socio-économique défavorable,
- Activité physique débordante,

- Grossesses multiples : (triplets ; gémellaires) ;
- La morphologie de la mère (taille < 1,50) ;
- Cardiopathie ;
- Les infections maternelles ;
- Diabète ;
- Syndromes vasculo-renaux ;
- Hydramnios ;
- Placenta praevia ;
- Anémie ;
- Insuffisance de surveillance médicale de la grossesse ;

**Tableau I : Facteurs de risque de prématurité (selon P SAGOT, P LOPES)**

<b>* Risque 30%</b>		
-grossesse multiple : triplet		90%
gémellaire		40%
-antécédent 2 FCS 2 <sup>ème</sup> trimestre, 2 prématurés		30%
<b>*Risque 10-15%</b>		
-antécédent = 1FCS 2 <sup>ème</sup> trimestre 1prématuré :		13%
-béance + ATCD obstétrical		15%
- DES+cols < 1 cm		
-milieux défavorisés :		13%
Score professionnel 3		10%
Professions à risque		8%
-maturation cervicale dès le 6 <sup>ème</sup> mois		15%
-pathologies obstétricales		
métrorragie 2 <sup>ème</sup> – 3 <sup>ème</sup> trimestre		15%
infection aigue		
dysgravidie		
malformation foétale		
<b>*Risque 5-10</b>		
-nullipare		6%
-age < 20 > 36 ans                      taille < 1,50 m		
-consultation spécialisée < 2, à 6 mois		7%
-bactériurie		

### 3-2-2- Causes Gynéco Obstétricales

- Causes ovulaires : on entend par causes ovulaires tout ce qui dépend du fœtus et des annexes : placenta (l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur) ; membranes ; liquide amniotique.

o **Causes fœtales :**

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

- . Les grossesses multiples (jumeaux ; triplets)
- . Certaines malformations fœtales notamment par l'intermédiaire d'hydramnios (atrésie de l'œsophage ; atrésie duodénale ; atrésie des tubes rénaux).

o **Causes liées aux membranes et au liquide amniotique.**

- Rupture prématurée des membranes.

Est une des plus fréquentes causes d'accouchement prématuré quand elle survient avant le travail (formation de la poche des eaux).

Lorsqu'elle survient avant 37 SA est un facteur de risque majeur d'accouchement prématuré notamment d'origine infectieuse. La disparition de la barrière membranaire favorise l'infection ascendante à partir des germes cervico-vaginaux ; et la survenue d'une chorioamniotite.

Le diagnostic est évoqué devant un écoulement de liquide clair. Il peut être confirmé par un simple examen au spéculum relevant un écoulement de liquide provenant de l'orifice cervical ;

Dans cas le diagnostic peut être étayé par un test pH calorimétrique (le PH vaginal normal est acide, il devient alcalin en cas de rupture des membranes) ou par un test à la diamine oxydase (D.A.O).

- **Chorioamniotite :**

Est une infection ovulaire (infection du liquide amniotique) ; elle survient le plus souvent après une rupture prématurée des membranes. Elle se traduit par l'existence d'au moins deux des signes suivants :

- Fièvre supérieur à 37,8°C ;
- Tachycardie fœtale supérieure à 160 battements par minute.
- Présence de contraction.
- Modifications du liquide (qui devient malodorant rarement purulent).

- **Hydramnios :**

C'est l'existence d'une quantité excessive de liquide amniotique la surdimension utérine qu'il provoque entraîne des contractions utérines et accouchement prématuré. Il s'agit en fait d'un déséquilibre entre les deux (2) circulations placentaires. Le diagnostic peut être évoqué devant une hauteur utérine excessive et doit être confirmé par une échographique.

La radiographie est contre-indiquée à cause des irradiations (Anencéphalie...)

Les causes d'hydramnios peuvent être :

- Maternelles (diabète gestationnel ou permanent) ; infectieuses (parvovirus B19) ;
  - Foetales (malformations)
- Parfois l'hydramnios peut être idiopathique.

○ **Causes placentaires**

L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, compliquée ou non d'hémorragie d'ouverture de l'œuf provoque souvent l'accouchement prématuré. Le diagnostic est échographique ; l'hématome retro-placentaire est responsable également d'accouchement prématuré qu'il s'agisse de maladie hypertensive ou de lésion rénale indépendante de la grossesse.

➤ Causes utérines

○ **Béances cervico-isthmiques :**

C'est l'incompétence du col qui s'ouvre précocement au cours de la grossesse. Elle est caractérisée par des antécédents évocateurs associés à un examen clinique qui permet d'en faire le diagnostic. Elle est de trois (3) types :

- Congénitale (souvent associée à une malformation utérine) ;
- Traumatique (après dilatation à la bougie ou après chirurgie cervicale, amputation du col) ;
- Fonctionnelle (révélée par « l'épreuve de la grossesse »).

○ **Malformation utérine**

Elle peut être congénitale (hypoplasie utérine ; utérus cloisonnés ; unicornes ; (Pseudo unicornes ; bicornes) ou acquise : l'exposition in-utéro au Diéthyl stilboestrol : Distibène (DES) syndrome.

Toute les gestantes traitées en 1975 par le DES ; les filles de ces femmes traitées au DES peuvent présenter à des degrés divers des malformations utérines (hypoplasie utérus en T) ; cervicales (adénome vaginal, adénocarcinome vaginal)

**3-2-3-Causes génitales**

**- INFECTIONS**

Parmi les infections, celles qui intéressent l'arbre urinaire (pyélonéphrites aiguës, subaiguës chroniques, ou larvées) méritent une mention spéciale.

La voie de contamination est amniotique ou transplacentaire. Un Examen cytobactériologique des urines (E.C.B.U) et éventuellement une numération des corps microbiens par ml pour la recherche de la bactérie en cause sont nécessaires.

- les infections de la sphère génitale augmentent le risque d'accouchement prématuré. Elles sont responsables d'une réaction inflammatoire qui peut induire des contractions et des modifications du col utérin. les germes les plus fréquemment en cause sont :
  - streptocoque bêta hémolytique ;
  - Escherichia Coli ;
  - les bacilles gram négatif ;
- la vaginose bactérienne n'est pas une vaginite c'est un déséquilibre de la flore vaginale normale avec disparition de la flore de Doderlein (lactobacilles ; producteurs d'acide lactique), elle est la conséquence d'une alcalinisation du pH vaginal (supérieur à 5,5) et favorise la prolifération de germe plus souvent anaérobies : Gardénerella vaginal , pepto - streptocoques , mobilucums , bactéroïdes flagilis , area - plasma (n'est associée à la prématurité que lorsqu'on le met en évidence dans le liquide amniotique « L A » Chorioamniotite ;
- Chorioamniotite (voir causes utérines) ;



- les autres infections sont :

- cystite ;
- infection virale (en particulier l'hépatite) ;
- infection parasitaire (le paludisme) ;

En fin toute hyperpyrexie peut entraîner un accouchement prématuré.

❖ Pathologie au cours de la grossesse

\_ Les syndromes vasculo- rénaux dans toutes leurs variétés qu'il s'agisse de toxémie compliquée ou non, d'éclampsie ou d'hématome rétro placentaire (H R P) sont souvent causes d'accouchement prématuré

\_ le Diabète lorsqu' il s'accompagne d'hydramnios est une cause qui favorise la prématurité.

\_ Les cardiopathies quelques soient leurs origines (valvulaires ; congénitales ...) elles sont associées à un risque accru de prématurité.

Toutes les maladies chroniques prédisposent à l'accouchement prématuré par leur retentissement maternel et /ou foetal (néphropathies ; hepatopathies ; hypertension artérielle « H T A »

### **3.2.4 Causes socio- économiques**

La prématurité est plus fréquente dans les milieux défavorisés ; interviennent les mauvaises conditions de logement, l'absence de confort et en particulier d'ascenseur pour les femmes habitants à des étages élevés. Interviennent aussi l'obligation de travaux pénibles professionnels ou ménagers surtout quand ils doivent être associés et quand la famille est nombreuse , les longs trajets du domicile au lieu de travail dans l'inconfort et les secousses des transports ; on a prouvé aussi le rôle défavorable du célibataire et de l'abandon , les longs voyages en voiture, l'abus du tabac (plus 20 cigarettes / jour entre 24 - 34 )

### **3.2.5 Anomalies morphologiques et physiologiques générales**

Accouchent souvent de façon prématuré, les femmes de petite taille (inférieur à 1,5m), les femmes maigres moins de 45 kg ou celles dont le poids n'augmente pas au cours de la grossesse.

Cette morphologie de la mère ne semble plus intervenir comme facteur de risque « »

### **3.2.6 Antécédents obstétricaux :**

Les accouchements prématurés antérieurs, les grossesses à intervalle inter génésique inférieur à 1an favorisent la prématurité.

Une place de plus en plus importante est accordée aux interruptions volontaires de grossesse ( I V G ) ayant pour conséquences les accouchements prématurés. Mais de nombreuses causes nous échappent encore en particulier d'éventuelles causes foetales.

Aujourd'hui encore 40% des accouchements prématurés restent inexpliqués.

### **3.2.7 Prématurité induite :**

Il s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par décision médicale devant la situation obstétricale peut parfois engagée le pronostic maternel ou foetal (hémorragie ; rupture prématuré des membranes « R P M ») obligeant à une extraction foetale prématurée.

L'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont :

- Les retards de croissances intra – utérins (R C I U) ;
- L'hypertension artérielle (H T A) gravidique, la prééclampsie ;
- Les hémorragies (hématome rétro placentaire ; placenta préavia). ces décisions d'extractions prématurées ne sont prises avant 32 S A, que dans moins de 20 % des cas.

Un coefficient de risque d'accouchement prématuré (C R A P) a été établi par PAPIERNIK qui évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

Plusieurs facteurs sont retenus, classés suivant leur importance et classés en série.

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

- ✓ Si le C R A P est inférieur à 5, il n'y a pas de danger de prématurité ;
- ✓ Si le C R A P est compris entre 5 et 10 le risque est potentiel ;
- ✓ Si le C R A P est supérieur à 10 le risque est certain.

**TABLEAU II** : Coefficient de risque d'accouchement prématuré de Papiernik

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

### **3.3 Menaces d'accouchement prématuré :**

#### **3.3.1 Signes fonctionnels :**

La menace d'accouchement prématuré se caractérise par une activité contractile douloureuse de prématuré est un tableau clinique survenant avant la 37<sup>ème</sup> S A avec l'utérus d'au moins de deux (2) contractions toute les dix (10) minutes pendant une (1) heure associée pour la majorité des auteurs à une modification du col, qui aboutirait unilatéralement à l'accouchement prématuré à l'absence de traitement approprié. Il faut différencier les contractions utérines de la menace des contractions utérines physiologiques de Braxton - Hicks. Les contractions de Braxton - Hicks sont des contractions survenant entre le 3<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois voir au delà, perçues comme un durcissement de ventre, peu ou pas douloureuse, n'aboutissant à aucune modification du col.

Les circonstances d'apparition des contractions physiologiques sont :

- Les changements de positions ;
- Les trajets en voiture ;
- L'exonération intestinale ;
- Les mouvements fœtaux (plus fréquents avec un gros fœtus) ;
- L'effleurement de la paroi abdominale, leur nombre est supérieur à dix (10) par jour ;

Ces contractions surviennent même au repos. Elles ne nécessitent pas de traitement tocolytique ; elles ne cèdent pas avec un traitement tocolytique.

#### **3 3 2 Examen Physique :**

Le diagnostic de menace est souvent difficile à poser ; le palper abdominal peut percevoir des contractions utérines. Le toucher vaginal est l'examen clé, permettant de percevoir les modifications du col utérin dans le temps. Les différents points sont notés : présentation, position, consistance, dilatation et hauteur de la présentation du fœtus. Le traitement n'est plus efficace quand la dilatation dépasse 3 (trois) à 4 (quatre) Cm.

Au cours d'une grossesse normale, le col reste long, postérieur, tonique, fermé et la présentation céphalique. Le col se raccourcit, se ramollit,

s'ouvre et devient plus centré. Parallèlement, la présentation descend et le segment inférieur de l'utérus devient souple. Il est souhaitable d'enregistrer l'activité utérine et le rythme cardiaque fœtal pour avoir d'une part une preuve du bon état fœtal qui autorise la mise en route du traitement.

A partir des symptômes et des données de l'examen, la gravité de la menace peut être appréciée et chiffré pour en suivre l'évolution et faire une étude comparative.

Un indice de menace d'accouchement prématuré (I M A P) a été proposé (Baumgarten).

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

Au dessus de 6 (six), elle est sévère la tocolyse est inutile, voire dangereuse pour la mère.

**TABLEAU III:** Indice de menace d'accouchement prématuré selon Baumgartner

Points	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulière	régulière		
Membranes	intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragie	0	Métrorragie peu important	hémorragie		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm ou plus

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

### **Examens complémentaires**

- Examens à visée diagnostique
- La tocographie permet d'apprécier la fréquence des contractions utérines à l'aide d'un capteur mécanique placé sur l'abdomen de la patiente.
- Echographie du col peut permettre de pallier la subjectivité de l'examen clinique en mesurant directement la longueur du col cervical. un col de longueur normale (à titre indicatif supérieur à 30mm) est associé à un risque très faible d'accouchement prématuré.
- Examens à visée étiologique :
  - ❖ Bilan infectieux ;
    - E.C.B.U systématiques ;
- Prélèvement vaginal.
  - Repos : en cas de menace d'accouchement prématuré

### **Traitement**

❖ Traitement Curatif ; sévère, terme précoce, col très modifié. Le repos est débuté en hospitalisation ;

En cas de menace modérée, le repos peut être institué à domicile, parfois avec des mesures de surveillance par une sage femme, en cas d'échec une hospitalisation est indispensable.

❖ Traitement de la cause :

✓ Les tocolytiques : « les plus puissants », efficaces en mono thérapie, agissent sur ces trois (3) facteurs (la contractilité des fibres musculaires utérines ; la synchronisation de ces contractions élémentaires ; la maturation du col) mais ils ont des effets secondaires sur la mère ou l'enfant.

Leur utilisation doit être précédée d'un bilan préthérapeutique ; d'autres molécules d'utilisation plus simple ayant moins d'effets secondaires et semblant aussi efficaces, sont en cours de développement (les inhibiteurs calciques et les antiocytocines)

- les Bêta mimétiques

Contres indications; absolues

- Cardiopathie maternelle (valvulopathie, trouble du rythme, cardiopathie)
- Chorioamniotite,
- Hématome rétro-placentaire ;
- Hyperthyroïdie ;

.....Relatives :

- Diabète (gestationnel ou non), mal équilibré
- Métrorragie sévère d'origine indéterminée ;
- Hypertension artérielle (H T A)
- Pré éclampsie sévère

✚ Effets secondaires : tachycardie ; tremblement ; dyspnée ; polypnée.

✚ Complications : accidents hypokaliémique, hypocalcémique, ou hyperglycémique ; oedème aigu du poumon aggravé par la corticothérapie ; troubles du rythme cardiaque ; décès maternel.

- bilan préthérapeutique : interrogatoire (+ + +)

Auscultation cardiaque (+ + +) électrocardiogramme, ionogramme sanguin, glycémie pour certaines.

✚ Mode d'administration, posologie : le traitement est débuté par voie intraveineuse (IV), type salbutamol

✚ (salbutamol ® fort 5mg / 5ml) 5ampoules dans 500ml de sérum physiologique. Débuté par une perfusion contrôlée à 25ml/Heure pendant 1 heure.

Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions, ne doit être limité qu'au minimum efficace. On vérifiera la bonne tolérance hémodynamique du salbutamol. Le relais est généralement assuré par voie orale (4 à 6 comprimés / jour) ou en suppositoire.

- inhibiteur calcique :

Les inhibiteurs des canaux calciques ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses : vasculaires et utérines, leur utilisation comme tocolytiques fait appel :



- nifédipine (adalate<sup>®</sup>) 20L P 1 comprimé 2 à 3 fois / jour .

L'efficacité semble au moins comparable à celle des bêtas mimétiques.

✚ Effets secondaires : céphalées ; veinite.

\_ Antiocytocine

Comme antiocytocine fait appel :

- Atosiban (Tractocile<sup>®</sup>) antagoniste compétitif de l'ocytocine spécifique des récepteurs utérins, il inhibe l'action des ocytocines. comme posologie 300ug (minute en perfusion I v pendant 3 heures).

✚ Effet secondaire : céphalées ; vomissements ; hyperglycémie ; tremblements [48].

### **MESURES VISANT À AMELIORER LE PRONOSTIC NEONATAL EN CAS DE MENNACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE.**

❖ Corticoïde : maturation pulmonaire fœtale.

En cas d'accouchement prématuré les principales complications néonatales sont respiratoires (maladie des membranes hyalines [M M H]) neurologiques (hémorragie intra ventriculaire), administration des corticoïdes passant la barrière placentaire (bétaméthasone ou dexaméthasone) à la dose de 12 mg par voie intra musculaire (I M) deux fois à 24h d'intervalle principalement en cas d'accouchement prématuré avant 34 S A.

Les contres indications des corticoïdes sont rares : ulcère ; gastroduodenal évolutif ; chorioamniotite clinique. La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre indication absolue.

### **3- 3- 6 PREVENTION**

La prévention repose sur le dépistage systématique des facteurs de risques. Le dépistage doit être fait dès le premier examen prénatal par l'interrogatoire sur les antécédents de la patiente et par l'examen clinique.

Le dépistage précoce des contractions utérines, la persistance des contractions utérines de plus de 35 secondes impose l'hospitalisation chez les femmes avec des facteurs de risque d'accouchement prématuré.

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

- ✓ Antécédent d'accouchement prématuré ;
- ✓ Antécédent de rupture prématuré des membranes ;
- ✓ Antécédent de fausses couches tardives ;
- ✓ Mal formation utérine ;
- ✓ Exposition in- utero ou distilbene connu (voir facteurs de risques) ;
- ✓ Signes de modifications cervico - isthmiques :
  - Une longueur cervicale inférieure à 1 (un) cm ;
  - Une ouverture de l'orifice interne supérieure à 1 cm ;
  - Une présentation située à hauteur ou en dessous des épines sciatiques,
  - Un segment inférieur amplifié et par la présence de contraction utérine douloureuse durant plus de 35 secondes.

Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas :

- ✓ Modification des contractions de travail si possible ;
- ✓ Arrêt de travail précoce ;
- ✓ Cerclage du col utérin en cas de béance.

### **3-4- Accouchement prématuré**

L'accouchement prématuré étant la conséquence :

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

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

#### **3-4-1- L'accouchement prématuré spontané :**

Il peut faire suite à une menace plus ou moins longue qui n'a pu être maîtrisée par le traitement ou se faire d'emblée sans qu'on ait eu le temps de l'instaurer.

- ✚ Le travail a certaines particularités ; la rupture prématurée des membranes est fréquente ; elle est souvent le mode de début de

travail. Le fœtus qui se présente souvent par le siège n'ayant pas encore accompli sa maturation. L'accommodation de la présentation, trop petite est médiocre. L'effet des contractions utérines, même normale peut être dangereux pour le fœtus prématuré d'où la nécessité de le surveiller.

Au cours de l'expulsion, le dégagement se fait souvent en position irrégulière, en occipito-sacrée et même en oblique. La présentation peut faire face à un obstacle dangereux pour le fœtus fragile qui est exposé aux lésions cérébro-méningées et à l'hypoxie. Souvent sous la poussée d'une tête trop petite et mal orientée, il cède brusquement à des déchirures périnéales.

✚ La conduite à tenir doit prendre en compte ces particularités.

Le souci de l'obstétricien est de permettre une naissance le moins traumatique possible. La surveillance du rythme cardiaque fœtal (BDCF) doit être particulièrement attentive. Des antibiotiques seront administrés en cas de membranes rompues pour prévenir l'infection amniotique à laquelle le prématuré est particulièrement sensible. L'accouchement par voie basse est accepté si les conditions sont favorables. Pour éviter la lutte contre l'obstacle périnéal on est souvent amené, surtout chez la primipare à faire une épisiotomie large pour accélérer l'expulsion.

### **3-4-2- l'accouchement prématuré provoqué :**

La décision de faire naître prématurément un enfant est justifiée lorsque le fœtus est menacé dans son existence ou dans son avenir ou lorsqu'il existe une pathologie maternelle grave nécessitant l'interruption de la grossesse.

Une concertation préalable entre l'obstétricien, le pédiatre et l'anesthésiste est indispensable de même que l'information éclairée des parents et leur accompagnement psychologique. Le taux des enfants extraits par décision médicale, prématurément voire très prématurément est en augmentation du fait des progrès de la réanimation néonatale et de l'amélioration des conditions de survie des prématurés face aux risques de mortalité in utero de pathologie gravidique.

Les indications sont avant tout fœtales : souffrance fœtale chronique en cours d'aggravation avec ou sans retard de croissance. Les éléments de

décision repose sur le rythme fœtal cardiaque, la vitalité, le comportement du fœtus. Elles peuvent être également maternelles : syndrome vasculo-renale, l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, état infectieux, cardiopathie. Indication est souvent mixte materno-foetale.

Accueil du nouveau né prématuré doit être prévu et préparé.

Une équipe de réanimation sera présente pour assurer les soins des prématurés, ainsi qu'un pédiatre néonatal pour les cas à haut risque. Les soins sont essentiels pour assurer le pronostic du prématuré tant immédiat que lointain.

### **3-4-3- Aspect clinique du prématuré :**

Le prématuré est un petit enfant bien proportionné, au visage menu et gracieux. Il est recouvert de vernix caseosa. Sa peau est fine et erythrosique, parfois rouge vif. Elle est douce et de consistance gélatineuse. Il existe parfois un œdème au niveau des extrémités. Le lanugo plus ou moins important recouvre ses épaules et son dos. L'absence de relief et la mollesse du pavillon de l'oreille de même que l'absence de striation plantaire, la petite taille des mamellons et l'aspect des organes génitaux externes (OGE), sont des critères importants de la prématurité. Ils sont à comparer au critère de maturation neurologique (tonus passif, des mouvements spontanés les reliefs archaïques et les réflexes oculaires)

### **3-5- Complications de la prématurité :**

Elles sont pour l'essentiel liées à l'immaturité de certains organes de l'enfant né prématurément quelque soit la cause de la naissance prématurée. Les complications sont essentiellement : respiratoires, digestives ; neurologiques ; hépatiques ; hématologique ; cardiaque ; rénale ; immunologique. Mais il est plus important de reconnaître les complications respiratoires vasculaires, et neurologiques du point de vue santé publique.

- Complications respiratoires :

Essentiellement la maladie de la membrane hyaline (MMH)

- Complications digestives :

En situation de risque (grande prématurité) elles doivent être dépistées systématiquement par un examen complémentaire (abdomen sans préparation) :

- ✚ entérocolite ulcéronécrosante
- ✚ Difficulté d'alimentation
- Complication hépatique
- ✚ Ictère par immaturité de la glycurono-conjugaison
- Complication Hématologique :
  - ✚ Anémie
- Complication rénale
  - ✚ Tubulopathie avec trouble de la concentration rénale.
- Complication neurologique :
  - ✚ Hémorragie intra ventriculaire survenant chez 1/3 des prématurés pesant < (moins) 1500 grs ; dont le pronostic varie en fonction de l'importance de l'hémorragie.
  - ✚ Ischémie peri-ventriculaire.
  - ✚ La leucomalacie péri ventriculaire est une lésion séquellaire fréquente pouvant se traduire par l'apparition d'une atteinte motrice pure, avec syndrome pyramidal sans atteinte cognitive. L'examen clé est l'échographie transfontanelle (ETF).
- ✚ Complication immunologique
  - Risque d'hypoglycémie ;
  - ✚ sensibilité aux infections.
- Les autres complications
  - ✚ Hypothermie (température<35°C)
  - ✚ Risque d'hypocalcémie.
  - ✚ Myopie ;
  - ✚ Strabisme ;
  - ✚ Rétinopathie.

# **METHODOLOGIE**

## **1- CADRE D'ETUDE**

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II du District de Bamako.

## **2- TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude cas témoin.

Nous avons choisi un cas pour deux témoins.

## **3-PEROIDE D'ETUDE :**

L'étude s'est déroulée sur douze (12) mois allant de janvier à décembre 2007.

## **4-POPULATION D'ETUDE :**

Les gestantes admises pour l'accouchement avant terme au Centre de Santé de Référence de la Commune II pendant la période d'étude.

L'étude a porté sur cent vingt cinq (125) cas et deux cent cinquante (250) témoins soit un rapport d'un cas pour deux témoins.

## **5-ECHANTILLONAGE :**

### **5.1- Critères d'inclusion :**

- Les cas : toute gestantes ayant accouché à un terme compris entre vingt huit (28) semaines d'aménorrhée et trente sept(37) semaines d'aménorrhée dans notre service.

- Les témoins : Ont été considérés comme témoins les gestantes ayant accouché à terme (>37 semaines d'aménorrhée), à la même période juste après cas.

## **5.2- critères de non inclusion :**

- N'étaient pas incluses dans le groupe des cas, les femmes ayant accouché avant vingt huit (28) semaines d'aménorrhée et après trente sept semaines(37) d'aménorrhée.
- Les gestantes ayant accouché hors du service.

## **6-SUPPORT DES DONNEES :**

Le recueil des données est fait à l'aide des questionnaires individuels (fiche d'enquête) à partir :

- des dossiers obstétricaux
- du Registre d'accouchement
- des partogrammes.

## **7.- VARIABLES ETUDIEES :**

### **Identification de la femme**

- Age
- Profession
- Niveau d'instruction
- Statut Matrimonial
- Ethnie
- Résidence
- Mode et Motif d'admission

### **Antécédents :**

- Antécédents médicaux
- Antécédents obstétricaux (gestité, parité, Intervalle inter génésique) et chirurgicaux
- Antécédents gynécologiques

**Surveillance de la grossesse :**

- Nombre de consultations prénatales
- Auteurs des consultations prénatales
- Age gestationnel

**Examen clinique :**

- Examen physique,
- Etat du foetus

**La Saisie Et L'analyse Des Données**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel épi info 6.04 dfr. Le traitement de texte a été réalisé sur micro soft Word 2007. Le test Khi deux et l'odds ratio a été utilisés pour comparer nos résultats. Le seuil de signification a été considéré avec une valeur  $P < 0,05$ .



# RESULTATS

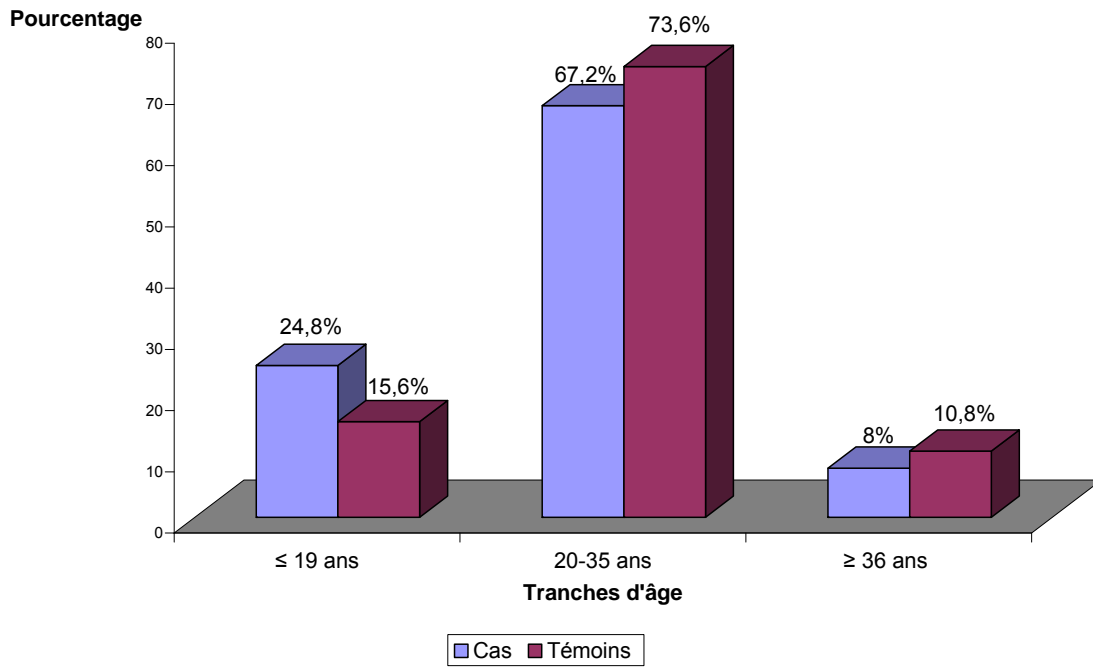
## 1- Fréquence :

Sur 3580 accouchements survenus en 12 mois, nous avons enregistré 125 accouchements prématurés soit une fréquence de 3,5%, au CSREF CII de janvier à décembre 2007.

## 2- Caractéristiques socio-démographiques

### 2-1- L'âge

Figure I : Répartition des patientes selon l'âge



≤ 19 ans	<b>p=0,031</b>	<b>OR=1,78 [1,01-3,13]</b>
20-35 ans	p=0,195	OR=0,73 [0,45-1,21]
≥36 ans	p=0,391	OR=0,72 [0,30-1,60]

La tranche d'âge inférieur ou égal à 19 ans est plus fréquente chez les cas (24,8%) que chez les témoins (15,6%)

**p=0,031**

## 2-2- Statut matrimonial

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

Statut matrimonial	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Mariée	100	80	199	79,6
Célibataire	25	20	51	20,4
Total	125	100	250	100

$p=0,927$

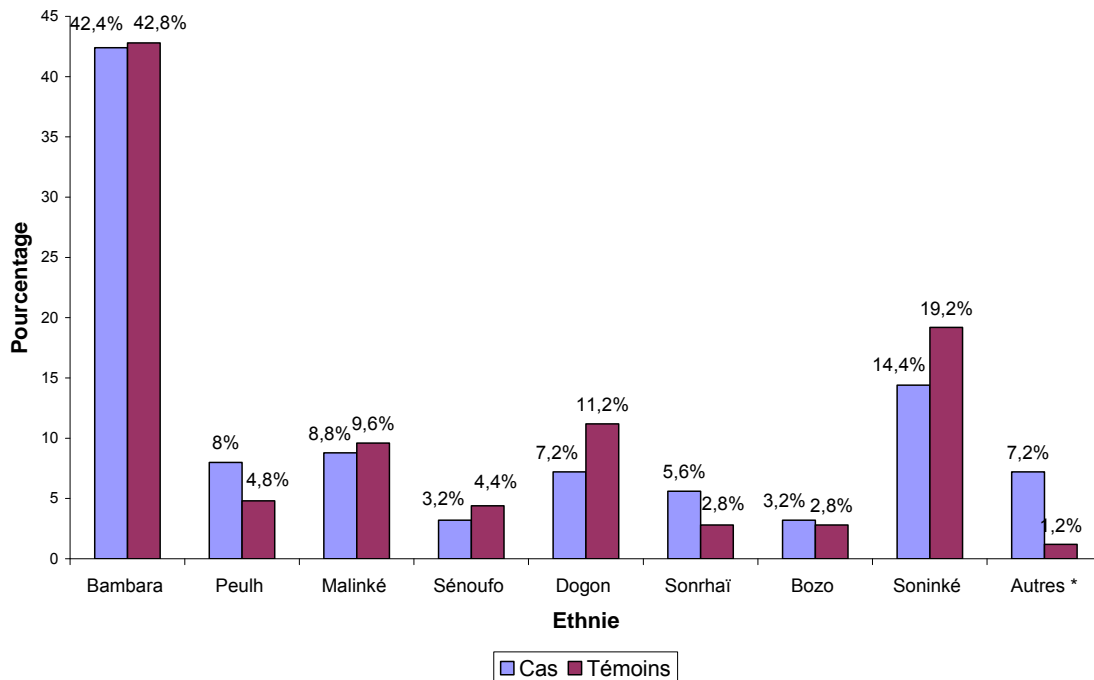
$OR=1,03 [0,58-1,83]$

Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne la répartition selon le statut matrimonial

$p=0,927$

## 2-3- Ethnie

**Figure II :** Répartition des patientes selon l'ethnie



Cas = bobo=1 ; maure=1 ; minianka=1 ; samoko=2 ; haoussa=1 ; ouolof=1 ; mossi=1 ; djoula=1

Témoins= Mossi=1, ouolof=1, Haoussa=1

Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne la répartition selon l'ethnie.

## 2-4- Profession

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

Profession	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Ménagère	73	58,2	155	62,4	0,453	0,85[0,53-1,34]
<b>Vendeuse</b>	<b>11</b>	<b>8,8</b>	<b>7</b>	<b>2,8</b>	<b>0,010</b>	<b>3,35[1,15-10,44]</b>
Fonctionnaire	4	3,2	19	7,6	0,094	0,40[0,10-1,25]
Elève/Etudiante	14	11,2	33	13,2	0,30	0,83[0,39-1,67]
<b>Aide ménagère</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>8,8</b>	<b>0,010</b>	<b>2,70[1,14-6,54]</b>
Autres *	8	6,4	13	5,2	-	
Total	125	100	250	100		

\*= coiffeuse=2 ; teinturière= 3 ; couturière=3

La fréquence des aides ménagères suivie des vendeuses sont les plus élevées dans le groupe des cas respectivement 12% et 8,8% que celui des témoins 8,8% et 2,8% (p=0,010)

**Tableau III :** Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Non scolarisée	65	52	168	67,2	0,064	0,53[0,33-0,84]
<b>Primaire</b>	<b>43</b>	<b>34,4</b>	<b>54</b>	<b>21,6</b>	<b>0,008</b>	<b>1,90[1,14-3,17]</b>
Secondaire	15	12	22	8,8	0,327	1,41[0,65-2,98]
Supérieur	2	1,6	6	2,4	0,467	0,66[0,06-3,77]
Total	125	100	250	100		

Les patientes de niveau d'instruction primaire étaient plus nombreuses dans le groupe des cas que celui des témoins.

p=0,008

## 2-5- Profession du conjoint

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Cas		Témoins		<i>p</i>	OR-IC
	n	%	n	%		
Commerçant	29	23,2	94	37,6	0,005	0,5[0,30-0,83]
Fonctionnaire	18	14,4	39	15,6	0,760	0,91[0,47-1,72]
Ouvrier	32	25,6	46	18,4	0,105	1,53[0,88-2,62]
<b>Chauffeur</b>	<b>14</b>	<b>11,2</b>	<b>8</b>	<b>3,2</b>	<b>0,0018</b>	<b>3,82[1,44-10,78]</b>
Élève/Étudiant	10	8,0	26	10,4	0,457	0,75[0,31-1,67]
Pêcheur	3	2,4	0	0		
<b>Cultivateur</b>	<b>9</b>	<b>7,2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0,015</b>	<b>3,80[1,11-14,72]</b>
Mécanicien	6	4,8	14	5,5	0,745	0,85[0,26-2,43]
Autres *	4	3,2	18	7,2		
Total	125	100	250	100		

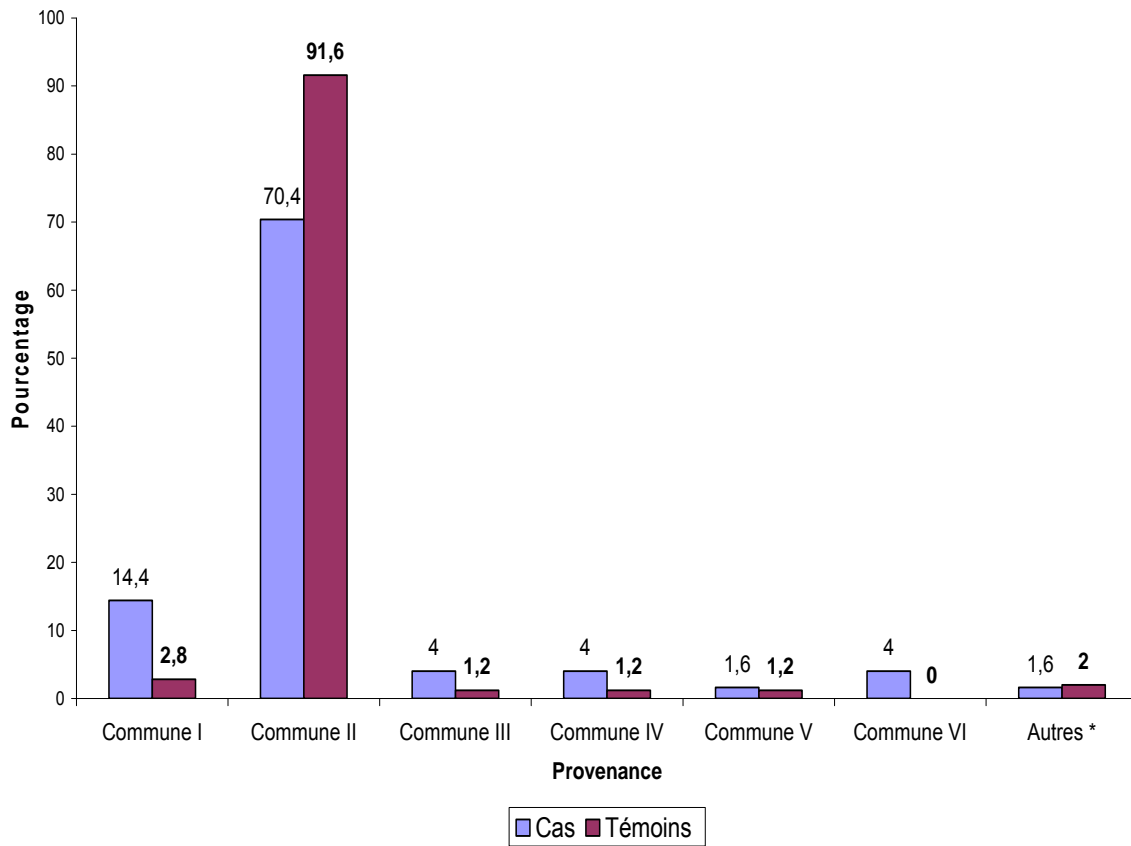
\*= sans profession=2 ; gardien=2

Il ya plus de conjoint chauffeur pour les cas (11,2%) que pour les témoins (3,2%)

P=0,0018

## 2-6 Résidence

**Figure III :** Répartition des patientes selon la résidence



\*= Kati

### 3- Admission

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

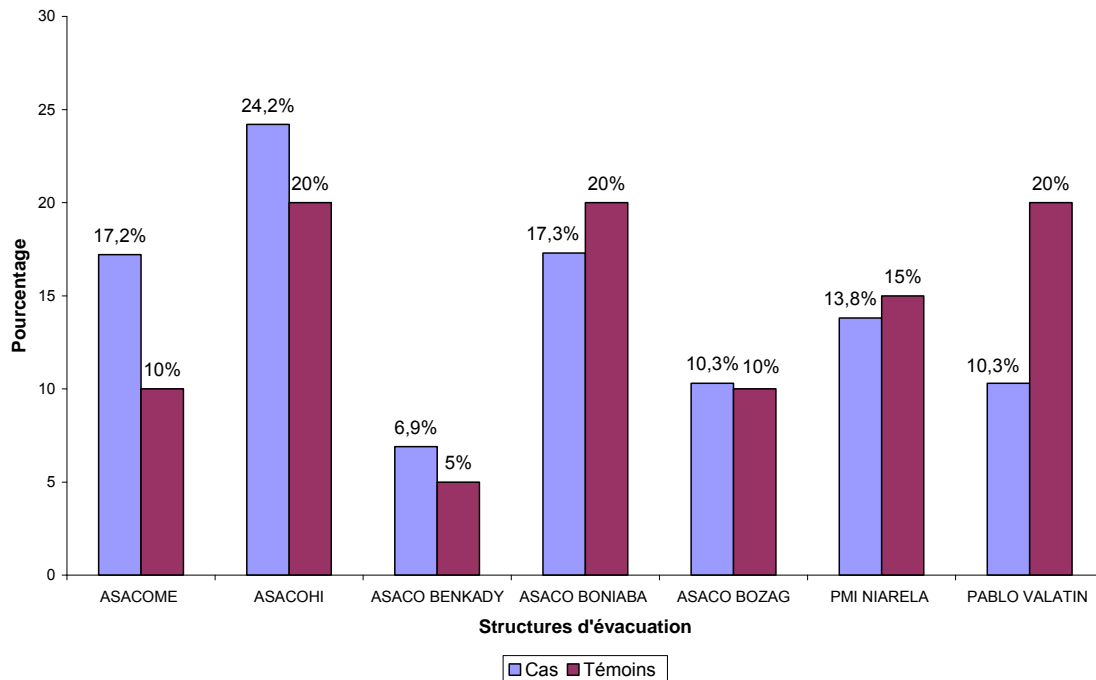
Mode d'admission	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Venue d'elle même	96	76,8	195	78
Evacué	29	23,2	55	22
Total	125	100	250	100

**$p=0,830$**

**$OR=0,93 [0,47-1,83]$**

Les cas et les témoins sont comparables selon la répartition en fonction du mode d'admission ( $p=0,830$ )

**Figure IV :** Répartition des patientes selon les structures d'évacuation



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

Motif d'admission	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Contraction utérine	92	73,6	228	91,2	0,0000	0,27[0,14-0,51]
<b>Rupture prématurée des membranes</b>	<b>9</b>	<b>7,2</b>	<b>6</b>	<b>2,4</b>	<b>0,025</b>	<b>3,16[0,97-11,00]</b>
Hémorragie	7	5,6	9	3,6	0,360	1,59[0,49-4,92]
<b>HTA</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,003</b>	<b>5,3[1,50-23,74]</b>
HRP	1	0,8	0	0		-
PP	1	0,8	3	1,2		-
Pré éclampsie	1	0,8	0	0		-
<b>MAP</b>	<b>4</b>	<b>3,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,010</b>	-
Total	125	100	250	100		

Les mères des prématurés sont plus admises pour l'HTA ; RPM et MAP respectivement 8% ; 7,2% et 3,2% que celles des témoins avec 1,6 % ; 2,4 % et 0 %.

#### 4- Antécédents gynéco obstétricaux

##### 4-1- Gestité

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon la Gestité

Gestité	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Primigeste	36	28,8	78	31,2	0,630	0,88[0,54-1,46]
<b>Paucigeste</b>	<b>49</b>	<b>39,2</b>	<b>39</b>	<b>15,6</b>	<b>0,00000</b>	<b>3,49[2,06-5,90]</b>
					<b>04</b>	
Multigeste	25	20	88	35,2	0,002	0,46[0,26-0,78]
Grande						
Multigeste	15	12	45	18	0,120	1,76[0,79-5,84]
Total	125	100	250	100		

Les paucigestes sont significativement plus retrouvées dans les cas (39,2%) que celles des témoins (15,6%).

**P=0,000004**

##### 4-2- Parité

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Primipare	37	29,6	64	25,6	0,410	1,22 [0,73-2,02]
Paucipare	51	40,8	91	36,4	0,400	1,26[0,76-1,91]
Multipare	25	20	84	33,6	0,106	0,49[0,28-0,84]
<b>Grande multipare</b>	<b>12</b>	<b>9,6</b>	<b>11</b>	<b>4,4</b>	<b>0,040</b>	<b>2,31[0,90-5,95]</b>
Total	125	100	250	100		

Les Grandes Multipares sont significativement retrouvées dans les cas que dans les témoins

**P=0,04**



#### 4-3- Médicaux

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>		<b>p</b>	<b>OR-IC</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Infection urinaire</b>	<b>37</b>	<b>29,6</b>	<b>19</b>	<b>7,6</b>	<b>10-7</b>	<b>5,11[0,88-2,92]</b>
<b>Infection cervico-vaginale</b>	<b>21</b>	<b>16,8</b>	<b>12</b>	<b>4,8</b>	<b>0,0001</b>	<b>4,00[1,80-9,25]</b>
HTA	11	8,8	17	6,8	0,4800	1,32[0,55-3,11]
<b>Paludisme</b>	<b>9</b>	<b>7,2</b>	<b>3</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0030</b>	<b>6,39[1,55-37,16]</b>
VIH	6	4,8	8	3,2	-	-
Hyperthyroïdie	1	0,5	0	0	-	-
Aucun	40	32	191	76,4	-	-
Total	125	100	250	100		

Les infections urinaires ; cervico vaginale et le paludisme étaient plus retrouvés chez les cas respectivement (29,6%, 16,8% et 7,2%) que chez les témoins.

#### 4-4- Obstétricaux et chirurgicaux

**Tableau X** : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
obstétricaux						
chirurgicaux						
<b>Accouchement prématuré (2fois)</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4,8</b>	<b>0,0000</b>	<b>4,96[2,28-11,23]</b>
Avortement spontané (2-3 fois)	16	12,8	34	13,6	0,82	0,93[0,46-1,83]
IVG (1 fois)	2	1,6	3	1,2	0,53	1,34[0,11-11,81]
Césarienne (1fois)	7	5,6	21	8,4	0,33	0,65[0,23-1,64]
Aucun	75	60	180	72	-	-
Total	125	100	250	100		

L'antécédent d'accouchement prématuré était plus retrouvé chez les cas (20%) que chez les témoins (4,8%)

**P=0,000003**

#### 5- CPN

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN effectué

Nombre de CPN	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
0	28	22,4	80	32	0,050	1,61[0,36-1,03]
1-3	56	44,8	118	47,2	0,660	0,91[0,58-1,43]
<b>≥ 4</b>	<b>41</b>	<b>32,8</b>	<b>52</b>	<b>20,8</b>	<b>0,010</b>	<b>1,86[1,11-3,09]</b>
Total	125	100	250	100		

Les patientes qui ont effectué une CPN supérieure ou égale à 4 sont nombreuses dans le groupe des cas que celle des témoins (**p=0,010**)

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteur CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
<b>Sage-femme</b>	<b>93</b>	<b>95,9%</b>	<b>131</b>	<b>77,1</b>
<b>Médecin</b>	<b>4</b>	<b>4,1%</b>	<b>39</b>	<b>22,9</b>
Total	97	100	170	100

**P=0,00005**

OR=6,92 [2,36-27,43]

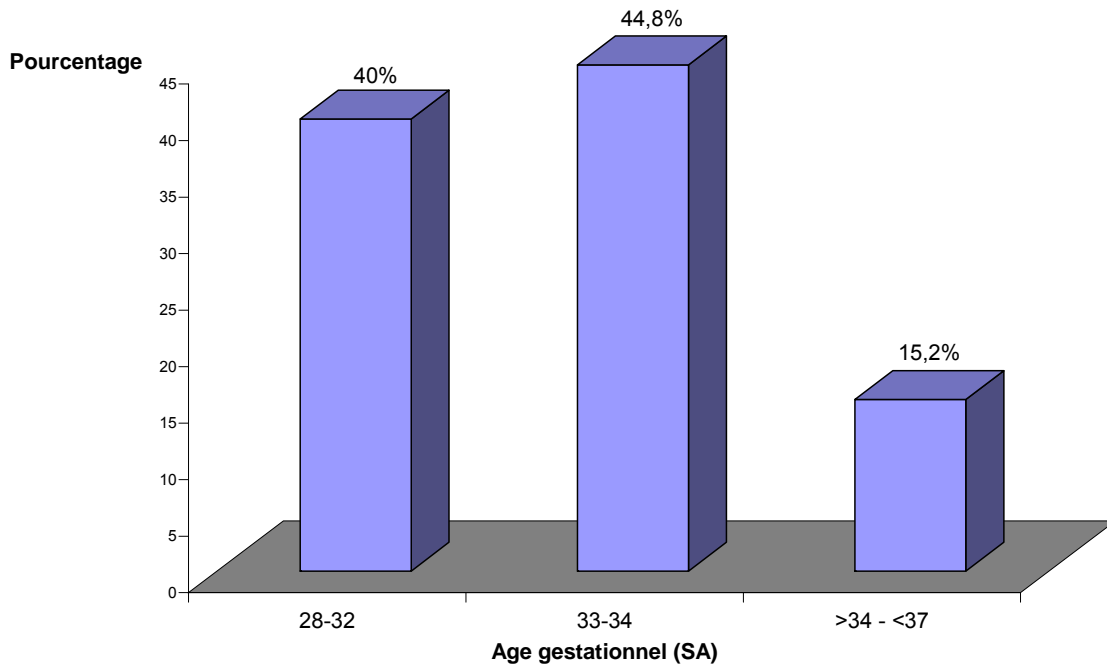
**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon l'IIG en mois

IIG (mois)	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<b>≤12</b>	<b>26</b>	<b>20,8</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>0,010</b>	<b>1,61[0,88-2,92]</b>
13-24	48	38,2	89	35,6	0,590	1,13[0,70-1,80]
≥25	17	13,6	51	20,4	0,090	0,61[0,32-1,15]
Néant	34	27,2	75	60	-	-
Total	125	100	250	250		

La fréquence des grossesses rapprochées était significativement élevée chez les cas (20,8%) que chez les témoins (14%).

**P=0,010**

**Figure V** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel



Dans 40% des cas, l'âge gestationnel était compris entre 28 – 32 SA

### 6- Examen à l'entrée

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon leur taille (cm)

Taille (cm)	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
≤ 150 cm	9	7,2	13	5,2
>150 cm	116	92,8	237	94,8
Total	125	100	250	100

**$p=0,437$**

**$OR=1,41 [0,52-3,69]$**

Les deux groupes sont comparables selon la répartition en fonction de leur taille

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon le poids (kg)

poids (kg)	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
≤ 45 kg	<b>4</b>	<b>3,2</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
> 45 kg	121	96,8	249	99,6
Total	125	100	250	100

**p=0,044**

OR=8,23 [0,80-406,95]

Le poids inférieur ou égal à 45 kg est plus retrouvé chez les cas (3,2%) que chez les témoins (0,4%).

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon la température corporelle à l'admission

Température (°C)	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
≤37,5	96	76,8	198	79,2	0,590	0,87[0,51-1,52]
<b>37,6-37,9</b>	<b>21</b>	<b>16,8</b>	<b>23</b>	<b>9,2</b>	<b>0,031</b>	<b>1,99[1,00-3,95]</b>
≥ 38	8	6,4	29	11,6	0,110	0,52[0,20-1,22]
Total	25	100	250	100		

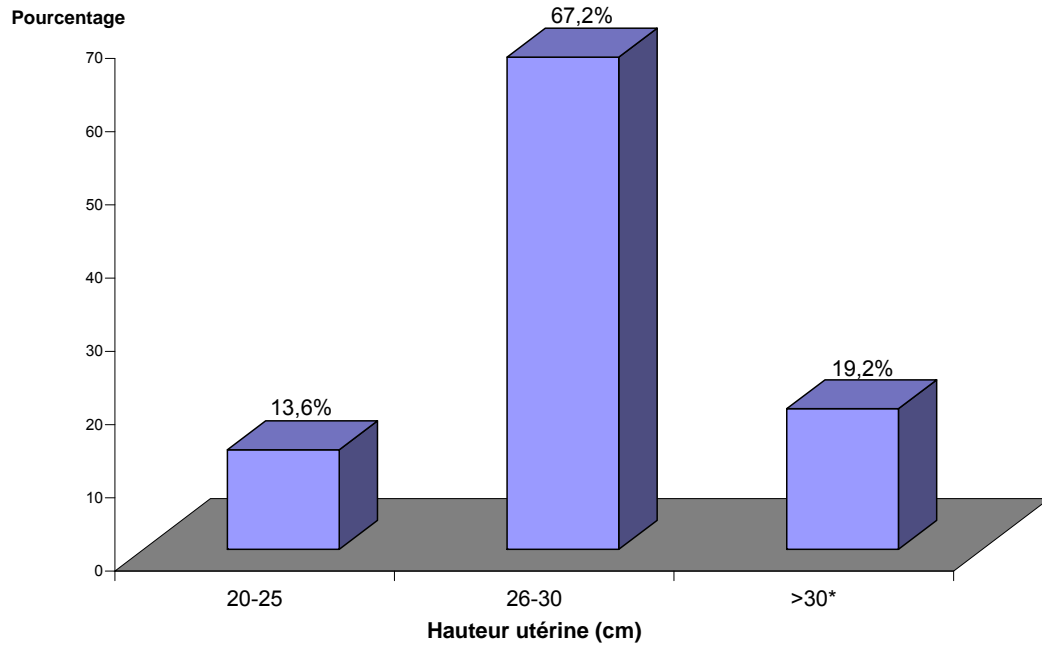
**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon les valeurs des chiffres tensionnels à l'admission

Chiffres tensionnels (cmHg)	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
<14/09	100	80	213	85,2
≥ 14/09	25	20	37	14,8
Total	125	100	250	100

**P=0,201**

OR=0,69 [0,38-1,28]

**Figure VI:** Répartition des patientes selon la hauteur utérine



\* Gémellaire ; Triple.

**Tableau XVIII :** Répartition des patientes selon la présence des BDCF

BDCF	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Présent	105	84	246	98,4
<b>Absent</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
Total	125	100	250	100

**$P=0,0000001$**

$OR=0,09 [0,02-6,27]$

A l'admission l'absence de BDCF a été plus retrouvée chez les cas (16%) que chez les témoins (1,6%).

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

Fréquence BDCF	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<b>0</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>P=0,000000</b>	<b>OR=0,09 [0,02-6,27]</b>
<120	4	3,2	49	19,6	0,0001	0,14[0,04-0,39]
120-160	99	79,2	194	77,6	0,7200	0,101[0,63-1,94]
>160	2	1,6	3	1,2	0,7500	1,34[0,11-11,84]
Total	125	100	250	100		

A l'admission la fréquence de mort fœtale in utero était plus élevée chez les cas que chez les témoins.

**P=0,0000001**

**Tableau XX** : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

Présentation	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Céphalique	110	88	220	88
Siège	14	11,2	27	10,8
Transverse	1	0,8	3	1,2
Total	125	100	250	100

**p=1,0**

**OR=1 [0,50-2,09]**

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

Etat des membranes	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Rompues	37	29,6	64	25,6
Intactes	88	70,4	186	74,4
Total	125	100	250	100

**P=0,410**

**OR=1,22 [0,73-2,02]**

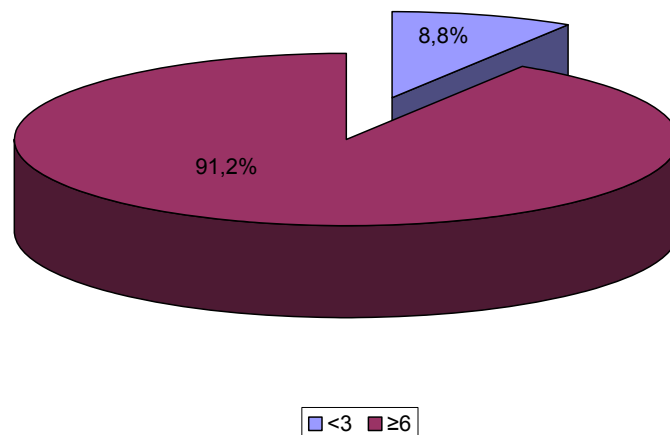
**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon l'état du liquide amniotique

Liquide amniotique	Cas		Témoins		P	OR-IC
	n	%	n	%		
Clair	82	65,6	190	76	0,0330	0,60[0,30-0,99]
<b>Teinté</b>	<b>29</b>	<b>23,2</b>	<b>23</b>	<b>9,2</b>	<b>0,0002</b>	<b>2,98[1,57-5,68]</b>
Méconial	2	1,6	21	8,4	-	-
Hématique	12	9,6	16	6,4	0,2660	1,55[0,65-3,63]
Total	125	100	250	100		

Le liquide teinté est plus retrouvé chez les cas (23,2%) que chez les témoins (9,2%).

**P=0,0002**

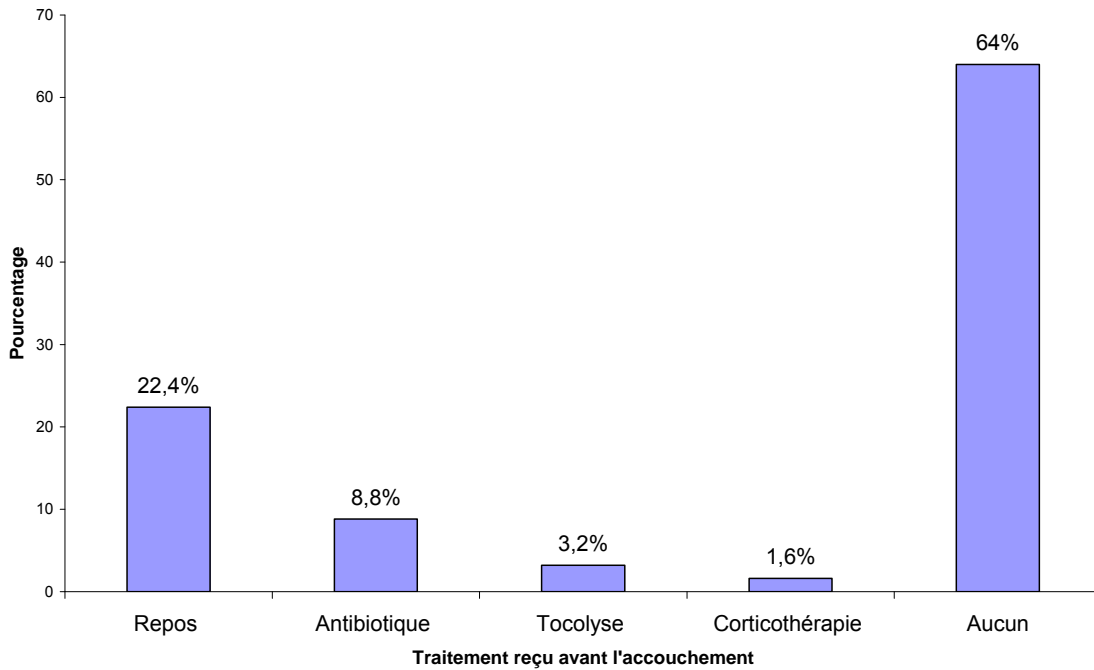
**Figure VII** : Répartition des patientes selon le score de Baumgarten



Le score de Baumgarten était supérieur ou égal à 6 dans la majorité des cas



**Figure VIII :** Répartition des patientes selon le traitement reçu avant l'accouchement



## 7- Accouchement

**Tableau XXIII:** Répartition des patientes selon la Phase du travail à l'admission

Phase à l'admission	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Phase de latence	28	22,4	43	17,2
Phase active	97	77,6	207	82,8
Total	125	100	250	100

**$p=0,22$**

**$OR=1,39 [0,78-2,44]$**

**Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	n	%	N	%
Voie basse	107	85,6	206	82,4
Césarienne	18	14,4	44	17,6
Total	125	100	250	100

**$p=0,431$**

**$OR=1,27 [0,68-2,45]$**

Les cas et les témoins sont comparables selon la répartition en fonction de la voie d'accouchement.

**Tableau XXV :** Répartition des patientes selon la durée de Travail (heure)

Durée de travail (Heure)	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
≤ 12	98	78,4	178	71,2
≥ 12	27	21,6	72	28,8
Total	125	100	250	100

**$p=0,608$**

**$OR=1,32 [0,43-4,83]$**

**Tableau XXVI :** Répartition des patientes selon le nombre de fœtus

Nombre de fœtus	Cas		Témoins	
	n	%	N	%
Monofœtale	114	91,2	247	98,8
<b>Gémellaire</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1,2</b>
<b>Triplé</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Total	125	100	250	100

**$p=0,0005$**

**$OR=0,13 [0,02-0,49]$**

La fréquence des grossesses multiples était plus élevée chez les cas que chez les témoins.

### 8- Caractéristiques des nouveaux-nés

**Tableau XXVII** : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la première minute

Score d'Apgar	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	N	%		
<b>0</b>	<b>24</b>	<b>17,6</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>10<sup>-7</sup></b>	<b>14,6[4,8-58,9]</b>
< 7	17	12,6	35	13,9	0,7000	0,89[0,45-1,71]
≥ 7	95	69,8	213	84,5	0,0006	0,42[0,25-0,72]
Total	136	100	252	100		

Nous avons noté 17,6% de mort né chez les cas contre 1,6% chez les témoins.

**P=0,0000007**

**Tableau XXVIII** : Répartition des nouveaux-nés selon le score d'Apgar à la cinquième minute

Score d'Apgar	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<b>0</b>	<b>28</b>	<b>20,6</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>10<sup>-7</sup></b>	<b>16,07[5,40-64,14]</b>
< 7	17	12,5	32	12,7	0,95510	0,98[0,49-1,91]
≥ 7	91	66,9	216	85,7	0,00001	0,34[0,20-0,57]
Total	136	100	252	100		

**Tableau XIX**: Répartition des nouveaux-nés selon leur sexe

Sexe	Cas	
	n	%

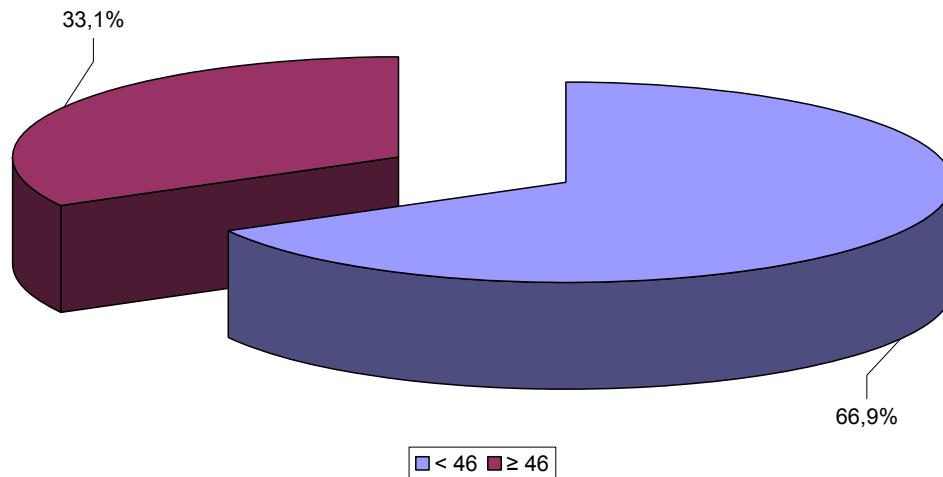
Masculin	58	42,6
<b>Féminin</b>	<b>78</b>	<b>57,4</b>
Total	136	100

**Le sexe ratio F/M = 1,3**

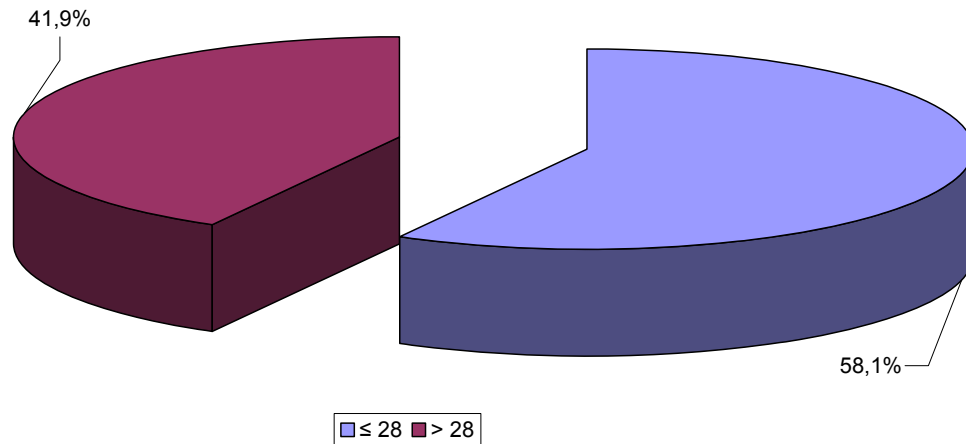
**Tableau XXX** : Répartition des nouveaux-nés selon leur poids à la naissance

Poids (gr)	Cas	
	n	%
<1500	24	17,6
1500-2000	50	36,8
<b>2000&lt;P&lt; 2500</b>	<b>62</b>	<b>45,6</b>
Total	136	100

**Figure IX**: Répartition des nouveaux-nés selon leur taille à la naissance



**Figure X:** Répartition des nouveaux-nés selon le périmètre crânien



**Tableau XXXI:** Répartition des nouveaux-nés selon leur devenir

Devenir nouveaux-nés	Cas		Témoins		p	OR-IC
	N	%	n	%		
Vivant	111	81,6	247	98	$10^{-7}$	0,09[0,03-0,25]
<b>Décédé</b>	<b>5</b>	<b>3,7</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,019</b>	<b>9,96[1,09-472,9]</b>
<b>Mort-né</b>	<b>20</b>	<b>14,7</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,00000</b>	<b>10,69[3,45643,71]</b>
Total	136	100	252	100		

Nous avons noté 3,7% de nouveau né décédé chez les cas contre 0,4% chez les témoins.

**P=0,019**

**Tableau XXXII** : Répartition des nouveaux-nés en fonction de la référence

Nouveau-né référé	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
<b>Oui</b>	<b>105</b>	<b>77,2</b>	<b>16</b>	<b>6,3</b>
Non	31	22,8	236	93,7
Total	136	100	252	100

**P=10-7**                      **OR=49,96 [25,16- 101,19]**

La fréquence des nouveaux nés référés était plus élevée chez les cas (77,2%) que chez les témoins (6,3%).

**Tableau XXXIII** : Répartition des nouveaux-nés selon le motif de référence

Motif de référence	Cas n=105		Témoins n=16		p	OR-IC
	N	%	n	%		
<b>Petit poids de naissance</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0000000</b>	
<b>SFA</b>	<b>9</b>	<b>8,6</b>	<b>11</b>	<b>68,8</b>	<b>0,000004</b>	<b>0,04[0,01-0,18]</b>
Malformation	3	2,9	1	0,3	0,43	0,44[0,03-24,69]
Anémie	1	0,9	0	0		
<b>Hypotrophie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,00[0,00-0,20]</b>

**Tableau XXXIV** : Répartition du devenir des nouveaux-nés en fonction du nombre de CPN

<b>Devenir</b>	<b>Vivant</b>	<b>Décédé</b>	<b>Mort-né</b>	<b>Test statistique</b>
<b>CPN</b>				
0	21 (19,9%)	1 (20%)	7 (35%)	p=0,27
1-3	52 (46,8%)	2 (40%)	7 (35%)	p=0,37
≥ 4	38 (34,3%)	2 (40%)	6 (30%)	p=0,89
Total	111 (100%)	5 (100%)	20 (100%)	

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le nombre de CPN et le devenir des nouveau-nés.

**Tableau XXXV** : Répartition du poids de naissance en fonction du score d'Apgar

<b>Score d'Apgar</b>	0	<7	≥7	<b>Test statistique</b>
<b>Poids (gr)</b>				
<b>&lt;1500</b>	<b>8</b> <b>(32%)</b>	<b>4</b> <b>(50%)</b>	<b>12</b> <b>(11,6%)</b>	<b>p=0,002</b>
1500-2000	12 (48%)	0	38 (36,9%)	p=0,04
2000<P< 2500	5 (20%)	4 (50%)	53 (51,5%)	p=0,01
Total	25	8	103	

Il existe une relation statistiquement significative entre Apgar morbide et le poids de naissance inférieur à 1500 grammes.

**Tableau XXXVI** : Répartition du poids de naissance en fonction de l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	28-32	33-34	>34-<37	Test statistique
Poids (gr)				
<b>&lt;1500</b>	<b>19</b> <b>(35,9%)</b>	<b>4</b> <b>(6,6%)</b>	<b>1</b> <b>(4,5%)</b>	<b>p=0,0004</b>
1500-2000	18 (33,9%)	24 (39,3%)	8 (36,4%)	p=0,83
2000 < P < 2500	16 (30,2)	33 (54,1%)	13 (59,1%)	p=0,01
Total	53	61	22	

Il existe une relation statistiquement significative pour le poids de naissance inférieur à 1500 grammes et l'âge gestationnel compris entre 28-32 SA.

**Tableau XXXVII** : Répartition de l'état du nouveau né en fonction du poids de naissance

Devenir	Vivant	Décédé	Mort-né	Test statistique
Poids de naissance (gr)				
<b>&lt;1500</b>	16 (14,4%)	1 (20%)	<b>7</b> <b>(35%)</b>	<b>p=0,024</b>
1500-2000	36 (32,4%)	3 (60%)	9 (45%)	p=0,278
2000<P< 2500	59 (53,2%)	1 (20%)	4 (20%)	p=0,011
Total	111	5	20	

Il existe une relation statistiquement significative entre la fréquence de mort fœtale in utero et le poids de naissance inférieur à 1500 grammes.



**Tableau XXXVIII :** Répartition de la voie d'accouchement selon le devenir

Devenir	Vivant	Décédé	Mort-né
Voie accouchement			
Voie basse	97 (87,4%)	5 (100%)	16 (80%)
Césarienne	14 12,6%	0	4 (20%°
Total	111	5	20

$\chi^2=1,60$

$p=0,44$

Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre la voie d'accouchement et l'état du nouveau né.

**Tableau XXXIX :** Répartition selon le type de présentation en fonction de l'état du nouveau-né

Devenir	Vivant	Décédé	Mort-né
Présentation			
Céphalique	98 (88,3%)	3 (60%)	15 (75%)
Siège	11 (9,9%)	2 (40%)	5 (25%)
Transversale	2 (1,8%)	0	0
Total	111	5	20

$\chi^2=5,03$

$p=0,08$

Il n'existe pas une relation statistiquement significative selon le type de présentation et l'état du nouveau né.

**Tableau XL** : Répartition selon la présence de pathologie au cours de la grossesse et l'état du nouveau-né

Devenir	Vivant	Décédé	Mort-né
Pathologie retrouvée			
<b>Oui</b>	<b>39</b> <b>(35,1%)</b>	<b>1</b> <b>(20%)</b>	<b>13</b> <b>(65%)</b>
Non	72 (64,9%)	4 (80%)	7 (35%)
Total	111	5	20
<b><math>\chi^2=7,14</math></b>	<b>p=0,028</b>	<b>ddl=2</b>	

Il existe une relation statistiquement significative selon la pathologie au cours de la grossesse et l'état du nouveau né.

# COMMENTAIRE DISCUSSION

## 1 FREQUENCE

Au terme de notre étude, la fréquence de l'accouchement prématuré a été de 3,5 %. Notre fréquence est proche de celle de TRAORE F avec [49] 3,3% ; inférieure à celles de KONATE O [24] avec 4,3 % ; GARBA [18] avec 4,4 % et TERZIBAHCIAN [47] avec 4,5 % en France. Elle est cinq fois inférieure à celles de DIAWARA [12] avec 22,2%.

## 2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

### 2-1- AGES

Près de 67,2% des patientes avaient un âge compris entre 20-35ans avec une moyenne d'âge de 25 ans. Les âges extrêmes sont 16 et 43 ans. Les adolescentes représentaient 24,8% des cas et 15,6% chez les témoins. Il y a donc une relation statistiquement significative entre l'adolescence et l'accouchement prématuré ( $p=0,031$ ).

TRAORE F [49] a trouvé 29,4 %, SANOGO T [45] a enregistré 22,3 %.

Le niveau socio-économique et l'insuffisance d'éducation sexuelle de notre pays pourraient expliquer cette situation.

### 2- PROFESSION

La plupart des patientes était des aides-ménagères avec un taux de 12 % chez les cas et 8,8 % chez les témoins ( $p= 0,01$ ) ; suivies des vendeuses avec un taux de 8,8 % chez les cas et 2,8 % chez les témoins ( $p= 0,01$ ). Il y a donc une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les aides-ménagères et les vendeuses sont les plus exposées. On peut incriminer les activités physiques débordantes et le bas niveau socio-économique de ces patientes

### 3-2- STATUT MATRIMONIAL

Près de 20 % des cas et 20,4 % des témoins sont des célibataires. Sans aucune différence statistiquement significative ( $p=0,927$ ). KONATE O [24] apporte un taux de 29,5 %. Par ailleurs l'étude de PRAZUCK et COLL [39]

ont identifié le célibat avec des grossesses non désirées comme facteur de risque de l'accouchement prématuré.

#### **2-4- NIVEAU D'INSTRUCTION**

Les patientes de niveau d'instruction primaire étaient plus représentées avec 34,4 % des cas et 21,6 % chez les témoins. La différence était statistiquement significative entre les deux groupes ( $p=0,008$ ).

L'insuffisance, ou l'absence de scolarisation constitue un problème majeur dans le suivi de la grossesse car elle influence la compréhension et le bon déroulement du suivi de la grossesse.

#### **2-5- RESIDENCE**

La majorité des patientes résidaient en Commune II dans le groupe des cas ainsi que les témoins avec des taux respectifs de 70,4 % et 91,6 %.

#### **2-6- ETHNIE**

La majorité des patientes étaient des bambaras dans le groupe des cas ainsi que les témoins avec des taux respectifs de 42,4 % et 42,8 %.

### **3- CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

#### **3-1- MOTIF DE CONSULTATION**

Le motif d'admission était dominé par la rupture prématurée des membranes (RPM) avec 7,2 %, l'hypertension artérielle (HTA) avec 8 % et la menace d'accouchement prématuré (MAP) avec 3,2 %. Les différences étaient statistiquement significatives par rapport aux témoins. Nos résultats nous révèlent que les patientes ne connaissaient pas tous les risques de l'accouchement prématuré.

#### **3-2-MODE D'ADMISSION**

Environ 76,8 % soit 96/125 des cas étaient venues d'elles mêmes au Centre de Santé de Référence de la Commune II contre 78 % des témoins pas de différence statistiquement significative. Cela pourrait s'expliquer par la situation géographique du Centre où l'accès est relativement facile.

### **3-3- SUIVI DE LA GROSSESSE**

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

Près de 32,8 % des patientes chez les cas ont bénéficié de quatre (4) consultations prénatales ou plus contre 20,8 % chez les témoins avec une différence statistiquement significative ( $p=0,010$ ).

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que l'accouchement prématuré peut survenir même en cas de surveillance prénatale correcte en nombre. Mais la consultation prénatale de bonne qualité permet d'identifier certains facteurs de risques évitables.

### **3-4- ANTECEDENTS**

#### **- LA GESTITE**

Les paucigestes ont été les plus fréquentes avec un taux de 39,2% chez les cas contre 15,6% chez les témoins, avec une différence statistiquement significative ( $p=0,0000004$ )

#### **- LA PARITE**

Les grandes multipares avec 9,6% chez les cas ont été les plus représentées, les témoins représentaient 4,4% avec une différence statistiquement significative ( $p=0,04$ )

### **3-7- AGE DE LA GROSSESSE**

Nous avons noté que 40 % des patientes avaient un âge gestationnel compris entre 28-32 semaines d'aménorrhée. Ce taux est nettement supérieur à celui de TRAORE F [49] qui rapporte 29,4 % ; et inférieur à ceux rapportée par SAGOT et collaborateurs [43] et M BIYE et collaborateurs [30] qui ont trouvé des taux respectifs de 50 % et 81 % de naissance survenu entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> S A.

### **3-8-LES FACTEURS DE RISQUE**

Les facteurs de risque ayant engendré la prématurité dans notre contexte sont variés et le plus souvent associés.

Les infections urogénitales maternelles ont constitué le facteur de risque le plus fréquemment rencontré dans notre étude avec un taux global de 46,4%, avec une prédominance chez les cas. Nous avons noté une différence statistique hautement significative ( $P=0,0000007$ ). Le paludisme était présent chez 7,2% des cas contre 1,2% chez les témoins.

Dans notre étude, l'analyse des données révèle que les patientes ayant présentées :

➤ L'antécédent d'accouchement prématuré : courent environ cinq (5) fois plus de risque de faire l'accouchement prématuré que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=4,96) ;

➤ La rupture prématurée des membranes (RPM) courent trois (3) fois plus de risque de faire que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=3,16)

➤ Une infection urinaire courent cinq (5) fois plus de risque de faire un accouchement prématuré que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=5,11).

➤ Une infection cervico vaginale courent quatre (4) fois plus de risque que les autres qui n'en ont pas présenté (OR=4,0)

➤ Le paludisme courent six (6) plus de risque que les autres qui n'en ont présenté (OR=6,4).

➤ Hypertension artérielle courent un (1) fois plus de risque que les autres (OR=1,32).

➤ Une grossesse multiple (triplet ou gémellaire) courent un risque minime que les autres (OR=0,13).

#### **4-TRAITEMENT**

Le traitement reposait sur le repos avec 22,4 % des cas, les antibiotiques les plus fréquemment utilisés ont été les beta lactamines (amoxicilline injectable) avec 8,8 % des cas. Les corticoïdes ont été également utilisés en raison de 12 mg en IM renouvelé au bout de 24 heures chez 1, 6% des patientes.

Dans la plupart des cas ces traitements étaient associés au bêtamimétique.

## **5- VOIE D'ACCOUCHEMENT**

Dans notre population d'étude nous avons enregistré 85,6 % d'accouchement par voie basse, 14,4 % de césarienne chez les cas il n'y a pas eu de différence statistique significative avec les témoins KONATE O [24] trouve dans son étude une fréquence de 76,2 % par voie basse et 23,8 % de césarienne.

## **6- PRONOSTIC**

Les 125 accouchements prématurés ont donné naissance à 136 nouveaux nés prématurés.

Il ressort de notre étude : que 114 accouchements sont issus des grossesses mono fœtales, 10 accouchements gémellaires et un accouchement de triplet. Dix sept (17) des prématurés soit (12,5%) avaient un score d'apgar inférieur à sept (7) à la 5<sup>ème</sup> minute

Quatre vingt onze (91) soit 66,9% des prématurés avaient un score d'apgar supérieur à sept (7) à la cinquième minute.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de KONATE O [24] qui rapporte 4,2 % et 66,6 %.

Cinquante (50) naissances se sont déroulées entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée. Notre étude a enregistré cinq (5) décès de nouveau-nés soit 3,7 % nettement inférieur à ceux retrouvés dans les études de GARBA [18] qui est de 31,7 %, KONATE O [24] avec 51,4 %, TRAORE F [49] qui rapporte 39,3 % et ASSIMADI [3] à Lomé trouve 88,4 % de décès. Les mort nés étaient représentés par 14,7 % dont les circonstances de survenue des décès ont été : la rupture prématuré des membranes prolongée au delà de 72 heures et l'hypertension artérielle sévère d'une part et d'autre part de cause non retrouvée.

### **6-1- SEXE**

Dans notre étude, nous avons enregistré 78 nouveaux nés de sexe féminin contre 58 nouveaux nés de sexe masculin des cas. Ce qui donne un sexe ratio égal à 1,34.

Nous notons que le sexe n'influence pas la survenue du décès.

### **6-2- POIDS**

Nous avons enregistré 17,6 % de poids inférieur à 1500 grammes, 36,8% de poids compris entre 1500 à 2000 grammes et 45,6% de poids également compris entre 2000 < à P < à 2500.les poids extrêmes ont été 600 grammes et 2440 grammes.

### **6-3- TAILLE**

Dans notre série 66,9 % des nouveaux nés ont eu une taille inférieure à 46 cm. KONATE O rapporte dans son étude 88,9 %.

### **6-4- PERIMETRE CRANIEN**

Dans notre série 58,1 % des nouveaux nés avaient un périmètre crânien inférieur / ou égal à 28 cm ce taux est inférieur à celui de KONATE O [24] avec 61,1 %.

### **6-5-REFERENCE**

La majorité des nouveaux nés 77,2 % ont été référés pour motif essentiel prématurité, 2,9 % pour malformation et 8,6 % pour souffrance fœtale aigue. Ce transfert au service de néonatalogie pourrait s'expliquer par l'insuffisance de plateau de réanimation néonatale adéquate.



## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude « cas témoins » nous concluons que l'accouchement prématuré est relativement fréquent dans notre service avec 3,5 %. Il survient généralement chez les adolescentes et se caractérise par une morbidité et une mortalité périnatale élevées.

L'accouchement prématuré demeure un problème de santé publique par ses conséquences médicales, psychologiques sur la mère (séparation mère/enfant) et économique. Il reste également une préoccupation constante de l'obstétricien et du pédiatre, appelés tous à collaborer en vue de réduire la mortalité et la morbidité néonatale.

# RECOMMANDATIONS

A la lumière de nos résultats, nous recommandons ce qui suit :

## **- Au MINISTERE DE LA SANTE :**

- Recycler les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes des maternités périphériques pour la prise en charge de la MAP, dans le but de réduire le taux d'accouchement prématuré ;
- Doter en matériel de réanimation du nouveau-né, la salle d'accouchement de la maternité du centre de santé de référence de la commune II ;
- Créer des services pédiatriques avec des unités de néonatalogie doter de matériels adéquats (couveuse, lampe chauffante, sonde de gavage, matériel de perfusion) pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés ;
- Doter le plateau technique du laboratoire du centre de santé de référence de la commune II de matériels adéquats, pour la réalisation de l'Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) et Prélèvement Vaginal (PV) pour la prise en charge rapides des infections urogénitales.

## **AU MINISTERE DE L'EDUCATION DE BASE ET L'ALPHABETISATION DES LANGUES NATIONALES**

- Intensifier la scolarisation des filles pour améliorer le niveau de la santé de reproduction ;
- Alphabétiser et éduquer par les moyens d'information adéquats (médias) en insistant sur la santé de la mère et de l'enfant.

## **A LA POPULATION :**

- Encourager les femmes pour une fréquentation régulière des consultations prénatales, au moins quatre (4) ;

- Sensibiliser les conjoints pour leur plus grande implication dans la prise en charge des grossesses

**AU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE :**

- Introduire le coefficient de risque d'accouchement prématuré et son application systématique dans les maternités ;
- Introduire systématiquement l'Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) et Prélèvement Vaginal (PV) dans le bilan de consultation prénatale dans le but de détecter les infections uro-génitales ;

## **REFERENCE**

- 1- ALIHONOU E, PERRIN R, AGUESSY B, HEKPAZO A, ZANFFOHOUEDE C, ATCHADE D.-** Place du coefficient de risque d'accouchement prématuré dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré  
Afr Med 1982 ; 21, 203 ; 533-538.
- 2- AMIEL C.-** Les hémorragies cérébrales intra ventriculaires chez les prématurés ; élément du diagnostic, clinique.  
Biol. – néonatal 1964 n° 1-2 ; 54- 75.
- 3- ASSIMADI K, ZONGO P, GRANGA K et COLL.-** Morbidité à l'unité des prématurés au CHU de Lomé : Bilan d'un an d'activité de soins. Revue Médical de la Côte d'Ivoire Février 1985, 70, - P.31-41.
- 4- AUBARD Y, DIX NEUF B, BAUDET J.H.-** Menace d'accouchement prématuré et infection urinaire  
Gazette Med 1986 ; 93, 37 : 19-20.
- 5- BERARDI J C.-** La prématurité de décision médicale : analyse d'une étude rétrospective portant sur 18 maternités de la périphérie parisienne.  
Jr Gynécol. Obstétr. Reprod 1992 ; 21,8 :943-946.
- 6- BOBOSI SERE, GBE J, M BONGO ZINDAMOYEN AN, DIEMER H, NADJI ADIM F, SIOPATHIS RMS.-** Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de BANGUI (RCA) ; devenir immédiat et pronostic.  
Med Afr noire 2000: 47; 191-195.
- 7- BOULOT P.-** Mode d'accouchement des enfants de poids inférieur à 2500 gr.En cours de travail, quelle voie d'accouchement faut – il choisir ?  
J Gynecol Obstetr Biol Reprod 1998 ; 27 : 295-301.

- 8- BREY J.-** Cause de l'accouchement prématuré.  
Zbi-gyneco, 30 juin 1962, 84, n° 26, 977-983.
- 9- CISSE, CAT, TALL, DC, SOW, S et COLL.-** Accouchement prématuré épidémiologique et pronostic au CHU de DAKAR  
Journal de gynécologie obstétrique 1998 p71-76 ; 27.
- 10- CREASY R.-** Preterm labor and delivery. In: maternel-fetal medicine (3<sup>rd</sup> ed)  
Philadelphie : WB sanders 1994: PP 494-520.
- 11- DAO A.-** Les nouveau nés de petit poids de naissance : devenir immédiat Th Med Bamako : 1987 :90 P ; 15
- 12- DIAWARA, M.-** Prématuré, Facteurs de risque, prise en charge et devenir immédiat dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré  
Thèse Med Bamako 1999 :102p :49
- 13- DE CAMARRA E.-** Prématurité. Pédiatrie en maternité Paris : Flammarion : 1999.p. 167-76.
- 14- FAC MC LAUGHLIN, ID RUSEN, SHILIANGL.-** Système canadien de surveillance périnatale.  
Octobre 1999.
- 15- FREUDENTHAL GLANGEAUD.-** Facteurs de stress psychologique liés à l'hospitalisation prénatale.  
J Gynecol Obstetr Boil Reprod 1994; 23: 289-293
- 16- FRIEDA ANGES.-** Etude sur la mortalité néonatale à l'hôpital National du point « G ».  
Thèse Med, Bamako 1999.p159-67.

**17- GABROL D, AMIEL TISON C.-** L'extraction prématurée du fœtus de moins de 1500 grammes.

Rev pratique 1984 ; 34 ; 3337-44.

**18- GARBA T S.-** Aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital National du Point [G] Thèse Med Bamako 1995; 55p; 29.

**19- Grénet. P, COLL.-** La prématurité, les ictères néonataux précis en Médecine infantile – 3eme ed

Paris masson et cie, 1974- p. 109- 114

**20- HABZI, S. BENOMAR.-** Conséquences fœtales et néonatales des grossesses gémellaires. Service de néonatalogie et soins intensifs- CHU Ibn Rachd Casablanca (Maroc).

Email : [ahabzi@yahoo.fr](mailto:ahabzi@yahoo.fr).

**21- HAMZA JN.-** Mode d'accouchement des enfants de poids inférieur à 2500 gr. Modalités de l'anesthésie en cas de césarienne et d'accouchement voie basse.

J Gynecol Obstetr Biol Reprod 1998; 27: 275-84.

**22- KEITA MA.-** Rupture prématurée des membranes: aspect épidémiologique clinique et thérapeutique au service de gynéco obstétrique du CSR de la commune V Bko.

Thèse med 2000 2001 Bko.

**23- KOCH.C A.-** Hyperbilirubinemia in premature infants.

J of pediatrics Juil, 1964, 65 n° 1-11.

**24- KONATE O.-** Accouchement prématuré : pronostic materno-fœtal à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou à propos de 122cas.

Thèse Med 2007 ;47p,-141.

**25- KONFE S.-** Facteurs de risque des accouchements prématurés à l'hôpital de Bobodioulasso (Burkina Faso).

Thèse med OUAGADOUGOU 1990 ;93p ;-127.

**26-LARDINOIS R.-** Etude biologique et considération sur l'ictère du prématuré.

Biol. néonatarum 1963 n° 1-2 ; 1-49 (Import).

**27- LEFEBVRE G.-** Menace d'accouchement prématuré in urgence medico-chirurgicale de l'adulte, pp 824-827, 1991, Maloine édition.

**28- LUMLEY J, RICE, BRENNEKE SP.-** The epidemiology of preterm birth. Preterm labour and delivery.

Baillere's clin obstet gynecol 1993: 7, 3: 477-498.

**29- MARC BELLAICH, J. VIALA. D, SANLAVILLE.-** Prématurité et retard de croissance intra utérin.

Internat. Médecine Pédiatrique. Edit Vernazobres- Grego. 2006 P 1-13.

**30- M BIYE, KAMUNA, KAYANDAKPA, DIBERT, CAROLIN.-** L'accouchement prématuré et ses problèmes à la Maternité de Bangassou (RCA). Afrique Médical, Mai 1988, 263, p. 260 – 261.

**31- MERGER R, LEVY J, MELCHOR J.-** Menace d'accouchement prématuré et accouchement prématuré spontané.

Précis obstétrique 6<sup>ème</sup> édition ; Revue et augmentée – 1993 ; 225-230.

**32- Michel W Phillipe C.-** Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique Montréal : Dion, 1996 ; 198p

**33- MIRONNEAU PH, THOULON JM.-** Risques de la tocolyse prolongée.Rev Française Gynécol. Obstétr. 1994 ; 89 : 502-509.

**34-Moyo LN.-** Morbidité et mortalité néonatale dans le service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel TOURE

TH Med Bamako ; 2004 : 109 P, 110

**35- PAPIERNIKE.-** Prévention de la prématurité obstétrique.

J. Gynéco-obst Biol Reorod 1982; 11; 158-161.

**36- PAPIERNIK E, CABROL D, PONS J C.-** Menace d'accouchement prématuré : Etiologie, Diagnostic, Principes du traitement. Paris Med Sciences Flammarion 1995.

**37- PAPIERNK E, BERKHAUER E.-** Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP).  
Nouv. Presse Med 1969 ; 77 : 793-794

**38- PONS J.C, SWARES F, DUYME M, POURADEA, FIOLEM, PAPIERNIKE, FRADMAN R.-** Prévention de la prématurité au cours du suivi de 842 grossesses gémellaires successives.  
J. Gynéco-obstet Biol Reprod 1998, 27, 319-28

**39- PRAZUCK T, TALL F; ROISSINN AJ, KONFE S, COT M, LAFAIX C.-** Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso (West Africa).  
Int Jr Epidemiol 1993; 222, 3, 1: 88-91.

**40- RACHID R, FEKIH MA, MOUELHIC, BRAHIM M.-** Problèmes posés par l'accouchement de la grossesse gémellaire.  
Rev Fr. Gynecol Obstet 1992 ; 87, 5 : 2995-98.

**41- RAMBOUB P.-** Prématurité et hypotrophie à la naissance: épidémiologie cause et prévention service de médecine néonatale et réanimation infantile CHU de Grenoble (France)  
J. Gynecol obstet Biol Reprod 2000; 30; 58-78.

**42- ROZENBERG A.-** La tocolyse ; utilisation des bêta mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique.  
Département d'obstétrique et gynécologique, CHU Poissy Saint-Germain.  
J Gynecol Obst Biol Reprod 2001; 30:221-230

**43- SAGOT P, ROSE C, DATAL F, MOREL PH, SAMAKE M.-** Naissance avant 33SA: intérêt du transfert in utero au sein d'un département de périnatalogie.  
Revue français Gynécol. Obstétr. 1990 ; 85, 5 : 293-298.



**44- SAGOT P, LOPES P.-** Conduite pratique devant une menace d'accouchement prématuré.

Paris : Vigot, 1988 : 199-225

**45- SANOGO C T.-** Aspect épidémio-clinique de l'accouchement prématuré au Centre de Santé de Réf CommuneV Bko à propos de 238 cas ;

Thèse med Bamako 2005 , -59p ;112 .

**46- SIDIBE B.-** Contribution à l'étude des accouchements prématurés en milieu obstétrical, Bamako (à propos de 140 cas).

Thèse Med, Bamako, 1986, 86M-12.

**47- TERZIBAHCIAN JJ. MIDA H ; DAVID E et COLL.-** Bilan des menaces d'accouchement prématuré : étiologie conduite à tenir, résultats.Rev Fr Gynecol O bstet 1990; 85:673-678.

**48- THOULON JM.-** Tractocile et Menace d'accouchement Prématuré (MAP), Hôpital de la Croix Rousse Hospices Civils de Lyon

[http:// www.adrenaline112.org/urgences/DUrge/DGyne/MAP.html](http://www.adrenaline112.org/urgences/DUrge/DGyne/MAP.html)

**49- TRAORE F.-** Etude épidémio clinique de l'accouchement prématuré

Thèse med Bamako 2006, 76p;141.

# FICHE SIGNALETIQUE

**NOM** : KONATE

**PRENOM** : MOUSSA OULE

**TITRE DE LA THESE** : Etude de l'accouchement prématuré

**ANNEE** : 2008-2009

**VILLE DE SOUTENANCE** : BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE** : MALI

**LIEU DE DEPOT** : Bibliothèque de la FMPOS

**SECTEUR D'INTERET** : Gynéco obstétrique ; pédiatrie

## RESUME :

L'étude cas/témoin que nous avons menée au service de gynéco obstétrique du CSREFCII, du janvier 2007 au décembre 2007 a eu pour but d'étudier les facteurs de risques d'accouchement prématuré.

Cette étude a concerné un échantillon de 125 cas et 250 témoins, et nous a permis d'obtenir des résultats suivants :

- les variables qui ont été indépendamment associées à l'accouchement prématuré sont :
- l'antécédent d'accouchement prématuré (p : 0,00003 ; OR :4,96)
- rupture prématurée des membranes (p : 0,025 ; OR : 3,16)
- infection urinaire (p : 10<sup>-7</sup> ; OR : 5,11)
- infection cervico-vaginale (p : 0,0001 ; OR : 4,00)
- paludisme (p : 0,003 ; OR : 6,39)

-Le pronostic immédiat des nouveau-nés prématurés a été défavorable avec 5 décès soit 3,7%.

Nos suggestions se sont orientées vers les renforcements de l'information des gestantes sur les différents facteurs de risques d'accouchement prématuré et l'amélioration du plateau technique.

Mots clés : Accouchement prématuré, facteurs de risque, pronostic.

# QUESTIONNAIRE

## I- IDENTIFICATION

Q0- Identité N°...../\_\_\_/

Q1- Date d'entrée...../\_\_\_/\_\_\_/200\_\_\_/

Q2- Dossier N°...../\_\_\_/

Q3- Nom .....

Q4- Prénom.....

Q5- Age :..... /\_\_\_/\_\_\_/

Q6- Profession : /\_\_\_\_\_/

Q7- Situation matrimoniale :...../\_\_\_/

1= Mariée ; 2= Célibataire ; 3 = Veuve ; 4= Divorcée.

Q8- Ethnie :...../\_\_\_/

1= Soninké ; 2= Peulh ; 3= Malinké ; 4= Bambara ; 5= Sénoufo ; 6= Dogon ;  
7= Sonrai ; 8 = Bobo ; 9= Bozo ; 10= Touareg ; 11=Maure ; 12= Minianka ;  
13= Autres

Q8a- Autre à préciser: /\_\_\_\_\_/

Q9- Résidence : /\_\_\_\_\_/

## II- ADMISSION

Q10- Mode d'admission:...../\_\_\_/

1= référée ; 2= venue d'elle-même ; 3= hospitalisée.

Q11- Motif d'admission:...../\_\_\_/

1= contraction utérine douloureuse sur grossesse ; 2= rupture prématurée  
des membranes ; 3= infection urinaire ; 4=hémorragie ; 5= hydramnios ;

6= Autres.....

### III- ANTECEDENTS

#### - Obstétricaux

Q12- Antécédent d'accouchement prématuré...../\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non

Q13- Nombre de grossesse:...../\_\_\_/\_\_\_/

Q14- Nombre d'enfants vivants :...../\_\_\_/\_\_\_/

Q15- Nombre d'enfants décédées :..... /\_\_\_/\_\_\_/

Q16- ATCD avortement spontané :...../\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

Q17- ATCD d'IVG:...../\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

#### - Médicaux

Q18-Paludisme...../\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q19- HTA...../\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q20- Diabète :...../\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

Q21- Autres / \_\_\_\_\_/

#### - CHIRURGICAUX

Q22- Césarienne :...../\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

Q23- Laparotomie :..... /\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

Q24- Autres:/ \_\_\_\_\_/

### IV - EXAMEN CLINIQUE

Q25-CPN :..... /\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

Q25a-Nombre CPN :...../\_\_\_/

Q26- Dilatation du col :...../\_\_\_/ (cm)

Q27- Longueur du col...../\_\_\_/ (cm)

- Q28- Contraction utérines...../\_\_\_\_/ (1= présente, 2= absente)
- Q28a- Si présente :...../\_\_\_\_/ (1= régulière, 2= irrégulière)
- Q29- Saignement..... /\_\_\_\_/ (1= minime, 2= modérée, 3= important)
- Q30- Age de la grossesse..... /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (SA)
- Q31- Hauteur utérine :..... /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- Q32- Présentation :...../\_\_\_\_/ (1= céphalique, 2= siège, 3= traverse, 4= autre)
- Q32a- Autre:/\_\_\_\_\_/
- Q33- BDCF :...../\_\_\_\_/ (1= présent, 2= absent)
- Q34- Fréquence des BDCF...../\_\_\_\_\_/
- Q35- État des membranes.....\_\_\_\_\_/ 1= Intacte 2= Rompue.
- Q35a- Liquide amniotique :...../\_\_\_\_/ (1= clair, 2= teinté, 3= méconial)
- Q36-Intervalle intergésésique :..... /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- Q37- Evaluation de l'indice de MAP :...../\_\_\_\_/ (1= supérieur à 7, 2= inférieur ou égal à 7)

## V - EXAMENT COMPLEMENTAIRES

- Q38- Echographie..... /\_\_\_\_/ (1= fait, 2= non fait)
- Q39- ECBU...../\_\_\_\_\_/ (1= fait, 2= non fait)
- Q40- Echographie doppler ..... /\_\_\_\_\_/ (1= fait, 2= non fait)

## VI - CONDUITE A TENIR

- Q41- Patiente hospitalisée pour MAP au service :..... /\_\_\_\_/ (1= tocolyse, 2= antibiothérapie)
- Déclenchement du travail en cours d'hospitalisation :...../\_\_\_\_/ (1= Oui, 2= Non)
  - Transfusée : ..... /\_\_\_\_/ (1= Oui, 2= Non)

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

- Facteurs étiologiques ..... /\_\_\_\_/

1= infections urinaires, 2= paludisme, 3=activité physique débordante, 4= RPM 5= PP, 6= HRP, 7= grossesses multiples, 8= hydramnios, 9= fibromyose, 10= malformation foeto congénitale)

## VII -ACCOUCHEMENT

Q42- voie d'accouchement...../\_\_\_\_/

1= normale avec épisiotomie, 2= normale sans épisiotomie)

Q43- Césarienne :...../\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q43a- Si oui préciser l'indication.....

Q44- Durée du Travail(heure):...../\_\_\_\_/

Q45- Hémorragie de la délivrance :...../\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

## VIII -EXAMEN DU NOUVEAU NE

Q46- Poids F1(gr)..... /\_\_\_\_\_/

Q46a- Poids F2 ...../\_\_\_\_\_/

Q46b- Poids F3...../\_\_\_\_\_/

Q47- Taille(cm) F1..... /\_\_\_\_/

Q47a- Taille F2...../\_\_\_\_/

Q47b- Taille F3...../\_\_\_\_/

Q48- Apgar F1 (1ère mn)/\_\_\_\_ / (5<sup>ème</sup> mn)..../\_\_\_\_/ (10<sup>ème</sup> mn)..... /\_\_\_\_/

Q48a-Apgar F2 (1ère mn)/\_\_\_\_ / (5<sup>ème</sup> mn)..../\_\_\_\_/(10<sup>ème</sup> mn) .... /\_\_\_\_/

Q48b- ApgarF3 (1ère mn)/\_\_\_\_ / (5<sup>ème</sup> mn)..../\_\_\_\_/(10<sup>ème</sup> mn) .... /\_\_\_\_/

Q49- Nouveau né référé en néo natologie...../\_\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

Q50- Motif de référence :

-Petit poids de naissance...../\_\_\_\_/

- Détresse respiratoire...../\_\_\_\_/

- Mal formation..... /\_\_\_\_/

Autres préciser.....

Q51- Devenir du nouveau né...../\_\_\_\_/

1= vivant ; 2= décédé.

## **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'Etre 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.**

