

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

-----=0=-----

République du Mali

**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**UNIVERSITE DE BAMAKO**  
**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Année Universitaire: 2010-2011**

N°-----/

## **TITRE**

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE  
DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE  
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE  
KADIOLO.**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le **18 Juin 2011 à 12 Heures** devant la  
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Monsieur JACQUES KANE**

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

## **JURY**

<b>Président du Jury:</b>	<b>Professeur Salif Diakité</b>
<b>Membre:</b>	<b>Docteur Samba Touré</b>
<b>Co-directeur de thèse:</b>	<b>Docteur Bakary Traoré</b>
<b>Directeur de thèse:</b>	<b>Professeur SY Assitan Sow</b>

## **Dédicaces et Remerciements**

### **Je rends grâce**

A **ALLAH** le tout puissant

Le clément et miséricordieux

Par ta bonté et ta grâce tu m'as permis de mener a terme ce modeste travail si loin et pénible .fasse que je me souviennne toujours de toi en toute circonstance a chaque instant du restant de ma vie, cette vie si éphémère compare à celle que tu nous promets et à ceux qui suivent ton chemin à travers le seigneur Jésus Christ

### **Je dédie ce travail**

#### **A Mon père: Guy Kané**

Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité; ta rigueur dans le travail, ton sens de l'honnêteté, les repères d'une ligne de conduite Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer toute notre admiration et notre affection

Puisse ce travail être le couronnement de tes intenses efforts

Que Dieu te prête longue vie ; Amen !

#### **A Ma très chère mère: Mariam Touré**

Ces mots n'expriment pas assez tout ce que j'éprouve ce jour

Tu as tant souffert pour nous

Tes sacrifices en notre faveur sont inestimables et ont fait de nous ce que tu souhaitais;

Affection pure, naturelle des mères dévouées courageuses et tolérantes; nous ne saurons jamais payer le prix de l'affection pour nous

Tu es le pilier de notre réussite; Sache en effet que l'honneur de ce travail te revient

Merci maman, que Dieu te garde aussi longtemps près de nous Amen!  
que l'avenir soit un soulagement et une satisfaction Amen!

**A mes frères et sœurs : Michel, Hervé; Odile; Félicité**

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à votre égard; Soyons toujours unis et courageux

Que Dieu vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle

**A Mes tontons** : Toumany Diakité, Honoré Kané, Roger Kané.

**A Mes tantes** : Claire Kané, feu Gertrude Kané, Nathalie Kané, Emilienne, Alphonsine, Blandine Coulibaly

**A Mes cousins et cousines**: Ibrahim Maïga, Alfousséni et Alassane Touré, Mohamed Guindo, Bosco Kané, Oumar Diakité, Bintou Diakité, Moctar Camara, Ivonne Kané, Seydou Cissouma, Blandine Touré, Founè et Fatoumata Diakité.

Ce travail est le fruit de votre soutien moral, financier et vos multiples bénédictions

Que le tout puissant consolide d'avantage cette fraternité et solidarité

## **Nos remerciements vont :**

Aux :

### **Dr Bakary Traoré**

Médecin chef du centre de sante de référence de kadiolo, l'harmonie de votre calme et la bonté de votre cœur font de vous un homme exemplaire.

Votre affection et votre aide ne m'ont jamais fait défaut

Qu'ALLAh vous assiste dans vos œuvres de tous les jours Amen !

### **Dr Emilien Diarra**

Adjoint au médecin chef

### **Dr Kita Karim Diarra**

### **Dr Modibo Doumbia**

### **Dr Awa Togola**

A tout le personnel du service socio sanitaire de Kadiolo en particulier la secrétaire Awa et Mr Djéry.

A tous les Professeurs de la faculté de médecine et les enseignants du premier et second cycle, merci pour votre qualité, compétence, rigueur et courage.

**A mes amis et collègues** : Dr Abdoulaye Cyrille Sanogo et famille; Dr Mamadou Prosper Sanogo; ma chère Maimouna Diabaté; Mr Tiémoko Traoré; MrJean Claude Tounkara; Dr Oumar Tounkara; Dr Drissa Traoré; Dr Yiriba Diarra; Dr Yohana Koné; Dr Bocar Baya; Dr Seriba; Dr Sekou Keita; Dr Yaya Sissoko; Mr kibily Kanouté, Mme Kané Salimata Traoré.

## **Hommages aux membres du Jury**

A notre maître et président du jury

**Professeur Salif Diakité**

**Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré**

**Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS**

*Cher maître vous nous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations*

*Votre qualité humaine, votre rigueur scientifique et vos qualités académiques et professionnelles font de vous un modèle*

*Merci pour votre disponibilité et acceptez cher maître l'expression de notre profonde gratitude*

A notre maître et membre du jury

**Docteur Samba Touré**

**Gynécologue obstétricien au CHU Point G**

**Chef adjoint au service de gynécologie obstétrique du CHU point G**

*Cher maître la rigueur scientifique, la disponibilité, la simplicité, l'esprit de tolérance et de compréhension sont autant de qualités que vous incarnez et qui font de vous un encadreur étonnant.*

*Puisse Dieu vous garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs*

A notre maître et Codirecteur de thèse

**Docteur Bakary Traoré**

**Médecin chef du centre de santé de référence de Kadiolo**

*Cher maître en nous aidant dans la réalisation de cette thèse vous m'avez profondément marqué de votre personnalité, vous m'avez guidé tout au long de ce travail*

*Votre disponibilité à mes multiples sollicitations malgré vos occupations m'a émerveillée.*

*Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*

A notre maître et directrice de thèse

**Professeur SY Assitan Sow**

**Maître de conférences en Gynécologie Obstétrique à la FMPOS du Mali**

**Chargé de cours de gynécologie à la FMPOS**

**Chef de l'unité de gynécologie Obstétrique au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako**

***Chevalier de l'ordre de mérite de la sante.***

*Cher maître vos qualités académiques et professionnelles font de vous une mère remarquable.*

*Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes votre désire d'égalité entre les hommes, votre humanisme et votre franchise font de vous un exemple à suivre.*

*Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.*



## **ABREVIATIONS**

AEG : Altération de l'état général

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMALDEM : Association Malienne de lutte contre la déficience mentale chez l'enfant.

Amp : Ampoule

AP : Accouchement prématuré

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée.

Cp : Comprimé

CPN : Consultation prénatale.

CRAP : Coefficient de risque d'accouchement prématuré.

CRP : Protéine, C Réactive

CU : Contraction utérine.

DAO : Diamine oxydase.

DER : Département d'étude et de recherche.

DDR : Date des dernières règles.

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines.

ECG: Electrocardiogramme.

FLM: Foetal lung maturation.

HTA: Hypertension Artérielle

HRP: Hématome rétro placentaire

Hb: Hémoglobine.

HU : Hauteur utérine.

IBG: Indices de Baum Garten.

IgG : Immunoglobuline G.

IgM : Immunoglobuline M.

IIG : Intervalle intergénérisique.

IL8 : Interleukine 8

IM : Intramusculaire.

Inj : Injectable.

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse.

IV : Intraveineuse

LA : Liquide amniotique.

LP : Libération Prolongée

MAP : Menace d'accouchement prématuré.

MMH : Maladie des membranes hyalines.

OAP : Œdème aigu pulmonaire.

OS : Occipito-sacré.

PP : Placenta prævia.

RPM : Rupture prématurée des membranes.

SA : Semaine d'aménorrhée.

SMU : Service ou système d'assistance médicalisée en urgence

SMI : Santé maternelle et infantile

TV : Toucher vaginal.

## **SOMMAIRE**

I INTRODUCTION

OBJECTIFS

II- GENERALITES

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION

VII- REFERENCES

ANNEXES

RESUME

## I. INTRODUCTION

Le problème de savoir ce qui est la menace d'accouchement prématuré (MAP) et les difficultés liées à la prise en charge du prématuré au Mali reste une préoccupation des gynécologues obstétriciens, et une priorité pour les familles de part sa fréquence, sa gravité, sa mortalité, sa morbidité élevée et ses séquelles neurologiques [12].

La menace d'accouchement prématuré anomalie de la durée de la grossesse est le début d'un processus d'accouchement qui survient avant la fin de la 37<sup>°</sup>SA : le deux cent cinquante neuvième (259<sup>eme</sup>) jour d'aménorrhée. La limite inférieure étant imprécise, les progrès actuels de la néonatalogie l'abaissent à 26 SA au lieu de 28 SA.

C'est un processus qui si on le laissait évoluer spontanément aboutirait à la naissance d'un nouveau né prématuré.

Le critère pondéral moins de deux mille cinq cent (2500) grammes n'est plus utilisé [16] ; la MAP nécessite la présence de contractions utérines (CU) progressives et douloureuses, de fréquence d'au moins une toutes les dix (10) minutes et durant plus de trente cinq (35) secondes. Celles-ci sont associées le plus souvent à des modifications du col utérin à savoir : l'ouverture, le raccourcissement, et l'ampliation du segment inférieur liée à la descente de la présentation qui sont des signes supplémentaires de gravité [12].

La fréquence de la MAP est de 26% des grossesses au Mali [28] et 6% des grossesses en France [16]. Le risque d'accouchement prématuré est variable selon les études (15 à 50 %) [28]

La MAP n'ayant pas fait l'objet d'étude dans notre service, nous nous sommes fixés comme taches d'étudier cette pathologie avec les objectifs suivant :

## **1. Objectif général**

Etudier la menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de Kadiolo.

## **2. Objectifs Spécifiques :**

- Identifier les aspects socio-épidémiologiques de la MAP.
- Déterminer les facteurs de risque
- Evaluer les modes évolutifs et le pronostic au cours de la MAP.
- Evaluer le pronostic maternel et foetal
- Identifier les modalités thérapeutiques de la MAP

## II. GENERALITES

### 1. Définition :

#### ☛ **La menace d'accouchement prématuré :**

Est un état clinique caractérisé par l'apparition des contractions utérines entre la 28<sup>ème</sup> et la 37<sup>ème</sup> SA à environ deux (2) contractions utérines toutes les 10 dix minutes pendant au moins une heure, entraînant des modifications du col utérin (raccourcissement, dilatation) qui sans traitement évoluerait vers l'accouchement prématuré.

#### ☛ **L'accouchement :**

Est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion 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 soit 28 S A.

#### ☛ **L'accouchement normal :**

L'accouchement est dit normal si la grossesse a été unique et normale; s'il a lieu à terme; au-delà de 37 semaines d'aménorrhée; le fœtus est de proportion normale; le travail a été normal; il a été eutocique, sans anomalie foetal, ni manœuvre obstétricale, ni extraction instrumentale et la délivrance a été normale.

☛ **L'accouchement est dit à terme** quand il a lieu entre le début de la 38<sup>ème</sup> et la fin de la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

☛ **L'accouchement est dit prématuré** quand il a lieu entre la fin de la 27<sup>ème</sup> et la fin de la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

☛ **L'accouchement est dit post-terme ou terme dépassé** quand il a lieu après la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

#### ☛ **L'accouchement provoqué :**

Est celui qui est consécutif à une intervention extérieure.

☛ **L'accouchement naturel :**

Est celui qui se fait sous la seule influence de la physiologie (saint-germain)

☛ **L'accouchement dirigé :**

Il est celui qui se fait sous l'influence d'intervention extérieure (l'évolution du travail ralentie au départ nécessite l'intervention de l'accoucheur ou l'accoucheuse pour améliorer la qualité des contractions utérines).

☛ **L'accouchement artificiel :**

Il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale (césarienne, forceps, ventouse)

☛ **L'accouchement est eutocique :**

Quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal.

☛ **L'accouchement est dit dystocique :**

Quand il se déroule selon un procédé non physiologique.

☛ **La CPN :**

C'est une pratique médicale s'organisant au tour d'un ensemble de techniques et contribuant à des fins essentielles à savoir :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et de pister les facteurs de risques antérieure ou contemporains.
- Prendre en charge ou orienter la gestante vers un centre spécialisé.
- Etablir le pronostic de l'accouchement et prévenir les conditions d'accouchement.

☛ **La mortalité maternelle :**

Elle est le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 48 jours après l'accouchement quelqu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite.

☛ **La grossesse :**

Elle est l'état qui débute avec la fusion d'un spermatozoïde et d'un ovule, elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

☛ **Un facteur de risque pendant la grossesse :**

Est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente la grossesse a des chances de subir un préjudice.

☛ **La grossesse a risque :**

Est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.



## 2. ETUDE CLINIQUE [15-16-17]

### 2-1 Diagnostic positif ;

Il repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique

#### ☛ L'interrogatoire :

Il recherchera et appréciera :

- Le mode de vie,
- La date des dernières règles (DDR),
- Les antécédents gynécologiques,
- Les antécédents obstétricaux (le nombre de grossesse, la parité, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'avortement ou d'accouchement, le nombre d'enfants décédés, et l'IIG),
- La notion de fièvre récente, d'infection urinaire,
- Le suivi correct ou non des CPN,
- La notion d'algies pelviennes (leur fréquence, leur intensité et leur périodicité),
- La notion de rupture des membranes assombrissant le pronostic materno-foetal,
- La notion de métrorragies qui sont généralement minimales,
- Les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie).

#### ☛ Examen physique :

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

La palpation abdomino-pelvienne doit rechercher les CU douloureuses avec une fréquence d'au moins une toutes les dix minutes pendant une durée de plus de trente cinq secondes. Elles sont à différencier des contractions physiologique de Braxton HICKS qui sont non douloureuses irrégulières avec une fréquence d'une CU toutes les heures à 20 SA, et à trois ou quatre CU par heure à 30SA.

On n'oubliera pas de mesurer la hauteur utérine en appréciant une éventuelle surdistension utérine.

L'examen au stéthoscope de pinard recherchera et appréciera les bruits du cœur du fœtus.

L'examen au spéculum ou aux valves recherchera une vaginite, une cervicite, la présence de sang ou d'écoulement du liquide amniotique dans le vagin.

Le toucher vaginal (TV) renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur dans sa consistance, sa position et sa dilatation (il pourra s'agir d'un raccourcissement, d'un ramollissement, d'un centrage et /ou d'une ouverture cervicale). Il apprécie également la présentation et les membranes.

L'examen gynéco-obstétrical sera complété par un examen général portant sur (la coloration des muqueuses et des téguments, la prise de tension, le pouls, la fréquence respiratoire, l'examen neurologique), surtout une enquête psychologique sur la vie de relation.

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

**Tableau I : l'indice de gravité de Baumgarten**

Cotation des paramètres	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Peu importantes	Hémorragies		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	≥ 4cm

**Interprétation :**

IGB : ≤3 la MAP est légère;

IGB : 4-5, la MAP est modérée;

IGB : ≥6, la MAP est sévère et les chances de succès du traitement sont restreintes.

**2-2 Diagnostic différentiel :**

Il se fera avec les autres pathologies pourvoyeuses d'algies pelviennes et d'hémorragies du troisième trimestre de la grossesse principalement (le placenta prævia et l'hématome rétro-placentaire)

**2-3 Diagnostic Etiologique [17-18]**

Les causes de prématurité sont multiples; au premier rang des causes retrouvées se trouvent les infections mais la plupart des accouchements prématurés (environ 2 sur 3) survient sans cause évidente. Nous retiendrons celles ci-après :

**2-3-1 : Les causes locales utérines : elles sont associées aux :**

- Malformations utérines congénitales: il peut s'agit d'hypotrophie utérine, d'utérus malformé (cloisonné, unicolore, bicorne)
- Béances cervico-isthmiques qui peuvent être congénitales ou acquises.

### **2-3-2 : Les causes ovulaires :**

- La surdistension utérine favorisée par des grossesses multiples, la gémellité, l'hydramnios, les myomes sur grossesse, le placenta prævia, le décollement placentaire avec HRP.
- La rupture prématurée des membranes (RPM) : Il s'agit d'un élément de gravité supplémentaire au cours d'une MAP car elle expose le fœtus à la prématurité et à l'infection. Elle est fréquente entre la 34<sup>ème</sup> et 37<sup>ème</sup> SA. L'hospitalisation s'impose chez toute gestante présentant une RPM.

### **2-3-3 Les causes générales :**

Parmi les causes générales nous retiendrons en premier les infections qu'il s'agisse :

- Des infections urinaires surtout les bactériuries asymptomatiques plus ou moins de pyélonéphrites aiguës
- Des infections génitales
- Et d'autres infections aiguës avec hyperthermie à savoir : le paludisme, la fièvre thyphoïde, les hépatites virales, la syphilis, la toxoplasmose etc.

En plus de ces infections des affections comme le diabète responsable de la macrosomie fœtale, les pathologies sanguines, l'anémie, les syndromes vasculo-rénaux (dans toutes leurs variétés qu'il s'agisse de toxémie compliquée ou non d'éclampsie ou d'HRP, qu'il s'agisse d'HTA ou de maladie rénale indépendante de la grossesse) et l'altération de l'état générale quelle que soit son origine.

### **2-3-4 : Les causes materno fœtales :**

L'incompatibilité rhésus materno fœtal.

### **2-3-5 : Les causes idiopathiques;**

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

Il a été donc proposé de pratiquer une amniocentèse dans les MAP sans cause apparente à la recherche de placenta prævia direct et d'une infection du LA par examen bactériologique (CRP, IL8, leucotrienne B° ou à la recherche d'indicateur d'une chorio amniotique infra clinique

(Fuso bacterium, gardenella vaginalis, mycoplasmes)

### **2-3-6 : Les causes socio économiques :**

Elles sont représentées par :

- Les mauvaises conditions de logement qui sont sources d'infection d'absence de confort (absence d'ascenseur pour les femmes travaillantes ou habitantes sur des étages élevés, les montées d'escaliers) ;
- Les mauvaises conditions de transport, les secousses, les vibrations les longs voyages en voiture;
- Les travaux pénibles professionnels ou ménagers surtout si les membres de la famille sont nombreux;
- Les trépidations des machines les longs trajets de marche;
- La frénésie de la vie moderne et l'abus des mondanités sont préjudiciable au déroulement normal de la grossesse;
- La pauvreté ;
- L'abus du tabac favorise la prématurité et l'hypotrophie fœtale;
- Les émotions vives telles que les décès, les mariages, le stress etc.

### **2-3-7 Les Anomalies morphologiques et physiologiques générales:**

- Les femmes de petite taille inférieure à 1,50m;
- Les femmes très maigres où dont le poids n'a pas augmenté au cours de la grossesse ou les femmes qui maigrissent;
- L'insuffisance du volume cardiaque.

### **2-3-8 Les Antécédents obstétricaux :**

- Les curetages ;
- Accouchements prématurés antérieurs ;
- Les grossesses rapprochées avec intervalle intergénéral (IIG) court inférieur à 1 an.
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)

Nous disons qu'en fonction de ces étiologies et /ou facteurs de risque sus cités il a été établi un coefficient de risque d'accouchement prématuré appelé CRAP par Emile Papiernick. Ce coefficient s'appuie sur l'attribution d'une valeur comprise entre un et cinq points à des facteurs (au nombre de trente cinq) établis comme étant susceptibles d'entraîner un accouchement prématuré.

Il permet de définir les populations à risque et adapter ainsi une prévention appropriée. Il comporte deux classes de facteurs:

- L'une ne pouvant pas être modifiée, elle est constituée de:

L'âge de la gestante, sa classe sociale, ses antécédents de naissance prématuré, la présence d'un hydramnios ou d'une grossesse gémellaire;

- L'autre pouvant être modifiée est constituée par le mode de vie de la patiente, les efforts physiques (par le repos ou l'arrêt de travail), les infections urinaires ou génitale (par leur dépistage et leur traitement), la béance cervico-isthmique (par cerclage).

C'est sur les facteurs de risque pouvant être modifiés que portera la prévention.

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

- CRAP inférieur a **cinq points**: pas de danger de prématurité
- CRAP compris entre **cinq** et **dix points** : Risque potentiel de prématurité
- CRAP supérieur **dix points**: Risque certain de prématurité

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

<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥2 enfants sans aide familiale</li> <li>• Conditions socioéconomiques médiocres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un curetage</li> <li>• Court intervalle après grossesse précédente (&lt; 1 an)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail à l'extérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue inhabituelle</li> </ul>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle</li> <li>• &lt; 20 ans</li> <li>• &gt; 40 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 curetages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;3 étages sans ascenseur</li> <li>• &gt; 10 cigarettes/jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de poids &lt; 5 kg</li> <li>• Albuminurie</li> <li>• PA &gt; 130/80</li> </ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvaises conditions socioéconomiques</li> <li>• &lt; 150 cm</li> <li>• &lt; 45 kg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥3 curetages</li> <li>• Utérus cylindrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Long trajet quotidien</li> <li>• Efforts inhabituels</li> <li>• Travail fatiguant</li> <li>• Grand voyage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chute de poids le mois précédent</li> <li>• Tête trop bas située pour un fœtus loin du terme</li> </ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 18 ans</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métrorragies du 2<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>• Col court</li> <li>• Col perméable</li> <li>• Utérus contractile</li> </ul>
<b>5</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformation utérine</li> <li>• Un avortement tardif</li> <li>• Un accouchement prématuré</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gémellarité</li> <li>• Placenta prævia</li> <li>• Hydramnios</li> </ul>

### **3- Examens Complémentaires [19,20]**

#### **3-1 : L'échographie Pelvienne**

Apprécie la vitalité fœtale, la biométrie, la présentation, la qualité du liquide amniotique, le siège du placenta, la présence ou non d'autres anomalies des organes du petit bassin. Elle doit être systématiquement pratiquée.

#### **3-2 : La cardiotocographie**

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

#### **3-3 : Le bilan Infectieux**

Trois bilans à savoir la goutte épaisse et/ou le frottis mince, l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme, et le prélèvement vaginal avec antibiogramme doivent être systématiques.

Le sérodiagnostic de Widal, le BW, la sérologie toxoplasmique (IgG, IgM), la glycémie à jeun, la numération formule sanguine a la recherche d'une anémie, une hyper leucocytose sont aussi importants.

#### **3-4 : L'électrocardiogramme (ECG) :**

Il recherche les éléments contre-indiquant la prescription des bêtamimétiques

#### **3-5 : Le bilan de maturation pulmonaire fœtal : il comporte**

- Le dosage des concentrations de leucocytes (L) sur la sphingomyéline (S) : un taux supérieur à deux (> 2) témoigne de la maturation pulmonaire dans près de cent pour cent des cas.
- Le dosage de la phosphatidylglycerole: un taux supérieur ou égal à deux microgrammes par millilitre témoigne de la maturité pulmonaire.



- Le Foetal Lung Maturation : FLM test: il est positif si le taux est supérieur à soixante et il semble plus fiable que le rapport L/S ou le dosage de la phosphatidylglycerole.

Rappelons que la maturité pulmonaire foetal est acquise à un terme variable (34SA environ) et est liée à la présence de surfactant alvéolaire pulmonaire, ce dernier est constitué de phospholipides dont la concentration dans le liquide amniotique est un bon reflet dans cette maturité pulmonaire foetale. Les principaux tests recherchant ces phospholipides sont le rapport R/S, le dosage de la phosphatidylglycerole et le FLM test.

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

Les paramètres échographiques :

- Les mouvements foetaux
- La quantité de liquide amniotique
- Le tonus foetal
- La fréquence respiratoire du foetus

Un paramètre clinique et échographique :

- La fréquence cardiaque du foetus

**Tableau III** : Score biophysique de MANNING égal profil biophysique fœtal (PBF) 1981

Paramètre en 30 minutes	Normal : 2	Anormal : 0
Mouvements Respiratoires	Au moins 1'épisode d'au moins 30 secondes	Absence ou aucun épisode d'au moins 30 secondes
Mouvements globaux	Au moins 3 mouvements vifs des membres	Au plus 2 mouvements
Tonus	Au moins un mouvement actif d'extension flexion du tronc ou d'un membre ou d'une main	Absence ou mouvements lents
Liquide amniotique	Normal	Oligoamnios
Rythme cardiaque fœtal	Au moins 2 Accélérations	Inférieure à 2 accélérations

Si l'un des paramètres échographiques est anormal, le score sera complété par un enregistrement de rythme cardiaque fœtal.

Chaque paramètre est coté de 0 à 2 points

**Score: 8 à 10 points:** normal, pronostic rassurant pour une semaine sauf terme dépassé.

**Score: 5-7 points** : score suspect et doit être renouvelé toutes les 24 heures.

**Score < 4 points:** il faut interrompre la grossesse car il existe une forte probabilité de souffrance fœtale.

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

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

#### **4- Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré**

Le but du traitement vise avant tout à la protection du fœtus et à la prévention de la prématurité.

Une femme présentant une MAP associant des contractions utérines, une modification du col et une ampliation du segment inférieur doit être hospitalisée pour instituer un bilan et un traitement. Ce bilan s'attachera à établir un diagnostic de gravité, recherchera une étiologie et appréciera la maturité fœtale.

##### **4-1- La prévention**

- Avant la grossesse:

Elle se fait par le traitement chirurgical des malformations utérines.

- Pendant la grossesse :
  - ☛ Le repos mesure générale de première importance s'observera soit par un arrêt de travail , un congé prénatal, soit un repos au lit, soit une vie calme et régulière .
  - ☛ Le cerclage en cas de béance cervicale
  - ☛ Les bêtamimétiques en per os
  - ☛ Le traitement anti infectieux
  - ☛ Le traitement des syndromes vasculo-rénaux
  - ☛ L'amélioration de la qualité et du nombre des consultations prénatales (car le taux de prématurité est inversement proportionnel au nombre de consultation)
  - ☛ La prise en charge des facteurs de risque du CRAP
  - ☛ La prophylaxie ambulatoire de principe par les bêtamimétiques chez les femmes ayant un risque très élevé (CRAP supérieur ou égal à onze points).

Aujourd'hui des systèmes de télésurveillance à domicile de l'activité utérine sont proposés aux patientes à risque: il s'agit d'un petit

capteur de contractions utérines fixé sur l'abdomen et relié à un enregistreur réalisant des enregistrements pluriquotidiens (deux fois par heure) et l'information est transmise téléphoniquement jusqu'au centre de contrôle permettant de converser avec la patiente.

#### **4-2- : Le Traitement curatif**

Le repos, élément essentiel est par fois difficile à imposer en dehors de l'hospitalisation, et devient indispensable dès que la menace est nette.

Il s'agira d'un repos strict car à lui seul il traite environ 50% des MAP.

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

- ☛ Un fœtus mort ou polymalformé,
- ☛ Si l'évacuation utérine est l'un des meilleurs traitements de la maladie causale (les syndromes vasculo-rénaux graves, les toxémies sévères avec une tension artérielle supérieure ou égale à 24/12)
- ☛ Si la maturation pulmonaire fœtale est suffisante: rapport L/S supérieur à 2 ou le terme supérieur ou égal à 34 SA (test L /S non disponible au Mali).

Les médicaments tocolytiques sont des produits visant à supprimer les contractions utérines; ils ont des modes d'action différents déterminant ainsi les différents types de tocolytiques.

#### **4-2-1: Les Tocolytiques à action neurogénique:**

Ils sont soit :

- ☛ Centrales: les tranquillisants les opiacés
- ☛ Périphériques: nous pouvons citer les parasympathiques : ce sont les parasympathomimétiques neurotropes agissant au niveau synaptique.
- ☛ Orthosympathiques: parmi lesquels les bêtamimétiques à action beta 2 mimétiques.

#### **4-2-2 : Les Tocolytiques à action directes sur la cellule musculaire.**

Il s'agit :

- ☛ Des progestatifs
- ☛ Des antispasmodiques musculotropes: Spasfon Buscopan,
- ☛ Des myorelaxants Valium, praxilene,

#### **4-2-3 Les Tocolytiques anti prostaglandines:**

Ce sont les Anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS

#### **4-2-4 Les tocolytiques anti oxytocines:**

L'éthanol, abandonné à cause de l'état d'ébriété qu'il entraîne

**4-3 Les Bêtamimétiques :** ils sont efficaces et présente des effets secondaires cardio-vasculaires non négligeables. Les accidents de survenus (1%) suite à leur prise sont biens gérés.

##### **4-3-1. L'ISOXUPRINE:** Duvadilan

**Pharmacologie:** il a une action utérine, artériolaire avec vasodilatation par excitation du récepteur bêta 2, et musculotrope directe.

**Mode d'emploi:** il se donne par voie Intra veineuse en décubitus latéral gauche, en voie intramusculaire et par la voie Per os.

**La tolérance maternelle :** est marquée par une Hypotension artérielle, une tachycardie, des céphalées et des sueurs.

**La tolérance fœtale** est très bonne.

**Les indications:** la MAP avec hypertension artérielle car il est hypotenseur (augmente le flux sanguin rénal).

**Contre indications:** Les cardiopathies, l'hypotension, les métrorragies.

**Les Présentations:** il existe sous forme de comprimés sécables boîte de 50, et d'ampoules injectables de 2ml

**Les Posologies:** 2cp 3-4 fois /jour (toutes les 4-6h) ou 1amp en IM 3 fois/ jour

#### **4-3-2 : Le SALBUTAMOL : Ventoline**

Le Chlorhydrate de Ritodrine : Prepar

**Pharmacologie:** son action est Beta 2, Tocolytique et Broncho-dilatateur. Ces effets secondaires sont cardiovasculaires.

**Les Présentations :** il existe les formes : comprimée, suppositoire, aérosol, solution buvable et ampoule injectable de 1 ml

**Les posologies:** Chez l'adulte 2 Cp 3-4 fois / jour

Début du traitement : 1 Cp 3-4 fois /jour

Une amp inj de 0,5mg en sous cutanée chaque 4 heures si nécessaire en perfusion.

#### **4-3-3. La TERBUTALINE: Bricanyl**

**Les présentations:** il est présenté en comprimé sécable simple, comprimé LP 5mg, ampoule injectable de 1 ml, et forme aérosol

**Voie d'administration:** Elle est donné en Per os, sous cutanée, spray, et par voie intraveineuse

**Les posologies :** chez l'adulte: 3 Cp/J avant les repas ; 1-2 Cp de LP/ jour; 1 amp inj en sous cutanée chaque 6 heures.

Intraveineuse : 5ampoules par 250cc de sérum glucosé isotonique, 15à 20outtes par minute.

#### **Effets secondaires des bêtamimétiques :**

**Les effets métaboliques :** l'augmentation du système rénine-angiotensine-aldostérone entraîne une augmentation de la rétention hydrosodée d'où la contre indication de l'utilisation de sérum salé pour les perfusions par risque d'oedème pulmonaire.

L'hypokaliémie constante par passage intracellulaire de potassium du à l'augmentation de l'insuline réalisant des trouble du rythme cardiaque.

L'augmentation de la concentration de calcium intracellulaire surtout dans les cellules myocardiques réalise la nécrose myocardique d'où l'association souvent des antagonistes calciques (la VERAPAMIL).

L'hyperglycémie avec risque d'acidocétose chez les mères diabétiques

**Les effets cardiovasculaires :** Du côté maternel ces effets sont doses dépendantes. Nous pouvons citer une tachycardie, une tension moyenne inchangée ou diminuée, un débit cardiaque augmenté, des résistances périphériques diminuées.

A l'électrocardiogramme (ECG) nous retrouvons une tachycardie sinusale à 100-130 battements/mn, des extrasystoles auriculaire, une tachycardie fonctionnelle, un sus ou un sous décalage du segment ST avec aplatissement ou inversion de l'onde T.

Ces signes électroniques sont fonctionnels chez les sujets sans trouble de l'excitabilité ventriculaire, ils sont rares.

Parfois il s agit d'une angine de poitrine, d'une ischémie myocardique, d'une insuffisance cardiaque avec œdème aigu pulmonaire (OAP) chez les patientes.

Les atteintes de cardiopathies préexistantes, et enfin une hémodilution franche avec hypokaliémie sévère inférieure à 3 mmol / l

Du coté foetal il s'agit d'une tachycardie foetale si les doses sont élevées, d'une hyperglycémie, d'une lipolyse, d'une hypocalcémie et d'un iléus paralytique

**Les facteurs de risque au traitement par les bêtamimétiques.** Il s'agit de facteurs :

- cardiovasculaires à type de cardiopathie antérieure, d'hypertension artérielle, et d'une anémie gravidique.
- obstétricaux à type de grossesse gémellaire, d'hémorragie obstétricale, de césarienne, d'aggravation de l'acidose en cas de souffrance foetale.
- liés aux modalités thérapeutiques surtout la dose la durée, l'utilisation du sérum salé dans les perfusions supérieures à 21/24h : entraine un risque d OAP.

**Les interférences médicamenteuses:** l'association bêtamimétique et corticoïde à un risque d'hypokaliémie, d'aggravation de la rétention hydro sodée d'où la contre indication des corticoïdes à action minéralo - corticoïde (hydrocortisone). L'association avec l'atropine aggrave les effets cardiaques.

L'halothane aggrave l'effet bathmotrope positif avec risque de fibrillation ventriculaire. L'anesthésie péridurale aggrave l'effet vasodilatateur par blocage sympathique.

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

**NB:** en cas d'échec thérapeutique le traitement prolongé est dangereux il faudra accepter l'accouchement prématuré inéluctable .la voie IM est à proscrire car il y a des risques de pics sériques brutaux avec effets secondaires incontrôlables. La voie IV est déconseillée car risque de fibrillation ventriculaire puis arrêt cardiaque. La voie per os peut donner des accidents et créer des problèmes médicaux légers. La perfusion impose le repos à la gestante d'où son intérêt



#### **4-4. Les produits hormonaux : la Progestérone**

Il existe un risque de virilisation par les progestatifs synthétiques. L'action tocolytique des progestatifs existe jusqu'à 32 SA, ensuite diminue jusqu'à 36 SA puis devient nulle.

La progestérone est utilisée seule ou en association avec d'autres tocolytiques.

**Mécanisme d'action:** diminution de la sécrétion de prostaglandine, l'augmentation du catabolisme des prostaglandines le blocage des gaps jonctions nécessaires à la propagation de l'activité musculaire.

#### **Les posologies :**

Utrogestan 100mg: 1cp 3 fois /jour

Progestérone retard injectable: Voie IM profonde amp inj dosée à 250 mg /ml, 500mg /2ml.

La dose moyenne est de 250 à 500mg /semaine ou tous les 2j.

#### **4-5 Les anesthésiques: Seuls sont efficaces**

**Le Phénobarbital:** penthotal: entraîne une tocolyse incomplète avec diminution de l'activité bulbaire fœtale

**L'halothane:** fluotane entraîne une tocolyse complète avec toxicité fœtale.

#### **4-6. Les Antispasmodiques :**

Ils ne sont pas considérés comme de vrais tocolytiques ils ont une action relaxante sur le tonus utérin.

**Le SPASFON:** présentation en comprimé suppositoire, lyoc, ampoule injectable de 4ml.

Posologie: en traitement d'attaque 1-3 amp inj /24 h en IV, IM ou en perfusion, traitement entretien 4-6 CP ou 3 su ppos/24h.

**Le BUSCOPAN :** sous forme comprimé et en ampoule injectable

Posologie: même posologie que le spasfon

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

**4-7 Oxalate acide de Naftidrofury:** Praxilène

**Pharmacologie:** Spasmolytique musculotrope

**Mode d'emploi:** en perfusion en traitement d'attaque puis ensuite en per os

**Les effets secondaires:** chez la mère l'hypotension artérielle par voie IV, chez le fœtus on note une excellente tolérance.

Son efficacité est inférieure à celle des bêtamimétiques.

Les indications se résument à la MAP de faible gravité.

**Contre indication:** métrorragies importantes, l'hypotension artérielle

**Les posologies:** 3amp inj ou 6 gélules /jour

Solution injectable à 400mg (amp de 5ml) IM ou IV 1-2 fois /jour

En perfusion 200mg –400mg dans 500CC de sérum pendant 3h

**4-8- Les Antiprostaglandines:**

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

Ces règles d'utilisation sont les suivantes : Ne pas dépasser trois semaines de traitement.

Interrompre le traitement au cours de la trente cinquième SA.

Utiliser d'abord un bêtamimétique dans les 48h du traitement puis

**L'INDOCIDE** en cas de MAP sévère car risque d'accouchement prématuré sous traitement. Ne pas l'utiliser en cas de RPM.

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

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

#### **4-9 Accélérer la maturation pulmonaire fœtale:**

Par une corticothérapie: bêtaméthasone, Solumédrol avant la 35<sup>ème</sup> SA qui favorise la production de surfactant alvéolaire pulmonaire fœtal limitant en revanche le risque des maladies des membranes hyalines.

Contre indication de la corticothérapie: RPM (Rupture prématurée des Membranes)

#### **Posologie:**

**Solumédrol:** 20mg, 40mg, 120mg en voie IM, IV ou en perfusion. Dose usuelle est de 3 mg /kg /24h

Bêtaméthasone = celestène : posologie de 4 gouttes /kg /j pendant 5 à 10 jours ou une ampoule injectable le 1<sup>o</sup> jour puis une ampoule /semaine.

4-10 Conduite à retenir en cas de RPM

L'hospitalisation s'impose.

Avant la 37<sup>ème</sup> SA l'abstention thérapeutique, le bilan échographique donner la bêtaméthasone avant 34 SA, prévenir l'infection par une garniture propre ou stérile une antibiothérapie. Surveillance clinique de la patiente.

L'antibiothérapie systématique n'a pas fait la preuve de son intérêt dans le travail prématuré à membrane intacte. Dans la RPM nous retrouvons une prolongation de la grossesse et une diminution de l'incidence de la chorioamniotite et de l'infection néonatale. En revanche il n'est observé aucune modification significative du syndrome de détresse respiratoire, de l'entérocolite nécrosante et de la mortalité périnatale. Il y a donc une contradiction apparente entre un bénéfice obstétrical présumé (une grossesse plus longue), et l'absence de bénéfice néonatal évident. Malgré ces incertitudes l'antibiothérapie dans la RPM est largement admise.

## **5-12 Les inhibiteurs calciques**

Mécanisme d'action: inhibition des canaux calciques, fermeture des canaux calciques membranaires, entrée passive du calcium de l'espace extracellulaire vers le compartiment intracellulaire : empêchement de la contraction des fibres musculaire lisses.

Nifédipine= Adalate

Nicardipne= loxen

Ils sont efficaces mais le risque d'hypotension sévère est majeur d'où leur indication dans les menaces par toxémie gravidique.

Atosiban = Tractocile est aussi un antagoniste compétitif de l'ocytocine et entraîne une fermeture des canaux calciques avec blocage des récepteurs à ocytocine, inhibant ainsi les contractions utérine.

## **5-Evolution, Complication, Pronostic**

L'évolution est variable: soit il s'agit d'une régression spontanée de la MAP soit une aggravation vers l'accouchement prématuré. Malgré toutes les thérapeutiques instituées, on parle alors d'accouchement prématuré inéluctable. Les récives de MAP peuvent survenir à plus ou moins longue échéance. Le pronostic maternel est en général bon mais un état de morbidité ou de mortalité maternelle est à craindre devant certaines complications à savoir :

- La crise éclamptique; l'hémorragie avec ou sans choc hémorragique par suite d'hématome retro-placentaire, de placenta prævia et / ou d'hémorragie de la délivrance.
- L'anémie sévère pouvant être la traduction de la métrorragie répétée, des maladies hémolytiques.
- La psychose puerpérale surtout en cas d'antécédent d'accouchement prématuré à répétition.
- L'infection maternelle notamment l'endométrite en cas de RPM.

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

L'accouchement prématuré succède cliniquement à la MAP au cours duquel nous pouvons retrouver les contractions utérines qui augmentent de densité, de fréquence et deviennent très douloureuses. Le col utérin s'efface et dilate régulièrement.

Cet accouchement présente le plus souvent des caractères particuliers parmi lesquels nous retiendrons:

- La rupture prématurée des membranes (RPM),
- La présentation du siège y est très fréquente,
- L'expulsion est le plus souvent difficile
- L'accommodation de la présentation trop petite est médiocre,
- La mauvaise flexion de la tête réalise une progression lente du mobile fœtal se fait le plus souvent en position vicieuse (en occiputo-sacré: OS),
- Le périnée mal sollicité se distend imparfaitement constituant un obstacle contre lequel la présentation va longtemps butter allongeant ainsi le temps ou le délai d'expulsion avec un risque de souffrance fœtale pour un fœtus déjà fragilisé.

Nous distinguons trois types d'accouchement prématurés : AP inéluctable, AP évitable, AP salvateur.

Conduite à tenir devant un accouchement prématuré :

- L'asepsie rigoureuse est de règle.
- Au cours de la dilatation du col, pratiquer une cardiotocographie, une antibiothérapie si RPM, des ocytociques si le travail est lent sur la base du score de BISHOP.

- Pendant l'expulsion une épisiotomie large sera réalisée pour minimiser le traumatisme crânien ; ou la pratique d'un FORCEPS, ou des spatules de THIERRY.
- Les ventouses sont formellement contre indiquées.
- Dès la naissance il faut recueillir le nouveau né dans un champ stérile, le confier à un service de néonatalogie car cet enfant n'est pas à abri des risques comme :
  - L'hypothermie : liée à la minceur de la panicule adipeuse et aux pertes par convection, radiation et évaporation.
  - L'hypoglycémie et l'hypocalcémie
  - La détresse respiratoire : maladie des membranes hyalines (MMH) par déficit en surfactant responsable d'un collapsus alvéolaire expiratoire conduisant à un effet shunt intra pulmonaire avec hypoventilation alvéolaire nécessitant une ventilation mécanique (expose au pneumothorax).

Actuellement l'administration du surfactant par voie intrathécale est de pointe.

- Les complications neurologiques : hémorragie intra ventriculaire pouvant être responsable d'une hydrocéphalie post hémorragique, leucomalacie péri ventriculaire (nécrose de la substance blanche) pouvant évoluer vers une infirmité motrice cérébrale.
- Les complications digestives: entérocolite ulcéronecrosante Ictère, anémie, infections.

### **III- METHODOLOGIE**

#### **1- Cadre d'étude :**

Le CSRef de Kadiolo est situé au centre de la ville. De par sa situation géographique, son accès est facile. Le médecin chef actuel est le Docteur Bakary TRAORE.

#### **1.1 : Présentation du centre de sante de référence de Kadiolo :**

Le centre de sante de référence de Kadiolo comprend :

##### **1.1.1 : Infrastructures:**

- un bloc opératoire ;
- un bloc de soins ;
- un bloc chirurgical ;
- un bloc de médecine ;
- un bloc hygiène assainissement et service social ;
- une maternité et ses annexes.
- Il y'a eu la réalisation :
  - d'un bloc administratif en 1996
  - d'un bloc d'hospitalisation de chirurgie en 1997
  - d'une maison de passage en 1998
  - D'un dépôt répartiteur de cercle et un dépôt de vente en 1998
  - L'adduction d'eau autonome du CSRéf en 1998
  - Le service est actuellement en pleine réhabilitation.

##### **1.1.2 : Ressources humaines :**

Actuellement le centre de santé de référence dispose de 5 médecins dont 3 ayant une compétence chirurgicale, de 6 assistants médicaux respectivement dans les domaines de la santé publique, l'odontostomatologie, le bloc opératoire 2 et l'anesthésie, de 4 sages-femmes, de 3 infirmières obstétriciennes, de 2 techniciens supérieur de santé 5 techniciens de santé, et un technicien supérieur de laboratoire, de 3 aides soignants, d'un comptable, d'une caissière, de 3 gérants de dépôt de médicaments, d'une secrétaire, d'une matrone, de

3 manœuvres, de 3 chauffeurs de 2 dépisteurs, d'une lingère et d'1 gardien. La plus part du personnel de soutien (14) est payée sur le recouvrement des coûts et bénéfices générés par la vente des médicaments essentiels.

Le personnel qualifié demeure insuffisant et les départs à la retraite ne sont pas pourvus.

Le service du développement social et de l'économie solidaire dispose de 3 administrateurs sociaux et 1 technicien supérieur des affaires sociales.

Le personnel au niveau des CSCOM comprend :

- 22 infirmiers
- 28 matrones
- 17 gérants
- 17 techniciens de surface et gardiens

Cependant il existe une sage femme à Zégoua et deux infirmières obstétricienne à Kadiolo central.

### **1.1.3 : Equipements techniques :**

L'équipement technique indispensable au fonctionnement est disponible. Cependant le bloc ne dispose pas de circuit d'oxygène. Le CSRef de Kadiolo ne dispose toujours pas d'appareil de radiologie, ni d'échographie.

Malgré l'érection du CSRef en centre prescripteur d'ARV, son laboratoire dispose d'un spectrophotomètre non installé à cause de la réhabilitation.



### **1. 1. 4 : Moyens logistiques :**

Le parc auto du centre de santé de référence est constitué de six véhicules dont trois TOYOTA et trois Ambulances dont deux en mauvais état.

Les mobylettes au nombre de cinq permettent d'une part aux personnels de mener à bien les activités de supervision et d'autre part des moyens de liaison entre le domicile et le lieu de travail.

### **1.2 : Présentation du cercle de Kadiolo**

Le cercle de Kadiolo est situé à l'extrême Sud du Mali. Il est limité au Nord par le cercle de Sikasso, à l'Ouest par le cercle de Kolondièba, au Sud par la République de la Côte d'Ivoire, à l'Est par la République du Burkina Faso.

#### **1.2.1: Historique du cercle de Kadiolo**

L'histoire de Kadiolo a été marquée vers les années 1920 par l'existence de deux cantons :

- Le FOLONA regroupant les anciens arrondissements de Kadiolo et de Misseni administrés par **Bakary BAMBA**.
- Le KABOILA administré par **Dramane BERTHE** regroupait les anciens arrondissements de Fourou et de Loulouni.

Ces deux entités fusionnèrent par la suite en une seule pour donner naissance à la subdivision de Kadiolo dont les premiers occupants du chef lieu furent les malinkés dirigés par **More Moussa KEÏTA** venu de l'actuel Cercle de Kangaba.

A la longue le village fut envahi progressivement par les senoufo à telle enseigne que l'administration leur a été confiée par les malinkés.

Après une mésentente qui les a divisées les populations senoufo finirent par s'unir. Cette union appelée « KANDIOLI » concept senoufo signifiant littéralement « coudre le village>> donnant son nom au village qui par la suite par déformation est devenu « Kadiolo ».

La circonscription fut érigée en cercle en 1960.

Actuellement sur le plan administratif, le cercle est divisé en 9 Communes rurales et sur le plan sanitaire en 16 aires toutes fonctionnelles.

### **1.2.2 : Relief**

Constitué en majeure partie de plaine ; son relief peu accidenté est dominé à l'Est par les contreforts du massif de la Volta atteignant 200 à 300 m d'altitude dans la commune de Loulouni : le Faco Kourou. Au Sud dans la commune de Fourou se trouve un prolongement du fouta Djallon.

### **1.2.3 : Climat et végétation**

Le climat est de type soudano sahélien avec des précipitations annuelles pouvant dépasser la hauteur des 1000 mm.

On y distingue deux principales saisons ;

- une saison sèche allant de Janvier à Mai ;
- une saison pluvieuse couvrant la période de Mai à Octobre.

A celles-ci s'ajoute une saison intermédiaire allant de Novembre à Février.

La végétation est constituée par la savane herbeuse parsemée de grands arbres et de hautes herbes pendant l'hivernage.

Le long des cours d'eaux on assiste à la formation des forets galeries.

La circonscription compte deux forets classés ; celle de Kamberké dans la commune de Fourou et de Lougouani dans la commune de Misseni et 27 forets villageoises.

### **1.2.4 : Hydrographie**

La circonscription de Kadiolo est arrosée par de nombreuses rivières et leurs affluents dont les plus importants sont :

La Bagoë qui sert de frontière naturelle entre les cercles de Kadiolo et de Kolondièba :

Le Zeguedougou, l'un des affluents sépare la commune de Kadiolo de celle de Misseni, rendant l'accès de cette dernière très difficile voire impossible pendant l'hivernage. On y trouve aussi de nombreux lacs tels que Kambo, Zahlé, Katiorniba (Lofigué, Borogoba) et le lac Oulé.

### **1.2.5 : Voies de communications**

**Transport** : la principale voie de communication est la voie terrestre avec la route nationale N°7 (RN7) bitumée de Sikasso à Zégoua et qui se prolonge en

Côte d'Ivoire. Elle traverse le cercle sur 60 km. Les autres routes sont en latérite et difficilement praticables en saison de pluies.

Une piste d'atterrissage utilisée pour la mine existe à Syama dans la commune de Fourou située à 55 km à l'Ouest de Kadiolo.

Il existe un système RAC (Réseau Administratif de communication) permettant une communication régulière entre le CSRef et les 16 CSCom du cercle. Outre le RAC du cercle on compte deux autres (gendarmerie, et la CMDT).

**La couverture téléphonique** du cercle s'est enrichie avec l'installation de la fibre optique et le réseau GSM (MALITEL et ORANGE) qui couvre les 9 communes du cercle.

**Le paysage radiophonique** s'est amélioré par l'implantation des radios de proximité (9) et l'antenne TV /FM de l'ORTM.

### **1.2.6 : Population**

Le cercle de Kadiolo comptait 188575 habitants en 2008. La population est de 193667 après le recensement de 2009. La densité était de 23 habitants par km<sup>2</sup>.

La population est essentiellement composée de senoufo, de bambara, de peulh et de Samogho.

Le taux de croissance naturelle était de 2,7% par an.

### **1.2.7 : Culture – Tradition – Relief**

La population est fortement attachée à la tradition. Si en milieu rural la grande famille traditionnelle est conservée encore, dans les centres urbains, les familles tendent à se nucléariser du fait de l'influence occidentale.

En milieu rural c'est habituellement l'aîné qui gère les biens de la famille pendant que les biens privés se transmettent de père en fils.

La polygamie et le mariage précoce demeurent des pratiques courantes.

A côté de l'animisme qui est la religion prédominante on trouve l'islam et le christianisme. Toute fois il est important de noter que l'islam est en pleine expansion.

Les lieux de culte sont les bois sacrés, les marigots, les collines, les maisons fétiches, les mosquées, les chapelles catholiques et les temples protestants.

Les victimes des sacrifices sont le plus souvent le poulet, le chien et le bouc. La kola et la farine de mil sont parfois utilisées.

Les peuples senoufo et Samogho gardent encore les principales valeurs culturelles même si certaines d'entre elles ont été absorbées par les religions monothéistes.

Au niveau du village c'est le patriarche, généralement le plus âgé est chargé de diriger les cérémonies traditionnelles car il est plus proche des ancêtres. La société est paysanne et conservatrice.

Les personnes âgées sont maîtresses du patrimoine.

Les cérémonies rituelles sont secrètes et les réjouissances populaires.

Les cultes les plus pratiqués sont l'animisme, l'islam et le christianisme.

### **1.2.8: Flux migratoire**

Les mouvements migratoires sont intenses. Ils concernent les populations de régions du Nord venant s'installer à la recherche de terres fertiles et de pâturage d'une part et d'autre part l'exode des jeunes y compris les enfants vers les pays limitrophes notamment la Côte d'Ivoire à la recherche de gains pécuniaires.

Les communes de Kadiolo, de Zégoua, de Fourou, de Loulouni et de Misseni sont les localités les plus peuplées. Actuellement les pôles d'attraction de la zone sont : Zégoua du fait de sa situation frontalière et stratégique avec la Côte d'Ivoire par laquelle sont acheminés la plus part des produits d'importation et exportation du Mali ; les communes de Fourou et de Misseni à cause des activités minières (Massiogo ; Finkolo-Dadian, Alhamdoulaye ; Lollè et la mine de Syama).

### **1.2.8: Economie du cercle:**

Elle est basée sur:

- l'agriculture
- l'élevage
- la pêche
- le commerce

### **1.2.9 : Education**

Il existe dans le cercle 166 établissements d'enseignement fondamental dont 134 écoles du 1<sup>er</sup> cycle et 32 écoles du second cycle.

Le cercle compte 3 lycées et 1 centre de formation professionnelle.

Le taux de scolarisation des enfants de 7 à 12 ans était de 91,42% pour les garçons et 68,27% pour les filles soit un taux global de 79,84% pour l'ensemble. Le taux d'alphabétisation pour l'ensemble de la population totale était d'environ 20,16%.

Il existe trois établissements préscolaires abritant 233 enfants de 3 à 6 ans. Il existe cependant dans le cercle 72 écoles communautaires d'alphabétisation des enfants pour un effectif de 5 607 enfants inscrits. Le cercle compte également 7 medersas (6 du 1<sup>er</sup> cycle et 1 du second cycle) abritant environ 814 élèves dont 63 au second cycle.

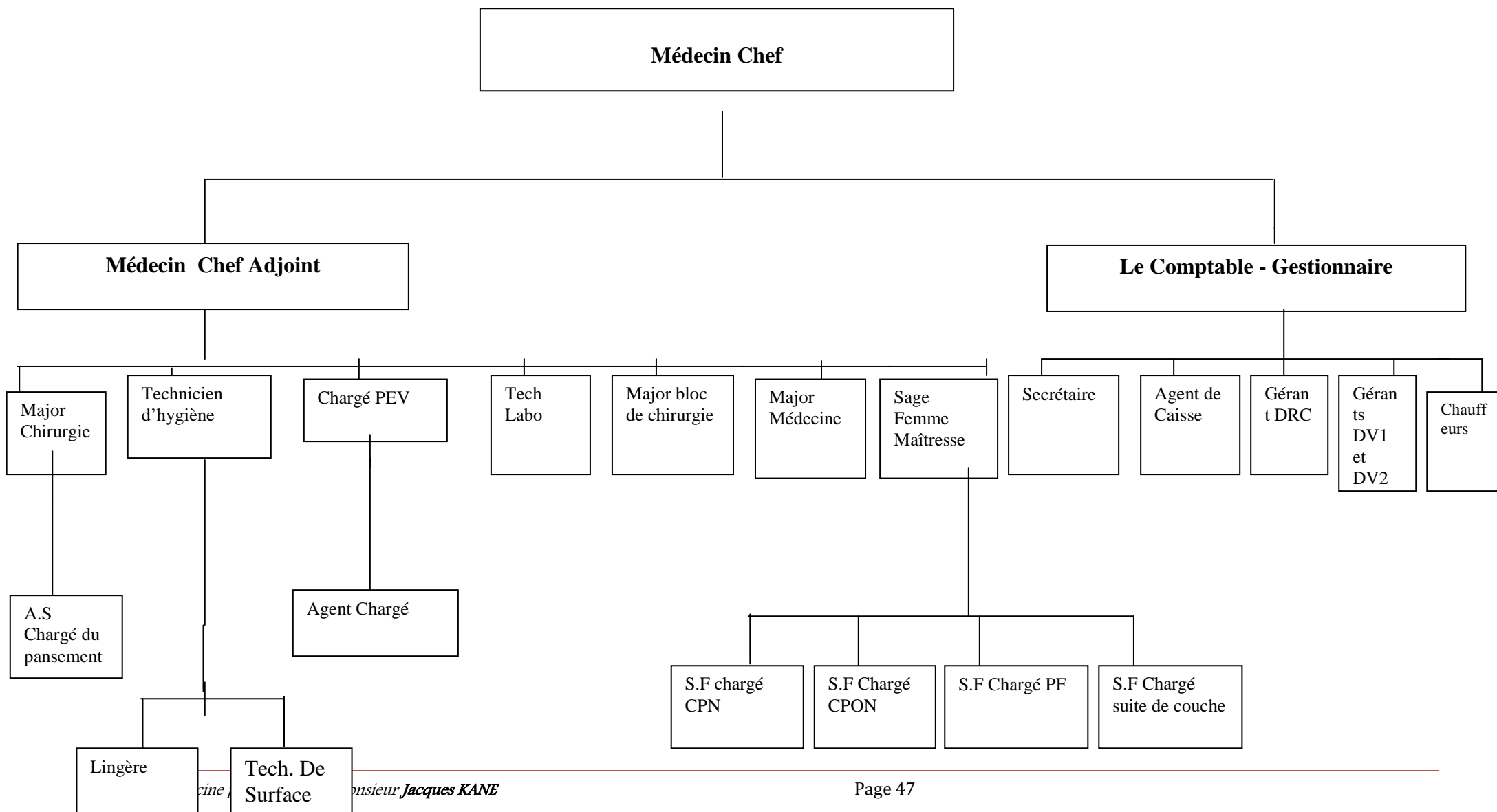
#### **1.2.10 Données sanitaires :**

Le cercle dispose d'un centre de santé de référence de 16 CSCom, de 5 dispensaires, de 12 maternités rurales, **de 3 cliniques**, de 3 cabinets de soins, de 3 officines de pharmacie, de 2 dépôts de vente de médicaments pour le CSRéf et d'1 par CSCom donc au total de 19 dépôt de vente, d'1 DRC, de 4 infirmeries (lycée, Mananza, Garnison, Fraternité).

#### **1.2.11 Moyens logistiques :**

Il existe une mobylette dans tous les CSCom grâce aux partenaires de proximité.

## ORGANIGRAMME DU CSREF DE KADIOLO



## **2. TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale.

## **3. Population d'étude**

Elle est représentée par l'ensemble des gestantes admises dans le service pendant la période d'enquête

## **4. Echantillonnage**

### **a. Les critères d'inclusion**

Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est comprise entre la fin de la 27<sup>ème</sup> SA et la fin de la 37<sup>ème</sup> SA et qui présente une menace d'accouchement prématuré.

### **b. Les critères de non inclusion.**

Les femmes enceintes avec un âge gestationnel inférieur à 27 SA ou un âge gestationnel supérieur à 37 SA.

### **c. Taille de l'échantillon**

Nous avons retenus 160 gestantes

## **5. Définition des variables**

**Gestité** : nombre de grossesse

**Parité** : nombre d'accouchement

**Nullipare** : N'ayant jamais accouché

Primipare : femme ayant accouché une fois

**Multipare** : femme ayant accouché quatre à six fois.

**Grande multipare**: femme ayant accouché plus de six fois.

**Indice de Baumgarten**: score qui permet d'évaluer la gravité de la MAP

**IBG**: < 3 = MAP légère ; IBG compris entre 3 et 6 = MAP moyenne ;

**IBG** > 6 = MAP sévère.



**Coefficient de risque d'accouchement prématuré** : il permet d'évaluer pour chaque gestante les risques d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

**Si CRAP** inférieur 5 = pas de danger de prématuré.

**Si CRAP** compris entre 5 et 10 = risque potentiel de prématuré.

**Si CRAP** > 10 = risque certain de prématurité.

**Pronostic maternel et foetal.**

**Pronostic Bon:** vivant sans séquelle.

**Pronostic réservé :** vivant avec séquelle

**Pronostic mauvais:** décédé

**Résultat du traitement:**

**Bon résultat:** accouchement à terme.

**Mauvais résultat:** accouchement prématuré

## **9. Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel épi info. (Version 60).

## IV RESULTATS

### 1. La fréquence :

160 cas de menace d'accouchement prématuré ont été enregistrés du 03 Mars 2008 au 28 Février 2009 sur 753 grossesses soit une fréquence de 21,25%

### 2. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau I** : répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
16- 19	34	21,25
20 -27	49	30,62
28 – 33	61	<b>38,13</b>
34- 39	10	6,25
40- 45	6	3,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

61 cas soit 38,13% sont dans la tranche d'âge 28-33

**Tableau II** : répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariée	151	<b>94,37</b>
Célibataire	9	5,63
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

151 cas soit 94,37% des patientes étaient mariées

**Tableau III** : répartition des patientes selon la principale occupation

Principale occupation	Effectif absolu	Pourcentage
Fonctionnaire	4	2,5
Ménagère	139	<b>86,88</b>
Commerçante	11	6,87
Elèves/étudiante	6	3,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Les ménagères ont été les plus représentées avec 139 cas soit 86,88% des cas.

**Tableau IV** : répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Kadiolo	126	<b>78,75</b>
Hors Kadiolo	34	21,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Dans 78,75% des cas les patientes résidaient dans la ville de Kadiolo

**Tableau V:** Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Senoufo	98	<b>61,25</b>
Samogho	15	9,37
Peulh	14	8,75
Bambara	10	6,25
Sonrhäi	9	5,63
Dogon	6	3,75
Minianka	3	1,87
Malinké	3	1,87
Sarakolé	2	1,26
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Les senoufo sont les plus atteints avec 61,25% des cas

### 3. Caractéristiques Cliniques

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

Gestité	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	23	14,38
Multigeste	88	<b>55</b>
Grande multigeste	49	30,62
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

88 cas soit 55% des gestantes étaient des multigestes

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

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	39	24,37
Primipare	32	20
Multipare	79	<b>49,38</b>
Grande multi pare	10	6,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

79 cas soit 49,38% des patientes étaient des multipares.

$X^2=15,13$

$p= 0, 00170$

**Tableau VIII**: Répartition des patientes selon leur antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortement

Antécédents	Effectif absolu	Pourcentage
<b>Avortement Spontané</b>	<b>38</b>	<b>23,75</b>
Avortement provoqué	14	8,75
Accouchement Prématuré	21	13,12
Aucun	87	54,38
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

23,75% soit 38cas des patientes avaient fait un avortement spontané  
 $X^2=81,25$      $P=0,00000001$

**Tableau VIX** : Répartition des patientes en fonction d'antécédents chirurgicaux

Antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
Césarienne	6	3,75
Myomectomie	2	1,25
Appendicectomie	3	1,88
Autres	12	7,50
<b>Aucun</b>	<b>137</b>	<b>85,62</b>
Total	160	100

On a retrouvé 85,62% de cas qui n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux.

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

Antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
HTA	38	23,75
Diabète	5	3,13
Hémoglobinopathie	0	0
Tuberculose	1	0,62
Asthme	2	1,25
<b>Néant</b>	<b>114</b>	<b>71,25</b>
Total	160	100

71,25% soit 114 cas des patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux connus.

**Tableau XI** : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Venue d'elle-même	126	<b>78 ,75</b>
Référée/évacuée	34	21,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

La référence-évacuation n'a concerné que 21,25% des cas

**Tableau XII** : répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale effectuée

Nombre de consultation prénatale	Effectif absolu	Pourcentage
Aucune CPN	42	26,25
1-3 CPN	88	<b>55</b>
≥ 4 CPN	30	18,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

42 cas soit 26,25% des gestantes n'avaient fait aucune CPN.

**Tableau XIII** : répartition des patientes selon la durée de l'intervalle intergénésiq

Intervalle intergénésiq	Effectif absolu	Pourcentage
< 2ans	101	<b>63,12</b>
≥ 2ans	59	36,28
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

101 cas soit 63,12 des patientes avaient un IIG inférieur à deux ans ;

#### 4. Motif de consultation

**Tableau XIV:** répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Algie pelvienne	106	<b>66,25</b>
Hyperthermie	21	13,12
Ecoulement à la vulve	6	3,75
Saignement à la vulve	10	6,25
Trouble urinaire	8	5
Lombalgie	7	4,38
Vertige	2	1,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Les algies pelviennes ont été les plus représentées avec 66,25% soit 106cas.  $X^2= 422,26$        $P = 0,00000001$

#### 5. Les causes

**Tableau XV :** répartition des patientes selon les causes

Causes	Effectif absolu	Pourcentage
<i>Cause utérine</i>		
Béance cervico- isthmique	3	1,88
<i>Cause ovulaire</i>		
Grossesse multiples	20	12,50
Rupture prématurée des membranes	2	1,25
Hématome rétro placentaire	1	0,62
<i>Cause générale</i>		
Paludisme	25	15,62
Infection urinaire	35	<b>21,88</b>
HTA	8	5
Anémie	6	3,75
<i>Cause idiopathique</i>	60	<b>37,5</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>



En dépit de la fréquence des infections urinaires 21,88%, 60 cas soit 37,5% n'avaient aucune cause évidente.

**Tableau XVI** : répartition des patientes selon : IBG

IBG (points)	Effectif absolu	pourcentage
<3 (MAP légère)	98	<b>61,3</b>
3-6 (MAP modérée)	50	31,2
>6 (MAP sévère)	12	7,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

98 cas soit 61,3% des patientes avaient des menaces légères

**Tableau XVII** : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
1- 7	131	<b>81,87</b>
8-15	20	12,50
16-23	6	3,75
24-30	3	1,88
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5 jours avec des extrêmes de 1 à 30 jours

81,87% des patientes ont eu une durée d'hospitalisation comprise entre 1 et 7 jours

**Tableau XVIII** : répartition des patientes selon le traitement.

Traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Antispasmodique	148	<b>92,50</b>
Inhibiteur calcique	8	5
Bêtamimétique	4	2,5
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Les antispasmodiques avaient été utilisés dans 92,50% des cas.

**Tableau XIX** : répartition des patientes selon le traitement étiologique

Traitement étiologique	Effectif absolu	Pourcentage
Antipaludique+repos	25	15,62
Antibiotique+repos	35	21,88
Antihypertenseur+repos	8	5
Transfusion sanguine+repos	6	3,75
Repos	86	53,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Dans 53,75% la prise en charge n'avait pas nécessité de traitement étiologique des cas.

**Tableau XX** : répartition des patientes selon le terme de l'accouchement

Terme de l'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
31SA-34 SA	10	6,2
34-36SA+6jours	29	18,1
37SA	121	<b>75,7</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

121 cas soit 75,7% des patientes ont accouché à terme

**Tableau XXI** : répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage
Voie basse	133	<b>83,1</b>
Césarienne	27	16,9
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

133 cas soit 83,1% des patientes ont accouché par la voie basse

**Tableau XXII** : répartition des patientes en fonction de la présentation du fœtus au cours du travail de l'accouchement

Présentation du fœtus	Effectif absolu	Pourcentage
Céphalique	127	<b>79,4</b>
Siège	30	18,8
Transversale	3	1,8
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Dans 127 cas soit 79,4 des accouchements la présentation était céphalique

**Tableau XXIII** : répartition des patientes en fonction du degré de la MAP lors de l'accouchement

Accouchement IBG (points)	A terme		Prématuré		Total	
	cas	%	cas	%	Cas	%
<3 (menace légère)	90	<b>74,4</b>	8	20,6	98	<b>61,25</b>
3-6(Menace modérée)	30	24,8	20	<b>51,2</b>	50	31,25
>6(menace sévère)	1	0,8	11	28,2	12	7,50
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

11 cas sur 39 soit 28,20% de MAP sévères ont accouché avant le terme. Les MAP légères (74,4% soit 90 sur 121 cas), les MAP moyennes (24,8% soit 30 sur 121 cas) ont accouché à terme.

**Tableau XXIV** : répartition des nouveau-nés selon leur poids de naissance

Poids du nouveau-né en (grammes)	Effectif absolu	Pourcentage
1000-2400	55	<b>34.75</b>
2500-3500	89	55.63
3600-3900	20	12.50
>3900	6	3.75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Le poids moyen de naissance est de 2748,7 grammes plus ou moins 690 grammes 55 nouveau-nés soit 34,75% étaient de petits poids à la naissance.

**Tableau XXV:** répartition des nouveau-nés selon leur score d'Apgar à la naissance

Score d'Apgar	Effectif absolu	Pourcentage
1 - 3 (mort apparente, mort-né)	12	7.5
4-7 (souffrance fœtale)	40	25
>7 (bon pronostic)	108	<b>67.5</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

108 nouveau-nés soit 67,5% avaient un APGAR supérieur à 7  
 La mortalité étant le rapport du nombre de mort-nés sur le total des naissances correspondait ici à 7,5% soit 12 cas.

**Tableau XXVI:** répartition selon le pronostic maternel

Pronostic maternel		Effectif absolu	Pourcentage
Vivante	Avec séquelles	5	3.12
	Sans séquelles	154	<b>96,25</b>
Décédée		1	0.63
<b>Total</b>		<b>160</b>	<b>100</b>

Le pronostic maternel reste en général bon avec 154 cas soit 96,25% de mères vivantes sans séquelle.

**Tableau XXVII** : répartition des gestantes selon le résultat du traitement

Résultat du traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	151	<b>94,38</b>
Mauvais	9	5,62
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Le traitement apporté aux gestantes s'est avéré bon dans 94,38%des cas.

Bon: Accouchement à terme

Mauvais: Accouchement prématuré

## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Cette étude prospective descriptive et transversale nous a permis de recenser 160 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur une période de 12 mois (du 03 mars 2008 au 28 février 2009).

### **1. La fréquence :**

La fréquence de la MAP au CSRef de Kadiolo était de 21,25%, Keita A [31] et Doumbia A [32] ont trouvé respectivement 29% et 18,75%.

### **2. L'analyse des paramètres sociodémographiques :**

#### **2.1 L'âge:**

La majeure partie des patientes avait un âge compris entre 16 et 30 ans. La tranche d'âge de 28 à 33 ans était la plus représentée avec 61 cas soit 38,13%. Cette tranche d'âge correspond à celle de la femme en pleine activité génitale. Les âges extrêmes sont entre 16 à 43 ans.

#### **2.2 : Résidence:**

126 cas soit 78,75% des patientes résidaient à Kadiolo.

#### **2.3 L'ethnie:**

L'ethnie senoufo a été la plus représentée avec 98 cas soit 61,25%

#### **2.4 Profession:**

Dans notre population d'étude les ménagères ont été les plus représentées avec 139 cas soit 86,88%.

#### **2.5 Gestité et Parité:**

Les multigestes avec 53% des cas ont constitué la population la plus forte dans notre série ; tandis que Doumbia A [32] et Keita A [31] ont trouvés respectivement 74% et 76% des cas.

Les multipares avec 49,38% des cas ont constitué la plus forte population dans notre série; tandis que Doumbia A et Keita A ont trouvés respectivement 65% et 59% cas.

### 3. Les Antécédents personnels de la gestante :

Les Antécédents d'avortement spontané ont représenté 23,75% ; ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Doumbia A et Keita A respectivement 30,2% et 30,6% [31,32] . L'accouchement prématuré a représenté 13,12%.

Les ATCD chirurgicaux ont été dominés par la césarienne avec 3,75% ; l'HTA a dominé les ATCD médicaux avec 23,75%.

### 4. Motif de consultation :

Les algies pelviennes ont été les principaux motifs de consultation avec 66,25% de cas tandis que Doumbia A et Keita A ont trouvés respectivement 74% et 96% [31,32] , ensuite suivait l'hyperthermie avec 13,12% et les Saignements à la vulve avec 6,25%.

### 5. Nombre de CPN et la durée l'IIG :

42 cas soit 26,25% n'ont fait aucune CPN. 88 cas soit 55% ont effectué la CPN comprises entre 1-3.

101 cas soit 63,12% des patientes avaient un IIG < 2 ans.

- **Causes générales:**

Les infections urinaires avec 21,88% et le paludisme au TDR et à la goutte épaisse avec 15,62% étaient au premier rang. Ces taux pourraient s'expliquer par le non suivi ou le suivi incorrect des CPN.

Keïta A, Sidibé B ont enregistré des cas d'infections urinaires dans 46% et 54,4% [32,22] tandis que 21,2% a été trouvé par Doumbia A [31].

- **Causes utérines :**

La béance cervico-isthmique a été la seule cause utérine retrouvée avec 3 cas soit 1,88%. Doumbia A [31], Keïta A [32], Sidibé B [28] ont trouvé respectivement 2,6%, 76,3% et 65,3%. Le diagnostic de ces



béances a été posé bien avant la 16SA à l'échographie et c'est ce qui nous a permis de réaliser le cerclage chez ces patientes.

- Causes ovulaires:

La grossesse multiple a été la cause ovulaire la plus observée avec 12,5%; Doumbia A [32] a trouvé 7,9% par contre Keïta A [31], Sidibé B et Cissé GH [4] ont trouvé le placenta prævia comme la cause la plus fréquente avec respectivement 40,3%, 22% et 25%.

La RPM est la deuxième cause ovulaire observé avec 1,25%. Doumbia A [32] ; Keïta A [31] et Keïta M [15] ont trouvé respectivement 4%, 2% et 0, 95% des cas.

- Causes idiopathiques :

La proportion de MAP d'étiologie inconnue était de 37,5% de cas .

11Cas soit 28,20% des accouchements prématurés avaient des MAP Sévères; les MAP légères 74,4% soit 90cas, les MAP moyennes 24,8% soit 30cas ont accouché à terme.

Ceci trouve sa traduction sur la possibilité de modifier la seconde classe de facteurs de risque du CRAP en particulier:

- ✓ Le mode de vie, les efforts physiques par le repos ou l'arrêt du travail.
- ✓ Les infections urinaires cervico-vaginales par leur dépistage et leur traitement adapté.
- ✓ La béance cervico-isthmique par le cerclage
- ✓ La prise en charge adéquate des toxémies gravidiques
- ✓ Le dépistage des facteurs de risque au cours de a grossesse est très important pour la mise en route d'une bonne stratégie comme stratégie de prévention

#### 6. Prise en charge:

- **Hospitalisation:** elle a été systématique.

Les MAP légères ont reçu un traitement en ambulatoire par voie orale, par contre les MAP moyennes et sévères ont bénéficié d'un traitement parentéral puis oral de durée variable selon l'étiologie suspectée ou retrouvée.

Le produit le plus utilisé a été triméthylphloroglucinol (le spasfon) en raison de 6 ampoules dans 500 ml de sérum physiologique à faire passer pendant 48 heures. Le relais est pris par la forme comprimée en raison de 2 comprimés trois fois par jour.

148 patientes soit 92,50% ont reçu ce traitement.

Les inhibiteurs calciques ont été utilisés surtout chez les hypertendus. La molécule de référence a été la nifédipine en raison de 1 comprimé 3 fois par jour.

La chimioprophylaxie anti-palustre et la supplémentation en fer ont été instaurées chez les patientes n'ayant pas suivi de CPN dès le premier contact.

Les autres thérapeutiques instituées ont été faites en fonction de l'étiologie du facteur déclenchant et des tableaux cliniques associés. Il s'agit d'antibiotique d'antipaludique, de transfusion sanguine et d'antihypertenseur.

## **7. L'évaluation du traitement**

Le protocole thérapeutique utilisé par le service à fait preuve d'efficacité ; sur les 160 admises pour MAP durant notre période d'étude, 121 gestantes soit 75,70% ont accouché à terme, 39 gestantes soit 24,30% ont fait un accouchement prématuré.

## **8. Le pronostic**

### **• Fœtal:**

Avec 34,75% de petits poids de naissance, 3,75% de macrosomie fœtale, 55,63% des naissances étaient de poids normal avec dans l'ensemble un poids moyen de 2748,7g plus ou moins 290g. Tous les nouveau-nés vivants étaient de morphologie normale. 7,50% de mort-

nés avaient comme étiologie la toxémie gravidique avec ou sans HRP, la souffrance fœtale, le placenta prævia, la RPM

- **Maternel:**

A l'opposé du pronostic fœtal, le pronostic maternel est en général bon. Cependant nous avons eu 3,12% de morbidité maternel avec séquelles représentées par :

- ✓ L'anémie qui a causé un cas de décès maternel dans le post-partum.
- ✓ un syndrome dépressif qui serait lié aux décès néonataux ou périnataux ou les mort-nés, syndrome accentué chez des femmes ayant déjà un antécédent d'avortement, de prématurité et/ou de mort-nés.

## **VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION**

Du 03 Mars 2008 au 26 février 2009 nous avons effectué une enquête auprès de 160 gestantes au centre santé de référence de Kadiolo.

Cette étude nous a permis de mettre en exergue les faits suivants:

La MAP est une pathologie très fréquente avec une prévalence de 21,25%.

L'âge et le statut matrimonial des gestantes sont des variables dont l'interprétation en termes de facteurs de risque n'a pas été aisée, l'hyperactivité avec des efforts physiques intenses sont des facteurs clés dans la genèse de la MAP.

Les antécédents personnels obstétricaux de la gestante tels que les avortements spontanés (38 cas soit 23,75%), l'accouchement prématuré (21 cas soit 13,12%), la césarienne (6 cas soit 3,75%) occupent une place importante dans l'avènement de la maladie.

Les motifs de consultation se réduisent essentiellement aux algies pelviennes, aux métrorragies, à l'hyperthermie, et /ou l'écoulement du liquide amniotique.

Moins les gestantes font les CPN, plus elles s'exposent au risque de faire une MAP et plus la durée de l'IIG est longue moindre est le risque de survenue de la MAP.

La prise en charge de la MAP est fonction de l'étiologie retrouvée et de la gravité des symptômes. La réussite de celle-ci nécessite un diagnostic précoce afin d'entreprendre une attitude préventive et /ou traitement curatif permettent d'améliorer le pronostic maternel et foetal.

## **2. RECOMMAMNDATIONS:**

Au terme de cette étude certaines recommandations sont proposées:

### **2.1 : Aux femmes enceintes:**

- ✓ faire des CPN précoce
- ✓ Respecter les consignes données par les agents de santé

### **2.2 Aux personnels socio sanitaire**

- ✓ Cesser les CPN a domicile,
- ✓ Rechercher systématiquement à chaque CPN les facteurs de risque étiologique compromettant le bon déroulement de la grossesse et ou empêchant celle-ci d arriver a terme à savoir les grossesses précoces, les travaux physiques très intenses, le manque d'hygiène,
- ✓ Prévenir, prendre en charge ou référer précocement toute femme présentant des facteurs de risque.

### **2.3 Aux autorités**

- ✓ Instaurer des programmes de formation continue pour le personnel ayant en charge les CPN et l'accouchement,
- ✓ Approvisionner le CSRef en matériel nécessaire pour la prise en charge de la MAP.

## VIII- REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1- AUDRIN P

La prématurité. 1995 (1) 230p [www.gyneweb.fr](http://www.gyneweb.fr)

Guide de surveillance de la grossesse de l'ANDEM

### 2- ANDRE B, MICHEL T.

Guide de surveillance de la grossesse de l'ANDEM

19<sup>ème</sup> journée de Gynéco, Nice 16 juin 2001.

### 3- BERGHELLA V, WEINER S

Mesure de la longueur cervicale, l'échographie comparée à l'examen clinique.

Journée Gynécoco-obst, 1997 ; 177 : 723-730.

### 4- BONARDI J M

Prématuré de très petits poids de naissance. Edit maloine, 1999. (1), 235p

### 5- CISSE G H

Décollement prématuré du placenta prævia anormalement inséré et de ces formes graves.

These Med, Bamako, 1988, 153p, N°88M1

### 6- DYSON D C, DAMBE K H, NEWMAN L A.

Le monitoring des femmes à risque pour l'AP

Med 1998, 338 : 15-19.

### 7- FERNANDEZ H, VILLE Y

Menace d'accouchement prématuré.

Encycl. Med Chir., (Paris), les urgences, 24213 A20, 1992

### 8- FIELD, MAIER, NEWMAN

Suivi à domicile des femmes avec risque d'accouchement prématuré.

Journées Gynéco-Obst 1998 ; 338 : 15-19.

**9- GILSTRAP L, C BROEN C E**

Prévention de la prématurité et de ces complications prématurées.

Journées de Gynéco-Obst 1988 ; 51 : 71-77

**10- GOLDENBERG R L.**

Longueur cervicale et risque d'accouchement prématuré.

Journées de Gynéco-Obst 1996,334 :567-572

**11- GUERIN B**

Echographie en pratique obstétrique.

Edit Masson, (Paris), 1992

**12- HAWARYLSKY P**

Rupture prématurée des membranes, rôle de la protéine C réactive dans la protection contre la chorioamniotite

Encycl. Gynéco-Obstet, 1983, 147-240

**13- INSERM**

La grande prématurité: dépistage et prévention, Paris, 1997.

**14- JACQUENTIN B, FONDRINIER**

**La RPM**

Journées Gynéco-Obstet, Paris 1986 : 15-37

**15- KEITA M F**

RPM : aspects épidémiologique, clinique à propos de 225

Cas au centre de santé de référence du Quartier Mali.

Thèse Med, Bamako, 2001.

**16- LEFEBRE G**

MAP en urgence médico-chirurgicale de l'adulte

Edit Maloine, 1991. 824-827.

**17-LEWIS R, SALAMA M, WALSH M A.**

La terbutaline per os après tocolyse parentérale: étude randomisée en Double aveugle contre placebo.

1996/ 175 : 834-837

**18-MAMELLEN N, SEGUEILA M, MUNOZ F, BERLAN M.**

Prévention d l'accouchement prématuré : bénéfice du soutien psychologique.

1997 ; 177 : 947-952.

**19-MERGER R**

Précis d'obstétrique

6<sup>ème</sup> Edit, Masson (Paris), 1995 : 227-228.

**20 PAPERNICK E, CBROL D, PONS J CI.**

Obstétrique.

Menace d'accouchement prématuré, 1995 : 645-664

**21 RAULT Ph.**

Mise en ligne, septembre 2000. [www.adrenaline112.org](http://www.adrenaline112.org)

**22- ROMERO R, OYAZUM E, MAZOR M**

L'analyse de la relation entre la bactérie asymptomatique et le prématuré.

Edit Maloine, 1989,73 : 576-582.

**23-ROMERO R et al**

Antagoniste des récepteurs à l'ocytocine dans le traitement de la MAP.

Edit Maloine, 2000 ; 182 : 1173-1183.

**24-ROZEBERG P**

Valeur prédictive de la mesure échographique du col utérine dans la MAP.

1998, Dossier FMC/ obstétrique 2001 : 129-142.



**25-ROZEBER P J**

Tocolyse, utilisation des bêtas mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré: revue critique de la littérature. 30 mai2001 : 221-230.

**26- SARRUT S**

Examen du placenta en cas de RPM chez le prématuré  
Med périnat, 5<sup>ème</sup> journée, Le Touquet, Paris, Arnette 1975.

**27- SCHERYER P, CASPI E, BARNETTANT T.**

La valeur prédictive du score de Bishop en cas d'accouchement prématuré  
1989,161 : 886-889.

**28- SIDIBE B**

Contribution à l'étude des accouchements prématurés en milieu obstétrical  
Bamakois (140 cas) Tese de Médecine BKO 1986 n°45

**29- TSATSARIS V, CARBONNE B**

Tocolyse avec les inhibiteurs calciques  
30 mai 2001 : 246-251.

**30- STEPHANE St L**

Pise en charge d'une MAP.  
Rev Med Développe et santé1999, 140.

**31KIETA A**

Aspect socioepidemiologique, clinique et thérapeutique de la menace  
d'accouchement prématuré à maternité René cissé d'hamdallaye a propos de  
150 cas, Thèse de Médecine BKO 2003 ; N°45

**32DOUMBIA A**

Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie  
obstétrique du centre de sante référence de la commune du district  
de bko. Thèse de Médecine BKO 2006 N°358

## **FICHE D'ENQUETE**

### **I/ IDENTITE**

Adressée par.....  
Nom : .....  
Prénom:.....  
Age..... Ans.....  
Résidence: .....  
Date d'entrée:.....  
Date de sortie:.....  
Durée d'hospitalisation..... jours

### **II/ STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:**

Profession  
Statut matrimonial  
1 Célibataire  
2 Mariée  
3 Monogamie  
4 Polygamie  
5 Divorcée  
6 Veuve  
Adresse du mari  
Profession du mari  
Mode de vie:  
1- Rural  
2- Urbain  
Mode d'alimentation au cours de la grossesse  
Activités journalières  
1- .....  
2- .....  
3- .....  
4- .....

### **III/ MOTIFS DE CONSULTATION:**

Algies pelviennes  
Hyperthermie  
Ecoulement génital (préciser)

Saignement génital (précise)  
Troubles urinaires  
Autres (préciser).

**IV/ ANTECEDENTS:**

Familiaux:

- 1- HTA
- 2- Diabète
- 3- Hémoglobinopathie
- 4- Autre (préciser)

Personnel:

**1- Médicaux:**

.....  
.....  
.....  
.....

**2- Chirurgicaux:**

Césarienne  
Myomectomie  
Autres (préciser)

**3- Obstétricaux**

- ▶ Gestité
- ▶ Parité
- ▶ Nombre d'enfants vivants.....
- ▶ Dernier enfant.....
- ▶ Avortement spontané.....Nombre..... Age de la grossesse  
.....  
.....
- ▶ Avortement provoqué.....Nombre.....Age de la grossesse.  
.....  
.....
- ▶ Accouchement prématuré .....Nombre.....Age de la grossesse  
.....  
.....
- ▶ Devenir du fœtus
  - ◆ K Vivant
  - ◆ Décédé
  - ◆ Mort né

▶ Curetage.....Nombre..... Age de la grossesse  
.....  
.....  
.....

- ▶ Nombre de CPN effectuées
- ▶ Nombre (préciser)

**4- Gynécologique:**

DDR  
Dyspareunie  
Troubles urinaires  
Masses pelviennes  
Autres (préciser)

**V/ ETIOLOGIES:**

- 1- Cause utérines:
  - Béance cervico-isthmique
  - Myomatose utérine
  - Hypotrophie utérine
  - Autres (préciser)
- 2- Causes ovulaires:
  - Grossesses multiples
  - Excès de liquide amniotique
  - Rupture prématurée des membranes.
  - Infection ovulaire.
  - Autres (préciser)

3- Causes générales:  
.....  
.....  
.....

4- Causes socio-économiques:  
.....  
.....  
.....

Coefficient de risque d'accouchement prématuré CRAP:

**VI/ DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE:**

- 1- Interrogatoire :
  - ▶ DDR .....
  - ▶ Age de la grossesse.....
  - ▶ Douleurs pelviennes.....
    - Mode de début.....

- Fréquence.....
- Périodicité.....
- Intensité.....
- Horaire.....
- Siège.....

## 2- Examen physique :

### ► Inspection

- Etat général
- Abdomen

### ► Palpation

- Abdomen souple
- Contraction utérine
  - Fréquence
  - Durée
  - Régularité.
- Contractions utérines physiologiques.

### ► Hauteur utérine en ..... cm

### ► Examen au spéculum.

- Etat du vagin
- Etat du col
- Leucorrhée pathologiques
- Perte de sang si oui préciser l'origine
- Perte de liquide amniotique (préciser la quantité)
- Autres (préciser)

### ► Toucher vaginal

- Col
  - Longueur
  - Consistance
  - Position
  - Dilatation
- Présentation
- Autres (préciser)

### ► Examen général:

- Pouls
- TA
- Température
- FR
- FC
- Conjonctives.

### ► Etat neurologique

### ► Etat psychologique

### ► Vie de relation

**Indice de menace d'accouchement prématuré de BAUM GARTEN:**

**VI / EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**

1- Echographie pelvienne

.....  
.....  
.....  
.....

2- Goutte épaisse

.....  
.....

3- ECBU+Antibiogramme

.....  
.....  
.....

4- PV+Antibiogramme

.....  
.....  
.....

5- Sérologie toxoplasmique

- IgM
- IgG
- IgA

6- BW

.....  
.....

7- Glycémie

.....  
.....

8- NFS

.....  
.....  
.....  
.....

**9- Autres (préciser)**

.....  
.....  
.....

**10- Score biophysique de Manning :**

.....  
.....  
.....

**VII/ PRISE EN CHARGE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **Fiche Signalétique.**

**Nom : Kané**

**Prénom : Jacques**

**Titre de la thèse : la menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de Kadiolo.**

**Année universitaire 2009-2010**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Pays d'origine : Mali**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque.**

**Secteur d'intérêt Obstétrique, Santé Publique**

### **Résumé :**

Cette étude transversale, descriptive nous a permis de recenser 160 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur une période de 12 mois (du 03 mars 2008 au 28 février 2009)

La MAP est fréquente dans notre service (21,25%)

Les facteurs de risque identifiés ont été :

La multigestité (23,75%)

L'avortement spontané (23,75%)

La grossesse multiple (49,38%)

La faible couverture prénatale (26,25% n'avait fait aucune CPN et 55% ont fait 1-3 CPN)

Le bas niveau socio-économique

L'effort physique débordant

La courte durée d'IIG (63,12% des patientes avaient un IIG inférieur à 2 ans)

La prise en charge rapide et adéquate de la MAP améliore le pronostic foetal



**Mots Clés:** menace d'accouchement prématuré; prise en charge; pronostic materno-fœtal.

## SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

**Je ne participerai** à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

**Je le jure.**