

Etude épidémiologique-clinique de l'accouchement prématuré à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Université des sciences des techniques et
Des technologies de Bamako (USTTB)

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odontologie - Stomatologie

Année universitaire 2014 – 2015

N°

.....

TITRE

ETUDE EPIDEMIO - CLINIQUE DE
L'ACCOUCHEMENT PREMATURE A
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2016
Devant la faculté de médecine et d'odontologie – stomatologie par

M. Seydou ARAMA

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président :

Pr. Issa DIARRA

Membre :

Dr. Famakan KANE

Co- directeur:

Dr. Tioukani A. THERA

Directeur de thèse :

Pr. Youssouf TRAORE

DEDICACE

De tout cœur, je dédie ce travail :

A ma mère : Hawa ARAMA

Ce travail est le fruit de tes énormes sacrifices. Ton amour est pour moi une source inestimable de courage et de persévérance quotidienne. Très chère maman, te dédier ce travail n'est que le minimum que je puisse faire à ton endroit tout en te témoignant ma profonde gratitude et mon amour profond. Que Dieu te bénisse et t'accorde une longue vie.

A mon père : Feu Ousmane ARAMA

Je ne saurais comment vous exprimer ma gratitude et mon profond amour, vous avez guidé mes premiers pas vers l'école primaire, votre affection, votre soutien moral et financier ne m'ont jamais fait défaut, ce travail est le votre, nul ne peut contre la volonté du Tout Puissant, dort en paix papa.

REMERCIEMENTS :

Je remercie

Allah le tout puissant

Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux

Louange et gloire à toi, Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour important dans ma vie.

Que ta volonté soit faite, Amen.

Son prophète Mohamed

Salut et paix sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mes Oncles et Tantes

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

A mes Frères et Sœurs :

Moumini, Alpha, Issa, Daouda, Youssouf, Arouna, Yaoumou, Djeneba, Madina pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et

persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens et nous prête longue vie.

A Bokèry Michel Arama et famille

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

Au tonton Ely Arama et famille : vous avez été plus qu'un tuteur pour moi à Bamako par vos multiples soutiens et encouragement durant tant d'années. Je ne saurai vous remercier pour tous les bienfaits que vous m'avez procuré ; que Dieu vous le rende au centuple et qu'il vous gratifie de son paradis.

A mon épouse Monique Arama : Pour ton affection, ton esprit communicatif et ton encouragement ; Merci ma chérie, que DIEUX nous accorde une longue vie pleine de succès.

Mes collègues, compagnons et amis : Hamady Arama, Dr. Moise Sangala, Adama Togo, Dr. Jean Paul Somboro, Moise Arama, Dr. Bouaré Daniel, Dr. Adama Samassekou, Hamadoun Niangaly, lieutenant Hamidou Traoré, Adama Diarra, ce travail vous appartient ; Vous m'avez ouvert vos cœurs sans réserve et accepté comme un frère. Ce soutien moral dont nous avons tous besoin dans les moments difficiles, vous me l'avez toujours accordé.

Je ne remercierai jamais assez le destin d'avoir permis que nos chemins un jour se soient croisés

Puisses le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront pour nos bonheurs.

A mon maître du 1^{er} cycle **Adama Paul Damango**, et à tous ceux qui m'ont enseigné en passant par l'école Privée catholique de Bandiagara, le Lycée Hammadoun Dicko de Sevaré.

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Nos hommages respectueux.

A tout le personnel de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti, particulièrement ceux du service de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairais les noms. La formation que j'ai reçue à vos côtés toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

A tous mes collègues en thèse et aînés déjà docteurs, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecine. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

A mes collègues et cadets académique « TOMON »

A l'Association des Etudiants Ressortissants de la région de Mopti et sympathisant (AERMOS).

A la Jeunesse Ginna Dogon de la FMPOS.

A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie,

Etude épidémiologique de l'accouchement prématuré à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie,

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement,

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance,

A ceux que je n'ai pas cités, je ne saurais être parfait dans cet exercice de remerciement. Veuillez donc m'en excuser.

A notre Maître et Président du Jury,

Professeur Issa DIARRA

- ❖ Maître de conférences en Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- ❖ Chef de service de gynéco- obstétrique de l'hôpital Mère-Enfant « le Luxembourg »
- ❖ Membre de la SOMAGO
- ❖ Chevalier de l'ordre de mérite de la santé du Mali.
- ❖ Colonel Major des forces Armées du mali

Cher maître,

Modeste et toujours disponible pour vos apprenants, vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre ardeur dans le travail, et votre souci constant du travail bien fait, votre recherche perpétuelle de l'excellence et vos qualités pédagogiques à transmettre vos connaissances font de vous un maître distingué.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, le témoignage de notre profond respect et de notre grande admiration.

Puisse Dieu vous prêter santé et longue vie. Nos sincères remerciements

A notre Maître et Juge,

Docteur Famakan KANE

- ❖ Médecin spécialiste de Gynécologie obstétrique
- ❖ Chef de service de gynéco- obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti
- ❖ Président de l'Ordre des Médecins du Mali au niveau de la région de Mopti

Cher maître,

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à notre formation et vos multiples qualités humaines et sociales font de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres. Vous qui nous avez donné l'engouement pour la gynécologie et l'obstétrique par vos qualités expressives, à travers votre leadership.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés, merci pour la qualité de votre encadrement. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire. Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude et notre haute considération. Que Dieu vous assiste dans toute votre vie.

A notre Maître et co-directeur de thèse,

Docteur Tioukani Augustin THERA

- ❖ Maître assistant en gynéco-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS)
- ❖ Chef de service de gynécologie et obstétrique du C.H.U du Point-G
- ❖ Ancien chef de service de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou
- ❖ Membre de la SOMAGO

Cher Maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité et amabilité avec lesquelles vous avez accepté de co-diriger ce travail.

Homme de principe, de rigueur, et d'action, votre maîtrise de l'art gynéco-obstétrique restera pour moi un modèle et un repère.

Travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante pour nous.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon Dieu vous fortifier dans votre carrière universitaire.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Professeur Youssouf TRAORE

- ❖ Maître de conférences Agrégée de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- ❖ Praticien hospitalier au CHU-Gabriel Touré
- ❖ Membre de la SOMAGO

Cher Maître,

Vous nous faites honneur d'accepter de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Humble, ouvert, modeste ; vous êtes toujours à l'écoute de vos étudiants. Votre volonté de transmettre vos connaissances aux plus jeunes fait toute mon admiration et fait de vous un maître distingué.

Cher maître nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Que ce travail soit le témoignage de notre profond respect et de notre grande admiration.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

Liste des Abréviations

AP :	Accouchement prématuré
BCF :	Bruits du cœur fœtal
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultation prénatale
CRAP :	Coefficient de risque d'accouchement prématuré
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DES :	Distilbène
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
FCS :	Fausse Couche Spontanée
FMOS :	Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie
HSD :	Hôpital Sominé Dolo
HTA :	Hypertension artérielle
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuré
NNés :	Nouveau-nés
PP :	Placenta Praevia
RCIU :	Retard de Croissance Intra-Utérin
RPM :	Rupture Prématurée des Membranes
SA :	Semaine d'Aménorrhée

I- INTRODUCTION

La prématurité est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme la survenue d'une naissance avant 37 semaines d'aménorrhées révolues [1], le terme de grossesse étant estimé à partir de la date du premier jour des dernières règles et/ou à l'aide d'une échographie réalisée au cours du premier trimestre de la grossesse.

Des estimations effectuées en partenariat avec l'OMS ont rapporté un taux global de naissances avant 37 SA (rapporté à l'ensemble des naissances vivantes) de 9,6% en 2005 et 11,1% en 2010, soit respectivement 13 et 15 millions de naissances prématurées [2,3]. Ces mêmes études retrouvaient des variations régionales importantes, les taux de prématurité allant de 5- 7% en Europe à 10- 12% en Amérique du Nord et jusqu'à 18% dans certains pays d'Afrique. Au Mali les statistiques nationales selon l'EDSM-V ont montré pour la population globale une fréquence de 16% de naissances de petit poids.

Aussi, plusieurs études ont été réalisées sur l'accouchement prématuré et la fréquence varie selon les études.

Garba T. [4] en 1994 et Diawara M. [5] en 1999 trouvent respectivement une fréquence de 5% et 22,2%.

Cette prématurité constitue un facteur de risque important de morbidité et de mortalité néonatale, avec 65% de la mortalité périnatale globale. Elle est 30 fois plus importante que celle des nouveau-nés issus de grossesse à terme. Chez les prématurés vivants, la proportion des séquelles psychomotrices et des retards intellectuels est élevée. [6]

On constate également qu'au Mali les nouveau-nés petits ou très petits à la naissance (y compris les prématurés), ont une mortalité beaucoup plus élevée que les nouveau-nés moyens ou gros. Sur 1000 enfants de petite ou très petite taille à la naissance, 60 n'atteignent pas la fin du premier mois d'existence, et 88 n'atteignent pas leur premier anniversaire contre, respectivement, 28 et 48 chez les enfants moyens ou gros à la naissance. Le taux de décès pendant la période néo-natale des enfants petits ou très petits à la naissance (60‰) est au moins deux fois plus élevé que pour les nouveau-nés moyens ou gros à la naissance (28‰). [7]

L'accouchement prématuré demeure encore une préoccupation constante des gynécologues-obstétriciens, des pédiatres et des familles de par sa fréquence, sa gravité, le taux de mortalité élevé des prématurés ; cependant aucune étude n'a jamais été réalisée concernant ce sujet à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti c'est pourquoi nous avons initié ce travail qui a comme objectif:

OBJECTIFS :

Objectif général

Contribuer à l'étude de l'accouchement prématuré à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Objectifs spécifiques

1-Déterminer la fréquence des accouchements prématurés au service de gynéco-obstétrique de l'HSD de Mopti.

2-Décrire le profil sociodémographique des patientes ayant accouché prématurément.

3-Identifier les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré.

4-Décrire la prise en charge de l'accouchement prématuré.

5-Déterminer le pronostic fœto-maternel de l'accouchement prématuré

II-GENERALITES

1-Définition:

Toute naissance avant le terme de 37 semaines révolues mais au moins 22 semaines, quelque soit le poids (mais au moins 500 g) est considérée comme prématurée [8].

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

En fonction du terme à la naissance, quatre stades peuvent être distingués :

- ✓ La faible prématurité entre 35 SA et 36 SA+6jours
- ✓ Moyenne prématurité entre 33 SA et 34 SA+6jours
- ✓ Grande prématurité entre 28 SA et 32 SA+6jours
- ✓ Extrême prématurité entre 22 SA et 27 SA+6jours

2- Rappels sur le développement embryonnaire et fœtal.

2.1. Le développement intra-utérin de l'œuf. [9]

Le développement intra utérin de l'œuf passe par deux périodes : la période embryonnaire et la période fœtale.

a- La période embryonnaire. Elle va de la quatrième semaine à la fin de la huitième semaine. Elle est caractérisée par la différenciation des tissus, de l'ébauche des grands systèmes et organes à partir des trois feuillets primitifs à savoir : l'ectoblaste, l'endoblaste et le mésoblaste.

▪L'ectoblaste : Formé au cours de la deuxième semaine donne naissance aux éléments suivants :

-Système nerveux central,

- Système nerveux périphérique,
- Epithéliums sensoriels de l'œil,
- Peau et phanères,
- Glande pituitaire, glandes mammaires, glandes sudoripares, émail des dents.
- L'endoblaste : Formé au cours de la même période donne naissance
 - Au revêtement épithélial du tube digestif, de l'appareil respiratoire et de la vessie
 - Aux revêtements épithéliaux de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache
- Le mésoblaste : formé à partir de la troisième semaine de développement. Il est à l'origine des muscles, des cartilages, des os, du derme et du tissu sous cutané.

b- La période fœtale :

Elle va de la neuvième semaine à la naissance.

▪**Croissance fœtale.** Elle est caractérisée par une croissance corporelle rapide et une maturation des ébauches organiques.

Au cours du cinquième mois, les mouvements fœtaux sont perçus par la mère et le fœtus est couvert d'un fin duvet. Si la naissance survient au sixième mois ou au début du septième mois, la survie est rendue difficile par l'immaturation de plusieurs appareils et organes notamment l'appareil respiratoire et le système nerveux central. Même à terme, le cerveau est l'un des organes les plus immatures. Il possède son

capital de neurones mais son organisation fonctionnelle n'est qu'à peine ébauchée.

▪**Les grandes fonctions:[10]**

-**Le Poumon fœtal** : A terme, le poumon fœtal est à la fin de la phase dite du sac terminal. Cette phase se caractérise par la différenciation de la partie strictement respiratoire du poumon ou acinus pulmonaire. Un saccule terminal apparaît au voisinage du terme à partir duquel se développera, après la naissance le sac alvéolaire. La musculature artérielle ne s'étend que jusqu'à la bronchiole terminale. Elle est d'abord spiralée donnant des artérioles partiellement musculaires. Les veines pulmonaires chez le fœtus à terme ont une couche musculaire continue, mais leurs parois sont de faible épaisseur. Le réseau lymphatique se répartit en un réseau superficiel pleural et en réseau profond entourant bronches, artères et veines ; puis les bronchioles terminales et les saccules. Les voies aériennes sont tapissées par la membrane hyaline, substance acidophile.

Physiologie : Le poumon fœtal est rempli de liquide résultant d'un transfert actif à double sens : plasma- poumons et d'un transfert passif par l'ion Na^+ . Le liquide est secrété en permanence. Il joue un rôle sur la croissance pulmonaire fœtale. La régulation de sa production est mal connue. Sa composition est différente de celle du liquide amniotique, du plasma et de la lymphe pulmonaire. Le surfactant est une substance à propriété tensioactive de nature phospholipidique, apparaît dans le poumon fœtal à la vingtième semaine. Sa production augmente brutalement à la trentième semaine pour atteindre la concentration la plus élevée peu avant la naissance. L'oxygénation tissulaire fœtale est assurée malgré une PaO_2 basse

grâce à un taux d'Hémoglobine (Hb) élevé avec une prédominance de l'Hb fœtale (68%) au moment du terme.

-Circulation fœtale : La circulation fœtale est caractérisée par l'importance du débit placentaire et la réduction extrême du débit pulmonaire. [11]

Le sang oxygéné issu de l'organisme maternel par l'intermédiaire du placenta, retourne chez le fœtus par la veine ombilicale, rejoint le retour veineux portal du tractus gastro-intestinal et gagne le foie. 40 à 60% évitant le système capillaire hépatique pour s'engager dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire du canal d'ARANTIIUS reliant la branche gauche de la veine porte à la veine sus-hépatique. Le placenta reçoit 40 à 50 % du débit combiné des deux ventricules. Le myocarde fœtal se caractérise par sa pauvreté en éléments contractiles et sa richesse en eau et tissus conjonctifs. Il développe ainsi moins de pression et les limites de variation du volume d'éjection sont étroites. Ainsi, le débit cardiaque dépend essentiellement de la fréquence cardiaque chez le fœtus. D'où l'intérêt de la surveillance du rythme cardiaque fœtal. Le complexe anatomique du cœur est disposé de telle sorte que le sang le mieux oxygéné soit dirigé par l'aorte descendante vers les coronaires, l'extrémité céphalique, le parenchyme cérébral et les membres supérieurs, tandis que le sang moins oxygéné soit dirigé par l'aorte descendante vers le placenta.

3- Les étiologies de l'accouchement prématuré. [12]

3.1- Facteurs directement responsables :

3.1.1 - Causes ovulaires :

- Grossesses multiples.
- Placenta praevia.
- Hydramnios.

3.1.2 - Causes utérines :

- Malformation utérine congénitale.
- Déformation acquise de la cavité utérine (fibrome)
- Béance cervico-isthmique.

3.1.3 - Causes générales :(infections maternelles)

- Infection urinaire
- Infection cervico-vaginale
- Infections utérine.
- Infection virales
- Fièvre isolée

3.1.4-La rupture prématurée des membranes qui peut être secondaire à l'une des causes précédentes.

3.2-Facteurs favorisants :

- Grossesse illégitime.
- La primiparité et parité > ou = 4.

- Les conditions défavorables de travail et de transport.
- Le niveau socio-économique bas.
- L'âge de la mère inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans.
- Les antécédents obstétricaux de prématurité et/ou d'hypotrophie fœtale.

3.3- Prématurité par décision médicale : l'accouchement prématuré est décidé lorsque le pronostic vital maternel et/ou fœtal est en jeu ce qui est le cas dans :

- Diabète maternel mal équilibré.
- Iso-immunisation rhésus.
- Placenta prævia hémorragique et hématome rétro placentaire.
- Hypertension artérielle grave non maîtrisée.
- Toxémie gravidique en cas d'hypertension artérielle maternelle menaçante.
- Éclampsie
- Hellp syndrome
- Grossesses multiples avec hydramnios et / ou syndrome transfuseur-transfusé.

4- Etude clinique:

4.1-Interrogatoire: Elle précisera:

La profession, l'état matrimonial, le mode de vie, la date des dernières règles (DDR), les antécédents gynécologiques, les antécédents obstétricaux: le nombre de grossesses, la parité, le nombre d'avortements, l'âge de survenue et le mécanisme de survenue de ces

avortements, antécédent d'accouchement prématuré, l'IIG, la notion de fièvre récente, d'infection urinaire, le suivi correcte ou non de la grossesse, la notion d'algies pelviennes: leur mode de survenue, leur fréquence, leur intensité et leur périodicité, la notion de rupture des membranes assombrissant le pronostic materno-fœtal, la notion de métrorragies qui sont généralement minimales, et les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie)

4.2-Examen physique :

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

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

On recherchera et appréciera les bruits du cœur fœtal avec le stéthoscope de Pinard.

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

-Le toucher vaginal: Renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur et dans sa consistance, sa

position et sa dilatation: il pourrait s'agir de raccourcissement et/ou d'une ouverture cervicale. Le toucher vaginal apprécie également la présentation et les membranes.

4.3-Examens complémentaires

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

-Bilan biologique:

Il explore le terrain et le plus souvent constitué par: la numération formule sanguine, la goutte épaisse (en zone endémique), l'examen cytobactériologique des urines, l'examen cytobactériologique des sécrétions vaginales.

-Échographie :

Elle permet de : préciser le nombre de fœtus, contrôler la biométrie fœtale, l'insertion du placenta, la quantité du liquide amniotique, apprécier la vitalité fœtale, la longueur du canal cervical. Une malformation sera éliminée par l'étude de l'anatomie fœtale.

4.4- Complications de la prématurité. [13]

➤ Les complications respiratoires :

- La maladie des membranes hyalines (MMH) est due à une insuffisance en surfactant. Elle réalise un syndrome alvéolaire, responsable d'un shunt droit gauche, à l'origine d'une hypoxie. [14] Elle nécessite toujours une ventilation mécanique et une oxygénothérapie importante.

- L'inhalation de liquide amniotique clair ou méconial entraîne également l'apparition d'un syndrome alvéolaire.

- Le retard de résorption du liquide alvéolaire réalise un syndrome interstitiel transitoire qui évolue en général favorablement.

- Apnées : Elles sont très fréquentes chez le prématuré d'âge inférieur à 32SA. Il peut s'agir d'apnées syndromiques qui sont alors l'expression d'une autre pathologie (respiratoire, persistance du canal artériel, méningite, ischémie cérébrale, métabolique, anémie, reflux gastro-oesophagien, infection, hyperstimulation vagale par des prothèses) ou bien d'apnées idiopathiques dues à une immaturité neurologique.

- Les complications hémodynamiques :

- Persistance du canal artériel (PCA) : Elle est due à un retard de fermeture du canal artériel (CA) et favorisée par l'existence d'une pathologie respiratoire initiale.

- Complications vasculo-cérébrales:

- Hémorragie péri et intra-ventriculaire (HPIV) : dues à la fragilité de l'endothélium vasculaire cérébral, aux troubles de l'hémostase, à l'hypothermie, à l'hypoxie ou à l'hypercapnie.

- Leucomalacie péri ventriculaire (LMPV).

- Les complications métaboliques :

- Hypoglycémie : due à un excès de dépenses (thermorégulation et respirant), à de trop faibles réserves (stock de glycogène) et l'immaturité de la néoglucogenèse.

- Hyponatrémie : elle est due à une immaturité tubulaire avec fuites urinaires sodées et à l'insuffisance hormonale et/ou inactivité sur le tubule.

- Hypocalcémie.

- Les complications digestives :

- .Syndrome du bouchon méconial :

- .Entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) :

- Les complications Hématologiques :

- L'anémie précoce :

Elle est due à un défaut de synthèse et/ou de réponse à l'érythropoïétine, à la faible masse globulaire du prématuré, à sa croissance rapide et aux prélèvements sanguins.

- Anémie tardive :

Elle est d'origine carencielle : faibles réserves en fer et en folates qui se constituent lors du dernier trimestre de la grossesse.

- Les complications hépatologiques :

- Hypo avitaminose K1.

Elle induit une hypoprothrombinémie avec un risque hémorragique important. Sa prévention repose sur l'injection systématique à tout nouveau né de 3 à 5mg de vitamine K1 dans la première heure de vie.

- Ictère : dû à l'immaturité hépatique.

5-Traitement :

5.1-Traitement préventif :

La prévention repose sur un dépistage précoce des patientes à risque. Un suivi plus strict des CPN est instauré afin d'améliorer la surveillance des grossesses.

Quelques règles hygiéno-diététiques simples sont parfois suffisantes: repos, aide ménagère et sage - femme à domicile, aménagement du temps et du poste de travail, arrêt de travail si nécessaire. Ces mesures seront renforcées en cas de grossesse multiple.

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

5.2- Traitement curatif :

- **Repos:** en cas de menace d'accouchement prématuré sévère, terme précoce, col très modifié, le repos est débuté en hospitalisation.

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

- **Traitement de la cause :**

- ❖ **Les tocolytiques :**

sont des médicaments visant à arrêter ou à diminuer les contractions utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique. La tocolyse est souvent inefficace pour 50% des femmes hospitalisées avec un col <1 cm et dilaté à plus de 3 cm.

- ✓ **Les inhibiteurs calciques :**

Les initiateurs des canaux calciques ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses. Vasculaires et utérines, leur utilisation comme tocolytiques fait appel à la Nifedipine par voie orale, (Adalate 20 LP) 1 comprimé 3 fois/jour ou à la Nicardipine par voie orale (Loxen 50 LP) 1 comprimé 2 à 3 fois/jour ou par voie intra-veineuse.

-Les effets secondaires : Flush, céphalées, veinite, rarement une hypotension.

✓ **Anti-ocytocique :**

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

Posologie : 300 microgrammes /mn en perfusion IV pendant 3heures ; puis perfusion d'entretien 100 microgrammes pendant 45heures.

-Effets secondaires : céphalée, vomissement, tremblement, hyperglycémie

✓ **Les bêtamimétiques :**

-Mode d'administration et posologie : le traitement est débuté par voie intraveineuse, Salbutamol (Salbumol), 5 ampoules dans 500 ml de sérum physiologique. Débuter par une perfusion contrôlée à 25 ml/H pendant 1 H. Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions et doit être limité au minimum d'efficacité. Après 48H de traitement si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par la forme orale de Salbutamol 4 à 6 comprimés/jour.

-Contre indications :

.Absolues : cardiopathie maternelle (valvulopathie, trouble du rythme, cardiomyopathie, hypocalcémie, Chorioamniotite, hématome rétroplacentaire, hyperthyroïdie).

.Relatives : diabète (gestationnel ou non) mal équilibré, métrorragie sévères d'origine indéterminée, hypertension artérielle, pré éclampsie sévère.

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

Autres tocolytiques :

- ✓ **Les antispasmodiques de type phloroglucinol (spasfon)**

sont largement prescrits mais leur efficacité n'est nullement établie.

- ✓ **Les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoire)**

sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets fœtaux potentiellement sévères : fermeture prématurée du canal artériel, hypertension artérielle pulmonaire insuffisance rénale, oligoanuries. Ils ne sont utilisés que de manière ponctuelle (généralement pas plus de 48 H), en cas d'échec ou de contre-indication d'un traitement.

❖ **Les corticoïdes:**

Ils sont utilisés en prévention de la maladie des membranes hyalines car ils accélèrent la maturation pulmonaire de façon démontrée. Ils ont un effet bénéfique certain entre 28-34 SA et probable en dehors de cette période. Il s'agit de la bétaméthasone administrée par voie intra musculaire 12mg à renouveler après 24 heures.

❖ **L'antibiothérapie:**

Elle doit être largement prescrite afin d'éviter les infections néonatales d'origine materno-fœtale.

5.3- Prise en charge du prématuré :[15]

Le prématuré est un nouveau-né à risque, il nécessite une prise en charge adéquate dès les premières minutes de la vie.

5.3.1-L'accueil en salle de naissance doit être préparé : un incubateur en marche afin de réchauffer immédiatement l'enfant ; matériel de réanimation respiratoire : aspiration pour désobstruction, oxygène et ambu fonctionnel au minimum ; matériel d'intubation prêt si on attend un grand prématuré ; la présence d'un pédiatre est indispensable : il assure avec la sage-femme les premiers soins : réanimation respiratoire, antibiothérapie éventuelle. Il décide du transfert et du type de transport.

5.3.2-les soins du prématuré moyen : sans détresse vitale sont habituellement assurés dans un service de pédiatrie néonatale ou dans certaines maternités avec une structure médicalisée pouvant prendre en charge des prématurés de plus de 34-35 SA à faible risque. Les soins comportent :

- le maintien en incubateur ;
- tous les soins doivent être faits avec une asepsie rigoureuse ;
- une alimentation précoce en gavage gastrique discontinu toute les trois heures ou continu si l'enfant est très petit ou hypoglycémique. On utilise de préférence le lait maternel enrichi en calcium et en protides ou le lait artificiel pour prématuré.

Les besoins initiaux sont de 60 à 80 ml/kg et atteignent 180 à 200 ml/kg vers le 10^e jour. Une supplémentation en vitamine D, E, C et en acide folique est nécessaire.

Il en est de même d'une antibiothérapie s'il existe un critère infectieux ou un accouchement prématuré non expliqué.

5.3.3- Les soins du grand prématuré : sont faits dans une unité de soins intensifs spécialisés. Les soins sont lourds : réanimation

respiratoire, nutrition parentérale, hospitalisation prolongée. L'évolution est fréquemment émaillée de complications. La surveillance neurologique (échographie transfontanellaire, EEG) doit être attentive.

5.3.4- La surveillance : repose sur

-les paramètres cliniques : état respiratoire et hémodynamique surtout dans les premières heures, mesure régulière de la température, observation des selles et des résidus gastriques, examen clinique quotidien ou biquotidien ;

- les paramètres biologiques : glycémie à la bandelette avant chaque gavage, vérification de la calcémie ; contrôle régulière de la NFS car la constitution d'anémie est fréquente ; dosage de la bilirubinémie et mise sous photothérapie précoce en cas d'ictère. Il faut préserver les relations parents enfants.

- Intérêt de l'unité kangourou

Au Mali comme dans la majorité des pays en voie de développement où il n'y a pas d'unité de soins intensifs adéquats; l'unité kangourou constitue une alternative dans la prise en charge des prématurés stables. Le principe en est simple : déplacer des soignants vers les bébés maintenus à leur place physiologique, c'est-à-dire près de leur mère, les nouveau-nés ainsi pris en charge bénéficient des soins de néonatalogie.

III- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

➤ Description du Service de Gynécologie-Obstétrique

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- Un bloc opératoire dédié à la césarienne avec vestiaire et une douche ;
- Un bureau pour le médecin-chef du service ;
- Un bureau de consultation externe des médecins au hall de consultation ;
- Un bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- Une Salle d'urgence, avec 2 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- Une salle de garde pour les sages femmes et infirmière climatisée ;
- Une Salle de garde avec toilette, climatisée, pour les médecins ;
- Une salle de garde des internes du service ;
- Une salle de CPN climatisée ;
- Une salle de travail avec trois box, chaque box est muni de 2 bouches d'oxygène et d'aspirateur ;
- Une salle de pré-travail climatisée ayant deux (2) lits, deux(2) bouches d'oxygène et d'aspirateur ;
- Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux (2) lits deux (2) bouches d'oxygène et d'aspirateur ;

- Une salle de soins des nouveaux nés ayant trois (3) bouches d'oxygène et d'aspirateur climatisée et ventilée ;
- Deux (2) bureaux d'accueil maternité ;
- Deux (2) Magasins ;
- Sept salles d'hospitalisation comprenant 2 salles d'hospitalisation ayant 4 lits chacune ventilées et 4 salles à 2 lits ventilées.
- Une Salles VIP ayant 1 lit, ventilé, climatisée avec une armoire et douche interne.
- Deux(2) toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- Trois toilettes externes pour les malades et accompagnants.

➤ **Le personnel du service de gynéco- obstétrique :**

Le personnel est composé de :

- *Quatre(4) Spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- *Six (6) Sages femmes ;
- *Cinq (5) Infirmières obstétriciennes ;
- *trois (3) Manœuvres.

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

➤ **Organisation des activités du service de gynéco- obstétrique :**

Le service gère les pathologies gynécologiques et obstétricales référées du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région. Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et faisant fonction d'interne. Les mercredis et Jeudis

sont les jours d'intervention programmée. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8 heures. La garde est assurée par un gynécologue, une sage femme, une infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des cercles.

2- Méthode et matériels

2.1- Type et période d'étude:

Nous avons réalisé une étude prospective allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2014, soit une période de 12 mois.

2.2- Population d'étude :

Toutes les femmes ayant accouché dans le service au cours de la période d'étude.

2.3- Echantillonnage

■ Critères d'inclusion :

Toutes les femmes ayant accouché dans le service portant une grossesse entre 28 et 36 SA+ 6 jours d'aménorrhée.

■ Critères de non inclusion :

- Toutes les femmes portant une grossesse à terme
- Toutes les femmes portant une grossesse \leq à 28SA
- Les femmes ayant accouché dans d'autres services et transférées secondairement dans le service

-Les femmes admises avec une grossesse arrêtée et diagnostiquée à l'échographie.

2.4-Collecte des données.

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

- Questionnaires individuelles (fiche d'enquête)
- Registre des accouchements
- Registre du bloc opératoire
- Partogrammes, dossiers obstétricaux des parturientes et carnets de CPN
- Registre de la néonatalogie.

2.5-Analyse des données

- La saisie des données a été réalisée à partir du logiciel Word 2007
- L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi info 6.04
- La comparaison des données a été réalisée par le Khi2 de Pearson
- Le seuil de signification a été fixé à $P \leq 0,05$.

3- Définitions opératoires:

- Gestité** : nombre de grossesse
- Parité** : nombre d'accouchement
- Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- Primipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché une seule fois.
- Pauci pare** : il s'agit d'une femme qui a accouché 2 à 3 fois.
- Multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché 4 à 6 fois.
- Grande multipare** : femme ayant accouché plus de 6 fois.

IV- RESULTATS :

1- Fréquence

Sur 871 accouchements survenus en 12 mois, nous avons enregistré 160 accouchements prématurés; soit une fréquence de 18,4%.

2- Statut sociodémographique

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Age (en années)	Effectif	Pourcentage
14-19	34	21,2
20-24	28	17,5
25-29	23	14,4
30-34	20	12,5
35-39	25	15,6
40-44	30	18,8
Total	160	100,0

La tranche d'âge 14-19ans était la plus représentée soit 21,2%.

L'âge moyen était 29ans avec des extrêmes de 14 et 44ans.

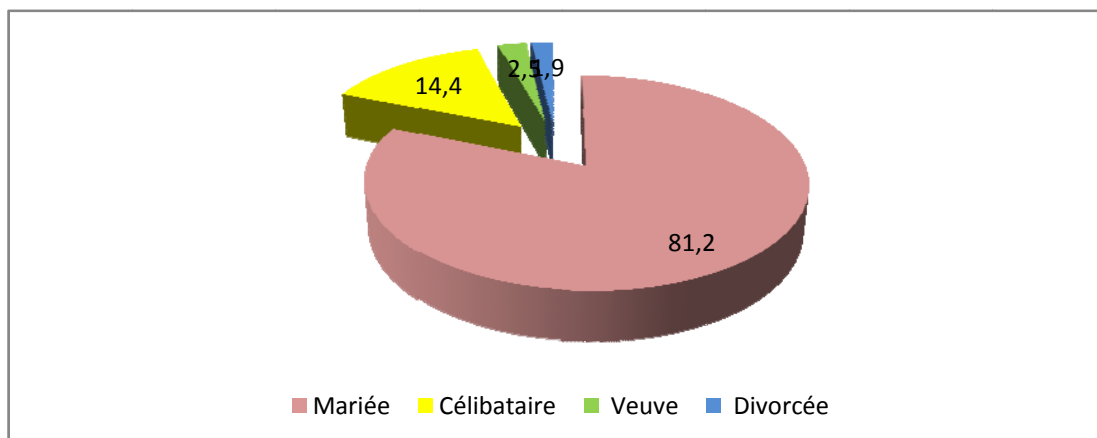


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les mariées étaient les plus représentées avec 81,2% contre 14,4% de célibataires

Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	115	71,9
Secondaire	22	13,8
Primaire	17	10,6
Ecole coranique	4	2,5
Supérieur	2	1,2
Total	160	100,0

La majorité de nos patientes n'étaient pas scolarisées soit une prévalence de 71,9%

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession de la patiente	Effectif	Pourcentage
Ménagère	135	84,4
Elève/étudiante	12	7,5
Commerçante	8	5,0
Fonctionnaire	5	3,1
Total	160	100,0

Les ménagères ont dominé notre étude à plus de deux tiers de la population totale avec un taux de 84,4%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	48	30,0
Eleveur	46	28,8
Commerçant	24	15,0
Fonctionnaire	22	13,8
Pêcheur	13	8,1
Elève/étudiant	7	4,4
Total	160	100,0

La majorité des conjoints de nos patientes étaient cultivateurs et éleveurs avec des taux respectifs de 30% et 28,8%.

3- Antécédents

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Néant	130	81,2
HTA	16	10,0
Infection urinaire	9	5,6
Diabète	3	1,9
Drépanocytose	2	1,3
Total	160	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes selon les Antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Néant	142	88,7
Césarienne	11	6,9
Salpingectomie	4	2,5
Myomectomie	3	1,9
Total	160	100,0

88,7% de nos patientes n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux contre 6,9% de cas de césarienne.

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'antécédent d'accouchement prématuré.

Antécédent d'accouchement prématuré	Effectif	Pourcentage
Oui	55	34,4
Non	105	65,6
Total	160	100,0

34% de nos patientes avaient un antécédent d'accouchement prématuré.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	52	32,5
Paucigeste	39	24,4
Multigeste	29	18,1
Grande multigeste	40	25,0
Total	160	100,0

Les primigestes étaient les plus représentées avec 32,5% contre 25,0% de grandes multigestes

Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	56	35,0
Paucipare	35	21,9
Multipare	36	22,5
Grande multipare	33	20,6
Total	160	100,0

Les primipares étaient les plus représentées avec 35% contre 20,6% de cas de grandes multipares

Tableau X : Répartition des patientes selon l'intervalle inter gènesique

Intervalle intergènesique	Effectif	Pourcentage
<input type="checkbox"/> 12 mois	147	91,9
12-24mois	6	3,8
>24mois	7	4,3
Total	160	100,0

La majorité de nos patientes avaient un intervalle inter gènesique 12 mois soit 91,9% de cas

4- CLINIQUE

4.1- Admission

Tableau XI: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	56	35,0
Référée /évacuée	104	65,0
Total	160	100,0

Les patientes référées /évacuées ont représenté 65,0% des admissions.

Tableau XII: Répartition des patientes selon le lieu de provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Cscom	67	41,9
Domicile	56	35,0
CSRéf	22	13,7
Structure privée	15	9,4
Total	160	100,0

La majorité de nos patientes provenaient des Cscom soit un taux de 41,9%

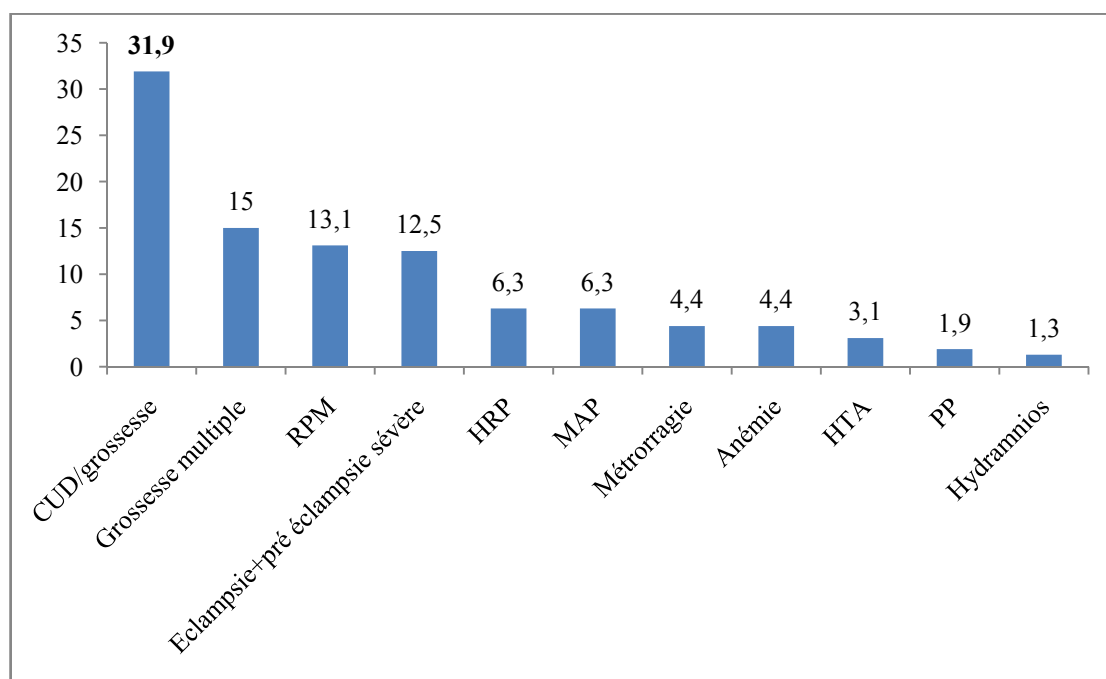


Figure 2 : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

31,9% de nos patientes étaient admises pour CUD /grossesse

4.2. Examen obstétrical :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la fréquence des BCF

BCF en bpm	Effectif	Pourcentage
□120	10	6,3
[120-160]	149	93,1
>160	1	0,6
Total	160	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'âge présumé de la grossesse.

Age présumé de la grossesse	Effectif	Pourcentage
28 - 32SA	89	56,3
33-34SA	25	14,6
35-36SA+6jours	46	29,1
Total	160	100,0

Chez plus de la moitié de nos patientes l'âge de la grossesse était compris entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée, soit 56,3%.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	60	37,5
1-3	80	50,0
≥4	20	12,5
Total	160	100,0

37,5% de nos patientes n'avaient réalisé aucune CPN.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état du col à l'admission

Etat du col	Effectif	Pourcentage
Effacé	119	74,1
Non effacé	41	25,9
Total	160	100,0

74,1% de nos patientes avaient leur col effacé à l'admission

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la présence des contractions utérines douloureuses à l'admission

Contractions utérines	Effectif	Pourcentage
Oui	120	75,0
Non	40	25,0
Total	160	100,0

75% de nos patientes avaient des contractions utérines douloureuses à l'admission

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la quantité du saignement

Saignement	Effectif	Pourcentage
Absent	129	80,6
Minime	23	14,4
Modéré	8	5,0
Total	160	100,0

Le saignement était retrouvé chez 19,4% de nos patientes.

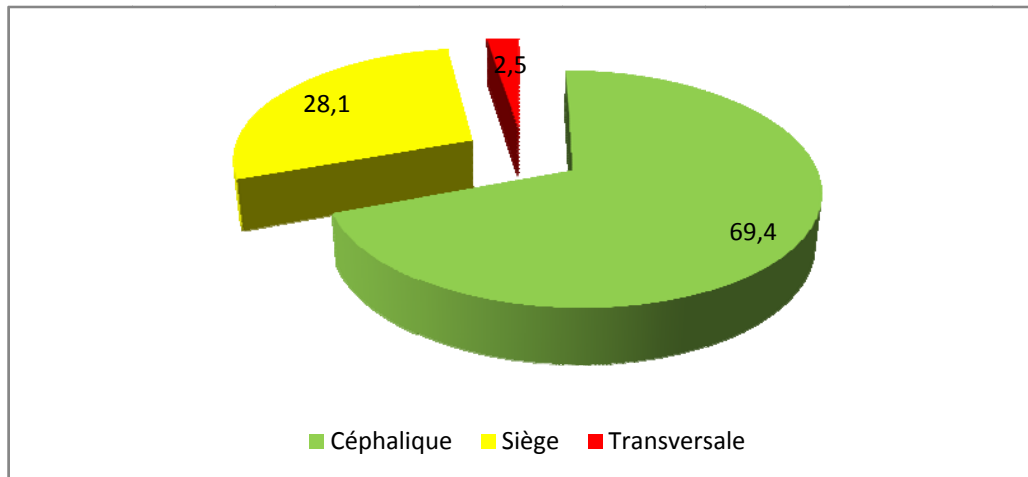


Figure 3 : Répartition des patientes selon le type de la présentation du fœtus.

La présentation céphalique était majoritaire avec 69,4% contre 28,1% de siège.

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

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Membranes intactes	109	68,1
Membranes rompues	51	31,9
Total	160	100,0

68,1% de nos patientes avaient les membranes intactes à l'admission.

Tableau XX : Répartition des patientes ayant les membranes rompues en fonction de l'aspect de liquide amniotique

Aspect de liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	34	66,7
Méconial	13	25,5
Hématique	4	7,8
Total	51	100,0

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du type de grossesse

Type de grossesse	Effectif	Pourcentage
Monofœtale	136	85
Gémellaire	24	15
Total	160	100,0

Tableau XXII : Répartition des patientes selon les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré.

Facteurs étiologiques	Effectif	Pourcentage
Paludisme	21	13,1
Grossesse multiple	20	12,5
Eclampsie	20	12,5
HTA	18	11,3
RPM	18	11,3
HRP	15	9,4
Anémie	13	8,1
Infection urinaire	12	7,5
Activité physique	10	6,3
PP	8	5,0
Béance du col	3	1,9
Hydramnios	2	1,3
Total	160	100,0

5-Prise en charge de la patiente

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse normale	118	73,8
Césarienne	30	18,7
Forceps	12	7,5
Total	160	100,0

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la prise en charge au cours de l'hospitalisation

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
Tocolyse + anti- paludéen	58	36,2
Corticothérapie	50	31,3
Antibiothérapie	32	20,0
Transfusion	20	12,5
Total	160	100,0

Les traitements étaient souvent associés

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation (en jour)

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-2	61	38,1
3-4	15	9,4
> 4	84	52,5
Total	160	100,0

La durée moyenne est de 3 jours ; avec des extrêmes de 1 à 7 jours.

6- Pronostic maternel

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la survenue et le type de complications

Complications	Effectif	Pourcentage
Complication maternelle		
Oui	63	39,4
Non	97	60,6
Total	160	100,0
Type de complications		
Anémie	25	39,7
Eclampsie	21	33,3
Hémorragie	11	17,5
Déchirure périnéale	6	9,5
Total	63	100,0

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon leur devenir

Devenir maternel	Effectif	Pourcentage
Vivante	158	98,7
Décédée	2	1,3
Total	160	100,0

Les causes de décès maternel étaient l'éclampsie et l'anémie sévère.

7- Pronostic fœtal

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés (nnés) en fonction de leurs paramètres

Paramètres des nnés	Effectif	Pourcentage
Poids en g		
□ 1500	107	58,2
1500-2000	40	21,7
> 2000	37	20,1
Total	184	100,0
Taille en cm		
40- 43	40	21,7
43- 45	140	78,3
Total	184	100,0

Le poids moyen des nnés était de 1750g. Les poids extrêmes ont été 700 et 2400 g.

La taille moyenne des nnés était de 42,5 cm.

Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la 5^e minute

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
1-3	9	4,9
4-7	98	53,3
>7	77	41,8
Total	184	100,0

41,8% de nos prématurés avaient de bon score d'Apgar à la 5^e minute

Suivi des nouveau-nés à J7 :

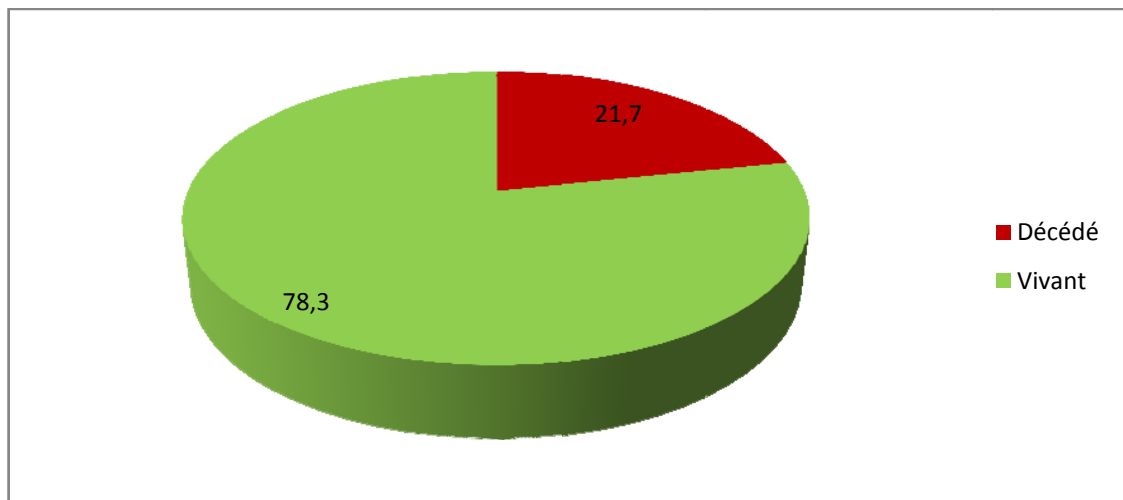


Figure 4 : Répartition des nouveau-nés vivants à la naissance en fonction de leur devenir entre J1 et J7.

Le décès des nouveau-nés représentait 21,7%.

Tableau XXX : Répartition selon la température corporelle (en°C) des nouveau-nés à J7

Température des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
□35	21	14,6
35-37	105	72,9
>37	18	12,5
Total	144	100,0

72,9% des nouveau-nés avaient une température comprise entre 35-37°C

144 correspond au nombre total de nouveau-nés vivants à J7

Tableau XXXI : Répartition selon la fréquence respiratoire des nouveau-nés à J7

Fréquence respiratoire	Effectif	Pourcentage
Normale	115	79,9
Anormale	29	20,1
Total	144	100,0

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés (nnés) décédés selon les causes de décès

Causes de décès des nnés	Effectif	
	Effectif	Pourcentage
Détresse respiratoire	21	52,5
Hypothermie	8	20,0
Infection néonatale	7	17,5
Inconnue	4	10,0
Total	40	100,0

Les causes de décès étaient souvent associées

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar et l'âge présumé de la grossesse (APG)

APG	Score d'Apgar			Total
	1-3	4-7	>7	
28-32SA	4(2,2%)	8(4,4%)	15(8,2%)	27(14,7%)
33-34SA	3(1,6%)	70(38,0%)	30(16,3%)	103(56,0%)
35-36SA+6j	2(1,1%)	20(10,9%)	32(17,4%)	54(29,3%)
Total	9(4,9%)	98(53,3%)	77(41,8%)	184(100,0%)

Khi²=10,25

p=0,005951

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar et le poids de naissance

Poids	Score d'Apgar			Total
	1-3	4-7	>7	
□ 1500	6(3,3%)	24(13,1%)	10(5,4%)	40(21,7%)
1500-2000	2(1,1%)	64(34,8%)	41(22,3%)	107(58,2%)
>2000	1(0,5%)	10(5,4%)	2(1,1%)	37(20,1%)
Total	9(4,9%)	98(53,3%)	77(41,8%)	184(100%)

Khi²=20,18

p=0,000041

La différence est significative (**P < 0,05**).

Tableau XXXV : Répartition des nnés selon leur devenir et le poids de naissance.

Poids	Avenir		Total
	Décédé	Vivant	
□ 1500	25(13,6%)	15(8,2%)	40(21,7%)
1500-2000	10(5,4%)	97(52,7%)	107(58,2%)
>2000	5(2,7%)	32(17,4%)	37(20,1%)
Total	40(21,7%)	144(78,3%)	184(100%)

Khi²=43,90

P=0,0000

Différence significative observée (**P < 0,05**)

V-COMMENTAIRES-DISCUSSION

1- Fréquence

Notre étude nous a permis d'estimer à 18,4% la fréquence des accouchements prématurés. Cette fréquence est supérieure à celles relevées par Bibi M. [16] en France (6,2%) et Morken N. [17] en Suède (5,6%), inférieure aux taux relevés par Cissé C. [18] au Sénégal (22%) et par Diawara M. [5] (22,2%) au CHU Gabriel Touré. Il existe une grande disparité dans les fréquences observées à travers le monde. La différence relativement importante entre les fréquences pourrait se traduire par les progrès de la médecine périnatale de ces pays.

Ce pourcentage élevé s'expliquerait par l'extraction des fœtus dont la survie in utero est menacée par la pathologie de la grossesse, notamment les complications vasculo-rénales et la maternité de l'hôpital Sominé Dolo est le centre recrutant les grossesses les plus pathologiques de la région.

2-caractéristiques sociodémographiques

L'accouchement prématuré chez les adolescentes représentait 21,2%. Ce taux est comparable à celui rapporté par Sanogo T. [19] (22,3%). Ce taux relativement significatif pour cette tranche d'âges pourrait être expliqué par le fait que l'insuffisance d'éducation sexuelle et le mariage précoce sont couramment rencontrés dans notre pays.

Les conditions socioprofessionnelles sont des facteurs importants et régulièrement cités dans la survenue d'accouchement prématuré, ainsi nous avons enregistré 84,4% de ménagères. Les mêmes tendances ont été observées chez Diawara M. [5] (76%) et Sanogo T.

[19](77%). Nous pourrions incriminer les activités physiques débordantes et le bas niveau socio-économique de ces patientes.

Nous avons noté 14,4% de célibataires. Ce taux est supérieur à celui obtenu par Sanogo T. [19] (10%).

Le célibat est facteur de risque de non recours aux soins prénatals, car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressource pour assurer le suivi prénatal

Les femmes non scolarisées étaient plus représentées (71,9%), contre (1,2%) des femmes de niveau supérieur. La même tendance a été observée chez Sanogo T. [19] respectivement (80,3%) et (2,1%).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction pourrait influencer la compréhension et le bon déroulement du suivi de la grossesse.

L'antécédent d'accouchement prématuré était retrouvé chez 34,4% de nos patientes. La plupart de ces femmes avaient au moins deux antécédents d'accouchement prématuré dont la cause le plus souvent n'est pas connue. Le manque de suivi médical de ces femmes pourrait être à l'origine de cette situation.

3- Caractéristiques cliniques

La plupart de nos patientes étaient référées ou évacuées (65%) contre 35% pour celles qui sont venues d'elles-mêmes. Cette fréquence élevée des évacuées pourrait s'expliquer par le fait que notre cadre d'étude soit une structure de deuxième niveau de la pyramide sanitaire.

Selon l'OMS, les consultations prénatales effectuées sont normales en nombre si elles sont supérieures ou égales à quatre. Hors 37,5% de nos patientes n'ont fait aucune CPN ; 62,5% ont au moins fait une consultation prénatale, parmi lesquelles 12,5% ont pu atteindre le nombre recommandé par l'OMS. Nous pourrions mettre en cause le faible niveau d'instruction des patientes, le manque de moyen financier et l'éloignement de centre de santé pour d'autres.

Nous avons enregistré 56,3% de patientes qui avaient un âge gestationnel compris entre 28SA et 32SA+6jours correspondant à l'âge du grand prématuré. Ce taux est nettement supérieur à celui rapporté par Traore F. [20] (29,4 %) et inférieur à celui noté par Sanogo T. [19] (63,9%). Ces différences de taux pourraient s'expliquer par des difficultés dans l'estimation de l'âge (imprécision de la date des dernières règles, absence d'une échographie précoce).

La majorité des parturientes étaient reçues dans un contexte d'accouchement prématuré avec des contractions utérines régulières (75%), leurs cols étaient effacés dans (74,1%), les membranes rompues dans (31,9%) des cas. Cela s'expliquerait par le retard à l'admission de nos patientes.

Les facteurs étiologiques pouvant engendrer la prématurité dans notre contexte étaient variés et le plus souvent associés. Le paludisme occupait la 1^{ère} place (13,1%) suivit de grossesse gémellaire et d'éclampsie qui représentaient chacune 12,5% des facteurs étiologiques. Notre taux de paludisme est comparable à celui obtenu par Diarra A. [21] au CSRéf Com I (13,85%) et supérieur à celui noté par Konaté M. [22]. La prédominance du paludisme serait due au caractère endémique de cette pathologie dans notre région d'étude et

aussi à la mauvaise observance du traitement préventif intermittent (TPI) à base du sulfadoxine - pyriméthamine (SP) de nos patientes.

4-Prise en charge :

La tocolyse était réalisée chez 36,2% de cas et les produits tocolytiques les plus utilisés étaient les inhibiteurs calciques.

La nifédipine à raison d'une gélule de 10mg per os renouvelable toutes les 20minutes pendant 1heure. En cas d'efficacité dans les heures qui suivent le traitement d'entretien avec nifédipine LP (comprimé 20mg) : 1 comprimé 3fois par jour.

Le dernier trimestre de la grossesse étant indispensable à la maturation des poumons et des autres organes du fœtus afin de préparer ce dernier à la vie extra-utérine. Si ce processus est interrompu par un accouchement prématuré, les chances de survie du nouveau-né diminuent fortement. C'est en ce sens que la corticothérapie était instaurée chez 31,3% des femmes présentant une MAP moyenne ou sévère dont l'âge gestationnel est compris entre 28 et 34SA. La molécule utilisée était la bétaméthazone (celestène) injectable à raison de 12 mg en intra musculaire à renouveler 24 heures après.

Les antipaludéens par voies parentérale ou orale étaient beaucoup utilisés en cas de paludisme.

Les antibiotiques les plus utilisés ont été les bêtalactamines (amoxicilline injectable) surtout en cas de RPM de plus de 6 heures à l'admission. Dans la plupart des cas les traitements étaient associés et instaurés en fonction de l'étiologie retrouvée.

Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse (81,3%) avec (7,5%) de forceps, la césarienne a été pratiquée dans 18,7% des cas. Ces taux sont comparables à ceux obtenus par Sanogo T [19] (83,2%) d'accouchement par voie basse et (16,8%) de césarienne. Ce taux élevé de césariennes dans notre service pourrait s'expliquer par la fréquence d'éclampsie et d'HRP pour des femmes qui sont admises dans la plupart en début de travail d'accouchement.

5-Pronostic foeto-maternel

Parmi les 184 prématurés colligés, 26% étaient issus de grossesses gémellaires. Ce taux est supérieur à celui obtenu par Magassa B. [23] (21%). Le pronostic foetal pourrait dépendre du poids de naissance, de l'âge de la grossesse, de la décision médicale ayant justifié l'extraction foetale et d'une réanimation néonatale adaptée.

A la 5^{ème} minute, 107 nouveau-nés soit 58,2% avaient un score d'Apgar ≤ 7 et 77 nouveau-nés soit 41,8% avaient un score d'Apgar >7 .

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans l'étude de Sanogo T. [19] (61,07%) de score d'Apgar ≤ 7 et (38,93%) de score d'Apgar >7 à la 5^e minute. Nos prématurés avaient un poids de naissance $< 1500g$ dans (58,2%) des cas comparés à ceux obtenus par Sanogo T. [19] (46,78%). Tous les nouveau-nés accouchés prématurément à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti étaient référés systématiquement au service de néonatalogie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Parmi ces prématurés 40 cas soit 21,7% étaient décédés pendant leur 1^{ère} semaine de vie. Les causes de décès des nouveau-nés seraient liées à la détresse respiratoire (21cas), à l'hypothermie (8cas), aux infections néonatales (7cas) et (4cas) de causes méconnues.

Nous avons enregistré 2 cas de décès maternels et les causes retrouvées étaient l'éclampsie et l'anémie sévère.

VI- CONCLUSION

L'accouchement prématuré est une urgence obstétricale qui est relativement fréquent dans notre service. Cependant une meilleure surveillance de la grossesse conjugée avec une amélioration des conditions socioéconomiques des femmes permettraient d'en réduire la fréquence.

Le pronostic fœtal pourrait s'améliorer par la prise en charge immédiate du prématuré dans une unité de soins intensif.

VII- RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités sanitaires

-Former et recycler les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes des maternités périphériques pour la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré

-Equiper l'unité de néonatalogie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti pour une prise en charge adéquate des prématurés.

Au Ministère de l'éducation

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

Aux sages femmes, aux gynécologues obstétriciens et aux néonatalogistes :

-Pratiquer des CPN de qualité

-Introduire et intensifier le système mère Kangourou en néonatalogie à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Aux gestantes :

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

-Respecter les mesures préventives : utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticide, la prise de sulfadoxine+pyriméthamine(SP), et la supplémentation en fer acide folique.

VIII- Références

- 1-**World health organization**. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision ; 2010.
- 2-**Beck S, Wojdyla D, Say L, Betan A, Merialdi M, Requejo J**. The worldwide incidence of preterm birth : a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull world health organization 2010 ; 88 : 31- 8.
- 3-**Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A**. Born too soon :the global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health 2013 ;10 : S2.
- 4- **Garba T**. Les aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du Point « G ».Thèse médecine, Bamako 1994; N°29.
- 5-**Diawara M**. Prématurité : Facteur de risque, prise en charge et devenir immédiat dans l'unité de la réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré .Thèse médecine, Bamako 1999 ; N°49.
- 6-**Merger R, Levy J, Melchior J**. Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd. Paris. Masson. 1995 : 597p.
- 7-**EDSM V Mali** : 2012-2013.
- 8-**González R**. Administration prénatale de progestérone dans la prévention de la prématurité : Commentaire de la BSG. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010 ; 3 : 3-75.
- 9- **Lamgman J**. Embryologie médicale.- 6^{ème} éd.- Paris : Masson, 2000.- 120p.
- 10- **Sann L. et Coll.** Physiologie du nouveau-né. Encyclopédie médico-chirurgicale : pédiatrie.- Paris, 1984.- p.24 ; 4002-p10.

- 11- Bonnet H.** Médecine Périnatale : Pédiatrie, Vol.1, 1984.
- 12-Bourrillon A.** Pédiatrie pour le praticien. Edition SIMEP, Paris, 1993: p 576.
- 13- Anonyme.** Petit Larousse de la médecine.- Paris : Larousse Bordas, 1997 :1087p.
- 14-Refabert L, Langlais S.** Pédiatrie : détresse respiratoire du nouveau-né. 2^{ème} éd. Paris : ellipses, 1994.- p.21-28.
- 15- Huault G, Labrune B.** Pédiatrie d'urgence. Edition Flammarion, Paris, 2001:1317 P.
- 16-Bibi M, Khairi H.** Facteurs de morbidité et de mortalité néonatale chez le nouveau-né prématuré. Étude prospective sur 530 accouchements prématurés. Maghreb médical, 2002; 365:6-10.
- 17-Morken N, Källen K, Hagberg H, Jacobsson B.** Preterm birth in Sweden 1973–2001: Rate, subgroups, and effect of changing patterns in multiple births, maternal age, and smoking. Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica, 2005 ; 8 (6) : 558-565.
- 18- Cissé C, Tall-Diaw C, Sow C.** Accouchement prématuré ; épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar, gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction 1998; 27: 71-76.
- 19-Sanogo T.** Aspects épidémiologiques de l'accouchement prématuré au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako de 2002 à 2003 à propos de 238 cas. Thèse méd. Bamako 2005; N°112.
- 20-Traore F.** L'accouchement prématuré dans le service de Gynécologie et d'obstétrique au Centre de Santé de Référence de la

Commune II du District de Bamako. Thèse méd. Bamako 2006 ; N°112.

21-Diarra A. Etude épidémiologique-clinique de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf Com I du district de Bamako. Thèse méd. Bamako 2010 ; N°280.

22-Konaté M. Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Etude cas/témoins. Thèse méd. Bamako 2009 ; N°370.

23- Magassa B. Aspects épidémiologiques-cliniques de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique du CHU Point-G. Thèse méd. Bamako 2010 ; N°201.

ANNEXE

FICHES D'ENQUÊTE

I- IDENTIFICATION :

Q1-Date d'entrée/ __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Q2 -Nom / _____ / Prénom / _____ /

Q3 -Age / __ / __ /

Q4-Numéro / __ / __ / __ /

Q5 -Ethnie / _____ /

Q6-Adresse / _____ /

II-STATUT SOCIO DEMOGRAPHIQUE :

Q7-Etat matrimonial / ____ / 1=marié ; 2= célibataire ; 3= divorcée ;
4= veuve

Q8- Niveau d'instruction / ____ /

1= non scolarisée ; 2 = primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ;
5=école coranique

Q9- profession de la femme / ____ / 1=ménagère,

2=vendeuse/commerçante, 3=fonctionnaire

Q10- Profession du conjoint / ____ / 1=cultivateur, 2=éleveur,
3=pêcheur, 4=commerçant, 5=fonctionnaire

III-ANTECEDENTS :

Q11- Antécédents médicaux / ____ / 1= Néant ; 2= HTA ; 3=diabète ;
4= infections urinaires ; 5= Drépanocytose ; 6= autre.

Q12- Antécédents chirurgicaux /___/ 1= néant, 2= césarienne, 3= myomectomie, 4= kystectomie ; 5= salpingectomie ; 6=autre

Q13-Antécédents obstétricaux :

Q13- a. Antécédent d'accouchement prématuré /___/ 1 =oui ; 2= non

Q13-b. Gestité / ___ / ; parité /___/ ; Nombre d'enfants vivants /___/ ; Nombre d'enfants décédés /___/

Q13-c. Antécédent d'avortement spontané /___/ 1= oui ; 2= non

Q13-d. Antécédent d'IVG /___/ 1=oui ; 2=non

Q13-e. Intervalle inter gènesique /___/ mois

IV- ETUDE CLINIQUE :

IV-1. Admission

Q14- Mode d'admission /___/ 1= référée ; 2= évacuée ; 3= venue d'elle-même

Q14.a. Si référée, provenance /___/ 1=CSCOM ; 2=CS Réf ; 3= structure privée

Q15- Motif d'admission:/ ___/ 1=CUD sur grossesse, 2=RPM, 3=infection urinaire, 4=métrorragie, 5=hydramnios, 6=grossesse multiple, 7=MAP, 8=fibrome, 9=PP, 10=autre

IV-2. Examen clinique

IV-2-a. Examen général

Q16-Etat général /___/ 1=bon ; 2= mauvais

Q17-Conjonctives /___/ 1= colorées ; 2= pâles

Q18- TA : PAS /__/_/_/ mm hg ; PAD /__/_/_/ mm hg

Q19- Température /__/_/ °C

Q20- Œdèmes /__/ 1=oui ; 2= non

Q21- Taille /__/_/_/ cm

Q22- Poids /__/_/_/ Kg

IV-2-b. Examen obstétrical

Q23- HU /__/_/ cm

Q24- BDCF /__/_/_/ bpm

Q25- Age présumé de la grossesse /__/_/ SA

Q26- CPN /_____/ 1=oui ; 2= non

Q26-a. Si oui, nombre de CPN /_____/

Q27- Dilatation du col /__/_/_/ cm

Q28- Longueur du col /_____/ 1= effacé ; 2= non effacé

Q29- contractions utérines /_____/ 1=oui ; 2=non

Q29.a- Si oui, fréquence /_____/ 1= inférieur à 1 contraction en 10 mn ; 2= 1 à 3 contractions en 10 mn ; 3= supérieur à 3 contractions en 10 mn

Q30- saignement /_____/ 1=absent ; 2=minime ; 3= modéré ; 4= important

Q31- Présentation /__/_/ 1= céphalique ; 2= siège ; 3= transversal

Q32- Etat des membranes /_____/ 1= intactes ; 2= rompues

Q33- Coloration de liquide amniotique/___/ 1= clair ; 2= méconial ;
3= hématique

Q34- Evaluation de l'indice de MAP /_____ /1 : 1-3(ménace
legère) ; 2 : 4-5(ménace modérée) ; 3 : ≥ 6 (Ménace sévère)

IV-3. Bilan

Q35- Groupage /_____/ Rhésus /_____/

Q36- Taux d'hémoglobine /_____/ g/dl

Q37-Echographie obstétricale /_____/ 1= fait ; 2=non fait

Q38-Protéinurie /_____/

Q39- BW /_____/

Q40-Toxoplasmose /_____/

Q41-Goutte épaisse

Q42-ECBU+ AntibioGramme

Q43-Prélèvement vaginal+AntibioGramme

V- ACCOUCHEMENT :

Q44- Mode d'accouchement /_____/ 1= voie basse ; 2=
césarienne ; 3= forceps.

Q44- a. Si voie basse, durée d'expulsion en minute /_____/

Q44- b. Si césarienne, indication /_____/

Q44-c. Si forceps, indication /_____/

Q45- Episiotomie/_____/ 1= oui ; 2= non

Q45-a. Si épisiotomie, indication / _____ /

Q46- Délivrance / ____ / 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ;
3= naturelle

VI- CONDUITE A TENIR :

Q47-Prise en charge de la patiente hospitalisée pour MAP / _____ /

1= tocolyse, 2= ATB thérapie, 3= corticothérapie , 4=Transfusion
5=autre

Q48 -Durée d'hospitalisation en jour / _____ /

Q49-Facteurs étiologiques / _____ / 1= infection urinaire, 2=
paludisme, 3= activité physique débordante ;4= RPM, 5= PP, 6=
HRP, 7= grossesse multiple, 8= malformation fœtal, 9=
fibromyome, 10= hydramnios ; 11= autre

VII- PRONOSTIC MATERNEL :

Q50- Mère / _____ / 1= vivante ; 2= décédée

-Si décès, préciser la cause :.....

Q51-Complication maternelle / ____ / 1=oui ; 2= non

-Si complication, préciser le type :.....

VIII-EXAMEN ET PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE :

***Examen du nouveau- né**

Q52- Poids / ____ / ____ / ____ / ____ / g ; Taille / ____ / ____ / cm

Q53- Apgar / ____ / 1= 0 (mort- né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-7
(morbide) ; 4 : > 7 (bon score)

*** Pronostic du nouveau-né**

Q54- Enfant référé en pédiatrie / _____ / 1=oui ; 2= non

Q54-a. Si oui motif de référence / _____ /

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

Q55-Devenir de l'enfant / _____ / 1=vivant ; 2= décédé

Q55.a- Si décès de l'enfant, Cause / _____ /

1=détresse respiratoire, 2=souffrance aigue, 3= autres.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : ARAMA

Prénom : Seydou

Titre de la thèse : Etude épidémiologique de l'accouchement prématuré à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Année Universitaire : 2014-2015

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) et de la Faculté de Pharmacie (FAPH).

Secteurs d'intérêt : Gynécologie obstétrique, pédiatrie, santé publique.

Résumé :

Nous avons recensé 160 accouchements prématurés au service de Gynécologie obstétrique de l'HSD de Mopti du 1^{er} au 31 Janvier 2014 et qui ont fait l'objet d'une étude descriptive-prospective sur l'accouchement prématuré.

L'âge des femmes étaient compris entre 14 - 44ans. La fréquence de l'accouchement prématuré s'élevait à 18,4%. Le taux de mortalité néonatale a été de 21,7%. Ce travail nous a permis de faire ressortir les principaux facteurs étiologiques : paludisme (13,1%), infections urinaires + RPM (18,8%), éclampsie (12,5%) grossesse

multiple (12,5%), HTA (11,3%), anémie (8,1%), activité physique débordante (6,3%).

Dans 56,3% des cas il s'agissait des nouveau-nés prématurés avec un âge gestationnel compris entre 28SA et 32 SA+6jours.

Le mode d'accouchement était prédominé par la voie basse (81,3%)

L'accouchement gémellaire représentait 15%.

Nous avons enregistré 2 décès maternels soit 1,3% des cas.

Mots-clés : Accouchement prématuré, Consultation prénatale, pronostic fœto-maternel.